



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**Zapis stenograficzny**  
**(267)**

12. posiedzenie  
Komisji Zdrowia  
w dniu 20 czerwca 2006 r.

VI kadencja

## Realizacja Narodowego Programu Zdrowia w latach 1996–2005

*(Początek posiedzenia o godzinie 10 minut 00)*

*(Posiedzeniu przewodniczą przewodniczący Władysław Sidorowicz oraz zastępca przewodniczącego Janina Fetlińska)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Otwieram pierwsze wyjazdowe posiedzenie Komisji Zdrowia w tej kadencji. Proszę może o zamknięcie drzwi.

Bardzo nam miło być goszczonymi w Ciechanowie. Po wczorajszej części, gdy zapoznawaliśmy się z pięknem tej ziemi, bogactwem historycznym, dziś wracamy do pracy.

Chciałbym serdecznie powitać wszystkich obecnych. Mam tutaj dosyć długą listę uczestników naszego spotkania, odczytam ją. Nie będzie to zhierarchizowana lista, za co z góry przepraszam. Może tylko osobno przywitam gospodarza miasta, bo widziałem go tutaj. Witam serdecznie pana prezydenta Ciechanowa. A dalej już tak, jak państwo się wpisywali. A więc witam pana Pawła Goryńskiego z PZH; pana dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Michała Sobolewskiego; pana starostę...

*(Senator Janina Fetlińska: Sławomira Morawskiego.)*

Nie, nie.

*(Senator Janina Fetlińska: Nie? Pan Puternicki.)*

Pana Zdzisława Puternickiego. Jestem lekarzem, piszę recepty, a też często znajduję się w sytuacji, gdy mam pewne problemy z rozczytaniem.

Witam kierownika zakładu w PZH, pana Krzysztofa Kuszewskiego; witam panią Lucynę Borowik ze Starostwa Powiatowego w Ciechanowie; panią Elżbietę Piechowiak-Modrzejewską, głównego specjalistę w urzędzie miejskim w Warszawie; witam pana Rafała Halika z PZH; witam panią... pana dyrektora...

*(Głos z sali: Pan Kwiatkowski Stanisław.)*

Pana Kwiatkowskiego Stanisława; witam serdecznie pana Wiesława Krawczyka z...

*(Dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Ciechanowie Wiesława Krawczyk: Wiesławę.)*

Wiesławę.

*(Głos z sali: Krawczyk.)*

Krawczyk. *(Wesołość na sali)* Nie zgodziła się pani na zmianę płci, tak szybko dokonaną bezbolesnym zabiegiem lingwistycznym, a nie operacyjnie. Witam panią Ewę Łagońską z Urzędu Marszałkowskiego w Warszawie; pana Wojciecha Kutylę, dyrektora generalnego; pana Eugeniusza Sadowskiego z urzędu miejskiego w Ciechanowie; pana Waldemara Wardzińskiego... już witałem, ale witam jeszcze raz pana prezydenta; panią Wandę Balicką z Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie i pana Bogdana Zbyszyńskiego. To są osoby, które się wpisały na listę.

---

Witam serdecznie wszystkich, także tych, którzy się nie wpisali. Jeśli chcą państwo być wymienieni w protokole z posiedzenia komisji, to zachęcam do dopisania się.

Proszę państwa – zwracam się w tej chwili do senatorów, których też serdecznie witam – mamy w programie komisji plan posiedzenia, był on rozesłany do państwa. Czy są uwagi do porządku obrad? Jeśli nie będę widział uwag, uznam, że został on przyjęty. Nie widzę uwag.

Otwieramy zatem część merytoryczną, w której omówimy realizację Narodowego Programu Zdrowia. Zrobi to pan doktor Goryński. Następnie przejdziemy do doświadczeń w realizacji programów profilaktyki i promocji zdrowia na terenie Mazowsza, w ramach tego zajmiemy się: programem profilaktyki chorób układu krążenia – przedstawi go magister Borowik; programem profilaktyki palenia tytoniu – magister Zagroba; programem profilaktyki wypadków, urazów i zatruc – magister Sendeka; „Mazowieckim programem promocji zdrowia” – magister Piechowiak-Modrzejewska; realizacją programów profilaktycznych w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie – doktor Romanow, magister Matla, magister Kadecka i doktor Zbyszyński. Następnie omówimy stan prac nad nowym projektem Narodowego Programu Zdrowia, prawdopodobnie będzie go referował pan minister Piecha, który do nas jedzie zamiast pana ministra Wojtyły. Od 12.40 do 14.30 planujemy dyskusję, podsumowanie i wnioski w odniesieniu do nowej edycji Narodowego Programu Zdrowia.

Pozwolą państwo, że jako przewodniczący wygłoszę kilka słów wstępu przed przystąpieniem do pierwszego punktu porządku obrad. Otóż pierwszy Narodowy Program Zdrowia został przyjęty w rządzie Mazowieckiego przez Radę Ministrów. Jako drugiemu ministrowi przypadła mi już faza realizacyjna tego dokumentu. Kolejne mutacje narodowego programu były próbą wykorzystania doświadczeń międzynarodowych do budowania polityki zdrowotnej w Polsce. Do dzisiaj mamy z tym ogromny problem, dlatego że w przeciwieństwie do wielu krajów, także naszych sąsiadów ze Wschodu, na przykład Litwy, nie mamy ustawy o zdrowiu publicznym. Nie bardzo jest odróżniana opieka medyczna od problematyki związanej ze zdrowiem publicznym, z tym programem, który zwykle jest międzysektorowy.

Dzisiejsze prace naszej komisji są próbą przyjrzenia się temu, gdzie jesteśmy i co powinniśmy zrobić, by to wszystko, co jest dobrodziejstwem ostatnich piętnastu, szesnastu lat, czyli wydłużenie życia ludzkiego, poprawa jego jakości, miało charakter trwały; byśmy potrafili stawić czoła tym wyzwaniom demograficznym, zdrowotnym, przed którymi staje Polska jako jeden z krajów cywilizowanych.

Bardzo bym prosił pana doktora Goryńskiego o omówienie realizacji tej mutacji programu, która obowiązywała przez ostatnią dekadę, czyli w latach 1996–2005.

*(Kierownik Zakładu Statystyki Medycznej w Państwowym Zakładzie Higieny Paweł Goryński: Panie Przewodniczący...)*

Nagrywamy...

*(Głos z sali: Mikrofon.)*

Tak. Ponieważ wszystkie posiedzenia komisji senackich są nagrywane, bardzo bym prosił, żeby każda osoba, która rozpoczyna swoje wystąpienie, przedstawiała się, bo to ułatwia umieszczenie nazwiska w stenogramie publikowanym na stronach internetowych Senatu i w pisemnych sprawozdaniach.

Bardzo proszę.

**Kierownik Zakładu Statystyki Medycznej  
w Państwowym Zakładzie Higieny  
Paweł Goryński:**

Moje nazwisko Paweł Goryński. Jestem kierownikiem Zakładu Statystyki Medycznej Państwowego Zakładu Higieny, gdzie od roku 1996 zajmujemy się między innymi monitorowaniem oczekiwanych efektów, szczególnie zdrowotnych, realizacji Narodowego Programu Zdrowia.

Panie Przewodniczący! Panie, Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Chciałbym dzisiaj przedstawić w skrócie wyniki realizacji Narodowego Programu Zdrowia w latach 1996–2005, ze szczególnym zwróceniem uwagi na efekty zdrowotne. Myślę, że część aspektów realizacji zadań programu i jego harmonogram będą uwzględnione w dalszej części, tak jak to było robione szczególnie dobrze w niektórych regionach kraju, na przykład w okręgu ciechanowskim i częściowo w pewnym okresie w województwie mazowieckim.

Proszę państwa, takie programy, jak nasz Narodowy Program Zdrowia, jak zaznaczył pan przewodniczący, istnieją też od wielu lat w innych krajach. Na tej mapce są przedstawione kraje Unii Europejskiej, realizują programy podobne do naszego. Ich ocena znalazła się w opracowaniu wykonanym przez instytut PMO w Holandii na zlecenie Komisji Europejskiej.

Na przykład tu widzimy program węgierski, stronę tytułową dokumentu, który powstał już po naszym NPZ i był w znacznej części wzorowany na jego układzie. Jest on prezentowany na stronie internetowej ministerstwa zdrowia Węgier i corocznie jest przedstawiana jego realizacja. Trzeba zaznaczyć, że program węgierski ma swoje finansowanie zatwierdzone przez parlament.

Drugi program, duński. W Danii powstał on w wyniku oceny sytuacji zdrowotnej, która wyglądała szczególnie niekorzystnie jeśli chodzi o kobiety. Te problemy, sygnalizowane też przez Światową Organizację Zdrowia, skłoniły rząd duński do stworzenia takiego programu.

To jest ostatni, dosyć interesujący program fiński, obowiązujący do 2015 r., też obecny na stronach ministerstwa zdrowia Finlandii, bardzo dobrze przygotowanej.

A tu ciekawostka, program francuski. Powstał on po fali upałów sprzed dwóch lat, które spowodowały szereg zgonów, zwłaszcza wśród osób starszych. Jest on o tyle ciekawy, że został zatwierdzony przez parlament i ma dwadzieścia dwa cele główne i aż sto cztery cele szczegółowe.

Proszę państwa, wracamy do naszego Narodowego Programu Zdrowia. Jak już powiedział pan przewodniczący, ten program ma u swoich korzeni „Health for All”, czyli „Zdrowie dla Wszystkich” do roku 2000 i „Zdrowie 21”. Powstawał on – też już o tym mówił pan przewodniczący – jeszcze wcześniej, bo pierwszy NPZ był zatwierdzony jeszcze za czasów rządu Tadeusza Mazowieckiego, ale nie miał on jeszcze takich prawnych ram organizacyjnych, które zostały stworzone specjalnie dla niego, chociaż rozmaicie to wyglądało w różnych okresach jego funkcjonowania jeśli chodzi o praktyczną realizację. Ten program znajduje się jeszcze na stronie domowej ministerstwa – mówię o starej wersji – i Państwowego Zakładu Higieny, jest tam dostępny.

Struktury sanitarne i terenowe służące realizacji NPZ formalnie powstały, to jest międzyresortowy zespół koordynacyjny wyznaczony przez premiera, przedstawicieli poszczególnych ministerstw, urzędów centralnych, przeważnie w randze wicemini-

strów. Są też pełnomocnicy wojewodów do spraw NPZ, oni działają aktualnie jeszcze w niewielu województwach, chyba trzech. Czasem byli to pracownicy centrów zdrowia publicznego lub ich wicedyrektorzy, centra te jako komórki organizacyjne monitorowały proces realizacji Narodowego Programu Zdrowia.

Muszę podkreślić, że tak naprawdę to obecna tutaj pani senator stworzyła mechanizm monitorowania procesu realizacji NPZ w Mazowieckim Centrum Zdrowia Publicznego. Niestety, te działania w pewnym momencie zostały gwałtownie przerwane, ale to właśnie tak powinno wyglądać jeśli chodzi o realizację tego procesu.

*(Głos z sali: O monitorowanie procesu.)*

Tutaj mamy ten schemat. Teoretycznie to wyglądało bardzo dobrze jeśli chodzi o realizację zadań zawartych w harmonogramie Narodowego Programu Zdrowia: mieliśmy odpowiednie wskaźniki, monitorowanie, ewaluację i z drugiej strony korzyści zdrowotne. Monitorowanie odbywało się w Państwowym Zakładzie Higieny. W celu monitorowania realizacji NPZ w związku z oczekiwanymi efektami i korzyściami zdrowotnymi opracowano odpowiednie wskaźniki. Co roku powinna być przeprowadzana ich ewaluacja, należy określać nowe zadania i modyfikować program. Taka modyfikacja może raz była przeprowadzona w historii realizacji tego dokumentu.

Jak powiedziałem, te działania odbywały się w Państwowym Zakładzie Higieny, powstawały raporty. Zaraz pokażę jeden z ostatnich, pani senator go ma. Z drugiej strony są prowadzone i kierowane przez Ministerstwo Zdrowia działania związane ze zbieraniem informacji o realizacji NPZ. W pierwszym okresie trwania projektu dokumenty z ich realizacji były przedstawiane na posiedzeniach Komitetu Społecznego Rady Ministrów, a później były omawiane w komisjach sejmowych. Ale tak było tylko w początkowym okresie, później troszeczkę to było zaniedbane, w ministerstwie kurczyła się komórka do spraw nadzoru nad realizacją NPZ. Początkowo liczyła ona trzy osoby, a później chyba została zredukowana do pół etatu. To są te teoretyczne podstawy.

Przypomnę jeszcze tylko schemat NPZ, który polegał na tym, że dla każdego mieliśmy odpowiednie zadania, cele – zaraz je przypomnę – zaplanowane efekty, oczekiwane korzyści zdrowotne, czyli co chcielibyśmy zmienić w stanie zdrowia. Zadania służące osiągnięciu celów były zgrupowane w osobnym dokumencie, w harmonogramie realizacji NPZ, było to monitorowane i ewaluowane jeśli chodzi o wskaźniki dotyczące zdrowia. Osobny dokument, też zatwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia, dotyczył monitoringu realizacji NPZ.

Niektóre województwa na wzór narodowego programu stworzyły całkiem zgrabne dokumenty. Na przykład w województwie kujawsko-pomorskim opracowano strategię polityki zdrowotnej województwa, w wielkopolskim też, w warmińsko-mazurskim również były takie próby, i oczywiście w mazowieckim tego typu działania były podejmowane.

Przypominam, że cel strategiczny Narodowego Programu Zdrowia to poprawa sytuacji zdrowotnej i związanej z jakością życia ludności, szczególnie – muszę to podkreślić – poprzez zmniejszenie różnic w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Te hasła były i są powtórzeniem tego, co lansowała Światowa Organizacja Zdrowia i Komisja Europejska, chodzi o niwelowanie nierówności między grupami społecznymi, narodami i tak dalej.

Nie chcę tutaj szczegółowo cytować tych celów, wszyscy je znamy. Jest ich osiemnaście, głównie nakierowane są na zachowania zdrowotne. Na pierwszym miej-

scu mamy aktywność fizyczną ludności, zwraca się tu uwagę na żywienie, problem palenia, picia i tak dalej. Jest kilka celów w ochronie zdrowia, w tym zwiększenie dostępności do świadczeń, usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej – to był początek funkcjonowania lekarzy rodzinnych, ich praktyki, szkoleń dla nich. Kładliśmy nacisk na pewne zagadnienia, zwłaszcza na usprawnienie pogotowia czy pomocy doraźnej. Była też intensyfikacja profilaktyki próchnicy zębów, co niektórym się wydawało śmiesznym celem, ale proszę pamiętać, że wielu Polaków powyżej pięćdziesiątego roku życia jest bezzębnych, a definicja bezzębności jest bardzo tolerancyjna, bo zgodnie z nią wystarczy mieć jeden ząb, żeby nie być bezzębnym.

Proszę państwa, jeśli ktoś pamięta omawiany dokument, to zapewne przypomina sobie, że uwzględniliśmy w nim też oczekiwane zmiany w stanie zdrowia. Były one wymienione. Przede wszystkim było to zmniejszenie wysokiej umieralności z powodu chorób układu krążenia, zwłaszcza na tle miażdżycowym. Były podane konkretne wartości: o 15% w stosunku do 1995 r. Te cele chciałem teraz przedstawić.

Na wstępie chcę wspomnieć, że jako bazową pozycję, punkt wyjścia do tego, co obserwowaliśmy w zakresie stanu zdrowia, przygotowaliśmy w 1996 r. dokument „Sytuacja zdrowotna ludności Polski” pod kątem realizacji NPZ. Później było takie samo opracowanie w roku 2003, po polsku i po angielsku – to były oceny sytuacji zdrowotnej służące do ewaluacji realizacji Narodowego Programu Zdrowia. Jeśli chodzi o osiąganie poszczególnych celów, odpowiednie dokumenty były tworzone co roku. Ostatnie dwa dokumenty pani senator ma tu na stole, jeżeli ktoś ich nie dostał, mam jeszcze dwa czy trzy egzemplarze z roku 2004, 2005.

Teraz przejdę do konkretnych rezultatów. Prosiłbym, żeby pan przewodniczący, jeżeli będę przedłużał, w razie czego mnie wstrzymywał, bo materiałów do omówienia mam dosyć dużo, ale staram się streszczać.

Na przykładzie pierwszego pokażę, o co tutaj chodzi i jak będziemy obserwowali zmiany, które nas interesują. Tu mamy poszczególne wskaźniki. Z jednej strony są trendy obserwowane na podstawie danych statystycznych, to są dane GUS dotyczące zgonów z powodu chorób układu krążenia w wieku dwadzieścia pięć – sześćdziesiąt cztery lata, czyli przedwczesnej umieralności. Jest to szczególnie ważne przy aktualnym procesie demograficznym, bo to jest grupa pracujących, utrzymująca pozostałą część populacji, dlatego jest ona dla nas bardzo...

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Przepraszam na chwilę.

Witamy pana ministra Piechę, zapraszamy tutaj. Bardzo się cieszymy, że jest z nami.

A teraz kontynuujemy obrady.

### **Kierownik Zakładu Statystyki Medycznej w Państwowym Zakładzie Higieny Paweł Goryński:**

Proszę państwa, obok tych trendów, rzeczywistych wartości... Zwracam uwagę, że ta przerwa w danych, zarówno w odniesieniu do mężczyzn, jak i do kobiet, wynika z tego, iż – niestety, muszę przypomnieć pewną sprawę, choć ta statystyka jest może

mało ważna – były strajki lekarzy i w latach 1997–1999 nie wypełniano kart statystycznych, co spowodowało dwudziestoprocentowe braki, a w niektórych okręgach jeszcze większe, w zakresie informacji o przyczynach zgonów. Wypełniano tylko kartę informacyjną, która służyła do pochówku, a informacji o przyczynie zgonu nie podawano, stąd te wyrwy.

Spójrzmy: przerywaną linią zaznaczony jest poziom oczekiwanych efektów NPZ, zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet. Czyli to była ta nasza piętnastoprocentowa zmiana, oczekiwana poprawa, a rzeczywiste trendy szły w tym kierunku. Widzimy zatem, że osiągnęliśmy znacznie wcześniej rezultaty, które planowaliśmy w 1996 r. Dla osób dotkniętych chorobami układu krążenia tak szczęśliwie się złożyło, zwłaszcza po roku 1991 – o przyczynach nie mówię, możemy później to przedyskutować – że nastąpiła poprawa.

Omawiam to dosyć dokładnie, bo potem to się będzie powtarzało, więc chciałbym, żeby państwo się zapoznali z tymi symbolami. Tu jest pozycja dla roku 2004, to oznacza, jak wygląda sytuacja w Unii Europejskiej jeśli chodzi o umieralność mężczyzn i kobiet. Z tego by wynikało, że jesteśmy w takiej odległości od wskaźników, które reprezentują średnią unijną, czyli o 75% gorzej jeśli chodzi o kobiety i o 94% w przypadku mężczyzn. Czyli mimo tego, że osiągnęliśmy cele zakładane w NPZ, dzielił nas jeszcze znaczny dystans od średniej unijnej w tym okresie.

To samo będzie tutaj, proszę państwa, choroba niedokrwienna serca. Też mówimy o wieku produkcyjnym. Również mieliśmy pewne sukcesy, w przypadku mężczyzn więcej, w przypadku kobiet nieco mniej przekroczyliśmy oczekiwane efekty, jednak w dalszym ciągu jesteśmy o 50% jeśli chodzi o mężczyzn i 53% jeśli chodzi o kobiety opóźnieni w stosunku do średniej unijnej. Tak to wygląda.

NPZ zakładał zmniejszenie umieralności z powodu nowotworów złośliwych, oczekiwane zmiany to 10% w stosunku do 1995 r. Przedstawiamy te same grupy wieku i widzimy, że niestety, w stosunku do założonej wartości zarówno dla mężczyzn, jak i kobiet – z wykrzyknikiem to pokazuję – osiągnęliśmy niższe rezultaty. Przypominam, że w przypadku chorób układu krążenia możemy pochwalić się pewnym sukcesem, zaś jeśli chodzi o nowotwory, niestety, te linie poszły nieco inaczej i jeszcze daleko jesteśmy od osiągnięcia wskaźników unijnych.

Rak płuc. Tutaj sytuacja jest troszkę lepsza – to są tylko dane, zaznaczam, dla grupy w wieku produkcyjnym – jest pewna poprawa. Niestety, w przypadku kobiet jej nie ma, w tym zakresie nie osiągnęliśmy oczekiwanych celów.

Nowotwory piersi u kobiet, tu była oczekiwana wartość, jesteśmy nawet w lepszej sytuacji jeśli chodzi o umieralność z tego powodu, zarówno dla miasta, jak i dla wsi. Wieś, jak widzimy, przedstawia się nieco lepiej niż miasto.

Rak szyjki macicy. Niestety, spójrzmy, jaka jest średnia unijna, a jakie są nasze dane dla kobiet wiejskich i miejskich. Jesteśmy o 154% gorsi od średniej unijnej. Czyli tutaj mamy jeszcze dużo do osiągnięcia, wiemy, jakie programy ruszają i są realizowane przez fundusz, aby poprawić tę sytuację.

Umieralność niemowląt. Proszę państwa, tutaj, jak wiemy, były znaczne sukcesy. Tu jest oczekiwana wartość z NPZ, jesteśmy powyżej, a więc sytuacja jest lepsza, ale jeszcze o 43% gorsza od średniej unijnej. Zarówno dla miasta, jak i dla wsi wskaźniki są korzystne, ale jeszcze mamy dużo do zrobienia.

Urazy, ten trzeci morderca. Oczekiwaliśmy zmniejszenie częstości, tego, że umieralność z powodu urazów i zatruc zmniejszy się o 20%, jeśli chodzi o śmiertelne



ofiary wypadków drogowych – o 20%, w wyniku wypadków przy pracy – o 50%. Czy to zostało zrealizowane? Tutaj mamy plan z prawej, o 20% ogółem, urazy i zatrucia, tak wygląda oczekiwana wartość. Jesteśmy, niestety, dużo dalej od średniej unijnej, ale ten cel został prawie zrealizowany. Jeśli chodzi o zabitych w wypadkach drogowych, tutaj była oczekiwana wartość na rok 2005, zaznaczona jednym słupkiem, tu była na 2004. Prawie osiągnęliśmy założone rezultaty, ale nie w pełni. Jeśli chodzi o poszkodowanych w wypadkach przy pracy, tu jest wartość za 2004. Nie osiągnęliśmy tego, co w 2005 r. zamierzaliśmy w tym zakresie.

Kondycja psychofizyczna, niezwykle ważne zagadnienie w Narodowym Programie Zdrowia. Oczekiwaliśmy zmniejszenia częstości występowania zaburzeń psychicznych, depresyjnych, nerwicowych. Co z tego wynikło? Na tych słupkach – wymaga to pewnie wyjaśnienia – wszystko, co jest powyżej zera, to nadmiar w stosunku do 1996 r. A więc mówiliśmy, że ma ulec zmniejszeniu, a tymczasem wszystko poszło w górę, i jeśli chodzi o leczonych po raz pierwszy ogółem, i ambulatoryjnie, i w szpitalach. Niestety, to wszystko inaczej, niż oczekiwaliśmy, poszło w górę, a więc cel nie został osiągnięty. Jak słyszę, jest w przygotowaniu pewien program psychiatryczny, by poprawić sytuację. Wiemy, że Światowa Organizacja Zdrowia przestrzega, że XXI stulecie to będzie wiek chorób psychicznych.

Podsumowując, muszę powiedzieć, że wyniki monitoringu pozwalają na stwierdzenie, iż część oczekiwanych efektów osiągnięto przed czasem, niektóre w 2005 r., ale pozostaje też wiele celów, które wymagają podjęcia skutecznych działań w nowym Narodowym Programie Zdrowia.

Jeśli chodzi o przeciętną długość życia, co jest sumarycznym wskaźnikiem zdrowia populacji, widzimy, że niektóre kraje, jak Portugalia, po przystąpieniu do Unii gwałtownie posunęły się naprzód, choć były w znacznie gorszej sytuacji niż my w latach siedemdziesiątych. Finlandia w latach siedemdziesiątych była na naszym poziomie, a dzięki programom polityki zdrowotnej, między innymi Karelia w zakresie chorób układu krążenia, przeciętna długość życia się poprawiła. Aktualnie mamy – w latach – 4,4 do Unii, podczas gdy w roku 1991 mieliśmy 5,9. Troszeczkę nadgoniliśmy, ale jesteśmy jeszcze daleko i ten okres opóźnienia jest znaczny.

Jeżeli spojrzymy na poszczególne przyczyny zgonów w stosunku do Unii, gdyby był zachowany ten sam trend, jak jest teraz, i szybkość zmian byłaby taka sama, o tyle a tyle procent, to siedemnaście lat czekalibyśmy na osiągnięcie obecnych średnich dla chorób układu krążenia, dwadzieścia dziewięć lat – dla nowotworów złośliwych, dla raka płuc – dwadzieścia trzy lata, pięćdziesiąt pięć lat – dla raka szyjki macicy i dla przyczyn zewnętrznych – dwadzieścia dwa lata. Takie są nasze dystanse.

Międzynarodowe organizacje określają też nasze opóźnienie jeśli chodzi o różnice długości życia kobiet i mężczyzn, jak to wygląda w stosunku do średnich unijnych. Tutaj mamy Polskę, tutaj Unię, Piętnastkę – niebieska linia oznacza Unię, tyle lat jesteśmy za nią, sporo mamy do nadgonienia. Na poprzedniej rycinie zresztą to też było pokazane.

Teraz krótka analiza *swot*, czyli wad i zalet Narodowego Programu Zdrowia. Mocne strony tego programu są następujące: program jest zgodny z kierunkami „Health for All” i „Health 21”, czyli programów WHO, i z programami zdrowotnymi krajów europejskich, odnosi się do najważniejszych problemów zdrowia publicznego w Polsce. Wykorzystywany jest w tworzeniu – podkreślam to – regionalnych progra-

mów polityki zdrowotnej, też opracowywanych przez kasy chorych i fundusz, wpływa również na kierunek działalności różnych organizacji pozarządowych.

Słabe strony to brak uregulowań prawnych służących realizacji programu, brak centralnie wydatkowanych środków na niego i w zasadzie tylko formalne w niektórych okresach – nie chcę wymieniać tutaj kierownictwa – zainteresowanie Ministerstwa Zdrowia. W czasie kiedy obowiązywała strategia Narodowa Ochrona Zdrowia, NPZ był raz w niej wymieniony przez pana ministra Łapińskiego, ale zainteresowania nim nie było. Niektórzy mylili Narodową Ochronę Zdrowia z Narodowym Programem Zdrowia, nie było to nagłośnione i program w pewnych okresach nie miał politycznego poparcia. Dalej, słabe narzędzia w zakresie monitoringu realizacji programu. Tutaj muszę jeszcze raz podkreślić, że to, co było w województwie mazowieckim za pani senator, to był właściwy kierunek. Niedostatek popularyzacji programu w społeczeństwie – na pewno media za mało o tym mówiły.

Szansą dla nowego NPZ jest nadanie odpowiedniej rangi programowi przez przyjęcie go przez Sejm, przez Radę Ministrów jako uchwały. Nie mówię już o ewentualnej ustawie o zdrowiu publicznym i Narodowym Programie Zdrowia. Dalej, wydzielenie środków finansowych na realizację i monitoring, dobre monitorowanie wypełniania zadań i ich efektów oraz popularyzacja programu w społeczeństwie – to są szanse.

Zagrożenia to zdominowanie, rozmycie wagi i roli NPZ przez... Teraz to się inaczej nazywa, nie ma Narodowego Planu Rozwoju, zdaje się, że w tym tygodniu będą rozmowy na temat właściwej roli Narodowego Programu Zdrowia i zagadnień zdrowotnych w nowym programie zastępującym Narodowy Plan Rozwoju. Byłoby to chyba ze wszech miar potrzebne.

Proszę państwa, będziemy się wspinać do tego światełka, tej latarni, tego naszego przyszłego Narodowego Programu Zdrowia z mozołem, aby był on skuteczniejszy i lepiej sterowany niż dotychczas. Przepraszam za przeciągnięcie, Panie Senatorze.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Nie, wszystko jest zgodnie z czasem. Bardzo dziękuję za tę interesującą prezentację.

Zgodnie z zasadami pracy komisji senackiej w tej chwili jest faza pytań do prelegenta.

Czy są pytania? Nie widzę zgłoszeń.

Otwieram dyskusję nad przedłożonym sprawozdaniem z wykonania Narodowego Programu Zdrowia. Zapraszam do wypowiedziania się też uczestników, gości zaproszonych na posiedzenie naszej komisji, a także senatorów.

Ponieważ nie widzę zgłoszeń, sam się zgłoszę. Taki będę.

Szanowni Państwo!

Można powiedzieć, że gdy wchodziliśmy w okres transformacji, nasza uwaga została skupiona na sprawach gospodarczych, sprawy społeczne były gdzieś tam w tle i towarzyszyła temu pewna ideologia, iż różne problemy społeczne będą się rozwiązywały wraz z postępem gospodarczym.

Tymczasem wnikliwa obserwacja, między innymi zawarta w książce profesora Kirschnera, wskazywała, że mniej więcej od progu lat siedemdziesiątych rozjechały się tendencje zdrowotne państw zachodnich i krajów obozu socjalistycznego. O ile oni wyciągnęli wnioski z raportu Marka Lalonda i zaczęli wdrażać swoje programy zdro-

wotne, między innymi „Health for All 2000”, myśmy jeszcze ciągle mierzyli postęp w ochronie zdrowia ilością budowanych szpitali i przywiązywaliśmy wagę do elementów, które warunkują zdrowie.

Pierwszy dokument, jaki został przyjęty w rządzie Mazowieckiego, miał jeszcze w sobie ducha Polski resortowej, scentralizowanej. Kolejne przyjmowane mutacje próbowały już w jakiejś mierze odpowiadać na bardziej zdecentralizowany model państwa. Jednak w tej analizie swotoskiej, którą na końcu przedstawił pan doktor Goryński, widzieliśmy, że w sumie nam się w wielu parametrach poprawiło, w innych nie, ale tak naprawdę trudno jest powiedzieć, czy wynikało to z przyjęcia Narodowego Programu Zdrowia, czy też z czegoś innego. Czy nie było to związane z tym, że jednak Polska samorządna bardziej ukierunkowała się na rzeczywiste potrzeby swoich obywateli? Bo przecież zdrowie jest jednym z istotnych elementów jakości życia, i poprawiając te nasze miasta, wioski, infrastrukturę, co widać... Wystarczy się przejść, także i po tym pięknym mieście, w którym dzisiaj gościśmy, żeby zobaczyć, ile tutaj zrobiono – powstały nowe obiekty, boiska, sale. Każde z tych miast, miasteczek, gmin, samorządów próbowało tworzyć pewną politykę społeczną. Sam jako człowiek, który przez ileś lat dyrygował polityką zdrowotną we Wrocławiu, zastanawiałem się, na ile instruktażowe były hasła Narodowego Programu Zdrowia, zwłaszcza gdy czytałem o instytucjach odpowiedzialnych za każdy ze stawianych celów. Na ogół to było sześć, siedem instytucji, monitorowane miały być na przykład elementy edukacji prowadzonej przez media publiczne.

Krótko mówiąc, w dalszym ciągu mam takie wrażenie, że ten dokument w przeszłości był polską odpowiedzią na to wszystko, co działo się w polityce zdrowotnej państw, ale jak patrzyliśmy na narzędzia wykonawcze, widzieliśmy, iż one w znacznej mierze zależały od inicjatywy lokalnej, od liderów, takich jak siedząca tu po mojej lewej ręce pani senator Fetlińska, jak doktor Roślewski ze Szczecina czy Zbyszek Król z Krakowa. Samorządowcy w jakiejś mierze ciągnęli ten program.

Jednocześnie następowały zmiany we wzorcach zachowań, na przykład weszły cytrusy, stały się tańsze, powszechnie dostępne, łatwe do nabycia. To spowodowało ten pozytywny trend, że o ile poprzednio rozwierały się te nożyce jeśli chodzi o zdrowotność populacji polskiej, to jednak mniej więcej od roku 1992 zaczęliśmy iść w podobnym kierunku.

Moim zdaniem dzisiaj przed autorami Narodowego Programu Zdrowia stoi pytanie, na ile ten dokument ma być pewnego rodzaju instrukcją. Taki charakter ma na przykład program amerykański „Zdrowi ludzie w zdrowych społecznościach 2000–2010”, który ma strukturę trzywarstwową: misja, cele, zasady realizacji, ewaluacja. Gdy człowiek bierze na przykład cel numer siedem, to zasady jego realizacji będą w drugim tomie, organizacja na poziomie lokalnym – w trzecim, jak to oceniać itd. A może będzie to znowu dosyć ogólny katalog.

Czego możemy się zatem nauczyć, podsumowując tę poprzednią mutację programu? To jest pewne wyzwanie, przed którym stoi zarówno grupa autorów – a tu ich widzę, widzę ludzi, z którymi, można powiedzieć, trochę już soli zjedliśmy po drodze w polityce zdrowotnej. Na ile on powinien odpowiadać potrzebom lokalnych wspólnot, gmin, miast, powiatów, województw samorządowych? Jak łączyć odpowiedzialność państwa za politykę zdrowotną ze strumieniem aktywności obywatelskiej, która warunkuje skuteczność? Jak wikłać stowarzyszenia, organizacje pozarządowe w realiza-

cję celów, które powinny w gruncie rzeczy zejść do poziomu decyzji prozdrowotnych podejmowanych przez obywatela? To są wyzwania, przed którymi stajemy.

Proszę traktować moją wypowiedź jako próbę zaszczepienia potrzeby dyskusji w tej sprawie. Uważam, że to nas jeszcze czeka, w związku z tym pozwoliłem sobie zabrać głos w tej sprawie.

Czy są jeszcze głosy w dyskusji?

Bardzo proszę, pan doktor Krzysztof Kuszewski.

**Kierownik Zakładu Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia  
oraz Szpitalnictwa w Państwowym Zakładzie Higieny  
Krzysztof Kuszewski:**

Mam mówić do tego mikrofonu?

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak, już leci.)*

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chciałbym tylko coś dodać. Nic przeciw, lecz raczej za. Jaki był efekt Narodowego Programu Zdrowia, który przedstawił Paweł Goryński? Otóż były to ogólne hasła, ale samorządy mówiły tak: my będziemy teraz robić to i to – i wybierały sobie któryś z punktów – bo to jest w Narodowym Programie Zdrowia. Mówiliśmy w czasie naszych dyskusji eksperckich, że był to rodzaj książeczki Mao: każdy ją nosił, jakąś złotą myśl z tego wyciągał i robił to, co uważał za potrzebne. I tak to działało.

Czyli to, że nie było to tak bardzo sprecyzowane, było pozytywne. Staraliśmy się w nowym programie – może będzie czas, aby o tym pomówić później w ramach dyskusji – przełożyć to bardziej na samorządy, tak by miały one lepiej wyznaczone zadania do realizacji.

Nawiążę jeszcze do problemu, o którym chcę powiedzieć, póki pamiętamy to, co mówił Paweł Goryński. Otóż bardzo trudno nam było namierzyć, jakie osiągniemy rezultaty; pisaliśmy 10%, 15%, i nie wiedzieliśmy tak naprawdę... Przecież to było pisane, jak pan senator powiedział, w 1996 r. po paru zmianach. W niektórych przypadkach okazało się, że byliśmy zbytnimi pesymistami, a w innych – że patrzyliśmy zbyt optymistycznie, głównie jeśli chodzi o nowotwory, co było tu widać. Ale skoro ludzie w Polsce żyją cztery lata dłużej, to są starsi i muszą chorować na nowotwory, tyle tylko, że teraz zaczynają one być chorobą przewlekłą. To jest coś, co nastąpiło.

Celem dyskusji nad nowym programem była między innymi większa medykalizacja, czyli, krótko mówiąc, więcej medycyny w programie. Dotąd były w nim uwzględnione właściwie tylko trzy, cztery fakty medyczne, to znaczy rozwój medycyny rodzinnej, poprawa ratownictwa i wykrywanie nowotworów i chorób układu krążenia. Od czasu Marka Lalonda, o którym pan przewodniczący wspominał, na przykład dzięki kardiologii zabiegowej nie umiera na zawał sto tysięcy ludzi dlatego, że jest sto tysięcy zawałów. Umiera znacznie mniej. To było bardzo wyraźnie widać w tym, co pokazywał Paweł Goryński, czyli możemy wyciągnąć z tego pewne nauki.

Na koniec – bo nie chcę za długo mówić – jeszcze jedna sprawa. Mianowicie zawsze stawiamy sobie pytanie, na ile Narodowy Program Zdrowia miał wpływ na to, że Polacy żyją dłużej. Bardzo trudno to ocenić, analiza musiałaby być wieloskładnikowa. Taka jest koegzystencja, że tak powiem, Narodowego Programu zdrowia i tego, co się wydarzyło w Polsce. Część ludzi jest bogatszych, część uboższych, ale to, co jest

istotne, a co wiemy dzięki NPZ, to stratyfikacja zdrowia. Bogatsze grupy społeczne żyją znacznie dłużej, znacznie lepiej, ale są i takie, które żyją o wiele krócej, dlatego że między innymi nie inwestują w zdrowie, bo nie mają na to pieniędzy. To jest bardzo ważne zjawisko i nowy Narodowy Program Zdrowia musi to uwzględnić. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję.  
Widziałem, że pan doktor Goryński się zgłasza.  
Bardzo proszę.

**Kierownik Zakładu Statystyki Medycznej  
w Państwowym Zakładzie Higieny  
Paweł Goryński:**

Chciałbym jeszcze tylko dodać, że moje wystąpienie było skrótowe i ograniczyłem się do oczekiwanych efektów zdrowotnych. W przypadku każdego celu, począwszy od pierwszego, czyli zwiększenia aktywności fizycznej, poprzez zmniejszenie palenia tytoniu, spożycia alkoholu, wiele się działo, był prowadzony przez ekspertów monitoring i wszędzie były pewne sukcesy.

Na przykład jeśli chodzi o zmianę struktury spożycia alkoholu, było pewne zawahanie. Sytuacja się modyfikowała zależnie od podejmowanych decyzji na szczeblu rządowym, na przykład odnośnie do akcyzy. Już prawie do roku 2000 osiągnęliśmy strukturę, jakiej oczekiwaliśmy, to znaczy przewagę spożycia lekkich alkoholi nad mocnymi – chodziło o to, by wino i piwo dominowały nad wódką – ale w pewnym momencie z powodu obniżenia akcyzy na alkohole mocne znowu stała się ona niekorzystna, taka jak obserwowana poprzednio. Jak mówi pan doktor Kuszewski, młodzież zaczęła się trochę wcześniej rozpijać. Oczywiście z drugiej strony możemy powiedzieć, że ma ona lepszy, łatwiejszy dostęp do piwa i że pewne przepisy i zarządzenia lokalne też mogą przeciwdziałać temu. Ale widać, jak pewne rzeczy się komplikowały.

Pan profesor Zatoński mówi, że trzy i pół miliona Polaków rzuciło palenie. Inaczej to wygląda, jeśli spojrzymy na strukturę sprzedaży wyrobów tytoniowych, bo tam wcale takich raptownych zmian nie ma. Oczywiście tutaj wiele elementów... Przepraszam, coś się chyba dzieje ze sterowaniem.

Dlaczego o tym mówię? Dla każdego z tych osiemnastu celów w tej naszej książeczce, którą publikujemy – państwo senatorowie dostali je prawdopodobnie od nas, bo wysyłaliśmy je z Państwowego Zakładu Higieny – jest opisane dokładnie, co gdzie się działo. Pewne sukcesy były osiągnięte, co skrótowo opowiedziałem na końcu mojego wystąpienia. Powtarzam, bardzo wiele się działo, i to są konkretne rezultaty realizacji NPZ. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.  
Czy są jeszcze chętni do zabrania głosu?  
Bardzo proszę.

**Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej  
w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Mazowieckiego  
Ewa Łagońska:**

Ewa Łagońska, Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej, Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego.

Pan przewodniczący wspomniał o podjęciu przez administrację samorządową pewnych działań w realizacji Narodowego Programu Zdrowia. Mogłabym przedstawić doświadczenia samorządu województwa mazowieckiego. Nie jesteśmy liderem w opracowywaniu dokumentów, podczas spotkań z kolegami z innych województw, moimi odpowiednikami, wymieniamy się wiedzą, informacjami i wiem, że są województwa bardziej zaawansowane w opracowywaniu programów kompleksowych i ich realizacji. Także województwa małopolskie czy kujawsko-pomorskie mają pewne opracowania, my oczywiście realizujemy... W okresie, w którym miałam przyjemność pracować w samorządzie, takim wyznacznikiem celów w województwie był dokument przygotowany w oparciu o Narodowy Program Zdrowia – mówię o Mazowieckim Programie Zdrowia. I tu ukłon w stronę pani senator, bo rzeczywiście jest to czas, w którym – w pierwszym okresie przygotowania programu – urząd marszałkowski dość ściśle współpracował...

Oczywiście trzeba powiedzieć, że niewątpliwie wzrosła świadomość. To jest też ważne, nie tylko fakt opublikowania Narodowego Programu Zdrowia. Mogę powiedzieć na bazie swojego wieloletniego doświadczenia w zarządzaniu, że ten dokument, do którego sięgaliśmy w każdych okolicznościach – tak jak powiedział pan Krzysztof Kruszewski – to faktycznie była taka książeczka i na jej bazie przygotowywaliśmy różne zadania, nie tylko promocyjne, lecz przede wszystkim inwestycyjne, bo bez tego nie da się przygotować innych działań.

Województwo mazowieckie przyjęło pewne priorytety. Na same zadania z obszaru promocji zdrowia – mogę to powiedzieć, większość to wie – jest przeznaczona kwota blisko 5 milionów. Myślę więc, że będzie mogła być monitorowana realizacja tego i efekty. Jednak przede wszystkim poszliśmy w kierunku inwestycyjnym, skupiliśmy się na trzech podstawowych celach: ograniczeniu skutków chorób układu sercowo-naczyniowego, ratownictwie medycznym i w tej chwili włączamy się w program przeciwdziałania i zwalczania chorób nowotworowych. Mówię o tych bardziej intensywnych działaniach, bo oczywiście nie zapominamy o pozostałych obszarach, jak zdrowie psychiczne, żywienie, profilaktyka chorób z tym związanych.

Chciałabym powiedzieć, że potrzebne są takie programy. Tym, co najmocniej odczuwamy z pozycji włączających się w te zadania, jest brak jednego ośrodka koordynacji, ponieważ i NFZ, poprzednio kasy chorych, i struktury administracji rządowej, i samorządowej realizują program, ale nie ma jednego koordynatora. A to wspierałoby te działania. Oczywiście to jest powiedziane bardzo umownie, chodzi o możliwość koordynacji na poziomie wojewódzkim, poprzez centralny, aby było jednoznacznie sprecyzowane, kto z kim, gdzie, w jakim obszarze i jaki jest podział kompetencji.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę. Proszę o przedstawienie się.

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Ciechanowie  
Wiesława Krawczyk:**

Powiatowy inspektor sanitarny w Ciechanowie Wiesława Krawczyk:

Od wielu lat pracuję z Narodowym Programem Zdrowia, można powiedzieć nawet, że od kilkunastu lat, i obserwuję, że z coraz większym zaangażowaniem go wykorzystujemy. W ostatnim czasie w ramach ustawowych zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej realizujemy kilka jego celów.

Mogę pokrótce powiedzieć, że w ramach urzędowej kontroli żywności jako naszej ustawowej działalności realizujemy cel numer dwa. Cel numer osiem, czyli zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy – także w ramach działalności ustawowej. Cel numer dziewięć, poprawa stanu sanitarnego terenu – również. Cel numer siedemnaście, zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym – podobnie. Również nasza ustawowa działalność, i nie tylko, to edukacja, czyli cel numer sześć. I tak po kolei mogłabym jeszcze wymieniać wiele celów.

Chcę powiedzieć o doświadczeniach przy ich realizacji. Nie ma z tym problemu, o ile zadania są określone również w ustawie, ale podejmowaliśmy wiele inicjatyw pozaustawowych, szczególnie w edukacji, we współpracy z samorządami. Tam powoływaliśmy się właśnie na Narodowy Program Zdrowia, jednak muszę powiedzieć, że to było bardzo różnie rozumiane przez samorządy. Bardzo dobrze współpracuje się nam z samorządem Ciechanowa, ale w innych miejscach spotykamy się niekiedy z pełnym zrozumieniem NPZ. Zatem tendencja, która się w tej chwili przewija, by bardziej związać Narodowy Program Zdrowia z zaangażowaniem samorządów, jest właściwa.

Druga aktualna tendencja, by nadać NPZ rangę ustawowego aktu – uchwały, jest też zasadna, jesteśmy za tym jako realizatorzy programu. Nie chcę już mówić o skutkach, bo one nie przez nas są oceniane, niemniej jednak realizacja programu byłaby na pewno ułatwiona, a i efekty lepsze. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję.

Rozumiem, że w tej części dotyczącej roku...

Bardzo proszę, pani dyrektor Paczek.

**Dyrektor Mazowieckiego Centrum Zdrowia Publicznego  
Katarzyna Paczek:**

Dziękuję.

Dyrektor Mazowieckiego Centrum Zdrowia Publicznego.

Proszę państwa, chciałabym odnieść się do wypowiedzi poprzedników, ponieważ pragnę zwrócić uwagę na kilka elementów w Narodowym Programie Zdrowia, które są bardzo ważne, a o których często zapominamy.

Proszę pamiętać, że jest to program rządowy, uwzględnia wielosektorowe działania nie tylko w zakresie ochrony zdrowia, ale również poza nią. Wiele celów, takich jak wspieranie aktywności fizycznej, nie jest związanych z rozbudową bazy szpitalnej czy w ogóle bazy ochrony zdrowia, polegają one na przykład na budowaniu sal gimna-

stycznych. Chodzi o kształtowanie postaw dzieci już od najmłodszych lat, żeby przynosiło to skutki w przyszłości.

W związku z tym przychyliam się do opinii, że należy stworzyć ośrodek koordynujący, który by czuwał nad realizacją zadań na rzecz zdrowia publicznego w różnych sektorach. Zbierałby on i monitorował efekty tych działań, ponieważ obserwacja samej poprawy stanu zdrowia jest niewystarczająca. Już na tych pierwszych etapach należy czuwać nad tworzeniem prawidłowych postaw, by w późniejszych latach oczekiwać wyników w samej organizacji ochrony zdrowia.

Chcę jeszcze zwrócić uwagę element, który nie był omawiany, a o którym wszyscy wiemy. Proszę pamiętać, że Narodowy Program Zdrowia wskazuje cele, kierunki, w których dążymy, ale nie przewiduje środków finansowych na ich realizację, o czym też trzeba powiedzieć. Dlatego wielokrotnie samorząd terytorialny, który podejmuje się realizacji poszczególnych celów, musi wśród nich wybierać w ramach pieniędzy, którymi dysponuje, zgodnie z potrzebami lokalnymi. Gdybyśmy chcieli, by NPZ był bardziej aktywnie realizowany, być może w przyszłości powinniśmy rozważyć możliwość przewidzenia jakichś środków finansowych, przynajmniej na wybrane przez nas priorytetowe działania.

Dodam jeszcze, że pan Goryński mówił o tym, iż odbywa się monitorowanie korzyści zdrowotnych, jakie osiągamy. Bardzo dziękuję za to Państwowemu Zakładowi Higieny, ponieważ jest to chyba jedna z nielicznych publikacji, która się pojawia przez lata, pokazująca sytuację zdrowotną. Niezależnie od tego, czy te korzyści wynikają akurat z realizacji Narodowego Programu Zdrowia, czy z innych czynników, na przykład ze zmiany naszych postaw, to jest to tak naprawdę jedyny dokument, który pokazuje, co osiągamy jeśli chodzi o zdrowie. Korzystając z okazji, chciałabym za to podziękować.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Pani senator Fetlińska zgłaszała się do głosu.

**Senator Janina Fetlińska:**

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, w odniesieniu do tego etapu dyskusji chciałabym powiedzieć, że tak naprawdę największą słabością Narodowego Programu Zdrowia było to, iż nie zostały dokładnie określone środki, oraz – przede wszystkim – to, że nie było odpowiedniej ustawy. Bo mimo wszystko wprowadzająca go uchwała Rady Ministrów, do której był załącznik właśnie w formie programu, to za mało, brak podstaw prawnych utrudniał realizację.

Jeżeli nie było w danym województwie siły sprawczej, która by podjęła trud zainicjowania, wdrożenia programu, to nie było możliwości, by coś się zaczęło dziać w tym kierunku. W małych województwach, tych czterdziestu dziewięciu, w latach dziewięćdziesiątych były takie miejsca, gdzie była podejmowana inicjatywa. Łatwiej było to czynić, ponieważ w mniejszym środowisku prościej jest się zorganizować. Myślę, że pewien pozytywny przejaw naszej działalności w Ciechanowie był wynikiem tego, że mieliśmy też możliwość czerpania z wzorców zachodnich.



Przypomnę inicjatywę rządu, ministra Sidorowicza, który na bazie projektu Banku Światowego przygotował podstawy do pilotowania tych rozwiązań. W Ciechanowie, także w Wielkopolsce, w Poznaniu, w Szczecinie – w tych trzech konsorcjach – rzeczywiście dano nam szansę wypróbowania, jak należy realizować ten program. Pamiętam pierwsze wizyty ekspertów amerykańskich tutaj w Ciechanowie, u ówczesnego lekarza wojewódzkiego doktor Elwiry Soplińskiej, myśmy wtedy przygotowywali w biurze naszego konsorcjum zdrowia program profilaktyka. Właśnie oni mówili tak: musicie przede wszystkim dobrze sobie wyznaczyć cele, konkretne zadania, ale ważne też jest monitorowanie, bo program niemonitorowany nie będzie zrealizowany. Jeżeli ktoś nie czuwa nad tym, co ma być zrobione i jak ma być zrobione, to nie będzie to miało szans na dłuższe trwanie. Będzie jakaś inicjatywa, będzie ona pięknie otworzona, a potem nie zaistnieje.

Myślę, że właśnie mamy taki moment, iż dzięki temu, że był projekt Banku Światowego, mogliśmy to rozwiązanie wprowadzić pilotażowo w Ciechanowie, a potem przenieść na całe województwo mazowieckie. Co tutaj było bardzo ważne, stwierdziliśmy – to znaczy takie jest moje doświadczenie – że należy pozostawić zainicjowanie działań w tym zakresie, szkolenie, w rękach wojewody.

Monitorowanie też może być w rękach wojewody, ale może to dzielić wspólnie na przykład z Państwową Inspekcją Sanitarną, ponieważ ma narzędzia, ma odpowiednie możliwości, a realizację należy powierzyć samorządom, które są często organami założycielskimi dla wielu instytucji, jak szkoła, szpital, placówki kulturalne. We wszystkich tych instytucjach można prowadzić promocję zdrowia. Dopiero taka organizacja, takie podejście może dać efekt pozytywny.

Myślę, że w Narodowym Programie Zdrowia, jeśli chodzi o całą Polskę, nie udało nam się tego uczynić w całości, ale przynajmniej na podstawie doświadczeń ciechanowskich, pomorskich, wielkopolskich, a także mazowieckich możemy stwierdzić, że w zasadzie, nawet jeżeli się nie przygotowuje finansowania bezpośredniego na wyznaczone cele, ale dobrze podzieli się role, kto, co ma robić i czerpać ze swoich funduszy – bo każda instytucja ma swoje cele statutowe, które służą także zdrowiu, może te środki wykorzystywać pośrednio także na cele zdrowia – i jeżeli zostanie to zmonitorowane, to nawet możemy powiązać również koszty promocji zdrowia i efekty, tylko to trzeba zrobić umiejętnie.

Wydaje mi się, że to nam wyjdzie w dalszej dyskusji, ale pewne narzędzia powstały i dobrze byłoby do nich sięgnąć.

Na tym zakończyłabym wypowiedź do tego fragmentu dyskusji, ale chciałabym potem zrobić wprowadzenie, jeśli pan przewodniczący pozwoli, do następnego elementu.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Tylko dwa zdania. Przechodzimy teraz do następnych punktów, będziemy omawiać realizowane programy lokalne, ale to jest także jedna z przyczyn, dla których jesteśmy tutaj jako senacka Komisja Zdrowia, ponieważ rozwój nie jest nigdzie liniowy, odbywa się zawsze przez „kominy”, są takie miejsca w kraju, które ciągną w górę, i Ciechanów na pewno jest jednym z takich z miejsc, które akurat w polityce zdrowotnej ciągną.

Z przyjemnością oddaję głos pani senator Fetlińskiej, która chce zrobić głębszy wstęp do tej sprawy.

Bardzo proszę.

**Senator Janina Fetlińska:**

Sądzę, proszę państwa, że mieliśmy szczęście, iż w okresie transformacji weszliśmy z dużym entuzjazmem i z dobrym zespołem ludzi. W 1991 r., kiedy został ogłoszony konkurs Banku Światowego i rządu polskiego, zespół ciechanowski na bardzo niewielkim obszarze, bo było to tylko województwo ciechanowskie i część województwa ostrołęckiego, Przasnysz, włączył się do inicjatywy konsorcjum zdrowia i tutaj właściwie mieliśmy szansę na przeprowadzenie pilotażu promocji zdrowia, wdrożenie promocji zdrowia.

Oczywiście kierowaliśmy się wtedy pierwszą wersją Narodowego Programu Zdrowia, ona była znana, trochę inaczej były tam ustawione cele, ale jednak dla nas było to wyznacznikiem podejścia do tych działań.

Oczywiście jak zawsze zaczęliśmy od tego, że zrobiliśmy diagnozę stanu zdrowia ludności województwa ciechanowskiego, obwodu ostrołęckiego i tę diagnozę odnieśliśmy do sytuacji w kraju i do celów Narodowego Programu Zdrowia. Udało nam się wówczas stworzyć coś, co było chyba najważniejsze dla powodzenia całej sprawy, udało nam się stworzyć wokół lekarza wtedy jeszcze wojewódzkiego zespół, ośrodek organizacji ekonomiki ochrony zdrowia w Ciechanowie, z czego zrodziła się pewna koalicja na rzecz zdrowia, składająca się właściwie z przedstawicieli wszystkich możliwych organizacji i instytucji.

W skład weszli przedstawiciele samorządów, a więc urząd miasta, urząd wtedy wojewódzki, wyżsi przedstawiciele szpitala wtedy wojewódzkiego, szpitala zespolonego, przedstawiciele szkół, kuratorium oświaty, przedstawiciele instytucji takich jak straż pożarna, komenda policji, także dziennikarze byli ważnym elementem, bo mieli przejść edukację. Spotkał się więc zespół, który miał opracować programy zdrowia. Zespół ten, tworząc, miał jednocześnie potem to monitorować, a jeżeli coś się tworzy razem, to potem ma się większą motywację do tego, żeby to realizować, ponieważ to nie jest narzucone, tylko jest robione dla nas i z nami, a wówczas ludzie to przyjmują i mają do tego stosunek bardziej żywotny, powiedziałabym, entuzjastyczny.

Przede wszystkim zaczynając w 1991 r. mieliśmy już pierwsze osiągnięcia, bo od 1986 r. w Ciechanowie był już bardzo dobrze wdrożony program karmienia piersią, w szpitalu, w przychodniach, w wiejskich ośrodkach zdrowia pielęgniarki, lekarze, położne bardzo intensywnie prowadziły edukację przyszłych matek, kobiet ciężarnych przygotowując je do karmienia piersią, a także bardzo szczegółowo monitorowały ten program karmienia piersią. Było to pierwsze zrozumienie tego, że monitorowanie i edukacja mają rzeczywiście duże znaczenie.

Mając takie pierwsze doświadczenia, mieliśmy lepsze zrozumienie także wśród lekarzy, których obecność w promocji zdrowia była nieodzowna, ich poparcie było po prostu warunkiem zaistnienia programu. Lekarze, jako osoby bardzo opiniotwórcze w środowisku, udzielając poparcia dla promocji zdrowia dali szansę magistrom pielęgniarstwa, bo wtedy do Ciechanowa przyszli magistrzy pielęgniarstwa głównie po Akademii Medycznej w Lublinie i Poznaniu i byli jak gdyby osnową tego wszystkiego, pracowały także nad tymi bardzo czasochłonnymi programami pielęgniarstwa, ale wsparcie lekarzy, o którym mówiłam, i całego środowiska było bardzo istotne. I to chciałam podkreślić, że pewne programy wypracowały środowiska pielęgniarstwa, ale przy silnym wsparciu środowiska lekarskiego i pozostałej części koalicji.

Powstało wiele programów i koleżanki będą tutaj prezentować bardzo krótko tylko kilka programów, o czym jest mowa w materiałach: program profilaktyki chorób

układu krążenia, program rzucania palenia tytoniu, ale powstał jeszcze program zapobiegania zakażeniom HIV i opieki nad chorymi na AIDS, powstał także program ochrony zdrowia psychicznego, powstał też program związany z profilaktyką próchnicy zębów i to był jeden z najlepszych programów w Polsce, bardzo szeroko przygotowany, z dużymi efektami, ale stwierdziliśmy, żeby po prostu tutaj państwa też nie zanudzić, należy pokazać te najistotniejsze, które wydają się, że były najszerzej wdrożone i miały najlepsze efekty i które metodycznie mogłyby służyć za przykład. W związku z tym tylko te kilka jest prezentowanych. I ja...

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Nie, myślę, że przekażę teraz prowadzenie pani wiceprzewodniczącej w tej części, a wróć do prowadzenia dyskusji.

*(Przewodnictwo obrad obejmuje zastępca przewodniczącego Janina Fetlińska)*

**Zastępca Przewodniczącego Janina Fetlińska:**

Bardzo dziękuję. Bardzo mi miło, Panie Przewodniczący.

Wobec tego bardzo proszę panią magister Lucynę Borowik, która była jakby kluczową postacią w opracowywaniu programu profilaktyki chorób układu krążenia w Ciechanowskim Konsorcjum Zdrowia. Był to pierwszy program metodycznie wdrożony w tym konsorcjum bardzo nowocześnie w 1992 r.

Bardzo proszę.

**Główny Specjalista w Wydziale Edukacji, Kultury, Sportu i Zdrowia  
w Starostwie Powiatowym w Ciechanowie**

**Lucyna Borowik:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Nazywam się Lucyna Borowik, pracuję w wydziale Edukacji, Kultury, Sportu i Zdrowia. Bardzo serdecznie dziękuję panu przewodniczącemu za zaproszenie na dzisiejsze posiedzenie komisji i za możliwość wystawienia w kilku szkołach programu, którego byłam współautorką.

Proszę państwa, program profilaktyki chorób układu krążenia „Zdrowie w rytmie serca” był opracowany na przełomie lat 1991–1992 i został oficjalnie przyjęty do realizacji zarządzeniem wojewody ciechanowskiego w listopadzie 1992 r. Program profilaktyki chorób układu krążenia „Zdrowie w rytmie serca” był zbieżny z celami programu zdrowia w tej pierwszej wersji z 1990 r., jak również z założeniami narodowego programu ochrony serca.

Ponieważ moje wystąpienie ma być króciutkie, skupię się na trzech istotnych elementach, które w tym programie zadziałały, a które były bardzo ważne dla jego wdrożenia i właściwej realizacji.

Po pierwsze, w ramach tego programu udało się pozyskać realizatorów spoza służby zdrowia. Było to niezwykle ważne, ponieważ poza fachowymi pracownikami służby zdrowia do realizacji programu udało nam się włączyć administrację państwową, a mianowicie wydziały urzędu wojewódzkiego, kuratorium oświaty, w tym szkoły, a także instytucje paramilitarne typu policja, straż pożarna, obrona cywilna. Również

Kościół katolicki włączył się bardzo aktywnie w realizację zadań tego programu, a także inspekcja sanitarna. Był to nasz bardzo duży sukces, w ogóle osiągnięcie, że instytucje spoza służby zdrowia zechciały wziąć udział w realizacji tego programu.

Chciałabym tu podkreślić, że zadania przygotowywane do realizacji w ramach tego programu dla jakichś instytucji były niejednokrotnie konsultowane z przedstawicielami właśnie tych instytucji, a ostateczna wersja tych zadań, które zostały wpisane do tego programu, była przez poszczególnych realizatorów zaakceptowana i przyjęta do realizacji.

Chciałabym jeszcze zwrócić uwagę przy tym punkcie, że w placówkach służby zdrowia udało się wskazać konkretne osoby, odpowiedzialne za wdrożenie i realizację tego programu. To był bardzo ważny element metodyczny. Drugim ważnym punktem tego programu było przygotowanie materiałów metodyczno-edukacyjnych i informacyjnych. Każdy z realizatorów otrzymał komplet takich materiałów metodycznych, a najbardziej rozbudowaną wersję tych materiałów posiadały zakłady opieki zdrowotnej.

To dzięki pozyskaniu środków z Instytutu Kardiologii w ramach narodowego programu ochrony serca udało się w 1992 r. wydrukować sześć rodzajów ulotek dotyczących czynników ryzyka chorób układu krążenia i te ulotki były przekazane właśnie do zakładów opieki zdrowotnej.

Poza tym wydrukowano diagramy do oceny masy ciała, co pozwoliło realizować jedno z zadań tego programu, przygotowane były również w naszej wersji kontrolki pomiarów ciśnienia tętniczego w krwi. Muszę państwu powiedzieć, że jeszcze do dzisiaj ludzie, którzy otrzymali te kontrolki w 1992 r. i w 1993 r., noszą je ze sobą i dają do wpisu pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, masy ciała i wzrostu.

Oprócz tego dzięki środkom, które pozyskaliśmy z Instytutu Kardiologii, jak również z konsorcjum zdrowia, udało się zakupić do zakładów opieki zdrowotnej aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi. Były to aparaty dobrej jakości, w tamtym czasie niezwykle potrzebne do realizacji zadania, jakim był pomiar ciśnienia tętniczego krwi dla ludzi zgłaszających się do przychodni, do ośrodków zdrowia.

W ramach materiałów metodycznych przygotowaliśmy również druki sprawozdawcze dla pracowników służby zdrowia, ponieważ program kardiologiczny „Zdrowie w rytmie serca” zakładał właśnie prowadzenie sprawozdawczości. Instytucje spoza służby zdrowia składały sprawozdania raz do roku, natomiast pracownicy fachowi służby zdrowia składali te sprawozdania kwartalnie, półrocznie i rocznie.

Chciałabym jeszcze powiedzieć o bardzo ważnej sprawie, a mianowicie o tym, że udało nam się przeprowadzić dwukrotnie badania ankietowe wśród ludności przez Ciechanowskie Konsorcjum Zdrowia. Pierwsze badanie było przeprowadzone na początku realizacji tego programu, w 1993 r., drugie natomiast po pięciu latach realizacji programu. Właśnie wyniki tych badań pokazały nam, że realizacja programu była właściwa, uzyskano pewne zmiany w wiedzy społeczeństwa, postawach, wzrosła również zgłaszalność do zakładów opieki zdrowotnej.

Ostatni element, jaki chciałabym tutaj przedstawić, a który był bardzo ważny dla tego programu, to pozyskanie do stałej współpracy – chciałabym to podkreślić: do stałej współpracy – środków społecznego komunikowania: lokalnej prasy, radia i telewizji. W „Tygodniku Ciechanowskim” raz w miesiącu ukazywał się artykuł dotyczący programu, a także czynników ryzyka i możliwości zapobiegania chorobom układu krążenia. Raz w miesiącu ludność województwa ciechanowskiego mogła więc sobie poczytać na temat programu na temat chorób układu krążenia.

Również Katolickie Radio Ciechanów nadawało cotygodniowe poniedziałkowe audycje w godzinach od 13.00 do 14.00, kiedy były omawiane zagadnienia związane z profilaktyką chorób układu krążenia i z tym programem. Właśnie te cotygodniowe audycje w Katolickim Radiu Ciechanów pozwoliły na upowszechnienie programu kardiologicznego, na zainteresowanie społeczeństwa czynnikami ryzyka chorób układu krążenia, problematyką związaną z chorobami układu krążenia.

Podsumowując swoje wystąpienie, chciałabym powiedzieć, że program profilaktyki chorób układu krążenia „Zdrowie w rytmie serca” stały się punktem wyjścia do próby usprawnienia czynnej opieki nad pacjentem z nadciśnieniem tętniczym. Niestety, strajki, o których wspominał pan doktor Goryński, jak również reforma służby zdrowia, reforma administracyjna kraju nie pozwoliła na wdrożenie przygotowanych przez nas schematów postępowania pielęgniarskiej podstawowej opieki zdrowotnej we wczesnym wykrywaniu nadciśnienia i schematu postępowania pielęgniarki i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w czynnej opiece nad pacjentem z nadciśnieniem tętniczym krwi.

Drugim elementem, do którego punktem wyjściowym stał się właśnie program kardiologiczny, było tworzenie gabinetów promocji zdrowia, ponieważ w ramach programu funkcjonowały punkty porad kardiologicznych, ale z czasem stały się one niewystarczające, dlatego też była potrzeba tworzenia gabinetów promocji zdrowia.

Trzecia rzecz, do której również przyczynił się ten program kardiologiczny, to możliwość realizacji krajowych zadań z zakresu zwalczania nikotynizmu, ponieważ w naszym ciechanowskim programie już w 1992 r. znalazł się zapis o realizacji minimalnej interwencji antynikotynowej. W ramach tego programu zainicjowano obchody Ciechanowskiego Tygodnia bez Papierosa, to w ramach tego programu ówczesny wojewoda ciechanowski wprowadził zarządzenie zakazujące palenia tytoniu w urzędzie wojewódzkim i zakaz sprzedaży wyrobów tytoniowych w bufecie w tym urzędzie jeszcze przed wejściem ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

Myślę więc, że ten program w bardzo piękny sposób pokazuje, jak można realizować zadania z zakresu promocji zdrowia, jak należy prowadzić działania, ponieważ to jest program, w którym kompleksowo podchodzi się do wszystkich zadań związanych z właściwym opracowaniem i wdrożeniem programu promocji zdrowia. Dziękuję bardzo.

### **Zastępca Przewodniczącego Janina Fetlińska:**

Dziękuję bardzo pani magister Borowik.

Myślę, że tutaj dodałabym jeszcze jedno. To był pierwszy taki program wprowadzony bardzo szeroko zarządzeniem wojewody, a data listopadowa była bardzo starannie dobrana, bo było to 11 listopada 1992 r., chcieliśmy bowiem uczynić to także wydarzeniem patriotycznym, ponieważ dbanie o zdrowie jest także patriotycznym obowiązkiem – ktoś wyliczył, że liczba przedwczesnych zgonów z powodu chorób układu krążenia w Polsce mniej więcej pokrywa się z liczbą zgonów w II wojnie światowej.

Myślę więc, że jest to naprawdę poważny problem, z którego sobie nawet nie zdajemy sprawy, w związku z tym chcieliśmy to też zaakcentować. W tym otwarciu udział Kościoła zaznaczył się obecnością dwóch biskupów – księdza biskupa Suskiego i księdza biskupa Kamińskiego, ponieważ uważaliśmy, że w tym czasie, kiedy Polska

uzyskała wolność i wszystko zaczynało jakby rozkwitać od nowa, jest to naprawdę bardzo ważne wydarzenie społeczne.

Czy są pytania do tego wystąpienia?

Jeszcze przy okazji, ponieważ widzę pana posła Roberta Kołakowskiego, bardzo serdecznie witamy. Spóźnił się, ale jest z nami, dziękujemy. (*Wesołość na sali*)

(*Posel Robert Kołakowski: Przepraszam za spóźnienie.*)

Dziękuję.

(*Głos z sali: To się nazywa uszczypliwe powitanie.*) (*Wesołość na sali*)

To się nazywa szczerze powitanie.

Bardzo proszę, są pytania do programu kardiologicznego? Może co do metodyki, zawartości?

Wobec tego może przejdziemy do bardzo ważnego elementu tego programu, który stał się jednocześnie samodzielnym elementem działania, do programu profilaktyki badania tytoniu, który omówi pani magister Małgorzata Zagroba.

**Wykładowca w Instytucie Ochrony Zdrowia  
w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Ciechanowie  
Małgorzata Zagroba:**

Szanowni Państwo Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Miałam ogromny dylemat, jak w przeciągu dziesięciu minut przedstawić to, co w subregionie ciechanowskim praktycznie jest robione od piętnastu lat.

Program dotyczący problematyki palenia tytoniu albo raczej bardzo systematyczne i zorganizowane działania zostały zainicjowane na podstawie programu, o którym mówiła już pani magister Borowik, programu „Zdrowie w rytmie serca”, czyli jest oparty tak naprawdę na pierwszej wersji Narodowego Programu Zdrowia z 1990 r. Od 1996 r. te działania opierają się na założeniach trzeciej wersji Narodowego Programu Zdrowia, którą bardzo szczegółowo przedstawił doktor Goryński. Trzeci cel operacyjny tej wersji NPZ mówi o zmniejszeniu rozpowszechnienia palenia tytoniu. Wypisałam te zadania, nie będę ich przytaczała, bo myślę, że w większości są one doskonale znane.

Część tych zadań jest odzwierciedlona w działaniach ciechanowskich, zdecydowanie w ustawie o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu: ograniczenie palenia papierosów wśród nauczycieli i w służbie zdrowia, wzmożenie walki z paleniem wśród uczniów szkół wszystkich typów, wprowadzenie zwyczaju niepalenia we wszystkich instytucjach, obiektach publicznych, zachęcanie władz samorządów lokalnych oraz organizacji pozarządowych do udziału w zwalczaniu nikotynizmu, stworzenie sieci poradni przeciwnikotynowych – to ogólne zadania NPZ.

Bardzo proszę dalej.

W latach 1999–2002 nasze działania były wzmacniane przez program w zakresie zmniejszania rozpowszechniania palenia tytoniu i koordynowane przez Centrum Onkologii i instytut oraz zespół profesora Zatońskiego. Mogliśmy starać się o skromne, ale bardzo potrzebne środki, składaliśmy programy i otrzymywaliśmy dotacje, a wtedy działania mogły być bardziej zintensyfikowane.

Te działania zostały również wsparte przez realizację dwóch międzynarodowych projektów, o których trzeba tutaj wspomnieć: w ramach międzynarodowego projektu koordynowanego przez Światową Organizację Zdrowia i Amerykańską Agencję Ochrony Środowiska. Był to program „Uwolnijmy nasze dzieci od tytoniu”, też we

współpracy z Centrum Onkologii, instytutem i Fundacją „Promocja Zdrowia”, a w ramach drugiego międzynarodowego projektu była to edukacyjno-interwencyjna kampania listopadowa „Rzućmy palenie dla zdrowia naszych dzieci” w listopadzie 2002 r. również we współpracy z Fundacją „Promocja Zdrowia”, Fundacją Stefana Batorego, ale również Open Society Institute i American Cancer Society.

Każdy z wyżej wymienionych programów był opracowywany w formie dokumentu, monitorowany i kończył się raportem, pozwalającym określić stopień realizacji programu, osiągnięte efekty, co umożliwiało dokonanie oceny.

Bardzo proszę.

Jakie były i są cele działania? Są, bo nadal je podejmujemy, mimo że nie otrzymujemy tak wyraźnego wsparcia na konkretne programy, ale dzięki wsparciu samorządów lokalnych i wielu instytucji zaangażowanych te działania nadal są realizowane i podejmowane.

Oczywiście głównym celem jest zmniejszenie rozpowszechnienia nałogu palenia tytoniu w subregionie ciechanowskim, między innymi przez zwiększenie poziomu wiedzy społeczności na temat skutków palenia tytoniu, korzyści wynikających z niepalenia, metod zerwania z nałogiem, wykształcenie właściwych postaw i zachowań, głównie młodzieży, ale i osób dorosłych, dotyczących palenia tytoniu, zwiększenie liczby osób, szczególnie kobiet ciężarnych i młodych matek rzucających palenie tytoniu, bo wiemy, że nadal 30% ciężarnych pali, zwiększenie liczby domów, rodzin wolnych od tytoniu i zwiększenie liczby przedszkoli, szkół, zakładów pracy, zakładów opieki zdrowotnej i innych miejsc publicznych całkowicie wolnych od tytoniu.

W jaki sposób te działania są podejmowane przez piętnaście lat w subregionie ciechanowskim? Oczywiście jest to szeroka edukacja społeczności lokalnej. To nie jest tylko kampania w lokalnej prasie, tutaj akurat są fragmenty artykułu z lokalnej prasy, ale oczywiście od lat jest prowadzona szeroko pojęta kampania medialna w naszym lokalnym ciechanowskim radiu, o czym też wspominała pani magister Lucyna Borowik, są to również informacje, docierające do społeczności również przez Kościół katolicki. Księża z parafii ciechanowskich bardzo nas wspomagają, przekazując w ogłoszeniach parafialnych pewne ważne treści czy też wywieszając na tablicach ogłoszeń parafialnych informacje w postaci ulotek i innych materiałów, plakatów, które są rozdawane w szkołach, zakładach opieki zdrowotnej i w innych miejscach Ciechanowa.

Bardzo proszę dalej.

Te działania to systematyczna edukacja w przedszkolach i szkołach. Mamy programy, które są realizowane w znakomitej większości przedszkoli i szkół. Część opiera się na środowiskowym programie wychowania zdrowotnego pod redakcją pani magister doktor Marianny Charzyńskiej-Guli, tutaj dzisiaj obecnej, tam jest cały cykl „Życie bez nałogu” i gotowe scenariusze działań dla nauczycieli, ale oczywiście nauczyciele posługują się również programami Instytutu Matki i Dziecka we współpracy z Centrum Onkologii, opracowanymi dla poszczególnych grup wiekowych. Te programy zostały zakupione, rozdysponowane, a realizują je przeszkoleni nauczyciele.

Proszę dalej.

Są również zajęcia edukacyjne dla nauczycieli, pielęgniarek, lekarzy oraz rodziców. Przez dwa lata realizowaliśmy cykl edukacyjny pod hasłem „Szkoła zdrowego stylu życia młodych matek”, gdzie w założeniu były edukowane matki, które przychodziły na te zajęcia z małymi dziećmi. Dziećmi zajmowali się studenci studium anima-

torów kultury w jednym pomieszczeniu, a matki miały zajęcia na temat zdrowego trybu życia w drugim pomieszczeniu.

Jest też edukacja kobiet ciężarnych, prowadzenie minimalnej interwencji przez lekarzy i pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej, oddziałach szpitalnych, telefoniczna poradnia pomocy palącym, również sporadycznie tak zwana stacjonarna poradnia pomocy palącym, głównie uruchamiana w listopadzie, bezpłatne odwykowe kursy antytytoniowe, prowadzone przede wszystkim przez pastora Kościoła Adwentyistów Dnia Siódmego, punkty bezpłatnych porad antytytoniowych, też uruchamiane głównie w maju, listopadzie, prowadzone w centrach handlowych, na targowiskach, oczywiście połączone z bezpłatnymi pomiarami, badaniami.

Bardzo proszę dalej.

Tu przedstawiłam materiały przygotowywane głównie przez studentów studium animatorów kultury w Ciechanowie pod takimi hasłami: „Tytoniowy i dymny talk-show”, „Raj dla palaczy”, „Sąd nad papierosem”, „Podpuszek, czyli protest przeciwko nikotynie”. Są również konkursy antytytoniowe w różnych kategoriach oraz wystawy pokonkursowe prac w Centrum Kultury i Sztuki, takie wystawy pokonkursowe były organizowane dwukrotnie, był też konkurs Katolickiego Radia Ciechanów pod hasłem „Wakacje bez papierosa 2000”. To jest właśnie jedna z wystaw pokonkursowych.

Bardzo proszę dalej.

Odbywają się również cykliczne imprezy edukacyjno-prozdrowotne, których celem jest lansowanie mody na niepalenie i lansowanie zdrowego stylu życia. Jest to Światowy Dzień bez Tytoniu – 31 maja, jest to ciechanowskie i akademickie forum zdrowia, od czterech lat akademickie, a od 1998 r. Ciechanowskie Forum Zdrowia pod hasłem „Zainwestuj w zdrowie”, „Bądź wolny od dymu tytoniowego”. Nie dalej jak tydzień temu organizowaliśmy w Ciechanowie po raz kolejny takie forum, czy też Ciechanowski Tydzień bez Papierosa – o tym już wspominała też pani magister Borowik – od 1993 r. organizowane w listopadzie.

Bardzo proszę.

Tu są zdjęcia z edukacyjnych imprez prozdrowotnych, gdzie główny nacisk kładziemy na modę niepalenia, a cały teren jest strefą wolną od nałogu, nawet straż miejska i policja wręczają osobom palącym symboliczne mandaty.

Bardzo proszę dalej.

Oczywiście te działania to również happeningi, czyli zachęcanie dzieci i młodzieży, żeby publicznie wyrażały swój protest w obronie życia wolnego od nałogu, w obronie życia niepalących. Dzieci w 2003 r. wręczyły panu prezydentowi miasta Ciechanów petycję, żeby przez swoje działania również spowodował, aby Ciechanów był wolny od dymu tytoniowego. Niektórym tylko przypomnę, a niektórym powiem, że pan prezydent w ubiegłym roku podczas forum zdrowia przecinał papierosa na scenie, w ten sposób symbolicznie deklarując swoją walkę w obronie niepalących, bo to nie jest walka z palaczami.

Bardzo proszę dalej.

Czy są rezultaty naszych programów? Myślę, iż możemy powiedzieć, że są, na rezultaty naszych programów czeka się kilkanaście lat, natomiast na pewno wiemy, że społeczeństwo jest uczone nawyków, pewnych zachowań i zmiany postaw. Wiele osób deklaruje chęć rzucenia palenia tytoniu. Jest większe zainteresowanie działaniami w zakresie promocji zdrowia, jest prośba o prowadzenie zajęć z zakresu problematyki palenia tytoniu w szkołach, zakładach pracy, proszą o materiały edukacyjne.



Co jest najważniejsze w takich działaniach na terenie lokalnym? Utworzyła się koalicja różnych instytucji w tych działaniach antynikotynowych. Ta współpraca międzysektorowa polega na tym, że chociaż nie mamy wsparcia finansowego, te działania mogą być realizowane. Zaszły zmiany instytucjonalne, wiele przedszkoli i szkół w Ciechanowie zostało rzeczywiście uwolnionych od dymu tytoniowego, otrzymały specjalne certyfikaty i wyróżnienia. Obserwujemy zmiany postaw i zachowań, ponieważ prowadzimy też badania ewaluacyjne.

Bardzo proszę.

W czerwcu 2003 r. przeprowadzono badania wśród losowo dobranych rodziców dzieci z przedszkoli i szkół podstawowych w Ciechanowie, uczestniczyło w tym czterdzieści pięć osób, to są badania Pawła Kolasa i siedzących również na tej sali osób. Spośród ogółu rodziców, którzy rzucili palenie, a było to prawie 20%, aż 40% stanowili ci rodzice, którzy zerwali z nałogiem w latach 2002–2003, czyli w latach realizacji programu „Uwolnijmy nasze dzieci od tytoniu”. Domy czy mieszkania połowy ankietowanych rodzin są całkowicie wolne od tytoniu, całkowicie, to znaczy, że nikt ani z domowników, ani z gości nie pali tytoniu przy dzieciach. W tej grupie aż siedemdziesiąt pięć rodzin wprowadziło całkowity zakaz palenia w latach 2002–2003.

Jednocześnie ponad połowa ankietowanych rodzin pod wpływem realizowanego programu wprowadziła w tych latach w swoich mieszkaniach istotne zmiany w zwyczajach dotyczących palenia tytoniu i palenia papierosów, na przykład nie palą przy dzieciach, w obecności dzieci. Udało się nam również uchwałą Rady Miasta Ciechanów wystosować apel o przestrzeganie zakazu palenia papierosów na przystankach komunikacji miejskiej i w innych miejscach publicznych. Jak trudne jest to do zrealizowania, wiemy wszyscy, ponieważ ustawa, którą mamy od 1995 r., też jest trudna do wyegzekwowania.

Bardzo proszę dalej.

Są trudności i nie sposób o nich nie mówić. Brak jest wystarczających środków finansowych na realizację tych zadań, a są one potrzebne, chociażby te małe. Nie do wyegzekwowania są przepisy ustawy antynikotynowej, dotyczące zakazu palenia w placówkach służby zdrowia czy w szkołach, ale także dotyczące zakazu sprzedaży papierosów osobom nieletnim, zakazu sprzedaży papierosów na sztuki. Są trudności w dotarciu do grup najbardziej zagrożonych, osób bezrobotnych czy też rodzin patologicznych.

Brak jest alternatywy dla dzieci i młodzieży, bo brak środków finansowych na realizację wielu zajęć pozalekcyjnych, na funkcjonowanie świetlic czy klubów, a jeśli dzieci nie mają co robić, to bardzo chętnie sięgają po nałogi. Brak atrakcyjnych materiałów reklamowych, edukacyjnych. Są trudności z zainteresowaniem mediów w szerszym zakresie. Temat zdrowia tak naprawdę jest mało atrakcyjny dla mediów. Brak jest systematycznych działań w zakładach służby zdrowia i w dalszym ciągu zbyt małe jest zaangażowanie lekarzy. Brak środków finansowych na funkcjonowanie prywatnej pomocy, takiej poradni antytytoniowej.

Pozwoliliśmy też sobie na wysunięcie kilku wniosków. Jeśli są zaangażowani ludzie i są pomysły... co musimy zaobserwować. Społeczność lokalna oczekuje zorganizowanych, systematycznych działań prozdrowotnych i chętnie włącza to do swoich przedsięwzięć. Wytworzenie w ludziach przekonania o możliwości wpływu na własne zdrowie mobilizuje do oddolnych inicjatyw organizowania różnych akcji edukacyjnych w zakładach pracy i do świadomego przestrzegania zakazu palenia. Niestety, niezbędne

są nawet niewielkie wsparcia z zewnątrz, organizacyjne lub finansowe, które uaktywnią do podejmowania działań i dają gwarancję kontynuacji tych działań.

Konieczny jest udział i wsparcie samorządów, lokalnych mediów i współpraca wielosektorowa na rzecz zdrowia. Koalicja na rzecz walki z nikotynizmem i edukacja antytytoniowa skierowana do osób palących musi być połączona z dostępem do różnorodnych form metod zerwania z nałogiem. Dziękuję bardzo.

**Zastępca Przewodniczącego Janina Fetlińska:**

Dziękuję bardzo, Pani Magister.  
Czy są pytania dotyczące prezentacji?  
Bardzo proszę.

**Senator Józef Łyczak:**

Józef Łyczak.

Moja przedmówczyni przedstawiła szereg bardzo aktywnych działań, których celem, jak wszyscy się domyślamy, jest zmniejszenie do minimum palenia. Pani nie wspomniała o dramacie, jaki ma miejsce szczególnie wśród młodzieży w szkołach, począwszy od szkół podstawowych, gdzie prym w paleniu wiodą, czego do tej pory nie było, dziewczęta.

Mam takie praktyczne pytanie: czy państwo mają dane, jak to wyglądało procentowo, założmy piętnaście lat temu, ilu było palących do niepalących, a jak to wygląda dzisiaj? To będzie najlepsza odpowiedź na pytanie o ewentualny sukces tych działań. Dziękuję.

**Wykładowca w Instytucie Ochrony Zdrowia  
w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Ciechanowie  
Małgorzata Zagroba:**

Dzisiaj czas był ograniczony, nie mam tutaj przygotowanych tych danych statystycznych. Pani magister wspomniała tutaj o badaniach „Zdrowe serce I”, „Zdrowe serce II”, które były przeprowadzone na populacji pięciu tysięcy osób, gdzie pokazane są korzystne zmiany, jeśli chodzi o trend palenia wśród osób dorosłych. Jeśli chodzi o dzieci i młodzież, to istotnie, jak pan senator wspomina, większy odsetek młodych dziewcząt zaczyna palić, ale na szczęście badania pokazują, że jest to eksperymentowanie, ale w wieku osiemnastu, dziewiętnastu, dwudziestu lat te dziewczęta odchodzą od palenia, czyli zaczynając mówią „tak”, ale później na szczęście nie kontynuują palenia. Potwierdzają to również wyniki ogólnopolskich badań prowadzonych przez pana Krzysztofa Przewoźniaka.

W naszych szkołach również były przeprowadzane te badania, nie ma wyraźnej tendencji spadkowej, ale nie ma też, na szczęście, tendencji wzrostowej.

**Zastępca Przewodniczącego Janina Fetlińska:**

Dziękuję bardzo.  
Czy to wystarczająca odpowiedź, Panie Senatorze?

Czy są może jeszcze pytania do tego tematu? Palenie tytoniu to jednak jest bardzo poważny problem i myślę, że na ten temat może być wielka dyskusja, ale tutaj chodzi o cel samego programu, o sposób podejścia. Czy są jakieś pytania?

Na razie nie, tak? Dziękuję.

Wobec tego poproszę panią magister Ewę Sendecką o przedstawienie programu zapobiegania urazom, wypadkom, zatruciom w Ciechanowskim Konsorcjum Zdrowia, co też jest ważnym elementem naszego działania w ramach Narodowego Programu Zdrowia.

**Asystent w Instytucie Ochrony Zdrowia  
w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Ciechanowie  
Ewa Sendeka:**

Szanowni Państwo!

Chciałabym przedstawić program zapobiegania wypadkom, urazom, zatruciom, który w 1995 r. został wprowadzony zarządzeniem wojewody ciechanowskiego. Program ten – proszę dalej – jest programem wielosektorowym. W realizację jego zadań zostało zaangażowanych bardzo wiele instytucji. Chciałabym przedstawić moim zdaniem trzy najważniejsze elementy tego programu, które udało nam się po prostu przełożyć na działania.

Pierwszy element to stworzenie systemu z ratownictwa medycznego i przedmedycznego. Najpierw zostały opracowane programy kursów szkoleniowych dla czterech grup szkoleniowych. Pierwszy program był dla ratowników medycznych – dalej proszę – czyli dla lekarzy i pielęgniarek oraz grupy nauczycieli, która szkoliła kaskadowo w województwie poszczególne grupy szkoleniowe, drugi – dla ratowników przedmedycznych, czyli sanitariuszy i kierowców karetek, trzeci – dla ratowników paramedycznych, czyli strażaków i policjantów, ostatni – dla kandydatów na kierowców i dla uczniów szkół ponadpodstawowych.

Chciałabym jednocześnie zauważyć, że nasz program szkolenia kandydatów na kierowców był programem ośmiogodzinnym: dwie godziny teorii i sześć godzin zajęć praktycznych.

Następnie utworzyliśmy grupę dydaktyczną, która szkoliła poszczególne grupy szkoleniowe, zakupiliśmy sprzęt treningowy i na bazie ówczesnego ośrodka doskonalenia kadry medycznej udało nam się utworzyć ośrodek szkolenia ratownictwa medycznego.

W ramach tej działalności wystąpiliśmy także z inicjatywą ustawodawczą do ówczesnego ministra transportu i gospodarki morskiej, prosząc, aby pilotażowo wprowadzić w byłym województwie ciechanowskim szkolenia kandydatów na kierowców eksternistów i jednocześnie zwróciliśmy uwagę, że taki zapis powinien się znaleźć w nowelizowanej wówczas ustawie – Prawo o ruchu drogowym. Niestety, taki zapis nie znalazł się w ówczesnej ustawie.

W ramach naszego programu przez okres do reformy administracyjnej kraju, czyli do końca 1998 r., przeszkoliliśmy ponad dwa tysiące osób. Powiem, że byliśmy bardzo dobrze przygotowani pod każdym względem do wprowadzenia tego programu pilotażowego w naszym województwie, to było naszą powiedziałabym perełką.

Kolejnym, powiedziałabym nowatorskim na ówczesne czasy zadaniem w ramach tego programu było opracowanie i wprowadzenie we wszystkich szkołach województwa ciechanowskiego druku rejestru urazów w szkole, w drodze do szkoły i ze szkoły. Ten rejestr według naszego druku obowiązywał przez dwa lata, to jest w latach 1995–1997. W 1997 r. ministerstwo edukacji – dalej proszę – wprowadziło taki druk,

którego zapisy w większości pokrywały się z naszym drukiem ciechanowskim. To drugi bardzo ważny element naszego programu.

Trzeci element był taki, że udało nam się przeszkolić rolników – ponieważ województwo ciechanowskie jest województwem rolniczym, ponad trzy i pół tysiąca rolników – na temat bezpiecznego stosowania środków ochrony roślin, bhp oraz ubezpieczeń społecznych. Jednocześnie przy tym programie chciałabym zwrócić uwagę, że wielosektorowe podejście w tym programie, jak i zawarcie w nim celów określonych w ówczesnej wersji Narodowego Programu Zdrowia pozwoliło nam nakreślić wspólne kierunki z takimi inicjatywami krajowymi, które wówczas się pojawiały, jak krajowa i wojewódzkie rady bezpieczeństwa ruchu drogowego, „bezpieczna droga do szkoły i ze szkoły do domu”, była jeszcze inicjatywa „bezpieczne miasto, bezpieczna gmina”, czyli zadania w naszym programie pojawiły się przed inicjatywami krajowymi i potem wspólnie można było nakreślić te działania i kierunki. Dziękuję bardzo.

**Zastępca Przewodniczącego Janina Fetlińska:**

Bardzo dziękuję.

Czy są pytania do tego programu?

To był naprawdę bardzo duży program, bardzo wiele działań. Właściwie byliśmy przygotowani do tego, aby mieć wzorzec do prowadzenia w kraju kształcenia kadry. Przekażemy tutaj może do obejrzenia materiały programowe i szkoleniowe związane z programem. Bardzo zabiegaliśmy o wprowadzenie do ustawy zapisu o obowiązkowym szkoleniu z zakresu zapobiegania wypadkom wśród kandydatów na kierowców, bo uważaliśmy, że to jest jeden z ważnych elementów bezpieczeństwa ruchu drogowego. Niestety, nie udało się nam, teraz to wchodzi w życie.

Chcę podkreślić, że są to trzy przykładowe programy związane z zapobieganiem pewnym problemom zdrowotnym, ale jeszcze mieliśmy ciekawe programy siedliskowe: „Zdrowe miasto Ciechanów” – i Ciechanów rzeczywiście był i jest do tej pory w sieci miast promujących zdrowie – oraz „Zdrowy powiat”. Myślę, że w dyskusji powie o tym jeszcze pani magister Borowik i pan starosta. Co ciekawe, nawet w zapisach statutowych rady powiatu i starostwa mamy również wdrożenie Narodowego Programu Zdrowia jako element działań statutowych, co zostało uchwalone przez radę powiatu. Opracowanie zostało wdrożone uchwałą rady miasta w Ciechanowie w 1994 r.

Ale żeby teraz pokazać trochę inną skalę, te nasze doświadczenia chcieliśmy przenieść po reformie administracyjnej kraju na teren całego Mazowsza. Powstał wówczas, o czym już mówiła pani dyrektor Łagońska, mazowiecki program promocji zdrowia na lata 2002–2005. Myślę, że o tym programie powie nam pani magister Elżbieta Piechowiak-Modrzejewska.

Bardzo proszę, Koleżanko.

**Specjalista w Biurze Polityki Społecznej  
w Urzędzie Miasta Stołecznego Warszawy  
Elżbieta Piechowiak-Modrzejewska:**

Dziękuję.

Witam państwa serdecznie. Chciałabym gorąco podziękować państwu za zaproszenie.

Proszę państwa, mam trudne zadanie, bo na sali znajdują się koleżanki, będące współautorkami tego programu, a ja mam przyjemność go omawiać. Nie ukrywam, że właśnie w tym czasie miałam przyjemność pracować z panią dyrektorem Fetlińską, kiedy ten program się tworzył. Pracowałam w Mazowieckim Centrum Zdrowia Publicznego od 2000 r. do połowy 2003 r. i nie ukrywam, że odeszłam wówczas, kiedy po prostu nie miałam możliwości realizować dalej zadań związanych właśnie z promocją zdrowia – taka smutna może refleksja. Aktualnie pracuję w Urzędzie Miasta Stołecznego Warszawy w Biurze Polityki Społecznej.

Proszę państwa, program jak już wspomniała pani dyrektor Fetlińska, został opracowany na lata 2001–2005, mam tutaj egzemplarz projektu tego programu, dzisiaj była już o nim mowa. Może powiem to, o czym jeszcze nie mówiono, a mianowicie program ten powstał z inicjatywy Mazowieckiego Centrum Zdrowia Publicznego, ale zaprosiliśmy jeszcze do współpracy wówczas Mazowiecką Regionalną Kasę Chorych, zakładając, że będzie to nasz ważny partner w realizacji tego projektu, myśląc o realizacji promocji zdrowia w placówkach służby zdrowia, i że priorytety przyjęte w mazowieckim programie promocji zdrowia będą brane pod uwagę również w ogłaszanych konkursach z zakresu promocji zdrowia przez kasę chorych. Taki był zamysł i myślę, że w jakimś pewnym okresie na pewno ten zamysł był realizowany.

Proszę państwa, z jakiej potrzeby powstał ten mazowiecki program promocji zdrowia? Zasadniczą potrzebą były zagrożenia chorobą oczywiście, diagnoza stanu zdrowia zarówno społeczności województwa mazowieckiego, jak i całego kraju wymagała podjęcia pewnych działań i myślenia o zdrowiu w kategoriach pozytywnych. Właśnie mazowiecki program promocji zdrowia wskazuje nie tylko na cały szereg działań naprawczych, które warto podejmować i które są niezwykle drogie, ale pokazuje działania z zakresu wzmocnienia zdrowia, które można podejmować, a które są zdecydowanie tańsze.

Drugim czynnikiem, decydującym o tym, że podjęliśmy próbę opracowania tego projektu, jest stwierdzenie, że społeczności nie jest znany Narodowy Program Zdrowia. To znaczy może „nieznany” jest zbyt mocno powiedziane, ale nie wszyscy realizatorzy czy potencjalni realizatorzy Narodowego Programu Zdrowia znają jego założenia. Dlatego zaproponowaliśmy dokonanie transformacji Narodowego Programu Zdrowia na poziom województwa i stąd jego konstrukcja, że opracowane przez nas cele mazowieckiego programu zdrowia odpowiadały czy miały być przyporządkowane celom Narodowego Programu Zdrowia. To był ważny element, żeby wzmocnić mazowiecki program zdrowia.

Proszę państwa, o podjęciu się przez nas próby opracowania tego projektu zdecydował jeszcze brak strategii wojewódzkiej w tym czasie i nasz mazowiecki program promocji zdrowia na lata 2001–2005 miał być właśnie taką strategią wojewódzką.

Co było wartością tego programu? Wartością tego programu było to, że miał on długofalowy, wieloletni charakter, był programem wielodyscyplinarnym, interdyscyplinarnym, czyli adresowanym do bardzo wielu realizatorów. Praktycznie do wszystkich tych instytucji, organizacji, urzędów, których zadaniami statutowymi były również działania z zakresu ochrony i promocji zdrowia.

Dlatego adresowaliśmy nasz program zarówno do samorządów wszystkich szczebli, jak do zakładów służby zdrowia, publicznych i niepublicznych, a także do stacji sanitarno-epidemiologicznych, do służb paramilitarnych, do mediów, do zakładów pracy, do wielu podmiotów, które mogły coś zrobić na rzecz promocji zdrowia.

Co jeszcze było wartością tego programu? W tamtym czasie program wyznaczał konkretne cele, konkretne zadania, być może bardzo szczegółowe, ale – jak mówię – w tamtym czasie nieznajomość założeń Narodowego Programu Zdrowia wśród wielu realizatorów spowodowała, że stworzyliśmy program o charakterze bardziej instruktażowym. Myślę, że gdybyśmy taki projekt tworzyli w tym roku, byłby on bardziej ogólny, bo taka jest chyba w tej chwili potrzeba.

Co jeszcze, proszę państwa, było wartością tego projektu? Tak jak zresztą w Narodowym Programie Zdrowia, była to transformacja. Staraliśmy się zaplanować oczekiwane rezultaty i to, co bardzo istotne – wskaźniki do monitorowania procesu realizacji. Może nie były to doskonałe narzędzia, ale wprowadzając mazowiecki projekt programu promocji zdrowia, opracowaliśmy również narzędzia monitoringu, co było doświadczeniem już praktyków, doświadczenia ciechanowskie zostały przeniesione na duże województwo mazowieckie.

Te druki nie mogły się zmieniać, w związku z tym już na etapie zbierania danych wiedzieliśmy, że niektóre rzeczy było trudno zebrać, ale nie chcieliśmy zmieniać druków w trakcie realizacji tego projektu i w trakcie zbierania danych, żeby mieć skalę porównawczą: jak to było na początku i jak to do końca było realizowane. Sądzę, że to jest wartość tego projektu i że warto nad tymi drukami się pochylić, myśląc o nowym projekcie Narodowego Programu Zdrowia.

Proszę państwa, co było słabością tego projektu? Słabością projektu było to, że jak Narodowy Program Zdrowia nie miał umocowania ustawowego, tak nasz program też nie miał umocowania. Co myśmy zrobili, żeby wzmocnić i zaprosić realizatorów do realizacji? Zatwierdził ten projekt wojewoda ciechanowski w czerwcu 2001 r.

*(Głos z sali: Mazowiecki.)*

Przepraszam, wojewoda mazowiecki.

Drugą ważną rzeczą, która dobrze się rozwijała na początku, było zaproszenie realizatorów do współpracy. Na stronach internetowych zamieściliśmy taki projekt porozumienia, zresztą chyba do dzisiaj jest on na stronie Mazowieckiego Centrum Zdrowia Publicznego. W tym projekcie po prostu obwieściliśmy, co Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego może dać w zamian, a do czego zobowiązuje realizatorów projektu.

Proszę państwa, nasza rola nie skończyła się na tym, że opracowaliśmy projekt i go wdrożyliśmy. Stawialiśmy sobie niezmiernie ważny cel i tutaj wykorzystywaliśmy nasze oddziały zamiejscowe, bo jak państwo wiedzą, województwo mazowieckie jest obszarem olbrzymim, mieliśmy więc do dyspozycji zarówno centralę, jak i oddziały zamiejscowe – organizowaliśmy spotkania z samorządami.

Nie ukrywam, że naszym ważnym partnerem były samorządy, które z zasady powinny dbać o stan zdrowia swojego społeczeństwa, i w ten sposób promowaliśmy mazowiecki program. Zapraszaliśmy do współpracy, szkoliliśmy również samorządy jak realizować projekt, dzieliliśmy się doświadczeniami. To był początek drogi, jak powiedziałam, mieliśmy sporo zamierzeń. Podam może jeden przykład, na który chciałabym zwrócić uwagę. Docelowo chcieliśmy rozszerzyć na całe województwo projekt – bardzo przepraszam, mam problem – który robiliśmy wspólnie z Instytutem Kardiologii, noszący nazwę „Rozwój infrastruktury dla promocji zdrowia i prewencji chorób układu krążenia”. Na ten projekt pani doktor Słońska zdobyła środki finansowe nie z naszego kraju. Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego było zaproszone do

współpracy z Małopolskim Centrum Zdrowia Publicznego. W tym projekcie brało udział dwadzieścia gmin z województwa mazowieckiego.

Jakie były korzyści z tego projektu? Nie ukrywam, że takie działania chcieliśmy rozszerzać na całe województwo. Powstało, proszę państwa, dwadzieścia programów dla serca w wybranych gminach województwa mazowieckiego, te gminy zostały przeszkolone, czyli przeszkolono bodajże trzy osoby z danej gminy. Te gminy zostały wyposażone w sprzęt informatyczny, otrzymały materiały szkoleniowe i wiem, że efektem tego działania były co najmniej trzyletnie projekty ukierunkowane na tak zwaną promocję zdrowia społeczeństwa. Proszę państwa, spotykam się jeszcze z niektórymi tymi gminami i te działania są realizowane, mimo że projekt się skończył.

Mam świadomość, że można by było mówić tutaj długo, chciałabym tylko zasygnalizować pewną istotną rzecz. Nasz mazowiecki projekt miał piętnaście celów, wszystkie są oczywiście dostępne, ten projekt jest na stronie internetowej, można do niego zerknąć. Chciałabym zwrócić uwagę państwa na jeden z celów, a mianowicie chcieliśmy, aby docelowo opracować tak zwane siedliskowe programy promocji zdrowia, żeby powstawały właśnie zdrowe gminy, zdrowe powiaty, zdrowe zakłady pracy, bo tylko w ten sposób przez systemowe działanie możemy mówić o osiągnięciu długofalowych efektów.

Może na zakończenie chciałabym też pochwalić Warszawę, że na początku roku, bodajże w lutym 2006 r. Warszawa też stała się właśnie zdrowym miastem. To działanie, nie ukrywam, zostało może brutalnie trochę przynajmniej zahamowane. Mam nadzieję, że to, co już się działo w wielu samorządach, rzeczywiście jest kontynuowane, ale myślę, że to wymaga na pewno wsparcia.

Proszę państwa, dzisiaj mówiono jeszcze o jednej sprawie, że ważna jest koordynacja działań, jeśli chodzi o promocję zdrowia. W naszym projekcie, w naszym programie jest właśnie opisany sposób koordynacji i sposób monitorowania działań w zakresie promocji zdrowia. Myślę, że do tego można oczywiście zajrzeć i wrócić. Dziękuję bardzo.

### **Zastępca Przewodniczącego Janina Fetlińska:**

Bardzo dziękuję pani magister Modrzejewskiej.

Myślę, że mieliśmy tutaj przegląd działalności w sferze regionalnej, małego regionu, dużego województwa, mówiliśmy też o programach siedliskowych, wspomniała o tym także pani magister Modrzejewska.

Myślę, że teraz wrócimy do instytucji bardzo istotnej dla promocji zdrowia, jaką jest szpital. Chciałabym, żeby pani dyrektor Henryka Romanow z zespołem przedstawiła pokrótce, jak wygląda działalność w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki w waszym specjalistycznym szpitalu wojewódzkim.

Bardzo proszę, Pani Dyrektor.

### **Dyrektor Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie Henryka Romanow:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ja bardzo dziękuję za to, że dzisiejsze spotkanie może odbywać się w naszym szpitalu. Ogromnie dziękuję, że zechcieliście państwo do nas przyjechać.

Na tym terenie w zasadzie są dwa wielki bastiony, dwie instytucje, które realizują programy zdrowotne, zadania z zakresu promocji zdrowia. Pierwszą jest Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie, co do której właśnie słyszeliśmy i widzieliśmy, w jaki sposób postępuje w zakresie działań promocyjnych.

Drugą wielką instytucją jest szpital wojewódzki. Jest to wielki szpital, gdzie są już dwadzieścia trzy oddziały, bo w ostatnich miesiącach powstał Oddział Rehabilitacji, również bardzo potrzebny, dlatego że schorzeń z zakresu układu ruchu jest jednak bardzo dużo. Myślę, że w naszych działaniach z zakresu promocji zdrowia również na ten obszar powinniśmy zwrócić uwagę. Oprócz oddziałów jest oczywiście czterdzieści sześć poradni specjalistycznych, wiele innych komórek organizacyjnych.

Od 1991 r. podejmujemy różne działania z zakresu promocji zdrowia. Zmieniały się możliwości, zmieniały się czasy, zmieniały się formy finansowania i w tych okresach ta działalność była bardzo różna. Ja tylko wspomnę dwa takie okresy, z czasów, kiedy pracowałam w Mazowieckiej Regionalnej Kasie Chorych. Na przykład był rok 2000 z bardzo rozbudowanymi programami, z wielkimi projektami, które były realizowane z wykorzystaniem dużych środków finansowych dla województwa mazowieckiego, a później był na przykład rok 2004, kiedy ta działalność pod względem finansowym była ograniczona do minimum. A więc czasy dla promocji zdrowia w okresie 1996–2005 były bardzo różne.

Jeśli chodzi o nasz szpital, to realizujemy zadania z zakresu promocji zdrowia głównie w zakresie rozszerzania naszych możliwości diagnostycznych i terapeutycznych. Rozszerzamy zakresy i rodzaje usług zdrowotnych, również polepszamy dostępność. Jesteśmy beneficjentem bardzo dużego programu unijnego na kwotę 11 milionów zł, który to program sprowadza się do zakupu i wyposażenia szpitala w nowy sprzęt i aparaturę medyczną. A więc w szpitalu, w którym państwo jesteście, w ciągu półtora roku przybyło nowego, najbardziej nowoczesnego sprzętu i aparatury medycznej na kwotę prawie 11 milionów zł, czyli możliwości diagnostyczne i terapeutyczne szpitala bardzo się poprawiają.

Proszę państwa, te wszystkie zadania realizujemy wspólnie. Koło mnie siedzi pan dyrektor, zastępca dyrektora do spraw medycznych pan Achciński. Głównie za realizację tych programów odpowiedzialna jest pani dyrektor Agnieszka Kadecka, zastępca dyrektora do spraw pielęgniarstwa, która całym sercem czuje te zagadnienia. Jest również pan dyrektor Zbigniew Trzeciak, mój zastępca do spraw administracyjno-technicznych.

Proszę państwa, my doskonale widzimy, jak bardzo trudno jest zrealizować programy, jak bardzo trudno dotrzeć do określonych społeczności. Został omówiony jeden z programów, dotyczący zwalczania nałogu palenia tytoniu. Bardzo ważne są formy, w jakich docieramy do naszych potencjalnych pacjentów, bo proszę państwa, można bardzo dużo robić w tym obszarze i nie osiągnąć rezultatów. My często widzimy, że tych rezultatów nie osiągamy czy osiągamy je w niezadowalającym zakresie, bo jak, proszę państwa, trafić do szesnastolatka, który pali? Powiedzieć mu: człowieku, nie pal, bo jak będziesz miał czterdzieści lat, to zachorujesz na chorobę nowotworową?

A więc formy dotarcia do naszego społeczeństwa muszą być bardzo różne. Na co chciałabym jednak zwrócić uwagę? One muszą być prowadzone kompleksowo. To nie może być tak, że jest akcja, jest festyn, i na tym się kończy. Te działania muszą być prowadzone przez cały czas i – to, co mówiła pani dyrektor Ewa Łagońska – muszą być koordynowane i nadzorowane przez, powiedzmy, jedną jednostkę czy jedną...

(*Głos z sali: Ośrodek.*)



...instytucję. To już jest państwa sprawa, w jaki sposób zostanie to rozwiązane, bo na dzień dzisiejszy – ja, proszę państwa, przedstawiam takie bardzo praktyczne uwagi – my jako szpital nie mamy żadnych relacji z lekarzami rodzinnymi, a więc z osobami, które być może pierwszy raz spotykają się z problemem. Dlatego myślę, że w najbliższych latach pewne takie relacje, takie zależności i taki nadzór nad realizacją programów z zakresu promocji zdrowia należy wypracować. Dziękuję bardzo.

**Zastępca Przewodniczącego Janina Fetlińska:**

Dziękujemy bardzo.

Czy ktoś z zespołu będzie jeszcze chciał zabrać głos? Pani dyrektor Kadecka, tak? Bardzo proszę panią dyrektor Agnieszkę Kadecką.

**Zastępca Dyrektora  
Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie  
Agnieszka Kadecka:**

Agnieszka Kadecka, zastępca dyrektora do spraw pielęgniarstwa w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie.

Przede wszystkim chcę serdecznie podziękować za możliwość uczestniczenia w posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia. Jest to dla mnie ogromny zaszczyt występować przed tak szacownym gremium.

Ja pozwolę sobie zaprezentować państwu nasze działania realizowane w odniesieniu do celów Narodowego Programu Zdrowia. Przedmówcy już omówili wstęp dotyczący celu głównego i celów operacyjnych.

Proszę więc kolejne slajdy, proszę je zaprezentować.

Odniosę się, tak jak powiedziałam na wstępie, do realizacji działań, jakie miały miejsce w naszym szpitalu. Wiemy, że określono osiemnaście celów operacyjnych. Jeśli chodzi o poprawę sposobu żywienia, zgodności jakości zdrowotnej żywności, to praktycznie już od wielu lat w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie jest realizowany program upowszechniania karmienia piersią niemowląt. Na dowód tej realizacji posiadamy tytuł szpitala przyjaznego dziecku, a jak wiemy, jednym z warunków otrzymania takiego tytułu jest realizacja programu z zachowaniem dziesięciu kroków upowszechniania karmienia piersią. Każdy noworodek, który rodzi się w naszym szpitalu, jest karmiony piersią. W naszym Oddziale Neonatologicznym nie znajdziemy smoczka, nie znajdziemy butelki.

Bardzo proszę.

Jeśli chodzi o zmiany struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem, a także ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie zorganizowano Pododdział Detoksykacji, Poradnię Leczenia Uzależnień oraz utworzono Pododdział Dziecięcy Psychiatryczny. Ponadto oczywiście w strukturach naszego szpitala funkcjonuje Oddział Psychiatryczny.

W tym miejscu jako informację statystyczną podam dla przykładu liczbę pacjentów objętych czynną opieką w Poradni Leczenia Uzależnień, gdzie na początku realizacji Narodowego Programu Zdrowia w 1996 r. opieką było objętych stu trzydziestu pacjentów, a w 2005 r. liczba ta wzrosła do dwustu trzydziestu siedmiu.

Jeśli chodzi o działania realizowane w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania występowania zaburzeń psychogennych, w 1996 r. w Poradni Zdrowia Psychicznego udzielono trzy tysiące dwieście czterdzieści dwie porady, a w 2005 r. ta liczba wzrosła do siedmiu tysięcy siedmuset osiemdziesięciu dwóch porad. Podaję również dane dotyczące pacjentów leczonych w Oddziale Psychiatrycznym. Jak państwo zauważyli, te wartości wcale nie wzrastają, wahają się w granicach czterystu i ponad czterystu.

Dlaczego są takie różnice? Jest to uzależnione od zasad finansowania procedur świadczonych w Oddziale Psychiatrycznym. Różnice te wynikają również z faktu, że w 2002 r. powstał Oddział Detoksykacji, i ta różnica w liczbie pacjentów bierze się z liczby pacjentów przebywający właśnie na Oddziale Detoksykacji.

Najczęstsza przyczyna hospitalizacji w Oddziale Psychiatrycznym to schizofrenia i depresja. Wiemy, jak dużym i coraz częstszym problem w naszym społeczeństwie, jeśli chodzi o zdrowie psychiczne, są właśnie te dwie jednostki chorobowe.

Jeśli chodzi o problemy stanu sanitarnego, to celem jest poprawa stanu sanitarnego kraju. Ja odniosę się tylko do działań realizowanych w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie. Na dzień dzisiejszy przeprowadzono remonty oddziałów szpitalnych: Oddział Chirurgii Dziecięcej, Oddział Dziecięcy, chirurgia urazowo-ortopedyczna i Oddział Chirurgii Ogólnej. Nie poprzestajemy na tym, planowane są kolejne remonty: Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, OIOM. Planowana jest wymiana sześciu dźwigów, a także rozbudowa bloku operacyjnego, modernizacja Oddziału Położniczo-Ginekologicznego, budowa pawilonu dla potrzeb rehabilitacji. Pani dyrektor Romanow wspominała, jak ogromna jest potrzeba w zakresie udzielania świadczeń rehabilitacyjnych naszemu społeczeństwu. W planach naszych działań jest również rozbudowa Oddziału Nefrologicznego.

Jeśli chodzi o zmniejszenie skutków wypadków, szczególnie drogowych, zwiększenie sprawności, skuteczności pomocy doraźnej w nagłym zagrożeniu życia, w okresie realizowania Narodowego Programu Zdrowia zakupiono cztery karetki, co pozwoliło skrócić czas oczekiwania na pomoc medyczną. Zdecydowanie wzrosła dostępność, a w 2003 r. uruchomiono Szpitalny Oddział Ratunkowy.

Bardzo proszę.

Jednym z naszych celów jest zapobieganie skutkom wcześniactwa i małej urodzeniowej masy ciała. Aby osiągnąć ten cel, został doposażony w specjalistyczną aparaturę – nie ukrywam, że przy pomocy Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy – Oddział Neonatologiczny. Podam dla przykładu: inkubator zamknięty, aparat RTG, pompy infuzyjne. Pozwoliło to poprawić poziom opieki nad noworodkiem. Wykorzystywane jest również urządzenie do przesiewowego badania słuchu metodą, która pozwala na wczesne wykrywanie wad słuchu u niemowląt. Jak już wcześniej wspomniałam, posiadamy tytuł szpitala przyjaznego dziecku.

Na dole prezentuję wskaźnik umieralności niemowląt. Wskaźnik w 1996 r. wynosił 1,5% ogółu urodzonych niemowląt w naszym szpitalu. Ponieważ obok mnie siedzi pani ordynator Oddziału Neonatologicznego, to już była drobna korekta: 0,9% ogółu narodzonych dotyczy wszystkich noworodków, które były hospitalizowane w naszym szpitalu. Jeśli zaś chodzi o nasz szpitalny wskaźnik umieralności, to znaczy naszych noworodków, urodzonych tylko w naszym oddziale, wynosi on na obecną chwilę 0,67%. Z czego wynika ta różnica? Z tego, że docierają do nas również noworodki urodzone w okolicznych szpitalach.

Jeśli chodzi o cel dotyczący usprawnienia diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca, to obserwujemy wyraźny wzrost udzielanych porad w Poradni Kardiologicznej. Jeśli w 2000 r. zostały udzielone dwa tysiące siedemset trzydzieści trzy porady, co daje 3,5% ogółu udzielonych porad we wszystkich poradniach specjalistycznych naszego szpitala, to w 2005 r. udzielono siedem tysięcy dziewięćset osiemdziesiąt porad. Wartość procentowa jest wyraźnie wzrostowa i wynosi 5,6% ogółu udzielonych porad.

Bardzo proszę.

Usprawniliśmy wczesną diagnostykę i staraliśmy się zwiększać efektywność leczenia nowotworów złośliwych szyjki macicy i sutka. Zwiększono częstość badań cytologicznych wymazu z szyjki macicy: w 2000 r. tysiąc sto trzydzieści dziewięć badań, w 2005 r. pięć tysięcy sześćset dwadzieścia trzy badania.

Powstała informatyczna baza danych cytologii ginekologicznej. Doposażono pracownię mammograficzną w nowy mammograf, a Poradnię Badań Sutka w nowoczesny aparat USG. To doposażenie pozwoliło zwiększyć liczbę badań mammograficznych z tysiąca stu czterdziestu dziewięciu badań w 2002 r do czterech tysięcy trzydziestu dwudziestu badań w 2005 r.

Staramy się stwarzać warunki umożliwiające osobom niepełnosprawnym włączenie lub powrót do czynnego życia. Lokalnie w szpitalu wytyczono i oznaczono szlaki komunikacyjne dla niepełnosprawnych, ale też przeprowadzono gruntowny remont wtedy jeszcze w Centrum rehabilitacji, obecnie w Zakładzie rehabilitacji. Przybliżyliśmy usługę rehabilitacyjną, otwierając stacjonarny dzienny Oddział Rehabilitacji – pani dyrektor również przytaknęła – gdzie prowadzona jest rehabilitacja narządu ruchu, rehabilitacja neurologiczna oraz rehabilitacja kardiologiczna. Nasi pacjenci mają możliwość korzystania z hipoterapii.

Dysponuję danymi, jeśli chodzi o wykonane zabiegi z zakresu fizjoterapii. Zapotrzebowanie na rehabilitację narządu ruchu jest w naszym regionie bardzo duże, ogromne. W 2000 r. wykonano dwa tysiące dziewięćset szesnaście zabiegów w zakresie fizjoterapii, a w 2005 r. cztery tysiące trzysta pięćdziesiąt osiem zabiegów.

Bardzo proszę.

Bardzo dużo na dzisiejszym spotkaniu mówimy o edukacji zdrowotnej, w ogóle o zapewnieniu promocji zdrowia. Celowo zostawiam te sprawy na koniec mojej prezentacji. Mam tylko dwa odnośniki, bo wiem, że pani magister Matla, koordynator do spraw promocji zdrowia w naszym szpitalu, przygotowała prezentację i rozszerzy ten temat. Ja zaś mogę powiedzieć, że rozszerzono działalność statutową szpitala o działania z zakresu promocji, utworzono Sekcję oświaty i promocji zdrowia z gabinetem promocji zdrowia, o potrzebie stworzenia których już wspominała pani magister Lucyna Borowik. Obecnie w Sekcji oświaty i promocji zdrowia zatrudnionych jest czterech pracowników wykształconych w kierunku edukacja i promocja zdrowia.

Podsumowując, chcę jeszcze niejako dodać, że aby poprawiać jakość usług medycznych, wykonaliśmy działania mające na celu uzyskanie certyfikatu jakości ISO. W 2005 r. udało się, uzyskaliśmy ten certyfikat. Jesteśmy obecnie po reocenie, która również wypadła pozytywnie. Dziękuję serdecznie za uwagę.

**Zastępca Przewodniczącego Janina Fetlińska:**

Bardzo dziękuję.

Czy są pytania do pani dyrektor Kadeckiej?

(*Głos z sali:* Ja mam. Chciałbym wiedzieć, jaki jest rejon wychwytu szpitala, czyli rejon, który państwo obsługują.)

(*Głos z sali:* Cała Polska.)

**Zastępca Dyrektora  
Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie  
Agnieszka Kadecka:**

Rozumiem, że chodzi o zapotrzebowanie na udzielanie świadczeń zdrowotnych, tak?

(*Głos z sali:* Tak.)

Jest to około sześciuset tysięcy ubezpieczonych.

(*Głos z sali:* Dziękuję.)

**Zastępca Przewodniczącego Janina Fetlińska:**

Dziękuję bardzo, dziękujemy bardzo.

Czy są jeszcze pytania?

Bardzo proszę panią magister Violetę Matłę, która jest koordynatorem promocji zdrowia w naszym szpitalu.

**Koordynator do spraw Promocji Zdrowia  
w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie  
Violetta Matła:**

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Miałam problem podobny do problemu moich przedmówców: jak w kilka minut można omówić tak liczne działania związane z promocją zdrowia, które od wielu lat są realizowane na terenie naszego szpitala, ale postaram się ująć to w kilku zdaniach.

Na początku chciałabym powiedzieć i podkreślić, że wszystkie nasze działania są zbieżne z celami Narodowego Programu Zdrowia i z celami Mazowieckiego Programu Promocji Zdrowia. Bazą realizacji tych działań są zadania określone we wdrożonych przez Ciechanowskie Konsorcjum Zdrowia programach omawianych przed chwilą przez panie, które te programy opracowywały.

Ja może tylko pokrótce wymienię kilka programów, na których opieramy swoje działania: Program profilaktyki kardiologicznej „Zdrowie w rytmie serca”, Program profilaktyki nowotworowej, Program profilaktyki urazów i wypadków, Program ochrony zdrowia psychicznego, Program profilaktyki próchnicy, Program profilaktyczny „Opieka nad matką z dzieckiem”.

Bardzo proszę.

Kontynuacją tych właśnie programów wdrożonych, przyjętych przez Ciechanowskie Konsorcjum Zdrowia są programy realizowane od roku 2000 w ramach umowy z Ministerstwem Zdrowia: Program profilaktyki raka szyjki macicy, Program profilaktyki raka jelita grubego i programy, które wcześniej były finansowane przez Mazowiecką Regionalną Kasę Chorych, a teraz przez Narodowy Fundusz Zdrowia, to znaczy Program profilaktyki raka piersi, Program profilaktyki raka szyjki macicy, Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, Program profilaktyki chorób

układu krążenia. Realizowaliśmy również Program profilaktyki zdrowia psychicznego, a także Program profilaktyki urazów i wypadków. To programy, które są finansowane w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Są to programy, które zawierają w swoich ramach nie tylko wykonywanie badań profilaktycznych, ale również edukację przyczyniającą się do zwiększenia świadomości, o której dzisiaj tak wiele mówiliśmy: świadomości prozdrowotnej.

Nasz szpital realizował czy w dalszym ciągu realizuje, tak jak mówiła pani magister Małgorzata Zagroba, programy, które są związane z profilaktyką tytoniową. Byliśmy realizatorami prezentowanego już tu dzisiaj projektu pilotażowego „Uwolnijmy nasze dzieci od dymu tytoniowego”, programu „Rzućmy palenie dla zdrowia naszych dzieci”. W naszym szpitalu wprowadziliśmy również standard edukacyjny dotyczący profilaktyki tytoniowej, który jest realizowany do dnia dzisiejszego, a jest skierowany do naszych pacjentów, ale również do pracowników naszego szpitala. Dla pracowników szpitala wprowadziliśmy również program pod nazwą „Szpital wolny od dymu tytoniowego”.

Bardzo proszę.

Programy antytytoniowe są wsparte licznymi działaniami. Możemy do nich zaliczyć chociażby pokazane tu na zdjęciach demonstracje szkodliwości palenia, badania spirometryczne, badania tlenku węgla w wydychanym powietrzu, badania pojemności przepływowwej płuc czy poradnictwo antytytoniowe.

Bardzo proszę dalej.

Pani dyrektor Kadecka wspomniała, że nasz szpital ma tytuł szpitala przyjaznego dziecku. Realizujemy działania dotyczące dziesięciu kroków zmierzających do udanego karmienia piersią, ale również propagujemy karmienie piersią w naszym społeczeństwie.

Bardzo proszę.

Do innych programów profilaktycznych, które są realizowane w naszym szpitalu, zaliczamy „Szkołę promocji zdrowia”. Jest to program profilaktyczny, który jest realizowany od 1999 r., a skierowany jest do młodzieży szesnasto–dziewiętnastoletniej. Głównym celem realizacji tego programu jest kształtowanie postaw prozdrowotnych wśród tych właśnie młodych ludzi. Również zajęcia w szkole kształtują rozumienie rozwoju umiejętności rozwoju fizycznego, psychicznego i intelektualnego tej młodzieży, uczą odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi, uczą podejmowania praktycznych działań na rzecz ludzi zdrowych, niepełnosprawnych, ale również na rzecz ludzi chorych, uczą wrażliwości na potrzeby drugiego człowieka i rozwijają zainteresowania medycyną. Obecnie na zajęcia Programu „Szkoła promocji zdrowia” uczęszcza stu dziewięćdziesięciu jeden uczniów, co jest bardzo małą liczbą.

O tym, że jest potrzeba realizacji i kontynuacji realizacji tego programu, świadczy fakt, że do pani dyrektor Henryki Romanow właściwie, można powiedzieć, co chwila zgłaszają się dyrektorzy różnych szczebli szkół: podstawowych, ponadpodstawowych, a nawet przedszkoli, z zapytaniem o możliwość włączenia się do uczestnictwa w tym właśnie programie.

Stu dziewięćdziesięciu jeden uczniów to bardzo mała liczba, ale my cieszymy się, że możemy i taki program realizować, ponieważ ci młodzi ludzie w swoich środowiskach domowych, w swoich środowiskach szkolnych czy na podwórku przekazują wiedzę zdobytą u nas i swymi postawami kształtują również postawy prozdrowotne w tych właśnie środowiskach.

Bardzo proszę.

Nasze działania to przede wszystkim edukacja zdrowotna pacjentów, bo znajdujemy się w szpitalu. Edukacja zdrowotna skierowana jest nie tylko na czynniki ryzyka i nie tylko na zdrowie, ale również na choroby. W styczniu 2003 r. powołaliśmy zespół do spraw edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, który koordynuje działania. O koordynacji działań dotyczących promocji zdrowia już też bardzo dużo dziś mówiliśmy.

W październiku 2003 r. wprowadziliśmy standard edukacji zdrowotnej w zakresie zwalczania nikotynizmu. Głównym celem wdrożenia standardu jest zmniejszenie liczby osób palących papierosy przez uświadomienie szkodliwości palenia i wskazanie sposobu zerwania z nałogiem. Wdrożyliśmy wspomniany przeze mnie program skierowany do pracowników szpitala, ale również promujemy wśród pracowników zasady racjonalnego żywienia.

Otrzymaliśmy tytuł szpitala przyjaznego dziecku. W sierpniu 2004 r. uruchomiliśmy gabinet promocji zdrowia, gdzie na co dzień mogą przyjść wszyscy chętni, którzy chcą uzyskać wskazówkę czy poradę na temat zdrowego stylu życia.

Bardzo proszę.

Nasze działania związane z realizacją programów profilaktycznych, programów promocji zdrowia, czyli działania stałe, o których pani dyrektor Romanow mówiła, że one są bazą, są wspierane i wzmacniane przez takie działania jak organizowane akcje prozdrowotne, o których za chwilę powiem troszkę więcej, czy nagłośnienie medialne. W tym zakresie kontynuujemy działania Ciechanowskiego Konsorcjum Zdrowia, jeżeli chodzi o poniedziałkowe audycje w naszym lokalnym radiu. W poniedziałki o godzinie 13.15 możemy dowiedzieć się, myślę, bardzo ciekawych, a czasem najnowszych wiadomości na temat zdrowia. Są również artykuły w lokalnej prasie. Wzmocnienie naszych działań to również psychiczna edukacja dzieci, młodzieży i ludzi dorosłych.

Bardzo proszę.

Jeżeli chodzi o akcje prozdrowotne, to są one organizowane jako wzmocnienie według kalendarza imprez prozdrowotnych. I tak, idąc od początku roku, 11 lutego mamy Światowy Dzień Chorego. W obchody tego święta angażujemy dzieci i młodzież właściwie z całego Ciechanowa. Dzieci szkół podstawowych przygotowują laurki, które są wręczane pacjentom przebywającym w naszym szpitalu, ale również tego dnia przeprowadzana jest rokrocznie akcja prozdrowotna, podczas której wykonujemy badania profilaktyczne i udzielamy porad.

Bardzo proszę.

Dnia 7 kwietnia, kiedy wypada Światowy Dzień Zdrowia, również przeprowadzamy akcje prozdrowotne. Właściwie każdego roku zmienia się ich charakter, ale ich celem głównym jest kształtowanie świadomości i właśnie postaw prozdrowotnych.

Bardzo proszę.

Mówiłam o realizacji programów, które są okrasą naszych działań. Przykładem jest realizacja Programu profilaktyki urazów i wypadków. Chodzi o pierwszą pomoc przedmedyczną. My, pracownicy szpitala w Ciechanowie, przekazujemy swoją wiedzę i umiejętności młodzieży, która potem podczas różnych akcji czy różnych spotkań może swoją wiedzę i swoje umiejętności przekazać poprzez prowadzenie instruktażów w różnych miejscach. Te zdjęcia właśnie prezentują naszą młodzież, która na olimpiadzie szkół promocji zdrowia prezentuje swoje umiejętności.

Bardzo proszę dalej.

Uczestniczymy również w Ciechanowskim Forum Zdrowia, o którym mówiła dzisiaj pani magister Małgorzata Zagroba. Nasze działania to też poradnictwo, to badania profilaktyczne, to uczestnictwo młodzieży i instruktaż pierwszej pomocy przedmedycznej.

Proszę dalej.

W październiku ma miejsce profilaktyka raka piersi, działanie skierowane nie tylko do pacjentów odwiedzających nasz szpital, do pacjentów przebywających w szpitalu, ale również do pracowników szpitala. Rokrocznie organizujemy szkolenia dotyczące na przykład samobadania piersi. Te szkolenia są skierowane do naszych pracowników.

Bardzo proszę.

Światowy Dzień Zwalczenia Cukrzycy. Działania bardzo podobne, ale głównym elementem jest profilaktyka cukrzycy.

Proszę dalej.

„Rzuć palenie razem z nami”, akcja, która właściwie trwa przez cały rok, a intensyfikacja tych działań następuje w maju i w listopadzie. Działania te prowadzimy od wielu lat.

Widzicie państwo zdjęcia z konferencji, którą zlokalizowaliśmy w szpitalu, i na zaproszenie dyrektora naszego szpitala przybyli przedstawiciele wszystkich szkół z terenu Ciechanowa, przybyły dzieci, przybyła młodzież. Dyrekcja naszego szpitala przygotowała apele do dyrektorów szkół i do nauczycieli z prośbą o włączenie się właśnie do walki z nałogiem palenia tytoniu, które to apele zostały przekazane podczas konferencji.

Proszę dalej.

Działania w ramach akcji „Rzuć palenie razem z nami” to również działania prowadzone przez młodzież, przez pracowników naszego szpitala na terenie szpitala w listopadzie, 3–4 listopada, kiedy jest obchodzony Światowy Dzień Rzucania Palenia.

### **Zastępca Przewodniczącego Janina Fetlińska:**

Ja przepraszam, ale mam prośbę, żeby troszkę skrócić.

Bardzo proszę.

### **Koordynator do spraw Promocji Zdrowia w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie Violetta Matla:**

Dobrze.

To w takim razie poproszę dalej.

Również uczestniczymy w ogólnopolskiej akcji „Rzuć palenie razem z nami” na zaproszenie profesora Zatońskiego. Nasza młodzież spotyka się z pacjentami Oddziału Opieki Paliatywno-Hospicyjnej w grudniu i przed świętami wielkanocnymi.

Proszę dalej.

Mamy również opracowane własne materiały edukacyjne. Jako przykład podam tylko materiały dotyczące edukacji żywieniowej dzieci czy dziesięć zasad racjonalnego żywienia, również wprowadzone w naszym szpitalu. Materiały te są opracowane przez dział żywienia.

Bardzo proszę dalej.

To są wzory, przykłady apeli, które wystosowaliśmy do szeregu szkół.

Proszę dalej.

Podsumowując wypowiedź, chcę powiedzieć, że realizując swe zadania, oczywiście nawiązujemy współpracę z licznymi instytucjami i ten slajd właśnie pokazuje instytucje, z którymi współpracujemy w ramach realizacji zadań promocji zdrowia. Dziękuję bardzo.

**Zastępca Przewodniczącego Janina Fetlińska:**

Bardzo dziękuję.

Ja przepraszam, że trochę poganiam gospodarzy, to dla mnie bardzo niezręczne i wręcz bolesne, ale tak jak pan przewodniczący...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Za dużo robią.)*

Tak, za dużo robią. Właśnie chciałam to powiedzieć. Dlatego trudno zmieścić się w czasie.

Teraz bardzo proszę pana doktora Zbyszyńskiego, ordynatora Oddziału Kardiologicznego szpitala w Ciechanowie, o przedstawienie sytuacji.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: O krótkie przedstawienie.)*

**Ordynator Oddziału Kardiologicznego  
w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie  
Bogdan Zbyszyński:**

Ja będę mówił bardzo krótko, pięć minut.

Państwo Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Bardzo dobrze się stało, że kolejny raz podjęto temat zdrowia. Chciałbym spojrzeć na to zagadnienie z punktu widzenia lekarza praktyka, pracującego od trzydziestu lat w lecznictwie szpitalnym. Wydaje mi się, że sprawy profilaktyki, mimo iż powinny być traktowane priorytetowo, są realizowane jako owoc procesów diagnostyczno-leczniczych.

Wiele osób odnosi wrażenie, jak powiedziała pani dyrektor Romanow, że są działania ocenno-akcyjne, realizowane przy okazji festynów, okazjonalnych świąt czy białych niedziel. Szczycimy się tym, że u tych osób zmierzono wówczas ciśnienie tętnicze krwi, oznaczono poziom cholesterolu czy wykonano badanie EKG. Jest to niestety tylko kropla w morzu potrzeb.

Zwykle lekarz podstawowej opieki zdrowotnej styka się z pacjentem już chorym, w przypadku którego pierwszoplanowy jest proces diagnostyki leczenia, a profilaktyka jest na dalszym planie, dopiero post factum. Tymczasem sytuacja powinna być odwrotna. Etymologia słowa „profilaktyka” wskazuje, że działania profilaktyczne powinny wyprzedzać wystąpienie choroby. Jako praktyk spróbuję wytłumaczyć, dlaczego tak się dzieje.

Myślę, że wynika to z ciągle zbyt niskiej świadomości społeczeństwa, ze skąpych środków w służbie zdrowia, co wszyscy powtarzali – podam przykład: 5 milionów zł na promocję zdrowia w województwie mazowieckim, jak powiedziała pani doktor Ewa Łagońska – z braku koordynacji działań, co też wszyscy podkreślali, zwłaszcza na odcinku podstawowa opieka zdrowotna a lecznictwo szpitalne.

W tej chwili właściwie tylko dzięki nieformalnym układom, naszej starannej pracy z lecznictwem otwartym współpracujemy z lekarzami rodzinnymi. Wspólnie z nimi prowadzimy program zintegrowanej pomocy, opieki nad pacjentami z wadami



serca i badamy, jak edukacja zdrowotna wpłynie na przedłużenie życia tych chorych. Program ten jeszcze się nie zakończył, jest teraz jego drugi etap i dyrektor instytutu badań profesor Garlicki zaproponował nam dalszą współpracę.

Działania profilaktyczne są często niewymierne, nisko punktowane, a przy tym czasochłonne i wymagające zaangażowania osobistego lekarza i pozostałego personelu medycznego. Mimo to są one konieczne. Narodowy Program Zdrowia na lata 1996–2005 przewidywał, że działania profilaktyczne zmniejszą śmiertelność z powodu chorób układu krążenia o 15% w stosunku do 1995 r. Tymczasem statystyka wskazuje na to, że liczba zgonów z tych przyczyn zmniejszyła się jedynie nieznacznie. Pan doktor Garlicki w swojej wypowiedzi podał, że osiągnęliśmy te 15%, ale pamiętajmy, że osiągnęliśmy je w przedziale wieku 25–64 lata. Umierają ludzie starsi. Minimalnie spadła liczba zgonów, poniżej 50%. O tym trzeba pamiętać i nie szczyścić się tym, że osiągnęliśmy cel piętnastoprocentowej zniżki zgonów.

W naszym szpitalu robimy tyle, na ile starcza nam czasu i oczywiście możliwości. Praktycznie z każdym pacjentem prowadzimy rozmowę o charakterze profilaktycznym, a wypisujemy z mojego oddziału rocznie około trzech tysięcy chorych, w tym jest około tysiąca hospitalizacji jednodniowych. Są to głównie hospitalizacje profilaktyczne. Kiedy zaczynałem pracę jako ordynator, wypisywałem z oddziału wspólnie z kolegami tysiąc dwustu, tysiąc trzystu chorych. Jest to ponad 100% więcej chorych.

Podobnie postępujemy w Poradni Kardiologicznej, gdzie udzielanych jest kilka tysięcy porad rocznie. Pani dyrektor podała, że tych porad jest prawie osiem tysięcy. Jeśli przeliczymy sobie tę liczbę na każdy dzień roboczy, to okaże się, że udzielamy tych porad trzydzieści, czterdzieści dziennie. Nie ma zapisów, jak w niektórych częściach Polski, na sześć tysięcy. Pacjent może dostać się tam codziennie.

Wspólnie z Działem Oświaty i Promocji Zdrowia współuczestniczymy w programie promocji zdrowia. Działanie z tymi pacjentami wiąże się najczęściej w poradni i w oddziale już z terapią i nie jest działaniem samodzielnym, poprzedzającym proces leczniczy. Personel medyczny Oddziału Kardiologicznego czynnie uczestniczy w koordynowanym przez Dział Oświaty i Promocji Zdrowia programie dydaktyki chorób układu krążenia.

Chciałbym, aby w przyszłych latach zwrócono uwagę przede wszystkim na konieczność objęcia działaniami profilaktycznymi większej populacji zagrożonych z uwagi na występujące u nich czynniki ryzyka chorób układu krążenia, o których już dużo mówiono.

Jak przyjrzałem się statystykom szpitalnym i programom profilaktycznym, to okazało się, że na przykład tak zwanych porad profilaktycznych w zakresie ochrony zdrowia w trakcie profilaktyki układu krążenia udzielono w ubiegłym roku tysiąc, w tym roku pięćset. Jeśli zważymy na fakt, że nie obsługujemy sześciuset tysięcy mieszkańców, tylko dwieście tysięcy okolicznych mieszkańców, z czego połowa, czyli sto tysięcy, wymagałaby tej profilaktyki, to tylko tysiąc przypadków zostało załatwionych w naszym gabinecie promocji zdrowia, a więc co setny, a badanie na tej samej grupie ludzi można powtórzyć dopiero po trzech latach.

To są takie moje luźne spostrzeżenia. Pan doktor Goryński powiedział, że za siedemnaście lat dogonimy Unię Europejską – życzyłbym sobie tego – ale przy założeniu, że Unia Europejska nie będzie szła do przodu. Dziękuję bardzo.

**Zastępca Przewodniczącego Janina Fetlińska:**

Bardzo dziękuję, Panie Doktorze.

Czy są pytania do wypowiedzi państwa, dyrekcji szpitala i pana ordynatora?

*(Dyrektor Wydziału Zdrowia w Urzędzie Marszałkowskim w Warszawie Ewa Łagońska: Ja chciałabym uzupełnić.)*

Bardzo proszę, uzupełnienie pani dyrektor Łagońskiej.

Bardzo proszę, Pani Dyrektor.

**Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej  
w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Mazowieckiego  
Ewa Łagońska:**

Ja tylko bardzo króciutko uzupełnię. Zostały wspomniane szkoły promocji zdrowia. Niezależnie od szkół promujących zdrowie i szpitali promujących zdrowie samorząd województwa rzeczywiście ma szkoły promocji zdrowia w swoich szpitalach, dawnych szpitalach wojewódzkich, czyli w szpitalu w Ciechanowie, gdzie jest bardzo dobrze zorganizowana szkoła promocji zdrowia, w szpitalu w Radomiu, w szpitalach w Siedlcach, w Płocku, w Ostrołęce, jak również w Warszawie jest jedna w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej imienia Świętej Anny przy ulicy Barskiej.

Muszę powiedzieć, że obserwuję tę działalność szkół, bo odbywa się ona oczywiście na bazie szpitali, ale przy udziale przede wszystkim uczniów liceów, czyli poziomu średniego. Młodzieży uczestniczącej w takim programie szkoły promocji zdrowia jest w województwie łącznie ponad siedemset osób. Jest to chyba dobre rozwiązanie, bo jest to rzeczywiście to, o czym wspomniała pani dyrektor do spraw pielęgniarstwa, a więc kształtowanie postaw, a przede wszystkim kształcenie liderów, którzy potem wchodzi w swoje własne środowiska.

Żeby promować działalność, organizowane są olimpiady szkół promocji zdrowia. W tym roku odbyła się szósta taka olimpiada w mieście stołeczna Warszawa. Zatoczyliśmy krąg i skończyliśmy na Warszawie. Było ogromne zainteresowanie. W każdej z takich olimpiad uczestniczy około tysiąca młodzieży, więc myślę, że jest to dobra idea. Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie bardzo aktywnie w tym uczestniczy. Jest to więc niezależne, równoległe działanie, oprócz tego, co dzieje się w obszarze ogólnej promocji.

**Zastępca Przewodniczącego Janina Fetlińska:**

Dziękuję bardzo.

Rzeczywiście jest to taki, powiedziałabym, program autorski na Mazowszu, prowadzony przez urząd marszałkowski.

Czy są pytania?

Bardzo proszę, pan Goryński.

**Kierownik Zakładu Statystyki Medycznej  
w Państwowym Zakładzie Higieny  
Paweł Goryński:**

Ja jeszcze w nawiązaniu do statystyk umieralności i chorobowości szpitalnej chciałbym powiedzieć, że z jednej strony i obecnie, i po roku 1999, po wprowadzeniu

kas chorych, Narodowego Funduszu Zdrowia notujemy znaczny wzrost hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia, który dalej się obserwuje, bo był i w roku 2004 w porównaniu z rokiem 2003, i w roku 2005, ale równocześnie z drugiej strony mamy spadek śmiertelności, i to wyraźny, w zakresie chorób układu krążenia, a z trzeciej strony zgony dla całej populacji, jeśli chodzi o współczynniki, maleją. Można by więc co do tego polemizować.

Wzrost hospitalizacji – to dobrze czy źle? On po roku 1999 został jakby wymuszony o 20% w stosunku do trendów, które były dawniej, ale może też dzięki postępującej technice, dzięki zmianie zachowań teraz umieralność zmniejszyła się. Nie analizowaliśmy wszystkich celów, począwszy od palenia, pożywienia itd., które na pewno przyczyniły się do bardzo pozytywnych zmian. Generalnie więc na pewno jakiś postęp w tym zakresie jest.

Jeśli zaś chodzi o osiągnięcie poziomu unijnego, to ja mówiłem, że jeżeli nasze tempo nie ulegnie zmianie, obecny poziom Unii osiągniemy za dwanaście lat, bo poziom w różnych krajach idzie niezależnie do góry. Trzeba by tylko zwrócić uwagę na takie kraje jak Portugalia i Finlandia, które z poziomu – zwracam na to uwagę – niższego od naszego jednak potrafiły przeprowadzić w swoim systemie i w zachowaniu zdrowotnym ludności takie zmiany jakościowe, że ten trend, to tempo było znacznie szybsze, co pozwoliło osiągnąć im, tak jak w przypadku Finlandii, poziom unijny. Dziękuję.

#### **Zastępca Przewodniczącego Janina Fetlińska:**

Bardzo dziękuję, Panie Doktorze.

Ja myślę, że po wystąpieniu pana ministra przejdziemy już do dyskusji, bo chciałabym, żebyśmy zmieścili się w czasie. Dotychczasowe wystąpienia sprawiły, że czasu jest już mało.

Wobec tego mam taką prośbę. Przekazuję głos panu przewodniczącemu, bo dyskusja nad przedstawieniem naszego działania została zakończona.

Myślę, że teraz pan minister troszeczkę nas poinformuje, jakie są plany Ministerstwa Zdrowia, a potem będzie dyskusja na tle aktualnego wykonania Narodowego Programu Zdrowia i planów ministerstwa.

Bardzo proszę.

#### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Bolesław Piecha:**

Dziękuję bardzo.

Ja na szczęście mam współpracowników, w związku z czym nie będę państwa zanudzał, będzie krótko.

Co to jest Narodowy Program Zdrowia i czy powinien to być akt legislacyjny typu ustawy? To jest pytanie, które musimy sobie zadać, bo jesteśmy na posiedzeniu komisji.

W tym miejscu dziękuję pani przewodniczącej za zaproszenie.

Otóż nie sądzę, że powinna to być ustawa. Są to pewne ramy, z których powinny wynikać uregulowania ustawowe odpowiednio statuujące te cele i jednocześnie wskazujące środki finansowe. W związku z tym, jeśli chodzi o dywagacje, czy w Na-

rodowym Programie Zdrowia powinny znaleźć się głównie środki finansowe, twierdząc, że nie. Pewne ramy muszą być wyznaczone.

Żal, że mamy już za sobą złoty wiek zdrowia publicznego z tymi niesamowicie spektakularnymi sukcesami. Koniec XIX i początek XX wieku to był wiek Listera i Semmelweisa w aseptyce i antyseptyce, wiek Pasteura i Kocha w mikrobiologii, gdzie za bardzo małe pieniądze w spektakularny sposób ratowano życie, już nie zdrowie, setek tysięcy ludzi. Dzisiaj mamy niestety nowe wyzwania, a wymiernym wskaźnikiem jest billboard, jest również to, co my widzimy, czyli masa różnych haseł.

Ministerstwo Zdrowia musiało podjąć wysiłek, żeby z tego szumu informacyjnego, wielości zadań, ogromnych oczekiwań spróbować wybrać cele, których zadaniem jest poprawa zdrowotności polskiego społeczeństwa. W związku z tym Narodowy Program Zdrowia jest pewnym aktem prawnym o charakterze uchwały, która dość głęboko ingeruje w tak zwane zdrowie publiczne, ale również nie odcina się od działań medycyny naprawczej.

Współczesny świat to głównie spektakularne osiągnięcia medycyny naprawczej: a to głowę przeszczepią do pięty, a to przeprowadzi się jakąś inną spektakularną operację, a zdrowie publiczne gdzieś kątkiem siedzi, zapominamy o nim. Prawda jest jednak taka, że właśnie w tym zakresie najmniejsze środki finansowe potrafią uruchomić ogromne korzyści zdrowotne.

Co jest dzisiaj dla nas wyzwaniem? Myśmy tradycyjnie nasze programy zdrowotne zamknęli w uzależnieniach. Sztandarowy jest tytoń i choroby odytoniowe, są narkotyki, jest alkohol, a zapominamy, że mamy nowe wyzwanie. Jakie są te nowe wyzwania? Wielość chorób cywilizacyjnych. Choroby cywilizacyjne to już nie tylko cukrzyca i nasza aktywność żywieniowa, przyzwyczajenia, być może jakieś inne czynniki, to nie tylko alergię ze sztandarową astmą na czele w otaczającej nas chemii. Antropologicznie nie nadążamy, w związku z czym reagujemy opacznie na wszystko, co nas otacza.

Nowe wyzwania są tym, o czym jeszcze parę lat temu nie dyskutowano. Ja wiem, że w Narodowym Programie Zdrowia jeszcze tego nie ma, ale chciałbym to zasignalizować. Co jest wyzwaniem dzisiaj? *Compliance*. Słowo brzmi obco, ja je próbuję przybliżyć.

Czy pacjent rozumie, co lekarz do niego mówi? Otóż okazuje się, że jest to wyzwanie straszliwe. W przypadku cukrzycy, gdzie wymagane jest stałe leczenie substytucyjne insuliną, 20% pacjentów zapomina, że ma sobie wstrzyknąć insulinę. Ja już nie mówię o innych wyzwaniach: choroby nowotworowe, zwłaszcza z materii psychiatrycznej, o których po prostu się zapomina. A więc nowym wyzwaniem jest komunikacja prozdrowotna, czyli ogromne wyzwanie edukacyjne: czy pacjent rozumie, co lekarz w absolutnie technokratyzowany, zmedykalizowany sposób, jak to się pięknie teraz nazywa, mówi do pacjenta?

Ja opowiem pewną historię, która zakrawa na anegdotę, w każdym razie wyjaśnię na pewnym przykładzie, jakie są niedobory edukacyjne. Otóż zauważaliśmy – są takie badanie sprzedawalności leków – że rutinoscobin nagle zaczął sprzedawać się lepiej niż zwykle. Myśleliśmy, że weszła jakaś nowa reklama. Rutinoscobin od dwóch lat był stale reklamowany i jego spożycie gdzieś tam rosło jako leku wybitnego na podwyższenie odporności, a to miał zapobiegać katarom, grypom itd., itd., ale od dwóch miesięcy był szczyt. Otóż okazuje się, że w odczuciu pacjentów rutinoscobin

poprawia wzrok. Pytanie: dlaczego? Pojawiła się reklama ze słowami: „Babciu, ty jakoś niewyraźnie wyglądasz”. Jak to odczytała część pacjentów? Że jak zażyje rutinoscorbin, poprawi się wzrok.

To są wyzwania cywilizacyjne, przed którymi stoimy, i pewnie o nich jeszcze nie myślimy, ale musimy je tymi umysłami Semmelweisa, Pasteura jednak dostrzec. Musimy dostrzec, że edukacyjnie przeciętny pacjent ma coraz większy dystans do pracownika fachowego. To, co w medycynie jest kwestią najtrudniejszą, czyli absolutna asymetria informacji, jest wyzwaniem, jak myślę, również dla polityki zdrowotnej i dla zdrowia publicznego.

Pewnie moi współpracownicy powiedzą o bardzo ważnych sprawach, o zadaniach i celach na lata 2006–2013. Część tych celów jest zrealizowanych w formie ustawy. Zawsze te ustawy mają charakter profilaktyczno-naprawczy. Żal, iż tak rzadko korzystamy jednak z osiągnięć już klasyków zdrowia publicznego i tak łatwo zapominamy, że tylko 10%, a jako lekarz powiem, że 15%, to jest medycyna naprawcza. Reszta jest poza zasięgiem ordynatorów, profesorów, klinicystów. Reszta jest w zasięgu ludzi, którzy mają prowadzić zdrowie publiczne.

W tych wszystkich wypowiedziach państwo mówili o różnych instytucjach, o odpowiedzialności i zadaniach rządu oraz samorządu, ale brakowało mi jednego. Ja świadomie nawiązałem do tego *compliance*. Bez organizacji i stowarzyszeń pozarządowych, które gromadzą największy potencjał i największy zapas do realizacji określonych zadań z zakresu zdrowia publicznego, zadań trudnych, rozwijających mentalność, behawioryzm, nasze przyzwyczajenia, diety, któreśmy odziedziczyliśmy, moja żona po swojej matce, ja też... Żeby to wszystko zmienić, musimy pamiętać o tym, że naszym sprzymierzeńcem muszą być organizacje i stowarzyszenia pozarządowe. One mają inne spektrum działania, łatwość przenikania do różnych środowisk i nie stawiają barier: mądry lekarz, który wie, co mówi, i człowiek, który z pokorą słucha. Skracają dystans, czyli potrafią wyjaśnić pewne sprawy. Ja tyle tytułem wstępu.

A teraz poproszę pana dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego o przedstawienie pewnej informacji dotyczącej Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006–2015, a także pana doktora Kuszewskiego z Państwowego Zakładu Higieny, czyli z zakładu, który powinien być instytutem zdrowia publicznego, bo on właśnie jak najbardziej historycznie wychodzi z sedna medycyny publicznej, medycyny społecznej, o przedstawienie założeń tego programu.

Program w tym tygodniu zostanie przedstawiony na posiedzeniu komitetu ministra i jeszcze w tym miesiącu, mam nadzieję, przyjęty przez rząd. Dziękuję bardzo.

*(Przewodnictwo obrad obejmuje przewodniczący Władysław Sidorowicz)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, Panie Dyrektorze Sobolewski.

**Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego  
w Ministerstwie Zdrowia Michał Sobolewski:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ja również postaram się dosyć krótko, niejako z urzędu powiedzieć o głównych założeniach nowego programu, a także, jeżeli pan przewodniczący pozwoli,

przekażę głos panu doktorowi Kuszewskiemu, aby niektóre sprawy trochę bardziej uszczegółowił.

Podchodząc do opracowywania tego programu na kolejne dziesięć lat, trzeba było sobie zdawać sprawę z tego, że niektóre cele, mimo iż w znacznym stopniu spełniły swoje zadanie, wymagały jednak dalszej modyfikacji, a pamiętać przy tym jeszcze trzeba, że poprzedni program był układany, opracowywany i w połowie realizowany w innej sytuacji gospodarczej i politycznej. Przede wszystkim mam na myśli dwie duże reformy: reformę administracyjną oraz reformę ochrony zdrowia i wejście systemu ubezpieczeniowego. Dlatego na pewno niektóre elementy tego programu trzeba było zmodyfikować.

Obecna, już czwarta wersja programu dosyć wyraźnie nawiązuje do założeń Światowej Deklaracji Zdrowia, którą Polska podpisała przed ośmioma laty. Nawiązuje również do strategii „Zdrowie 21”, czyli zdrowie w XXI wieku, wreszcie jest także zgodna z założeniami programu Unii Europejskiej, z tym, co w tej chwili w jakimś sensie poważnie nas obowiązuje.

Jeszcze w drugiej połowie ubiegłego roku poproszono liczną grupę ekspertów do udziału w określeniu właśnie tych priorytetów, które są najważniejsze w obecnej polityce zdrowotnej ministra zdrowia. W pracach tych zresztą uczestniczył również konsultant WHO. Pierwszy projekt tego programu został podany do publicznej wiadomości na witrynie internetowej Ministerstwa Zdrowia pod koniec ubiegłego roku.

Kiedy przygotowywano projekt Narodowego Programu Zdrowia na kolejne dziesięciolecie, za podstawowe zadanie uznano, żeby zjednoczyć wysiłki społeczeństwa na rzecz poprawy stanu zdrowia i w związku z tym jakości życia obywateli. Aby w całej rozciągłości osiągnąć ten cel główny, zostały założone strategiczne cele zdrowotne, wśród których oczywiście trzema pierwszymi, głównymi są takie same, jak były, czyli mam na myśli choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe i wypadki, ze szczególnym uwzględnieniem wypadków drogowych.

Następnie jest grupa celów operacyjnych dotyczących czynników ryzyka i promocji zdrowia, a także celów operacyjnych dotyczących wybranych populacji. Muszę powiedzieć, że te populacje, którymi Narodowy Program Zdrowia powinien się zająć w szczególności, też w ciągu dziesięciu lat troszeczkę się zmieniły. Wreszcie ostatnia grupa celów to te związane już z medycyną naprawczą, czyli dotyczące działania systemu ochrony zdrowia.

Ja może tylko tyle. Chciałbym przekazać głos panu doktorowi Kuszewskiemu.

**Kierownik Zakładu Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia  
oraz Szpitalnictwa w Państwowym Zakładzie Higieny  
Krzysztof Kuszewski:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Ja powiem szczerze, że serce rosło, jak słuchałem tego, co państwo mówili, co się tutaj dzieje. Pan pytał o to, czy jest jakiś program konsekwentnie realizowany... (*wypowiedź poza mikrofonem*). I to jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa. Jeżeli ktoś chce planować na jedną kadencję polityczną, to robi błąd. Nie osiągnie rezultatów, bo w zdrowiu populacji wszystko się dzieje dłużej. Myśmy stoczyli wielką walkę z niektórymi ekspertami, którzy chcieli planować na pięć

lat. Mówię: człowieku, za pięć lat nie będziesz miał żadnych efektów, po co to robisz, robisz sobie jako polityk tylko krzywdę? My nie musimy tak myśleć, bo w instytucie pracujemy poza tego typu myśleniem. I to jest jeden fakt. A na jak długo? Minimum na dziesięć lat.

Ponadto, jeżeli planujemy, to musimy sobie wybrać cele, które możemy dokładnie monitorować – państwo o tym mówili, ja odnoszę się troszkę do tego, ale nie chcę już zabierać głosu w dyskusji celowej, żeby nie przedłużać. Tak więc muszą być jakieś cele. Myśmy spróbowali je określić w tym wielkim programie, o którym była mowa. Nad tymi sto pięćdziesięcioma sześcioma stronami tekstu pracowało nawet sto pięćdziesiąt osób przez półtora roku. Były dyskusje interpersonalne, dyskusja między różnymi grupami zawodowymi, między grupami, które mają wdrażać ten program, między różnymi instytucjami i z udziałem ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia. I na koniec doszliśmy do wniosku, że krócej się nie da, było siedemset stron tego tekstu, zrobiliśmy sto pięćdziesiąt sześć. Ktoś, kto dostał to, pyta: po co taki długi? No, jeżeli chcemy szczegółowo wszystko opisać, to musimy zrobić bardzo szczegółowy program. To jest taka książka, taki podręcznik – pan senator mówił, że to bardzo szczegółowe, ale trzeba zrobić coś bardzo krótkiego, a potem trzeba zrobić coś dłuższego.

Teraz, jeśli państwo pozwolą, przejdziemy do prezentacji. Rozdaliśmy – mam nadzieję, że to już nastąpiło – tę naszą modyfikację Narodowego Programu Zdrowia. I jeśli mogę pana prosić o otwarcie prezentacji... Nie podpisałem się pod tym, mimo że ja tę prezentację robię, dlatego że uważam, że to jest wspólna praca, przez półtora roku robiona, nie czuję się jej autorem.

I proszę państwa, co się zmieniło w stosunku do poprzedniego Narodowego Programu Zdrowia? Chcemy, żeby ludzie mieli lepszą jakość życia, a wiadomo, że jakość życia zdrowych jest lepsza niż chorych – to jest poza dyskusją, o tym była mowa też w poprzednim programie. Ale zareagowaliśmy na to, co się w Polsce wydarzyło, a o czym mówiłem: nastąpiła stratyfikacja grup społecznych ze względu na zdrowie, chodzi o poszczególne terytoria. No i musieliśmy to wpisać. W pierwotnej wersji było tu napisane: zmniejszenie nierówności zdrowia, społecznych i terytorialnych. Ponieważ jednak ktoś powiedział, że tytuł będzie za długi, to się zgodziliśmy to wyrzucić, chociaż wyraźnie to pokazywało, o co nam chodzi. A chodzi o to, że są tereny w Polsce, gdzie jest gorzej, a są tereny, gdzie jest lepiej; są grupy społeczne, które mają bardzo źle, i są grupy, które mają bardzo dobrze, bo mają dużo pieniędzy.

Jak chcemy to osiągać? Po pierwsze, przez kształtowanie stylu życia. I to jest bardzo ważne, tego nikt nie zmieni. Jeśli chodzi o to, o czym tutaj mówił pan minister, ja bym chyba nie mówił o 20%, ale nawet, jeśli weźmiemy te 20%, nawet jeżeli tak powiemy, to i tak 50% jest w naszych rękach. Po drugie, samo środowisko, było to już dzisiaj poruszane. Chodzi o tak zwane podejście siedliskowe, środowisko życia, pracy, nauki sprzyjające zdrowiu.

No i jeszcze to, co uważamy, że jest niebywale ważne, a co było poruszane w państwa wypowiedziach, również w wypowiedzi początkowej pana senatora, mianowicie: kto to ma zrobić? To muszą zrobić konkretni ludzie, muszą to zrobić ludzie w samorządzie, organizacje pozarządowe, a my możemy je wspierać.

Tu pojawia się pytanie o finanse: co finansować? Proszę państwa, nie możemy finansować na przykład budowy ścieżki rowerowej w konkretnym miasteczku, choć i tak ktoś powie: oni nie finansują, my nie budujemy. To byłoby bez sensu, to musi być

tak, że samorządy decydują o swoich własnych wydatkach – czy to będzie fontanna przed urzędem gminy lub powiatu, czy też będzie to boisko, czy coś innego, już nie chcę w tej chwili tego rozwijać, bo wszyscy wiemy, że decyzja musi być tam. My zaś musimy mieć pieniądze na to, żeby na przykład zrobić raz czy dwa razy w roku jakiś konkurs, pokazać tych najlepszych, na to mieć pieniądze. Nie możemy mieć pieniędzy na ścieżki, na baseny, na jedzenie cytrusów czy na coś innego. Ale nie można mówić: nie jemy cytrusów, bo nie mamy pieniędzy, bo to naprawdę byłoby bez sensu, cofnęlibyśmy się o te piętnaście lat, w czasie których nabyliśmy pewną wiedzę.

Jak to zrealizować? Trzeba pamiętać, że jest to niewątpliwie zdrowie publiczne, a nowoczesne zdrowie publiczne oznacza nie tylko zwalczanie chorób i wydłużanie życia wprost, ale także element ekonomii. Nowe zdrowie publiczne zawiera w sobie ekonomię, ciągle o tym mówiliśmy. Ale za ile? Za ile, czy nas stać na to? I to musimy liczyć. W zdrowiu publicznym musi być i płatnik, i państwo. Państwo, uważam, w jakimś sensie jest odpowiedzialne za zdrowie publiczne. A państwo to my, to nie jest obce państwo – kiedyś jakby zabieraliśmy temu państwu, pamiętacie państwo doskonałe, parę rzeczy było tu przytaczanych. Musimy to zrobić, jakiś porządek musi być. Musi być ktoś, kto kieruje wdrażaniem poszczególnych programów, ktoś, kto finansuje medyczną część tych programów, a tylko taką może finansować Narodowy Fundusz Zdrowia – tam wprawdzie jest powiedziane o profilaktyce, ale nigdy nie wiadomo, bo nie ma tu wyraźnych procedur, zresztą parę programów było tu wymienionych...

Aha, spojrzałem na pana doktora od finansowania, tak, są jeszcze finansowane dwa, a właściwie być może trzy programy. Pierwszy to Polkard, który ma dużą część profilaktyczną. To jest opisane w dokumencie, który został państwu rozdany w ograniczonej liczbie, za chwilę dla reszty państwa będzie to widoczne na ekranie. Tak że program Polkard w ramach tego celu się odbywa, tu jest coś więcej i na to są pieniądze. Drugi program dotyczy nowotworów. I trzeci, obiecany nam, na ile jest to realne, nie wiem: program promocji zdrowia psychicznego. Pisząc to, braliśmy pod uwagę, że taki program może być, a jeżeli będzie, to będzie ta część medyczna finansowana. I są to strategiczne cele zdrowotne: jeden to Polkard, drugi to ten program nowotworowy, no i program dotyczący zaburzeń psychicznych – o takim celu mówił pan profesor.

I teraz, proszę państwa, bardzo ważna rzecz: zmniejszenie zachorowalności i negatywnych skutków schorzeń układu kostno-stawowego – to jest numer jeden, jeśli chodzi o osoby na rencie w Polsce, to są największe wydatki. Jak temu zapobiegać? Dzisiaj się mówi, że są to tylko choroby reumatyczne... Nie wiem, czy państwa nie zaszokuje, tak jak mnie kiedyś, pewien fakt. Myśmy próbowali to tak napisać, jak tu napisał nam Instytut Reumatologii, który zna epidemiologię tych wszystkich chorób i bierze udział w międzynarodowych zjazdach. Otóż, powiadają, że dziś wszystkie choroby poza urazami to choroby reumatyczne, jest ich dwieście – udowodnili to. Summa summarum, cechą tych chorób jest to, że one występują, ale wcześniej rozpoznane i leczone nie dają powodu do renty, bo chorzy funkcjonują, a to jest bardzo duża oszczędność naszych pieniędzy.

Dalej: zmniejszenie zachorowalności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego – o tym tu była mowa w sposób szczególny. To jest punkt tego dużego narodowego programu, szczegółowo rozpisany.

I zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom. To jest ukłon w stronę wieku XXI, który okazał się wiekiem tych chorób: mieliśmy SARS



wiszący nad nami, jakieś mutacje grypy, a przede wszystkim przywleczone gorączki krwotoczne. Powiem szczerze, że nie wiedziałem, czy to umieszczać, czy nie. Wydawało nam się, że to nieźle funkcjonuje pod nadzorem inspekcji i światowych organizacji działających w tych dziedzinach.

*(Rozmowy na sali)*

Przepraszam, to ja będę, jeśli można, dalej pokazywał swój wykład.

Proszę państwa, to są cele operacyjne dotyczące czynników ryzyka. Zachowaliśmy to, bo po tym, co państwo mówiliście, chyba nikt nie ma wątpliwości, że są pewne rzeczy, których nie możemy odpuszczać. Pan minister powiedział, że to są te kwestie, które wynikają z uzależnień. No nie możemy tego odpuścić, tym bardziej że palenie jest jedną z uznanych powszechnie, na całym świecie przyczyn chorób układu krążenia, nowotworów i jeszcze paru innych. Chociaż jakieś mamy tu rezultaty.

Jeśli chodzi o żywienie, nie możemy tego odpuścić, bo jeszcze żeśmy nie osiągnęli tego, co chcemy, a pojawiło się w Polsce coś, czego nie mieliśmy: otóż 8% dzieci nie to, że ma nadwagę, tylko jest głęboko otyłych. To są takie dzieci jak dzieci amerykańskie. Tego się u nas nie widziało. Trzeba dokładnie się zastanowić, jak ten problem rozwiązać. A przyczyny to brak ruchu, komputer, ale też fast foody itd. Trzeba temu przeciwdziałać.

Proszę państwa, zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku pracy. Dwie rzeczy lekką ręką, reformując, zmieniliśmy: najpierw zmieniliśmy medycynę szkolną, którą trzeba było bezwzględnie zmienić, potem zmieniliśmy również medycynę pracy, która jaka była, taka była, ale robiła screening dużej masy pracowników. I musimy teraz zastanowić się, kto ma to robić. Według naszego programu, który tutaj państwo zobaczycie, screening ma robić podstawowa opieka zdrowotna, skoro tego nie robi się w zakładach pracy, bo samo przystemplowanie pieczątki „zdrowy”, kiedy pracownik dysymuluje, bo chce mieć pracę, jest bez sensu. Tym sposobem po prostu uciekliśmy ze screeningu.

Proszę państwa, co do populacji – jaka jest nasza reakcja na bardzo niską dzietność polskich małżeństw? Ja pozwolę sobie na pewnego rodzaju anegdotę, żeby z tego poważnego tonu trochę zejść. Otóż, kiedy mam wykłady, to mówię tak: do tego, żeby było dziecko, potrzebne są dwie osoby płci przeciwnej; chociaż niektórzy twierdzą, że to nieprawda, ale ja twierdzę, że potrzebne są dwie osoby, żeby było dziecko. Jedno dziecko – nie ma zastępowalności pokoleń, dwoje dzieci – to jest zaledwie utrzymanie stanu. Czyli po to, żeby był przyrost naturalny w Polsce, którego nie ma, musi być praktycznie z kobiety i mężczyzny zrodzonych troje dzieci. I opowieści o 1,3 dzietności polskich kobiet mącą w głowach. Po prostu trzeba mówić, jak jest naprawdę. Musimy na to zareagować. To jest szczególny punkt. Do pewnego czasu był program neonatologiczny i był on w jakimś sensie również naszym sukcesem w Polsce, bo doprowadziliśmy do niskiej umieralności noworodków – poniżej siedmiu na tysiąc zdrowych urodzeń. Trzeba było jednak kontynuować program, bo jego teraz po prostu nie ma. Uzyskaliśmy już taki poziom, jaki jest w Europie, więc programu nie ma. Jest kosztowny, więc go nie ma.

Drugi punkt dotyczy dzieci i młodzieży i nie chodzi tylko o rozwój fizyczny, ale również psychospołeczny.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Przepraszam bardzo. Dziękujemy bardzo panu ministrowi, który musi odjechać, za wstęp.)*

Czy ja mogę powiedzieć, Panie Przewodniczący, słowo tylko do pana ministra, które miałem powiedzieć, jeśli można?

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Jasne.)*

Ja chciałem powiedzieć, Panie Ministrze, że ja bardzo dziękuję za tę deklarację, że wreszcie ten program będzie. On był konsultowany z różnymi ekspertami, którzy mówili: za długo, za dużo punktów, może tak, może owak, a mnie się wydaje, że... Za to jestem szczególnie wdzięczny panu ministrowi, dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo dziękujemy jeszcze raz panu ministrowi.

I bardzo proszę o dalszą prezentację.

*(Rozmowy na sali)*

**Kierownik Zakładu Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia  
oraz Szpitalnictwa w Państwowym Zakładzie Higieny  
Krzysztof Kuszewski:**

Proszę państwa, następny punkt. Tu jest więcej tych problemów psychospołecznych, niż nam się wydaje. Za moich czasów, i pewnie za czasów większości z państwa, kto mówił o ADHD, kto mówił o dysleksji, kto mówił o dysgrafii? Po prostu dzieciak pisał źle dyktando albo się źle zachowywał. Ten problem jest w szkołach poważnym problemem i trzeba jakoś zareagować.

Kolejna kwestia: ludzie żyją cztery lata dłużej. Co z tego wynika? Że trzeba tych ludzi nie tylko leczyć, bo na to nie będzie nas stać – nie będę powtarzał truizmów, że starość jest nieuleczalną chorobą przenoszoną drogą płciową i na to nie mamy żadnej rady – ale po prostu musimy inaczej tych ludzi rehabilitować, to jest bardzo ważny punkt. Tu trzeba rehabilitacji ruchowej. Potrzebna jest taka rehabilitacja ludzi starych, by mogli się sami obsługiwać.

I wreszcie jest grupa niepełnosprawnych, różnie w Polsce obliczana. Jedni mówią, że jest trzy i pół miliona osób niepełnosprawnych, inni, że siedem, a jeżeli uznać dziury w zębach za objaw niepełnosprawności, to doszłoby pewnie do 80% populacji. Ale tak naprawdę jest to duża liczba osób, do której musimy się odnieść.

Proszę państwa, jeśli popatrzylibyście na Polskę i zapytalibyście, co się Polakom nadzwyczajnie nie podoba, to okaże się, że nadzwyczajnie nie podoba im się system ochrony zdrowia. Tak Polacy mówią. Ale nie podoba im się to, że ten system tak działa, a z drugiej strony on ratuje im życie w sposób bardzo skuteczny. Leczymy bardzo skutecznie, stosujemy różne metody, o których mówił pan minister Piecha – wstawienie nowej pięty itd., co jest wielką sensacją dla prasy. Jednak nakłady na ochronę zdrowia w Polsce są najniższe w Europie, są niedopuszczalnie niskie, a społeczeństwo nie ma tej świadomości, bo się mówi, że służba zdrowia to beczka bez dna. Jest teraz moment, żeby twardo o tym mówić.

Dlatego też chciałbym wyjąć taką książeczkę, którą dla państwa senatorów przywiozłem – przepraszam, że nie dla wszystkich. To jest książka, w której podane są międzynarodowe źródła i one mogą posłużyć do oceny systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Ta praca nazywa się „Health Systems in Transition”, po polsku: systemy ochrony zdrowia w czasie przemian. Jest to seryjna książeczka, w której porównuje się

różne kraje. Miałem zaszczyt być jej współautorem, razem z Christianem Gericke. Państwu za stołem zdążyłem dać egzemplarze, a reszta dla państwa senatorów. Może ja po prostu przywiozę jeszcze...

Dlaczego o tym mówię? Zobaczycie państwo, że ten system ma prawie najmniej lekarzy, ma o połowę za mało pielęgniarek i połowę potrzebnych pieniędzy. A społeczeństwo jest niezadowolone. Dlaczego w takim razie nie ma tego typu pretensji do pojazdu, który nie jedzie, jeśli nie należy się do niego benzyny? Proszę państwa, to jest jeden z elementów, w przypadku którego nie możemy się poddać demagogii i twierdzeniu, że my mamy wszystko na najwyższym poziomie. Bo nie mamy i za te pieniądze nie możemy mieć. Decyzja jest taka: albo ograniczamy zakres świadczeń... A na to się nikt nie zgodzi, szczególnie nikt z polityków, o czym doskonale wie pan minister i wszyscy inni państwo, którzy jesteście senatorami, bo tego nikt nie będzie chciał głośno powiedzieć. Mówienie o współwłasności też brzmi źle, chociaż uważam, że trzeba ludziom tłumaczyć, że i tak mają najwyższą współpłatność w Europie, jeśli chodzi o dopłaty do leków refundowanych.

I kolejna sprawa, o której warto powiedzieć: my nie oceniamy jakości świadczeń w Polsce tak bardzo, jak oceniamy liczbę tych świadczeń. Mnie się wydaje, że tu jest jedna ze spraw do przemyślenia. I jeżeli mogę, Panie Senatorze, tak powiedzieć wprost, to proszę was, żebyście państwo przemyśleli to również. Od momentu wprowadzenia kas chorych mamy dwudziestoprocentowy wzrost hospitalizacji. Jest taki serwer, na którym są dane dotyczące 90% polskich hospitalizacji, więc dokładnie wiemy, kto, na co i kiedy. Co stwierdzamy? Stwierdzamy, że skoro kasa, dzisiaj fundusz, za coś płaci, to nagle na naszym serwerze się to pojawia jako choroba – kiedy zaczęto płacić lepiej za zapalenie płuc, bo były droższe antybiotyki, to nagle przewlekłe zapalenie oskrzeli zniknęło w ogóle, a pojawiło się zapalenia płuc.

Proszę państwa, krótko mówiąc, musimy sobie zdać sprawę, że powinno być mniej procedur wartych tyle, żeby starczyło na wykonanie procedury szpitalnej. Nie musimy iść na ilość, bo pójdzie na ilość powoduje spadek jakości, a to oznacza: niedoleczeni ludzie, ludzie zainfekowani bakteriami występującymi w szpitalu, ludzie, którzy wracają do swojego środowiska i zakażają następnych, a to jest błędne koło. Ja jako epidemiolog mówię to trochę emocjonalnie, ale naprawdę tak jest.

Tak że chcemy nie tylko poprawić jakość świadczeń, ale również akceptowalność społeczną i przestrzeganie praw pacjentów. Przestrzeganie praw pacjenta gdzieś jest tylko w regulaminach, choć ono pewno jest lepsze, niż było, ale w niektórych miejscach mamy pogardę i pomiatanie chorym człowiekiem. Personel jest źle opłacony, personel jest przemęczony, czuje się więc zwolniony z obowiązku pietyzmu w stosunku do pacjentów. I to jest moim zdaniem bardzo ważny cel Narodowego Programu Zdrowia: zmiana stosunku do pacjenta.

Wreszcie, proszę państwa, infrastruktura ochrony zdrowia w kontekście potrzeb promocji zdrowia i edukacji. Państwo powiedzieli już prawie wszystko na ten temat, ja nic nie mogę dodać. Po prostu tak ma być, ale tak nie jest wszędzie.

I teraz, proszę państwa, punkt, który był dla nas bardzo trudny, dawny pkt 18 – jak widzicie państwo, nie ma tu tej numeracji, która była, ale jest to pkt 18 w tym naszym dużym programie, który pokazywałem, a który wisiał na stronie. Punkt ten dotyczy usprawnienia wczesnej diagnostyki i czynnej opieki przez działania podstawowej opieki zdrowotnej, pan doktor Zbyszyński o tym mówił. Chodzi o to, że POZ ma tę

niebывałą rolę do odegrania, że musi pierwszy niejako złapać pacjenta, bo jak go nie złapie, to on trafia dopiero do kosztowych placówek, które nie są w stanie, jak powiedział pan doktor, przyjąć więcej niż czterdziestu pacjentów dziennie. Bo iluż można przyjąć? Setek, setek tysięcy nie można. Czyli: podstawowa opieka zdrowotna.

I mamy tu kolejne choroby. Jeśli chodzi o układ krążenia, trochę pomijamy cały czas udary mózgu, bo kiedy je wpisujemy, wszyscy mówią: ale przyczyny udaru mózgu są takie same jak przyczyny chorób układu krążenia. No tak, tylko że jednych leczą neurologi i są specjalne erki od udarów, tak że naprawdę tych ludzi się ratuje i oni nie są ciężkimi kalekami, a drugim się przepycha naczynia wieńcowe – oni też nie pozostają kalekami. A to robią dwa różne piony i my chcemy to pokazać. Bo to nie jest tak, że jak masz dobrą kardiologię, to nie będziesz miał problemu z udarami. Ale w jakimś sensie profilaktyka jest podobna.

Jest też taki program związany z zagrożeniem nowotworami. Jest tu i kwestia powikłania cukrzycy – dlaczego nie możemy zmniejszyć liczby zachorowań na tę chorobę w Polsce? Zapadalność będzie zapewne taka jak na całym świecie. I mamy choroby układu oddechowego oraz choroby, ja tu napisałem... Nie ma pana ministra Piechy, a on mówił o tak zwanych chorobach cywilizacyjnych. Kiedyś to nas bito po łapach, kiedy mówiliśmy o chorobie cywilizacyjnej, bo uważano, że cywilizacja spowoduje, że nie będzie chorób; kiedy uczyłem się zdrowia publicznego, to wtedy mówiono: nie, przecież nie będzie chorób. Tak że chyba moglibyśmy rozszerzyć ten punkt. Myśleliśmy też o chorobach pochodzenia endokrynnego, tak sobie wyobrażaliśmy, ale na razie zostało tak, jak jest, wybraliśmy tylko to, o czym mówiłem.

Panie Przewodniczący, czy pan pozwoli mi jeszcze na chwilę? Już nie będę opisywał naszego programu, tylko powiem, że walczyliśmy o to, żeby w tym programie zostały trzy istotne rzeczy, inne są oczywiste dla nas wszystkich: po pierwsze, żeby była mowa o zmniejszeniu różnic w stanie zdrowia – i wpisaliśmy to do tytułu, żeby już każdy wiedział, że to o to chodzi; po drugie, żeby była tam podstawowa opieka zdrowotna i kwestia screeningu, o czym państwo macie na końcu; po trzecie, żeby była decentralizacja do poziomu samorządu, co jest wymienione w pkt 3, na początku. Co do reszty, próbowano nas przekonywać, że może wystarczyłyby trzy punkty albo tylko cztery. Pytano: po co to tyle, po co to takie duże? A my się broniliśmy, jak mogliśmy. Ta wersja, którą państwo dostali, jest to wersja po ostatnim spotkaniu pana ministra Wojtyły z naszymi adwersarzami, których nazwisk nie wymienię – po prostu powiedzieliśmy, że to jest maksimum, ile możemy ustąpić, że jeśli ktoś chce robić inny program, to niech robi, ten jest taki, jaki musi być.

I jeszcze jedna rzecz, mówię o tym po to, żeby udowodnić, ile mogą zrobić samorządy. W którymś roku dostaliśmy pieniądze tak późno, że nie byliśmy w stanie nikomu z instytutów zlecić monitoringu poszczególnych cen, więc wpadliśmy na pomysł, że poprosimy wszystkie samorządy, żeby one złożyły sprawozdania. Pomyśleliśmy: przyjdzie parę sprawozdań, posiedzimy trochę, trudno, w okolicach grudnia trzeba by to zrobić, nie ma siły. I wyobraźcie sobie państwo, że przyszło czterysta sprawozdań, bardzo porządnych, od powiatu poprzez województwa, które tutaj były wymieniane. To pokazało pewną świadomość na tym poziomie.

Jakieś radykalne zmiany tego programu wydawały nam się nie bardzo potrzebne i zostawiliśmy część, którą uważamy za niezbędną, dostosowaliśmy tylko to do zmian demograficznych, tyle ile mogliśmy. Ciągłe jest pytanie, jak się odnieść do kwestii

dziatności, były duże dyskusje, co zrobić, żeby dzieci było więcej. Wiemy z naszych badań statystycznych, że w ciągu paru lat liczba Polaków spadnie do trzydziestu sześciu milionów. Wszystkie zamówione prognozy pokazują to samo: będzie mniej ludzi o dwa miliony i będzie więcej ludzi starych, a do tego trzeba się koniecznie odnieść, bo starzy będą więcej chorowali.

Myślę, że to chyba wszystko, co chciałem teraz powiedzieć i pokazać państwu. Ten program jest naprawdę głęboko przemyślany. To chyba tyle.

Bardzo dziękuję za zaproszenie, za to, że mogłem tutaj wystąpić. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo dziękuję za prezentację programu.

Czy są pytania do prelegenta, prelegentów z ministerstwa?

*(Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku Stanisław Kwiatkowski: Panie Ministrze, w jakim stopniu jest spójny Narodowy Program Zdrowia, ten, który pan przedstawił...)*

Ale pomalutku, proszę do mikrofonu i proszę się przedstawić.

**Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku  
Stanisław Kwiatkowski:**

Stanisław Kwiatkowski, szpital wojewódzki w Płocku.

Panie Ministrze, w jakim stopniu Narodowy Program Zdrowia jest spójny z polityką zdrowotną, którą kreuje Narodowy Fundusz Zdrowia? No bo ją kreuje, poprzez finansowanie świadczeń zdrowotnych, jako monopolista w kraju kreuje tę politykę. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Króciutko, proszę.

**Kierownik Zakładu Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia  
oraz Szpitalnictwa w Państwowym Zakładzie Higieny  
Krzysztof Kuszewski:**

Powiem, że kreuje, kreuje.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Pytanie było o spójność.)*

Proszę państwa, kiedy była jeszcze mazowiecka kasa, zrobiliśmy radę promocji zdrowia, ale mazowiecka kasa z wojewodą jakby zaczęły się spinać... Skończyło się tym, że mnie wywalili z tej rady, z czego jestem dumny, bo dalej bym nie chciał tam być, a potem się chyba nic wielkiego nie działo. Powstał Narodowy Plan Zdrowotny, który przygotował pan minister Łapiński, i wtedy próbowaliśmy przekonywać, że zniszczą to, co istnieje. Nie udało się i kiedy powstał fundusz, zaczęliśmy od nowa, ale tak prawdę mówiąc, od niedawna, bo kiedy się prezesi funduszu tak szybko wymieniali, trudno było z kimkolwiek na jakikolwiek temat rozmawiać – mówię państwu wprost, bo nie muszę się tego wstydzić. Teraz spróbowaliśmy. Wymienione było już ileś programów profilaktycznych, które są finansowane przez fundusz, czyli można

powiedzieć, że powoli się zaczyna robić coś, od czego zaczęliśmy – i tak chyba odpowiedziałbym na to pytanie. Ja jestem optymistą.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Inne pytania? Nie ma.

Otwieram więc dyskusję.

Czy ktoś z państwa chce zabrać głos?

*(Kierownik Zakładu Statystyki Medycznej w Państwowym Zakładzie Higieny*

*Paweł Goryński: Ja może już właśnie w ramach dyskusji...)*

To krótko, jak w ramach dyskusji to krótko, bo miał pan już duże pole do popisu podczas prezentacji, tak że teraz już przycinamy czas.

**Kierownik Zakładu Statystyki Medycznej  
w Państwowym Zakładzie Higieny  
Paweł Goryński:**

Chodzi mi o problem związany z ewaluacją efektów osiąganych dzięki różnego rodzaju programom podejmowanym lokalnie, na niższym szczeblu. Tak jak już tutaj powiedziano w toku dyskusji: zrobi się ileś pomiarów ciśnienia krwi, stwierdzi się tyle, a tyle nadwagi, ale nikt nie bada dokładnie populacji, w której prowadzone jest badanie, czy to będzie mniejsza czy większa populacja, po jakimś okresie; nikt nie bada skutków i efektów, które...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: To uogólnienie jest niesprawiedliwe.)*

Ale zwrócę uwagę jeszcze na jedną rzecz: na trudności w interpretacji wyników. Interpretacja wyników, jeżeli robi się nawet po kilku latach drugie badanie, wynika z kilku różnego rodzaju czynników, z jednej strony z ewentualnego działania programu, który w danym okresie się odbywał, a z drugiej strony z normalnych zmian cywilizacyjnych w danej populacji. Oddzielenie tych czynników jest ogromnie trudne. I może to jest nasze zadanie tutaj, powiedzmy tych, którzy się...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Zakwestionował pan dobre wyniki Narodowego Programu Zdrowia w tym momencie...)*

Nie, właśnie do tego chciałem nawiązać. Czasem nie jesteśmy w stanie przeprowadzić właściwego badania z choćby quasi-grupą kontrolną, żebyśmy mogli powiedzieć, co jest efektem działań, które prowadzimy, a co jest normalnym procesem cywilizacyjnym, istniejącym w całym społeczeństwie. I to może jest właśnie dla nas takim zadaniem, może powinniśmy wypracować metody, które zalecalibyśmy do stosowania przy podejmowaniu różnego rodzaju działań odnoszących się do populacji, tak, by można było wydzielić to, co jest rzeczywistym skutkiem programu. To tylko tyle.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Jest taki dział medycyny: medycyna oparta na dowodach albo medycyna oparta na wnioskowaniu. I rzeczywiście, to jest trudna sprawa, bo akurat nauki biologiczne, medycyna nie są tak ściśle powiązane dowodowo jak nauki eksperymentalne; stosuje-

my tutaj metody statystyczne itd. To, co poruszył pan doktor, jest rzeczywiście ogromnym problemem.

Bardzo proszę, jest zgłoszenie do dyskusji... Nie, przepraszam, to było wyciągnięcie ręki po ciasteczka. (*Wesołość na sali*)

Bardzo proszę, zgłasza się pan dyrektor Achciński.

**Zastępca Dyrektora  
Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie  
Witold Achciński:**

Bardzo miło państwa powitać w szpitalu, zresztą pani dyrektor to już zrobiła. Nazywam się Witold Achciński, jestem zastępcą dyrektora do spraw medycznych tego szpitala.

Proszę państwa, pan minister Piecha powiedział, że nie widzi potrzeby, żeby było to w formie ustawy. No niech nie będzie, ale jeżeli przyjmujemy Narodowy Program Zdrowia, w którym jest wiele punktów, to każdy z tych punktów powinien być przedyskutowany, do tego powinien być dostosowany program i za ten program powinien być ktoś odpowiedzialny, trzeba to monitorować i powinny się znaleźć na to pieniądze. Są dwie drogi: albo dajemy pieniądze i wtedy program sam się napędza, dajemy czas, nie ma wtedy jakichś dużych problemów, bo jeżeli są pieniądze, to znajdą się lekarze, znajdą się inni pracownicy medyczni itp.; albo jeżeli chcemy kogoś zmusić w inny sposób, to musi być do tego stosowna droga prawna, proszę państwa.

I ja bym apelował, prosił o pomoc dla lekarzy, którzy teraz są może w niełasce. Bo jest tak, że jeżeli mamy coś tworzyć, to trzeba walczyć o pieniądze. Narodowy Program Zdrowia się nie obroni sam, proszę państwa, jeżeli politycy mu nie pomogą. Tak że apeluję do państwa o pomoc. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, pan dyrektor...

(*Dyrektor Generalny Ministerstwa Zdrowia Wojciech Kutyla: Ja jeszcze tytułem komentarza...*)

Proszę się przedstawić, żeby było do protokołu.

**Dyrektor Generalny Ministerstwa Zdrowia  
Wojciech Kutyla:**

Wojciech Kutyla, Ministerstwo Zdrowia.

Co do samej ustawy powiem tak. Otóż, ja pamiętam, jak jeden z marszałków Sejmu pokazywał taki stos uchwał – tyle w poprzednim roku było uchwalonych, a tyle w następnym. I tak z roku na rok ta wieża ustaw uchwalanych w kraju rośnie, mamy taką dużą inflację prawa i już nikt nie wie, co uchwalono, a tym samym słabnie wyrazistość przepisów. W związku z tym zwolennikiem kolejnych ustaw z pewnością nie jestem.

Co do środków finansowych, to jest to też kwestia postrzegania roli rządu: czy uznajemy go wciąż za głównego decydenta, który trzyma, że tak powiem, kasę i ją wyłącznie dzieli, czy też uznajemy rząd za gospodarza, który formułuje pewne cele

strategiczne, ponieważ ma najwięcej informacji – tak przynajmniej z założenia powinno być i przeważnie tak jest – który formułuje po prostu kierunki rozwoju, w tym również w zakresie zdrowia publicznego. Środki finansowe są oczywiście ważne i bez nich nie da się tych programów realizować, ale nie tylko rząd jest źródłem wiedzy o tym, gdzie środki finansowe się znajdują, i nie tylko rząd może ponosić odpowiedzialność za finansowanie.

Nie jestem specjalistą od zdrowia publicznego, więc może mam taki ogląd zewnętrzny, ale wydaje mi się, że takim bardzo ważnym czynnikiem... Bo tu mówiliśmy o celach, o strategiach działania, a trochę mało chyba mówiliśmy o narzędziach, czyli sposobach osiągania zakładanych celów. I jak tak popatrzy się na to, co się w kraju działo przez, powiedzmy, ostatnie dziesięć lat czy nawet może więcej, to widać, jak się zmieniają zachowania, na takie zachowania jednak prozdrowotne wśród obywateli. Wydaje mi się, że obecnie żyjemy w świecie obrazów, telewizji, billboardów, o czym mówił pan minister, i ogromne znaczenie dla zachowań prozdrowotnych, które chcemy obserwować wśród młodzieży, wśród ludności, mają filmy, telewizja, mają idole, aktorzy. Jeden z ministrów mi mówił, że jak był na stażu w Stanach Zjednoczonych dosyć długo i musiał codziennie schodzić gdzieś do piwnicy, gdzie była palarnia i nieciekawe towarzystwo się zbierało, no to palenie rzucił, bo raz, że musiał tam chodzić i każdy widział, że z niego taki ułomny człowiek, chodzi i pali gdzieś tam, a dwa, że po prostu człowiek się zaczyna wstydzić, jeżeli nikt inny nie robi takich rzeczy jak on i wszyscy to postrzegają jako coś po prostu złego, a on musi. I w końcu taki człowiek zbiera siły i sobie radzi. Podobnie jest generalnie ze stylem życia. Człowiek lubi naśladować, w szczególności chyba młodzi ludzie lubią naśladować, więc jeżeli ich idole czy, nie wiem, piłkarz, aktor czy piosenkarz zachowują się w sposób przez nas oczekiwany, czyli nie palą, nie piją – wprawdzie żyjemy w czasach grillowania i ciężko znaleźć grilla bez piwa... Wydaje mi się, że ogromna siła po prostu skoncentrowana jest w mediach, siła tkwi w obrazach, które nas otaczają, które przenikają naszą codzienną rzeczywistość. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

To się nazywa marketing społeczny i jego narzędzia rzeczywiście jeszcze w niewielkim stopniu są wykorzystywane, a są całe opisy, w jaki sposób ten marketing handlowy wykorzystywać do marketingu społecznego.

Pani senator Fetlińska.

**Senator Janina Fetlińska:**

Chciałabym powiedzieć, że rozumiem to, co powiedzieli minister zdrowia, pan Piecha, oraz pan dyrektor generalny z Ministerstwa Zdrowia, mianowicie, że nadmiar ustaw nie jest dobrą rzeczą, ponieważ człowiek nie ma znajomości prawa, jeśli jest za dużo ustaw, ale w moim przekonaniu jednak powinna być ustawa o Narodowym Programie Zdrowia. Mamy bowiem taką sytuację, że niektóre strategiczne cele Narodowego Programu Zdrowia mają swoje ustawowe podłoże, na przykład ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii, alkoholizmowi, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, ostatnia ustawa dotycząca programu nowotworowego, a więc mamy już wiele ustaw odnoszących się do tych celów. Ale co z pozostałymi celami? Co z chorobami kardiologicznymi? To



pierwszy właściwie problem, a ustawy dotyczącej programu kardiologicznego nie mamy. No i przez to jest takie wyrywanie sobie kołderki – kto więcej wyciągnie pieniędzy czy będzie bardziej znaczący. Wydaje mi się, że musi być tutaj jakaś ustawowa regulacja, żeby to unormować, albo też powinniśmy się wycofać z dotychczasowych regulacji ustawowych i po prostu pozostawić wszystko pod egidą Narodowego Programu Zdrowia, niech to wszystko będzie w formie uchwały Rady Ministrów. Powinna być równość w tym zakresie. Jeżeli mamy politykę zdrowotną, to albo ona jest regulowana ustawowo, albo uchwałami Rady Ministrów. Taki problem chciałam poruszyć, choć oczywiście jest to sprawa dyskusyjna, ale takie mam zdanie. I to tyle, jeśli chodzi o kwestię ustawy.

Druga rzecz. Kiedy przeglądam ten program, a mam właściwie po raz pierwszy przed sobą tę najnowszą wersję Narodowego Programu Zdrowia, myślę, że to jest dobra rzecz. Bo tak, oto mamy cel główny, czyli jak gdyby misję, mamy strategiczne cele zdrowotne, jest ich siedem, i mamy cele operacyjne. Mam jednak wrażenie, że czegoś brakuje w celach strategicznych. Nie ma tutaj bardzo ważnego punktu, który powinien być pierwszym celem strategicznym: wzmocnienia kondycji psychofizycznej społeczeństwa. Mamy cały czas bardzo zmedykalizowane podejście do chorób, zastanawiamy się, jak przeciwdziałać im, a powinniśmy przede wszystkim wzmocnić kondycję, to jest pierwsza rzecz, a potem dopiero działać. Wnosiłabym jednak z całą odpowiedzialnością i odwagą, mimo że wiele umysłów bardzo tęgich nad tym pracowało, żeby podejść do problemu pod tym kątem, żeby przede wszystkim podkreślić problem kondycji psychofizycznej, żeby to był pierwszy cel strategiczny, chociaż to się potem mieści w tych celach operacyjnych. To podejście pozytywne do zdrowia powinno się znaleźć w tym naszym Narodowym Programie Zdrowia. Tak że wnoszę o przemyślenie jeszcze tej sprawy. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, oddaję głos w tej chwili osobom, które jeszcze nie zabierały głosu, ale widzę cię...

*(Kierownik Zakładu Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa w Państwowym Zakładzie Higieny Krzysztof Kuszewski: Chciałbym ad vocem, ale proszę bardzo...)*

Ad vocem – to jest ta furtka chytra, żeby obejść kolejkę.

*(Kierownik Zakładu Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa w Państwowym Zakładzie Higieny Krzysztof Kuszewski: Nie, nie, to ja potem, proszę bardzo.)*

Bardzo proszę, ale króciutko, bardzo proszę.

**Adiunkt w Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej  
w Katedrze Środowiskowej Opieki Medycznej  
na Wydziale Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu  
w Akademii Medycznej w Lublinie  
Marianna Charzyńska-Gula:**

Nazywam się Marianna Charzyńska-Gula, jestem pracownikiem Katedry Środowiskowej Opieki Zdrowotnej w lubelskiej Akademii Medycznej, jednocześnie jestem prezesem Stowarzyszenia na rzecz Promocji Zdrowia i Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, stowarzyszenia, które swego czasu prowadziło dobry, myślę, program

edukacji zdrowotnej w Polsce, z dużymi efektami wdrażany także w województwie mazowieckim. Bardzo dziękuję za zaproszenie.

Mam pytanie i refleksję dotyczącą Narodowego Programu Zdrowia. Czy propozycja związana z edukacją zdrowotną, bo to mnie najbardziej interesuje, tak zarysowana propozycja, którą pan doktor przedstawił, nie zwiększy pewnego bałaganu, który istnieje we współpracy między resortami medycznym i edukacyjnym? Myślę o tym zapisie, który, nie wiem, czy dobrze zanotowałam, bo nie mam tekstu, akcentuje zwiększenie i wzmocnienie wykorzystania infrastruktury służby zdrowia dla edukacji zdrowotnej. Wydźwięk tego zapisu jest dla mnie jednoznaczny: jeśli chodzi o edukację zdrowotną, inwestujemy w służbę zdrowia. Bo chodzi o infrastrukturę, prawda? Jestem pielęgniarzką i bardzo się z tego cieszę, ale jednocześnie cały czas współpracuję ze szkołami – nie sposób jest nie współpracować, zresztą mamy znakomite efekty – i się zastanawiam, czy nie powinno się tu raczej łagodzić sytuacji, a myślę, że znakomicie pogodziłaby strony choćby uchwała naszego parlamentu regulująca wzajemne stosunki między dwoma resortami. Dużo się działo w szkołach, jeśli chodzi o edukację zdrowotną, ale może się tak zdarzyć, że znowu się gdzieś na górze i na dole pokłócimy.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Zwłaszcza, że to się zaklinowało...)*

Tak. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Tak, bo porozumienia między Ministerstwem Edukacji Narodowej a Ministerstwem Zdrowia w tej chwili nie ma, co blokuje pewne inicjatywy.

Bardzo proszę, Krzysio Kuszewski, bardzo proszę.

**Kierownik Zakładu Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia  
oraz Szpitalnictwa w Państwowym Zakładzie Higieny  
Krzysztof Kuszewski:**

Dziękuję za te pytania.

Pani Senator, pierwsza sprawa: ustawa czy uchwała? Otóż, wydaje się, że gdyby to była uchwała, nie ustawa, uchwała chyba parlamentu, razem Sejmu i Senatu, w której powiedziane byłoby, że zaleca się wdrożyć ten program i stosować przez wszystkich w Polsce, to chyba by to starczyło, tak mnie się wydaje, i byłoby prostsze, bo nie byłoby dyskusji o konkretnych pieniądzach, o tym, ile to kosztuje – tak jak było przy okazji tworzenia programu nowotworowego, w przypadku którego wojowałem razem z kolegami przez ileś tygodni. Ale to jest moje zdanie na ten temat. Ja nie uważam, że pieniądze powinny być przypisane do każdego konkretnego celu, ja sobie tego nie wyobrażam. Cały czas pracuję w administracji tego państwa i myślę, że to jest niemożliwe. Jakies pieniądze wydzielone na działalność propagandową, konkursową, monitoring, na techniczną obsługę – to tak. Ale to są międzyresortowe pieniądze.

Chciałem o tym powiedzieć, a nie powiedziałem przy okazji prezentacji, więc teraz krótko. Program jest międzyresortowy, tak jak i był w tej większej części, wymienione są tu wszystkie resorty – już nie będę ich wymieniał w tej chwili – które były, i dodane są samorządy, jeszcze w większej liczbie. Sądzę, że ta współpraca powinna się układać, bowiem Ministerstwo Edukacji Narodowej – powiem szczerze, nie wiem, jak jest w tej chwili – jest przewidziane w naszym spisie współpracowników, pewnie musi być.

Teraz pani senator proponuje – proszę spojrzeć na ten materiał, z konieczności skrótowy, który państwu daliśmy, to jest książka – dodać kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa i kondycji czy wzmaganie kondycji psychofizycznej, coś w tym stylu. Rozumiem, że na samym początku, nie widzę innego wyjścia, jako cel strategiczny. Ale w tym układzie, jaki wymuszono na nas, musimy niejako pisać tylko chorobach, a myśmy nie chcieli tak, chcieliśmy pisać tak, jak było poprzednio, a więc czynniki sprawcze a choroby itd. Ale tego typu rozwiązanie jest do przyjęcia, bo prawie wszystkie nasze cele się zmieściły, tylko troszkę inaczej się nazywają, co mówię szczerze Wysokiej Komisji, bo ktoś to musi powiedzieć. Jest to pewna modyfikacja, jest na początku mniej celów strategicznych, dlatego proponowałbym dodać kondycję psychofizyczną do tych trzech – że do osiągnięcia tego celu konieczne jest kształtowanie prozdrowotnego stylu życia itd., itd. A potem jeszcze napisać o kształtowaniu czy wzmaganiu kondycji – to jest kwestia jednego słowa.

Przepraszam, że o tym mówię, ale tego nam brakowało. Pamiętacie państwo pierwszy punkt tamtego programu? Była tam mowa o zwiększeniu aktywności fizycznej Polaków – i w tym mieścił się styl życia, bo kto biega, to w tym czasie nie bierze narkotyków, a kto jeździ na rowerze, to się co najwyżej przewróci. Z pozoru mogłoby się wydawać, że tak ni stąd ni zowąd jest ten punkt, bo skąd tu ta aktywność fizyczna, ale...

*(Rozmowy na sali)*

A nie, to ja pani powiem, dobrze. Ten punkt jest wynikiem dyskusji, do której, no nie powiem, że nas zaproszono, ale raczej troszkę przymuszono. Chodzi o cel siedemnasty, czyli optymalne zwiększenie wykorzystania infrastruktury dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. No, jest to osłona ochrony zdrowia, ale jest jakaś granica, poza którą my, jako autorzy, nie możemy wyjść, bo wtedy robimy takie błędy, które pani bardzo słusznie wytknęła.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję.

Czy są jeszcze głosy w dyskusji i ewentualnie wnioski?

**Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej  
w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Mazowieckiego  
Ewa Łagońska:**

Tak przyszło mi do głowy – to taka luźna propozycja – żeby może w miarę szybko zobowiązać chociażby samorządy i administrację rządową, poszczególne szczeble, można by to zrobić przy okazji zmiany ustawy o finansowaniu świadczeń ze środków publicznych, w której jest podział kompetencji i pewnych zadań...

*(Brak nagrania)*

**Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej  
w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Mazowieckiego  
Ewa Łagońska:**

W tej ustawie można by było przynajmniej podać grupę, do której przypisane są pewne zadania. Chodzi mi tu o korelację pomiędzy tym, co jest i funkcjonuje jako Narodowy Program Zdrowia, a tym, co jest w tej chwili chociażby w tej ustawie. Może

przez modyfikację zapisów wstępnych tej ustawy, która pewne zadania i kompetencje samorządu i administracji rządowej przypisuje...

*(Rozmowy na sali)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo, senator Fetlińska.

**Senator Janina Fetlińska:**

Przepraszam, ale mam jeszcze tu taką uwagę, że w ogóle nie widzę tu nic o próchnicy zębów, a 52% społeczeństwa ma próchnicę zębów. To zniknęło z Narodowego Programu Zdrowia.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Jest opieka zdrowotna nad matką i dzieckiem.

Poczekajcie, poczekajcie...

*(Kierownik Zakładu Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa w Państwowym Zakładzie Higieny Krzysztof Kuszewski: Było, było, ale powiedzieli: po co próchnicę, po co?)*

*(Rozmowy na sali)*

Ale ja myślę tak... Słuchajcie, bo głosy w dyskusji już były i ja bym próbował jakoś ją konkludować. I skoro nie ma już chętnych do zabrania głosu w dyskusji, to chciałbym zwrócić uwagę, że w programie działań rządu planowana jest ustawa o ustroju zdrowotnym, taka ustawa, która spełni oczekiwania dotyczące rozdziału zadań związanych z odpowiedzialnością za zdrowie między organami państwa, samorządami, wskaże pewnie także rolę NGO'sy. Przypomnę, że ustawa o organizacji pożytku publicznego i o wolontariacie zwiększa pole możliwości angażowania się tych instytucji w działania publiczne i zwiększa odpowiedzialność samorządów.

Nie wiem, czy jesteśmy w stanie dzisiaj pójść w kierunku recenzji tych celów, o których usłyszeliśmy, ale mam wrażenie, że mieliśmy okazję posłuchać przykładów dobrej praktyki. Moglibyśmy zadać sobie przy okazji pytanie, jak się to wpisuje w dokument, który proponują nam autorzy nowego wariantu Narodowego Programu Zdrowia. Myślę, że tutaj mogą się pojawiać tego typu głosy: a czemu nie ma tego, a czemu nie ma tamtego itd. I pewnie one będą jakoś zasadne, jeśli ten dokument miałby mieć tylko taki charakter, ale ja rozumiem, że to jednak będzie dokument piętrowy i że w tych szerszych opisach będziemy odpowiadać sobie na poszczególne pytania – przynajmniej oczekuję tego od autorów – między innymi o to, które z elementów zdrowia matki i zdrowia dziecka dzisiaj stanowią epidemiologiczne wyzwanie dla różnych struktur. To jest coś, czego powinniśmy wymagać od tego dokumentu.

I teraz kwestia: ustawa czy uchwała? Ja bym powiedział tak: gdyby była dobra ustawa o ustroju, to wtedy niepotrzebna byłaby chyba ustawa o NPZ, bo NPZ byłby w gruncie rzeczy taką przenikającą wszystkie struktury i zadania bazą merytoryczną do podejmowania działań. I gdybym miał ja, jako przewodniczący tej komisji, dzisiaj konkludować, to powiedziałbym, że powinniśmy jednak zachęcać ministerstwo do

przyspieszenia prac nad ustawą o ustroju. Jest to cel nr 10 i nawet tutaj z panem senatorem Ślusarzem troszeczkę się zastanawialiśmy, czy ten nr 10, ostatni z tej palety, oznacza miejsce w hierarchii. Pan senator twierdzi, że nie, a ja bym poparł tę jego myśl uchwałą, w której zachęcalibyśmy dla dobra Narodowego Programu Zdrowia, żeby przyspieszyć prace nad ustawą o ustroju ochrony zdrowia w Polsce. Jeśli państwo senatorowie mogliby się do tego odnieść, to bardzo bym prosił, bo właśnie jest ta część konkludująca naszej komisji.

Zapadła cisza, chwila głębokiego namysłu... Co o tym myślicie, Panie i Panowie?

Jeśli dzisiaj nie jesteśmy gotowi, mamy w czwartek posiedzenie komisji, proponuję zatem, żeby może tak zrobić, żebyśmy rozważyli ten wniosek, który stawiam, a głosowali nad nim w czwartek w ramach spraw bieżących.

A czy są inne wnioski, do których chcielibyśmy wrócić? Nie ma.

Wobec tego rozumiem, że kończymy tę część posiedzenia komisji.

Dziękuję wszystkim państwu biorącym udział w dyskusji, prelegentom. Zwłaszcza dziękuję dyrekcji, która nas tutaj gościła, z panią dyrektorką na czele. Chciałbym serdecznie podziękować za gościnę.

Tę część posiedzenia komisji zamykam. Dziękuję bardzo.

W tej chwili w programie mamy zwiedzanie...

Techniczne sprawy jeszcze – bardzo proszę, pani wiceprzewodnicząca.

#### **Senator Janina Fetlińska:**

Chciałabym jeszcze omówić sprawy techniczne. Pani dyrektor Romanow zaraz otrzyma mikrofon i powie o sprawach organizacyjnych, ja powiem tylko tyle, że mamy pół godziny na zwiedzanie, a potem będzie tutaj przygotowana świeża kawa i coś w rodzaju lunchu. Potem jedziemy do Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie, gdzie jest Instytut Ochrony Zdrowia i gdzie kształcimy pielęgniarki na poziomie licencjackim; chciałabym, żebyście państwo zobaczyli, jak wygląda kształcenie w Ciechanowie. Taki mamy plan i bardzo bym prosiła, żeby te pół godziny wykorzystać, potem pół godziny na obiad i wyjazd.

#### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dobrze, dziękuję bardzo.

Dziękuję bardzo przedstawicielom ministerstwa, dziękuję bardzo.

I jeszcze poproszę panią dyrektorkę o zabranie głosu.

#### **Dyrektor Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie Henryka Romanow:**

Panie Przewodniczący, Szanowni Goście, zapraszam teraz wszystkich do zwiedzania szpitala. Szpital jest ogromny, więc zdołamy państwu pokazać maleńki odcinek; chciałabym pokazać państwu Zakład Rehabilitacji, Zakład Diagnostyki Obrazowej, Oddział Kardiologiczny, Pracownię Hemodynamiczną. A po zwiedzaniu zapraszam państwa ponownie do tej sali, gdzie będziemy mieli lunch. Dziękujemy i zapraszamy.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 10)*

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Administracyjne, Dział Wydawniczy

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851