

# Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować?



Barbara Kłosowska

Rafał Rudka

Bernadeta Skóbel

Marek Wójcik (redakcja)

## **Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować**

Poradnik dla pracowników jednostek samorządu terytorialnego

### **Autorzy:**

Marek Wójcik (redakcja)

Barbara Kłosowska

Rafał Rudka

Bernadeta Skóbel

**Poradnik powstał w ramach realizacji projektu Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy**

**Dostępny w wersji elektronicznej stronie Programu: [www.opzg.pl](http://www.opzg.pl)**

### **Wydawca:**

Instytut Oświaty Zdrowotnej Fundacja Haliny Osińskiej,

ul. Żłota 61 lok.100, 00-819 Warszawa

### **Copyright © Wszelkie prawa zastrzeżone**

Przedruk, reprodukcja w jakiegokolwiek postaci, całości bądź części książki bez pisemnej zgody wydawcy są zabronione.

### **Opracowanie graficzne:**

Rafał Pugacz, RA-V-Studio, ul. Płocka 37A/19, 01-231 Warszawa

### **Druk:**

KUMAN ART A-Z, ul. Batalionów Chłopskich 61, 25-670 Kielce

ISBN 978-83-937893-0-6

**Warszawa 2013**



Wydanie finansowane ze środków  
Instytutu Oświaty Zdrowotnej Fundacji Haliny Osińskiej  
w ramach realizacji projektu  
Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy



## Spis treści

Wprowadzenie .....	2
Analiza programów zdrowotnych realizowanych przez samorzady terytorialne .....	4
Programy zdrowotne opiniowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych w latach 2010–2012 .....	6
Zadania samorządów i dokumenty strategiczne .....	15
Rola organów samorządu terytorialnego .....	25
Co powinien zawierać program zdrowotny? .....	29
Obowiązkowa opinia Agencji Oceny Technologii Medycznych .....	33
Harmonogram programu zdrowotnego .....	36
Pieniądże i efektywność .....	38
Wybór realizatorów programu zdrowotnego .....	45
Zlecenie przygotowania programu zdrowotnego przez podmiot zewnętrzny .....	51
Promocja, monitoring i kontrola .....	53
Obowiązek przekazywania informacji o zrealizowanych programach zdrowotnych .....	57
Dokumentowanie wiedzy o programach zdrowotnych .....	59
Praktyki tworzenia i realizacji programów zdrowotnych .....	60
Cechy dobrze przygotowanego programu zdrowotnego .....	66
Samorządowy program zdrowotny – krok po kroku, na przykładzie projektu „4 minuty, które decydują o życiu” .....	75
Doświadczenia z oceny samorządowych programów zdrowotnych. Warto skorzystać z dobrych rad profesora AOTeMowskiego .....	80
Dobre praktyki samorządowych programów zdrowotnych – krajowych i zagranicznych .....	97
<i>Program szczepień przeciwko grypie w populacji kobiet i mężczyzn powyżej 65. roku życia .....</i>	<i>97</i>
<i>„Profilaktyka i promocja zdrowia w praktyce” – wybrane działania w powiecie cieszyńskim w latach 1999 - 2013 .....</i>	<i>103</i>
<i>„6 – 10 – 14 dla zdrowia”. Program zdrowotny w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży .....</i>	<i>107</i>
<i>Lepsze zdrowie = lepsza jakość życia. Programy Madryckiego Centrum Zdrowia .....</i>	<i>120</i>
Warto wiedzieć: podstawy prawne, przydatne strony internetowe .....	121
Spis tabel, map i schematów .....	123
Notatki biograficzne o autorach .....	125

## Wprowadzenie

Samorzady terytorialne bardzo odpowiedzialnie traktują obowiązki dotyczące opracowywania i realizowania programów zdrowotnych. Corocznie w Polsce wdrażanych jest ich kilkaset. Obejmują znaczą część mieszkańców i charakteryzują się dużą efektywnością, co wpływa pozytywnie na podnoszenie się poziomu zdrowotności społeczeństwa. Jest to zasługa władz samorządowych, ale przede wszystkim – powiększającej się z roku na rok – grupy kreatywnych, lokalnych liderów działań prozdrowotnych.

Niestety w dalszym ciągu nie jest powszechna wiedza o tym, jak opracowywać programy zdrowotne, a następnie je realizować. Nieprzejrzyste są też przepisy prawa, a szczególnie wiele wątpliwości pojawiło się po wprowadzeniu przez samorzady obowiązku zasięgania opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM) o projektach programów zdrowotnych przez nie przygotowywanych.

Dlatego, między innymi, zaledwie niewielka część z programów opiniowanych przez tę Agencję jest oceniona pozytywnie (statystykę na ten temat prezentujemy w pierwszej części poradnika).

Zagrożeniem dla przyszłości programów zdrowotnych jest też trudna sytuacja finansowa samorządów terytorialnych, których podłożem są efekty ogólnoświatowego kryzysu ekonomicznego. Temu zagadnieniu poświęcono część poradnika pt. Czy pokonał nas kryzys?

Przygotowując realizację programu zdrowotnego, samorządowcy bardzo często nie wiedzą od czego zacząć, na co zwrócić szczególną uwagę i o czym nie zapomnieć, by spełniał on wymogi prawne czy też medyczne?

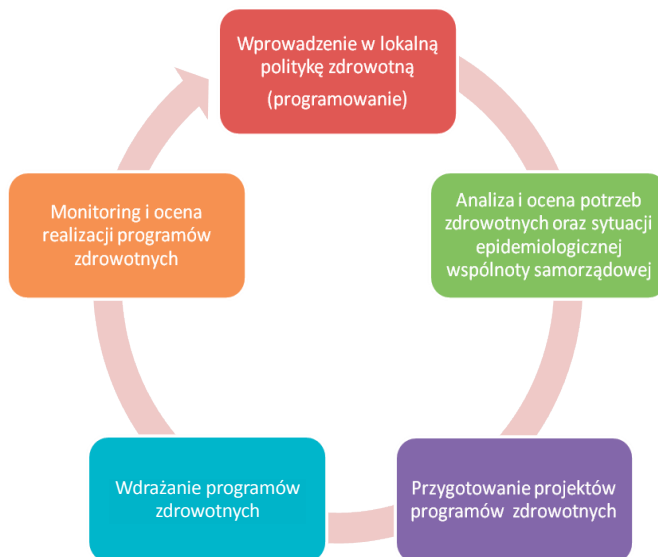
Ideą napisania poradnika było więc stworzenie praktycznego narzędzia wspierającego osoby zajmujące się w samorządach terytorialnych przygotowaniem programów profilaktyki i promocji zdrowia (niestety, narzędzi tego typu jest bardzo niewiele).

W poradniku zamieszczono także opis podstawowych działań związanych z realizacją programów zdrowotnych oraz opinie prawne i orzecznictwo dotyczące tej problematyki (wobec wielu niejasności wynikających z niedoskonałości prawa, prezentowane przez nas opinie nie mają charakteru wiążącego).

W publikacji odniesiono się do wszystkich elementów cyklu tworzenia i wdrażania samorządowych programów zdrowotnych (schemat nr 1).

Zamieszczono praktyczne porady osób zajmujących się od lat prowadzeniem działań prozdrowotnych w samorządach terytorialnych.

Schemat 1 Cykl tworzenia i wdrażania samorządowych programów zdrowotnych



Źródło: opracowanie własne

W poradniku zaprezentowano także, gotowe do replikowania, praktyki tworzenia i realizacji programów zdrowotnych, zarówno krajowych jak i zagranicznych.

Ogromna bazą takich praktycznych doświadczeń są też opinie AOTM. Tym bardziej, że nie dotyczą one tylko błędów popełnianych przez samorzady terytorialne, ale przybliżają także dobre praktyki, warte upowszechniania.

Dlatego, z myślą o odbiorcach poradnika, opinie ekspertów AOTM zaprezentowane zostały w sposób niekonwencjonalny. To rozmowy wirtualnych osób: pracownika samorządowego zajmującego się opracowywaniem programów zdrowotnych oraz naukowca „mówiącego” głosem ekspertów Agencji.

Rozmowy te podzielono na kilka części obejmujących zagadnienia dotyczące programów zdrowotnych najczęściej realizowanych przez samorzady terytorialne. Znaleźć więc będzie można wskazówki odnośnie programów dotyczących: raka piersi u kobiet i prostaty u mężczyzn oraz zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV); szczepień przeciwko grypie i pneumokokom; programów skierowanych na zwalczanie próchnicy zębów u dzieci czy też przeciwdziałaniu chorobom oczu.

Zapraszamy do lektury, licząc że tego typu niekonwencjonalna metoda prezentacji, zarówno tej części poradnika, ale także jego całości okaże się użyteczna dla osób pracujących nad przygotowaniem jak najlepszych programów zdrowotnych.

**Autorzy**

## **Analiza programów zdrowotnych realizowanych przez samorządy terytorialne**

### **Czy pokonał nas kryzys?**

Coraz trudniejsza sytuacja finansowa polskich samorządów terytorialnych (niedostatek dochodów, znaczny deficyt budżetowy) w połączeniu ze skutkami ogólnosiwiatowego kryzysu to z pewnością zagrożenie dla realizacji programów zdrowotnych. Profilaktyka i promocja zdrowia to zadania własne gmin, powiatów i województw, ale nieobligatoryjne. Do tego dochodzi jeszcze trudna sytuacja szpitali (uwidaczniająca się ich coraz większym zadłużeniem), co stało się niestety głównym problemem samorządów, przede wszystkim powiatowych.

W tych warunkach coraz trudniej przychodzi samorządom decydować się na wydatkowanie pieniędzy na programy zdrowotne.

Mimo to, odpowiedź na postawione na wstępie pytanie nie może być jednoznaczna. Z jednej strony bowiem, nie zwiększa się liczba samorządów realizujących w różnych formach programy zdrowotne (jak wynika z analiz przeprowadzonych przez Związek Powiatów Polskich jest ich nieco ponad 60 proc.), ale też nie następuje gremialny odwrót od ich przeprowadzania. Warto podkreślić, że wiele samorządów realizuje programy zdrowotne wspólnie (np. powiat z gminami leżącymi na jego obszarze) lub kontynuuje przedsięwzięcia wieloletnie (rozpoczęte przed sierpniem 2009 roku, od kiedy obowiązkowe jest uzyskiwanie opinii AOTM).

Z drugiej jednak strony, symptomy kryzysu są widoczne. Charakterystyczne jest między innymi zjawisko kontynuowania wcześniej rozpoczętych programów (np. profilaktyki i promocji zdrowia kierowanych do dzieci i młodzieży), ale niejako „na jałowym biegu”, bez zwiększania ich skali i rozszerzania o nowe działania. Rzec można, władze samorządowe nie mają wyjścia, muszą kontynuować przedsięwzięcia, do których mieszkańcy (wyborcy!) już się przyzwyczaili. Widoczne jest rezygnowanie z programów profilaktycznych na rzecz dotyczących promocji zdrowia oraz ukierunkowanie się na programy tańsze o większej efektywności ekonomicznej.

Następuje też wyraźna polaryzacja pomiędzy samorządami, które realizują stale programy zdrowotne i to na coraz szerszą skalę, a tymi, które nie podejmują w tym zakresie jakichkolwiek działań.

Nasila się również zróżnicowanie pomiędzy poszczególnymi kategoriami samorządów terytorialnych. Zdecydowanym liderem wśród realizujących programy zdrowotne są duże miasta. Mimo, że spadają w nich nakłady ogółem przeznaczane na profilaktykę i promocję zdrowia, to kontynuują one prowadzenie wieloletnich przedsięwzięć oraz uruchamiają nowe, bardzo innowacyjne projekty. Podobna ocena dotyczy samorządów województw, choć w tym przypadku spadek wysokości nakładów na programy zdrowotne jest bardziej wyraźny.

Bardzo zróżnicowana jest sytuacja w powiatach i mniejszych ludnościowo gminach. Tutaj symptomy kryzysu są bardzo wyraźne, przede wszystkim w skali nakładów na programy zdrowotne (często zachowują wymiar wręcz tylko symboliczny). Rzadziej też uruchamiane są w nich nowe projekty.

W tej sytuacji nie może zaskakiwać, że niedostatki finansowe wymuszają większą aktywność w poszukiwaniu dodatkowych źródeł finansowania programów oraz – co bardzo pozytywne – większy zakres współpracy pomiędzy podmiotami i osobami zainteresowanymi działaniami prozdrowotnymi.

Łatwiej więc przychodzi konsolidowanie wysiłków powiatów i gmin wchodzących w ich skład, przekazywanie zadań organizacjom pozarządowym, czy też budowanie szerokich koalicji dla wspólnego wdrażania programów zdrowotnych.

Pojawiają się również nowe źródła dofinansowania programów zdrowotnych (m.in. Mechanizmy Finansowe Europejskiego Obszaru Gospodarczego, Norweski Mechanizm Finansowy, Szwajcarski Mechanizm Finansowy, fundusze ochrony środowiska), choć wciąż niedostępne są dla samorządów środki na ten cel z Narodowego Funduszu Zdrowia (w tej sprawie Związek Powiatów Polskich od lat interweniuje w resorcie zdrowia i w NFZ).

Dla programów zdrowotnych okresem „dobrych żniw” jest rok wyborczy, a ten w 2014 przed nami. Z punktu widzenia celu, jakim jest poszerzenie liczby przedsięwzięć z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, nie należy do tego zjawiska podchodzić tylko krytycznie. Dzięki temu, że programy zdrowotne są „nośne” społecznie, władze samorządowe często decydują się na nie pod koniec kadencji. Mimo, że kierują nimi nie najbardziej szlachetne pobudki, lepsze to niż niepodejmowanie działań prozdrowotnych w ogóle.

## Programy zdrowotne opiniowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych w latach 2010–2012

### Statystyka niekorzystna dla autorów programów zdrowotnych

Analiza programów zdrowotnych przedkładanych do zaopiniowania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych pozwala na sformułowanie wielu interesujących wniosków.

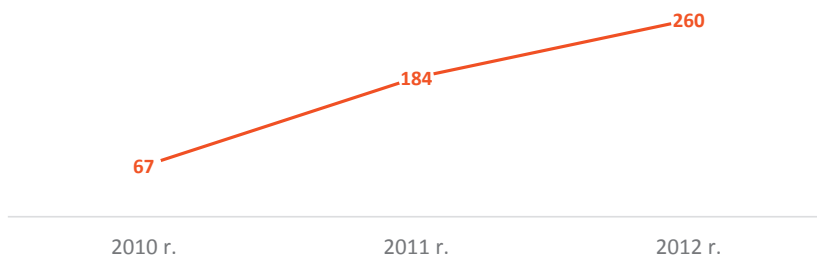
Liczba opiniowanych programów rośnie z roku na rok, ale nie jest to niestety tylko dowód na zwiększenie się zainteresowania nimi ze strony gmin, powiatów i województw.

Wygasają bowiem dotychczas realizowane programy i równocześnie rośnie w środowiskach samorządowych świadomość potrzeby ich opiniowania przez Agencję.

Projekty programów zdrowotnych, przyjmowane począwszy od 31 sierpnia 2009 r. powinny zostać przedłożone do zaopiniowania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych (to efekt zmian ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach<sup>1</sup>). Ponieważ obowiązek ten powstał w trakcie roku budżetowego, toteż pierwsze opinie dotyczyły zgłoszeń od samorządów terytorialnych dotyczących przedsięwzięć planowanych od 2010 roku.

Na przestrzeni 3 kolejnych lat liczba opiniowanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych samorządowych programów zdrowotnych wyraźnie wzrasta (schemat nr 1).

**Schemat 2 Liczba samorządowych programów zdrowotnych opiniowanych przez AOTM w latach 2010-2012**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTM

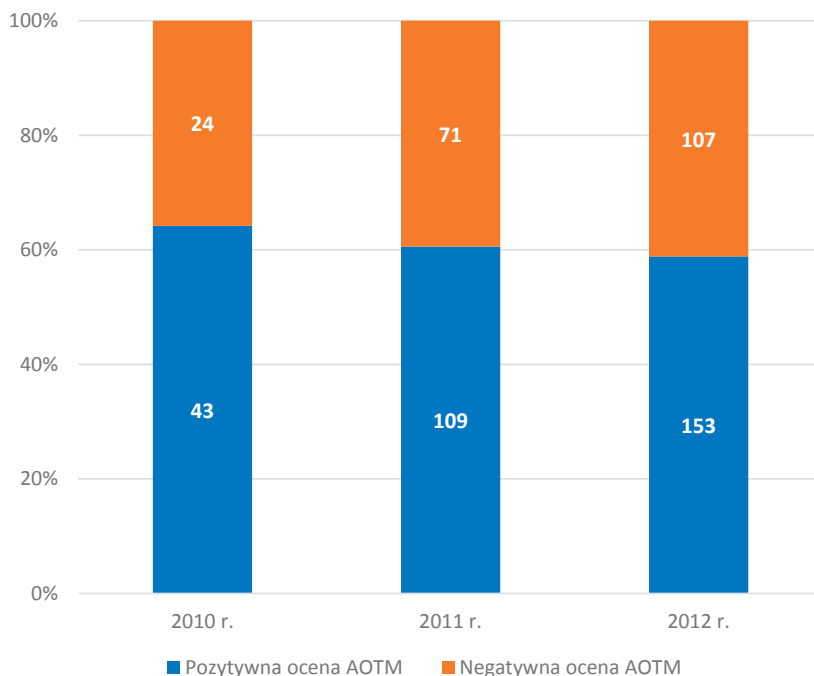
Trend ten zapewne się utrzyma, bowiem w pierwszym kwartale 2013 roku AOTM zaopiniowało już 79 programów (czyli w skali roku można spodziewać się nawet blisko 300 zaopiniowanych programów).

<sup>1</sup> Ustawa dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (dz. U. nr 118 poz. 989)



Niestety, wraz z liczbą przedkładanych AOTM projektów programów, wzrasta odsetek tych zaopiniowanych negatywnie. Podczas gdy w 2010 roku negatywnie oceniono 35,8 proc. programów, to w roku 2011 było ich już 39,4 proc., a w 2012 aż 41,2 proc.(!)

**Schemat 3 Ocena programów zdrowotnych przez AOTM w latach 2010-2012**



*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTM*

Niestety o nie najlepszej jakości programów przygotowywanych przez samorządy świadczy także fakt, iż wśród tych zaopiniowanych pozytywnie przez AOTM spory odsetek uzyskało te opinie warunkowo. Przykładowo, w 2011 roku takich warunkowych opinii było niemal 2/3(!), a w roku 2012 nieco powyżej 1/3.

Tak więc, w 2011 roku zaledwie co czwarty program uzyskał bezwarunkową pozytywną opinię AOTM, a w roku 2012 co trzeci z ocenianych przez Agencję.

To bardzo niekorzystna dla samorządów statystyka. Dlatego potrzebne są różnorakie formy wsparcia osób przygotowujących programy, tak aby ich zawartość spełniała określone przepisami wymogi.

Warto także bardziej szczegółowo zapoznać się ze strukturą samorządowych programów zdrowotnych i ich zawartością, tak aby na tej podstawie wyciągnąć wnioski przydatne autorom kolejnych propozycji projektów działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia.

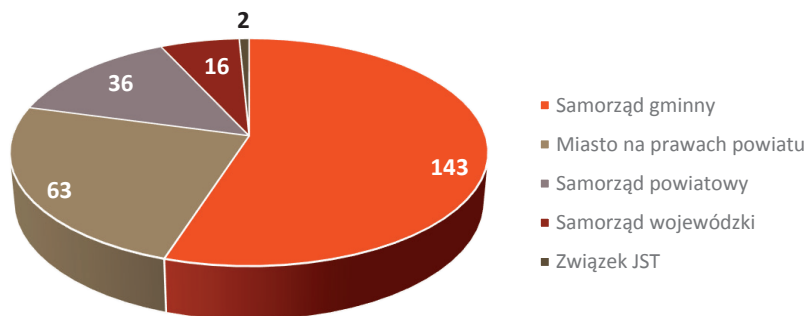
**Ważne.** W okresie od 2010 do 2012 roku liczba opiniowanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych samorządowych programów zdrowotnych wyraźnie wzrasta (łącznie oceniono ich w tym okresie 511). Niestety, wraz z liczbą przedkładanych AOTM projektów programów, wzrasta odsetek tych zaopiniowanych negatywnie. W 2011 roku zaledwie co czwarty program uzyskał bezwarunkową pozytywną opinię AOTM, a w roku 2012 co trzeci z ocenianych przez Agencję.

#### Szczegółowa analiza programów zdrowotnych opiniowanych przez AOTM w roku 2012

W 2012 roku do Agencji Oceny Technologii Medycznych wpłynęło 260 propozycji samorządowych programów zdrowotnych, z czego:

- 100 programów uzyskało ocenę pozytywną (38,46 proc.),
- 53 ocenę pozytywną uwarunkowaną wprowadzeniem korekt wymaganych przez AOTM (20,38 proc.),
- 107 ocenę negatywną (41,15 proc.)

Schemat 4 Liczba programów zdrowotnych zgłoszonych do Agencji Oceny Technologii Medycznych przez poszczególne samorzady terytorialne w 2012 roku



Najwięcej negatywnych opinii otrzymywały programy przedkładane przez powiaty (aż 2/3!) oraz miasta na prawach powiatu (53,9 proc.). Z kolei najmniej błędów AOTM znalazł w programach przygotowywanych przez najmniejsze gminy wiejskie i miejsko-wiejskie (przyczynę tego stanu rzeczy upatrujemy w mniejszym ich skomplikowaniu oraz w tym, że głównie dotyczyły działań promocyjnych, a rzadziej specjalistycznej profilaktyki).

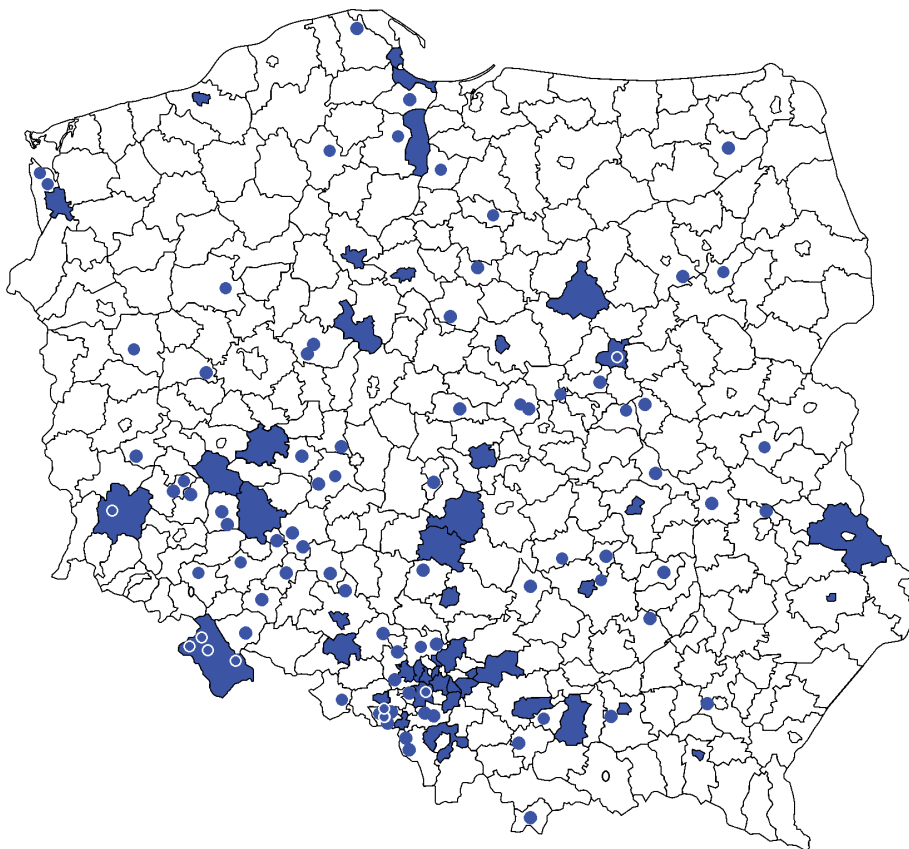
**Tabela 1 Ocena programów zdrowotnych zgłoszonych do Agencji Oceny Technologii Medycznych w roku 2012**

Kategoria samorządu terytorialnego (w nawiasie liczba jednostek)	Ogółem	w tym:			
		pozytywna ocena AOTM		negatywna ocena AOTM	
<b>Gminy wiejskie</b> (1576)	<b>48</b>	36	75%	12	25%
<b>Gminy miejskie /bez miast na prawach powiatu/</b> (306)	<b>50</b>	29	58%	21	42%
<b>Gminy miejsko-wiejskie</b> (597)	<b>45</b>	34	75,56%	11	24,44%
<b>Miasta na prawach powiatu</b> (2012 r.: 65, obecnie: 66)	<b>63</b>	29	46,03%	34	53,97%
<b>Powiaty</b> (314)	<b>36</b>	12	33,33%	24	66,67%
<b>Województwa</b> (16)	<b>16</b>	11	68,75%	5	31,25%
<b>Związek JST</b> (ponad 220)	<b>2</b>	2	100%	0	0%
<b>SUMA</b>	<b>260</b>	153	-	107	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTM

Po przeniesieniu na mapę Polski samorządów, które w 2012 roku złożyły w AOTM projekt programu zdrowotnego, otrzymujemy potwierdzenie ogromnego zróżnicowania terytorialnego wśród realizatorów programów zdrowotnych.

**Mapa 1: Gminy, powiaty i miasta na prawach powiatu, które złożyły w 2012 roku program zdrowotny do zaopiniowania przez AOTM**



*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTM*

Niepokojącym jest nikłe, albo wręcz żadne zainteresowanie programami zdrowotnymi na obszarze wielu województw.

Polska Wschodnia jest praktycznie „białą plamą” na mapie realizatorów nowych programów zdrowotnych, ale także jest nią województwo lubuskie.

Z kolei najwięcej programów zgłoszono do oceny z województw: śląskiego, dolnośląskiego, małopolskiego i mazowieckiego.

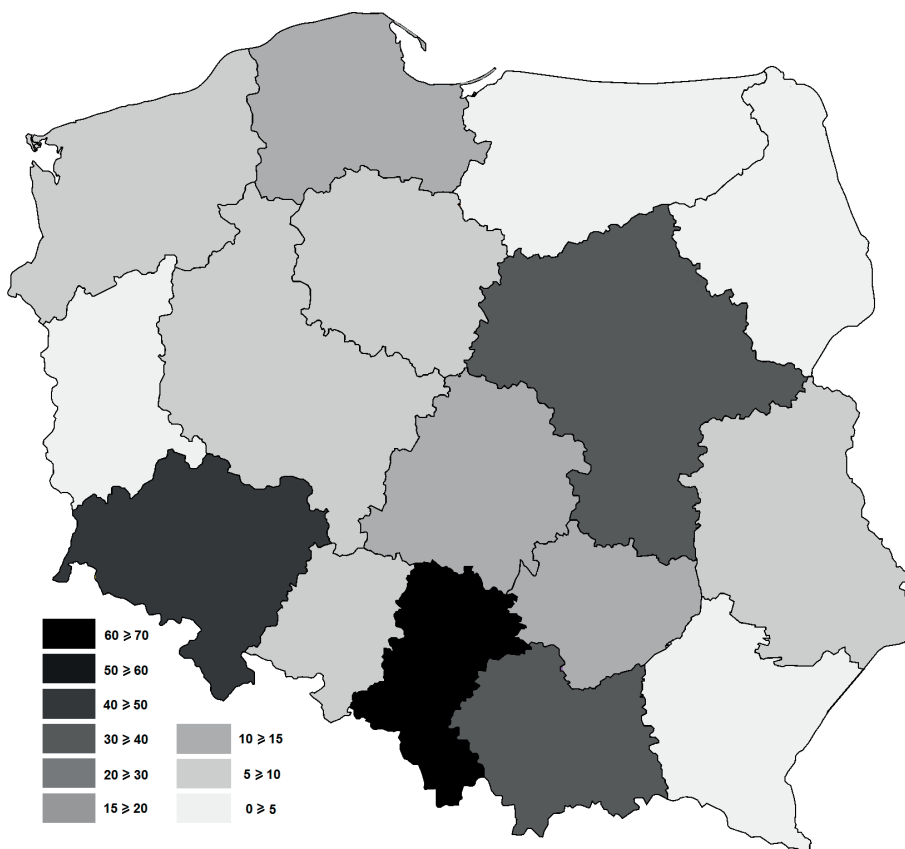
Nie istnieje korelacja pomiędzy liczbą realizowanych programów zdrowotnych, a wielkością danego województwa określaną liczbą mieszkańców. W przeliczeniu na liczbę mieszkańców najczęściej programów pochodzi z województw: dolnośląskiego, śląskiego, małopolskiego, świętokrzyskiego i opolskiego. Najmniej natomiast z województw: podlaskiego, warmińsko-mazurskiego, podkarpackiego, lubuskiego i wielkopolskiego.

**Tabela 2: Liczba zgłoszonych w 2012 roku do oceny przez AOTM programów zdrowotnych w podziale na województwa**

Województwa	Razem	w tym:	
		pozytywna ocena AOTM	negatywna ocena AOTM
śląskie	65	37	28
dolnośląskie	47	39	8
małopolskie	35	15	20
mazowieckie	30	13	17
pomorskie	13	9	4
łódzkie	12	5	7
świętokrzyskie	11	8	3
zachodniopomorskie	10	5	5
wielkopolskie	9	6	3
kujawsko-pomorskie	7	4	3
lubelskie	6	4	2
opolskie	6	4	2
podkarpackie	4	2	2
lubuskie	2	1	1
warmińsko-mazurskie	2	1	1
podlaskie	1	0	1
<b>Suma</b>	<b>260</b>	<b>153</b>	<b>107</b>

*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTM*

**Mapa 2 Liczba programów zdrowotnych zgłoszonych w 2012 roku do zaopiniowania przez AOTM, w podziale na województwa**



*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTM*

Tylko 120 samorządów terytorialnych uzyskało w 2012 roku pozytywną opinię AOTM dotyczącą przedkładanych projektów programów zdrowotnych, czyli jedynie 4,17 proc. samorządów zgłosiło w roku 2012 dobrze przygotowany projekt nowego programu zdrowotnego.

Charakterystyczna jest polaryzacja działania samorządów. Wiele spośród nich nie realizuje żadnego programu, a na przeciwnym biegunie są te, które prowadzą ich po kilka lub nawet kilkanaście. W 2012 roku na 153 pozytywnie ocenione programy, większość z nich realizowały 33 jednostki samorządu terytorialnego. Uzyskały one aprobatę dla co najmniej dwóch programów. Niekwestionowanym liderem jest w tym przypadku Miasto i Gmina Polkowice, uzyskując w 2012 roku pozytywną ocenę aż dla 13 programów!

W grupie samorządów, które uzyskały pozytywną opinię dla więcej niż dwóch programów znalazły się jeszcze: gmina Cieszyń (4), Miasto Kraków (4), województwo dolnośląskie (3), Miasto Otwock (3), Miasto Płock (3), województwo pomorskie (3), Miasto Tarnów (3), Miasto Wodzisław Śl. (3).

W przypadku samorządów województw, tylko 7 podjęło w 2012 roku starania zmierzające do realizacji nowego programu zdrowotnego na swoim terenie (4 – Dolny Śląsk, po 3 – województwa łódzkie i pomorskie, po 2 – Małopolska i województwo kujawsko-pomorskie oraz po 1 – Śląsk i województwo lubelskie).

**Ważne.** *Niepokojącym jest nikłe, albo wręcz żadne zainteresowanie programami zdrowotnymi na obszarze wielu województw. Polska Wschodnia jest praktycznie „białą plamą” na mapie realizatorów nowych programów zdrowotnych, ale także jest nią województwo lubuskie. Z kolei najwięcej programów zgłoszono do oceny z województw: śląskiego, dolnośląskiego, Małopolski i Mazowsza.*

*Tylko 120 samorządów terytorialnych uzyskało w 2012 roku pozytywną opinię AOTM dotyczącą przedkładanych projektów programów zdrowotnych.*

Samorzady najczęściej planują realizację programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki chorób zakaźnych (głównie szczepienia) – 37,7 proc. (dominują programy związane z przeciwdziałaniem występowaniu wirusa HPV), programy związane z promocją zdrowego odżywiania oraz przeciwdziałaniu nadwadze, otyłości i chorobom układu krążenia (13,1 proc.). Często wdrażane są także programy zmierzające do przeciwdziałania wadom postawy, niepełnosprawności ruchowej i osteoporozie (12,7 proc.), dotyczące profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób nowotworowych (10,4 proc.) oraz ukierunkowane na wsparcie matek, dzieci i rodzin (10,8 proc.).

**Tabela 3: Kategorie programów zdrowotnych zgłaszanych przez samorzady terytorialne do AOTM w 2012 roku**

Grupa programów zdrowotnych	Razem	w tym:	
		pozytywna ocena AOTM	negatywna ocena AOTM
Profilaktyka chorób zakaźnych (szczepienia)	98	79	19
Promocja zdrowego stylu życia i odżywiania oraz profilaktyka nadwagi i otyłości oraz profilaktyka chorób układu krążenia	34	16	18
Profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób nowotworowych	27	8	19
Przeciwdziałanie: wadom postawy, niepełnosprawności (rehabilitacyjne) i osteoporozie	33	21	12
Wsparcie dziecka, matki, rodziny (m.in. zwalczanie niepłodności, opieka nad matką w ciąży, przeciwdziałanie próchnicy u dzieci)	28	14	14
Terapia uzależnień	9	7	2
Choroby dróg oddechowych	8	3	5
Inne	23	5	18

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTM

---

**Ważne.** Samorządy najczęściej planują realizację programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki chorób zakaźnych (głównie szczepienia oraz promocji zdrowego odżywiania, przeciwdziałaniu nadwadze, otyłości i chorobom układu krążenia). Tego typu programy stanowią ponad połowę zgłaszanych do zaopiniowania przez AOTM.

---



## Zadania samorządów i dokumenty strategiczne

### Zadania samorządów terytorialnych dotyczące programów zdrowotnych

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy o samorządzie gminnym zadania własne gminy obejmują sprawy ochrony zdrowia<sup>2</sup>. Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o samorządzie powiatowym, powiat wykonuje zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie promocji i ochrony zdrowia<sup>3</sup>. Podstawą realizacji zadań z zakresu promocji i ochrony zdrowia przez samorząd województwa jest art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy o samorządzie województwa<sup>4</sup>.

Uzupełnieniem tych regulacji są przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z tą ustawą, **do zadań własnych gminy** w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:

- opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy,
- przekazywanie powiatowi informacji o realizowanych programach zdrowotnych,
- inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami,
- podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej **realizowanych przez powiat** należy w szczególności:

- opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami,
- przekazywanie marszałkowi województwa informacji o realizowanych na terenie powiatu programach zdrowotnych,
- inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu,
- pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia,
- podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.

---

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity: Dz. U. 2001 r. Nr 142 poz. 1591)

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (tekst jednolity Dz. U. 2001 r. Nr 142 poz. 1592 z późn. zm.)

<sup>4</sup> Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (tekst jednolity Dz. U. 2001 r. Nr 142 poz. 1590 z późn. zm.)

Do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez samorząd województwa należy w szczególności:

- opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami,
- przekazywanie wojewodzie informacji o realizowanych na terenie województwa programach zdrowotnych,
- opracowywanie i wdrażanie programów innych niż programy zdrowotne służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia,
- inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia,
- podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej definiuje program zdrowotny jako zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, finansowany ze środków publicznych (art. 5 pkt 30).

Uzupełnienie tych przepisów stanowi art. 48 ustawy, zgodnie z którym programy zdrowotne dotyczą w szczególności:

- ważnych zjawisk epidemiologicznych,
- innych istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania,
- wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.

Zadania z zakresu realizacji programów zdrowotnych, o których mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie są zadaniami obligatoryjnymi jednostek samorządu terytorialnego.

---

**Ważne.** Ustawa o działalności leczniczej rozróżnia pojęcie zadań w zakresie programów zdrowotnych i zadań w zakresie promocji zdrowia. Oznacza to, że działania z zakresu promocji zdrowia nie muszą przybrać postaci programu zdrowotnego, jeżeli nie mieszczą się w definicji programu zdrowotnego, zawartej w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

---

W ustawie o ochronie zdrowia psychicznego na samorzady gmin, powiatów i województw nałożono obowiązek prowadzenia działań określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego<sup>5</sup>. Jednocześnie w ustawie sprecyzowano, że działania te mają polegać m.in. na promowaniu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym.

Na jednostki samorządu terytorialnego nałożono, m.in. takie zadania jak ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego na obszarze działania oraz opracowanie i realizacja programów promocji zdrowia w celu upowszechnienia wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu.

Do zadań z zakresu szeroko rozumianej ochrony zdrowia można również zaliczyć realizowanie przez gminy gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, na podstawie przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi<sup>6</sup>.

W ramach realizacji programu, gmina powinna zapewnić m.in. zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu oraz prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności u dzieci i młodzieży.

Podobnie do zadań gminy należy również przeciwdziałanie narkomanii<sup>7</sup>.

Dotyczą one m.in. zwiększania dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem, prowadzenia profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności u dzieci i młodzieży (w ramach opracowywanego przez wójta i uchwalonego przez radę gminy gminnego programu przeciwdziałania narkomanii).

W tym miejscu warto przytoczyć wnioski z opinii prawnej, opracowanej na wniosek Związku Powiatów Polskich przez Departament Prawny Ministerstwa Zdrowia z dnia 21 marca 2013 r., w sprawie programów tworzonych na podstawach prawnych innych niż art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>8</sup>.

W opinii wskazano, że programy opracowywane na podstawie przepisów szczególnych:

- realizują odmienne (z reguły szersze) cele ustalone w programach wyższej rangi,
- są ustanawiane w oparciu o odrębne, kompleksowe przepisy rangi ustawowej,

---

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity Dz. U. 2011 r. Nr 231 poz. 1375 z późn. zm.)

<sup>6</sup> Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity Dz. U. 2012 r. poz. 1356 z późn. zm.)

<sup>7</sup> Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jednolity Dz. U. 2012 r. poz. 124 z późn. zm.)

<sup>8</sup> Opinia dotyczyła programów przyjmowanych na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

- realizowane są na odmiennych zasadach niż określone w art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- mają charakter obligatoryjny w przeciwieństwie do fakultatywnych przepisów ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W konsekwencji projekty tych programów nie podlegają procedurze oceny przez Agencję Oceny Technologii Medycznych.

Z pełną treścią opinii resortu zdrowia można zapoznać się na stronie Dziennika Warto Wiedzieć: <http://wartowiedziec.org/index.php/zdrowie/aktualnosci/15051-skuteczna-interwencja-zpp-w-sprawie-programow-zdrowotnych>

Jednakże, w naszej ocenie, jeżeli w oparciu o ogólne zapisy programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, czy programu promocji zdrowia psychicznego, zostanie opracowany szczegółowy program zdrowotny, uzyskanie opinii AOTM będzie konieczne.

### Podstawowe terminy dotyczące programów zdrowotnych

**Program zdrowotny** to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, finansowany ze środków publicznych, dotyczących w szczególności:

- ważnych zjawisk epidemiologicznych,
- innych niż określone w pkt 1 istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania lub
- wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych (art. 5 pkt 30 i art. 48 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

**Profilaktyka zachorowań** to szereg działań mających na celu zapobieganie chorobie bądź innemu niekorzystnemu zjawisku zdrowotnemu przed jego rozwinięciem się poprzez kontrolowanie przyczyn i czynników ryzyka. Polega ona na zapobieganiu poważniejszym konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie. Celem profilaktyki jest podjęcie szybkich i skutecznych działań przywracających zdrowie, ma ona również na celu zahamowanie postępu lub powikłań już istniejącej choroby. Dzięki temu prowadzi do ograniczenia niesprawności i inwalidztwa. Istotnym elementem profilaktyki jest także zapobieganie powstawaniu niekorzystnych wzorów zachowań społecznych, które przyczyniają się do podwyższenia ryzyka choroby.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> [http://www.lodzkie.pl/lodzkie/-zdrowie/Profilaktyka/informacje\\_ogolne.html](http://www.lodzkie.pl/lodzkie/-zdrowie/Profilaktyka/informacje_ogolne.html)

Profilaktyka zachorowań - może występować na różnych poziomach:

- zapobieganie pierwszej fazy (profilaktyka pierwotna) jest przeciwdziałaniem powstawania choroby przez zwiększenie odporności osobniczej na zachorowania lub zmniejszenie ekspozycji osób wrażliwych na czynniki szkodliwe,
- zapobieganie drugiej fazy (profilaktyka wtórna) – w stadium przedklinicznym choroby – polega na możliwie wczesnym wykrywaniu choroby i jej skutecznym leczeniu,
- zapobieganie trzeciej fazy (profilaktyka trzeciorzędowa) – w stadium zaawansowanym choroby – zmierza do przywrócenia choremu pełnego zdrowia lub całkowitej sprawności czynnościowej.<sup>10</sup>

**Promocja zdrowia.** W literaturze promocję zdrowia definiuje się jako działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu (przykładowo przygotowanie i kolportowanie ulotek poświęconych zdrowemu odżywianiu nie będzie spełniało definicji programu zdrowotnego, ale mieści się w pojęciu promocji zdrowia).

---

**Ważne.** *Ustawą o działalności leczniczej, w porównaniu do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, nie zmieniono definicji promocji zdrowia.*

---

Promocja zdrowia, obejmuje działania:

- różnego rodzaju inicjatywy i działania podejmowane przez organy i instytucje powołane do realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, jak też przez inne podmioty, mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia, pobudzenie troski o środowisko i indywidualne czynniki sprzyjające zdrowiu oraz rozwijanie indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie<sup>11</sup>;
- proces umożliwiający zwiększenie kontroli nad zdrowiem oraz jego polepszenie poprzez podnoszenie poziomu wiedzy o sposobach zapobiegania chorobom w celu długotrwałej poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Anna Fiks, „Profilaktyka i promocja działania na rzecz zdrowia mieszkańców Łodzi”, s. 81-82, w: „Polityka Zdrowotna VI”, październik 2006.

<sup>11</sup> Maciej Dercz, Tomasz Rek, „Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz”, s. 19, ABC Wolters Kluwer business 2007.

<sup>12</sup> First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986, <http://www.inib.uj.edu.pl/zdrowie/>

### Samorządowa polityka zdrowotna

Programy zdrowotne powinny stanowić ważny element strategii działania jednostki samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia.

Bardzo pozytywnie należy ocenić inicjatywy formułowania długookresowych polityk zdrowotnych na poziomie regionalnym lub lokalnym.

Wiele gmin, powiatów i województw opracowuje tego typu dokumenty i konsekwentnie wdraża ich założenia.

Wskazane jest, aby zawierały one dane z zakresu demografii, epidemiologii oraz informacje o zasobach systemu ochrony zdrowia i ocenie społecznej systemu ochrony zdrowia. Oprócz analizy czynników społeczno-ekonomicznych, informacji o chorobowości i zachorowaniach zdrowotnych mieszkańców, danych o środowisku fizycznym i zasobach systemu ochrony zdrowia, warto zawrzeć w nim jeszcze dwa bardzo istotne elementy:

- społeczną ocenę systemu ochrony zdrowia na obszarze danej jednostki samorządu terytorialnego,
- plan zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców (a w nim zamierzenia dotyczące programów zdrowotnych).

---

**Ważne.** Punktem wyjścia do opracowywania i wdrażania programów zdrowotnych powinny być regionalna lub/i lokalna polityka zdrowotna.

---

### Analiza i ocena potrzeb zdrowotnych oraz sytuacji epidemiologicznej wspólnoty samorządowej

Fazę planowania programu zdrowotnego należy poprzedzić analizą potrzeb zdrowotnych oraz sytuacji epidemiologicznej na obszarze jednostki samorządu terytorialnego. Ocenie poddajemy stan obecny jako punkt wyjścia do opracowania wizji przyszłego stanu pożądanego, a także dokonujemy wyboru strategii, które będą tę wizję realizować<sup>13</sup>.

Pierwszą czynnością będzie zebranie maksymalnie wielu informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej wspólnoty samorządowej (np. danych statystycznych, wyników badania opinii, opisów potencjalnych uwarunkowań rozwiązywania analizowanego problemu itd.). Warto wykonać np. analizę SWOT badanego obszaru. Dzięki takiej metodologii prac uporządkujemy informacje i będziemy mogli – w sposób możliwie obiektywny – ocenić obecną sytuację oraz zasoby, jakimi dysponujemy.

---

<sup>13</sup> B. Skóbel, M. Wójcik, *Marsz po zdrowie. Poradnik tworzenia i wdrażania samorządowych programów zdrowotnych*, Wydawnictwo GSK i ZPP, Warszawa 2011.

Ocenę potrzeb zdrowotnych oraz sytuacji epidemiologicznej sformułujemy na podstawie czterech analiz: interesariuszy, problemów, celów oraz strategii.

Przeprowadzając tego typu analizy, osiągniemy pewność, że planowane programy będą zgodne z przyjętymi politykami zdrowotnymi oraz odpowiadają rzeczywistym potrzebom mieszkańców.

---

**Ważne.** *Za niewłaściwe uważa się powielanie istniejących świadczeń gwarantowanych; nie do przyjęcia jest też przenoszenie wprost opisów programów z innych jednostek bez uwzględnienia specyfiki swojego regionu. W przypadku programów skierowanych do dzieci należy pamiętać o dookreśleniu w opisie programu formy zgody rodziców lub prawnych opiekunów do możliwości udziału dziecka w programie. W przypadku wspominania w opisie o wzorach sprawozdań, czy innych opracowaniach związanych z realizacją należy je załączać do programu, aby AOTM miała możliwość ich analizy i wniesienia uwag; w opisie warto dodać, czy program będzie realizowany w przyszłości, a jeśli tak, to w jakim zakresie.*

---

Zachęcamy do zastosowania takiej metodologii prac nad programem, szczególnie pamiętając o konieczności przeprowadzenia analiz rzadko dotąd stosowanych przez osoby planujące działania samorządów terytorialnych, a mianowicie: analizy interesariuszy i analizy strategii.

Takie kompleksowe podejście do analizy potrzeb zdrowotnych oraz sytuacji epidemiologicznej zagwarantuje między innymi, że:

- odbiorcy pomocy zaangażowani będą w proces planowania i podejmowania kluczowych decyzji od samego początku,
- cele przedsięwzięć są precyzyjnie określone (i mierzalne) w kategoriach korzyści dla grup docelowych,
- analiza problemów zdrowotnych jest pogłębiona, rzetelna i pełna,
- cele samorządowych programów profilaktycznych powiązane będą z celami zawartymi w politykach zdrowotnych krajowych i międzynarodowych.

---

**Ważne.** *Grupa docelowa programu zdrowotnego musi być ściśle dookreślona (do kogo adresujemy program) wraz z podaniem liczebności populacji w jednostce samorządu terytorialnego. Należy sprawdzić, czy nie istnieje zagrożenie, że niepotrzebnie zawężaliśmy grupę docelową, w sytuacjach gdy praktycznie żadnym lub niewiele większym kosztem można osiągnąć kilkukrotnie szersze spektrum odbiorców (np. edukacja dotycząca raka szyjki macicy kierowana może być do młodych dziewcząt, ale także przy okazji do ich matek oraz do chłopców i ich matek). W opisie programu należy określić obszar zamieszkania grupy docelowej. Niezbędnym jest precyzyjne określenie trybu zapraszania do programu.*

---

### Wybrane dokumenty strategiczne dotyczące programów zdrowotnych

Programy zdrowotne powinny odnosić się do celów strategii krajowych i ponadnarodowych, wpisując się w priorytety polityk zdrowotnych. Prezentujemy kilka tego typu dokumentów strategicznych, wskazując w szczególności na elementy dotyczące programów zdrowotnych: profilaktyki i promocji zdrowia.

#### Strategie krajowe

**Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce 2007 – 2013<sup>14</sup>**. Opiera się na Strategii Lizbońskiej, Narodowym Planie Rozwoju, a także uwzględnia zadania Światowej Organizacji Zdrowia oraz dyrektywy organów Unii Europejskiej. Główny cel SROZ w Polsce to poprawa zdrowia społeczeństwa polskiego jako czynnik rozwoju społeczno-gospodarczego. Celami strategicznymi są: zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa, poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych, poprawa stanu zdrowia społeczeństwa polskiego w stopniu zmniejszającym dystans istniejący pomiędzy Polską i średnim poziomem stanu zdrowia w Unii Europejskiej.

**Narodowy Program Zdrowia 2007 – 2015<sup>15</sup>**. Główny cel: poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu osiągnąć przez:

- kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa,
- tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu,
- aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia.

Cele operacyjne dotyczące czynników ryzyka i działań w zakresie promocji zdrowia:

- zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu,
- zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem,
- poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości,
- zwiększenie aktywności fizycznej ludności,
- ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych,
- zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju.

---

<sup>14</sup> <http://www.zdrowie.lodzkie.pl>

<sup>15</sup> [http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/zal\\_urm\\_npz\\_90\\_15052007p.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf)



**Inne dokumenty strategiczne:**

- Strategia Rozwoju Kraju 2007 – 2015,
- Strategia eZdrowie Polska,
- Narodowy Program Zdrowia Psychicznego,
- regionalne i lokalne dokumenty strategiczne dotyczące ochrony zdrowia.

**Wymiar międzynarodowy**

**Rezolucja Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla Wszystkich XXI wieku”** oraz wynikająca z niej **Światowa Deklaracja Zdrowia**<sup>16</sup>. W ramach tej strategii Region Europejski WHO wyznaczył sobie i krajom członkowskim na XXI wiek 21 zadań wśród których kilka odnoszących się wprost do profilaktyki:

- Cel 2 - Równość w zdrowiu
- Cel 3 - Zdrowy start do życia
- Cel 4 - Zdrowie ludzi młodych
- Cel 5 - Zdrowie ludzi starszych
- Cel 6 - Poprawa zdrowia psychicznego
- Cel 10 - Zdrowe i bezpieczne środowisko fizyczne
- Cel 11 - Zdrowy tryb życia
- Cel 12 - Redukcja szkodliwych skutków spożywania alkoholu, narkotyków i tytoniu
- Cel 13 - Tworzenie siedlisk zdrowotnych

**Zdrowe Miasta**<sup>17</sup>. Program Zdrowe Miasta został wprowadzony przez Światową Organizację Zdrowia w roku 1988 i ma za zadanie realizację na poziomie lokalnym strategii *Zdrowie dla Wszystkich*. Główne cele programu to podniesienie rangi zagadnień zdrowia w miastach, wspieranie rozwoju kompleksowych strategii i planów w zakresie promocji zdrowia oraz promowanie współpracy pomiędzy miastami w Europie. Do Polski Program Zdrowych Miast trafił na początku lat 90. W 1991 roku powstała Polska Sieć Zdrowych Miast. Dwa lata później Sieć przekształciła się w Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich.

Siedziba Stowarzyszenia mieści się w Łodzi. W czerwcu 2000 roku Światowa Organizacja Zdrowia oficjalnym certyfikatem potwierdziła, że Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich spełnia wymogi stawiane przez WHO narodowym sieciom Zdrowych Miast w Europie.

---

<sup>16</sup> <http://www.europarl.europa.eu>

<sup>17</sup> <http://www.szmp.pl>

Rozwój strategii Unii Europejskiej na rzecz zdrowia jest w chwili obecnej ukierunkowany przede wszystkim na: zwiększenie zdolności szybkiego reagowania w sposób skoordynowany na zagrożenia zdrowotne, rozwój obszaru zdrowia publicznego m.in. poprzez poprawę informacji i wiedzy, promocję zdrowia i zapobieganie chorobom poprzez oddziaływanie na czynniki determinujące zdrowie w ramach polityki we wszystkich obszarach i działaniach Wspólnoty.

Strategiczne Wytyczne Wspólnoty na lata 2007-2013 – Wytyczna 4.3.5. Wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia siły roboczej<sup>18</sup>. Aktualne trendy demograficzne (starzenie się społeczeństwa, spadek liczby osób w wieku produkcyjnym) spowodowały konieczność podjęcia przez UE działań zmierzających do zwiększenia liczby lat pracy w dobrym zdrowiu, co ma się stać dzięki m.in. rozwojowi infrastruktury opieki zdrowotnej; zwiększeniu wydajności systemów opieki zdrowotnej poprzez odpowiednie inwestycje w ICT, wiedzę i innowacje, nakłady na promocję zdrowia i profilaktykę; zapobieganiu zagrożeniom dla zdrowia; zapewnieniu optymalnego poziomu świadczenia usług i odpowiedniej technologii np. telemedycyna, usługi e-zdrowia).

**"Razem na rzecz zdrowia: strategiczne podejście dla UE 2008-13"**<sup>19</sup>. Podstawą strategii jest zobowiązanie państw członkowskich i Wspólnoty zapewnienia obywatelom warunków umożliwiających wykonywanie praw i obowiązków związanych z ich zdrowiem, dostosowywania opieki zdrowotnej zgodnie z potrzebami pacjentów, ograniczenia nierówności zdrowotnych między poszczególnymi grupami społecznymi, państwami członkowskimi i regionami oraz do traktowania inwestycji zdrowotnych jako warunku rozwoju gospodarczego. Na szczęblu UE podejmuje się próby zintegrowania wszystkich dziedzin związanych ze zdrowiem (w pełni szanując ich kompetencje w zakresie organizowania i świadczenia usług opieki zdrowotnej).

Zdrowie w dokumentach programowych Unii Europejskiej jest postrzegane jako klucz do wzrostu ekonomicznego oraz trwałego rozwoju. Art. 168 Traktatu o Unii Europejskiej stanowi, że wysoki poziom ochrony ludzkiego zdrowia powinien być zapewniony przy definiowaniu oraz wdrażaniu wszystkich wspólnotowych polityk.

**Program ochrony zdrowia i praw konsumenta (2007-2013)**<sup>20</sup>. Polityka w dziedzinie zdrowia jest szczególnie ściśle powiązana z polityką ochrony konsumentów. Priorytet w tej dziedzinie stanowi bezpieczeństwo produktów i usług, w tym bezpieczeństwo żywności i szybkie alarmowanie w związanych z nim sprawach. Istnieją też inne obszary mające szczególne znaczenie dla zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia. Problematyki tej dotyczy także Opinia Komisarza Europejskiego ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów pt. „Zapewnienie Dobrego Zdrowia dla Wszystkich”.

---

<sup>18</sup> <http://eur-lex.europa.eu/>

<sup>19</sup> <http://www.infor.pl/dzienniki-unii-europejskiej>

<sup>20</sup> [www.wsse.krakow.pl](http://www.wsse.krakow.pl)

## Rola organów samorządu terytorialnego

### Organ samorządu terytorialnego przyjmujący program zdrowotny

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej nie rozstrzyga, który organ jednostki samorządu terytorialnego przyjmuje program zdrowotny do realizacji. Praktyka jednostek jest różna. Warto zatem przytoczyć fragment uzasadnienia wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z 31 maja 2006 r. (III SA/Po 23/06) w sprawie ze skargi gminy na rozstrzygnięcie nadzorcze wojewody. Otóż uchylając rozstrzygnięcie nadzorcze, sąd wskazał, że ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stanowi o powierzeniu gminie zadania w postaci obowiązku opracowania, realizacji oraz oceny efektów programów zdrowotnych tj. zespołu zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, finansowany ze środków publicznych. Zdaniem Sądu, skoro z art. 18 ust. 1 ustawy o samorządzie gminnym wynika, że wszystkie sprawy pozostające w zakresie działania gminy należą do właściwości rady gminy, za uprawniony należy uznać pogląd skarżącej, iż kompetencje rady gminy obejmują również opracowanie programów zdrowotnych, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Formą działania rady gminy, jako organu kolegialnego, jest podejmowanie uchwał (art. 14 cyt. ustawy o samorządzie gminnym). Podjęcie zatem Uchwały w sprawie Programu Profilaktyki Zawałów Serca i Udarów Mózgu "PP 400M" dla Miasta i Gminy M. na lata 2005 - 2006 jest realizacją zadań wynikających z przytoczonego przepisu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w formie właściwej dla działania organu kolegialnego, jakim jest rada gminy.<sup>21</sup>

Powyższy wyrok dotyczy samorządu gminnego.

W ustawie o samorządzie powiatowym oraz w ustawie o samorządzie województwa nie przewidziano domniemania kompetencji na rzecz organu stanowiącego, co wskazuje, że przyjmowanie do realizacji programów zdrowotnych leży w kompetencji organu wykonawczego. Nie można jednak zapominać o art. 12 ust. 4 ustawy o samorządzie powiatowym, zgodnie z którym do wyłącznej właściwości rady powiatu należy stanowienie o kierunkach działania zarządu powiatu oraz rozpatrywanie sprawozdań z działalności zarządu, w tym z działalności finansowej. Natomiast do kompetencji sejmiku województwa należy uchwalanie strategii rozwoju województwa (art. 18 pkt 2 ustawy o samorządzie województwa). Na podstawie tych aktów organy stanowiące mogą mieć realny wpływ na kształt polityki zdrowotnej w powiecie i województwie.

---

<sup>21</sup> <http://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/F2E9E4F48E>

**Wzór uchwały rady gminy w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego**

Uchwała nr ...../...../2013  
Rada Gminy w  
z dnia ..... 2013 roku  
w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego „ ....."

Na podstawie art. 18 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142 poz. 1591 z późn. zm.<sup>22</sup>) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 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.<sup>23</sup>).

Rada Gminy uchwała, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się program zdrowotny „.....”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy .....

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

<sup>22</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2002 r. Nr 23, poz. 220, Nr 62, poz. 558, Nr 113, poz. 984, Nr 153, poz. 1271, Nr 214, poz. 1806, z 2003 r. Nr 80, poz. 717, Nr 162, poz. 1568, z 2004 r. Nr 102, poz. 1055, Nr 116, poz. 1203, Nr 167, poz. 1759, z 2005 r. Nr 172, poz. 1441, Nr 175, poz. 1457, z 2006 r. Nr 17, poz. 128, Nr 181, poz. 1337, z 2007 r. Nr 48, poz. 327, Nr 138, poz. 974, Nr 173, poz. 1218, z 2008 r. Nr 180, poz. 1111, Nr 223, poz. 1458, z 2009 r. Nr 52, poz. 420, Nr 157, poz. 1241, z 2010 r. Nr 28, poz. 142 i 146, Nr 40, poz. 230, Nr 106, poz. 675, z 2011 r. Nr 21, poz. 113, Nr 117, poz. 679, Nr 134, poz. 777, Nr 149, poz. 887, Nr 217, poz. 1281, z 2012 r. poz. 567 oraz z 2013 r. poz. 153.

<sup>23</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378 z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548 oraz z 2013 r. poz. 154.

### Załączniki do uchwały organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego

Do projektu uchwały rady gminy/powiatu lub sejmiku województwa powinna być załączona Opinia Agencji Oceny Technologii Medycznych.

Pozostaje kwestia rozstrzygnięcia, czy brak wymaganej opinii Agencji do projektu programu ma wpływ na ważność uchwały organu stanowiącego zatwierdzającego program. W naszej ocenie tak. Potwierdza to Rozstrzygnięcie Nadzorcze Wojewody Świętokrzyskiego z 16 marca 2012 r. znak PNK.I.4130.30.2012, w którym wskazano, że rada gminy jest organem uprawnionym do uchwalania programów zdrowotnych, jednakże przed podjęciem uchwały powinna uzyskać opinię AOTM. Brak wymaganej prawem opinii właściwego organu kwalifikowane musi być jako istotne naruszenie prawa w rozumieniu art. 91 ust. 1 ustawy o samorządzie gminnym i stanowi podstawę do stwierdzenia nieważności tej uchwały.<sup>24</sup>

---

***Ważne.** Projekty programów zdrowotnych podlegają zaopiniowaniu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych. Brak takiej opinii można potraktować jako istotne naruszenie prawa, co z kolei może stanowić podstawę do stwierdzenia nieważności uchwały organu jednostki samorządu terytorialnego.*

---

Zgodnie z samorządowymi przepisami ustrojowymi, jeżeli prawo uzależnia ważność rozstrzygnięcia organu jednostki samorządu terytorialnego od jego zatwierdzenia, uzgodnienia lub zaopiniowania przez inny organ, zajęcie stanowiska przez ten organ powinno nastąpić nie później niż w ciągu 14 dni od dnia doręczenia tego rozstrzygnięcia lub jego projektu.

Jeżeli organ nie zajmie stanowiska w sprawie, rozstrzygnięcie uważa się za przyjęte w brzmieniu przedłożonym przez jednostkę samorządu terytorialnego.

W pierwszej kolejności należy zastrzec, że termin 14-dniowy wskazany w przepisach ustrojowych nie ma zastosowania do terminu sporządzenia opinii przez Agencję – w tym zakresie obowiązuje 3 miesięczny termin wskazany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustrojowe ustawy samorządowe mówią co prawda o opiniowaniu rozstrzygnięcia lub projektu rozstrzygnięcia organu, jednakże projekt programu stanowi załącznik do projektu uchwały organu stanowiącego, tak więc w naszej ocenie powołana wyżej regulacja dotycząca trybu uzyskiwania opinii ma zastosowanie do opinii AOTM. Uzyskanie negatywnej opinii nie pozbawia organu stanowiącego możliwości zatwierdzenia programu. Szerzej na ten temat mowa jest w części poświęconej trybowi opiniowania projektu programu.

---

<sup>24</sup> [http://www.kielce.uw.gov.pl/\\_plik.php?plik=akty\\_prawne/rozstrzygniecie\\_nadzorcze\\_30.pdf](http://www.kielce.uw.gov.pl/_plik.php?plik=akty_prawne/rozstrzygniecie_nadzorcze_30.pdf)

Uchwała zatwierdzająca program zdrowotny nie jest aktem prawa miejscowego, a zatem jej wejście w życie nie jest uzależnione od ogłoszenia uchwały w wojewódzkim dzienniku urzędowym.

W rozstrzygnięciu nadzorczym Wojewody Świętokrzyskiego z dnia 12 marca 2009 r. NK. I-0911/36/2009 wskazano, że programy nie mają waloru przepisów powszechnie obowiązujących. Jest to akt prawny organu gminy, określający sposób działania gminy, program jest w rzeczywistości planem działania gminy w określonym zakresie.

Powyższy akt nadzoru został wydany co prawda w odniesieniu do programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, niemniej jednak argumenty podniesione w uzasadnieniu są aktualne również w odniesieniu do programów zdrowotnych.

## Co powinien zawierać program zdrowotny?

### Elementy programu zdrowotnego

Przepisy prawa nie precyzują, jakie elementy powinny znaleźć się w programach zdrowotnych opracowywanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Można posiłkować się wytycznymi zawartymi w Zarządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2010 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych<sup>25</sup>. W powołanym zarządzeniu opracowany został schemat programu zdrowotnego wykorzystywany do użytku wewnętrznego ministerstwa zdrowia. Tworząc samorządowe programy zdrowotne, warto uwzględnić wymienione niżej elementy programu zdrowotnego.

#### Wprowadzenie

- nazwa programu,
- okres realizacji programu,
- podstawa prawna realizacji programu.

#### Streszczenie

- skrótowy opis celów i podstawowych elementów programu,
- określenie wysokości środków niezbędnych na realizację programu, w tym środków z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia, w kolejnych latach jego realizacji,
- spodziewane efekty i korzyści wynikające z potencjalnego wdrożenia programu, w tym określenie głównych mierzalnych/niemierzalnych korzyści i kosztów.

#### Zdefiniowanie problemu, określenie potrzeby

- opis problemu,
- przyczyny istnienia problemu,
- waga problemu dla społeczeństwa,
- dotychczasowe próby rozwiązania problemu,
- przedstawienie trudności w uzyskaniu świadczeń.

#### Uzasadnienie

- dlaczego realizacja programu powinna zostać sfinansowana, w tym należy wskazać odpowiednie wskaźniki i mierniki, w relacji z innymi ważnymi z punktu widzenia polityki zdrowotnej programami,
- zdefiniowanie potrzeby społecznej, której zaspokojeniu ma służyć realizacja programu,
- efektywność ekonomiczna,
- nowatorstwo zaproponowanych rozwiązań,

---

<sup>25</sup> B. Skóbel, M. Wójcik, *Marsz po zdrowie. Poradnik tworzenia i wdrażania samorządowych programów zdrowotnych*, Wydawnictwo GSK i ZPP, Warszawa 2011.

- wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń,
- wykorzystanie istniejących środków,
- promowanie współpracy między różnymi instytucjami i organizacjami,
- możliwość ponownego wykorzystania programu w przyszłości lub kontynuowania jego realizacji przez inne jednostki.

### Opis programu

- określenie, czy program stanowi kontynuację z lat ubiegłych,
- cele ogólne i szczegółowe,
- plan działań - opis działań, które mają doprowadzić do osiągnięcia celów,
- sposób realizacji zadań,
- źródła finansowania,
- szczegółowy harmonogram działań wynikający z formy opisowej,
- wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów.

### Kosztorys

Kosztorys powinien zawierać wydatki niezbędne do poniesienia na realizację programu w poszczególnych latach w podziale na zadania z uwzględnieniem wydatków bieżących i majątkowych.

### Realizatorzy programu

Należy określić kryteria wyboru realizatora lub koordynatora programu.

### Kontynuacja działań podjętych w programie

Należy podać informację o przewidywanym sposobie i zakresie kontynuacji w programie działań.

---

**Ważne.** Opis programu. Program powinien mieć dobrze sformułowany tytuł. Opis powinien być kompletny i możliwie szeroki; niezbędne są wskazania, czy dany program wpisuje się w Narodowy Program Zdrowia i/lub jego sektorową odmianę oraz w regionalne i lokalne polityki zdrowotne. Należy wystrzegać się błędów merytorycznych w uzasadnieniu programu (np. wskazanie 100 proc. skuteczność szczepień w zapobieganiu rakowi szyjki macicy – stwierdzenie takie może dawać kobietom fałszywe poczucie bezpieczeństwa i pomija całkowicie kluczową rolę wykonywania badań cytologicznych). Opis musi określać problem zdrowotny. Ważne jest oparcie się o lokalne dane epidemiologiczne. Należy dookreślić, jak wygląda obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Należy uzasadnić potrzebę wdrożenia programu.

---



### **Schemat programu zdrowotnego w wersji Agencji Oceny Technologii Medycznych**

Konstruując schemat programu zdrowotnego warto także rozważyć propozycję opracowaną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych. Schemat ten nie ma rangi obowiązującej dla jednostek samorządu terytorialnego, jest natomiast dobrą podpowiedzią dla osób przygotowujących programy zdrowotne.

AOTM proponuje następujące elementy programu:

#### **Strona tytułowa**

- nazwa programu,
- okres realizacji programu,
- autorzy programu.

#### **Opis problemu zdrowotnego**

- problem zdrowotny,
- epidemiologia,
- populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu,
- obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.

#### **Cele programu**

- cel główny,
- cele szczegółowe,
- oczekiwane efekty,
- mierniki efektywności odpowiadające celom programu.

#### **Adresaci programu (populacja programu)**

- oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe,
- tryb zapraszania do programu.

#### **Organizacja programu**

- części składowe, etapy i działania organizacyjne,
- planowane interwencje,
- kryteria i sposób kwalifikacji uczestników,
- zasady udzielania świadczeń w ramach programu,
- sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych,

- sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania,
- bezpieczeństwo planowanych interwencji,
- kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu,
- dowody skuteczności planowanych działań (opinie ekspertów klinicznych; zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek; dowody skuteczności - efektywności klinicznej oraz efektywności kosztowej; informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego (jeżeli są dostępne).

### **Koszty**

- koszty jednostkowe,
- planowane koszty całkowite,
- źródła finansowania, partnerstwo,
- argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

### **Monitorowanie i ewaluacja**

- ocena zgłaszalności do programu,
- ocena jakości świadczeń w programie,
- ocena efektywności programu.

### **Okres realizacji programu**

## Obowiązkowa opinia Agencji Oceny Technologii Medycznych

Projekty programów zdrowotnych opracowywane przez jednostki samorządu terytorialnego podlegają zaopiniowaniu przez AOTM.

Opinii podlegają projekty programów zdrowotnych, które nie zostały uchwalone przed 12 sierpnia 2009 r. (tj. przed wejściem w życie ustawy z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach).

Opinię wydaje Prezes AOTM po zapoznaniu się ze stanowiskiem Rady Konsultacyjnej AOTM. Należy zaznaczyć, że rolą Agencji jest ocena technologii medycznych, w której zakres wchodzi określanie skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa interwencji zdrowotnych, takich jak programy zdrowotne, w szczególności stosunku uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego, a także stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych, czyli tzw. efektywności ekonomicznej.

Kryteria, w oparciu o które sporządzana jest ocena programu zdrowotnego:

- wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu priorytetów zdrowotnych określonych w przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych oraz 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 FUS, niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z FUS, 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.

Do kryteriów oceny Agencji należy m.in. stwierdzenie, czy program mieści się w ramach ustalonych przez Ministra Zdrowia, w drodze rozporządzenia, priorytetów zdrowotnych:

- 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.

Podmiot wnioskujący o ocenę nie jest zobowiązany do samodzielnego wykonywania analiz klinicznej i ekonomicznej. Jednak wskazane jest zawarcie w projekcie programu zdrowotnego podstawowych informacji pozwalających oszacować te dane, jak:

- szacowane rozpowszechnienie problemu zdrowotnego, którego program dotyczy, w populacji przewidywanej do objęcia programem,
- przewidywana liczba osób do objęcia programem,
- przewidywane koszty objęcia programem pojedynczej osoby.

Oszacowanie tych wielkości jest częścią prawidłowego planowania programu, gdyż określa stan wyjściowy i pozwala następnie monitorować efekty działania programu (jeśli interwencja zdrowotna ma efekty odległe w czasie albo trudne do oszacowania, trzeba takie stwierdzenie w projekcie programu zawrzeć).

Przedmiotem oceny Agencji nie jest projekt uchwały w sprawie realizacji programu zdrowotnego (chyba, że projekt zawiera szczegółowy opis programu) ani lista programów zdrowotnych realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego. Przedmiotem oceny nie może też być strategia ogólna, a konkretny program dotyczący dobrze zdefiniowanego działania prozdrowotnego.

Opinia wydawana jest nieodpłatnie w terminie 3 miesięcy od otrzymania przez Agencję projektu programu i nie jest wiążąca.

---

**Ważne.** *Mimo, że opinia AOTM na temat programu zdrowotnego nie jest wiążąca dla samorządu terytorialnego, stoimy na stanowisku, że program negatywnie zaopiniowany przez Agencję nie powinien być wdrożony (chyba, że z treści opinii wynika, iż braki mogą być uzupełnione, a błędy usunięte). W naszej ocenie, w takiej sytuacji, jednostka samorządu terytorialnego powinna przedłożyć AOTM poprawiony projekt programu celem ponownego zaopiniowania.*

---

## Harmonogram programu zdrowotnego

### Program wieloletni czy roczny?

Zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych program zdrowotny może być realizowany w okresie jednego roku albo wielu lat. Czas realizacji projektu zależy od jednostki samorządu terytorialnego wdrażającej program. Przy planowaniu okresu realizacji należy uwzględnić cele, jakie jednostka chce osiągnąć program, zadania, jakie zamierza podjąć dla osiągnięcia założonych celów oraz możliwości finansowe jednostki samorządu terytorialnego. Należy zwrócić uwagę, że w przypadku realizacji zadań z ochrony zdrowia, zwłaszcza działań o charakterze profilaktycznym, mierzalne efekty w postaci poprawy stanu zdrowia mieszkańców z reguły będą widoczne po kilku albo nawet kilkudziesięciu latach.

Z uwagi na charakter działań podejmowanych w ramach programów zdrowotnych zalecamy realizację programów w perspektywie wieloletniej. Wdrażanie programu w okresie dłuższym niż rok pozwala na lepsze rozplanowanie zadań, zmniejsza presję czasową oraz sprzyja bardziej racjonalnemu gospodarowaniu środkami publicznymi.

---

**Ważne.** Nie należy łączyć terminu wykorzystania środków finansowych publicznych z okresem realizacji programu zdrowotnego, który zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych może mieć charakter wieloletni.

---

### Konstruowanie harmonogramu programu zdrowotnego

Harmonogram jest jednym z najistotniejszych elementów programu zdrowotnego. Powinien on zawierać opis działań przewidzianych w programie.

Ustalając harmonogram, należy wziąć pod uwagę m.in. takie czynniki, jak:

- konieczność przeprowadzenia konkursu na realizatora programu,
- czas potrzebny na przeprowadzenie działań promocyjnych,
- czas potrzebny na dokonanie naboru na stanowisko pracy, jeżeli realizacja programu będzie wiązała się z koniecznością zatrudnienia dodatkowego pracownika,
- konieczność przeprowadzenia postępowań o udzielenie zamówienia publicznego (np. w przypadku zakupu sprzętu) lub w przypadku wartości zamówienia do 14 tys. euro postępowań przetargowych przewidzianych w przepisach wewnętrznych podmiotu zamawiającego<sup>26</sup>.

Konstruując harmonogram program należy wziąć również pod uwagę czynniki wynikające ze specyfiki wdrażanych działań. Przykładowo, jeżeli w ramach programu zaplanowane zostały działania skierowane do dzieci w wieku szkolnym, to przy ustaleniu harmonogramu należy wziąć pod uwagę wpływ, jaki na przebieg realizacji programu mogą mieć ferie czy przerwa wakacyjna.

Harmonogram powinien zawierać takie elementy, jak:

- wskazanie planowanych działań,
- określenie wykonawców poszczególnych działań lub sposób ich wyłonienia,
- czas realizacji poszczególnych działań (poprzez wskazanie jednostek, czasu bądź konkretnych dat).

**Tabela 3** Przykład zawartości harmonogramu programu zdrowotnego

Lp.	Działanie	Wykonawca/Osoba odpowiedzialna	Miesiąc .....	Miesiąc .....	Miesiąc .....	Miesiąc .....	Koszt realizacji działania

<sup>26</sup> B. Skóbel, M. Wójcik, *Marsz po zdrowie. Poradnik tworzenia i wdrażania samorządowych programów zdrowotnych*, Wydawnictwo GSK i ZPP, Warszawa 2011.

## Pieniądze i efektywność

### Efektywność programu zdrowotnego

Program powinien przewidywać pomiar efektów jego wdrożenia.

Przez efektywność należy rozumieć stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych. W związku z tym, przed przystąpieniem do realizacji projektu, powinno się zmierzyć stan wyjściowy. Inną metodą jest porównanie wyników zdrowotnych ze zmierzonymi w zbliżonej populacji (np. z danymi z sąsiedniej gminy o podobnej populacji, gdzie nie wprowadzono programu).<sup>27</sup>

Należy zaznaczyć, że jednostki samorządu terytorialnego nie są zobowiązane do samodzielnego przeprowadzenia analizy klinicznej i ekonomicznej programu, jednak w jego opisie powinny się znaleźć elementy pozwalające oszacować te dane.

Analiza kliniczna polega na porównaniu skuteczności i bezpieczeństwa stosowania ocenianej interwencji (sposobu postępowania) z wynikami innych interwencji (opcjonalnych sposobów postępowania) stosowanych w docelowej populacji.

W analizie klinicznej powinny być oceniane efekty zdrowotne, które stanowią istotne kliniczne punkty końcowe, odgrywające istotną rolę w danej jednostce chorobowej, tj.: zgon, zachorowania bądź wyleczenia, jakość życia, działania niepożądane i/lub incydenty medyczne.

---

**Ważne.** *Technologia medyczna powinna być wybrana, wskazana i opisana; należy ją oprzeć o dane naukowe, sugerujące, że wykorzystana technologia medyczna przynosi istotne korzyści zdrowotne (co ważne ze wskazaniem źródła - należy cytować z podaniem danych bibliograficznych pozwalających dotrzeć do cytowanego źródła, np. artykułu, książki, wiarygodnej strony internetowej, czy eksperta). Przyjęta technologia medyczna musi być dostosowana do prawidłowej grupy odbiorców. Nie należy przytaczać technologii, której skuteczność jest jeszcze niezbadana oraz takiej, która jest w danym momencie finansowana ze środków publicznych.*

---

Analiza ekonomiczna stanowi porównawczą ocenę zużycia zasobów koniecznych dla uzyskania efektu klinicznego.

---

<sup>27</sup> Konferencja samorządowa „Realizacja programów zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego po wejściu w życie ustawy koszykowej”, Kraków 8 kwietnia 2010 r., Anna Zawada „AOTM – współpraca z jednostkami samorządu terytorialnego w zakresie oceny programów zdrowotnych”.



W ocenie tej można się posłużyć różnymi technikami:

- analiza kosztów - efektywności,
- analiza kosztów - użyteczności,
- analiza minimalizacji kosztów,
- analiza kosztów – konsekwencji,
- analiza kosztów – korzyści.<sup>28</sup>

Jak już wspomniano wyżej, samorzady nie muszą samodzielnie dokonywać analizy efektu klinicznego. Zostanie ona przeprowadzona przez AOTM na etapie oceny projektu programu, niemniej jednak autorzy zalecają dokonanie wcześniejszego rozpoznania dostępnych metod lub np. zasadności wykonywania badań planowanych w programie, w tym celu warto przynajmniej zasięgnąć opinii specjalistów w danej dziedzinie.

Skutkiem przyjęcia niewłaściwych założeń lub metod realizacji programu może być w pierwszej kolejności uzyskanie negatywnej opinii AOTM. Dalsze negatywne skutki to przede wszystkim nieefektywne wydatkowanie środków publicznych, niespełnienie założonych efektów programu.

Przykładem zaniechania przeprowadzania uprzedniego rozpoznania problemu zdrowotnego, któremu miał przeciwdziałać program zdrowotny był jeden z samorządowych programów profilaktyki wad postaw u dzieci.

Program zakładał przeprowadzenie badań przesiewowych skierowanych na wykrycie młodzieńczej skoliozy idiopatycznej. Program uzyskał negatywną opinię Agencji, bowiem wykazano brak przekonujących dowodów, że skrining wykrywa młodzieńczą skoliozę idiopatyczną we wcześniejszym zaawansowaniu niż przypadkowe wykrycie bez skriningu.

Wskazano również na potencjalne działania niepożądane: niepotrzebne badania lekarskie, fałszywe pozytywne wyniki testów, obciążenie badaniami radiologicznymi oraz niska wartość prognostyczna dodatniego wyniku badania przesiewowego.

---

<sup>28</sup> *Wytyczne oceny technologii medycznych (HTA)* – Załącznik do zarządzenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 1/2010 z dnia 4 stycznia 2010 r.

### Budżet programu zdrowotnego oraz źródła jego sfinansowania

Punktem wyjścia jest określenie wartości programu, nawet jeśli będzie to wyłącznie pewna szacunkowa liczba i wymienienie potencjalne źródła finansowania. Ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).

Także bardzo precyzyjna musi być analiza finansowania pojedynczych projektów zawartych w programie. Należy określić wartość programu, w tym skalę własnego zaangażowania (zarówno pieniężnego, jak i rzeczowego), wskazać inne źródła wsparcia, oszacować możliwość korzystania z wolontariatu.

Kształtując źródła dochodów jednostek samorządu terytorialnego, nie uwzględniono jakichkolwiek środków na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia - gminy, powiaty i województwa angażują znaczące kwoty, zarówno w przedsięwzięcia związane z rozbudową infrastruktury technicznej zakładów opieki zdrowotnej, ale i także na realizację programów zdrowotnych.

---

**Ważne.** *Niezbędnym jest precyzyjne wskazanie środków finansowania programu. Należy zwracać uwagę, aby nie określić ich na błędnym poziomie (np. nie uwzględniając kosztów planowanych działań edukacyjnych, czy też środków niezbędnych na pozostałe koszty obsługi wdrożenia, czy akcji informacyjnej); należy szczegółowo dookreślić strukturę wydatków w ramach projektu (aby było wiadomo, np. ile środków zostanie przeznaczonych na informowanie o programie, ile na wynagrodzenie osób realizujących program, ile na same badania). Koniecznym jest wykazanie przez realizatorów możliwości zrealizowania programu przy wykorzystaniu zaplanowanych zasobów ekonomicznych; nie do przyjęcia jest warunkowanie realizacji programu uzależnione np. od finansowania pierwszej dawki szczepionki przez rodziców lub opiekunów prawnych; w przypadku finansowania w partnerstwie z innym podmiotem ważnym jest określenie rozbicia kosztów.*

---

**Na realizację programów profilaktycznych samorządy przeznaczają bardzo często środki z tzw. „korkowego”** czyli pieniędzy uzyskanych z opłat za koncesje alkoholowe. Praktyka uczy, że z „korkowego” finansować można programy o bardzo szerokim zasięgu, ale warto pamiętać o tym, że ustawa o wychowaniu w trzeźwości mówi, że można je wydać tylko na profilaktykę i leczenie uzależnień, po to by osiągać cele ustalone w gminnych programach rozwiązywania problemów alkoholowych.

**Środki pozyskiwane w ramach konkursów ogłaszanych przez resorty edukacji, sportu czy też gospodarki.** Mogą one wspierać (bezpośrednio lub pośrednio) programy, których cele zdrowotne osiąga się poprzez działania z zakresu np. rekreacji, turystyki czy sportu.

**Fundusze ochrony środowiska.** Można przy ich wsparciu realizować programy promujące zdrowy styl życia z połączeniu z poszanowaniem środowiska naturalnego.

**Szwajcarsko-Polski Program Współpracy.** Środki Programu wykorzystane zostaną m.in. do promowania profilaktyki oraz edukacji zdrowotnej, a także poprawy usług opieki zdrowotnej i społecznej na peryferyjnych i zmarginalizowanych terenach.

**Mechanizmy Finansowe EOG i Norweski Mechanizm Finansowy.** M.in. w ramach Programu PL07 – Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych dofinansowanym z funduszy norweskich i EOG. Dofinansowanie mogą otrzymać projekty, które przewidują działania w ramach następujących obszarów interwencji: poprawa opieki perinatalnej – świadczenia z zakresu profilaktyki, diagnostyka i leczenie w celu zwiększenia liczby urodzeń; lepsze dostosowanie opieki zdrowotnej w celu sprostania potrzebom szybko rosnącej populacji osób przewlekle chorych i niesamodzielnych oraz osób starszych oraz profilaktyka chorób nowotworowych mająca na celu zmniejszenie wskaźnika zachorowalności i śmiertelności z powodu nowotworów w Polsce.

Istnieje także możliwość składania propozycji na dofinansowanie programów zdrowotnych w ramach **Wspólnotowego Programu Zdrowia** (więcej na stronie <http://ec.europa.eu>).

**Środki na programy zdrowotne uzyskać można także z regionalnych programów operacyjnych,** ale pod warunkiem, że zarządy województw (instytucje pośredniczące, odpowiadające za wdrażanie RPO) ogłoszą konkurs, w którym przewidzi się uzupełnienie działań infrastrukturalnych (finansowanych z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego) o elementy profilaktyki (w ramach tzw. cross-financing, czyli zasady odstępstwa od monofunduszowości, umożliwiającej elastyczne finansowanie jednofunduszowych programów operacyjnych Unii Europejskiej). Maksymalny udział środków z drugiego funduszu wynosi generalnie do 10 proc. wartości projektu (choć np. w projektach finansowanych w ramach Europejskiej Współpracy Terytorialnej, limit ten wynosi 15proc.). To właśnie te dodatkowe elementy projektu stanowić mogą programy profilaktyczne.

**Ogólnopolskie programy operacyjne finansowane z środków Unii Europejskiej.** Podobnie jak wyżej w ramach cross-financing lub w bardzo ograniczonym wymiarze z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (m.in. na podnoszenie kwalifikacji kadr zajmujących się programami zdrowotnymi).

**Partnerstwa z organizacjami obywatelskimi.** Powszechne jest mniemanie, że to samorzady dofinansowują działalność stowarzyszeń i fundacji. Nie ma jednak przeszkód, aby gminy, powiaty i województwa były partnerem organizacji obywatelskich, które pozyskały środki z innych niż samorządowe źródło. W ten sposób zwielokrotnia się możliwości efektywnych działań prozdrowotnych.

Według tej samej zasady samorządy terytorialne mogą współpracować z podmiotami leczniczymi i osobami prowadzącymi działalność medyczną.

**Banki, firmy ubezpieczeniowe, przedsiębiorcy.** Można także korzystać z ich wsparcia, choć niestety niemalym ograniczeniem są niejasne przepisy dotyczące przyjmowania, ewidencjonowania i rozliczania tego typu pomocy.

W dalszym ciągu samorządy terytorialne nie mają dostępu do środków NFZ, przeznaczanych na programy zdrowotne.

Wydaje się to być nieuzasadnione, bowiem z jednej strony samorządy mają duże możliwości (np. w realizacji programów kierowanych do dzieci i młodzieży, w oparciu o prowadzone szkoły), a z drugiej corocznie NFZ ma ogromne problemy z wykorzystaniem środków na programy profilaktyczne.

### Nowelizacja przepisów dotyczących przekazywania środków publicznych na realizację programów zdrowotnych

Wejście w życie, z dniem 1 lipca 2011 roku, ustawy o działalności leczniczej miało wpływ na realizację przez jednostki samorządu terytorialnego programów zdrowotnych. Głównie z powodu wprowadzenia zasad przekazywania środków publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą.<sup>29</sup>

Jednakże, literalne stosowanie przepisów ustawy o działalności leczniczej, w ich pierwotnym brzmieniu, mogło prowadzić do wyłączenia z grupy podmiotów zainteresowanych realizacją programów zdrowotnych na zlecenie jednostek samorządu terytorialnego, podmiotów uzyskujących przychody ze środków innych niż z tytułu świadczenia usług opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.<sup>30</sup>

Ustawą z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw dokonano nowelizacji przepisów dotyczących tej kwestii<sup>31</sup>. W uzasadnieniu do projektu ustawy wskazano:

*[...] „okres obowiązywania ustawy wykazał trudności ze stosowaniem niektórych przepisów dotyczących kwestii finansowych, w szczególności działu V uodl. W związku z powyższym, proponuje się wyłączenie zadań realizowanych w ramach programów zdrowotnych i promocji*

---

<sup>29</sup> W związku z wejściem w życie ustawy o działalności leczniczej utraciła moc obowiązującą ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, a wraz z nią rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lipca 2005 r. w sprawie szczegółowych warunków przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych na realizację programów zdrowotnych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne.

<sup>30</sup> Art. 114 i następane ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst pierwotny: Dz. U. 2011 r. Nr 112 poz. 654)

<sup>31</sup> Ustawa z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 742)

*zdrowia finansowanych z wydatków bieżących z obowiązku stosowania algorytmu zawartego w art. 114 uodl. W ramach wydatków bieżących finansujący zlecają m. in.: wykonywanie profilaktycznych badań, udzielanie świadczeń zdrowotnych, zakup i dystrybucję leków dla określonej w programie grupy chorych czy też realizację innych usług. Dotychczasowe brzmienie art. 114 ust. 2 uodl uniemożliwia realizatorom programów zdrowotnych, będących podmiotami leczniczymi wyłonionymi w postępowaniu konkursowym, otrzymanie pełnej zapłaty za zleczone i wykonane usługi, w przypadku gdy uzyskują przychody z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poniżej łącznych przychodów z tego tytułu zarówno ze środków publicznych jak i innych źródeł. Jednocześnie realizatorzy niebędący podmiotami leczniczymi, spełniający wymogi określone programem, wyłonieni w postępowaniu konkursowym mogą uzyskiwać środki na realizację analogicznych zadań np. szkolenia, prowadzenie baz danych czy też promocję zdrowia w wysokości 100% kosztów. Zaproponowana zmiana zapewni równe traktowanie realizatorów wyłonionych w postępowaniach konkursowych oraz zabezpieczy realizację zadań finansowanych ze środków bieżących niezbędnych do osiągnięcia zamierzonych celów.”*

Obecnie algorytm przekazywania środków publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą obowiązuje w przypadku realizacji zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, wyłącznie w odniesieniu do wydatków inwestycyjnych.

W większości programów zdrowotnych realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, nie są przewidywane wydatki inwestycyjne. W przypadku, gdyby jednak samorządy decydowały się na ich ujęcie, prezentujemy informację, jak je wyliczać.

Po pierwsze, podmiot leczniczy może otrzymać środki na wydatki inwestycyjne w ramach programów zdrowotnych i promocji zdrowia w zakresie, w jakim realizacja tych zadań służy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Wysokość środków publicznych nie może przekroczyć wysokości kosztów koniecznych do realizacji całości zadania. Maksymalna wysokość środków publicznych jest ustalana według wzoru:

$$W = K \times P_0$$

gdzie współczynnik przychodów

$$P_0 = \left[ \frac{a_0}{a_0 + b_0} \right], \quad \text{a poszczególne symbole oznaczają:}$$

$W$  - wysokość środków publicznych,

$K$  - planowany koszt realizacji zadania,

$a_0$  - przychody podmiotu wykonującego działalność leczniczą z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uzyskane w poprzednim roku obrotowym w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

$b_0$  - przychody podmiotu wykonującego działalność leczniczą z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków innych niż określone dla symbolu „ $a_0$ ” uzyskane w poprzednim roku obrotowym.

W wyniku rozliczenia, podmiot wykonujący działalność leczniczą, który uzyskał środki publiczne na realizację zadania jest obowiązany dokonać zwrotu otrzymanych środków w kwocie przewyższającej wartość iloczynu kosztów rzeczywistych realizacji zadania i współczynnika  $P_n$ , a w przypadku wyższych kosztów rzeczywistych od kosztów planowanych - kosztów planowanych i współczynnika  $P_n$ ,

gdzie współczynnik

$$P_n = \left[ \frac{a_n}{a_n + b_n} \right], \quad \text{a poszczególne symbole oznaczają:}$$

$a_n$  - przychody podmiotu wykonującego działalność leczniczą z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uzyskane w roku albo latach obrotowych,

$b_n$  - przychody podmiotu wykonującego działalność leczniczą z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków innych niż określone dla symbolu „ $a_n$ ” uzyskane w roku albo latach obrotowych.

---

**Ważne.** *Literalne brzmienie przepisów ustawy o działalności leczniczej nie warunkuje finansowania wydatków na realizację programu zdrowotnego innych niż inwestycyjne, od tego w jakim zakresie realizacja tych zadań służyć będzie udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Niemniej jednak należy pamiętać, że formułując program zdrowotny należy brać pod uwagę kryteria określone w art. 31a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia (w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych). Spełnienie tych kryteriów jest bowiem przedmiotem oceny AOTM.*

---

Należy pamiętać, że zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (art. 44) wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasad:

- uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów oraz
- optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów.<sup>32</sup>

Również Najwyższa Izba Kontroli kontrolując działalność organów samorządu terytorialnego, dokonuje tego z punktu widzenia legalności, gospodarności i rzetelności.

---

<sup>32</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. 2009 nr 157 poz. 1240 z późn. zm.)

## Wybór realizatorów programu zdrowotnego

### Procedura wyboru realizatora programu zdrowotnego – krok po kroku

Procedurę wyboru realizatora programu reguluje ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz – w zakresie nie uregulowanym w tej ustawie – przepisy kodeksu cywilnego dotyczące przetargu<sup>33</sup>. Nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

---

***Ważne.** Koniecznym jest określenie realizatora programu, w tym uwzględnienie konieczności wyłonienia go zgodnie z zasadami konkursowymi (sposób wyłonienia wykonawców musi być jasno i precyzyjnie opisany). Zakładając w programie konsultację lub nadzór lekarza specjalisty, należy jasno określić specjalność lekarza, który będzie konsultował wyniki. Należy określić także kompetencje osób realizujących program.*

---

Wyboru realizatora programu jednostka samorządu terytorialnego dokonuje w drodze konkursu ofert. Komunikat o przeprowadzeniu konkursu ofert jednostka ogłasza w swojej siedzibie i na swojej stronie internetowej co najmniej na 15 dni przed upływem wyznaczonego terminu składania ofert.

W ogłoszeniu określa się w szczególności:

- przedmiot konkursu ofert,
- wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu zdrowotnego,
- termin i miejsce składania ofert.

Ogłoszenie o konkursie może być zmienione lub odwołane tylko wtedy, gdy zastrzeżono to w jego treści.

Podmiot ogłaszający konkurs na realizatora programu (od chwili udostępnienia warunków) i oferent (od chwili złożenia oferty), jest obowiązany postępować zgodnie z postanowieniami ogłoszenia, a także warunków przetargu. Oferta złożona w toku konkursu przestaje wiązać, gdy została wybrana inna oferta albo gdy konkurs został zamknięty bez wybrania którejkolwiek z ofert, chyba że w warunkach konkursu zastrzeżono inaczej.

Podmiot ogłaszający konkurs jest obowiązany niezwłocznie powiadomić na piśmie uczestników konkursu o jego wyniku albo o zamknięciu konkursu bez dokonania wyboru.

---

<sup>33</sup> art. 70(1) – 70(5) ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. 16 poz. 93 z późn. zm.)

W warunkach konkursu można zastrzec, że podmiot przystępujący do niego powinien, pod rygorem niedopuszczenia do udziału w konkursie, wpłacić określoną sumę albo ustanowić odpowiednie zabezpieczenie jej zapłaty (wadium).

Podmiot ogłaszający konkurs oraz uczestnik konkursu może żądać unieważnienia zawartej umowy, jeżeli strona tej umowy, inny uczestnik lub osoba działająca w porozumieniu z innymi osobami wpłynęła na wynik konkursu w sposób sprzeczny z prawem lub dobrymi obyczajami. Uprawnienie to wygasa z upływem miesiąca od dnia, w którym uprawniony dowiedział się o istnieniu przyczyny unieważnienia, nie później jednak niż z upływem roku od dnia zawarcia umowy.

---

**Ważne.** *Przedmiotem konkursu, o którym mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych może być wyłącznie realizacja programu zdrowotnego. Treść programu lub ewentualnie projektu programu powinna być znana najpóźniej na dzień ogłoszenia konkursu. Postępowanie niektórych jednostek samorządu terytorialnego, które jako przedmiot konkursu na wybór realizatora określają przygotowanie, wdrożenie i realizację programu zdrowotnego nie znajduje oparcia w przepisach ustawy. Należy również zaznaczyć, że taka forma konkursu może budzić wątpliwości w odniesieniu do zachowania zasady uczciwej konkurencji pomiędzy podmiotami przystępującymi do konkursu.*

---

Możliwe jest przeprowadzenie konkursu na wybór realizatora, a nawet podpisanie umowy przed oceną projektu programu zdrowotnego przez Agencję Oceny Technologii Medycznych. W takim jednak przypadku podmiot organizujący konkurs powinien zastrzec, że czynność prawna dochodzi do skutku pod warunkiem otrzymania pozytywnej opinii Agencji. W wyroku Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 4 września 2008 r. (IV CSK 196/2008) wskazano, że: „Zawarte w treści czynności prawnej zastrzeżenie, uzależniające powstanie lub ustanie skutków czynności prawnej od zdarzenia przyszłego, którego ziszczenie się nie zależy od woli stron może być kwalifikowane jako warunek w rozumieniu art. 89 kodeksu cywilnego. Jeżeli warunek zastrzeżony został zgodnie z wymaganiami prawa i spełni się wskazane w nim zdarzenie przyszłe i niepewne, wówczas powstają (przy warunku zawieszającym) lub ustają (przy warunku rozwiązującym), skutki prawne określone treścią czynności prawnej i innymi uzupełniającymi ją regułami (art. 56 kodeksu cywilnego). Zgodnie z ogólną zasadą, skutki te następują na podstawie samego ziszczenia się warunku, a więc bez potrzeby składania jakichkolwiek dodatkowych oświadczeń woli.”<sup>34</sup> Warto podkreślić, że ustawa wymaga przedłożenia projektu programu do zaopiniowania Agencji, niemniej jednak brak jest przepisu, który wskazywałby na niemożność realizacji programu przy ocenie negatywnej. Stąd w omawianym przypadku, jeżeli jednostka samorządu terytorialnego zdecyduje się na prowadzenie procedury wyboru realizatora przed uzyskaniem opinii Agencji, wprowadzenie takiego zastrzeżenia jest przez nas rekomendowane.

---

<sup>34</sup> LexPolonica nr 2038565



Z podmiotem wykonującym działalność leczniczą, który wygra konkurs, jednostka samorządu terytorialnego zawiera umowę w trybie ustawy o działalności leczniczej. W przypadku odmowy zawarcia umowy przez jednostkę samorządu terytorialnego uczestnikowi, który wygrał konkurs przysługuje bądź roszczenie o jej zawarcie, bądź roszczenie o zapłatę podwójnego wadium (jeżeli wpłatę wadium przewidywały warunki konkursu), albo zapłata odszkodowania.

Umowa musi zawierać co najmniej:

- szczegółowy opis zadania, w tym cel, na jaki środki zostały przyznane i termin jego wykonania,
- wysokość środków finansowych,
- sposób płatności środków finansowych,
- termin wykorzystania środków finansowych, nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia danego roku budżetowego,
- tryb kontroli wykonywania zadania,
- termin i sposób rozliczenia przyznanych środków finansowych,
- termin zwrotu niewykorzystanej części środków finansowych, nie dłuższy niż 15 dni od określonego w umowie dnia wykonania zadania, a w przypadku zadania realizowanego za granicą - 30 dni od tego dnia.

---

**Ważne.** Umowa zawierana z realizatorem programu zdrowotnego jest umową cywilnoprawną. Ewentualne spory pomiędzy podmiotem organizującym konkurs na wybór realizatora a oferentem rozstrzygają sądy powszechne.

---

Niezależnie od procedury tworzenia, opiniowania, wdrożenia i realizacji programów zdrowotnych określonej w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych, możliwe jest zlecenie realizacji zadania publicznego z zakresu ochrony i profilaktyki zdrowia, w trybie ustawy o pożytku publicznym i wolontariacie<sup>35</sup>.

---

**Ważne.** Umowa o działalności leczniczej określa wyłącznie zasady przekazywania środków publicznych na realizację programów zdrowotnych i promocję zdrowia podmiotom leczniczym. Należy jednak pamiętać, że obszar ochrony i promocji zdrowia należy do sfery zadań publicznych, o której mowa w ustawie o pożytku publicznym i wolontariacie. Zatem, jest możliwe zlecenie realizacji zadań publicznych w tym obszarze organizacjom pożytku publicznego w trybie ustawy o pożytku publicznym i wolontariacie (zwłaszcza w obszarze szeroko rozumianej edukacji zdrowotnej).

---

<sup>35</sup> Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. 2010 r. Nr 234 poz. 1536 z późn. zm.)

Zgodnie z art. 12 ustawy o pożytku publicznym i wolontariacie, organizacja pozarządowa oraz podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 tej ustawy<sup>36</sup>, mogą z własnej inicjatywy złożyć wniosek o realizację zadania publicznego. Przepis ten dotyczy także takiego zadania, które jest realizowane dotychczas w inny sposób, w tym przez organy administracji publicznej.

Organ administracji publicznej, w terminie nieprzekraczającym 1 miesiąca od dnia wpłynięcia wniosku, rozpatruje celowość realizacji zadania publicznego przez organizacje prowadzące działalność pożytku publicznego (biorąc pod uwagę m.in. stopień, w jakim wniosek odpowiada priorytetowym zadaniom publicznym, określonym w programie współpracy z organizacjami pozarządowymi i podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy o pożytku publicznym i wolontariacie). Zatem, w tym przypadku inicjatywa realizacji danego zadania w pierwszej kolejności leży po stronie potencjalnego wykonawcy.

Organ administracji publicznej, zamierzający zlecić realizację zadania publicznego organizacjom pozarządowym lub podmiotom wymienionym w art. 3 ust. 3 ustawy o pożytku publicznym i wolontariacie, ogłasza otwarty konkurs ofert.

Tryb ogłaszania i przeprowadzenia tego konkursu bardzo się różni od trybu wyboru realizatora programu zdrowotnego z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dodatkowo zastosowania ma rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 grudnia 2010 r. w sprawie wzoru oferty i ramowego wzoru umowy dotyczących realizacji zadania publicznego oraz wzoru sprawozdania z wykonania tego zadania<sup>37</sup>.

Przede wszystkim, nie ma przesłanek do odwoływania się do przepisów kodeksu cywilnego w zakresie jak ten reguluje sprawy organizacji przetargu. Termin do składania ofert nie może być krótszy niż 21 dni od dnia ukazania się ostatecznego ogłoszenia w Biuletynie Informacji Publicznej, w siedzibie organu administracji publicznej (w miejscu przeznaczonym na zamieszczanie ogłoszeń), na stronie internetowej organu administracji publicznej. Ogłoszenie otwartego konkursu ofert można także zamieścić w dzienniku lub tygodniku o zasięgu ogólnopolskim, regionalnym lub lokalnym, w zależności od rodzaju zadania publicznego.

---

<sup>36</sup> Podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie to: osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, jeżeli ich cele statutowe obejmują prowadzenie działalności pożytku publicznego; stowarzyszenia jednostek samorządu terytorialnego; spółdzielnie socjalne; spółki akcyjne i spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz kluby sportowe będące spółkami działającymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz. U. Nr 127, poz. 857, z późn. zm.)

- nie działają w celu osiągnięcia zysku oraz przeznaczają całość dochodu na realizację celów statutowych oraz nie przeznaczają zysku do podziału między swoich członków, udziałowców, akcjonariuszy i pracowników.

<sup>37</sup> Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 grudnia 2010 r. w sprawie wzoru oferty i ramowego wzoru umowy dotyczących realizacji zadania publicznego oraz wzoru sprawozdania z wykonania tego zadania (Dz.U. Nr 6 poz. 25)

Ogłoszenie otwartego konkursu ofert powinno zawierać informacje o:

- rodzaju zadania,
- wysokości środków publicznych przeznaczonych na realizację tego zadania,
- zasadach przyznawania dotacji,
- terminach i warunkach realizacji zadania,
- terminie składania ofert,
- trybie i kryteriach stosowanych przy wyborze ofert oraz terminie dokonania wyboru ofert,
- zrealizowanych przez organ administracji publicznej w roku ogłoszenia otwartego konkursu ofert i w roku poprzednim zadaniach publicznych tego samego rodzaju i związanych z nimi kosztami, ze szczególnym uwzględnieniem wysokości przyznanych dotacji.

Ogłoszenie otwartego konkursu ofert na realizację zadań publicznych w roku następnym może nastąpić na podstawie projektu uchwały budżetowej, przekazanego organowi stanowiącemu jednostki samorządu terytorialnego, na zasadach określonych w przepisach ustawy o finansach publicznych.

Organ administracji publicznej przy rozpatrywaniu ofert:

- ocenia możliwość realizacji zadania publicznego przez oferenta,
- ocenia przedstawioną kalkulację kosztów realizacji zadania publicznego, w tym w odniesieniu do zakresu rzeczowego zadania,
- ocenia proponowaną jakość wykonania zadania i kwalifikacje osób, przy udziale których organizacja pozarządowa lub podmioty określone w art. 3 ust. 3 o pożytku publicznym i wolontariacie będą realizować zadanie publiczne,
- w przypadku zlecenia zadania (poprzez wspieranie wykonywania zadań publicznych) wraz z udzieleniem dotacji na dofinansowanie ich realizacji, uwzględnia, planowany przez organizację pozarządową lub podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 o pożytku publicznym i wolontariacie, udział środków finansowych własnych lub środków pochodzących z innych źródeł na realizację zadania publicznego,
- uwzględnia, planowany przez organizację pozarządową lub podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 o pożytku publicznym i wolontariacie, wkład rzeczowy lub osobowy, w tym świadczenia wolontariuszy i pracę społeczną członków,
- uwzględnia analizę i ocenę realizacji zleconych zadań publicznych w przypadku organizacji pozarządowej lub podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 3 o pożytku publicznym i wolontariacie, które w latach poprzednich realizowały zlecone zadania publiczne, biorąc pod uwagę rzetelność i terminowość oraz sposób rozliczenia otrzymanych na ten cel środków.

Organ administracji publicznej ogłaszający otwarty konkurs ofert powołuje komisję konkursową w celu opiniowania złożonych ofert. W otwartym konkursie ofert może zostać wybrana więcej niż jedna oferta. Ogłoszenie wyników otwartego konkursu ofert zawiera w szczególności nazwę

oferenta, nazwę zadania publicznego, wysokość przyznanych środków publicznych. Każdy, w terminie 30 dni od dnia ogłoszenia wyników konkursu, może żądać uzasadnienia wyboru lub odrzucenia oferty. Wyniki otwartego konkursu ofert ogłasza się niezwłocznie po wyborze oferty.

Na podstawie oferty realizacji zadania publicznego, złożonej przez organizację pozarządową lub podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 o pożytku publicznym i wolontariacie, organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego, uznając celowość realizacji tego zadania, może zlecić organizacji pozarządowej lub innym wybranym podmiotom, z pominięciem otwartego konkursu ofert, realizację zadania publicznego o charakterze lokalnym lub regionalnym.

Zadanie to musi spełniać jednakże łącznie następujące warunki:

- wysokość dofinansowania lub finansowania zadania publicznego nie przekracza kwoty 10 000 zł,
- zadanie publiczne ma być realizowane w okresie nie dłuższym niż 90 dni.

W terminie nie dłuższym niż 7 dni roboczych od dnia wpłynięcia oferty, organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego zamieszcza ją na okres 7 dni w Biuletynie Informacji Publicznej, w siedzibie organu jednostki samorządu terytorialnego (w miejscu przeznaczonym na zamieszczanie ogłoszeń) oraz na stronie internetowej organu jednostki samorządu terytorialnego.

Każdy, w terminie 7 dni od dnia zamieszczenia w ten sposób oferty, może zgłosić uwagi jej dotyczące. Po upływie terminu tego terminu oraz po rozpatrzeniu uwag, organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego niezwłocznie zawiera umowę o wsparcie realizacji zadania publicznego lub o powierzenie realizacji zadania publicznego.

Łączna kwota środków finansowych przekazanych przez organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego tej samej organizacji pozarządowej lub temu samemu podmiotowi wymienionemu w art. 3 ust. 3 o pożytku publicznym i wolontariacie, w trybie pozakonkursowym, w danym roku kalendarzowym, nie może przekroczyć kwoty 20 000 zł.

Wysokość środków finansowych, przyznanych przez organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego w trybie pozakonkursowym, nie może przekroczyć 20 proc. dotacji planowanych w roku budżetowym na realizację zadań publicznych przez organizacje pozarządowe oraz podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 o pożytku publicznym i wolontariacie.

Umowa zawierana w trybie ustawy o pożytku publicznym i wolontariacie jest umową o charakterze cywilnoprawnym. W postanowieniu Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 30 listopada 2011 r. (II GSK 2022/11) wskazano, że wykonywanie zadań administracji publicznej przez organizacje pożytku publicznego na podstawie zlecenia to pewnego rodzaju prywatyzacja zadań publicznych. Zlecenie wykonania zadań publicznych następuje bowiem na zewnątrz, gdyż podmiotem wykonującym to zadanie jest podmiot niepubliczny (organizacja pożytku publicznego, która przyjmuje dane zadanie dobrowolnie oraz prowadzi je w interesie wyższym, „ogólnym”, a nie w interesie jednostkowym). Realizacja danego zadania odbywa się w formach prawa prywatnego, czyli na podstawie umowy cywilnoprawnej, przy czym odpowiedzialność za realizację danego zadania spoczywa nadal na organie, który je zlecił. W rozpatrywanej sprawie, sąd I

instancji odrzucił skargą na odrzucenie oferty, z uwagi na niespełnienie wymagań formalnych. W uzasadnieniu wskazano, że *pismo odrzucające ofertę nie należy też do kategorii aktów indywidualnych, wymienionych w art. 3 § 2 pkt 4 Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi, zgodnie z którym kontrola działalności administracji publicznej przez sądy administracyjne obejmuje orzekanie w sprawach skarg na inne niż określone w pkt 1-3 akty lub czynności z zakresu administracji publicznej dotyczące uprawnień lub obowiązków wynikających z przepisów prawa. Pismo to ma bowiem charakter wyłącznie informacyjny i nie można go zakwalifikować jako aktu lub czynności w rozumieniu art. 3 § 2 pkt 4 Prawa o postępowaniu przed sądami administracyjnymi.*<sup>38</sup>.

---

**Ważne.** *W konsekwencji istnienia dwóch reżimów ustawowych mogą się pojawić wątpliwości, który z nich stosować. Art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazuje, że w przypadku programów zdrowotnych realizowanych przez inne niż Narodowy Fundusz Zdrowia podmioty, wyboru realizatora programu zdrowotnego dokonuje się w drodze konkursu ofert, z zastrzeżeniem odrębnych przepisów. Art. 11 ust. 2 ustawy w pożytku publicznym i wolontariacie stanowi, że wspieranie oraz powierzanie realizacji zadania publicznego odbywa się po przeprowadzeniu otwartego konkursu ofert, chyba że przepisy odrębne przewidują inny tryb zlecenia. Wydaje się jednak, że w przypadku programów zdrowotnych, uwzględniając ich rolę w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, pierwszeństwo powinna mieć ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przy podejmowaniu decyzji o wyborze podstawy prawnej, wiele zależy również od tego w jaki sposób zostaną sformułowane cele w programie współpracy z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy o pożytku publicznym i wolontariacie.*

---

### **Zlecenie przygotowania programu zdrowotnego przez podmiot zewnętrzny**

Jednostka samorządu terytorialnego może wykorzystać przede wszystkim własne zasoby kadrowe, do stworzenia projektu programu zdrowotnego.

Ponieważ jednak zadania z zakresu realizacji programów zdrowotnych są zadaniami fakultatywnymi, często brak jest osób w urzędach gmin bądź w starostwach powiatowych, które posiadałyby wystarczającą wiedzę i doświadczenie do przygotowania projektu (zwłaszcza w części wymagającej wiedzy medycznej), który uzyskałyby pozytywną opinię AOTM.

---

<sup>38</sup> <http://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/413FC1F75D> oraz <http://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/9C07F61639>

W takim przypadku najlepszym rozwiązaniem jest sięgnięcie po doświadczenie osób z zewnątrz administracji samorządowej.

Podstawą zatrudnienia takiej osoby będzie umowa cywilnoprawna. W tym przypadku możliwe są dwa rozwiązania.

Po pierwsze. Na podstawie umowy o dzieło można powierzyć wykonawcy przygotowanie projektu programu zdrowotnego od podstaw, przekazując wykonawcy jedynie informacje o tematyce programu, budżecie, jaki będzie mógł być przeznaczony na realizację zadania oraz potencjalnej liczbie beneficjentów programu zdrowotnego.

---

***Ważne.** W przypadku zawierania umowy na opracowanie projektu programu zdrowotnego, warto pamiętać o tym, by umowa przewidywała również przeniesienie autorskich praw majątkowych do utworu. Zgodnie z art. 4 pkt 2 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych nie stanowią przedmiotu prawa autorskiego m.in. urzędowe dokumenty i materiały. Należy jednak pamiętać, że do czasu przyjęcia programu zdrowotnego do realizacji przez kompetentne do tego organy jednostek samorządu terytorialnego, projekt programu nie posiada waloru dokumentu urzędowego. Ustawa o prawie autorskim i prawach pokrewnych definiuje utwór jako każdy przejaw działalności twórczej o indywidualnym charakterze, ustalony w jakiegokolwiek postaci, niezależnie od wartości, przeznaczenia i sposobu wyrażenia. Zważywszy na zawartość intelektualną, praktycznie każdy projekt programu zdrowotnego będzie mieścił się w tej definicji.*

---

Drugą możliwością jest zatrudnienie na podstawie umowy o świadczenie usług konsultanta (umowa, do której odpowiednio stosuje się przepisy kodeksu cywilnego dotyczące zlecenia), który będzie swoją wiedzą i doświadczeniem wspierał pracowników komórki odpowiedzialnej za przygotowanie projektu programu zdrowotnego. Taka forma korzystania z usług profesjonalisty ma również swoją wartość edukacyjną dla pracownika współuczestniczącego w procesie tworzenia projektu programu zdrowotnego.

Można sobie postawić pytanie czy osoba, która opracowała projekt programu zdrowotnego albo pełniła rolę konsultanta przy jego tworzeniu może następnie uczestniczyć w konkursie na wybór realizatora programu zdrowotnego? Nie istnieją przepisy, które by tego zakazywały. Obowiązuje jednak zasada swobody umów. Dlatego w umowie z taką osobą można zastrzec zakaz uczestniczenia w konkursie na wybór realizatora programu (gdymy z uwagi na specyfikę programu mogłoby to naruszyć zasady uczciwej konkurencji pomiędzy oferentami).

## Promocja, monitoring i kontrola

### Promocja programów zdrowotnych

Promocja programu winna spełniać funkcję informacyjną (dostarczanie wiedzy o programie, a w szczególności o działaniach podejmowanych w jego ramach) i pobudzającą (wywołanie zamierzonych postaw poprzez dostarczenie odpowiednich argumentów)<sup>39</sup>.

Najczęściej realizatorzy programu nie dysponują znaczącymi środkami finansowymi na przeprowadzenie kampanii promocyjnej.

Zdani są więc na formy promocji dostępne w ramach działalności bieżącej urzędu samorządowego oraz własną inwencję i pomysłowość, która często podpowiada rozwiązania skuteczne w docieraniu do mieszkańców.

Używanie ulotek i zwykłych plakatów opartych głównie na treści nie spowoduje oczekiwanych efektów promocji. W natłoku przekazów informacyjnych, aby zaistnieć, należy się zdecydowany sposób wyróżnić, używając nowych, kreatywnych form promocji, które są obecnie o wiele bardziej skuteczne niż typowe „ogłoszenia”.

Kilka przykładowych form promocji programu zdrowotnego, które są nisko kosztowe, a równocześnie bardzo skuteczne:

- strona internetowa (to już działanie standardowe), nie tylko zresztą urzędu samorządowego, ale także jednostek organizacyjnych (systemowo wszystkich, od szkoły, przez podmiot leczniczy, po np. spółkę komunalną zajmującą się oczyszczaniem miasta),
- komunikat na temat programu (jego zalet i zasad korzystania), nie przekraczającego wymiaru jednej kartki obustronnie zadrukowanej, skopiowanej dla wszystkich uczniów szkół prowadzonych przez samorząd (dystrybucja: szkoła, wychowawca, uczeń, rodzice). łączne koszty rozprowadzenia w ten sposób informacji o programie mogą nie przekroczyć kilkudziesięciu złotych!
- zamieszczenie informacji o programie (obrazy nie słowa, fakty nie deklaracje) na tablicach ogłoszeń i słupach ogłoszeniowych zlokalizowanych w jednostkach organizacyjnych i jednostkach pomocniczych (dzielnice, osiedla, sołectwa),
- rozprowadzanie ulotek informacyjnych w pomiotach leczniczych na obszarze jednostki samorządu terytorialnego,
- informowanie o programie podczas: posiedzeń rad osiedli, rad soleckich, konwentach wójtów, burmistrzów i prezydentów miast z obszaru danego powiatu, wywiadówek w szkołach itp.,
- ogłoszenia parafialne,

---

<sup>39</sup> B. Skóbel, M. Wójcik, *Marsz po zdrowie. Poradnik tworzenia i wdrażania samorządowych programów zdrowotnych*, Wydawnictwo GSK i ZPP, Warszawa 2011.

- dołączenie krótkiej ulotki promocyjnej do korespondencji urzędowej (z całą pewnością nie każdej, przykładowo nie z wezwaniem do zapłaty zaległego podatku od nieruchomości),
- rozprowadzanie zaproszeń do udziału w programie przez biuro obsługi mieszkańca,
- konferencji prasowej poświęconej prezentacji programu zdrowotnego,
- rozprowadzanie materiałów promocyjnych poprzez wolontariuszy pracujących w centrach handlowych,
- festyn dla mieszkańców, podczas którego zapraszali będziemy do udziału w programie zdrowotnymi.

Inne, nieco bardziej skomplikowane i często droższe formy przekazu:

- spotkania informacyjno-edukacyjne,
- krótki film informacyjny zamieszczony w lokalnej telewizji internetowej,
- konkurs dla potencjalnych beneficjentów, dotyczącego walorów zdrowotnych programu,
- włączenie (systemowo) w proces informowania o realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego programach profilaktycznych przez organizacje obywatelskie z obszaru gminy, powiatu, województwa (np. poprzez ochotnicze straże pożarne, stowarzyszenia sportowe),
- wręczanie informacji o programie przez pracowników socjalnych, przy okazji czynności podejmowanych w terenie,
- dołączanie krótkiej ulotki informacyjnej do biletu na imprezę sportowa lub bilet parkingowy.

Warto do prowadzenia działań promocyjnych zaprosić chętne osoby, które odczuły na własnej skórze pozytywne efekty profilaktyki. Nie wolno też zapomnieć o zamieszczaniu w dostępnych nośnikach informacyjnych, sprawozdania z realizacji programu („twarde” rezultaty), co będzie doskonałą zachętą do wzięcia udziału w kolejnym programie profilaktycznym.

To rzecz jasna kilka wybranych, tanich form promocji programu profilaktycznego. Doświadczenie uczy, że dobrze jest wybrać 2-3 spośród nich i z żelazną konsekwencją realizować.

---

***Ważne.*** *Kampani informacyjnej programu zdrowotnego powinna służyć przemyślana i dobrze ukierunkowana kampania promocyjna, którą trzeba precyzyjnie zaplanować i ująć we wniosku do AOTM. Nie można zapominać o tym, że np. niezbędnym jest umieszczanie w materiałach promocyjnych informacji, że rodzice, czy opiekunowie prawni będą zmuszeni do wyrażania zgody na udział dziecka w danym programie – jeżeli tak będzie, opis ten musi znaleźć się we wniosku.*

---



### Monitoring i kontrola realizacji programu zdrowotnego

Monitorowanie i kontrola powinny być niezbędnymi narzędziami stosowanymi w procesie zarządzania programem zdrowotnym.

Należy przypomnieć, że monitoring i kontrola nie są pojęciami tożsamymi.

---

***Ważne.** Nagminnym problemem w programach jest brak opisu oceny efektów oraz sposobów monitorowania skutków programu – jeśli już się one znajdują to dotyczą różnych fragmentów programu, a nie kompleksowej jego realizacji. Należy precyzyjnie przedstawić sposób monitorowania realizacji programu, jego skutki oraz określić wskaźniki oceny jego efektów.*

---

Monitorowanie można zdefiniować jako systematyczne i ciągłe pozyskiwanie, analizowanie oraz wykorzystywanie informacji dla celów kontroli zarządzania i podejmowania decyzji. Monitoring dostarcza informacji, na podstawie których zarządzający mogą zidentyfikować i rozwiązać problemy związane z wdrażaniem programu, a także ocenić postęp w stosunku do pierwotnych planów.

Monitorowanie odbywa się na wszystkich poziomach realizacji programu, mierząc postęp względem zaplanowanego harmonogramu działań, budżetu, założeń oraz zaplanowanych efektów (rezultatów). Stały monitoring pozwala wychwycić problemy występujące we wdrażaniu programu, zdiagnozować przyczyny ich powstania oraz określić sposoby ich rozwiązania lub przeciwdziałania.

Plan monitoringu obejmuje kwestie rodzaju informacji, jakie będą zbierane, kiedy, przez kogo i za pomocą jakich narzędzi, a także kto, jak często i w jakim celu będzie analizował zebrane informacje oraz komu wyniki analizy będą dostarczane.

Planowanie systemu monitorowania programu zdrowotnego obejmuje pięć kroków:

- analiza celów programu,
- przegląd procedur wdrażania,
- przegląd wskaźników,
- zaprojektowanie formatu raportów,
- przygotowanie planu wdrażania systemu monitorowania.

System monitoringu powinien zostać przygotowany na etapie planowania.

Monitorowanie nie ogranicza się tylko do zbierania informacji. Dane te muszą zostać przygotowane w odpowiedniej formie i przekazane osobom zarządzającym programem. Powinny zostać ustalone mechanizmy komunikacji zapewniające, że niezbędne informacje powstaną i zostaną wykorzystane w sposób terminowy i skuteczny. Dwa podstawowe rodzaje mechanizmów to raporty na temat postępu realizacji programu i przegląd postępu prac.

Z kolei, kontrola sprawdza przebieg postępowania z punktu widzenia prawa, a szczególnie prawidłowości w wydatkowaniu środków finansowych i ma charakter zdecydowanie incydentalny. Celem kontroli jest zidentyfikowanie zaistniałych nieprawidłowości, przeanalizowanie ich przyczyn oraz sformułowanie wniosków i zaleceń. Zalecenia pokontrolne mają za zadanie doprowadzenie do stanu zgodnego z prawem i wyeliminowanie podobnych zdarzeń w przyszłości.

### Wskaźniki monitorowania programów zdrowotnych

Podstawą procesu monitorowania programu jest ocena postępu w osiąganiu zamierzonych celów. Służą temu wskaźniki monitorowania, które powinny być konkretne, porównywalne i mierzalne. Powinny dotyczyć zachowań zdrowotnych społeczeństwa (np. trybu życia i innych czynników wpływających na zdrowie), chorób (np. częstotliwości występowania i sposobów monitorowania chorób przewlekłych, poważnych i rzadko występujących) oraz systemów opieki zdrowotnej (np. dostępu do opieki zdrowotnej, jej jakości, pracowników służby zdrowia i rentowności systemów opieki zdrowotnej).

Spośród wielu kategorii badanych danych przybliżamy zestaw wskaźników zdrowotnych Wspólnoty Europejskiej<sup>40</sup>. Prezentujemy je w podziale na kategorie odnoszące się do różnych aspektów polityki zdrowotnej, przytaczając przykładowe wskaźniki przydatne i sprawdzone w praktyce wdrażania programów zdrowotnych. Dane, zbierane w oparciu o tego typu porównywalne wskaźniki zdrowotne, a także wspólnie uzgodnione definicje oraz metody gromadzenia i ich wykorzystywania mają zastosowanie w całej Europie.

Dane dotyczące populacji: podział ze względu na płeć, wskaźnik liczby urodzeń, wskaźnik śmiertelności, średnia długości życia i migracji, średnia długość życia, wskaźnik śmiertelności dla 65 przyczyn zgonów – Eurostat.

Wydatki na zdrowie: poziom wydatków na zdrowie.

Stan zdrowia: samoocena w zakresie stanu zdrowia i niepełnosprawności, samoocena w zakresie możliwości wykonywania codziennych czynności przy przewlekłych stanach chorobowych.

Niemowlęta i dzieci: wskaźnik umieralności niemowląt, umieralność w okresie okołoporodowym, liczba urodzeń niemowląt o niskiej wadze ciała, odsetek niemowląt skutecznie zaszczepionych w pierwszym roku życia.

Osoby starsze: wskaźnik zależności wiekowej.

Kobiety: wiek matki w roku żywego urodzenia, współczynnik płodności, odsetek kobiet, które poddały się kierunkowym profilaktycznym badaniom piersi.

---

<sup>40</sup> [http://ec.europa.eu/health-eu/health\\_in\\_the\\_eu/ec\\_health\\_indicators/index\\_pl.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/ec_health_indicators/index_pl.htm), Portal zdrowia publicznego w Unii Europejskiej

Sposób odżywiania: dane na temat ilości spożywanych owoców i warzyw.

Bezpieczeństwo ruchu drogowego: liczba ofiar śmiertelnych wypadków drogowych.

Działalność szpitali: ilość łóżek szpitalnych, liczba wypisów hospitalizowanych pacjentów, przeciętna długość pobytu w szpitalu, liczba operacji chirurgicznych i zabiegów przeprowadzanych w szpitalach, liczba badań przeprowadzonych przy pomocy zaawansowanych technologii medycznych na milion osób.

Personel służby zdrowia: liczba wykwalifikowanych lekarzy/pielęgniarek i położnych przypadających na 100 000 mieszkańców, liczba wizyt pacjentów u lekarzy domowych.

Tytoń: odsetek palaczy w danej grupie wiekowej, odsetek występowania nowotworów złośliwych tchawicy, oskrzeli i płuc.

Narkotyki: liczba zgonów spowodowanych bezpośrednio nadużyciem narkotyków.

Alkohol: ilość czystego alkoholu przypadająca na osobę, w kategoriach wiekowych.

HIV/AIDS: wskaźnik zachorowalności na AIDS.

Rak: częstość występowania nowotworów złośliwych płuca, wskaźnik występowania nowotworów złośliwych piersi, odsetek kobiet, które poddały się kierunkowym profilaktycznym badaniom piersi oraz raka szyjki macicy, wskaźniki przeżywalności chorych na raka piersi i raka szyjki macicy.

Środowisko społeczne: wskaźniki bezrobocia.

Wpływ środowiska na zdrowie: odsetek populacji miejskiej narażonej na zanieczyszczenie powietrza przekraczające dopuszczalne normy stężenia.

Środowisko pracy: statystyka wypadków w miejscu pracy prowadzących do urazów fizycznych lub psychicznych.

### **Obowiązek przekazywania informacji o zrealizowanych programach zdrowotnych**

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nakłada na gminy, powiaty i województwa obowiązek przekazywania informacji o zrealizowanych w ubiegłym roku programach zdrowotnych oraz o programach planowanych w roku bieżącym.

Informacje o programach zdrowotnych jednostka samorządu terytorialnego oraz wojewoda przekazuje w formach pisemnej i elektronicznej, w postaci arkusza kalkulacyjnego bazy danych, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje.

Prawodawca nie wypowiada się wprost, jak należy traktować programy realizowane w okresie dłuższym niż rok tzn. czy należy je uwzględniać w informacji, pomimo iż nie zakończyła się ich realizacja. Odpowiedź na to pytanie pośrednio wynika z treści wzoru formularza informacji, w którym do rubryki „Czas trwania programu” dodano wyjaśnienie, że należy określić cały okres realizacji programu, co oznacza, że zadania zrealizowane w danym roku w ramach programów wieloletnich również powinny zostać wskazane w informacji.

Informacje w formie elektronicznej powinny być dostarczane na nośniku umożliwiającym odczyt danych, w sposób cyfrowy albo poprzez teletransmisję.

Gmina przekazuje powiatowi informacje o zrealizowanych w ubiegłym roku programach zdrowotnych oraz o programach zdrowotnych planowanych na rok bieżący w terminie do dnia 31 stycznia każdego roku.

Powiat przekazuje samorządowi województwa informacje o zrealizowanych w ubiegłym roku programach zdrowotnych oraz o programach zdrowotnych planowanych na rok bieżący, w tym również informacje o programach zdrowotnych otrzymanych od gmin w formie zbiorczej, w terminie do dnia 5 lutego każdego roku.

Samorząd województwa przekazuje wojewodzie informacje o zrealizowanych w ubiegłym roku programach zdrowotnych oraz o programach zdrowotnych planowanych na rok bieżący, w tym również informacje o programach zdrowotnych otrzymanych od gmin i powiatów w formie zbiorczej, w terminie do dnia 12 lutego każdego roku.

W informacji o programach zrealizowanych w poprzednim roku należy wskazać następujące dane:

- nazwa programu zdrowotnego,
- jednostka samorządu terytorialnego opracowująca, wdrażająca i realizująca program zdrowotny (w tym identyfikator według rejestru TERYT oraz nazwa jednostki),
- cel programu,
- czas trwania programu,
- teren, na którym realizowany był program. Jeżeli program jest realizowany we wszystkich gminach danego powiatu, należy wpisać powiat; jeśli w gminach danego powiatu bez jednej czy dwóch gmin, należy wymienić wszystkie gminy; jeśli w kilku gminach z różnych powiatów (a nie są to całe powiaty, jedynie po kilka gmin z różnych powiatów), należy wymienić te gminy; jeśli we wszystkich powiatach danego województwa, wystarczy podać województwo; jeśli w kilku powiatach, a nie w całym województwie, należy wymienić te powiaty. Teren realizacji programu nie musi być tożsamy z jednostką, która opracowała program,
- populacja objęta programem w tym charakterystyka populacji (np. kobiety po trzydziestym roku życia palące papierosy) oraz liczba osób objętych programem),
- realizatorzy programu (nazwa, adres),
- zadania zrealizowane w ramach programu w tym:
  - świadczenia opieki zdrowotnej (rodzaj, zakres, liczba),
  - szkolenia, konferencje (tematyka, liczba szkoleń/konferencji, liczba uczestników),

- działania promocyjno-edukacyjne (rodzaj, liczba działań, szacunkowa liczba osób, do których skierowano działania promocyjne),
- zakup sprzętu (rodzaj, liczba),
- inne (rodzaj, liczba) np. przeprowadzenie ankiety,
- poniesiony koszt programu w złotych (w tym należy wskazać całkowity koszt realizacji programu w danym roku oraz udział środków finansowych z budżetu jednostki samorządu terytorialnego),
- finansowanie (w tym należy wskazać podmioty finansujące i współfinansujące realizację programu i ich udział w finansowaniu),
- uwagi, w których należy zawrzeć wszelkie informacje, niemieszczące się w żadnym z poprzednich punktów, a które mogą być istotne dla realizacji programu.

Informacja o programach planowanych w bieżącym roku, zawiera wszystkie powyższe elementy z tym zastrzeżeniem, że nie wskazuje się realizatora programu, a dane dotyczące kosztów, finansowania, liczby i rodzaju planowanych działań oraz ich odbiorców mają charakter prognozy.

### **Dokumentowanie wiedzy o programach zdrowotnych**

W interesie jednostki samorządu terytorialnego wdrażającej program zdrowotny leży ciągle zbieranie i analizowanie danych epidemiologicznych, bieżące monitorowanie sytuacji zdrowotnej w celu oceny efektów realizowanych zadań.

Dane, które mogą być przydatne przy wdrażaniu programów zdrowotnych często są rozproszone. Zasadnym jest zatem podjęcie działań mających na celu archiwizację posiadanych zasobów i ich utrwalanie (najlepiej w formie elektronicznej) oraz udostępnianie. Przykładowo wskazane jest umożliwienie, w największym stopniu, wymiany posiadanych danych pomiędzy pracownikami jednostki samorządu terytorialnego, jak również pomiędzy jednostką a innymi podmiotami, jeżeli może się to przyczynić do zwiększenia skuteczności prowadzonych działań. Należy przy tym pamiętać o potrzebie przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych, regulacji dotyczących ochrony baz danych oraz przepisów chroniących prawa autorskie.

## Praktyki tworzenia i realizacji programów zdrowotnych

### Kamienie milowe realizacji programów zdrowotnych. Z perspektywy lokalnego kreatora polityki zdrowotnej<sup>41</sup>

#### Początek drogi do programów zdrowotnych w powiecie cieszyńskim

Na początku pracy w samorządzie trudno było planować i podejmować jakiekolwiek działania prozdrowotne, gdyż brak było doświadczeń praktycznych, inne były priorytety oraz brak było współpracy na poziomie lokalnym. Promocja zdrowia była nową sferą działania samorządów, brakowało regulacji prawnych i dobrych wzorców. Obowiązujące dokumenty i akty prawne nie dawały wskazówek, jak budować lokalną strategię w zakresie polityki zdrowotnej. Pojawiały się też różnice terminologiczne: program profilaktyczny, profilaktyka zdrowia, a może program prozdrowotny? To nie ułatwiało pracy. Gromadząc informacje niezbędne do tworzenia programów, można było się zorientować, że brakuje aktualnych i wiarygodnych danych lokalnych, które określałyby rzeczywiste problemy zdrowotne.



Trzeba więc było działać systemowo i zacząć od rozpoznania problemów zdrowotnych wybranej grupy mieszkańców powiatu. Zgromadzenie wiarygodnych danych pozwoliłoby bowiem na rzetelne przedstawienie decydom i innym osobom, zajmującym kluczowe stanowiska w lokalnym środowisku, istotnych problemów zdrowotnych badanej grupy. Na początek zrealizowano więc projekt badawczy pod nazwą: "Zdrowie młodzieży szkolnej w powiecie cieszyńskim". Udało się to osiągnąć dzięki przyzwoleniu przełożonych, a przede wszystkim życzliwości i dużemu wsparciu prof. dr hab. med. Barbary Woynarowskiej z Uniwersytetu Warszawskiego, która wyraziła zgodę na udostępnienie i wykorzystanie ankiety z badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (HBSC), a także dzięki efektywnej i fachowej pomocy przy analizie danych i opracowaniu wyników dr. n. med. Joanny Mazur z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Do badań ankietowych wybrano młodzież szkół ponadgimnazjalnych (837 osób) ze względu na łatwiejszy do nich dostęp terytorialny i podległość administracyjną. O doborze grupy zadecydowała reprezentatywność oraz możliwość późniejszego wpływu na kształtowanie jej prozdrowotnych przekonań i poglądów.

Głównym celem projektu było poznanie zachowań zdrowotnych i stylów życia młodzieży szkolnej, po to aby na bazie otrzymanych wyników zaplanować i wdrożyć efektywne lokalne działania prozdrowotne.

Raport końcowy był gotowy w 2000 roku i uwzględniał ogólną ocenę zdrowia, występowanie chorób przewlekłych, ocenę wyglądu, budowy i masy ciała, występowanie różnych dolegliwości

---

<sup>41</sup> Autorem praktycznych uwag jest Barbara Kłosowska - inicjator i organizator działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia realizowanych od 1999 roku w ramach stanowiska ds. promocji zdrowia Starostwa Powiatowego w Cieszynie, od 2012 r. Kierownik Biura Promocji Zdrowia.

i przyjmowanie leków z ich powodu, ocenę jakości życia i funkcjonowania w grupie, klasie i społeczeństwie. Wyniki ujawniły wiele problemów zdrowotnych uczniów. Pokazały błędy w ich codziennym żywieniu: zbyt rzadkie spożywanie owoców, surowych warzyw i nabiału, w tym mleka. Większość bo aż 68,5 proc. uczniów sporadycznie spożywała ciemne razowe pieczywo. Wysokie było też spożycie napojów gazowanych: 39,9 proc. badanych deklarowała, że co najmniej raz dziennie i częściej piło coca-colę i inne słodkie napoje gazowane. Frytki częściej spożywali chłopcy, a po chipsy i chrupki częściej sięgały dziewczęta. Aż 25,7 proc. ogółu wychodziło z domu nie jedząc śniadania, a 33,3 proc. nie jadło posiłku w szkole. Codziennie intensywne ćwiczenia fizyczne wykonywało tylko 15,5 proc. ogółu, w tym więcej chłopców, zaś do bardzo dobrej sprawności fizycznej przyznawało się tylko 22,2 proc. grupy badanej. Ponad 69,1 proc. badanych nie było zadowolonych ze swego wyglądu, a znaczna grupa dziewcząt twierdziła, że ma nadwagę. Uczniowie zgłaszali także dolegliwości somatyczne, np. bóle pleców. Prawie co trzeci uczeń zaznaczył, że doznał urazu wymagającego pomocy medycznej. Nawyki higieniczne też nie były dostatecznie dobre: tylko 67,3 proc. ogółu badanych uczniów myło zęby częściej niż raz dziennie, rzadko myło zęby 6,7 proc., a było nawet kilku uczniów (1,25 proc.), którzy nigdy nie myli zębów. Uczniowie sygnalizowali różne dolegliwości emocjonalne. U 20,5 proc. ogółu badanych było to zdenerwowanie, rozdrażnienie, w 8,5 proc. zły humor, a przygnębienie sygnalizowało 6,6 proc. badanych.

Dziewczęta częściej niż chłopcy podkreślały brak formy i kondycji fizycznej, nie czuły się całkiem zdrowo, były zakompleksione i sfrustrowane swoim wyglądem. Preferowany przez młodych ludzi model życia, obejmował wiele zachowań ryzykownych dla zdrowia, np. młodzież często sięgała po środki psychoaktywne. Duży odsetek uczniów stanowiły osoby palące tytoń, pijące alkohol i narkotyzujące się. Inicjacja seksualna następowała wcześniej, bez równoczesnej edukacji w tym zakresie, mało uczniów uczyło się wtedy o AIDS. Niepokoił fakt, znikomego udziału rodziców oraz szkoły w procesie edukacji prozdrowotnej dzieci i młodzieży.

Były to ważne argumenty, które posłużyły do wypracowania wspólnej płaszczyzny porozumienia między instytucjami i organizacjami, zajmującymi się różnymi aspektami zdrowia młodych ludzi. Dało to także szansę na aktywizację różnych grup społecznych i wdrożenie programów naprawczych. By podkreślić wagę problemów zdrowotnych, wynikających z zagrożenia uzależnieniami, 5 lat później przeprowadzono w powiecie cieszyńskim badania porównawcze na podobnej grupie uczniów (852 osoby), jednakże koncentrujące się tylko na zagadnieniu używania przez młodzież szkolną środków psychoaktywnych. Stwierdzono wówczas m.in. wzrost częstości palenia tytoniu, dotyczący obu płci, wzrost spożywania przez chłopców dużych dawek alkoholu. O ile w 1999 r. 15,6 proc. ankietowanych chłopców upijało się częściej niż 10 razy w życiu, to w 2005 odsetek ten wyniósł już 27,8 proc. Profil picia alkoholu zmienił się także na niekorzyść u dziewcząt, które częściej piły z umiarkowaną (wcześniej małą) częstotliwością. Wyraźnie zauważalne były zmiany częstości zażywania środków nasennych i amfetaminy, zwiększył się odsetek zażywających te środki często. Widać było wyraźny wzrost liczby uczniów sięgających po pochodne konopi, tak dziewcząt jak i chłopców, którzy byli przekonani o braku szkodliwości palenia marihuany. Niepokoił także fakt, częstszego niż kiedyś sięgania po ekstazy, środki uspokajające i wziewne.

Badania powtórne ostatecznie udowodniły, że zagrożenie środkami psychoaktywnymi było bardzo realne i zwiększało się z upływem czasu, a działania prewencyjne były niedostateczne.

Upowszechnienie i udostępnienie wyników badań ankietowych różnym grupom zawodowym i społecznym spowodowało odczuwalne zmiany. Z biegiem czasu, gdy poszerzała się wiedza, malał opór środowisk szkolnych przed identyfikacją problemów zdrowotnych uczniów, szczególnie w zakresie używania narkotyków, alkoholu i tytoniu. Także informacje docierające poprzez różne media upewniały, że niekorzystne zjawiska pogłębiają się i dotyczą uczniów nie tylko z dużych aglomeracji, ale też z małych miejscowości, w tym wsi.

### Budowanie sieci sprzymierzeńców i grupy wsparcia

Wyniki okazały się niezwykle ważnymi argumentami w dalszej pracy. Dały podstawę do rozpoczęcia lokalnej dyskusji na temat problemów wychowawczo-zdrowotnych młodzieży szkolnej oraz sprzyjały wypracowywaniu konsensusu społecznego w zakresie podjęcia efektywnych działań prewencyjnych. Z pozycji pracownika samorządowego udawało się skutecznie wpływać na lokalną politykę prozdrowotną. Rozpoczęło się tworzenie sieci sprzymierzeńców i budowanie koalicji sojuszników w środowisku powiatu. Stosowane były różne sposoby przekazu informacji, komunikacji i wpływu. Odbывało się to poprzez szkolenia, konferencje, warsztaty adresowane do przedstawicieli różnych środowisk zawodowych i społecznych powiatu, w tym: pedagogów, psychologów, nauczycieli, pielęgniarek szkolnych, służb sanitarnych i mundurowych.



Po analizie dostępnych zasobów ludzkich, wyróżniona została kategoria pedagogów szkolnych, jako ważna grupa oddziaływań i zarazem wsparcia. Na początku brakowało funduszy, dlatego poszukiwanie możliwości finansowych odbywało się także poza samorządem, np. w 2000 roku zrealizowano bardzo ciekawe szkolenie dla 30 pedagogów i nauczycieli w oparciu pomoc agencji UNDP w Warszawie. Były to 3-dniowe zajęcia warsztatowe w Schronisku Młodzieżowym w Istebnej, podejmujące w nowatorski sposób problematykę HIV/AIDS i narkomanii. Wszystkie szkolenia tematyczne, wynikające z konkretnych potrzeb, realizowane były na wysokim poziomie merytorycznym, głównie poprzez zatrudnianie wykładowców o uznanym krajowym autorytecie. Bezpłatny udział w nich przyczynił się znacząco do poszerzenia wiedzy i pozyskania wielu zwolenników. Ta forma pozwoliła nawiązać pozytywne relacje społeczne i umożliwiła integrację środowiska lokalnego. Stało się jasne, że oferowana pomoc jest oczekiwana i skuteczna.

### Działania na rzecz uczniów

Aby pozyskać zaufanie osób młodych, zorganizowano wiele konkursów dla dzieci i młodzieży szkolnej, zawsze z atrakcyjnymi nagrodami rzeczowymi dla uczestników oraz dyplomami dla opiekunów. Formy te są nadal ważnym elementem wpływu na uczniów i umożliwiają włączanie ich w system oddziaływań w zakresie promocji zdrowia organizowanej przez nasze Starostwo Powiatowe w Cieszynie. Umożliwiają stawianie konkretnych celów i zastosowanie ciekawych metod realizacji. Dają praktyczną możliwość wychowania zdrowotnego młodych oraz kreowania



pozytywnych liderów młodzieżowych. Powstało kilka cykli programów konkursowych w oparciu o literaturę, muzykę, plastykę, taniec i teatr (np. konkurs literacki „Zdrowie po cieszyńsku” na bajkę z morałem prozdrowotnym, ma już trzecią edycję, a łącznie zgłoszono do niego blisko 200 bajek). Konkurs łączy wychowanie zdrowotne z miejscową kulturą i tradycją. Znane i lubiane są także przez uczniów konkursy teatralne na scenki rodzajowe pod nazwą: „Z uśmiechem i humorem promuj zdrowe i bezpieczne życie!” oraz cykl „Żyj bez uzależnień”. Zapadają one w pamięć, dobrze docierają do serc i umysłów ludzi młodych. Stała współpraca z dyrekcją Cieszyńskiego Domu Kultury i udostępnianie co roku młodym aktorom auli ze sceną, oświetleniem i nagłośnieniem, a także teatralny klimat, tworzą dobrą atmosferę dla przeglądu scenek socjoterapeutycznych i przyczyniają się do podniesienia rangi każdego z przygotowanych występów (zarówno w oczach samych aktorów, jak i wielu widzów). Zebrani mogą się przekonać, że dbanie o zdrowie jest czymś nie tylko ważnym, ale też może być ciekawą przygodą i zabawą.

#### **Budowanie akceptacji społecznej dla zmiany złych nawyków**

Stale organizowane kampanie o zasięgu powiatowym mają zachęcić jak najwięcej osób do korzystania z badań profilaktycznych, porad i konsultacji specjalistycznych, gdyż jak wiadomo – regularne, dostępne, często bezpłatne – badania profilaktyczne mogą ocalić życie. Burzone są stereotypy i kształtowane nawyki prozdrowotne, poprzez zachęcanie do rozmów o badaniach profilaktycznych w szkole i rodzinie. Ta prosta rada stała się zasadniczym elementem kolejnej edycji powiatowej kampanii społecznej pod tytułem „Zdrowie to damska i męska rzecz”.

Zachęcamy do badań profilaktycznych poprzez coroczne bezpłatne akcje uliczne, organizowane na rynkach miast naszego powiatu. Podczas nich, porad specjalistycznych z zakresu profilaktyki chorób cywilizacyjnych, udzielają lekarze i specjaliści. Można też skorzystać z pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, tkanki tłuszczowej, BMI, spirometrii, pulsoksymetrii, badania poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu, a panie mogą zapisać się na mammografię i cytologię. Można wtedy otrzymać bezpłatne skierowanie na badania krwi np.: morfologię, glukozę, cholesterol i Alat. Odbywają się też degustacje zdrowej żywności, poparte rozdawaniem przepisów na zdrowe i tanie potrawy. Do współpracy w tych akcjach zapraszamy samorządy gmin, miejscowe media, instytucje lokalne, wolontariuszy i sponsorów.

#### **Jak przekonać decydentów samorządowych do działań prozdrowotnych?**

Skuteczną metodą było i jest pokazanie władzom samorządowym, dobrego odbioru problematyki zdrowotnej przez mieszkańców oraz ich akceptację dla działań promocyjnych i profilaktycznych. W czasie kolejnych akcji można przecież dotrzeć bezpośrednio do wielu zadowolonych, potencjalnych wyborców. Nie bez znaczenia były, są i będą wspólne zdjęcia i artykuły w prasie oraz pozytywne opinie wyrażane ustnie oraz pisemnie w badaniach ankietowych.

Bardzo dobrym pomysłem było pozyskanie spoza budżetu powiatu dodatkowych środków finansowych, np. udało się przekonać władze lokalne kilku gmin do współorganizowania akcji ulicznych i partycypowania w sfinansowaniu kosztów badań profilaktycznych dla mieszkańców. Rośnie grono sympatyków, sprzymierzeńców i ochotników nie tylko w sektorze samorządowym, lecz także w związkach wyznaniowych, organizacjach pozarządowych i biznesie.

Pozyskiwanie sponsorów i darczyńców, oprócz pozyskania środków i produktów niezbędnych do realizacji programów zdrowotnych, włącza także sponsora w system promocji zdrowia, poprzez zainteresowanie go tą problematyką.

### Promocja lokalnych dobrych praktyk

Równoległe do opisanych działań, stworzono platformę wymiany informacji i wzajemnego zaufania, promując dobre praktyki innych lokalnych edukatorów i promotorów zdrowia w projekcie „Forum Inicjatyw Prozdrowotnych w Powiecie Cieszyńskim”. Sukcesem zakończyło się integrowanie przedstawicieli wielu różnych środowisk wokół zagadnień profilaktyki i promocji zdrowia. Forum realizowane jest od 9 lat, w oparciu o takie cele Narodowego Programu Zdrowia, jak: aktywność fizyczna, zdrowe żywienie, prewencja nowotworów oraz profilaktyka uzależnień i chorób cywilizacyjnych. Forum dobrze służy integracji i konsolidacji społeczności lokalnej, ustalaniu kierunków publicznej polityki zdrowotnej, koordynacji działań międzysektorowych i możliwości wspólnych uzgodnień i działań. Powstała też lokalna internetowa baza danych pod tym samym tytułem, aktualizowana i zamieszczona na stronie powiatu: [www.powiat.cieszyn.pl](http://www.powiat.cieszyn.pl) w kategorii „Zdrowie”, w zakładce „Promocja zdrowia”.

### Współpraca z radnymi

Szczególną uwagę przywiązywano do współpracy z radnymi. Podkreślanie rangi promocji zdrowia w kontakcie z kolejnymi przewodniczącymi komisji zdrowia, owocowało pozyskaniem ich wsparcia. Zazwyczaj nie było to łatwym zadaniem, ponieważ główne zadania w planie pracy komisji koncentrowały się na placówkach służby zdrowia i pomocy społecznej. Jednak z roku na rok współpraca była coraz lepsza, aż nastąpiła istotna zmiana polegająca na tym, że obecnie radni postrzegają Biuro Promocji Zdrowia jako podmiot, który może pomóc w realizacji zadań, wywodzących się nie tylko z ich programów wyborczych, ale także leżących w sferze ich osobistego zaangażowania na rzecz poprawy stanu zdrowia mieszkańców powiatu.



Doceniając rolę radnych w zakresie umożliwienia realizowania zadań z zakresu promocji zdrowia, od samego początku pracy - mimo, że nie było takiego formalnego obowiązku - przygotowywano i przedstawiano komisji oraz całej radzie powiatu plany i odpowiednio skonstruowane roczne sprawozdania z podejmowanych działań. Informacje przekazywane w niestandardowy sposób, z dbałością o atmosferę i nastrój, budowany także staranną aranżacją stołów i wystrojem sali, budziły zaciekawienie uczestników spotkań. Odbływały się degustacje zdrowych, mało znanych jarskich potraw. Działanie na zmysły poprzez kolor, zapach, smak, światło i dźwięk uatrakcyjniało „sprzedawany produkt”, czyli w tym wypadku promocję zdrowia. Od strony technicznej, merytorycznej i organizacyjnej spotkania były przygotowane drobiazgowo i perfekcyjnie, a miły klimat potęgował dobry odbiór.

Wiedza i doświadczenie nabyte w skali kilkunastu lat oraz wiele zrealizowanych działań prozdrowotnych skutecznie umożliwiły stworzenie Biura Promocji Zdrowia w Starostwie Powiatowym w Cieszynie

### Pozyskiwanie patronatów i wsparcia znanych osobistości

Zapraszanie władz lokalnych i osobistości, w tym posłów i senatorów, do udziału w działaniach prozdrowotnych przynosi wymierne korzyści obu stronom. Patronaty honorowe i udział gości ma dla tzw. „zwykłych uczestników” znaczenie prestiżowe, umożliwia im autopromocję przed decydentami czy zwierzchnikami (ci z kolei mogą przekonać się, jak duża grupa osób jest zainteresowana zagadnieniami prozdrowotnymi). Ma to też wpływ na działania władz samorządowych, które widząc duże zainteresowanie problematyką profilaktyki i promocji zdrowia, biorą to pod uwagę przy konstruowaniu swoich planów.

### Ranking Związku Powiatów Polskich

Do budowania pozycji biura promocji zdrowia w starostwie znacznie przyczyniają się też konkretne punkty od kilku lat zdobywane w rankingu prowadzonym przez Związek Powiatów Polskich za działania wpisujące się w tematykę prozdrowotną. Przykładowo, w 2012 roku umożliwiło to zdobycie powyżej 2000 pkt i skutecznie pomogło w osiągnięciu przez powiat Cieszyński wysokiej 3 pozycji w kategorii powiatów o liczbie ludności powyżej 120 tys. mieszkańców.

Realizacja działań prozdrowotnych, z perspektywy ostatnich kilku lat, okazała się więc istotna zarówno w zakresie pozytywnego odbioru społecznego, jak i w kwestii gratyfikacji dla zarządu i rady powiatu cieszyńskiego w zakresie oceny ich pracy.

## Cechy dobrze przygotowanego programu zdrowotnego

Uznane cechy dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego prezentujemy za American Public Health Association.<sup>42</sup> Uzupełniamy je, jako dotyczące przykładowego programu, o praktyczne wskazówki dotyczące szczepień przeciwko grypie. Programy te bowiem są łatwe do zrealizowania i replikowania, a równocześnie bardzo efektywne.<sup>43</sup>

Program zdrowotny powinien być skierowany na jeden lub kilka wybranych problemów zdrowotnych, dokładnie określonych, możliwych do zmierzenia (oszacowania), którym można zapobiegać lub które można modyfikować (np. ograniczać ryzyko) u członków wybranej grupy docelowej – czynników będących zagrożeniem dla stanu zdrowotnego lub jakości życia obywateli. Z założenia tego wynika, że przed wdrożeniem programu należy się upewnić, że wybrany problem zdrowotny jest w populacji docelowej rzeczywiście obecny i na tyle rozpowszechniony, że projektowane działania są uzasadnione. Należy więc oszacować rozpowszechnienie danego problemu zdrowotnego w stosunku do innych (aby jako cel interwencji wybierać problemy najpowszechniejsze).



### Przykład: Programy szczepień przeciwko grypie

Grypa jest jedną z najczęściej występujących wirusowych chorób zakaźnych i istotną przyczyną zachorowań oraz śmiertelności w wielu regionach świata, także w Polsce. Według szacunków World Health Organization (WHO) co roku na grypę<sup>44</sup>:

- choruje od 330 mln do 1,76 mld ludzi,
- 3-5 mln osób cierpi z powodu jej ostrych objawów,
- umiera od 500 tys. osób do miliona<sup>45</sup>.

Chorobę wywołują trzy typy wirusa grypy: A, B i C. Najbardziej charakterystyczną cechą tego wirusa jest jego zmienność. Zmiana może przebiegać na dwa sposoby:

- przesunięcie antygenowe, które powoduje sezonowe epidemie grypy,
- skok antygenowy, który powoduje pandemie<sup>46</sup>.

<sup>42</sup> Opracowano na podstawie Wurzbach ME (ed.). *Community Health Education and Promotion—A Guide to Program Design and Evaluation*. Aspen Publishers, Inc., Gaithersburg, Maryland 2002.

<sup>43</sup> *Ogólnopolski Program Zwalczania Grypy – rekomendacje Grupy Roboczej ds. Grypy*, grudzień 2012.

Raport przygotowany przez Ernst&Young przy współpracy kancelarii Domański Zakrzewski Palinka oraz *Grypa i jej koszty. Wstępne studium w projekcie dotyczącym wypracowania rozwiązania na poziomie narodowym umożliwiającego istotne zwiększenie wyszczepialności przeciw grypie sezonowej w Polsce*, Raport przygotowany przez Ernst&Young, Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej.

<sup>44</sup> Brydak L.B., et al., *Grypa ostatnią niekontrolowaną plagą ludzkości*, Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2009.

<sup>45</sup> W krajach rozwijających się zarówno zapadalność, jak i śmiertelność z powodu grypy mogą być jednak znacznie niedoszacowane ze względu na ograniczoną dostępność danych.

<sup>46</sup> Brydak L.B., *Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?*, Warszawa 2008, s. 59-61.

Co roku na całym świecie występują sezonowe epidemie grypy<sup>47</sup>. W XX w. odnotowano trzy pandemie grypy. Pierwszą była tzw. hiszpanka (wywołana wirusem A/H1N1) (lata 1918-1919), która spowodowała zgon 20-50 mln ludzi. Następnie, w latach 1957-1958 grypa azjatycka (wywołana wirusem A/H2N2) (szacunkowa liczba zgonów 1-4 mln) i w latach 1968-1970 tzw. grypa Hong Kong (wywołana wirusem A/H3N2) (szacunkowa liczba zgonów 1-4 mln)<sup>48</sup>.

Problem grypy jest często niedoceniany. Można go porównać do góry lodowej. Część, która jest widoczna to zachorowanie na grypę wywołujące objawy po okresie inkubacji (objawy ogólne: gorączka, uczucie ogólnego rozbicia, dreszcze, przeczulica skóry; objawy ze strony układu oddechowego: surowicza wydzielina z nosa, ból gardła, chrypka, bóle w klatce piersiowej, suchy kaszel prowokujący wymioty oraz ze strony innych układów: ból głowy, brak łaknienia, bóle mięśniowe, zawroty głowy, biegunka, bóle brzucha, nudności i wymioty). Chorzy czują się źle i muszą przez kilka dni zostać w domu. Jednak istota problemu polega na tym, że zachorowania na grypę wiążą się z szeregiem innych konsekwencji. Na przykład: powikłania, które mogą być dużo poważniejsze niż sama grypa; dodatkowe koszty dla systemu zdrowotnego (np. dodatkowe wizyty u lekarza); zwiększone użycie antybiotyków, które nie są obojętne dla zdrowia i narastania problemu antybiotykooporności. W niektórych przypadkach powikłania pogrypowe mogą przybrać postać ciężkiego zapalenia płuc, inwalidztwa (np. spowodowanego wymuszonym przeszczepieniem płuc) lub innych wtórnych zaburzeń w układach: oddechowym, krążenia, nerwowym czy moczowym, aż po powikłania wielonarządowe.

Z makroekonomicznego punktu widzenia grypa powoduje utratę zasobów pracy i obniżenie efektywności pracy<sup>49</sup>.

Powikłania wynikające z zachorowania na grypę są szczególnie groźne dla osób z grup podwyższonego ryzyka. Choć grypa może atakować całą populację, epidemiolodzy wyszczególniają pewne grupy ryzyka, dla których zagrożenie zachorowalnością i śmiertelnością z powodu grypy jest najwyższe:

- kryterium wieku: osoby starsze, dzieci,
- kryterium stanu zdrowia: kobiety w ciąży, osoby z chorobami przewlekłymi i otyłe,
- kryterium wykonywanego zawodu: pracownicy ochrony zdrowia, osoby w bezpośrednim kontakcie z osobami z grup ryzyka, osoby w bezpośrednim kontakcie z drobiem, trzodą chlewną i ptactwem wodnym, pracownicy służb publicznych<sup>50</sup>.

---

<sup>47</sup> Ibidem, s. 61.

<sup>48</sup> Opracowanie własne na podstawie *Pandemic influenza preparedness and response*, A WHO guidance document, Geneva, WHO, 2009, s.13 oraz *Implementation of the international health regulations in relation to pandemic (AH1N1)*, WHO, 2009, s. 37 i 49.

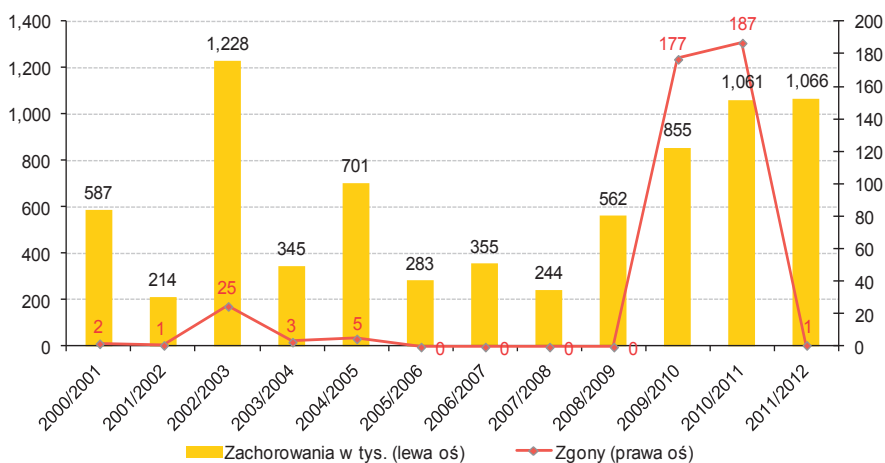
<sup>49</sup> Szucs T.D., et al., *Improving Influenza Vaccination Rates*, Medscape Education.

<sup>50</sup> Proposed revisions to the 2005 WHO position paper on influenza vaccines, SAGE 2012 oraz Brydak L.B., et al., *Sezon epidemiczny 2010/2011, Zalecenia do szczepień przeciwko grypie*, ACIP, WHO 2010.

Grypa stwarza również problemy diagnostyczne. Poza trzema typami wirusa grypy istnieje ponad 200 różnych typów wirusów oddechowych, które wywołują podobne objawy, ale nie powodują tak poważnych powikłań<sup>51</sup>.

Okresami, w których odnotowano najliczniejsze przypadki zachorowań na grypę w Polsce były lata 2010 – 2012 oraz sezon 2002/2003. Skokowy wzrost śmiertelności na grypę z 0 przypadków śmiertelnych w sezonach 2005/2006, 2006/2007, 2007/2008 oraz 2008/2009 aż do odpowiednio 177 i 187 zgonów zanotowano jedynie w sezonach epidemicznych 2009/2010 i 2010/2011. Podkreślić należy, że zgodnie z opinią wyrażoną przez krajowego konsultanta w dziedzinie epidemiologii prof. A. Zielińskiego oraz kierownik Krajowego Ośrodka ds. Grypy Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny prof. L. Brydak, liczby te nie odzwierciedlają rzeczywistej śmiertelności z powodu grypy, która jest znacznie wyższa. Przyczyną rozbieżności w danych jest m.in. fakt, że zazwyczaj jako przyczynę zgonów podaje się jednostki chorobowe, które stanowią już powikłania pogrypowe (np. zapalenie płuc, niewydolność oddechową itp.), a nie grypę stanowiącą często pierwotną przyczynę zgonu<sup>52</sup>.

**Schemat 5 Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę oraz zgony z powodu grypy lub podejrzenia grypy w Polsce w sezonach 2000/2001-2011/2012<sup>53</sup>**



Źródło: Dane NIZP-PZH

<sup>51</sup> Brydak L.B., et al., *Grypa – Wskazania do szczepień. Możliwe powikłania pogrypowe*, Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Warszawa 2008, s. 9.

<sup>52</sup> Odpowiedź sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakuba Szulca, z upoważnienia ministra, na interpelację nr 13948 w sprawie kalendarza szczepień obowiązkowych w Polsce oraz szczepień przeciwko wirusowi grypy A(H1N1), Warszawa, 12.02.2010.

<sup>53</sup> *Grypa i jej koszty. Wstępne studium w projekcie dotyczącym wypracowania rozwiązania na poziomie narodowym umożliwiającego istotne zwiększenie wyszczepialności przeciw grypie sezonowej w Polsce*, Raport przygotowany przez Ernst&Young, Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej.

Program zdrowotny powinien uwzględniać szczególną charakterystykę, potrzeby i preferencje grupy docelowej.

W szczególności proponowane świadczenia powinny być łatwo dostępne (oferowane we właściwym miejscu, porze dnia, dostępne finansowo, jeśli wymagają współpłacenia), tak aby były postrzegane jako przygotowane z myślą o końcowym odbiorcy.

Należy też rozważyć kwestię ewentualnych koniecznych zmian behawioralnych koniecznych do osiągnięcia pożądaných efektów.

Nie do pominięcia są też kwestie pozytywnego bądź negatywnego nastawienia społeczeństwa do proponowanych działań (jak może to mieć miejsce w przypadku edukacji seksualnej lub kontroli urodzin), co może wpłynąć na liczbę osób, które z programu skorzystają.

W ramach programu powinny być podejmowane działania o udowodnionej skuteczności w zakresie danego problemu zdrowotnego w warunkach danej społeczności.

Należy rozważyć, jak ograniczenie indywidualnych lub środowiskowych czynników ryzyka wpłynie w przyszłości na zmianę stanu zdrowotnego uczestników programu. Zalecane jest znalezienie dowodów potwierdzających skuteczność proponowanych interwencji. Należy przeanalizować proponowane działania ze zwróceniem uwagi na przewidywane punkty krytyczne (tj. elementy niezbędne dla osiągnięcia zamierzonych rezultatów, których pominięcie może wpłynąć negatywnie na skuteczność programu), niezbędną kolejność albo szczególne warunki przeprowadzenia. W szczególności należy rozważyć, czy program wpisuje się logicznie w inne dostępne działania (np. w przypadku badań przesiewowych, czy obywatel, u którego wykryje się chorobę, będzie miał zapewnione leczenie, np. w ramach NFZ).



#### Przykład: Skuteczność szczepień przeciwko grypie

Skuteczność szczepień rozumiana jest jako **wyraźona procentowo redukcja prawdopodobieństwa wystąpienia określonego negatywnego skutku w postaci infekcji grypowej** u osób zaszczepionych względem prawdopodobieństwa wystąpienia tego samego skutku u niezaszczepionych przedstawicieli tej samej populacji (np. grupy ryzyka). Przykładowo, prawdopodobieństwo zachorowania na grypę wśród zaszczepionych pensjonariuszy domów starców jest o 30-40% niższe niż w przypadku niezaszczepionych przeciw niej przedstawicieli tej samej populacji. Skuteczność jest jednak niższa, gdy szczepionka i szczepy krążące są antygenowo różne. Jeśli szczepy takie występują często, obserwuje się nawet zupełną nieskuteczność szczepionek. Jak wskazuje WHO, szczepionki przeciw grypie **oferują ochronę rzędu 70-90%** w przypadku optymalnego dopasowania do szczepów wirusa krążących w populacji zdrowych dorosłych. Z kolei Jefferson i wsp. stwierdzili, że w przypadku dorosłych **w przedziale wiekowym 18-65 lat** raportowano skuteczność szczepień na poziomie 80% przy dobrym dopasowaniu oraz

50% przy niedostatecznym<sup>54</sup>. U osób starszych szczepionki pozwalają zredukować liczbę hospitalizacji grypowych o 25-39% oraz ogólną śmiertelność podczas sezonów grypowych o 39-75%<sup>55</sup>.

Próbę zestawienia dotkliwości przebiegu grypy (z uwzględnieniem jej powikłań) z najczęściej podawanymi przedziałami skuteczności szczepień przeciw grypie dla wybranych grup wiekowych oraz ryzyka zestawiono w tabeli.

**Tabela 4 Charakterystyka przebiegu grypy oraz przeciętnej skuteczności szczepionek przeciw grypie u osób z wybranych grup wiekowych i ryzyka<sup>56</sup>**

Wiek/Grupa ryzyka	Dotkliwość choroby	Skutek infekcji wirusem grypy	Skuteczność szczepienia ochronnego
Dzieci poniżej 2 roku życia	★ ★ ★	Grypa	0-85%
Dzieci w wieku 2-5 lat	★ ★ ☆		
Dzieci do 18 lat	★ ☆ ☆	Grypa	50-90%
18 do 64 lat	★ ☆ ☆	Grypa	50-90%
Pracownicy służby zdrowia	★ ☆ ☆	Grypa	80-90%
Kobiety w ciąży	★ ★ ★	Grypa u noworodka	45-69%
		Hospitalizacja noworodka	do 92%
		Grypa i choroby grypopochodne matki	30-45%
Chorzy przewlekle	★ ★ ★	Grypa	40-80%
Powyżej 65 lat	★ ★ ★	Grypa	16-64%
		Hospitalizacja	25-39%
		Zgon	39-75%
Pensjonariusze domów opieki	★ ★ ★	Grypa	30-45%
		Hospitalizacja lub zgon	40-80%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Thomas D. Szucs, Patricia R. Blank, op. cit. [za:] CDC. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* July 12, 2009;58, s. 1-52; *Proposed Revisions to the 2005 WHO Position Paper on Influenza Vaccines*, SAGE 2012 oraz *Background Paper on Influenza Vaccines...*, op. cit.

Alternatywnym podejściem do oceny skuteczności szczepień może być próba oszacowania minimalnej liczby osób, które trzeba statystycznie zaszczepić w populacji, aby osiągnąć określony cel jednostkowy, np. ograniczyć liczbę zachorowań, hospitalizacji lub zgonów z powodu grypy o 1 przypadek rocznie. Takie szacunki dla przykładowej populacji osób powyżej 65 roku życia w Polsce przedstawia kolejna tabela.

<sup>54</sup> Jefferson T. O. et al., *Vaccines for preventing influenza in healthy adults* w *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, s. 14.

<sup>55</sup> <http://www.who.int/influenza/en/> - strona WHO poświęcona grypie, dostępna we wszystkich oficjalnych językach ONZ. Informacja pobrana 3 sierpnia 2012r.

<sup>56</sup> Im większa liczba złotych gwiazdek, tym większa dotkliwość choroby.



**Tabela 5 Szacunki dotyczące wymaganej liczby szczepień przeciw grypie z punktu widzenia osiągnięcia wybranych celów jednostkowych**

Cel	Szacunkowa minimalna liczba osób zaszczepionych w populacji osób powyżej 65 roku życia w Polsce umożliwiająca realizację celu
Ograniczenie liczby zachorowań na grypę o 1 przypadek rocznie	57
Ograniczenie liczby hospitalizacji z powodu grypy o 1 przypadek rocznie	842
Ograniczenie śmiertelności z powodu grypy o 1 przypadek rocznie	2 809

Źródło: Szacunki prof. K. Jahnz-Różyk [za:] Szucs T. D., *Health economic aspects of flu vaccination...*, op. cit.

Projekt programu powinien uwzględniać optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów. W szczególności należy rozważyć możliwości organizacyjne, w tym potencjał przewidywanych wykonawców programu, oczekiwane korzyści i inne efekty (np. zwiększenie zapotrzebowania na określone usługi medyczne) oraz oszacować koszty (pieniężne i niezwiązane bezpośrednio z wydatkami, jak np. potrzeba zwolnienia się uczestnika programu z pracy), co powinno dać podstawę do zorientowania się, czy należy poszukiwać dodatkowych funduszy na sfinansowanie programu w wersji gwarantującej maksymalną efektywność.

Program zdrowotny należy od samego początku planować, organizować i wdrażać w takiej postaci, żeby można było ocenić jego efektywność. Jeśli to możliwe (i adekwatne dla danego problemu zdrowotnego), należy zmierzyć wyjściową chorobowość (liczba chorych/100 tys. populacji) i zachorowalność (liczba nowych przypadków/100 tys. populacji) albo rozprzestrzenienie czynnika ryzyka, który zamierzamy ograniczyć. W trakcie realizacji programu powinny być zbierane obiektywne dane dotyczące udziału w nim członków grup docelowych i osiąganych efektów zdrowotnych. Jeśli ma to zastosowanie, przydatne jest zidentyfikowanie grupy kontrolnej – osób niepoddawanych/poddanych w mniejszym zakresie działaniom w ramach programu, dla porównania efektów końcowych (przy czym nie chodzi tu o pozbawianie części obywateli świadczeń, ale np. porównanie z danymi historycznymi albo z populacją sąsiedniej gminy, gdzie świadczenie nie jest oferowane).

### Przykład: Ekonomiczne korzyści z realizacji programu szczepień przeciwko grypie

Korzyści ze szczepień zostały policzone jako koszty pośrednie, których udało się uniknąć, szczepiąc przeciw grypie odpowiedni odsetek populacji. Korzyści te są obliczone dla dwóch wymiarów: sezonu bez dużej epidemii oraz sezonu dużej epidemii. Korzyści ze szczepień można zatem interpretować jako funkcję (odwzorowanie) udziału osób zaszczepionych w populacji. Charakterystyka tej funkcji jest wyznaczona przez model epidemii grypy, który prezentuje, przy danych innych parametrach, zależność pomiędzy poziomem wyszczepialności a liczbą zachorowań. Przyjęto założenie, że łączne koszty pośrednie grypy rosną proporcjonalnie do liczby

chorych, tzn. że zmniejszenie liczby chorych o 1% powoduje spadek kosztów pośrednich również o 1%<sup>57</sup>. Za tym rozumowaniem stoi założenie, że osoby poddane szczepieniu nie są selekcjonowane ze względu na swoje indywidualne cechy, czyli np. osoba pracująca i niepracująca mają takie samo prawdopodobieństwo bycia objętym programem szczepień. W praktyce wyselekcjonowanie pewnych grup społecznych, które byłyby objęte programem szczepień, mogłoby oznaczać większą rentowność w kategoriach odzyskanego kosztu pośredniego przypadającego na liczbę zaszczepionych osób. Jednakże takie działanie mogłoby budzić zastrzeżenia natury etycznej oraz prawnej, ponieważ można by przypuszczać, że największe korzyści netto zostałyby osiągnięte w przypadku skierowania programu szczepień wyłącznie do aktywnych zawodowo osób młodych.

Koszty szczepień zawierają w sobie:

- cenę zbytu producentów szczepionki,
- marże dystrybucyjne,
- usługę personelu medycznego polegającą na zakwalifikowaniu pacjenta do szczepienia, a następnie na wykonaniu zabiegu.

Jednostkowy koszt szczepień – przy uwzględnieniu korzyści skali ze zwiększonej produkcji oraz dystrybucji szczepionek – powinien być ujemnie zależny od poziomu wyszczepialności. Zgodnie z oszacowaniami ekspertów, koszt jednostkowy zawiera się w przedziale między ok. 35 PLN (przy wyszczepialności rzędu 4%), a ok. 25 PLN (przy wyszczepialności powyżej 40%). Koszt ten obejmuje ceny zbytu producentów, marże dystrybucyjne oraz koszt usługi medycznej. Proponowany poziom kosztów stanowi średnią ważoną dla przypadków, gdy (I) szczepienie jest aplikowane w zakładzie opieki zdrowotnej oraz (II) pacjent kupuje szczepionkę w aptece.

[...] Korzyść netto jest obliczona jako różnica pomiędzy korzyściami ze szczepień (w kategoriach kosztów pośrednich) a wyżej wymienionymi kosztami szczepień. Ponadto od kosztów szczepień odejmuje się zaoszczędzone koszty bezpośrednie wynikające ze zmniejszonych zachorowań na gripę. W ten sposób koszty szczepień obrazują wpływ programu na budżet płatnika systemowego, a korzyści ze szczepień prezentują ogólnospołeczne efekty mniejszej liczby zachorowań, natomiast korzyści netto wskazują na opłacalność programu ze społecznego punktu widzenia.

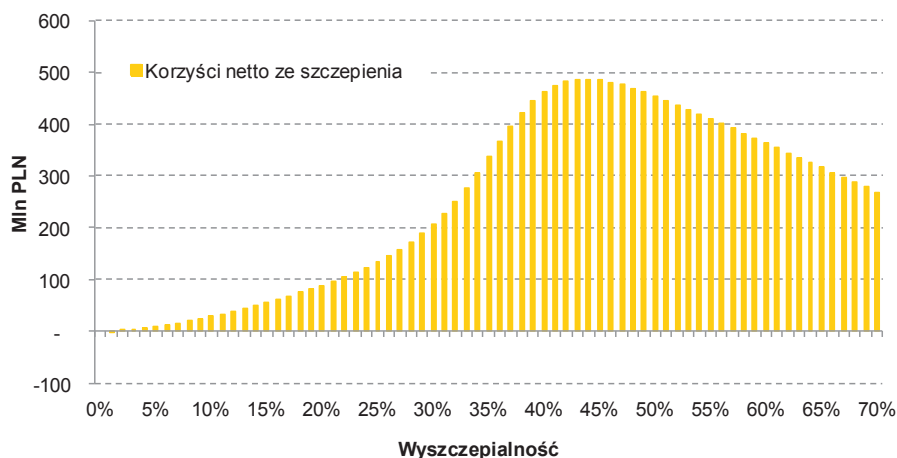
[...] Opłacalność szczepień zależy w znaczącej mierze od tego, czy dany rok będzie cechował się dużym zagrożeniem epidemiologicznym, czy też będzie to normalny rok bez dużej epidemii. Podejmując decyzję o szczepieniach i ich finansowaniu, należy brać pod uwagę oba te scenariusze, gdyż nie można określić *ex ante*, jaką charakterystykę będzie miał dany sezon grypowy.

---

<sup>57</sup> W tym podejściu pominięto fakt, że choroba występująca u osób zaszczepionych trwałaby krócej. W obliczu przyjętej kalibracji modelu i pozostałych kanałów oddziaływania szczepień, ten efekt odgrywałby jednak bardzo ograniczoną rolę dla ostatecznych wyników ilościowych.

[...] Poniższe wykresy prezentują prezentuje łączne korzyści netto ze szczepień przy danym poziomie wyszczepialności w scenariuszach: bez dużej epidemii i w przypadku odwrotnym – znaczącej epidemii. Zakładając, że w danym roku nie będzie dużej epidemii, przy niskich poziomach wyszczepialności nie ma znaczących korzyści z programu szczepień. Jednak już na poziomie wyszczepialności ok. 22% korzyści netto przekraczają 100 mln zł. Kiedy jednak dzięki szczepieniom udaje się przeciwdziałać dużej epidemii, korzyści netto są znacząco wyższe. Przy każdym praktycznie osiągalnym poziomie wyszczepialności korzyści netto na szczepionkę są wysokie, a łączne korzyści ze szczepień przekraczają 500 mln PLN już przy poziomie wyszczepialności ok. 14%.<sup>58</sup>

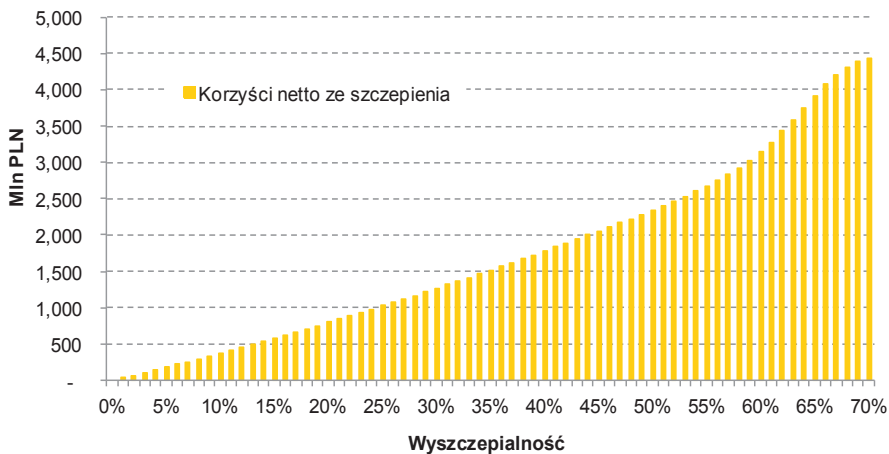
**Schemat 6 Łączne korzyści netto ze szczepień w scenariuszu bez dużej epidemii**



Źródło: *Grypa i jej koszty. Wstępne studium w projekcie dotyczącym wypracowania rozwiązania na poziomie narodowym umożliwiającego istotne zwiększenie wyszczepialności przeciw grypie sezonowej w Polsce*, Raport przygotowany przez Ernst&Young, Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej.

<sup>58</sup> *Grypa i jej koszty. Wstępne studium w projekcie dotyczącym wypracowania rozwiązania na poziomie narodowym umożliwiającego istotne zwiększenie wyszczepialności przeciw grypie sezonowej w Polsce*, Raport przygotowany przez Ernst&Young, Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej.

Schemat 7 Łączne korzyści netto ze szczepień w scenariuszu dużej epidemii



Źródło: Grypa i jej koszty. Wstępne studium w projekcie dotyczącym wypracowania rozwiązania na poziomie narodowym umożliwiającego istotne zwiększenie wyszczepialności przeciw grypie sezonowej w Polsce, Raport przygotowany przez Ernst&Young, Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej.

## Samorządowy program zdrowotny – krok po kroku, na przykładzie projektu „4 minuty, które decydują o życiu”

Konstruując program zdrowotny, warto opierać się na doświadczeniach praktycznych z realizacji tego typu przedsięwzięć, przez inne samorządy terytorialne. Prezentujemy więc drogę do stworzenia i przeprowadzenia programu pod tytułem „4 minuty, które decydują o życiu”, realizowanego w powiecie cieszyńskim.



### Uzasadnienie potrzeby realizacji programu zdrowotnego

W powiecie cieszyńskim od 1999 roku realizowane są tego typu działania. Najpierw odbywało się to w ramach stanowiska ds. promocji zdrowia, a w 2012 utworzono Biuro Promocji Zdrowia. Strategia Rozwoju Śląska Cieszyńskiego na lata 2001-2016, w domenie Ochrona zdrowia i pomoc społeczna, w celu strategicznym nr 3, zakłada powstanie i realizację kompleksowego, skoordynowanego programu profilaktyki i promocji zdrowia oraz rozwiązywania problemów społecznych, a w celu operacyjnym nr 3.1, stworzenie lokalnego programu promocji zdrowia. Wśród rozlicznych przedsięwzięć realizowanych w ramach tej Strategii, na szczególną uwagę zasługuje Forum Inicjatyw Prozdrowotnych, które jest bardzo konkretnym narzędziem służącym do gromadzenia informacji na temat potrzeb prozdrowotnych mieszkańców Powiatu, także tych w zakresie szkoleń z pierwszej pomocy przedmedycznej. Narzędzie to pozwala konstruować celowane działania w odpowiedzi na potrzeby mieszkańców.

### Trudności na etapie przygotowania programu

Trudności sprawiał już sam wybór problemu zdrowotnego, który miał ukierunkować napisanie całego programu. Trzeba było przeanalizować różne problemy zdrowotne mieszkańców, w kontekście możliwości ich rozwiązania i wybrać dostępne warianty.

Trudno było też wskazać jednoznaczny wskaźnik, charakteryzujący problem. Nie dysponowano danymi na temat liczby zdarzeń, podczas których udzielana była pierwsza pomoc przedmedyczna (jeszcze przed interwencją profesjonalnych ratowników). Dostępne statystyki zgonów oraz dane Cieszyńskiego Pogotowia Ratunkowego, pod względem liczby wyjazdów karetek w okresie ostatnich 3 lat, z podziałem na poszczególne zespoły wyjazdowe oraz populację, która wymagała interwencji, upewniały o zapotrzebowaniu na taki program. Dotarcie karetki do osoby poszkodowanej i udzielenie jej pomocy przez wykwalifikowaną kadrę to często pomoc otrzymana zbyt późno (ze względu na czynnik czasu). Samo wezwanie karetki pogotowia też nie wystarcza, gdyż trzeba działać natychmiast. Prosty i jedynym rozwiązaniem jest pomoc ludzi, będących na miejscu zdarzenia, wyposażonych w wiedzę i umiejętności w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a zwłaszcza resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

Barierą we wdrożeniu programu było też oczekiwanie na pozytywną opinię AOTM, którą otrzymaliśmy dopiero po 13 miesiącach.

### Plusy realizacji programu

Program nie wziął się z niczego. Historia, organizowanych wcześniej przez starostwo powiatu cieszyńskiego, podstawowych szkoleń z pierwszej pomocy przedmedycznej ma już swoją tradycję

i sięga 2003 roku. Szkolenia takie odbywały się w różnych miejscowościach, a wzięło w nich udział blisko 5400 uczniów i nauczycieli oraz innych osób dorosłych. Szkolenia te spotykały się zawsze z dużym zainteresowaniem uczestników.

Uzasadnienie potrzeby realizacji wyboru programu zdrowotnego:

- sytuacje zagrożenia życia i zdrowia, które wymagają natychmiastowej interwencji mogą spotkać każdego i wszędzie. Możemy się w nich znaleźć zarówno w roli poszkodowanego, jak i osoby udzielającej pomocy;
- pewność, że można niwelować negatywne następstwa wypadków poprzez udzieloną na czas pomoc przedmedyczną;
- zbyt mała znajomość zasad udzielania pierwszej pomocy w środowisku uczniów, a równocześnie zapotrzebowanie, by tę umiejętność utrwałać, pogłębiać i systematyzować;
- sygnalizowana gotowość do udziału w programie tak po stronie dyrekcji szkół, nauczycieli, jak i uczniów;
- korzystny terytorialnie dostęp do szkół ponadgimnazjalnych, gdyż większość z nich mieści się w Cieszynie;
- stworzona wcześniej sieć sprzymierzeńców dała możliwość optymalnego wykorzystania zasobów ludzkich, czyli grupy pedagogów szkolnych i nauczycieli, do kontaktu z uczniami i rodzicami;
- zaangażowanie do programu koordynatorów szkolnych pozwoliło wyeliminować koszty związane z zapraszaniem do programu, ponieważ ich zadaniem było wytypowanie w swojej szkole grupy beneficjentów;
- pozyskanie akcjonariuszy i sojuszników w postaci specjalistów, ratowników, przedstawicieli PCK - Zarządu Regionalnego, Grupy Ratownictwa Drogowego, Stowarzyszenia Joannitów, Cieszyńskiego Pogotowia Ratunkowego, Chrześcijańskiej Służby Charytatywnej pozwoliło przeprowadzić olimpiadę wiedzy, zapewnić profesjonalny sprzęt oraz utworzyć komisję specjalistów oceniającą zmagania młodzieży, a także zapewnić poczęstunek i dobry poziom realizacji całego konkursu, nie tylko pod względem merytorycznym, ale i organizacyjnym;
- poparcie radnych i pozyskanie patronatu honorowego posła na Sejm nadało prestiżu całemu przedsięwzięciu, pozyskaliśmy też dzięki temu dodatkowe nagrody rzeczowe;
- istnieją mierzalne dowody potwierdzające skuteczność szkoleń. Analiza wyników testów przed i po szkoleniu w tej samej grupie uczniów wykazała, że większość uczniów po szkoleniu wypełniła test wiedzy poprawnie w ponad 90 proc. W kwestionariuszach ankietowych wypełnianych przez uczniów po szkoleniu na pytanie, czy byłoby w stanie skutecznie pomóc osobie poszkodowanej ponad 90 proc. odpowiedziało pozytywnie, co potwierdziło się w olimpiadzie wiedzy, gdzie testy i zadania praktyczne w zdecydowanej większości wykonywane były poprawnie;
- istnieją niemierzalne dowody w postaci przekazów ustnych, docierające do realizatora w postaci informacji o efektywnie udzielonej pomocy innym, przez przeszkolonych w programie uczniów.

### Cele programu

Celem głównym programu było zmniejszenie liczby zgonów oraz niepełnosprawności w wyniku zdarzeń nagłych w związku z nieudzieleniem, bądź zbyt późnym, czy też niewłaściwym udzieleniem pierwszej pomocy przedmedycznej.



Cele operacyjne, to:

- zwiększenie liczby osób posiadających wiedzę teoretyczną z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej i praktyczne umiejętności z zakresu udzielania tejże,
- zwiększenie liczby osób potrafiących działać w sytuacji trudnej i obniżenie poziomu lęku przed udzielaniem pierwszej pomocy przedmedycznej,
- zwiększenie liczby osób posiadających poczucie własnej skuteczności, w zakresie udzielania pierwszej pomocy.

### Założenia

Program składa się ze szkoleń z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej oraz praktycznej i teoretycznej olimpiady wiedzy. Program zakłada, że w trzyletnim cyklu przeszkolone zostaną grupy uczniów z każdej szkoły ponadgimnazjalnej powiatu cieszyńskiego (15 szkół).

W programie pilotażowym w 2012 r. udział wzięło ok. 400 osób. Uczestnictwo w programie było społecznie akceptowane i bezpłatne.

Młodzież szkół ponadgimnazjalnych jest już wystarczająco świadoma, wraz z wiekiem bowiem wzrasta poczucie odpowiedzialności za innych i sprawstwa, więc uzasadnionym jest, aby szkolić właśnie tę grupę. Trzyletnie trwanie programu umożliwia dotarcie do wszystkich szkół. Równocześnie wybór do szkolenia uczniów klas pierwszych pozwoli na nieprzerwaną obecność liderów z zakresu pierwszej pomocy, w ramach Szkolnego Zespołu Wsparcia w każdej szkole. Szkoła będzie uczestniczyć w programie co 3 lata, co jest tożsame z okresem przebywania w szkole, wykształconej podczas pierwszego roku nauki, grupy uczniów.

### Beneficjenci

W 2012 roku odbył się pilotaż programu, do którego przystąpili uczniowie klas pierwszych 5 szkół ponadgimnazjalnych powiatu cieszyńskiego, wyłonieni na podstawie pisemnych zgłoszeń, według wcześniejszych ustaleń ustnych z pedagogami szkolnymi. Na spotkaniu informacyjnym z pedagogami szkolnymi 5 marca 2012 r. przedstawiono cele i zasady realizacji programu oraz rozdano materiały informacyjne w formie: plakatów, regulaminu, formularzy zgłoszeń i druków na zgodę rodziców, opracowanych przez realizatora. Następnie przystąpiono do wyboru firmy realizującej szkolenia, przy czym głównym kryterium wyboru było aby realizował je doświadczony ratownik z dużą wiedzą i dobrym kontaktem z uczestnikami. Uczniów szkolono wg opracowanego harmonogramu szkoleń i zakresu tematycznego, korelującego z czasem trwania szkolenia.

Cała grupa kolejno przeszła 3 poziomy szkolenia, które były wdrażane z uwzględnieniem stopnia zaawansowania, począwszy od szkoleń skróconych (4-godzinnych), poprzez szkolenia podstawowe (8-godzinne), aż po szkolenia pogłębione (16-godzinne). Wraz ze wzrostem stopnia zaawansowania szkolenia, zawężyła się grupa beneficjentów. W szkoleniu skróconym

4-godzinny uczestniczyło ok 450 osób; w szkoleniu podstawowym 8-godzinny ponad 30 osób, szkolenie pogłębione trwało 16 godzin dla grupy 10 osobowej.

Program zakładał, że rocznie weźmie w nim udział 540 uczniów i 10 nauczycieli, co w trzyletnim cyklu trwania pozwoli na udział 1650 przeszkolonych osób. Mimo, iż w 2012 roku realna liczba startujących uczniów była o 50 osób mniejsza niż założona, jednak na pozostałych etapach szkoleń była zgodna z założeniami. Zakładane cele udało się więc zrealizować, uczniowie tworzący Szkolny Zespół Wsparcia byli dobrze przygotowani od strony teoretycznej i praktycznej, co potwierdziły testy kompetencji. Wszystkie etapy 28 godzin szkolenia, przeszła zatem grupa 10 uczniów, poddawana po każdym etapie testom sprawdzającym. Stanowią w swoich macierzystych jednostkach 2-osobowe Szkolne Zespoły Wsparcia. Ich zadaniem są działania pomocowe w uzasadnionych wypadkach.

### Ewaluacja

Ewaluacja programu odbyła się w postaci jesiennego konkursu wiedzy 18 października 2012 roku w sali sesyjnej Starostwa Powiatowego w Cieszynie. Na przełomie września i października 2012 roku uczniowie szkół ponadgimnazjalnych powiatu przygotowywali się do udziału w tym konkursie. Konkurs składał się z części szkolnej (testu) oraz powiatowej, złożonej z różnych zadań praktycznych i testów z pierwszej pomocy przedmedycznej.

Celem konkursu było nie tylko wyposażenie uczniów w wiedzę i umiejętności potrzebne w codziennym życiu, ale także kształtowanie postawy odpowiedzialności za życie i zdrowie swoje i innych oraz promocja pozytywnych liderów młodzieżowych. Do konkursu zgłosiło się 13 drużyn, co łącznie z opiekunami zaangażowało 35 uczestników. Nad przebiegiem zadań praktycznych i teoretycznych w czasie finału czuwało profesjonalne jury.

Zgodnie z planem odbyło się w kolejności:

1. Losowanie numeru drużyny.
2. Ustalenie w drużynie, kto wykonuje zadanie praktyczne oraz pisze test.
3. Pokaz (wg kolejności numeru drużyny) wylosowanego zadania praktycznego – czas trwania 5 minut.
4. Pisanie testu w czasie 20 minut.
5. Drużyny o największej liczbie punktów (suma punktów za zadanie praktyczne i test) wykonały wylosowane zadanie praktyczne z resuscytacji krążeniowo – oddechowej.
6. Na końcu była dogrywka (zadania praktyczne dodatkowe) w celu wyłonienia zwycięzców.

O zajęтым miejscu zadecydowała suma zdobytych punktów. Było sporo zdrowej rywalizacji i dużo pozytywnych emocji. Był poczęstunek, uczestnicy oczekiwali na wyniki, integrując się przy kanapkach, soczkach i wafelkach. Po podsumowaniu punktów i obradach jury ogłosiło wyniki. Zwycięzcy otrzymali atrakcyjne nagrody rzeczowe, były też dyplomy dla laureatów i podziękowania dla opiekunów.

Udokumentowany w postaci informacji i zdjęć program został umieszczony na stronie Biura Promocji Zdrowia, w aktualnościach na stronie Powiatu, a wyniki konkursu ogłoszono w prasie lokalnej.



### Źródła finansowania

Program był realizowany w oparciu o skromne środki z budżetu powiatu (5000 zł). Zapewnienie ze strony szkół sal do przeprowadzenia szkolenia, a także bezpłatne udostępnienie sali sesyjnej przez organizatora – Starostwo Powiatowe w Cieszynie, pozwoliło na wyeliminowanie kosztów. Bezpłatnie używano fantomów do ćwiczeń. Pozyskanie specjalistów- sojuszników do komisji oceniającej konkurs oraz sponsorów i wolontariuszy, którzy przygotowali poczęstunek, zapewniło sprawną organizację całości.



### Dobre strony programu

Wysoki wskaźnik szkół uczestniczących w ewaluacyjnej części programu zdrowotnego, czyli olimpiadzie wiedzy, potwierdził zrealizowanie głównych założeń i celów, gdyż na 15 istniejących w powiecie szkół ponadgimnazjalnych, w konkursie uczestniczyło aż 12 spośród nich. Materiał w postaci wyników testów, ankiet, a także wyniki konkursu oraz informacje ustne przekazane po programie, upewniły o jego skuteczności i potrzebie kontynuacji w przyszłości. Prawie 100 proc. uczniów potwierdziło jego przydatność w życiu, zaznaczyło właściwy i ciekawy sposób prowadzenia zajęć i kompetencję szkolącego uczniów ratownika. Tak nauczyciele, jak i uczniowie podkreślali dobrą organizację, miłą i serdeczną atmosferę programu, stworzoną przez organizatora, co zachęcało do udziału i mobilizowało do rywalizacji w olimpiadzie.

### Słabe strony programu

Brak wystarczających środków finansowych poskutkowało zbyt małą ilością godzin szkoleń poświęconych na trening umiejętności praktycznych. Zbyt liczne były grupy uczniów przypadające na jednego ratownika i zbyt mało fantomów do ćwiczeń.

## Doświadczenia z oceny samorządowych programów zdrowotnych. Warto skorzystać z dobrych rad profesora AOTeMowskiego

Przygotowując realizację programu zdrowotnego, samorządowcy bardzo często nie wiedzą od czego zacząć, na co zwrócić szczególną uwagę i o czym nie zapomnieć, by spełniał on wymogi prawne czy też medyczne.

Warto więc pomóc sobie samemu i skorzystać z faktu, że projekty programów zdrowotnych opracowywane przez jednostki samorządu terytorialnego podlegają zaopiniowaniu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych. Instytucja ta przeanalizowała dotąd kilkaset programów zdrowotnych, koncentrując się głównie na zagadnieniach wpływu programu na poprawę zdrowia obywateli, jego skuteczności klinicznej oraz efektywności medycznej i ekonomicznej.

To ogromna baza praktycznych doświadczeń, z których warto skorzystać przygotowując się do realizacji programów zdrowotnych. Tym bardziej, że nie dotyczą one tylko błędów popełnianych przez samorządy terytorialne, ale także przybliżają dobre praktyki, warte upowszechniania.

Po przeanalizowaniu kilkuset opinii dotyczących samorządowych programów zdrowotnych, wybrano spośród nich najciekawsze fragmenty. Obrazują one z jednej strony, jak najlepiej przygotować program zdrowotny, a równocześnie, jakich błędów się wystrzegać.

Z myślą o odbiorcach Poradnika, opinie ekspertów Agencji Oceny Technologii Medycznych zaprezentowane zostały niekonwencjonalnie. To rozmowy wirtualnych osób: Janiny Ciekawskiej – pracownika samorządowego zajmującego się opracowywaniem programów zdrowotnych oraz profesora Konstantego AOTeMowskiego – naukowca „mówiącego” głosem ekspertów Agencji Oceny Technologii Medycznych.

Rozmowy te podzielono na kilka części, obejmujących zagadnienia dotyczące programów zdrowotnych najczęściej realizowanych przez samorządy terytorialne. Znaleźć więc będzie można wskazówki dotyczące programów dotyczących: raka piersi u kobiet i prostaty u mężczyzn oraz zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), szczepień przeciwko grypie i pneumokokom, programów skierowanych na zwalczanie próchnicy zębów u dzieci, czy też przeciwdziałaniu chorobom oczu.

Zdaniem autorów, tego typu forma prezentacji ułatwi znalezienie wskazówek przydatnych w przygotowywaniu programów zdrowotnych.



Autorzy raz jeszcze przypominają, że odpowiedzi udzielane przez wirtualnego profesora Konstantego AOTeMowskiego oparte zostały o stanowiska ekspertów Agencji Oceny Technologii Medycznych, zawarte w opiniach wydanych do projektów programów zdrowotnych zgłaszanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Są one jednak tylko fragmentami opinii oraz ich skróconymi wersjami zredagowanymi przez autorów Poradnika. Dlatego autorzy odsyłają zainteresowane osoby do pełnych wersji opinii ekspertów AOTM, wymienionych w przypisach.

### Programy zdrowotne dotyczące raka piersi u kobiet<sup>59</sup>

**Janina Ciekawska:** *Czy rak piersi u kobiet jest na tyle poważnym problemem, że samorząd powinien rozważyć realizację programu zdrowotnego dotyczącego tej tematyki?*

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** Rak piersi jest najczęściej występującym wśród kobiet nowotworem i drugą przyczyną zgonów kobiet w Polsce. Najwięcej, bo aż 70 proc. raka piersi występuje u kobiet powyżej 50 roku życia, ale warto dodać, że duża liczba zachorowań jest obserwowana już w grupie wiekowej kobiet w wieku pomiędzy 35 a 39 lat.

**Janina Ciekawska:** *Czy mammografia jest tu dobrym rozwiązaniem, bo może wystarczy zaplanowanie w programie zdrowotnym badań przy pomocy USG?*

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** Mammografia pozwala na uwidocznienie małych zmian nowotworowych, zanim staną się one wyczuwalne. Wczesne wykrycie nieprawidłowości zwiększa szansę na pełne wyleczenie, zwiększa odsetek operacji oszczędzających piersi. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych stanowi jeden z priorytetów zdrowotnych zgodnych z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych<sup>60</sup>.

Wytyczne nie zalecają ani nie odradzają stosowanie badań USG i mammografii jako standardowego testu diagnostycznego w przesiewowym wykrywaniu raka piersi. Z kolei eksperci AOTM sygnalizują, że inne niż mammografia metody obrazowania medycznego (w tym USG)



<sup>59</sup> Opracowano na podstawie opinii Prezesa AOTM nr: 33-37/2010, 61/2010, 62/2010, 26-29/2011, 177-181/2011, 28-31/2012, 152/2012, 153/2012

<sup>60</sup> Dz. U. z 2009 r., Nr 137, poz. 1126

zaleca się wykonywać w przypadku pacjentek o podwyższonym ryzyku zachorowania lub w przypadku pogłębionej diagnostyki, po stwierdzeniu zmian w gruczole piersiowym.

USG nie może zastępować mammografii, która jest jedyną metodą obrazową, w przypadku której istnieje dowiedziony wpływ na zmniejszenie śmiertelności związanej z rakiem piersi, ale może być pomocne tam, gdzie mammografia ma ograniczoną czułość, tj. w przypadkach dużej gęstości radiologicznej piersi (częste u kobiet młodych), niezwapniałych mas i lokalizacji zmian, które nie mogą być objęte mammografią, ze względu na ograniczony zasięg badania.

**Janina Ciekawska:** *W przypadku, gdy zdecydujemy się więc ująć w programie badanie mammograficzne, na co zwrócić szczególną uwagę?*

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** Warto pamiętać, że NFZ realizuje Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, w ramach którego umożliwia się wykonywanie bezpłatnej mammografii kobietom w wieku 50 do 69 lat. Tak więc samorządowy Program Profilaktyki Raka Piersi powinien mieć na celu uzupełnienie dostępnych świadczeń poprzez umożliwienie skorzystania z bezpłatnych badań mammograficznych dodatkowej populacji. Planując dodatkowo badanie mammograficzne, trzeba pamiętać, że w większości wytycznych zaleca się wykonywanie mammografii od 50 – go roku życia. Tylko niektóre wytyczne zalecają lub dopuszczają rozpoczęcie badania mammograficznego w wieku poniżej 50 roku życia. Stanowisko Krajowego Konsultanta w dziedzinie onkologii klinicznej jest w tej kwestii negatywne.

Nie bez znaczenia może być też fakt ujęcia w tego typu samorządowym programie aspektu edukacyjnego (np. obejmującego naukę samobadania piersi wśród młodzieży uczęszczającej do szkół), należy jednak pamiętać o doprecyzowaniu, co rozumiemy pod pojęciem „samobadania”. Warto tu także wspomnieć, że istnieje szereg wątpliwości, czy samobadanie jest efektywnym sposobem wczesnej diagnostyki raka piersi.

### Programy zdrowotne dotyczące raka prostaty<sup>61</sup>

**Janina Ciekawska:** *Samorząd, w którym pracuję, od lat realizuje różnego typu programy zdrowotne. Jednym z ostatnich pomysłów, wynikającym z diagnozy sytuacji epidemiologicznej, jest przygotowanie do realizacji programu związanego z prostatą. Czy w ocenie Pana profesora warto tego typu program wdrożyć?*



<sup>61</sup> Opracowano na podstawie opinii Prezesa AOTM nr: 48-51/2010, 57/2010, 60/2011, 7/2012, 8/2012, 141/2012, 168/2012.

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** Rak gruczołu krokowego jest nowotworem złośliwym, wywodzącym się pierwotnie z obwodowej strefy gruczołu krokowego. Jest najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn w krajach wysokorozwiniętych.

Wyniki leczenia tej choroby są w Polsce niezadowalające i u większości chorych nowotwór rozpoznawany jest w późnych stadiach zaawansowania. Sytuacja ta jest niekorzystna, ponieważ rak gruczołu krokowego stanowi istotny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny.

Poprawa wyników w tym zakresie może być uzyskana przez prowadzenie badań profilaktycznych i zapewnienie dostępu do leczenia zgodnego ze współczesnym stanem wiedzy. W obecnej sytuacji dostępność badań diagnostycznych w kierunku raka gruczołu krokowego (oznaczenia stężenia PSA, przezodbytniczego badania ultrasonograficznego i biopsji wykonywanej pod kontrolą USG) jest ograniczona - lekarze podstawowej opieki zdrowotnej pozbawieni są możliwości kierowania pacjentów na oznaczenie stężenia PSA.

Dodać należy, że działania związane z promocją badań przesiewowych, ułatwieniem dostępu do nich, finansowaniem i wykonaniem, mogą przynieść zakładane korzyści jedynie wówczas, gdy mają charakter stały.

**Janina Ciekawska:** *W takim razie na co powinniśmy zwrócić uwagę przygotowując opis tego typu działań w programie zdrowotnym?*

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** Oceniany program powinien jasno odnosić się do określonego problemu zdrowotnego – wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego u mężczyzn. Dobrze, aby z przedstawionych danych epidemiologicznych wynikało, że problem zdrowotny jest obecny w badanej populacji.

Należałoby określić, co obejmować będzie planowane działanie, np. badanie USG gruczołu krokowego, oznaczenie poziomu PSA w surowicy krwi, badanie per rectum. Opisać należy także kwestie bezpieczeństwa wnioskowanej interwencji oraz warto dodać opinie ekspertów.

W projekcie programu należałoby się odnieść także do skuteczności lub efektywności kosztowej planowanych działań.

W sytuacji, gdy np. jednym z celów programu ma być podniesienie świadomości pacjentów, to poza planowaną typową akcją informacyjną warto także zaplanować konkretne działania edukacyjne.

Agencja Oceny Technologii Medycznych bardzo często wydaje negatywną opinię o samorządowych programach zdrowotnych dotyczących prostaty z uwagi na brak danych naukowych, sugerujących, że badania przesiewowe w kierunku raka stercza przynoszą istotne korzyści zdrowotne. Wytyka także samorządom brak opisu systemowego podejścia do informowania o korzyściach i zagrożeniach związanych z badaniami przesiewowymi w kierunku wykrywania raka gruczołu krokowego. Zdaniem ekspertów Agencji, istniejące dowody naukowe są niewystarczające, aby definitywnie ocenić bilans korzyści i ryzyka związanego z realizacją badań przesiewowych.

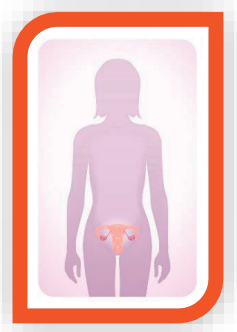
Dodatkowo, w opinii wielu amerykańskich towarzystw naukowych, reprezentowane jest negatywne stanowisko wobec badań przesiewowych w kierunku wykrywania raka gruczołu krokowego. Dla przykładu U.S. Preventive Services Task Force w opublikowanym w 2011 roku przeglądzie, zwraca uwagę na ryzyko wystąpienia poważnych zakażeń lub zatrzymania moczu po biopsji prostaty (od 0,5 proc. do 1,0 proc. przypadków). Ponadto na podstawie dowodów pierwotnych stwierdzono, że leczenie metodą prostatektomii powodowało przypadki nietrzymania moczu i występowanie zdarzeń niepożądanych związanych z układem krążenia (od 0,6% do 3% przypadków) oraz było związane z ryzykiem wystąpienia zgonu (około 0,5% przypadków).<sup>62</sup>

Warto więc dobrze przeanalizować, na ile jesteśmy w stanie i możemy podejmować się realizacji tego typu programu.

### Programy dotyczące zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)<sup>63</sup>

**Janina Ciekawska:** *Coraz częściej słyszy się o zagrożeniach zakażenia, które w konsekwencji prowadzą do raka szyjki macicy. Jak poważny jest to problem?*

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** W etiologii raka szyjki macicy najważniejszą rolę odgrywa zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV, human papilloma virus). Obok zakażenia HPV, do czynników ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy należą m. in. wczesne rozpoczęcie życia płciowego (przed 18 rokiem życia), duża liczba partnerów seksualnych, partnerzy „wysokiego ryzyka”, zakażenie HIV lub inne upośledzające system immunologiczny, palenie tytoniu, niski status ekonomiczny oraz liczne ciążę i porody.



Niemniej jednak, aż około 70 proc. przypadków raka szyjki macicy jest związanych z zakażeniem HPV typem 16 i 18. Zakażenie HPV jest najczęściej przemijające, jednak zakażenie przetrwałe typem dużego ryzyka onkogennego wiąże się ściśle z rozwojem zmian CIN, VIN, VaIN, a także raka sromu, prącia i odbytu. Około 90 proc. kłykcin narządów płciowych jest wywoływanych przez typ 6 lub 11 HPV. Liczba nowych zakażeń maleje wraz z wiekiem, ale ryzyko przejścia zakażenia w formę przetrwałą wzrasta wraz z wiekiem osoby zakażonej.

<sup>62</sup> U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Prostate Cancer: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. USPSTF. Ann Intern Med. 2011; 155:149(3):762-771, w: Opinii Prezesa AOTM nr 7/2012 z dnia 30 stycznia 2012r.

<sup>63</sup> Opracowano na podstawie opinii Prezesa AOTM nr: 1/2010, 13/2010, 15-18/2010, 27-30/2010, 42/2010, 43/2010, 45/2010, 46/2010, 16-20/2011, 2-4/2011, 86-94/2011, 97/2011, 98/2011, 108-116/2011, 150-152/2011, 160-164/2011, 45-50/2012, 65-73/2012, 92-100/2012, 122-128/2012, 151/2012, 154-161/2012, 230-238/2012.

**Janina Ciekawska:** *Czy w takim razie badania cytologiczne mogą pomóc we wczesnym wykryciu zagrożenia raka szyjki macicy?*

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** Tak. Badanie cytologiczne pozwala na wykrycie zmian w obrębie szyjki macicy, zanim nabiorą one charakteru nowotworowego. Rak szyjki macicy jest jednym z nielicznych nowotworów, w przypadku którego uzasadnione jest prowadzenie badań przesiewowych (skriningów), ponieważ szyjka macicy jest łatwo dostępna do badania, stany przedrakowe są dobrze opisane i łatwo wykrywalne. Pamiętajmy, że stany przedrakowe można wyleczyć.

**Janina Ciekawska:** *A czy w Polsce realizowane są już jakieś działania profilaktyczne w tym zakresie?*

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** Tak, oczywiście. W Polsce realizowany jest Populacyjny Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, oparty o skrining cytologiczny. Populacyjny Program realizowany jest w oparciu o ustawę o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”<sup>64</sup> oraz o Uchwałę Rady Ministrów w sprawie harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” w roku 2011 oraz kierunków realizacji zadań tego programu na lata 2012 i 2013<sup>65</sup>.

Programem profilaktyki objęte zostały Polki między 25 a 59 rokiem życia, które w ciągu 3 ostatnich lat nie miały wykonanego wymazu cytologicznego w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia.

**Janina Ciekawska:** *Co można i należy więc zrobić, aby zapobiec tego typu zakażeniom?*

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** Po pierwsze ważna jest edukacja zdrowotna, która winna być niezbędnym elementem działań profilaktycznych. Obniżenie wieku inicjacji seksualnej i liberalizacja kontaktów erotycznych stwarzają potrzebę intensyfikowania edukacji na temat higieny życia płciowego wśród młodzieży, szczególnie że jest to obszar pomijany najczęściej w edukacji rodzicielskiej.

Z punktu widzenia profilaktyki raka szyjki macicy niezbędne są oddziaływania mające na celu wzrost świadomości dotyczącej czynników ryzyka i odpowiedzialności młodych ludzi za własne zdrowie i życie.

---

<sup>64</sup> Ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz.U.05.143.1200).

<sup>65</sup> Uchwała Nr 24/2011 Rady Ministrów z dnia 1 marca 2011 r. w sprawie harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” w roku 2011 oraz kierunków realizacji zadań tego programu na lata 2012 i 2013.

Warto tu dodać, że edukacja dotycząca profilaktyki raka szyjki macicy musi też podkreślać znaczenie cytologicznych badań przesiewowych jako nadal najważniejszej metody wczesnego wykrywania zmian przedrakowych.

Po drugie, wszystkie odnalezione zalecenia kliniczne rekomendują szczepienia młodych dziewcząt przeciw HPV jako przeciwdziałanie zmianom przednowotworowym oraz nowotworom szyjki macicy (obie szczepionki), a także raka pochwy oraz sromu, jak również kłykcin kończystych (szczepionka czterowalentna).

Nieliczne z zaleceń dopuszczają stosowanie szczepionki czterowalentnej u chłopców w celu zmniejszenia u nich ryzyka wystąpienia kłykcin kończystych.

Wszystkie rekomendacje podkreślają, że optymalne byłoby szczepienie jeszcze przed ekspozycją na HPV podczas kontaktu seksualnego, kiedy to szczepienie byłoby najbardziej skuteczne.

Wiele krajów włączyło szczepienia młodych dziewcząt przeciw HPV do narodowych programów szczepień. Wiek dziewcząt objętych szczepieniem różni się między państwami.

W Polsce szczepienia przeciwko HPV zostały wpisane przez Głównego Inspektora Sanitarnego do Programu Szczepień Ochronnych<sup>66</sup>.

### *Janina Ciekawska: Jakie są aspekty dotyczące efektywności programów kierowanych na zwalczanie brodawczaka?*

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** Wprowadzenie powszechnych szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego może prowadzić do redukcji liczby przypadków raka szyjki macicy. Jednakże programowi szczepień powinny towarzyszyć badania ich długoterminowej skuteczności oraz bezpieczeństwa, w celu optymalizacji sposobu realizacji programu.

Ponieważ szczepionki nie zapewniają ochrony przed wszystkimi onkogennymi typami wirusa HPV, konieczne jest informowanie zaszczepionych o tym, że szczepienia te nie zapewniają 100 proc. ochrony przed rakiem szyjki macicy. Uczestnictwo w programie skriningowym opartym na cytologii od 21 do 25 roku życia lub w 3 lata od rozpoczęcia życia płciowego, pozostaje absolutnie konieczne. Przesiewowe badania cytologiczne powinny odbywać się regularnie co 3 lata.

### *Janina Ciekawska: Na jakie jeszcze aspekty powinien zwrócić uwagę samorząd, który chciałby podjąć się realizacji programu zdrowotnego dotyczącego tej problematyki?*

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** Konstruując założenia programu należy określić, na czym koncentrujemy uwagę i jaki zakres obejmował będzie realizowany program (wczesne wykrywanie raka szyjki macicy, szczepienia, działania edukacyjne z zakresu profilaktyki zakażeń HPV).

---

<sup>66</sup> Program Szczepień Ochronnych, część II „Szczepienia zalecane – niefinansowane ze środków znajdujących się w budżecie Ministra Zdrowia”.



Przygotowując działania edukacyjne nie należy zapominać, aby przekaz obejmował temat ryzykownych zachowań oraz chorób przenoszonych drogą płciową, profilaktyki raka szyjki macicy oraz, co ważne, uświadamianie, że szczepionka nie gwarantuje ochrony przed wszystkimi typami wirusa i konieczne jest wykonywanie badań cytologicznych. Warto tu podkreślić, że działania edukacyjne nie powinny być ograniczane wyłącznie do dziewcząt i ich opiekunów (z pominięciem chłopców).

Według Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, wiedza na temat konieczności przeprowadzania badań cytologicznych powinna zostać przekazana matkom, a także dziewczynkom objętym programem szczepień – warto więc to uwzględnić konstruuąc program<sup>67</sup>.

W przypadku przewidywania szczepień nie należy zapominać o wskazaniu rodzaju szczepionki, która będzie wykorzystana w programie, czy określenia w programie opisu schematu szczepień.

Warto też dodać, że przed zaszczepieniem dziecka, rodzice będą musieli wyrazić na nie zgodę – to także należy przewidzieć.

Poza tym analogicznie jak we wszystkich programach opis powinien być kompleksowy, jasno określać grupę docelową, realizatora, finansowanie, technologię medyczną, efekty, czy monitoring.

Nie bez znaczenia będzie tu także odpowiednio prowadzona kampania informacyjna.

### Szczepienia przeciwko pneumokokom<sup>68</sup>

***Janina Ciekawska:** Dużo się dzisiaj mówi o potrzebie szczepienia dzieci przeciwko pneumokokom. Jakie więc są zagrożenia związane z pneumokokami?*

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** Pneumokoki są szeroko rozpowszechnionymi w środowisku patogenami, które mogą być przyczyną zarówno zakażeń dróg oddechowych, jak i zakażeń inwazyjnych, takich jak posocznice, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenia wsierdza i masywne zapalenie otrzewnej u osób po splenektomii (chirurgicznym usunięciu śledziony). Bakterie przenoszone są drogą kropelkową, a źródło zakażenia stanowi nosiciel.



<sup>67</sup> Na podstawie informacji zawartej w Opinii Prezesa AOTM nr 46/2012 z dnia 16 kwietnia 2012.

<sup>68</sup> Opracowano na podstawie opinii Prezesa AOTM nr: 38/2010, 39/2010, 60/2010, 13-15/2011, 33-37/2011, 82-84/2011, 155/2011, 2-5/2012, 35-40/2012, 103-106/2012, 207-209/2012.

**Janina Ciekawska:** *Czy zatem istnieje dobra metoda zapobiegania zachorowaniom wywołanym przez tę bakterię?*

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** Najlepszą metodą zapobiegania zachorowaniom jest szczepienie dzieci z zastosowaniem szczepionki przeciwko pneumokokom. Jej działanie polega na wytworzeniu w organizmie swoistych przeciwciał, co chroni dziecko przed zachorowaniem. Silna odpowiedź immunologiczna na szczepionkę skonfigurowaną nie tylko skutecznie zabezpiecza przed inwazyjną chorobą pneumokokową, ale ma też wpływ na infekcje śluzówkowe i powoduje redukcję nosicielstwa. Wpływa również na obniżenie zapadalności na daną chorobę w populacji nieszczepionej. Zjawisko to wynika ze zmniejszenia nosicielstwa zjadliwych serotypów pneumokoka w jamie nosowo-gardłowej dzieci, czyli ograniczenia rezerwuaru patogenu.

Obecnie na rynku dostępne są dwa typy szczepionek przeciwko *Streptococcus pneumoniae* (*S.pneumoniae*): poliwalentna szczepionka polisacharydowa (PPV – Pneumococcal Polysaccharide Vaccine), zawierająca 23 serotypy pneumokoków – PPV-23, oraz skoniugowana (PCV – Pneumococcal Conjugate Vaccine) z białkiem, 7-walentna (PCV-7), 10-walentna (PCV-10) i 13-walentna (PCV-13).

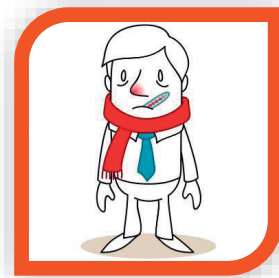
Sprzężenie antygenów polisacharydowych z białkiem jest niezbędne w przypadku szczepienia dzieci poniżej drugiego roku życia, gdyż nie odpowiadają one syntezą przeciwciał na antygeny węglowodanowe.

**Janina Ciekawska:** *Na co powinien zwrócić uwagę samorząd konstruujący program dotyczący pneumokoków?*

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** Przede wszystkim na to, aby projektowane programy obejmowały tylko populacje, u których szczepienia przeciwko pneumokokom nie są finansowane ze środków publicznych. Należy pamiętać, że ponieważ szczepienia kierowane są do dzieci to towarzyszyć im musi uzyskanie zgody rodziców lub opiekunów prawnych. Ponadto należy zabezpieczyć i uwzględnić konieczność badania dzieci przed szczepieniem przez wykwalifikowany personel medyczny. Wybrani lekarze powinni ustalać indywidualne schematy szczepień dla poszczególnych beneficjentów programu, w zależności od wieku i stopnia realizacji obowiązkowego programu szczepień. Poza tym analogicznie jak we wszystkich programach opis powinien być kompleksowy, jasno określać grupę docelową, realizatora, finansowanie, technologię medyczną, kampanie promocyjną, efekty, czy monitoring.

## Programy dotyczące szczepienia przeciwko grypie<sup>69</sup>

**Janina Ciekawska:** *Coraz częściej Polacy chorują na grypę. To choroba o wiele groźniejsza niż się powszechnie uważa. Jakie działania przeciwdziałające powinniśmy więc podejmować, aby unikać nie tylko samej grypy, ale następujących w jej wyniku innych chorób?*



**Prof. Konstanty AOTeMowski:** Grypa charakteryzuje się wysoką zakaźnością i jest wywoływana przez wirusy grypy typu A, B lub C z rodziny orthomyxoviridae. Zakażenie następuje drogą kropelkową, a okres intubacji trwa około 3 do 7 dni. Kliniczny przebieg choroby zależy między innymi od właściwości wirusa, wieku pacjenta, statusu immunologicznego oraz współistnienia innych chorób. Powikłanie pogrypowe niejednokrotnie uwidaczniają się dopiero po pewnym czasie od przebytej infekcji i mogą być związane z nieprawidłowościami w funkcjonowaniu układu oddechowego, zaburzeniami neurologicznymi, niewydolnością nerek lub zapaleniem mięśnia sercowego i osierdzia.

Za najskuteczniejszy rodzaj profilaktyki uważa się szczepienia.

W Polsce w latach 2001 - 2007 zapadalność wahała się w granicach 660 - 1490 / 100 tys. /rok, co oznaczało 251 – 576 tys. zarejestrowanych zachorowań w roku. Należy zwrócić uwagę, na niedoszacowanie problemu, gdyż część zachorowań nie jest właściwie rozpoznana, część nie jest zarejestrowana, a nadto część powikłań występuje w późniejszym okresie, przez co nie jest kojarzona z przebytą grypą. Kliniczny przebieg choroby w znacznym stopniu zależy od rodzaju wirusa, wieku pacjenta, współistniejących chorób, (co obejmuje też jego status immunologiczny). W większości krajów UE i Ameryki Północnej międzynarodowe i narodowe organizacje zalecają szczepienia osób powyżej 65 roku życia (rzadziej powyżej 50) oraz dotkniętych innymi chorobami (zwłaszcza układu krążenia, oddechowego, wydalniczego, cukrzycą oraz osoby o obniżonej odporności). W grupach tych szczepienia zmniejszają odsetek zachorowań na grypę, hospitalizacji z powodu powikłań i zgonów.

Mimo zmienności dominującego w sezonie typu wirusa, co trudno jest przewidzieć, szczepienia, dzięki krzyżowej wrażliwości, są efektywne. Światowe Zgromadzenie Zdrowia w 2003 r. wezwało kraje członkowskie do zwiększenia poziomu wyszczepialności osób z grup ryzyka w tym w wieku podeszłym do 50 proc. w 2006 r. i 75 proc. w 2010. W Polsce wśród osób po 65 roku życia odsetek zaszczepionych w sezonie 2007/2008 wynosił 13,9 proc. i był najniższy wśród 11 badanych krajów

<sup>69</sup> Opracowano na podstawie opinii Prezesa AOTM nr: 22/2010, 40/2010, 52-55/2011, 122-128/2011, 53-60/2012, 190-199/2012.

europejskich. W tej grupie wiekowej aż 24 proc. Polaków zrezygnowało ze szczepienia z przyczyn finansowych.

Programy profilaktyki zakażeń wirusem grypy wchodzą w zakres Narodowego Programu Zdrowia oraz w zakres priorytetów zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia<sup>70</sup>.

**Janina Ciekawska:** *Czy warto, aby samorzędy realizowały programy zdrowotne, których wiodącym elementem byłoby szczepienie przeciw grypie?*

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** Oczywiście, że tak! Obecnie brak jest świadczeń alternatywnych, które mogłyby zastąpić szczepienia. Ponadto szczepienia przeciw grypie znajdują się w grupie szczepień zalecanych, niefinansowanych ze środków znajdujących się w budżecie Ministra Zdrowia i w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia. A zatem warto tego typu programy wdrażać.

**Janina Ciekawska:** *O czym, z punktu widzenia medycznego, warto pamiętać konstruując tego typu program?*

Przed przystąpieniem do opisu programu warto przeanalizować wskazania kliniczne i epidemiologiczne, gdyż one określają grupę docelową, do jakiej powinien być skierowany program.

W ramach wskazań klinicznych zaleca się szczepienia grupy osób wysokiego ryzyka szczególnie narażonych na wystąpienie powikłań grypy, a także szczepienie przeciwko grypie wszystkich osób, począwszy od 6 miesiąca życia. Zwraca się jednak uwagę, że szczepieniami należy objąć zwłaszcza następujące grupy osób: osoby po przeszczepieniu narządu; zdrowe dzieci w wieku 6 do 59 miesięcy; osoby w wieku powyżej 50 lat, ponieważ w tej grupie znacznie zwiększa się liczba osób należących do grup wysokiego ryzyka; dorosłych i dzieci, dotkniętych przewlekłymi chorobami układu sercowo-naczyniowego; cierpiących na choroby układu oddechowego (w tym chorych na astmę), choroby nerek, choroby wątroby, choroby neurologiczne, choroby hematologiczne, choroby metaboliczne (w tym chorych na cukrzycę); dorosłych i dzieci z niedoborami odporności (w tym spowodowanymi leczeniem immunosupresyjnym lub zakażeniem HIV); kobiet, które są lub będą w ciąży w trakcie sezonu epidemiologicznego grypy; osoby w wieku od 6 miesięcy życia do 18 lat, leczone przewlekle kwasem acetylosalicylowym, co zwiększa u nich ryzyko wystąpienia zespołu Reye'a w razie zachorowania na grypę; osoby otyłe, których indeks masy ciała (BMI) wynosi  $\geq 40$ .

Warto jednocześnie dodać, że skuteczność szczepień przeciwko grypie w grupie osób w podeszłym wieku, według wytycznych praktyki klinicznej, uważana jest za dowiedzioną, a korzyści przeważają nad potencjalnym ryzykiem związanym z podawaniem szczepionki. Zarówno skuteczność, jak i efektywność kosztowa szczepień w danym roku zależna jest od wielu czynników,

---

<sup>70</sup> Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 (cel strategiczny 7: „Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym”), w: Opinii Prezesa AOTM nr 53/2012 z dnia 23 kwietnia 2012.

takich jak dopasowanie antygenowe szczepionki do krążącego wirusa, inwazyjność wirusa, stan epidemiologiczny oraz odsetek zaszczepionych osób w populacji.

**Janina Ciekawska:** *Na co warto jeszcze zwrócić uwagę, przygotowując opis samorządowego programu, którego celem jest przeprowadzenie szczepień przeciw grypie?*

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** Przede wszystkim zakres programu powinien być zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych oraz Narodowym Programem Zdrowia na lata 2007-2015 (powinien uwzględniać cel strategiczny, tj. zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom). W opisie uwzględnić należy informacje dotyczące: celów, planowanych interwencji, sposobów monitorowania i ewaluacji, populacji docelowej (w tym przewidywanego objęcia programem populacji docelowej), kompetencji osób realizujących program, warunków realizacji programu, trybu zapraszania do programu oraz poszczególnych etapów realizacji programu. Program zdrowotny powinien jednocześnie uwzględniać charakterystykę i potrzeby grupy docelowej. Populację docelową dla realizacji programu powinna stanowić grupa, której z powodu wskazań medycznych zaleca się przeprowadzenie sezonowych szczepień przeciwko grypie.

Mimo, że programy dotyczące szczepień przeciwko grypie są jednym z najtańszych, to niezbędnym jest prawidłowe oszacowanie kosztów planowanych działań.

Program powinien zakładać dotarcie do jak najszerzej grupy beneficjentów (np. poprzez organizowanie wyjazdów na tereny wiejskie oraz docieranie do osób niepełnosprawnych). Jednocześnie budżet programu powinien zostać tak zaplanowany, aby było możliwe zaszczepienie jak największej, a zarazem ściśle określonej grupy populacji.

Należy zaplanować wskaźniki efektywności i monitorowania, co umożliwi późniejszą ocenę realizacji programu.

### Programy zdrowotne dotyczące zwalczania próchnicy zębów u dzieci<sup>71</sup>

**Janina Ciekawska:** *Panie profesorze, czy można i czy warto realizować program zdrowotny, którego głównym celem jest zapobieganie próchnicy zębów u dzieci?*



<sup>71</sup> Opracowano na podstawie opinia Prezesa AOTM nr: 23/2010, 55/2010, 56/2010, 119/2011, 120/2011, 20-22/2012, 24/2012, 25/2012, 129-134/2012

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** No cóż, praktyczną, skuteczną i powszechną metodą ograniczania próchnicy jest fluorowanie wody pitnej. Skutecznym działaniem w pierwotnej profilaktyce próchnicy jest codzienna ekspozycja na fluor przyjmowany z wodą oraz monitorowane stosowanie past fluorkowych.

Niemniej istotnym elementem promocji zdrowia jamy ustnej są regularne, okresowe wizyty kontrolne. Zalecany odstęp między kolejnymi badaniami kontrolnymi powinien być dostosowany do potrzeb pacjenta i określony na podstawie oceny ryzyka próchnicy oraz zaawansowania/aktywności choroby. Istotnym elementem procesu decyzyjnego powinna być ocena ryzyka próchnicy u każdego pacjenta, okresowo weryfikowana.

### *Janina Ciekawska: Jakie są jeszcze inne, skuteczne metody przeciwdziałania próchnicy?*

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** W profilaktyce próchnicy można stosować cztery proste metody o udowodnionej skuteczności: szczotkowanie zębów pastą z fluorem, porada dietetyczna (m.in. dotycząca ograniczenia spożycia cukrów), preparaty fluorowe do stosowania miejscowego (np. pasty do zębów, żele, płyny do płukania ust, lakiery) oraz laki szczelinowe (uszczelniacze) do zabezpieczania bruzd zębów trzonowych.

Niezbędnym elementem profilaktyki próchnicy jest zdrowa dieta w zakresie spożywania cukrów: w celu zaspokojenia pragnienia dziecko powinno pić przede wszystkim wodę; posiłki zawierające cukry powinny być spożywane przez dzieci zagrożone próchnicą nie częściej niż 3–4 razy w ciągu dnia; wskazane jest prowadzenie w szkole zajęć edukacyjnych w zakresie higieny jamy ustnej, w tym związku między spożywaniem cukrów i rozwojem próchnicy.

Jednocześnie podstawową metodą zapobiegania próchnicy powinno być dwukrotne w ciągu dnia szczotkowanie zębów pastą o zawartości fluoru min. 1000 ppm (dla małych dzieci wskazane są pasty z jego obniżoną zawartością).

### *Janina Ciekawska: A jak Pan ocenia zawarcie w programie terapii fluorkowej?*

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** W grupie podwyższonego ryzyka próchnicy powinna być stosowana profesjonalna profilaktyka fluorkowa w odstępach 6-miesięcznych, a w grupie wysokiego ryzyka – w odstępach 3 miesięcy. Profesjonalna zapobiegawcza terapia fluorkowa nie jest wskazana u osób z niskim ryzykiem próchnicy.

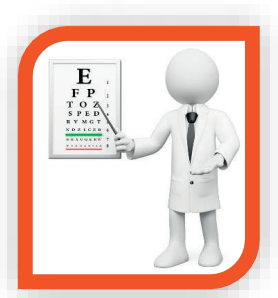
Z kolei w przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka rozwoju próchnicy (u pacjenta lub w odniesieniu do konkretnego zęba), należy wykonać uszczelnienie bruzd stałych zębów trzonowych lakiem, a następnie sprawdzać i w razie potrzeby uzupełnić lak podczas regularnych wizyt kontrolnych.

Podsumowując ten szeroko przedstawiony wachlarz działań profilaktycznych dotyczących przeciwdziałaniu próchnicy, warto wskazać, że główną kwestią, na którą trzeba zwrócić uwagę jest to, aby zgodnie z opiniami AOTM, programy samorządowe uzupełniały świadczenia gwarantowane, a nie je powielały.

## Programy zdrowotne skierowane na przeciwdziałanie chorobom oczu<sup>72</sup>

**Janina Ciekawska:** *Nasz samorząd zastanawia się nad realizacją programu zdrowotnego, którego celem byłoby zapobieganie wadom wzroku u dzieci w wieku szkolnym. Czy to dobry pomysł?*

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** Programy z zakresu profilaktyki i korekcji wad wzroku oraz chorób oczu, powinny być prowadzone, ponieważ zapobieganie tym wadom i chorobom oczu u dzieci w wieku szkolnym jest jednym z priorytetów zdrowotnych.



Z badań przeprowadzonych w Polsce wynika, że u około 20 do 30 proc. dzieci w wieku szkolnym występują niewyrównane wady refrakcji. Najbardziej wskazanym działaniem w zapobieganiu rozwojowi niedowidzenia jest prowadzenie skoordynowanych, systematycznych badań przesiewowych wzroku u dzieci.

**Janina Ciekawska:** *Jak często powinny być więc wykonywane badania okulistyczne u dzieci?*

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** Każde dziecko, które rozpoczyna naukę lub już uczęszcza do szkoły, powinno mieć raz w roku wykonane badanie okulistyczne. Wiek dziecka przed rozpoczęciem edukacji szkolnej jest najlepszym oraz najmniej obciążającym finansowo okresem na wykonanie badań profilaktycznych wzroku. Udział pacjentów w programach zdrowotnych dotyczących chorób oczu jest niezbędny i wskazany ze względu na potencjalne korzyści dla populacji ogólnej, pojedynczego pacjenta oraz systemu ochrony zdrowia. Zarówno populacja dzieci 6-letnich, 7-letnich, jak i 13-letnich jest poprawna i zasadne jest prowadzenie programów skierowanych do tej populacji dzieci. Procedury okulistyczne, które obejmują: badanie ostrości wzroku (wykrywające ewentualne osłabienie widzenia), ruchomości gałek ocznych (kontrolujące ustawienie oczu i potwierdzające lub wykluczające obecność zezu), badanie dna oka (wykrywające ewentualne schorzenia oczu) oraz badanie wad refrakcji autorefraktometrem komputerowym po porażeniu akomodacji (wykrywające wady refrakcji) są prawidłowym sposobem wykrywania wad refrakcji i schorzeń oczu.

**Janina Ciekawska:** *A na co powinniśmy zwrócić szczególną uwagę, przygotowując opis działań w programie zdrowotnym, aby uzyskać pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych?*

<sup>72</sup> Opracowano na podstawie opinii Prezesa AOTM nr 6/2012.

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** Dobry projekt powinien mieć jasno określone cele, oczekiwane efekty oraz mierniki efektywności przeprowadzonych działań. Nie należy zapominać o określeniu docelowej populacji, jej wielkości oraz sposobu i kryteriów kwalifikacji pacjentów do programu. Sytuacja ta jest o tyle ważna, że w ten sposób określa się m.in. czy nie istnieje jakaś grupa niepotrzebnie wykluczona z programu. Nie bez znaczenia jest także wymienienie planowanych działań i szczegółowych interwencji tak, aby eksperci mogli swobodnie ocenić planowaną interwencję.

Ważnym jest także, aby w opisie programu pojawiło się odniesienie do skuteczności, bezpieczeństwa lub efektywności kosztowej planowanych działań. Tutaj warto wspomnieć, o niejednokrotnie zapominanym braku oszacowania kosztów.

Należy także zaplanować i opisać skuteczną oraz sensowną akcję informacyjno-promocyjną.

Zagadnień niezbędnych jest więcej, dlatego zachęcam do tego, aby skorzystać ze wskazówek i wzoru programu, jakie znajdują się na stronach internetowych Agencji.

Jako ciekawostkę powiem, że zdarzają się sytuacje, kiedy samorząd opisuje działania zgoła odmienne, np. zamiast rzeczonych wad wzroku, opis dotyczy skierowania na edukację w zakresie wad postawy, albo też pomija lub zapomina wskazać bardzo wiele innych istotnych aspektów.

### Cechy dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego<sup>73</sup>

*Janina Ciekawska: Podsumowując nasz cykl rozmów o samorządowych programach zdrowotnych, poproszę Pana profesora o sprecyzowanie cech takiego dobrze zaprojektowanego programu.*

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** Według Agencji Oceny Technologii Medycznych: „[...] Program zdrowotny powinien być skierowany na jeden lub kilka wybranych problemów zdrowotnych, dokładnie określonych, możliwych do zmierzenia (oszacowania), którym można zapobiegać lub które można modyfikować (np. ograniczać ryzyko) u członków wybranej grupy docelowej – czynników będących zagrożeniem dla stanu zdrowotnego lub jakości życia obywateli.” Z założenia tego wynika, że przed wdrożeniem programu należy się upewnić, że wybrany problem zdrowotny jest w populacji docelowej rzeczywiście obecny i na tyle rozpowszechniony, że projektowane działania są uzasadnione. Należy więc oszacować rozpowszechnienie danego problemu zdrowotnego w stosunku do innych (aby jako cel interwencji wybierać problemy najpowszechniejsze).



<sup>73</sup> opracowano na podstawie informacji zamieszczonej na stronie internetowej AOTM ([www.aotm.gov.pl](http://www.aotm.gov.pl)) w dziale Samorządowe programy zdrowotne => Zalecenia



Program zdrowotny powinien uwzględniać szczególną charakterystykę, potrzeby i preferencje grupy docelowej. W szczególności proponowane świadczenia powinny być łatwo dostępne (oferowane we właściwym miejscu, porze dnia, dostępne finansowo, jeśli wymagają współpłacenia), tak aby były postrzegane jako przygotowane z myślą o końcowym odbiorcy. Należy też rozważyć kwestię ewentualnych zmian behawioralnych koniecznych do osiągnięcia pożądaných efektów. Nie do pominięcia są też kwestie pozytywnego bądź negatywnego nastawienia społeczeństwa do proponowanych działań (jak może to mieć miejsce w przypadku edukacji seksualnej lub kontroli urodzin), co może wpłynąć na liczbę osób, które z programu skorzystają.<sup>74</sup>

**Janina Ciekawska:** *A jakie działania powinien zawierać taki dobrze przygotowany program zdrowotny?*

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** „W ramach programu powinny być podejmowane działania o udowodnionej skuteczności w zakresie danego problemu zdrowotnego w warunkach danej społeczności. Należy rozważyć, jak ograniczenie indywidualnych lub środowiskowych czynników ryzyka wpłynie w przyszłości na zmianę stanu zdrowotnego uczestników programu. Zalecane jest znalezienie dowodów potwierdzających skuteczność proponowanych interwencji. Należy przeanalizować proponowane działania ze zwróceniem uwagi na przewidywane punkty krytyczne (tj. elementy niezbędne dla osiągnięcia zamierzonych rezultatów, których pominięcie może wpłynąć negatywnie na skuteczność programu), niezbędną kolejność albo szczególne warunki przeprowadzenia. W szczególności należy rozważyć, czy program wpisuje się logicznie w inne dostępne działania (np. w przypadku badań przesiewowych, czy obywatel, u którego wykryje się chorobę, będzie miał zapewnione leczenie, np. w ramach NFZ).

Projekt programu powinien uwzględniać optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów. W szczególności należy rozważyć możliwości organizacyjne, w tym potencjał przewidywanych wykonawców programu, oczekiwane korzyści i inne efekty (np. zwiększenie zapotrzebowania na określone usługi medyczne) oraz oszacować koszty (pieniężne i niezwiązane bezpośrednio z wydatkami, jak np. potrzeba zwolnienia się uczestnika programu z pracy), co powinno dać podstawę do zorientowania się, czy należy poszukiwać dodatkowych funduszy na sfinansowanie programu w wersji gwarantującej maksymalną efektywność.<sup>75</sup>

**Janina Ciekawska:** *Samorządy terytorialne mają często problem z udowodnieniem efektywności proponowanych programów zdrowotnych. Poproszę więc o kilka wskazówek dotyczących tej kwestii.*

**Prof. Konstanty AOTeMowski:** „Program zdrowotny należy od samego początku planować, organizować i wdrażać w takiej postaci, żeby można było ocenić jego efektywność. Jeśli to możliwe (i adekwatne dla danego problemu zdrowotnego), należy zmierzyć wyjściową chorobowość (liczba

<sup>74</sup> [www.aotm.gov.pl](http://www.aotm.gov.pl)

<sup>75</sup> Ibidem.

chorych/100 tys. populacji) i zachorowalność (liczba nowych przypadków/100 tys. populacji) albo rozprzestrzenienie czynnika ryzyka, który zamierzamy ograniczyć. W trakcie realizacji programu powinno się zbierać obiektywne dane dotyczące udziału w nim członków grup docelowych i osiągniętych efektów zdrowotnych. Jeśli ma to zastosowanie, przydatne jest zidentyfikowanie grupy kontrolnej – osób niepoddawanych/poddanych w mniejszym zakresie działaniom w ramach programu dla porównania efektów końcowych (przy czym nie chodzi tu o pozbawianie części obywateli świadczeń, ale np. porównanie z danymi historycznymi albo z populacją sąsiedniej gminy, gdzie świadczenie nie jest oferowane).

Wszystkie informacje powinny być podawane w sposób syntetyczny; projekt powinien zawierać wyłącznie informacje wiążące się bezpośrednio z zakresem programu (duża objętość projektu nie jest jednoznaczna z jego wysoką jakością); w przypadku rozbudowanego projektu zaleca się umieszczenie na początku zwięzłego streszczenia.<sup>76</sup>

---

<sup>76</sup> Ibidem.

## Dobre praktyki samorządowych programów zdrowotnych – krajowych i zagranicznych

### Program szczepień przeciwko grypie w populacji kobiet i mężczyzn powyżej 65. roku życia\*

**Realizator:** Urząd Miasta Tarnowa

**Opracowanie:** Bożena Kozioł, Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej Urzędu Miasta Tarnowa



#### Opis problemu

Grypa – pomimo utożsamiania jej z jesienną infekcją – jest w rzeczywistości chorobą wysoce zakaźną i niebezpieczną. Grypa nieleczona grozi zapaleniem mięśnia sercowego i osierdzia, zapaleniem krtani, tchawicy i oskrzeli. Replikacja wirusa wiąże się ze zniszczeniem komórek nabłonka rzęskowego układu oddechowego i stwarza dogodne warunki do rozwoju wtórnych zakażeń bakteryjnych. Powikłania grypy są szczególnie ciężkie u osób obciążonych chorobami przewlekłymi jak np. astma, POCHP, czy choroba niedokrwienności serca. Dodatkowy problem stanowi fenomen epidemiczny związany z grypą, polegający na jego niemal corocznej modyfikacji i wywoływaniu epidemii sezonowych. Ten typ modyfikacji jest stosunkowo łatwy do przewidzenia i pozwala na wyprodukowanie skutecznej szczepionki. Jednak znacznie groźniejszym zjawiskiem jest skok antygenowy odpowiedzialny za wszystkie pandemie grypy jak tzw. hiszpanka, czy grypa Hong Kong, panujące i zbierające swoje śmiertelne żniwo w ubiegłych stuleciach. Ostatnio uwagę epidemiologów przykuwa wirus H5N1, A(H1N1) oraz ptasia grypa. Pierwsza wywołana tym wirusem pandemia wśród ptactwa domowego miała miejsce w 2003 r. Według raportu WHO, od tego czasu potwierdzono 385 zakażeń szczepem H5N1, w tym 243 śmiertelne<sup>77</sup>. Wymienione wirusy określone są jako bardzo wirulentne, wywołujące wysoce patogenną grypę ptasią. Mimo, iż liczba zachorowań z powodu ptasiej grypy do tej pory była znacznie mniejsza niż liczba zachorowań z powodu grypy sezonowej, to jednak wirus H5N1 nie może być lekceważony. Nie można również bagatelizować wpływu sezonowych epidemii grypy na zdrowie publiczne. Wybuch wirusa ptasiej grypy, SARS, a także wydarzenia związane z epidemią świńskiej grypy A(H1N1) pokazały ponownie jakie znaczenie ma profilaktyka oraz Międzynarodowy Nadzór nad Grypą. Od kwietnia 2009 roku do lutego 2010 roku, w ponad 200 krajach zanotowano prawie 16 tys. zgonów na wirusa A/H1N1. Najbardziej dotknięty wirusem nowej grypy był kontynent amerykański, a szczególnie Stany Zjednoczone i Kanada. Tam zmarło około 6 700 osób. Po raz kolejny uzmysłowiono sobie, iż pandemia wirusa grypy jest bardzo prawdopodobna, wręcz nie do uniknięcia. Dlatego WHO zaleciła wszystkim krajom opracowanie planów pandemicznych oraz zwiększenie zużycia szczepionki w okresach między pandemicznych. Według naukowców, jeśli ptasi wirus uzyska zdolność transmisji z człowieka na człowieka, na obszarze zagrożonym

<sup>77</sup> M. Welnicki, w: *Grypa – niebezpieczna i lekceważona*, „Służba Zdrowia”, s. 71 – 75, 2008 r.

\* Powyższy opis pochodzi z 2010 roku. Wbrew przewidywaniom, wirus grypy H5N1 nie okazał się czynnikiem, który niósł ryzyko pandemii. Nie należy zatem traktować powyższego materiału jako wzorcowego.

pandemią zachoruje przynajmniej 100 mln osób. W strategii zapobiegania skutkom pandemii grypy ważne są szczepienia przeciwko grypie sezonowej. W Polsce blisko ¼ zwolnień lekarskich wystawiana jest z powodu grypy i innych infekcji górnych dróg oddechowych. Optymalny okres szczepień przeciwko grypie przypada w Polsce między wrześniem a grudniem, ale szczepienia są zalecane także w czasie trwania sezonowej epidemii.

Od kilku lat szczepienie przeciwko grypie wszystkich osób z grup wysokiego ryzyka np. osób starszych po 65. roku życia, z przewlekłymi chorobami serca lub chorobami metabolicznymi, kobiet w ciąży – stanowi przyjętą politykę większości krajów europejskich. Skuteczność szczepionki w grupie osób zdrowych poniżej 65. roku życia szacuje się na 70 – 90%. Po 65. roku życia szczepienie przeciwko grypie wiąże się z 50% redukcją ryzyka zgonu z powodu grypy i jej powikłań. Wykazano, że co najmniej ¼ zawałów jest bezpośrednio poprzedzona ostrą infekcją układu oddechowego. Szczyt zachorowań na grypę i wirusy grypopodobne przypada między styczniem a marcem. W tym okresie rejestruje się od paru tysięcy do paru milionów zachorowań. Szczepienie przeciw grypie jest związane ze zmniejszeniem występowania grypopodobnych chorób oddechowych, korzystania z wizyt lekarskich we wszystkich grupach wiekowych, hospitalizacji oraz zgonów wśród osób z grup podwyższonego ryzyka. Krajowy Komitet ds. Pandemii Grypy podkreśla, że organizowanie szczepień przeciwko grypie, szczególnie u osób z grup ryzyka, jest etyczną powinnością pracowników ochrony zdrowia.

### Charakterystyka programu

Program ma charakter interwencji realizowanej w obszarze profilaktyki wstępnej, której celem jest zapobieganie wystąpieniu zachorowania lub złagodzenie jego przebiegu i ewentualnych skutków ubocznych. Interwencja została skierowana do kobiet i mężczyzn powyżej 65. roku życia, należących do grupy ryzyka, w tym głównie ryzyka zgonu w następstwie przebycia powiklanej grypy sezonowej. Jednym z założeń programu jest objęcie szczepieniami przeciwko grypie sezonowej pensjonariuszy tarnowskich domów pomocy społecznej oraz podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, należących do wskazanej w programie populacji osób po 65. roku życia. Po nawiązaniu współpracy z domami pomocy społecznej i sporządzeniu list osób chcących się zaszczepić, lekarze przeprowadzą badania kwalifikujące do szczepień i wykonają szczepienia w siedzibie każdego z dps – ów z osobna. Docelowo zaplanowano wybór – (w drodze konkursu ofert) dwóch realizatorów szczepień. Zostaną oni zobowiązani do zaszczepienia w pierwszej kolejności pensjonariuszy domów pomocy społecznej. Po zabezpieczeniu tej grupy społecznej pozostałe środki finansowe zostaną przeznaczone na szczepienia innych mieszkańców miasta w wybranej populacji. Na wybór realizatorów szczepień będzie wpływało położenie i rejon miasta, w którym działa dana placówka medyczna, a tym samym dostępność dla osób starszych. Wykonawcy programu będą zobowiązani do prowadzenia kampanii informacyjnej, z uwzględnieniem MOPS.

### Diagnoza społeczna

Program został skierowany do populacji kobiet i mężczyzn powyżej 65. roku życia zamieszkałych i zameldowanych w Tarnowie. Populacja objęta programem stanowi grupę osób, u których ryzyko powikłań pogrypowych jest większe, a sam przebieg leczenia jest trudniejszy i wymaga większych kosztów. Potencjalna populacja liczy łącznie 16 436 osób. Przewiduje się, iż rocznie w ramach

realizacji programu można będzie objąć szczepieniami około 1000 - 1200 osób, co stanowi ponad 6,00% populacji docelowej. Pomimo, iż taka sytuacja jest dla większości osób niekomfortowa, w obecnej chwili Gmina Miasta Tarnowa nie posiada środków finansowych na zaszczepienie większej liczby osób. Należy pamiętać, iż w populacji docelowej będą osoby, które szczepią się corocznie za własne pieniądze oraz takie, które nigdy nie są przekonane do szczepień i wyrażają swoją dezaprobatę dla tego rodzaju działań profilaktycznych, a także takie osoby, które nie mogą być zaszczepione z powodów od nich niezależnych. Pomimo, iż szczepienie tylko pewnego odsetka populacji nie może dać efektu uodpornienia populacyjnego, wydaje się słuszne dofinansowanie szczepień przynajmniej dla części osób, którym szczepienie może ratować życie. Pensjonariusze domów pomocy społecznej to w większości przypadków osoby po 75 roku życia, często schorowane, które przebywając w dużym zbiorowisku ludzi są bardziej narażone na infekcje zakaźne, a tym samym na groźne powikłania chorobowe.

#### Korzyści wynikające ze szczepień dla wybranej populacji

Liczne badania prowadzone na świecie dowodzą, iż skuteczność szczepień przeciwko grypie w populacji ludzi w wieku podeszłym jest niepodważalna. Profilaktyka przeciwko grypie powinna wchodzić w skład standardów wtórnej prewencji chorób układu sercowo – naczyniowego, szczególnie u osób starszych. System obronny organizmu osób starszych jest mniej sprawny niż osób młodszych. Dodatkowym czynnikiem wpływającym na obniżenie odporności osób starszych są przewlekłe choroby układu sercowo – naczyniowego, układu oddechowego, cukrzyca i inne schorzenia upośledzające siły obronne organizmu. Z tych powodów przebieg grypy u osób starszych, ryzyko wystąpienia powikłań, a przede wszystkim liczba hospitalizacji i zgonów z powodu grypy są znacznie wyższe niż u osób młodszych. W tej grupie pacjentów przebieg choroby może być ciężki, związany z upośledzoną lub opóźnioną eliminacją wirusa.

#### Diagnoza epidemiologiczna

Z danych WHO wynika, iż co roku na świecie choruje na grypę od 330 do 990 milionów ludzi, i umiera w jej następstwie od pół miliona do miliona osób.

#### Analiza epidemiologiczna dla Polski

Szacuje się, że na powikłania po grypie sezonowej w Polsce umiera rocznie ok. 400 osób – mniej więcej jedna na tysiąc chorujących. W 2008 roku na grypę i choroby grypopodobne chorowało ponad 400 tysięcy osób. Od września do grudnia 2009 na grypę zachorowało w Polsce 107 250 osób. Jeśli chodzi o wirus tzw. świńskiej grypy A(H1N1). Główny Inspektor Sanitarny podaje, iż od wykrycia pierwszego przypadku zachorowania na grypę A(H1N1) w Polsce w dniu 6.05.2009 r. do 7.07.2010 r. zarejestrowano 182 zgony grypy A(H1N1).

#### Analiza epidemiologiczna dla powiatu tarnowskiego i miasta Tarnowa

W latach 2006 – 2009 grypa i infekcje grypopochodne były najczęściej występującymi chorobami zakaźnymi w województwie małopolskim.

Tabela 6 Liczba przypadków grypy i infekcji grypopochodnej w województwie małopolskim w latach 2006-2009

2006		2007		2008		2009	
Powiat tarnowski	Miasto Tarnów	Powiat tarnowski	Miasto Tarnów	Powiat tarnowski	Miasto Tarnów	Powiat tarnowski	Miasto Tarnów
243	37	9 263	4 129	444	17	8 384	3 440*

\* przypadki potwierdzone klinicznie

W związku z ogłoszeniem przez WHO pandemii grypy w trakcie roku 2009 nadzorem epidemiologicznym objęto 12 osób: w tym z objawami sugerującymi zakażenie grypą A/H1N1 oraz z mającymi kontakt z chorymi na A/H1N1 w środowisku domowym lub w trakcie podróży. Po raz pierwszy zarejestrowano i opracowano 5 przypadków zachorowań na grypę typu A/H1N1, w tym u 2 dzieci. Wszystkie przypadki zachorowań hospitalizowano i potwierdzono metodą PCR w laboratorium WSSE w Katowicach i NZOZ Diagnostyka w Krakowie. Testem w kierunku grypy typu A potwierdzono 4 przypadki zachorowań na grypę.

#### Diagnoza administracyjna i taktyczna

Na terenie miasta Tarnowa funkcjonują trzy domy pomocy społecznej i jeden dom dziennego pobytu dla osób dorosłych tj. DPS przy ul. Szpitalnej 53, DPS przy ul. Czarna Droga 48, DPS Hostel przy ul. Modrzejewskiej 48 oraz Dom Dziennego Pobytu przy ul. PCK 8/2., które pozostają w nadzorze Prezydenta Miasta Tarnowa. Wykonawca programu nawiąże kontakt z dyrekcją każdej placówki i ustali listę osób wyrażających zgodę na szczepienia, a następnie przeprowadzi badania i szczepienia na terenie danej placówki. Przewiduje się, że łącznie szczepieniami w domach pomocy społecznej może być objętych około 170 osób. Program szczepień będzie realizowany przez świadczeniodawców, oferujących świadczenia medyczne wykonywane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Na terenie miasta Tarnowa w około 70% podstawowa opieka zdrowotna skupiona została w niepublicznym sektorze medycznym, pozostali świadczeniodawcy działają w sektorze świadczeń publicznych. Łącznie 10 świadczeniodawców może docelowo ubiegać się w drodze konkursu ofert o środki na wykonanie programu szczepień przeciwko grypie. Z kilkuletnich doświadczeń wynika, iż program cieszył się bardzo dużą popularnością u świadczeniodawców oraz ich potencjalnych odbiorców. Po przeprowadzeniu szczepień w domach pomocy społecznej, dalsze szczepienia prowadzone będą w siedzibie wybranych świadczeniodawców, do których zgłoszą się zainteresowani pacjenci. Program będzie realizowany w ramach *Miejskiego Programu Promocji Zdrowia i profilaktyki Chorób Społecznych na lata 2011 – 2014*, jako jeden z programów wchodzących w skład przygotowanej strategii. Środki na realizację programu będą całkowicie pochodziły z budżetu Gminy Miasta Tarnowa i zostaną przelane na konto wykonawcy programu dopiero po jego realizacji i złożeniu odpowiedniego sprawozdania merytoryczno-finansowego. Realizator programu wyłoniony będzie w drodze konkursu ofert ogłoszonego na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz.2135)

### Przewidywane trudności i ograniczenia realizacji programu

Największym ograniczeniem programu pozostaje niemożność objęcia profilaktyką całej populacji w wyszczególnionej grupie wiekowej, co spowodowane jest brakiem możliwości finansowych. Istnieje realne zagrożenie, że liczba osób chętnych może przekroczyć liczbę przewidywaną w programie.

### Media plan

Zamieszczenie w lokalnej prasie publikacji zaznajamiającej z przedmiotem i sposobami wdrażania Programu. Zamieszczenie informacji na stronie internetowej Urzędu Miasta Tarnowa oraz stronie wykonawcy Programu. Przygotowanie plakatów informacyjnych do zamieszczenia w placówkach lecznictwa otwartego.

### Ustalenie celów programu

Cel główny: Zapobieganie zachorowaniom na grypę oraz zmniejszenie powikłań pogrypowych stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia w populacji po 65. roku życia.

Cele szczegółowe: propagowanie korzyści wynikających z immunoprofilaktyki, zwiększenie dostępu do profilaktyki dla osób niezamożnych, zmniejszenie występowania zaostrzeń chorób już istniejących.

### Wybór strategii i metod interwencji

Propozycja działań:

1. Ogłoszenie postępowania konkursowego i wybór wykonawcy Programu, który musi spełniać określone kryteria.
2. Wykonawca Programu wybiera koordynatora odpowiedzialnego za przebieg wdrażania i jakość udzielanych świadczeń oraz zapewnia fachowy personel medyczny, gwarantujący wysoką jakość świadczonych usług medycznych.
3. Prowadzenie kampanii informacyjnej na terenie domów pomocy społecznej, Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej oraz skierowanej do mieszkańców miasta.
4. Zapewnienie dostępu do badań i szczepień poza bieżącą działalnością leczniczo-diagnostyczną wykonawcy.
5. Wybór i zakup preparatu do szczepień przez wykonawcę programu.

### Harmonogram działań

1. Przygotowanie szczegółowego planu organizacji szczepień w domach pomocy społecznej oraz sporządzenie list osób zainteresowanych.
2. Organizacja i przeprowadzenie szczepień w domach pomocy społecznej.
3. Prowadzenie dokumentacji szczepień odrębnie dla DPS.
4. Realizacja szczepień dla pozostałych mieszkańców miasta, w tym
  - a. prowadzenie telefonicznej i bezpośredniej rejestracji osób chętnych do udziału w programie,
  - b. badania lekarskie kwalifikujące do szczepienia,
  - c. wykonanie szczepień.
5. Prowadzenie odpowiedniej dokumentacji programu i sporządzenie sprawozdania merytoryczno-finansowego.

### Zastosowany preparat leczniczy

W przypadku szczepień przeciwko grypie sezonowej od wielu lat stosowane są znane i sprawdzone preparaty zalecane i dostępne w Polsce, do których należą Vaxigrip, Influvac, Fluarix i Begrivac. Najczęściej stosowanym preparatem jest Vaxigrip i ta szczepionka była zastosowana do szczepień przeciwko grypie finansowanych przez Gminę Miasta Tarnowa w latach poprzednich. W okresie realizacji szczepień nie zgłoszono żadnych skutków ubocznych oraz powikłań poszczepiennych u osób objętych działaniami programu. Wybór preparatu należeć będzie do wykonawcy, który proponuje preparat już w ofercie zgłaszanej do konkursu.

### Zasoby, środki i nakłady finansowe

**Tabela 7 Plan finansowy – kosztorys programu szczepień przeciwko grypie w populacji kobiet i mężczyzn powyżej 65. roku życia realizowanego przez Urząd Miasta Tarnowa**

Struktura kosztów		Koszty w zł	
1.	Kalkulacja kosztów kampanii informacyjnej	Koszt plakatów informacyjnych: 50 szt.	100,00 zł
		Łącznie w okresie realizacji programu	400,00 zł
2.	Kalkulacja kosztów szczepienia:	Koszt badania lekarskiego i wykonania szczepienia	15,00 zł
		Koszt szczepionki	20,00 zł
Wartość rocznej realizacji programu		Koszt łączny	35 400,00 zł
Wartość czteroletniej realizacji programu		Koszt łączny	140 400,00 zł

### Ocena efektów programu - ewaluacja

- Ocena strategii działań i podjętych metod
- Organizacja i metody wdrażania programu
- Zainteresowanie programem:
  - odsetek i liczba osób zaszczepionych

#### Ocena realizacji celów programu

- Czy założone cele zrealizowano:
  - liczba zachorowań na grypę w populacji docelowej

#### Ocena zaspokojenia potrzeb zdrowotnych

- Liczba osób nie zaszczepionych z powodu braku środków finansowych
- Liczba osób z powikłaniami poszczepiennymi

#### Ocena poniesionych kosztów

- Czy koszty poniesione były zgodne z przyjętymi założeniami
- Czy środki finansowe przeznaczone na realizację programu były dobrze zaplanowane
- Czy koszty poniesione na profilaktykę są współmierne do osiągniętych efektów zdrowotnych

### Piśmiennictwo:

1. *Szczepienia przeciwko grypie u osób w wieku podeszłym – wyniki badań i mechanizmy protekcji kardiologicznej* [w:] Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki pod red. prof. dr hab. Piotra Podolca.
2. prof. dr hab. Lidia B. Brydak, *Grypa – problem stary jak świat*, Służba Zdrowia, s. 76 – 79/2007.



## „Profilaktyka i promocja zdrowia w praktyce” – wybrane działania w powiecie cieszyńskim w latach 1999 - 2013

**Realizator:** Starostwo Powiatowe w Cieszynie

**Opracowanie:** Barbara Kłosowska, inicjatorka i organizatorka w/w działań realizowanych od 1999 roku w ramach stanowiska ds. promocji zdrowia Starostwa Powiatowego w Cieszynie, a od 2012 r. jako Kierownik Biura Promocji Zdrowia.



### Wprowadzenie

Utrzymanie i ochrona zdrowia mieszkańców powiatu wymagają prowadzenia wielokierunkowych działań, ukierunkowanych na ich potrzeby zdrowotne, w oparciu o możliwości i potencjał podmiotów i osób zajmujących się działaniami prozdrowotnymi.

W procesie kształtowania lokalnej polityki zdrowotnej ważne jest aktywizowanie i konsolidowanie całego środowiska poprzez budowanie sieci sprzymierzeńców oraz wspieranie liderów i edukatorów.

Dzięki budowaniu lokalnej koalicji na rzecz zdrowia i podtrzymywaniu pozytywnych relacji, możliwe jest realizowanie założonych celów: poszerzania i utrwalania wiedzy oraz kształtowania przekonań i nawyków, umożliwiających prowadzenie zdrowego stylu życia.

Ważnym elementem projektowania działań dla powiatu cieszyńskiego były wyniki badań ankietowych, realizowanych w roku 1999 i 2005. Wnioski z tych badań oraz dostępne dane statystyczne i źródła naukowe, posłużyły do przygotowania i wdrożenia działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia.

Poniżej zaprezentowano krótką informację o zorganizowanych szkoleniach, konkursach, olimpiadach wiedzy, kampaniach informacyjnych, zajęciach aktywności ruchowej oraz akcjach z badaniami profilaktycznymi, poradnictwem i konsultacjami specjalistycznymi.

### Budowanie sieci i wsparcia

Wśród inicjatyw integrujących społeczność lokalną na pierwszym miejscu wymienić warto „Forum Inicjatyw Prozdrowotnych w Powiecie Cieszyńskim”. To wieloletni, cykliczny program, którego celem jest konsolidacja społeczności lokalnej, prezentowanie dobrych praktyk oraz współpraca i koordynacja działań na rzecz zdrowia. Poza spotkaniami o charakterze debat, ma on liczne implementacje praktyczne, realizowane zarówno samodzielnie przez uczestników, jak i we współpracy między nimi. Integralną częścią Forum jest informacyjna baza danych o działaniach prozdrowotnych, dostępna na stronie internetowej Starostwa w kategorii „Zdrowie”, zakładce „Promocja Zdrowia”. Istotnym jest także „Powiatowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Mieszkańców Powiatu Cieszyńskiego na lata 2011-2015”, który między innymi upowszechnia wiedzę na temat zdrowia psychicznego, kształtuje umiejętności prospołeczne młodzieży, w tym radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu.

## Szkolenia

Organizowane są głównie dla przedstawicieli takich środowisk zawodowych jak: pedagodzy szkolni, psychologzy, nauczyciele, pielęgniarki i przedstawiciele innych instytucji. Usystematyzowane w kilku cyklach stanowiły ważną ofertą edukacyjną, wspierającą i doradczą.

Główne z nich to:

- Szkolenia wykładowo – warsztatowe: „Kształtowanie przekonań sprzyjających zdrowiu”, oparte na Racjonalnej Terapii Zachowań, opracowanej przez Maxie C.Maultsby, Jr., MD; „Nakarmić duszę i ciało, czyli jak każdego dnia kreować swoje zdrowie”, „Systemowa współpraca instytucji skupiona wokół dzieci i młodzieży w sytuacji kryzysu zdrowia”.
- Seminaria: „Profilaktyka stresu i wypalenia zawodowego z wykorzystaniem RTZ”, „Sam zadbaj o swoje zdrowie”, które obejmowało tematykę wypalenia zawodowego; „Już teraz mogę zadbać o zdrowie swego przyszłego dziecka” dotyczące profilaktyki wad cewy nerwowej; promujące ruch: „Aktywność fizyczna a zdrowie człowieka”, „Profilaktyczne, wychowawcze i społeczne znaczenie ruchu – przegląd dobrych praktyk”, „Profilaktyka narządu ruchu” oraz „Choroby cywilizacyjne: cukrzyca dzieci, młodzieży i dorosłych – profilaktyka i leczenie”, „Choroby wieku dojrzałego”, „Wpływ literatury na rozwój biopsychospołeczny człowieka”.
- Warsztaty i wykłady: „Jedz zdrowo i nie tyj” wraz z sesją zdrowego gotowania i tańca terapeutycznego.
- Cykl szkoleń „Dziecko z chorobą”, w tym konferencje i seminaria: „Humanistyczne idee Janusza Korczaka jako podstawa bezpieczeństwa rozwojowego i zdrowotnego dziecka”, „Dziecko z astmą w szkole”, „Dziecko z cukrzycą w szkole” oraz „Wczesne rozpoznawanie nowotworów u dzieci”.
- Cykl szkoleń „Żyj bez uzależnień”, np. 4-dniowe warsztaty dla edukatorów, które odbyły się w Szkolnym Schronisku Młodzieżowym „Zaolziańska” w Istebnej w ramach pomocy finansowej agencji UNDP, szkolenie „Modelowanie i profilowanie grupy klasowej w kontekście niekorzystnych zjawisk społecznych, szczególnie narkomanii”, „Działania profilaktyczne i procedury postępowania na terenie szkoły w sytuacjach zagrożenia uczniów przestępczością, demoralizacją i uzależnieniami”, „Uzależnienie od alkoholu: metabolizm, przyczyny i diagnoza, aspekty społeczne i prawne, sposoby leczenia”, „Uzależnienie od Internetu i komputera”, „Zagrożenia cyberprzestrzeni – aspekty wychowawcze i zdrowotne”.
- Cykl szkoleń „Zagrożenia zdrowia psychicznego”: „Zaburzenia psychiczne i patologia społeczna w okresie dorastania”, „Seksualność dzieci i młodzieży – norma a patologia”, szkolenie „Trening Zastępowania Agresji” w tym w ramach metody ART., warsztaty kształtowania umiejętności prospołecznych, trening kontroli złości i wnioskowania moralnego, zajęcia warsztatowe „Molestowanie seksualne i kary fizyczne dzieci”.
- Seminaria: „Nadpobudliwość – diagnoza i postępowanie”, „Depresja i problem samobójstw u dzieci i młodzieży”, „Anoreksja i bulimia psychiczna – jak wygrać z chorobą?”, szkolenie „Zaburzenia lękowe i depresyjne”, „Jak pracować z dzieckiem po traumatycznych przeżyciach?”, „Wsparcie psychiczne i rehabilitacja kobiet po mastektomii” i debaty pt.: „Żałoba- Strata- Osierocenie” oraz „Zdążyć z prawdą. Hospicjum to też życie”.

### Działania na rzecz dzieci i młodzieży szkolnej

Działania kształtujące prozdrowotne nawyki poprzez stosowanie twórczych metod pracy (teatr, muzyka, taniec, literatura plastyka itp.), poprzez aktywność fizyczną i rozwijanie umiejętności udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.

1. Program zdrowotny „4 minuty, które decydują o życiu”, obejmujący szkolenia i olimpiadę wiedzy w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych powiatu cieszyńskiego.
2. Konkursy kształtujące nawyki zdrowotne i promujące pozytywnych liderów, z atrakcyjnymi nagrodami dla uczniów szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych,
  - a. cykl literacki, konkurs na bajkę, który miał już trzy edycje: „Bajki, które bawią, wychowują i leczą”, „W zdrowym ciele zdrowy duch”, „Zdrowie po cieszyńsku”:
    - konkurs na esej literacki „Od wczesnej młodości przygotowuję się do jesieni swego życia”,
    - konkurs na esej pt.: „Historia mojej wyprawy po zdrowie”- napisali go ci, którzy dokonali zmiany stylu życia i **poculi** się zdrowsi i szczęśliwsi, oraz „Jesień życia widziana oczami młodych”, a także
    - konkurs na zabawny wierszyk (112 wierszyków), wydawnictwo „Szkolny biuletyn o zdrowiu. Nasze opinie, potrzeby i propozycje” (7 biuletynów), na ulotki „Złote zasady dla Zdrowia w każdym wieku” i „Twój niezbędnik zdrowia” (ponad 100 szt.).
  - b. konkurs muzyczny na utwór muzyczny pt.: „Przebój promujący zdrowie” (kilkanaście piosenek);
  - c. cykl teatralny „Z uśmiechem i humorem promuj zdrowy styl życia” na scenki teatralne z morałem prozdrowotnym (kilka edycji) oraz wybory „Miss i Mistera zdrowego stylu życia”;
  - d. cykl plastyczny: na plakaty prozdrowotne (wpłynęło 185 plakatów), na plakat „Sprawny umysł to zdrowe ciało”, na plakat „Bezpieczna droga” (400 plakatów), na plakat „Matka i dziecko niech będą najważniejsi”(142 plakaty), na plakat „Poła nadziei. Żonkile dla hospicjum”(93 prace); na kalendarz „Dbaj o zdrowie w roku 2009” i plakat „Możesz pomóc ciężko choremu człowiekowi”;
  - e. na prezentacje multimedialne: „Profilaktyka ważna dla zdrowia”, „Złote zasady dla zdrowia w każdym wieku” (58 prezentacji);
  - f. na aranżacje stołów „Artystycznie i ze smakiem przygotuj stół na popołudniową herbatkę dla dwojga” uczący estetyki spożywania posiłków (zgłosiło się 11 drużyn szkolnych);
  - g. konkurs na lidera pn.: „Lider promocji zdrowia” zgłoszono 40 uczestników;
  - h. cykl „Żyj bez uzależnień” na scenki rodzajowe wg zasady żyj dzisiaj, z myślą o jutrze (4 edycje), a także na kartę pocztową z przesłaniem antynarkotykowym (wpłynęły 273 prace uczniów).

3. Profesjonalne spektakle profilaktyczne i widowiska słowno-muzyczne.  
Zapraszano do Cieszyna aktorów i uznanych wykonawców, którzy pokazali swój talent aktorski i muzyczny, składając świadectwa z życia w celu przestrogi przed używaniem alkoholu i narkotyków. Cieszyły się dużym zainteresowaniem uczniów, gdyż podejmowały ważne tematy w sposób niestandardowy i niebanalny.  
Odbłyły się spektakle: „Narkomanka”, „Pierwsze przykazanie miłości”, „Pomóż mi”, „Dożywno usprawiedliwiony”, „Klaser pełen dopalaczy”, „Wpadka”, „Carpe Diem”, „Jeśli nadejdzie jutro” oraz programy słowno-muzyczne: „Jutro jest, wtedy pochylisz się nad sobą”, „Mimo wszystko miłość”, „Broń się, nie trać wiary”, „Dopóki Masz Wybór”.
4. Kampanie.  
„Rzuć palenie od zaraz”, która motywowała do rzucenia nałogu przez uczniów i dorosłych oraz program informacyjno-ostrzegawczy przed sektami, także zajęcia pozaszkolne dla uczniów: „Z tańcem i muzyką do zdrowia”; zajęcia typu ART oraz warsztaty teatralne (2 edycje). Kształtowały one wrażliwość społeczną, nawyki prozdrowotne i edukowały. W ramach akcji „Bajki, które leczą” (4 edycje) - młodzież czytała bajki, by umilić chorym maluchom trudny czas pobytu w Szpitalu Śląskim w Cieszynie. Odbłyły się kampanie edukacyjno- profilaktyczne „Dobrze, że jesteś”, „Recepta na sukces”, „Razem przeciw AIDS”, „ Po prostu porozmawiaj”.

#### Akcje profilaktyczne dla społeczności lokalnej

„Wakacyjny Tydzień Zdrowia” w Ustroniu, w Koniakowie, Istebnej, Wiśle i Cieszynie, podejmowane od wielu lat, dawały możliwość bezpłatnego skorzystania z porad, konsultacji specjalistów, badań profilaktycznych, degustacji zdrowej żywności i wielu innych propozycji.

#### Programy ruchowe dla kobiet w ramach „Akademii Ruchu”

Realizowane w edycjach wiosennych i jesiennych w ramach darmowych zajęć typu pilates, aqua-aerobic, aerobic i pływanie, podczas których uczestnicy bawiąc się, pracują nad swoim ciałem i poprawiają kondycję psychofizyczną organizmu.

#### Działalność wydawnicza

Opracowanie, wydanie i rozpowszechnienie materiałów:

- a. opracowanie raportu „Zdrowie młodzieży szkolnej w Powiecie Cieszyńskim”;
  - a) opracowanie pt. „Młodzież a uzależnienia”;
  - b) publikacja pt. „Wokół problemów HIV/AIDS. Rozważania o tolerancji. Przekonania i poglądy młodzieży”;
  - c) ulotki zawierającej wybrane wierszyki uczniów i reprodukcje plakatów prac konkursu „Z uśmiechem i humorem promuj zdrowy styl życia”;
  - d) cykl „Biblioteczka zdrowia - specjaliści radzą”.

#### Działania regionalne

Powiat cieszyński uczestniczył w przedsięwzięciach o wymiarze regionalnym dotyczących profilaktyki i promocji zdrowia:

- Regionalne Forum Promocji Zdrowia pt. „Problemy wieku podeszłego”, w którym udział wzięło 100 osób, a ich forum było kształtowanie wrażliwości wobec drugiego człowieka,

szczególnie w podeszłym wieku i podkreślenie jego potencjału intelektualnego, twórczego i duchowego;

- Regionalna Olimpiada Wiedzy o Zdrowiu Psychicznym dla młodzieży szkół ponadgimnazjalnych trzech powiatów: bielskiego, cieszyńskiego oraz żywieckiego. Obecnie trwają prace nad II edycją. Celem tej inicjatywy jest podniesienie świadomości mieszkańców z zakresu problematyki zaburzeń psychicznych, sprzyjający lepszemu zrozumieniu ich natury przez uczniów oraz zwalczaniu stereotypów. Pierwsza edycja Olimpiady zaangażowała wielu uczniów, organizatorów ze starostw w Bielsku – Białej, Cieszynie i Żywcu, nauczycieli – koordynujących konkurs w szkołach, specjalistów zdrowia psychicznego, zapewniających materiały i nadzór, członków komisji oceniającej, radnych i postów.

### „6 – 10 – 14 dla zdrowia”. Program zdrowotny w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży

**Realizator:** Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

**Opracowanie:** Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku



#### Opis problemu

#### Problem zdrowotny

Od połowy XX wieku znacznie zmieniły się trendy związane z przyczynami chorobowości populacji dziecięcej. Dzięki rozwojowi higieny, zapobieganiu chorobom infekcyjnym, a przede wszystkim zmianie stylu życia i żywienia wśród dzieci coraz większe znaczenie mają choroby cywilizacyjne. W populacji dziecięcej w ostatnich latach obserwuje się znaczne narastanie nadwagi i otyłości. Czynniki te znacznie zwiększają ryzyko wystąpienia tzw. chorób cywilizacyjnych - m.in. nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej, chorób metabolicznych, ale również chorób układu kostno-stawowego, wad postawy oraz wtórnie zaburzeń psychologicznych.

W populacji dzieci nadwaga i otyłość są określeniami dotyczącymi nadmiaru masy ciała (NMC) w stosunku do należącej dla wieku i/lub wzrostu. U dziecka, u którego wystąpi nadwaga/otyłość, znacznie zwiększa się ryzyko na bycie otyłym w wieku dorosłym, a co za tym idzie, powstaje znacznie wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia niepożądanych skutków zdrowotnych, a następnie negatywnych efektów społecznych – koszty bezpośrednie i pośrednie utrzymania osób chorych.

Wobec faktu, że zapobieganie chorobom cywilizacyjnym należy rozpocząć już w wieku rozwojowym, szczególnego znaczenia nabiera problem otyłości u dzieci i młodzieży. Udowodniono, że w stosunku do rówieśnika z prawidłową masą ciała, dziecko otyłe w wieku

10-13 lat jest 6-7-krotnie bardziej narażone na występowanie otyłości w wieku dorosłym. Must i in. stwierdzili, że występowanie otyłości w wieku rozwojowym zwiększa zachorowalność i śmiertelność po 50 latach życia, niezależnie od masy ciała tych osób w wieku dorosłym.

Otyłość jest jednak czynnikiem modyfikowalnym, dzięki któremu możemy dążyć do poprawy stanu zdrowia ludności, w tym dzieci i młodzieży. Obniżenie i utrzymanie masy ciała dziecka w wartościach prawidłowych dla wieku i wzrostu zmniejsza ryzyko wystąpienia chorób opisywanych powyżej.

### **Populacja podlegająca JST**

Populacja poszczególnych roczników dzieci i młodzieży w Gdańsku kształtuje się na poziomie 3500-4000, zgodnie z danymi GUS oraz UM w Gdańsku. Łączna populacja dzieci w wieku 6, 9-11, 14 szacowana jest na około 12 tysięcy dzieci rocznie.

W ramach realizowanego programu planowane jest objęcie interwencją wszystkich dzieci w wybranych rocznikach, w wieku 6 i 14 lat oraz wybranych grup dzieci w wieku 8-12 lat, co wynikać będzie ze sposobu prowadzenia programu. W związku z powyższym łączna liczba uczestników w toku realizacji programu szacowana jest na 26 000 dzieci i młodzieży w trakcie 3 lat trwania programu, przy założeniu 100% frekwencji.

Spośród osób włączonych do programu około 15% zostanie zaangażowanych do dalszej interwencji podjętej na rzecz osób z czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych oraz wstępnym rozpoznaniem nadwagi, otyłości. Liczba ta wynika z danych epidemiologicznych wskazujących na występowania nadwagi i otyłości.

Realizator zakłada możliwość przeprowadzenia interwencji wobec wszystkich dzieci z nadwagą i otyłością z terenu Miasta Gdańska oraz możliwość objęcia badaniami przesiewowymi około 70% dzieci i młodzieży we wskazanych rocznikach.

### **Dostępne finansowane ze środków publicznych świadczenia opieki zdrowotnej**

W ramach realizowanych zadań programu planowane są badania przesiewowe o spektrum znacznie szerszym niż realizowane w ramach świadczeń obecnie dostępnych ze środków publicznych. Interwencja skierowana do dzieci i młodzieży ma zawierać dwa główne elementy, których wspólna realizacja niezbędna jest do kompleksowego zrealizowania programu.

Badania przesiewowe dzieci i młodzieży w kierunku chorób cywilizacyjnych będą wstępem do dalszej interdyscyplinarnej interwencji w ramach programu. W ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ takie działania, zarówno przesiewowe jak i pogłębione, nie znajdują odzwierciedlenia. Nie ma również dostępnego kompleksowego, interdyscyplinarnego systemu walki z nadwagą i otyłością u dzieci i młodzieży, która finansowana byłaby w ramach środków publicznych.

### **Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu**

Gwałtownie narastająca skala nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym jest jednym z najważniejszych do rozwiązania zagadnień z zakresu zdrowia publicznego. Wszelkie

skuteczne działania podejmowane w celu redukcji częstotliwość występowania problemu nadmiary masy ciała w populacji dziecięcej przyczyniać się będą do redukcji przyszłych skutków zdrowotnych oraz ekonomicznych.

Przeprowadzenie kompleksowej, długookresowej interwencji pozwoli nie tylko na okresowe poprawienie wyników zdrowotnych, ale uświadomienie problemu i zachęcenie do zmiany zachowań, zarówno przez uczestników programu, jak i jego bezpośrednich odbiorców – w tym przede wszystkim rodziców dzieci z nadwagą. Pozwoli również na zmianę nastawienia jednej z najbardziej wpływowej grupy autorytetów – nauczycieli. Efekty programu będą przez to widoczne jeszcze długo po jego zakończeniu.

W obecnie funkcjonującym systemie opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych nie istnieje żadna forma długofalowej, kompleksowej opieki nad dziećmi z zaburzeniami masy ciała pod postacią nadwagi i otyłości. System zapewnia specjalistyczną opiekę lekarską, ograniczoną jednak głównie do okresowego monitorowania stanu zdrowia, bez prowadzenia stałej interwencji i edukacji. Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, tylko pełne, interdyscyplinarne podejście do zagadnienia redukcji nadwagi i otyłości w populacji dziecięcej, jako głównego modyfikowalnego czynnika chorób cywilizacyjnych, może doprowadzić do realizacji założeń programu.

### Cele programu

#### Cel główny

Poprawa stanu zdrowia dzieci i młodzieży z Gminy Miasta Gdańsk poprzez przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej u dzieci z wykrytymi wybranymi czynnikami chorób cywilizacyjnych.

#### Cele szczegółowe

- zmniejszenie częstotliwości występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży z Gdańska,
- redukcja masy ciała u dzieci objętych programem o 5% w stosunku do masy wyjściowej, zgodnie z należą dla wieku i wzrostu,
- wczesna identyfikacja dzieci i młodzieży z chorobami metabolicznymi, nadciśnieniem tętniczym oraz innymi chorobami wymagającymi leczenia w trybie pilnym w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ,
- przeprowadzenie edukacji zdrowotnej dzieci i rodziców uczestników programu,
- wprowadzenie prawidłowych nawyków dotyczących diety, zachowań zdrowotnych, aktywności fizycznej w trakcie trwania programu oraz ich utrwalenie po zakończeniu programu,
- zaangażowanie środowiska szkół podstawowych i gimnazjalnych z terenu Gdańska w proces zmiany zachowań żywieniowych i zdrowotnych dzieci i młodzieży. Zaangażowanie szkół w kształtowanie pozytywnego nastawienia do zmiany zachowań zdrowotnych,
- przeprowadzenie edukacji zdrowotnej dla nauczycieli.

### Oczekiwane efekty

- przeprowadzenie kompleksowego badania przesiewowego w populacji 6, 9-11 i 14-latków z Gdańska w trzech kolejnych latach, przeprowadzenie interwencji przesiewowej i edukacyjnej u około 70% dzieci w wybranych rocznikach,
- wyselekcjonowanie grupy około 15% dzieci z czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych,
- przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej u min. 60% dzieci z wykrytymi niedoborami zdrowotnymi,
- redukcja masy ciała dzieci poddanych interwencji (w stosunku do należnych dla wieku i wzrostu wartości) o średnio 5% w czasie trwania interwencji,
- utrzymanie pozytywnego efektu zdrowotnego po roku od zakończenia interwencji,
- wzrost świadomości zdrowotnej wśród rodziców i dzieci z Gdańska.

### Mierniki efektów

- ocena masy ciała i wzrostu, wyliczenie BMI oraz wartości centylowych dla uczestników programu po zakończeniu interwencji oraz w rok po jej zakończeniu (u wybranej grupy uczniów),
- zmiana zachowań zdrowotnych i żywieniowych rodziców oraz dzieci (badania ankietowe),
- wdrożenie leczenia u dzieci z wykrytymi chorobami,
- liczba wprowadzonych zmian w środowisku szkolnym w zakresie profilaktyki i walki z nadwagą i otyłością (liczba przeszkolonych nauczycieli, intendentek szkolnych, liczba zmian wprowadzonych w zakresie asortymentu w sklepikach szkolnych, zmian w menu stołówek).

### Adresaci programu

#### Oszacowanie populacji programu

W Gdańsku łączna liczba uczniów w objętych projektem grupach wiekowych kształtuje się na poziomie 36000 dzieci. Planowane jest włączenie wszystkich dzieci w ramach danego rocznika, w trzech kolejnych latach trwania programu. Dzieci objęte zostaną badaniami przesiewowymi nastawionymi na identyfikację czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych. Realnym jest osiągnięcie uczestnictwa na poziomie 70% ze względu na możliwość uzyskania zgody rodziców (opiekunów prawnych), zainteresowania rodziców oraz współpracy ze szkołami.

Do programu interwencyjnego zakwalifikowanych zostanie około 15% dzieci poddanych badaniom przesiewowym. Zgodnie z opisaną powyżej epidemiologią, będą to dzieci z wykrytymi czynnikami ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych.

Ze względu na zwartą i łatwo dostępną grupę uczestników rekrutacja dzieci do badania przesiewowego oraz interwencji edukacyjno-zdrowotnej będzie prowadzona na terenie szkół podstawowych i gimnazjalnych.

Badania przesiewowe dzieci w wieku 6 lat oraz w wieku 9-11 lat będą prowadzone w ramach realizowanych przez Ośrodek Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka programów statutowych. OPZiSD jest jednostką budżetową Miasta Gdańska, którego celem jest prowadzenie



systematycznych badań przesiewowych dzieci oraz edukacja w zakresie zachowań prozdrowotnych. Niestety Ośrodek nie posiada możliwości realizowania kompleksowych programów interwencji długofalowej. Swoimi działaniami ośrodek obejmuje ponad 80% dzieci we wskazanych grupach wiekowych.

Badania przesiewowe dzieci 14-letnich będą prowadzone w szkołach przez przeszkolone pielęgniarki. Badania realizowane będą corocznie we wszystkich szkołach gimnazjalnych w Gdańsku. Zakładane jest uczestnictwo uczniów na poziomie ok. 70% w badaniach przesiewowych oraz około 70% w dalszej części programu.

Wszystkie dzieci z wykrytymi czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych – w szczególności dzieci z nadwagą i otyłością – zostaną zaproszone do wzięcia udziału w kompleksowej interwencji edukacyjno-leczniczej. Będzie ona miała na celu redukcję masy ciała należącej do wieku i wzrostu, a także zmianę nawyków żywieniowych i prozdrowotnych. Szacowane jest uczestnictwo około 70% dzieci zaproszonych do drugiego etapy interwencji.

Dane wszystkich dzieci uczestniczących w programie od etapu badań przesiewowych do zakończenia interwencji będą systematycznie gromadzone w bazach danych, co pozwoli na stałe dotarcie do populacji badanej.

W związku z powyższym planowane jest następujące minimalne uczestnictwo uczniów w programie w czasie 3 lat jego realizacji

- 20 000 uczniów na etapie przesiewowym
- 3000 uczniów na etapie rozpoczęcia interwencji edukacyjno-zdrowotnej, 2400-2800 na etapie ukończenia interwencji

Poza uczniami, do których bezpośrednio zostanie skierowany projekt interwencji, jego działania skupione będą również na ich rodzicach. Zgoda opiekunów będzie niezbędna do wykonania badań przesiewowych. Opiekuni otrzymają informacje na temat stanu zdrowia dziecka, proponowanego dalszego postępowania oraz ewentualnego włączenia do programu interwencyjnego. Rodzice będą aktywnymi uczestnikami programu interwencyjnego, gdyż to oni będą w zdecydowanej mierze odpowiedzialni za prowadzenie zachowań zdrowotnych w życiu dziecka i rodziny. W związku z tym wszelkie działania edukacyjne oraz interwencyjne zostaną dopasowane do potrzeb osób dorosłych. Rodzice zostaną również uczestnikami spotkań w ramach programu interwencyjnego. Szacowany jest udział grupy około 20 000 rodziców w 3 latach trwania programu, z czego w programie pogłębionym weźmie udział około 3000 rodziców.

Trzecią grupą docelową programu są przedstawiciele środowiska szkolnego szkół podstawowych i gimnazjalnych z Gdańska. Łącznie jest to grupa około 80 placówek edukacyjnych. Szacowana liczba przedstawicieli środowiska szkolnego, która wzięłaby udział w projekcie to około 400 osób.

## Organizacja programu

### Główne założenia programu

- W celu przygotowania harmonogramu roboczego, protokołów wykonawczych oraz zapewnienia odpowiedniego standardu merytorycznego i naukowego realizator powoła Radę Programu. W skład Rady wejdą przedstawiciele świata nauki zajmujący się problematyką chorób cywilizacyjnych u dzieci. Zadaniem Rady będzie głównie opiniowanie planowanych harmonogramów działań, a także określanie kierunków zmian w kolejnych etapach tworzenia projektu w oparciu o dane z ewaluacji kolejnych etapów programu. Rada Programu będzie miała również za zadanie wytyczenie kierunków opracowania danych pozyskanych w ramach realizowanych w programie badań tak, by maksymalnie wykorzystać uzyskane wyniki dla poprawy zdrowia dzieci i młodzieży z terenu Gdańska, a także przekazać te dane szerszemu gronu odbiorców.
- Realizator planuje stworzenie interaktywnego modułu informatycznego, zapewniającego możliwość bezpośredniego zapisywania informacji o pacjentach przez wszystkich realizatorów (przesiew, poradnictwo, koordynacja). Stworzony portal pozwoli też na zapewnienie optymalnego sposobu zapisywania danych, przygotowywania oraz opracowywania kompleksowych raportów i zestawień. Dodatkowym atutem będzie możliwość korzystania przez uczestników z internetowych dzienniczków opisujących wypełnianie kolejnych kroków podjętych przez dziecko w walce z NMC. Portal pozwoli również na bezpośrednią komunikację uczestników ze specjalistami (odpowiedź w czasie rzeczywistym lub w ciągu 24 godzin).
- Dla zapewnienia optymalnej opieki nad dziećmi z wykrytymi *de novo* zaburzeniami i chorobami dyskwalifikującymi od uczestnictwa w programie, ale wymagającymi dalszego leczenia, realizator nawiąże współpracę z klinikami pediatrycznymi z terenu Trójmiasta, celem wypracowania skróconej ścieżki dostępu do właściwych świadczeń medycznych.
- Przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku czynników ryzyka wśród uczniów 6, 9-11 i 14-letnich.
  - Badania dzieci 6-letnich przeprowadzane będą w systemie rocznym w Ośrodku Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka w Gdańsku w ramach programu Zdrowe Życie Twojego Dziecka. Badania te będą skupione na ocenie kompleksowego rozwoju oraz stanu zdrowia dziecka. Rodzice dzieci z wykrytymi zaburzeniami spełniającymi kryteria programu będą zapraszani do uczestnictwa w dalszych etapach. Z dotychczasowych doświadczeń ośrodka wynika, że programem objętych jest ponad 80% dzieci z terenu Gdańska.
  - Badania przesiewowe w grupie dzieci 9-11-letnich będą przeprowadzane również w oparciu o działania OPZISD – Program Zdrowy Uczeń. W tym programie dzieci w przedziale wiekowym 9-11 lat są badane w cyklu 5 letnim w szkołach. W związku z tym w trakcie trwania programu przewidujemy dotarcie do około 60% szkół podstawowych w Gdańsku i wyselekcjonowanie grupy dzieci z nawagą i otyłością w przedziale wieku 8-11. Również te dzieci oraz ich rodzice będą zapraszani do uczestnictwa w dalszej interwencji.
  - Młodzież 14-letnia będzie badana przesiewowo w ramach corocznych badań organizowanych na terenie szkół gimnazjalnych. Badania przesiewowe będą

przeprowadzane przez zespół wykwalifikowanych pielęgniarek. Dzieci spełniające kryteria kwalifikacji będą następnie zapraszane do dalszych etapów programu.

- Przed rozpoczęciem badań rodzice otrzymają pełną informację na temat programu oraz zostaną poproszeni o podpisanie należytych zgód i danych kontaktowych. Wyrażenie zgody przez rodziców będzie warunkiem koniecznym do włączenia dziecka do programu. Badania przesiewowe będą prowadzone w koordynacji i porozumieniu ze szkołami oraz Wydziałem Edukacji UM w Gdańsku.
- Przeprowadzenie badań ankietowych dotyczących stylu życia, zachowań zdrowotnych oraz czynników ryzyka u dzieci (ankieta wypełniana przez rodziców i dzieci 14-letnie). Badanie będzie przeprowadzone na początku i na końcu interwencji zdrowotnej.
- Przygotowanie w formie karty wyniku informacji zwrotnej o pozytywnej ocenie badanych parametrów oraz przekazanie materiałów edukacyjnych dla „zdrowych” dzieci i ich rodziców, wzmacniających pozytywne zachowania prozdrowotne.
- Wyselekcjonowanie z powyższych grup dzieci z czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia odżywiania, zaburzenia depresyjne).
- Przeprowadzenie pełnej interwencji edukacyjno-lecniczej u dzieci z wykrytymi problemami zdrowotnymi:
  - interwencja diagnostyczno-lecnicza w zakresie najczęstszych przyczyn chorób cywilizacyjnych (nadciśnienie tętnicze, nadwaga i otyłość), chorób metabolicznych
- Przygotowanie oraz przeprowadzenie kompleksowego programu edukacyjnego dla dzieci i rodziców (w zakresie dietetyki, aktywności fizycznej, budowania pozytywnych zachowań zdrowotnych).
- Odrębnym elementem programu będzie przeprowadzenie programu edukacyjnego dla środowiska szkolnego w zakresie nadwagi i otyłości oraz chorób cywilizacyjnych u dzieci. Moduł skierowany do środowiska szkolnego ma za zadanie wywołanie zmiany w nastawieniu nauczycieli do problemu nadwagi i otyłości, a także dokonania zmian w jadłospisach stołówek, zmian w programach nauczania w-f, a także dokonania rewizji produktów sprzedawanych w sklepikach czy automatach na terenie szkół.
- Wszystkie działania realizowane w programie będą wsparte szeroką akcją medialną i informacyjną skierowaną do rodziców, mediów oraz dyrektorów placówek oświatowych. Realizatorom zależeć będzie na przedstawieniu pozytywnych długofalowych efektów realizowanego programu.
- Ewaluacja programu będzie składała się z corocznej oceny efektów programu u dzieci z grupy włączonej do interwencji jak i efektów organizacyjnych i skuteczności włączania dzieci do interwencji.

#### Części składowe programu przesiewowego

W ramach programu planowane jest przeprowadzenie następujących działań:

- Przesiewowe badanie fizykalne (z pełnymi pomiarami antropometrycznymi) wraz z pogłębionym wywiadem w kierunku obciążenia ryzykiem chorób metabolicznych. Badania przesiewowe będą realizowane zgodnie z aktualnymi zaleceniami ekspertów. Dodatkowo

badania wzbogacone będą o wykonanie testów wydolności fizycznej (*Kasch Pulse Recovery Test*), pomiary ciśnienia tętniczego. W przypadku wykrycia zaburzeń skierowanie dziecka do dalszych badań w ramach programu interwencyjnego. W przypadku wykrycia ewidentnych odchyleń od prawidłowego stanu zdrowia mogących być stanem zagrożenia zdrowia lub życia natychmiastowe skierowanie dziecka pod opiekę świadczeniodawców finansowanych przez NFZ.

- Przeprowadzenie ankiet dotyczących stanu zdrowia, zachowań zdrowotnych oraz czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych u dzieci.
- Przekazanie materiałów edukacyjnych oraz indywidualnego planu postępowania zdrowotnego dla dzieci i rodziców bez wykrytych nieprawidłowości.
- Kwalifikacja dzieci z wykrytymi nieprawidłowościami do dalszej interwencji w ramach programu edukacyjno-zdrowotnego.

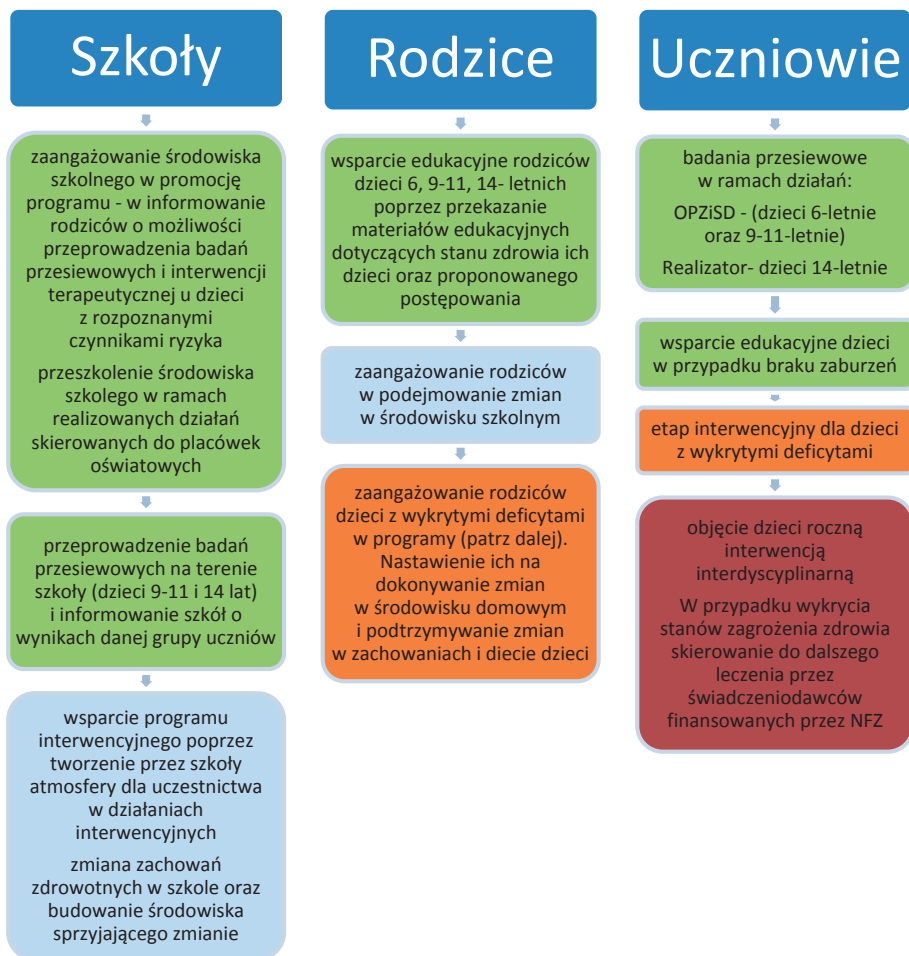
Wszystkie dzieci zakwalifikowane do dalszej części programu zostaną skierowane na wykonanie badań krwi w niezbędnym zakresie do oceny możliwych chorobowych przyczyn lub skutków nadwagi i otyłości. Zakres badań zostanie ustalony przez Radę Naukową Programu. Planowane jest przeprowadzenie badań laboratoryjnych w kierunku najczęstszych chorób metabolicznych (morfologia, CRP, OB, TSH, FT4, profil lipidowy, glukoza, parametry funkcji wątroby i nerek).

#### Części składowe programu interwencyjnego

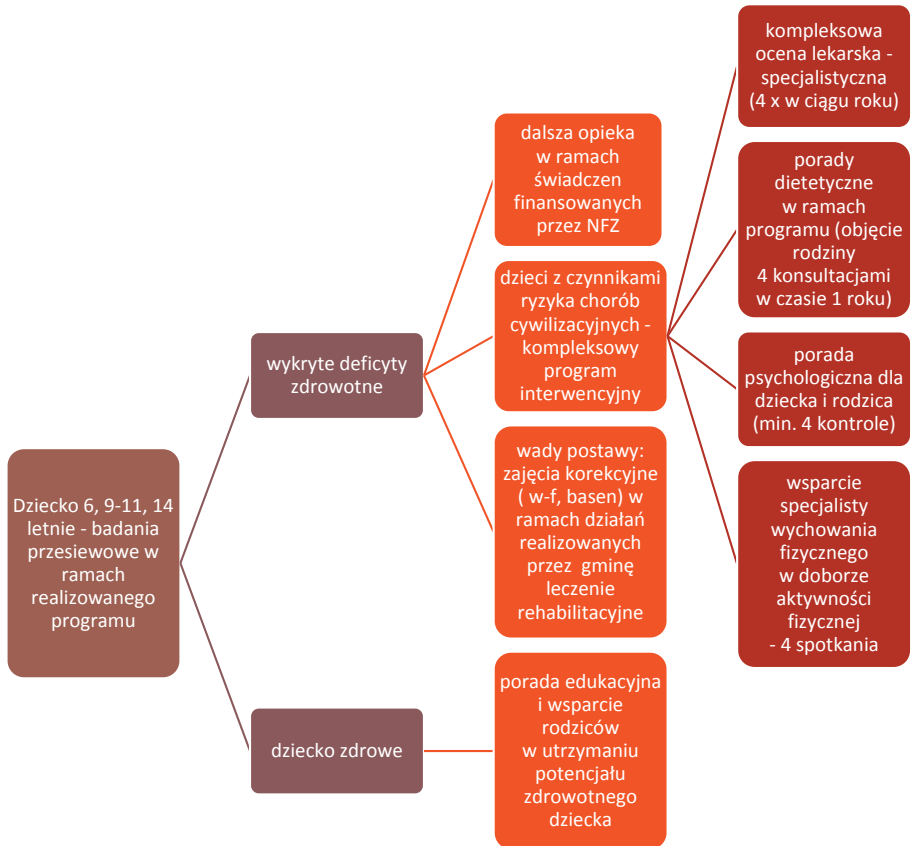
- Zgodnie z harmonogramem programu, dla wszystkich uczestników oraz rodzica/ów odbędą się spotkania konsultacyjne z lekarzem, psychologiem, dietetykiem oraz specjalistą aktywności fizycznej. Spotkania będą podzielone na odpowiednie kategorie wiekowe i dostosowane merytorycznie do wieku uczestników programu. Dotyczyć będą czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych, zagrożeń związanych nadwagą i otyłością. Będą one również wprowadzeniem do dalszej interwencji dietetycznej i psychologicznej. Spotkania przewidziane są w formie indywidualnych konsultacji z lekarzem, dietetykiem, psychologiem i specjalistą aktywności fizycznej. W czasie pierwszych spotkań zostanie omówiony obecny stan zdrowia dziecka, wyniki badań laboratoryjnych oraz testów przesiewowych. W porozumieniu ze wszystkimi specjalistami biorącymi udział w programie zostanie wytyczony plan postępowania zdrowotnego dla dziecka skupiający się na zmianie diety, aktywności fizycznej i zachowań zdrowotnych w rodzinie:
  - specjalistyczna konsultacja lekarska z lekarzem specjalizującym się w chorobach dzieci lub lekarzem specjalizującym się w chorobach metabolicznych na początku, po 3, 6 miesiącach oraz na końcu rocznego programu interwencji celem oceny zdrowotnej i uzyskanych rezultatów. W ramach badania lekarskiego przeprowadzone zostaną:
    - szczegółowa ocena czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych,
    - ocena wyników uzyskanych z badań laboratoryjnych,
    - w przypadku rozpoznania zaburzeń istotnych klinicznie skierowanie do dalszej opieki w warunkach poradni specjalistycznych poza programem, co pozwoli na ewentualne wcześniejsze podjęcie leczenia we właściwych poradniach/szpitalach,
  - konsultacje z psychologiem, wzmocnienie nastawienia rodziców do przeprowadzenia zmiany w zachowaniach zdrowotnych rodziny - cztery razy w trakcie programu - na

- początku i po okresie 3 miesięcy trwania programu, po pół roku oraz na koniec programu,
- konsultacje z dietetykiem, analiza zachowań żywieniowych, dobór odpowiedniej diety, wprowadzenie prawidłowych zachowań żywieniowych. W ramach programu odbędą się cztery konsultacje dla każdego uczestnika. Na początku, po okresie około 3 miesięcy, 6 miesięcy oraz na zakończenie programu,
  - konsultacje ze specjalistą aktywności fizycznej – ustalenie optimum wysiłku fizycznego zgodnie z masą ciała, a także możliwościami i preferencjami dziecka, zaplanowanie grafiku narastania intensywności i ilości wysiłku. Planowane są 4 konsultacje - na początku i po 3 oraz 6 miesiącach trwania programu, a także na zakończenie interwencji.
- Wszyscy specjaliści zaangażowani do realizacji projektu przez realizatora będą osobami z niezbędnymi kwalifikacjami oraz doświadczeniem do realizacji poradnictwa dla dzieci. Dodatkowo zostaną oni przeszkoleni przez członków Rady Programu i zaproszonych ekspertów.
  - Schemat postępowania zdrowotnego, cele oraz metodologia poradnictwa w ramach programu interwencyjnego będą opracowane szczegółowo przez Radę Programu, zaproszonych ekspertów oraz wykonawców programu przez rozpoczęciem interwencji, w ramach zaplanowanego w harmonogramie czasu.
  - Specjaliści będą również dostępni do konsultacji elektronicznych w ramach istniejącej platformy internetowej. Tam uczestnicy i ich rodzice będą mogli na bieżąco zadawać pytania i dzielić się rezultatami podejmowanych działań.
  - W podjętym programie planowane jest zakończenie interwencji po roku. Ten czas pozwoli na odpowiednie zmotywowanie rodziców i pokazanie możliwych do wprowadzenia zmian w środowisku domowym.
  - Dla uzupełnienia obserwacji realizator planuje również obserwację dwuletnią wyselekcjonowanej grupy odbiorców (około 10% z każdego roku trwania programu).
  - Realizator zapewni dzieciom z najczęściej występującymi zaburzeniami pierwszą poradę specjalistyczną w trakcie trwania programu (porada diabetologa, endokrynologa, nefrologa, spec. rehabilitacji).

Schemat 8 Obraz części składowych programu zdrowotnego „6 – 10 – 14 dla zdrowia” dotyczącego prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży realizowanego przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku



**Schemat 9** Wizualizacja realizacji programu zdrowotnego „6 – 10 – 14 dla zdrowia” dotyczącego prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży realizowanego przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku



### Kryteria kwalifikacji

Do programu przesiewowego będą kwalifikowane wszystkie dzieci – uczniowie szkół podstawowych i gimnazjalnych z terenu Gdańska, w wieku 6 lat, 9-11 lat oraz 14 lat. Niezbędnym kryterium kwalifikacji będzie zgoda rodziców na przeprowadzenie badania przesiewowego.

Do programu interwencji edukacyjno-zdrowotnej zaproszone będą wszystkie dzieci z wykrytymi zaburzeniami masy ciała pod postacią nadwagi i otyłości.

Z programu zdyskwalifikowane będą dzieci objęte już specjalistyczną opieką lekarską w ramach NFZ (poza dziećmi z leczoną pierwotną otyłością).

### Zasady udzielania świadczeń

Badania przesiewowe realizowane będą w ramach działań OPZISD w przypadku dzieci 6-letnich i dzieci 9-11-letnich, a w przypadku dzieci 14-letnich w ramach badań przeprowadzanych w szkołach gimnazjalnych. Przeprowadzanie badań w środowisku szkolnym daje szansę na uzyskanie wysokiego stopnia uczestnictwa uczniów w programie oraz łatwego dostępu do rodziców – celem uzyskania zgód i zaangażowania ich w realizację programu.

Program interwencyjny realizowany będzie w godzinach popołudniowych w budynkach Poradni Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. W tym celu zostaną wydzielone i dostosowane pomieszczenia odpowiadające wymogom interwencji oraz zapewniające przyjazne środowisko dla dzieci i rodziców. Na początku programu planowane jest prowadzenie interwencji 5 dni w tygodniu w jednym zespole interdyscyplinarnym. Będzie to następnie rozszerzane w przypadku zwiększania się aktywności i potrzeb. Istnieje również możliwość pracy w sobotę oraz otworzenia kolejnego punktu poradnictwa.

### Sposób powiązania ze świadczeniami zdrowotnymi

W ramach realizowanych zadań planowane są badania przesiewowe o spektrum znacznie szerszym niż realizowane w ramach badań obecnie dostępnych w ramach środków publicznych. Interwencja skierowana do dzieci i młodzieży ma zawierać dwa główne elementy, których wspólna realizacja niezbędna jest do kompleksowego wykonania programu.

Badania przesiewowe dzieci i młodzieży w kierunku chorób cywilizacyjnych będą wstępem do dalszej interdyscyplinarnej interwencji w ramach programu. W ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ takie działania, zarówno przesiewowe, jak i pogłębione, obecnie nie znajdują odzwierciedlenia.

Dzieci i młodzież, u których w ramach badań przesiewowych oraz pogłębionej diagnostyki zostaną rozpoznane niemodyfikowalne zaburzenia zdrowotne (wtórne nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gruczołów hormonalnych, cukrzyca) zostaną w trybie pilnym skierowane do dalszej opieki w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Realizator zapewni dzieciom z najczęściej występującymi zaburzeniami pierwszą poradę specjalistyczną w trakcie trwania programu (porada diabetologa, endokrynologa, nefrologa, spec. rehabilitacji).



## Monitorowanie i ewaluacja

### Ocena zgłaszalności

Ocena zgłaszalności uczestników do obu części interwencji będzie na bieżąco monitorowana, co jest możliwe dzięki realizacji programu przy współpracy ze środowiskiem szkolnym - nauczycielami, pedagogami (wychowawcami klas), rodzicami oraz dyrekcją szkoły. Zakładana efektywność zgłoszeń szacowana jest na około 70% populacji do programu przesiewowego.

Spośród uczestników programu przesiewowego około 20% zostanie zakwalifikowanych do dalszej interwencji. Program edukacyjno-zdrowotny prowadzony będzie w oparciu o interdyscyplinarny zespół powołany do jego realizacji. Zgłaszalność do programu pogłębionego będzie monitorowana w oparciu o bezpośredni kontakt z wytypowanymi rodzicami/uczniami oraz dzięki wsparciu pedagogów szkolnych (wychowawców klas).

### Ocena jakości

W ramach programu przewidziany jest regularny nadzór merytoryczny przeprowadzanej interwencji przez lekarza specjalizującego się w leczeniu chorób metabolicznych/nadwagi i otyłości, co zapewnić ma wysoką jakość realizowanej interwencji oraz zgodność z zaplanowanymi pierwotnie działaniami.

Każdy z rodziców będzie proszony o wyrażenie opinii o realizowanym programie po kolejnych wizytach oraz kompleksową ocenę programu po zakończeniu uczestnictwa dziecka w programie.

Dodatkowo w 2, 3 roku programu oraz na koniec jego realizacji przewidziana jest ewaluacja organizacyjna i merytoryczna programu. Polegać ona będzie na kompleksowej ocenie podejmowanych działań interwencyjnych u dzieci oraz uzyskanych skutkach zdrowotnych - pod postacią poprawy w BMI, stanie samopoczucia dziecka oraz jego samoocenie.

Najważniejszym twardym miernikiem oceny skuteczności interwencji jest uzyskanie poprawy BMI u włączonych do programu dzieci, jak również przesunięcie się ich w dół skali centylowej właściwej dla danego wieku i wzrostu.

Dodatkowymi wykładnikami oceny programu będą poprawa samooceny u dzieci i opinia rodziców o stanie zdrowia dziecka po zakończeniu interwencji.

### Okres realizacji programu

Zgodnie z podanym piśmiennictwem, najbardziej efektywnymi działaniami są interwencje długookresowe. Dlatego też program edukacyjno-zdrowotny będzie realizowany przez 1 rok.

Rozłożenie programu na 3 lata interwencji pozwoli na przeprowadzenie interwencji u wszystkich dzieci z terenu gminy Gdańska urodzonych między 1997 a 2007 rokiem. Jest to możliwe dzięki 3-letniemu okresowi realizacji programu u 3 wybranych roczników - dzieci 6, 10, 14-letnich. Oznacza to, że w roku 2011 zostaną włączone dzieci z 1997 roku urodzenia, a w roku 2013, grupa 6-latków z roku 2007.

### Lepsze zdrowie = lepsza jakość życia. Programy Madryckiego Centrum Zdrowia<sup>78</sup>

Madryckie Centrum Zdrowia składa się z gminnych ośrodków specjalizujących się w promocji zdrowia i profilaktyki zachorowań. Celem ośrodków nie jest leczenie chorób (tym zajmują się ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej oraz placówki specjalistyczne), ale zapobieganie oraz wsparcie miejscowej ludności w utrzymaniu zdrowego stylu życia.



Stworzenie ośrodków poprzedziło przyjęcie przez władze Madrytu „Strategii zdrowotnej na lata 2010 – 2015”, z inicjatywy Madrid Salud (miejskiej samodzielnej jednostki powołanej w 2005 r., której zadaniem jest zarządzanie polityką zdrowotną w Madrycie oraz koordynacja działań służb miejskich i podmiotów zewnętrznych, których praca bezpośrednio lub pośrednio związana jest ze zdrowiem mieszkańców). Strategia ma charakter wielowymiarowy. Jako założenie przyjęto, że utrzymanie dobrego stanu zdrowia zależy od wielu zmiennych, w tym urbanistyki, ochrony środowiska, opieki społecznej, profilaktyki uzależnień, bezpieczeństwa żywności, warunków ekonomicznych, stylu życia czy też możliwości utrzymania się mieszkańców przy zdrowych nawykach.

W celu realizacji zadań wskazanych w strategii, w ramach Madryckiego Centrum Zdrowia powołano szesnaście ośrodków centrum zdrowia oraz udostępniono osiem placówek terenowych zatrudniających lekarzy specjalistów w dziedzinie: ginekologii, psychiatrii, pediatrii, psychologii; pracowników socjalnych; asystentów zdrowia i pracowników administracyjnych. Wszystkie te placówki zajmują się edukacją zdrowotną oraz świadczą profesjonalne usługi wsparcia dla osób, które chcą zmienić szkodliwe dla zdrowia nawyki.

Ośrodki udzielają wsparcia rodzicom i nauczycielom w procesie edukacji dzieci i młodzieży oraz osobom zajmującym się opieką na przewlekle chorymi i starszymi. Zajmują się też nawiązywaniem współpracy pomiędzy organizacjami działającymi w obszarze zdrowia, identyfikują problemy zdrowotne, które powinny być uwzględnione przy budowaniu systemu opieki zdrowotnej oraz dostarczają informacje instytucjom podejmującym decyzje polityczne w obszarze zdrowia.

Obecnie Madryckie Centrum Zdrowia realizuje następujące programy zdrowotne:

- Program zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej,
- Program zdrowia seksualnego,
- Program profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowia w środowisku szkolnym,
- Program zdrowego i aktywnego starzenia się,
- Program zdrowia matki i dziecka,
- Program profilaktyki problemu nikotynowego,
- Program wyrównywania szans społecznych w zdrowiu,
- Program zachowania zdrowia psychicznego,
- Program – środowisko miejskie i zdrowie.

<sup>78</sup> [www.madridsalud.es](http://www.madridsalud.es)

## Warto wiedzieć: podstawy prawne, przydatne strony internetowe

### Podstawy prawne dotyczące samorządowych programów zdrowotnych

Najistotniejsze przepisy regulujące zasady tworzenia i realizacji programów zdrowotnych:

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78 poz. 483 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity: Dz. U. 2001 r. Nr 142 poz. 1591)
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (tekst jednolity Dz. U. 2001 r. Nr 142 poz. 1592 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (tekst jednolity Dz. U. 2001 r. Nr 142 poz. 1590 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje (Dz. U. Nr 163 poz. 1024)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U Nr 137 poz. 1126)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2009 r. w sprawie nadania statutu Agencji Oceny Technologii Medycznych (Dz. U Nr 133 poz. 1102)
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2013 r. poz. 217)
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity Dz. U. 2011 r. Nr 231 poz. 1375 z późn. zm.)
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. Nr 24 poz. 128)
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity Dz. U. 2012 r. poz. 1356 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jednolity Dz. U. 2012 r. poz. 124 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. 2010 r. Nr 234 poz. 1536 z późn. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 grudnia 2010 r. w sprawie wzoru oferty i ramowego wzoru umowy dotyczących realizacji zadania publicznego oraz wzoru sprawozdania z wykonania tego zadania (Dz. U. Nr 6 poz. 25)

**Strony internetowe zawierające materiały przydatne dla tworzenia programów zdrowotnych**

- Ministerstwo Zdrowia: [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)
- Główny Inspektorat Sanitarny: [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl)
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny: [www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl)
- Agencja Oceny Technologii Medycznych: [www.aotm.gov.pl](http://www.aotm.gov.pl)
- Narodowy Fundusz Zdrowia - Centrala: [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl)
- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia: [www.csioz.gov.pl](http://www.csioz.gov.pl)
- World Health Organization: [www.who.int](http://www.who.int)
- Komisja Europejska: <http://ec.europa.eu/health-eu>
- Centers for Disease control and Prevention and Control: [www.ecdc.europa.gov](http://www.ecdc.europa.gov)
- Polskie Towarzystwo Farmakoeconomiczne: [www.farmakoeconomika.pl](http://www.farmakoeconomika.pl)
- Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich: [www.szmp.pl](http://www.szmp.pl)
- Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi: [www.programydzrowotne.pl](http://www.programydzrowotne.pl)
- Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie, Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów: [www.kodekswalkizrakiem.pl](http://www.kodekswalkizrakiem.pl)
- Bayer Polska: [www.grypa.pl](http://www.grypa.pl)
- Związek Powiatów Polskich: [www.zpp.pl](http://www.zpp.pl)
- Związek Miast Polskich: [www.zmp.poznan.pl](http://www.zmp.poznan.pl)
- Dziennik Warto Wiedzieć: [www.wartowiedziec.org](http://www.wartowiedziec.org)
- Medycyna Praktyczna: [www.mp.pl](http://www.mp.pl)
- Polskie Towarzystwo Diabetologiczne: [www.cukrzyca.info.pl](http://www.cukrzyca.info.pl)
- Polskie Towarzystwo Chorób Płuc: [www.ptchp.org](http://www.ptchp.org)
- Poradnia internetowa zdrowemiasto.pl: [www.zdrowemiasto.pl](http://www.zdrowemiasto.pl)
- Polska Unia Onkologii: [www.puo.pl](http://www.puo.pl)
- Polska Koalicja na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy: [www.koaliscjarsm.pl](http://www.koaliscjarsm.pl)
- Biuro Organizacyjne „Mam Haka na Raka”: [www.mamhakanaraka.pl](http://www.mamhakanaraka.pl)
- Rynek Zdrowia: [www.rynekzdrowia.pl](http://www.rynekzdrowia.pl)
- Centrum Ekonomiki Zdrowia: [www.cez.org.pl](http://www.cez.org.pl)

## Spis tabel, map i schematów

### Spis tabel

Tabela 1. Ocena programów zdrowotnych zgłoszonych do Agencji Oceny Technologii Medycznych w roku 2012.....	9
Tabela 2. Liczba zgłoszonych w 2012 roku do oceny przez AOTM programów zdrowotnych w podziale na województwa .....	11
Tabela 3. Przykład zawartości harmonogramu programu zdrowotnego .....	37
Tabela 4. Charakterystyka przebiegu grypy oraz przeciętnej skuteczności szczepionek przeciw grypie u osób z wybranych grup wiekowych i ryzyka.....	70
Tabela 5. Szacunki dotyczące wymaganej liczby szczepień przeciw grypie z punktu widzenia osiągnięcia wybranych celów jednostkowych.....	71
Tabela 6. Liczba przypadków grypy i infekcji grypopochodnej w województwie małopolskim w latach 2006-2009.....	100
Tabela 7. Plan finansowy – kosztorys programu szczepień przeciwko grypie w populacji kobiet i mężczyzn powyżej 65. roku życia realizowanego przez Urząd Miasta Tarnowa.....	102

### Spis map

Mapa 1. Gminy, powiaty i miasta na prawach powiatu, które złożyły w 2012 roku program zdrowotny do zaopiniowania przez AOTM .....	10
Mapa 2. Liczba programów zdrowotnych zgłoszonych w 2012 roku do zaopiniowania przez AOTM, w podziale na województwa .....	12

### Spis schematów

Schemat 1. Cykl tworzenia i wdrażania samorządowych programów zdrowotnych .....	3
Schemat 2. Liczba samorządowych programów zdrowotnych opiniowanych przez AOTM w latach 2010-2012.....	6
Schemat 3. Ocena programów zdrowotnych przez AOTM w latach 2010-2012 .....	7
Schemat 4. Liczba programów zdrowotnych zgłoszonych do Agencji Oceny Technologii Medycznych przez poszczególne samorzady terytorialne w 2012 roku .....	9
Schemat 5. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę oraz zgony z powodu grypy lub podejrzeń grypy w Polsce w sezonach 2000/2001-2011/2012.....	68
Schemat 6. Łączne korzyści netto ze szczepień w scenariuszu bez dużej epidemii .....	73
Schemat 7. Łączne korzyści netto ze szczepień w scenariuszu dużej epidemii.....	74
Schemat 8. Obraz części składowych programu zdrowotnego „6 – 10 – 14 dla zdrowia” dotyczącego prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży realizowanego przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku .....	116
Schemat 9. Wizualizacja realizacji programu zdrowotnego „6 – 10 – 14 dla zdrowia” dotyczącego prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży realizowanego przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku.....	117



## Notatki biograficzne o autorach



### **Marek Wójcik**

**zastępca sekretarza generalnego Związku Powiatów Polskich, ekspert do spraw ochrony zdrowia, redaktor naczelny „Dziennika Warto Wiedzieć”**

Wieloletni uczestnik prac zespołu do spraw ochrony zdrowia i polityki społecznej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego. Od 2004 roku, przewodniczący trzech kadencji Rady Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, ekspert Ministra Zdrowia ds. restrukturyzacji ZOZ i przekształceń własnościowych oraz jeden ze współautorów Narodowego Programu Zdrowia 2007 - 2015. Absolwent i doktorant SGH – zarządzanie organizacjami ochrony zdrowia.



### **Barbara Kłosowska**

**kierownik Biura Promocji Zdrowia w Starostwie Powiatowym w Cieszynie, ekspert z zakresu profilaktyki i ochrony zdrowia**

Absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Wieloletnie doświadczenie w sektorze pozarządowym. Pracownik samorządowy, wykładowca akademicki, inicjator i koordynator wielu szkoleń, konferencji, kampanii, akcji street-workerskich. Członek wielu zespołów realizujących międzynarodowe i krajowe programy prozdrowotne. Realizator nowatorskich programów badawczych dotyczących stylu życia młodzieży szkolnej.



### **Bernadeta Skóbel**

**radca prawny Związku Powiatów Polskich, kierownik Działu Monitoringu Legislacyjnego, Inicjatyw i Analiz Biura Związku Powiatów Polskich, redaktorka Dziennika Warto Wiedzieć**

Specjalizuje się w prawie administracyjnym, w szczególności w zakresie ustroju i zadań samorządu terytorialnego. Autorka wielu opinii prawnych i analiz w obszarze ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Wykładowca na szkoleniach kierowanych do pracowników sektora publicznego. Współautorka publikacji „Marsz po zdrowie. Poradnik tworzenia i wdrażania samorządowych programów zdrowotnych”.

Absolwentka studiów podyplomowych z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia.



### **Rafał Rudka**

**specjalista w Dziale Monitoringu Legislacyjnego, Inicjatyw i Analiz Biura Związku Powiatów Polskich, zastępca redaktora naczelnego Dziennika Warto Wiedzieć, sekretarz projektu „Innowacyjna i sprawna administracja”**

Ekspert konkursu „Samorządowy Lider Zarządzania” w zakresie ochrony zdrowia. Autor wielu wydawnictw, ekspertyz i analiz dotyczących zadań i kompetencji samorządu terytorialnego, w tym „Analizy zarządzania szpitalami powiatowymi funkcjonującymi jako spółki prawa handlowego”. Absolwent studiów podyplomowych z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia.