

# Polityka zdrowotna w krajach Europy, Unii Europejskiej i w Polsce

## Health politics in European countries, European Union and in Poland

PAWEŁ GORYŃSKI, BOGDAN WOJTYNIAK

Państwowy Zakład Higieny, ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

Rosnące gwałtownie w końcu lat siedemdziesiątych i w początku osiemdziesiątych wydatki na zdrowie we wszystkich krajach świata były przyczyną dyskusji dotyczących zmian strategii globalnej dotyczącej poprawy zdrowia społeczeństw. Ważną rolę odegrała tu Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wprowadzając „Program Zdrowie dla Wszystkich” a po roku 2000 program „Zdrowie w 21 wieku”.

Kraje Unii Europejskiej w początkowym okresie istnienia wspólnoty pozostawiały sprawy zdrowia ludności krajów członkowskich w ich wewnętrznych kompetencjach. Później na mocy układów zawartych w Maastricht i Amsterdamzie sprawy zdrowia publicznego stały się w większym stopniu przedmiotem wspólnej polityki. Znalazło to swój wyraz w stworzeniu w roku 2000 Programu Zdrowia Publicznego. Program ten jest ukierunkowany przede wszystkim na tworzenie narzędzi służących do zmniejszenia rozpowszechnienia czynników ryzyka chorób, które często mają swoje korzenie w indywidualnych zachowaniach zdrowotnych.

Aktualne priorytety polityki zdrowotnej Unii były sformułowane w roku 2004 przez Davida Byrne, ustępującego Komisarza UE ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów. Podkreślił on, że w krajach UE wydatki na technologie lecznicze stale wzrastają i to w sytuacji, gdy nowe metody nie zawsze są weryfikowane w aspekcie relacji koszt-efekt. Równocześnie wiadomo, że zmiany stylu życia mogą zwiększyć przeciętne dalsze trwanie życia. Wiadomo też, że zwiększenie długości życia o 10% może generować wzrost PKB o 0,35%.

Tendencje polityki zdrowotnej w UE powinny być wskazówką dla polityki zdrowotnej w Polsce zwłaszcza po przystąpieniu naszego kraju do Unii Europejskiej. Jesteśmy obecnie w okresie, gdy nowelizowany jest Narodowy Program Zdrowia, kończący się w aktualnej wersji w 2005 r. Równoległe przygotowywany jest Narodowy Plan Rozwoju odpowiadający wyzwaniom „Strategii Lizbońskiej”. Dlatego polityka zdrowotna Polski powinna być klarownie określona i musi równocześnie otrzymać w najbliższym czasie odpowiednie narzędzia dla jej realizacji. Jednym z takich narzędzi powinien być znowelizowany Narodowy Program Zdrowia ze zrozumiałymi, uzasadnionymi i akceptowanymi przez społeczeństwo celami i harmonogramem.

**Słowa kluczowe:** polityka zdrowotna, Unia Europejska, priorytety zdrowotne

Rapidly growing expenditures on the health care in all countries of the world at the end of 1970s and the beginning of 1980s became a reason of debates on changes of strategies on the improvement of the health of societies. Special role in these activities played the World Health Organization promoting the Health for All Programme and more recently the Health 21 strategy.

Countries of the European Union in the first period left problems of the health of societies in the management of member states of the Community. Later on, in Maastricht and Amsterdam treaties the matter of Public Health appeared among important issues of the European Commission policy. It was expressed by creation of the Public Health Programme in the year 2000. Generally the EU action became directed on the development of tools for the reduction of risk factors of diseases which have been often at roots of individual's health behaviours.

Recently priorities of the EU health policy were defined by David Byrne, European Commissioner for Health and Consumer Protection in his speech at EPC conference on 15 July 2004. He underlined that expenditures on high technology ill-health treatment in EU countries had been constantly growing while the new methods were not always verified in respect of the cost-effect relation. Meantime changes of health behaviour can visibly contribute to the increase of the average life expectancy. At the same time 10% rise in life-span can generate up to 0.35% increase in GDP.

Tendencies of the health policy in EU should guide for the health policy in Poland especially after our accession to the European Union. We are in the period when the amendments to the National Health Programme, which is concluding in the year 2005, are being prepared and concurrently the National Development Plan answering for mission of the Lisbon strategy is created. For this reasons the health policy in Poland should be clearly defined and receive in the nearest time suitable tools for its realization. Such a tool will be among others - modernized National Health Programme with understandable and justified targets and timetable.

**Key words:** health policy, European Union, health priorities

## Podstawy prawne i kierunki polityki zdrowotnej w UE

Polityka zdrowotna krajów członków Unii Europejskiej (UE) przewijała się pośród innych problemów i początkowy ogólny cel Wspólnoty: „osiągnięcie wysokiego poziomu ochrony zdrowia poprzez podnoszenie standardów życia oraz warunków pracy” znalazł swoje rozwinięcie w traktacie z Maastricht z 1991 r. a następnie w Traktacie Amsterdamskim z 1999 r. Traktat ten w większym stopniu określa zadania wspólnoty w zakresie zdrowia ludności krajów członkowskich i w artykule 152 par. 1 podkreśla m.in., że:

- Wysoki poziom ochrony zdrowia ludzi będzie zapewniony we wdrażaniu wszystkich dziedzin polityki i działań UE. Działanie UE, które będzie odgrywało rolę uzupełniającą w stosunku do krajowej polityki zostanie ukierunkowane na poprawę zdrowia ludności, zapobieganie chorobom i niedomaganiom, będzie też nakierowane na zmniejszanie źródeł zagrożeń dla zdrowia. Działanie to będzie zmierzało do zwalczania poważnych zagrożeń zdrowotnych, poprzez promowanie badań dotyczących ich przyczyn, przenoszenia się i zapobiegania, a także badań dotyczących informacji oraz edukacji.

Szczególnie ważnym wstępem do przyjętego przez UE w początku XXI wieku programu zdrowia publicznego była realizacja w latach 1997-2001 monitoringu zdrowia [1]. Ten szeroko zakrojony program, w którym uczestniczyło 15 krajów unijnych, przygotował podstawy metodologiczne do późniejszych działań [2]. Istotnym było zwłaszcza opracowanie zestawu mierników zdrowia niezbędnych dla zapewnienia możliwości lepszej oceny problemów zdrowotnych w skali całej UE oraz rozmiarów ich zróżnicowania pomiędzy krajami członkowskimi [3]. Innym ważnym projektem był przegląd raportów o sytuacji zdrowotnej z kilkudziesięciu krajów, w którym dokonano ewaluacji metod raportowania i prezentacji danych.

W ostatnich latach wprowadzono w UE nowy obowiązujący od 2003 roku Program Zdrowia Publicznego. Program ten ma jako swą podstawę dotychczas zrealizowane projekty, które określały priorytety związane z podanymi poniżej hasłami:

- promocja zdrowia
- monitoring zdrowia
- choroby zakaźne
- nowotwory
- choroby rzadkie
- zapobieganie urazom
- zanieczyszczenia środowiska i związane z nimi choroby
- uzależnienia substancjami psychoaktywnymi.

W obecnie obowiązującym programie (2003-2008) w dalszym ciągu dąży się do tworzenia narzędzi dla realizacji różnego rodzaju działań monitoringowych dotyczących różnych chorób, przy czym przewiduje się doskonalenie systemów raportowania sytuacji zdrowotnej. Planowane jest tworzenie sieci informacyjnej w zakresie chorób zakaźnych i systemów ostrzegania dotyczących nadzwyczajnych zagrożeń.

Osobna grupa problematyki programu poświęcona jest determinantom zdrowia związanym z stylem życia (palenie tytoniu, nawyki żywieniowe, alkohol, narkotyki). Inna grupa determinantów zdrowia dotyczy czynników środowiska bytowania.

W każdym roku ogłaszane są aktualne priorytety programu. W roku 2005 dotyczą one między innymi przedstawionych poniżej problemów ogólnych.

- Tworzenia gromadzenia i przetwarzania danych oraz ich dostarczania dla decydentów w celu monitoringu zdrowia i określania uwarunkowań zdrowia, co przyczyni się do prowadzenia racjonalnej polityki zdrowotnej;
- Doskonalenia systemu nadzoru nad chorobami zakaźnymi.

Tematy przewidziane na rok bieżący (2005) dotyczą też w pewnym zakresie systemu ochrony zdrowia. Podejmuje się np. temat dotyczący oceny działalności zakładów opieki zdrowotnej w oparciu o wskaźniki jakości opieki zdrowotnej.

Tematyka podejmowana w UE jako przedmiot programów zdrowia publicznego w ostatnich kilkunastu latach może stanowić wskazówkę przy tworzeniu planów krajowych dotyczących priorytetów polityki zdrowotnej.

## Priorytety polityki zdrowotnej UE

Priorytety te w krajach UE zostały określone w ramach specjalnego projektu finansowanego przez Komisję Europejską [4]. Uczestnicy tego projektu, w pierwszej fazie, w drodze badań ankietowych wśród członków naukowych towarzystw zdrowia publicznego krajów UE uzyskali opinię respondentów odnośnie najważniejszych problemów dotyczących zdrowia ludności w poszczególnych krajach. Problemy te w drodze dyskusji były weryfikowane w gronie kompetentnych ekspertów. Końcowy efekt tych prac zawarty jest w tabeli I przedstawiającej po dwa dla każdego kraju najważniejsze problemy zdrowotne.

W wyniku dalszej dyskusji ekspertów uczestniczących w projekcie powstała lista priorytetów zdrowia publicznego wspólna dla krajów UE, która przedstawiona została w specjalnym opracowaniu dla Komisji Europejskiej. W 2000 r. według tej ekspertyzy najważniejsze problemy dotyczące zdrowia publicznego krajów członkowskich UE to:

Tabela I. Dwa najważniejsze z priorytetowych zadań (problemów) w poszczególnych krajach Unii Europejskiej

Kraj	Najważniejsze priorytety
Austria	promocja zdrowia; reforma systemu ochrony zdrowia
Dania	zdrowie środowiskowe; palenie tytoniu
Finlandia	narkotyki; nadużywanie alkoholu
Francja	zwiększanie się nierówności w zdrowiu * i w dostępie do świadczeń zdrowotnych
Niemcy	nierówności w zdrowiu, problemy zdrowotne ludzi starszych
Grecja	wypadki drogowe (oraz inne wypadki); narkotyki
Irlandia	palenie tytoniu; choroby zakaźne
Holandia	styl życia, w tym: narkotyki, palenie tytoniu, alkohol; choroby przewlekłe (szczególnie u osób starszych)
Portugalia	choroby zakaźne; uzależnienia
Hiszpania	nierówności społeczne i zdrowotne; opieka na osobami starszymi
Wielka Brytania	palenie tytoniu; nierówności społeczne i zdrowotne

\* ang. – health inequalities

1. Społeczny gradient w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych występujący we wszystkich krajach UE;
2. Alkohol i związane z jego nadużywaniem problemy społeczne i zdrowotne; polityka wobec niedozwolonych substancji psychoaktywnych, wprowadzenie „10 zaleceń” dotyczących działań dotyczących tych substancji;
3. Działania na rzecz zmniejszenia spożycia tytoniu (informacja, edukacja, legislacja, polityka fiskalna);
4. Monitorowanie sytuacji zdrowotnej ludności w celu śledzenia trendów i identyfikowania problemów zdrowotnych oraz formowania aktualnych priorytetów zdrowotnych;
5. Jakość opieki zdrowotnej, kadra i jej kwalifikacje, dostęp do świadczeń, relacje kosztów do efektów, ocena jakości świadczeń zdrowotnych;
6. Problem starzenia się populacji;
7. Problem zdrowia psychicznego i jego determinant;
8. Środowisko: zdrowie środowiskowe, czynniki środowiska - woda, powietrze, gleba;
9. Żywność i żywienie (jakość żywności, zwyczaje żywieniowe);
10. Zanieczyszczenia żywności.

Priorytety przedstawione i rekomendowane przez grupę ekspertów nie znalazły odbicia w oficjalnych dokumentach (decyzjach unijnych), niemniej ich tematyka w wielu przypadkach znalazła swój odzwierciedlenie w priorytetowych kierunkach programu Zdrowia Publicznego na lata 2003-2008, zwłaszcza jeśli chodzi o problematykę dotyczącą nierówności w zdrowiu, stylu życia i promocji zdrowia.

Jednak z drugiej strony trzeba stwierdzić, że kraje europejskie, w tym unijne, już od wielu lat prowadziły politykę zdrowotną opartą o długofalowe założenia zawarte w dokumentach o charakterze aktów zatwierdzanych na szczeblu ministerstw lub parlamentu. Inspiracją do tworzenia tego typu działań była niewątpliwie strategia WHO „Health for All”. Niektóre kraje adoptowały wręcz tę strategię modyfikując

ją zawarte w niej cele. Inne ograniczały się do wybrania kilku najważniejszych dla siebie.

Tabela II przedstawia zestawienie tych programów, które prowadzone były do roku 2000 [5]. W poszczególnych kolumnach tej tabeli zawarto skrótowo charakterystykę tych programów uwzględniając rok zatwierdzenia, formalną nazwę programu, jego status jako dokumentu oficjalnego, liczbę celów, jeżeli była określona oraz sposób monitorowania realizacji tego programu. Monitorowanie sprowadzało się zwykle do okresowego przygotowywania raportów o sytuacji zdrowotnej. Zakres celów, co zaznaczono w tabeli II, obejmował przeważnie problematykę z obszaru prewencji i promocji zdrowia, ale w niektórych krajach obejmował również zagadnienia związane z poprawą działania systemu ochrony zdrowia.

Na przełomie wieku szereg krajów odnowiło swoje programy polityki zdrowotnej idąc głównie w kierunku postulatów nakierowanych na zmianę stylu życia społeczeństw, a zatem zwiększenia roli promocji zdrowia i prewencji, co jest bardziej efektywne w sytuacji stale rosnących nakładów na medycynę naprawczą i braku adekwatnej do nich poprawy sytuacji zdrowotnej.

Warto tu przytoczyć przykład węgierskiego Narodowego Programu Zdrowia. Program ten jest stale monitorowany i finansowany z budżetu państwa a wyniki podawane są na stronie Ministerstwa Zdrowia Węgier. W swojej ostatniej wersji został zatwierdzony przez parlament węgierski w 2003 r. Poprzednia wersja powstała w 2001 r. i zawierała 17 celów w dość tradycyjnym układzie nakierowanym przede wszystkim na zwalczanie chorób. Obecny program zawiera cztery grupy zagadnień:

- Tworzenie klimatu społecznego dla promocji zdrowia; w obszarze tej grupy zagadnień znalazły się cele dotyczące zdrowia młodzieży, poprawy zdrowia osób starszych, równych możliwości dla osiągnięcia zdrowia oraz promocji zdrowia w siedliskach (miejsce zamieszkania, pracy).

Tabela II. Programy polityki zdrowotnej w różnych krajach europejskich

Kraj	Liczba celów i charakter	Nazwa formalna	Rok zatwierdzenia	Formalne zatwierdzenie: parlament, rząd, MZ	Raport o sytuacji zdrowotnej	Inne uwagi
<b>Austria</b>	6, celów, Pr, Pm, Sys	Public Health in Austria	1990, 1994	rząd, MZ	1989 co 3 lata	-
<b>Czechy</b>	11 celów, Pr, Pm	National Health Programme	1995	rząd, MZ	1996	-
<b>Dania</b>	17 celów, Pr, Pm	Program on Public Health and Health Promotion -	1997, 2001	MZ, parlament	monitoring	-
<b>Finlandia</b>	38 celów HFA	HFA	1989, 1993, 1997	rząd, debata publiczna	1996 Raport (co dwa lata)	programy regionalne
<b>Francja</b>	10 celów, Pr, Pm,	Health in France	1994	-	1994, 1996	duży wpływ HFA i NPZ angielskiego
<b>Niemcy</b>	38 celów HFA	brak ogólnokrajowego dokumentu	1997	Raporty do WHO dot. HFA	regionalne raporty: Nadrenia-W S-Holstein	regionalizacja, landy
<b>Węgry</b>	17 celów Pr, Pm, Sys	For Healthily National Health Program	2001	rząd	1998	-
<b>Irlandia</b>	10 celów, Pr, Pm	A Health Promotion Strategy	1995	MZ	1997	duży wpływ HFA
<b>Włochy</b>	5 celów, Pr, Pm na bazie HFA	National Health System Plan	1993, 1998	MZ		wpływ HFA
<b>Holandia</b>	3 cele, Pr, Pm, Sys	Framework for Health Policy	1995	MZ	1997	-
<b>Szwecja</b>	5 celów, Pr, Sys	Priorities in Health System	1995	MZ Komisja parlamentu	1987, 1991, 1994, 1997	zwraca się uwagę na różnice społeczne
<b>Wielka Brytania</b>	6 obszarów Pm, Pr, Sys	Health of the Nation	1992, 1998	MZ www/officialdocument s.co.uk	1992, 1998	stały monitoring i raporty
<b>Szwajcaria</b>	-	Health in Switzerland	1993	MZ	1993	-
<b>Norwegia</b>	4 cele ogólne	Report on Population Health	1996	MZ	1996	więcej dokumentów na temat usług w opiece zdrowotnej
<b>Polska</b>	18 celów, Pm, Pr, Sys	National Health Programme	1990, 1996	Rząd	1990-1998- corocznie	monitoring oczekiwanych efektów NPZ przywiązuje się wagę do udziału społeczeństwa w debacie na temat zdrowia narodu
<b>Portugalia</b>	45 celów, Pm, Pr, Sys	A Strategy for the Change of the Health	1997	MZ	1997	
<b>Rumunia</b>	-	White Paper on Health Services	1997	MZ	-	w ramach programu PHARE na temat usług
<b>Hiszpania</b>	10 celów Pm, Pr, Sys	General Criteria for Health Co-ordination	1989	MZ	-	wskazówki dla tworzenia planów regionalnych

Pr – prewencja, Pm – Promocja zdrowia, Sys – system ochrony zdrowia, MZ – Ministerstwo Zdrowia, NPZ – Narodowy Program Zdrowia, HFA – program WHO „Zdrowie dla wszystkich”

- Druga grupa obejmuje szeroką problematykę związaną z pro zdrowotnym stylem życia i zmniejszeniem oddziaływań czynników ryzyka i wyrażona jest przez poniższe cele realizowane przez odpowiednie programy:
  - Zmniejszenie częstości palenia tytoniu,
  - Zapobieganie stosowaniu substancji psychoaktywnych i zmniejszenie spożycia alkoholu,
  - Promocja aktywności fizycznej.

W tej grupie problemów znajdują się również skierowane na zagrożenia środowiskowe dwa programy:

- Bezpieczeństwa epidemiologicznego i zdrowia publicznego
- Narodowy program zdrowia środowiskowego
- Kolejna grupa problemów zawartych w programie węgierskim dotyczy przeciwdziałania chorobowości, niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności.

Szczegółowe cele postulują przede wszystkim:

- Zmniejszenie chorobowości i umieralności spowodowanej chorobą wieńcową i chorobami naczyń mózgowych,
- Zmniejszenie umieralności z powodu nowotworów,
- Poprawa zdrowia psychicznego,
- Zmniejszenie częstości chorób narządu ruchu,
- Prewencja AIDS.
- Ostatnia grupa problemów poświęcona jest systemowi ochrony zdrowia i obejmuje następujące działania;
  - Prowadzenie przesiewów w zakresie nowotworów,
  - Rozszerzenie zakresu i dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej,
  - Zwiększenie zasobów ludzkich i sprzętowych służby zdrowia,
  - Prowadzenie monitoringu realizacji Narodowego Programu m.in. poprzez oceny sytuacji zdrowotnej ludności.

Z dawnych krajów UE Dania przygotowała swój rządowy program na lata 1999-2008 pod wpływem obserwowanej niezadowolającej poprawy sytuacji zdrowotnej ludności w ostatniej dekadzie ubiegłego wieku. Poważny problem stanowiły dla tego kraju zwłaszcza nowotwory płuc i wzrost palenia tytoniu wśród kobiet. Program przyjęty przez rząd obejmuje 17 celów i nakierowany jest na problemy związane z paleniem tytoniu, nadużywaniem alkoholu, żywieniem i aktywnością fizyczną. Podstawowym celem ogólnym jest zwiększenie długości życia i poprawa jakości życia społeczeństwa. Są też cele nakierowane na poszczególne grupy wieku w tym dzieci, młodzież i osoby starsze.

Innym przykładem kompleksowego programu polityki zdrowotnej jest program fiński [6]. W programie tym obowiązującym do 2015 r. uwzględniono kilka obszarów, w których wydzielono szczegółowe cele. Poniżej przytoczono przykłady formułowania celów tego obszernego programu, który dostępny jest w Internecie na stronie Fińskiego Ministerstwa Zdrowia.

Pierwszy obszar dotyczy różnych grup wieku i obejmuje następujące postulaty:

- Zdrowie dzieci poprawi się w sposób zadowalający a częstość występowania chorób i zaburzeń ulegnie zmniejszeniu.
- Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród młodzieży w wieku 16-17 lat ulegnie zmniejszeniu do poziomu 15%. Konsumpcja alkoholu i narkotyków obniży się i nie przekroczy poziomu z początku lat 90.
- Zgony z powodu wypadków i przemocy wśród młodych dorosłych ulegną zmniejszeniu o 1/3 w porównaniu z poziomem na początku lat 90.
- Stan zdrowia i poprawa warunków pracy pozwolią by aktywność zawodowa dorosłych wydłużyła się o 3 lata w porównaniu z 2000 r.

- Sprawność funkcjonalna osób powyżej 75 roku życia będzie się wydłużać tak jak to miało miejsce w ciągu ostatnich 20 lat.

Następne cele odnoszą się do populacji ogółem:

- Finowie będą „żyć w zdrowiu” o dwa lata dłużej niż w roku 2000 (*healthy life expectancy*).
- Satysfakcja Finów z funkcjonowania opieki zdrowotnej pozostanie na poziomie co najmniej takim jak obecnie.

Nastąpi zmniejszenie nierówności w zdrowiu (umieralności, chorobowości) między grupami społecznymi i płciami.

Warunkami dla realizacji wymienionych powyżej celów jest jak wspomniano w programie współpraca międzysektorowa<sup>1</sup> i działania z zakresu promocji zdrowia w domu, szkole, miejscu pracy i wypoczynku.

Z ciekawszych przykładów działań w zakresie wyznaczania priorytetów polityki zdrowotnej ostatniego okresu należy przytoczyć ustalenie obowiązujących priorytetów zdrowotnych państwa w postaci ustawy.

W roku 2004 parlament francuski przyjął 104 cele zdrowotne, które określają kierunki działań w dziedzinie zdrowia ludności na najbliższe lata. Należy zaznaczyć, że przyjęcie tej ustawy stymulowane było wydarzeniami ostatnich lat, które zbulwersowały społeczeństwo francuskie. Przede wszystkim była to afera spowodowana skażeniem przez wirus HIV krwi przeznaczonej do transfuzji, do czego dopuściły władze we francuskim Ministerstwie Zdrowia. Po drugie była to fobia spowodowana zagrożeniem BSE (*Bovine Spongiform Encephalopathy*) i w końcu obserwowany w lecie 2003 r. wzrost umieralności wśród osób starszych spowodowany upałami (zmarło 15000 osób). Cele zawarte w ustawie francuskiej zostały podzielone na 22 grupy problemów przedstawionych poniżej.

1. Uwarunkowania zdrowia (alkohol, tytoń, żywienie, aktywność fizyczna, warunki pracy, zdrowie środowiskowe);
2. Zmniejszenie ryzyka występowania chorób jałtrogennych;
3. Zmniejszenie antybiotykooporności;
4. Poprawa metod zwalczania bólu;
5. Zmniejszenie obciążenia chorobami<sup>2</sup> zakaźnymi;
6. Poprawa opieki nad matką i dzieckiem;
7. Zmniejszenie obciążenia chorobami nowotworowymi;

<sup>1</sup> Udział w realizacji programu różnych instytucji centralnych i samorządu terytorialnego.

<sup>2</sup> Termin „obciążenia chorobami” jest powszechnie używany, np. wydana w 2000 roku Global Burden of Disease po polsku brzmi „Globalne obciążenie chorobami” (Vesalius, Kraków 2000).

8. Zmniejszenie obciążenia chorobami psychicznymi;
9. Zmniejszenie występowania chorób narządów zmysłów;
10. Zmniejszenie obciążenia chorobami układu krążenia;
11. Zmniejszenie obciążenia chorobami układu oddechowego;
12. Poprawa jakości życia ludzi z przewlekłymi zapalnymi chorobami jelit;
13. Zmniejszenie częstości nienowotworowych chorób ginekologicznych;
14. Obniżenie obciążenia niewydolnością nerek (końcowe stadia);
15. Zmniejszenie obciążenia chorobami reumatycznymi (reumatoidalne zapalenie stawów) i bólami spondylogennymi;
16. Obniżenie umieralności niemowląt i zwiększenie dostępu do badań prenatalnych;
17. Równy dostęp do profilaktyki i opieki zdrowotnej pacjentów z chorobą sierocą;
18. Poprawa zdrowia jamy ustnej;
19. Zmniejszenie obciążenia związanego z wypadkami i samobójstwami.

Cele nakierowane na wybrane populacje:

1. Poprawa jakości życia pacjentów z dysleksją i dysgrafią;
2. Poprawa dostępu kobiet do antykoncepcji i aborcji;
3. Poprawa zdrowia osób starszych.

Zestawienie linków internetowych<sup>13</sup> do niektórych z aktualnych programów polityki zdrowotnej jest dostępne na stronie *Observatory on Health Systems and Policies* – organizacji afiliowanej przy WHO i wpływającej na kształtowanie polityki zdrowotnej w krajach europejskich, w tym członków UE.

Prezentowane powyżej przykłady podejścia do formułowania priorytetów polityki zdrowotnej wskazują na różnorodność rozwiązań wynikającą ze specyfiki problemów zdrowotnych w danym kraju.

W połowie ubiegłego roku David Byrne, Komisarz Unii Europejskiej ds. Zdrowia i Ochrony Konsumenta, w oficjalnym wystąpieniu na konferencji EPC<sup>14</sup> (*European Policy Centre*) sformułował zasady polityki zdrowotnej UE. Były one przedmiotem otwartej dyskusji, w której wzięli udział przedstawiciele różnych zainteresowanych grup od ministrów zdrowia począwszy po przedstawicieli organizacji pozarządowych. Ogólnym tytułem i zarazem hasłem tego wystąpienia było „Stworzenie wszystkim szansy na

dobrze zdrowie – zdrowie Europejczyków w przyszłości”.

Działania pod takim hasłem wymagają szerokich przedsięwzięć finansowych i organizacyjnych we wszystkich krajach członkowskich UE. We wstępnej części wystąpienia Komisarz stwierdził: „Nadszedł czas przesunięcia w Europie punktu ciężkości z postawy zasadniczo defensywnej, polegającej przede wszystkim na zajmowaniu się brakiem zdrowia, na postawę charakteryzującą się głębszym przekonaniem i spojrzeniem perspektywicznym oraz opartą w większym stopniu na aktywnej promocji dobrego zdrowia”. Stwierdzenie to ukierunkowuje politykę zdrowotną na problemy zachowań zdrowotnych, wśród których na samym początku Komisarz wymienia walkę z paleniem tytoniu, co ograniczy konieczność leczenia raka płuc w przyszłości. Nawiązuje też do problematyki nierówności w zdrowiu mówiąc, że „Różnice w zdrowiu między poszczególnymi krajami, określane na podstawie kilku kluczowych wskaźników, wciąż pogłębiają się. Zależą one w znacznym stopniu od miejsca zamieszkania, rodzaju wykonywanej pracy i od wysokości zarobków”.

Kontynuując wątek zachowań zdrowotnych D. Byrne stwierdza „Dobre zdrowie to wynik wspólnej odpowiedzialności. Dobre zdrowie jest w dużym stopniu determinowane naszymi indywidualnymi wyborami. Tym, co decydujemy się spożywać i pić, czy pijemy alkohol, a jeśli tak to jak często, czy palimy, lub czy regularnie wykonujemy ćwiczenia fizyczne. Każdy z nas musi brać na siebie odpowiedzialność za kontrolę nad własnym zdrowiem”.

Komisarz Byrne określa równocześnie rolę UE w rozwiązywaniu problemów dotyczących zdrowia obywateli krajów członkowskich stwierdzając, że „Rola Unii Europejskiej zdecydowanie nie polega na angażowaniu się w każdy aspekt kształtowania polityki zdrowotnej. Naszym obowiązkiem jest ochrona obywateli przed zagrożeniami zdrowotnymi. Wspomagamy działania państw członkowskich i innych w tworzeniu warunków, które mają na celu promowanie zdrowia”. Ciekawym wątkiem przewijającym się w wystąpieniu Komisarza są powiązania zdrowia z szeroko pojętą ekonomią i dochodami państwa: „Dobre zdrowie i dobrobyt w sferze gospodarczej idą w parze. Inwestowanie w zdrowie zwiększa przeciętną długość życia, co w konsekwencji generuje wzrost PKB. Udowodniono, że przedłużenie przeciętnej długości życia o 10% może zwiększyć produkt krajowy brutto o 0,35% rocznie”. Znaczna część przemówienia poświęcona była problemom technologii medycznych, które są niezbędne dla poprawy stanu zdrowia, ale ich stosowanie powinno podlegać ocenie. Nowe technologie w dziedzinie ochrony zdrowia są bardzo kosztowne i muszą być w związku z tym wykorzysty-

<sup>13</sup> [http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20040511\\_1](http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20040511_1)

<sup>14</sup> Enebling good health [7]

wane w sposób możliwie najbardziej wydajny. Ponadto technologia musi podlegać właściwej ocenie. „Państwa członkowskie mogą wiele zyskać dzieląc się swoim doświadczeniem i kompetencjami na przykład, w zakresie rachunku ekonomicznego wynikającego z różnych metod leczenia. Wspólna praca nad oceną technologii medycznych oraz nad sposobami najskuteczniejszego wdrożenia systemów zapewniających wysoką jakość, to dwa przykłady mobilizowania wysiłków na rzecz maksymalnej skuteczności, unikając przy tym dublowania działań”.

W wielu miejscach wystąpienia Komisarza przejawiała się sprawa profilaktyki i promocji zdrowia: „Wszyscy wiemy, że profilaktyka jest lepsza od leczenia, a przy tym jest także tańsza. Na przykład, podniesienie świadomości społecznej i wprowadzanie odnośnych regulacji prawnych kosztuje niewiele, a może przynieść znaczne korzyści i oszczędności. Problem polega na tym, w jaki sposób stawić obecnie czoła takim problemom jak palenie tytoniu i nadwaga, unikając ogromnych kosztów w przyszłości. W jaki sposób skutecznie wzmocnić profilaktykę? Czy wszystkie rządy powinny na wzór irlandzki zabronić palenia w miejscach publicznych?”.

Z przytoczonych wyjątków ostatniego wystąpienia ustępującego Komisarza ds. Zdrowia wynikają wyraźnie drogowskazy dla działań polityki zdrowotnej UE, te właśnie obszary zdrowia publicznego powinny być poddane szerokiej dyskusji w państwach członkowskich celem opracowania najlepszych tzn. najefektywniejszych kierunków narodowej polityki zdrowotnej.

### **Narodowy Plan Rozwoju 2007-2013. Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce**

Pod koniec 2004 r. i na początku roku 2005 rozpoczęto prace nad nową strategią ochrony zdrowia, która będzie częścią Narodowego Planu Rozwoju wynikającego ze zobowiązań, które były podjęte przez kraje członkowskie UE na konferencji w Lizbonie (tzw. Strategia Lizbońska). W zakresie ochrony zdrowia w Polsce wyznaczono wstępnie nowe kierunki polityki zdrowotnej, których celem nadrzędnym jest: „poprawa stanu zdrowia społeczeństwa polskiego w stopniu zmniejszającym dystans istniejący pomiędzy Polską i średnim poziomem stanu zdrowia w Unii Europejskiej (przed przystąpieniem do niej naszego kraju)”. Cele pośrednie i operacyjne tej strategii nakerierowane są na następujące dziedziny:

- Profilaktyka, promocja i edukacja zdrowotna
- Ratownictwo medyczne
- Lecznictwo
- Opieka zdrowotna
- Opieka nad matką i dzieckiem
- Opieka nad osobami w podeszłym wieku

W niedługim czasie strategia ta po jej uprzednim zatwierdzeniu będzie poddana pod dyskusję ogólnospołeczną tak jak cały Narodowy Plan Rozwoju, co jest zapowiedziane na stronach internetowych Ministerstwa Gospodarki (<http://www.mgip.gov.pl/>) odpowiedzialnego za jej przygotowanie.

Trzeba tu stwierdzić, że dyskusje nad „Strategią” powinna poprzedzić debata nad ogólnymi zasadami tworzenia polityki zdrowotnej w kraju – w tym relacji między Narodowym Planem Rozwoju i Narodowym Programem Zdrowia a także innymi programami realizowanymi już lub planowanymi do zatwierdzenia jak np. Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych.

### **Wnioski z realizacji Narodowego Programu Zdrowia w latach 1996-2005**

Narodowy Program Zdrowia (NPZ) zatwierdzony przez Radę Ministrów w 1996 roku przez Radę Ministrów posiadał wszystkie niezbędne atrybuty do skutecznej realizacji w latach następnych. Utworzony został Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny pod kierunkiem początkowo Ministra Zdrowia później Wicepremiera, z członkami w randze wiceministrów wszystkich ówczesnych resortów. W Ministerstwie Zdrowia utworzono komórkę organizacyjną zajmującą się monitorowaniem realizacji NPZ, która tworzyła coroczne raporty z wykonywania zadań zapisanych w oficjalnym obowiązującym harmonogramie NPZ. Raporty te przyjmowane były przez Radę Ministrów i stanowiły przedmiot zainteresowań Sejmowej Komisji Zdrowia. We wszystkich województwach w kraju powołano pełnomocników wojewodów ds. realizacji NPZ. Byli oni przeważnie usytuowani w wojewódzkich centrach zdrowia publicznego i dysponowali aparatem administracyjnym dla zbierania informacji a także stymulowania działań na rzecz realizacji zadań NPZ. Szczególnie aktywne były w tym zakresie województwa Mazowieckie, Wielkopolskie, Małopolskie a w niektórych latach także Dolnośląskie, Zachodniopomorskie i Warmińsko-Mazurskie. Niektóre z województw zbudowały też własne Wojewódzkie Programy nazywane czasem programami promocji zdrowia lub strategią dla zdrowia. Należy podkreślić, że w okresie realizacji NPZ nie było wydzielonych w budżecie państwa środków finansowych na zadania zapisane w harmonogramie NPZ. Niemniej szereg inicjatyw lokalnych powstało w terenie nawet na poziomie gmin przy wykorzystaniu środków własnych lub z grantów specjalnych. Znaczne zasilenie finansowe lokalnych inicjatyw w zakresie promocji zdrowia, chociaż ukierunkowanych głównie na sprawy nikotynizmu, stanowił „Program polityki zdrowotnej i społeczno-ekonomicznej prowadzącej do zmniejszenia konsumpcji

tytoniu w Polsce". Środki finansowe z tego programu wykorzystywano, i słusznie, na akcje o charakterze nieco szerszym niż wynikałoby to z nazwy programu.

Ważną sprawą dla rozwoju narzędzi dla realizacji NPZ w terenie były pilotażowe działania w 40 gminach województw małopolskiego i mazowieckiego w ramach specjalnego programu finansowanego przez Bank Światowy. W wyniku tego programu przeszkolono działaczy i pracowników administracji gminnych dla potrzeb tworzenia programów na rzecz zdrowia ludności. Powstał też odpowiedni podręcznik dla działaczy terenowych zajmujących się praktyczną promocją zdrowia.

W okresie rządów AWS deklarowano, m.in. w wystąpieniach premiera Jerzego Buzka, iż NPZ będzie stanowił ważne narzędzie polityki zdrowotnej państwa. Jednakże po odejściu z rządu wicepremiera Tomaszewskiego (w tym czasie przewodniczącego zespołu międzyresortowego ds. NPZ) NPZ stracił na swoim znaczeniu. Należy z drugiej strony zaznaczyć, iż jako program polityki zdrowotnej państwa był on uznawany przez WHO za program wzorcowy. Podobne w swym układzie programy powstały dla Węgier i Danii, przy czym miały one dedykowane środki finansowe zatwierdzone przez rząd lub parlament.

Pewną próbą nadania większej rangi NPZ było tworzenie ustawy o Narodowym Programie Zdrowia a także próba trwałego umieszczenia NPZ w ustawie o Zdrowiu Publicznym. Działania te, niestety nieskuteczne, miały miejsce w okresie, gdy Ministrem Zdrowia była S. Cegielska.

Rozpoczęcie reformy finansowania ochrony zdrowia i powstanie kas chorych odsunęło sprawy NPZ na drugi plan zainteresowania Rządu i Ministerstwa Zdrowia. Jednakże z drugiej strony, choć kasy chorych w swoim działaniu nastawione są głównie na świadczenie usług leczniczych to w pewnym procencie (0,04 budżetu) przeznaczały środki na programy profilaktyczne. W roku 2000 programów takich, finansowanych przez ówczesne kasy chorych zinwentaryzowano w całej Polsce ponad 250. Były to programy nakierowane m.in. na przesiewy w zakresie nowotworów narządów rodnych a także nadciśnienia tętniczego, co stanowiło realizację zadań w obszarze 14 i 15 celu operacyjnego NPZ. W okresie ponownego przejścia władzy przez SLD, gdy Ministerstwem Zdrowia kierował M. Łapiński, obowiązywała Strategia pod hasłem „Narodowa Ochrona Zdrowia”. Strategia ta skupiała się na ponownej reformie finansowania ochrony zdrowia i wymieniała NPZ jako narzędzie polityki zdrowotnej w obszarze zdrowia publicznego. Jednakże poza tą deklaracją nie doszło do praktycznego zwiększenia rangi tego pro-

gramu choćby w postaci reaktywowania międzyresortowego zespołu koordynacyjnego ds. NPZ.

Trzeba tu stwierdzić, że mimo braku wsparcia na szczeblu centralnym NPZ był realizowany w terenie (powiatach, gminach), co można stwierdzić na podstawie raportów rocznych przygotowywanych w Wojewódzkich Centrach Zdrowia Publicznego.

Najważniejszym skutkiem realizacji NPZ są efekty zdrowotne związane z realizacją celu strategicznego, którym jest: „Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia”.

Powstałe w Państwowym Zakładzie Higieny Biuro ds. Monitorowania Oczekiwanych Efektów Realizacji NPZ od samego początku śledziło zmiany sytuacji zdrowotnej ludności publikując okresowe raporty z tego zakresu. Z raportów tych wynikają przedstawione poniżej wnioski.

1. Korzystnie z punktu widzenia realizacji celów NPZ przedstawia się dynamika umieralności mieszkańców Polski z powodu chorób układu krążenia. Tempo spadku współczynników zgonów jest szybsze od oczekiwanego, zwłaszcza wśród osób w wieku aktywności zawodowej 25-64 lata. Jest to o tyle ważne, że w tej grupie wieku nadwyżka umieralności Polaków w stosunku do mieszkańców Unii Europejskiej jest szczególnie duża. Pewien niepokój może jednak budzić zahamowanie spadku umieralności ogółu ludności w 2003 r.
2. Niewątpliwie niekorzystna jest sytuacja w przypadku umieralności z powodu nowotworów złośliwych. Brak poprawy obserwuje się w przypadku umieralności z powodu nowotworów złośliwych ogółem. Wzrasta natężenie zgonów kobiet z powodu raka płuc, nie zmienia się poziom zgonów z powodu raka sutka mieszkanki wsi a również w przypadku mieszkanki miast nie obserwuje się poprawy w ciągu ostatnich pięciu lat. Aż do 2002 r. wzrastała umieralność mężczyzn z powodu raka prostaty oraz raka jelita grubego i odbytnicy. Obserwowane mało zadowalające efekty realizacji NPZ w zakresie zmniejszenia umieralności mieszkańców Polski z powodu nowotworów złośliwych wskazują na pilną potrzebę pogłębionej oceny dotychczas prowadzonych działań oraz podjęcie bardziej skutecznych kroków w celu lepszego zapobiegania, wykrywania oraz leczenia nowotworów w Polsce, co może być realizowane w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych..
3. Nie napawa również zbyt optymistycznym sytuacja w zakresie skutków zdrowotnych urazów i zatruc. Wprawdzie współczynniki zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych oraz liczba zabitych w wypadkach drogowych mają szansę



osiągnąć w 2005 r. oczekiwany poziom, ale potrzebne jest nasilenie działań w tym celu gdyż ostatnie lata cechowało zahamowanie korzystnych uprzednio zmian tych wskaźników. Niekorzystnie przedstawiają się liczby poszkodowanych w wypadkach przy pracy a zwłaszcza ofiar śmiertelnych tych wypadków i osiągnięcie poziomu oczekiwanego w NPZ jest praktycznie niemożliwe.

4. Poprawa w zakresie zapadalności na choroby zakaźne jest w większości przypadków zadowalająca i tylko zdecydowanie niekorzystnie przedstawia się skuteczność realizacji zadań NPZ w odniesieniu do zachorowań na biegunki u dzieci do lat 2. Nie obserwuje się poprawy sytuacji w tym zakresie.
5. Problem reakcji na choroby zakaźne, które mogą być przywleczone do Polski nie został dotychczas rozwiązany (brak systemu ostrzegania i monitorowania).
6. Niepokojąca jest sytuacja w zakresie kondycji psychospołecznej ludności. Oczekiwane w NPZ zmniejszenie częstości występowania zaburzeń psychicznych nie tylko nie zostanie osiągnięte, ale wręcz można mówić o wzroście występowania tych zaburzeń. Wydaje się, że problem ten, posiadający wiele uwarunkowań, wymaga lepszego rozpoznania i podjęcia bardziej wszechstronnych i skutecznych niż do tej pory działań interwencyjnych.
7. Niewątpliwym sukcesem ostatniego dziesięciolecia jest stałe wydłużanie przeciętnego dalszego trwania życia ludności tak mężczyzn jak i kobiet, które w roku 2003 osiągnęło odpowiednio 70,5 i 78,9 lat. Jest to przyrost o prawie 3 lata u mężczyzn i 2,5 lat u kobiet od momentu oficjalnego zatwierdzenia obowiązującej wersji NPZ.

Jak podkreślano to już we wcześniejszym raporcie osobną kwestią pozostaje ocena rzeczywistego oddziaływania Narodowego Programu Zdrowia na stan zdrowia Polaków. Powyżej przedstawiono tylko oczekiwania co do zmian stanu zdrowia i przebieg zdarzeń zdrowotnych obrazujący realizację tych oczekiwań. Nie można jednak na tej podstawie odpowiedzieć, w jakim stopniu obserwowane korzystne zmiany stanu zdrowia są rzeczywiście efektem realizacji zadań sformułowanych w celach operacyjnych NPZ, a w jakim wynikają z innych procesów. Trudno jest również stwierdzić w jakim stopniu brak efektów zdrowotnych oczekiwanych w NPZ wynika ze słabego wdrażania działań zalecanych w NPZ, a w jakim jest wynikiem ich małej efektywności. Problem ten wymagałby jednak podjęcia odrębnych prac studialnych opartych na bardzo dobrym monitoringu realizacji Narodowego Programu Zdrowia zarówno

na szczeblu centralnym jak i szczeblach wojewódzkich. Jest to zadanie możliwe do wykonania w dłuższym okresie czasu. Należy postulować by przygotowywany obecnie nowy NPZ z jednej strony w większym stopniu uwzględniał wskazywanie oczekiwanych korzyści zdrowotnych (lub celów zdrowotnych) w formie ilościowej (mierzalnej), a z drugiej strony położył większy nacisk na monitorowanie realizacji zadań tak by możliwa była ocena ich efektywności. Jest to niezwykle istotne ze względu na pilną potrzebę sformułowania polityki zdrowotnej, która zapewni jak najszybsze zmniejszenie dystansu, jaki wciąż dzieli stan zdrowia Polaków od stanu zdrowia przeciętnego mieszkańca UE.

#### **Proponowane kierunki działań dotyczące ustalenia nowych priorytetów polityki zdrowotnej, które powinny być zawarte w programie o randze i charakterze zbliżonym do obowiązującego obecnie Narodowego Programu Zdrowia**

Analiza wyników monitoringu Narodowego Programu Zdrowia realizowanego w latach 1995-2005 oraz analiza obowiązującej strategii WHO „Zdrowie 21”, a także stanowiska Komisji Europejskiej w zakresie polityki zdrowotnej UE, skłaniają do refleksji i wstępnych propozycji przedstawionych w poniżej.

Dotychczasowa konstrukcja Narodowego Programu Zdrowia była nowoczesna w okresie jej tworzenia a program zawierał wszystkie elementy niezbędne do skutecznej jego realizacji. Były więc jasno sformułowane cele operacyjne a w każdym z nich oczekiwane efekty, w tym oczekiwane korzyści zdrowotne i odpowiednie wskaźniki do wymiernej oceny realizacji poszczególnych celów. Dla każdego celu sformułowano też konkretne zadania zamieszczone w specjalnym harmonogramie uwzględniającym realizatorów od szczebla centralnego po poziom najmniejszej jednostki administracji samorządowej – gminy. W harmonogramie uwzględniono też udział w realizacji NPZ organizacji pozarządowych. Dla monitoringu realizacji zadań brakowało jednak dobrze zdefiniowanych mierników.

W zakresie monitoringu oczekiwanych efektów NPZ stworzono odpowiedni program monitorowania zatwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia w 1997 r. Program ten był jednak zbyt ambitny i wymagał stworzenia nowych systemów informacyjnych specjalnie dla potrzeb monitoringu lub też prowadzenia okresowych badań populacyjnych. Z powodu braku środków finansowych ograniczono się w zasadzie do wykorzystania rutynowych danych dostępnych w statystyce publicznej i opracowań instytutów naukowo badawczych.

Stwierdzić jednak trzeba, że układ formalny dokumentów (Dokument NPZ, Harmonogram NPZ,

Zasady prowadzenia monitoringu oczekiwanych efektów NPZ) będących podstawą realizacji NPZ był dobrze przygotowany i stanowił przykład do podejmowania działań na różnych poziomach administracji rządowej i samorządowej. Stanowił on także inspirację dla działań organizacji pozarządowych.

Przechodząc do części merytorycznej nasuwa się dylemat, na ile dokument o charakterze NPZ powinien obejmować problemy medycyny naprawczej a w jakim stopniu dotyczyć tylko profilaktyki i promocji zdrowia. Z drugiej strony powinno się rozważyć w jakim zakresie ma być dokumentem rządowym a w jakim stopniu programem realizowanym przez społeczeństwo obywatelskie z wykorzystaniem organów samorządowych i organizacji pozarządowych.

Z przeglądu istniejących programów w krajach UE oraz tendencji zarysowanych w strategii WHO a także z wystąpienia Komisarza UE ds. Zdrowia Davida Byrne widać, że programy Zdrowia Publicznego o charakterze Narodowym powinny mieć charakter aktów zatwierdzonych co najmniej przez rząd a nawet przez parlament (Francja, Węgry). Realizacja takiego programu powinna być jednak poprzedzona szeroką dyskusją w mediach, aby identyfikowali się z nim nie tylko decydenci, ale i pojedynczy obywatele w miejscu pracy, placówkach nauczania i wychowania oraz w miejscu zamieszkania.

Podejście do formułowania priorytetów polityki zdrowotnej bywa różne. Dotychczasowy program w większym stopniu kładł nacisk na promocję budowania zdrowia i prewencję w obszarze najważniejszych problemów zdrowotnych ludności (choroby układu krążenia i nowotwory oraz wypadki. Pewien obszar poświęcony był też poprawie działania pomocy doraźnej i lecznictwa podstawowego.

Obecnie coraz częściej obserwuje się ukierunkowanie programów na grupy wieku, które stają się przedmiotem szczególnej troski w krajach wysoko rozwiniętych. Chodzi tu o podejście „demograficzno-ekonomiczne” wychodzące z założenia, że przyszłość i równomierny rozwój społeczeństw zindustrializowanych będzie możliwy dzięki szczególnej trosce o populację w wieku rozrodczym, dzieci i osoby starsze. Stworzony w ostatnich latach program fiński reprezentuje takie podejście. Nadmienić należy, że program WHO „Zdrowie 21” zwraca również szczególną uwagę na problemy wybranych, ważnych

z punktu widzenia demograficznego grup wieku. Podejście takie widoczne jest także w projekcie „Strategia dla zdrowia” będącym częścią Narodowego Planu Rozwoju Polski w latach 2007-2013. Jak już zaznaczono poprzednio kształt tej Strategii powinien być kompatybilny z tworzonym obecnie projektem Narodowego Programu Zdrowia na okres po 2005 r.

Konkludując powyższe rozważania wydaje się, że metodologia tworzenia znowelizowanej wersji NPZ powinna obejmować następujące kroki:

Określenie priorytetów polityki zdrowotnej na najbliższe 10 lat:

- w obszarze stanu zdrowia ludności.
- w obszarze zachowań zdrowotnych ludności.
- w obszarze działań międzyresortowych.
- w obszarze działalności systemu ochrony zdrowia.

Proces określania tych priorytetów powinien się odbywać poprzez dyskusje w gronie ekspertów z uwzględnieniem konsultacji towarzystw naukowych oraz dyskusji ogólnospołecznych w mediach.

Proporcje ilościowe pomiędzy celami z ww. obszarów powinny wynikać z logicznych relacji łańcucha przyczyna-skutek a także z analiz koszt-efekt.

Przy ostatecznej konstrukcji Narodowego Programu Zdrowia należy uwzględnić wszystkie istniejące i tworzone programy szczegółowe, np. Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych lub projekt „Zdrowie i Środowisko”, tak by NPZ był programem spinającym działania w kierunku poprawy stanu zdrowia i jakości życia społeczeństwa, co stanowić musi jego zasadniczy cel strategiczny.

Podsumowując powyższe rozważania trzeba stwierdzić, że tendencje polityki zdrowotnej w UE powinny być wskazówką dla polityki zdrowotnej w Polsce zwłaszcza po przystąpieniu do Unii Europejskiej. Jesteśmy obecnie w okresie, gdy nowelizowany jest Narodowy Program Zdrowia kończący się w 2005 r. Równolegle przygotowany jest Narodowy Plan Rozwoju odpowiadający wyzwaniom „Strategii Lizbońskiej”. Dlatego polityka zdrowotna Polski powinna być klarownie określona i musi równocześnie otrzymać w najbliższym czasie odpowiednie narzędzia dla jej realizacji. Jednym z takich narzędzi powinien być znowelizowany Narodowy Program Zdrowia ze zrozumiałymi, uzasadnionymi i akceptowanymi przez społeczeństwo celami i harmonogramem.

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

*dr Paweł Goryński*

Państwowy Zakład Higieny, ul. Chocimska 24,

00-791 Warszawa

e-mail: [pawel@medstat.waw.pl](mailto:pawel@medstat.waw.pl)

**Piśmiennictwo / References**

1. Community action program on Public Health. COM (200) final of 16 May 2000 – dostępne na stronie internetowej komisji Europejskiej: [http://europa.eu.int/comm./health/ph/general/phpolicy\\_new.htm](http://europa.eu.int/comm./health/ph/general/phpolicy_new.htm)
2. European Community Health Indicators, dostępne na stronie internetowej Komisji Europejskiej [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_information/dissemination/echi/echi\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm)
3. Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008), dostępne na stronie internetowej Komisji Europejskiej [http://europa.eu.int/eur-lex/pri/en/oj/dat/2002/l\\_271/l\\_27120021009en00010011.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/pri/en/oj/dat/2002/l_271/l_27120021009en00010011.pdf)
4. Priorities for public health action in the European Union, 2000, Employment & social affairs, Weil M., McKee, M. Brodin D. Oberle C.
5. Health Policies and Targets, Review of Health Target and Priority Settings in 18 European Countries, Harry P.A. van de Water, Loes M. van Herten, TNO Prevention and Health, first edition 1998 TNO.
6. Government resolution on the health 2015 public health programme, dostępne na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia Finlandii <http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/ehocontents17.htm>
7. Enabling good health for all – The future of health in Europe, dostępne na stronie internetowej Komisji Europejskiej, [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_overview/Documents/byrne\\_reflection\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/byrne_reflection_en.pdf)