

Janusz Szymborski

Wsztechnica Polska, Szkoła Wyższa TWP w Warszawie,
Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

**POLITYKA ZDROWIA PUBLICZNEGO
WOBEC PROBLEMÓW WSPÓŁCZESNEJ RODZINY
– CELE I ZADANIA**

Streszczenie: W opracowaniu omówiono zadania zdrowia publicznego, których realizacja warunkuje osiągnięcie poszczególnych celów polityki rodzinnej przy uwzględnieniu współpracy wielosektorowej i działań interdyscyplinarnych. Szczególnym wyzwaniem jest poprawa opieki medycznej ukierunkowanej na ludzi starszych poprzez rozwój usług leczniczych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych. Autor dokonał wstępnej oceny stopnia realizacji zadań z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki chorób i zagrożeń oraz restytucji zdrowia w okresie ostatniej dekady. Niezbędna jest poprawa organizacji i jakości działań w zakresie zapobiegania i ograniczania skutków urazów niezamierzonych i zamierzonych. Wyniki analizy mogą okazać się pomocne do budowania polityki zdrowia publicznego i polityki rodzinnej w Polsce.

Słowa kluczowe: zdrowie publiczne, polityka rodzinna

1. Wstęp

Jeżeli politykę rodzinną określamy jako całokształt norm prawnych, działań i środków uruchamianych przez państwo w celu stworzenia odpowiednich warunków życia dla rodziny – jej powstawania, prawidłowego funkcjonowania i odgrywania przez nią wszystkich ważnych ról, natomiast zdrowie publiczne uznajemy za naukę i sztukę zapobiegania chorobom, przedłużania życia oraz promowania zdrowia poprzez organizację zbiorowych wysiłków społeczeństwa (Donald Acheson), to istotne wydaje się zarysowanie tych wymiarów zdrowia publicznego, które odnoszą się do polityki rodzinnej.

Po pierwsze w większości krajów rola i zadania zdrowia publicznego są powiązane z polityką państwa i odpowiedzialnością władzy publicznej wszystkich szczebli za organizację opieki zdrowotnej i do niej dostęp. Chodzi głównie o organizację i udostępnienie świadczeń zdrowotnych nastawionych na problemy o znaczeniu społecznym, mających wpływ na sytuację zdrowotną populacji w okresie rozwojowym i rozrodczym, w tym zwłaszcza matek i dzieci. Choroby układu krążenia, nowotwory, urazy i przemoc, uzależnienia, zakażenia i choroby zakaźne, zespół metaboliczny – mogą kumulować się w rodzinie z przyczyn genetycznych i środowiskowych.

Po wtóre należy mieć na uwadze obowiązek zapewnienia świadczeń zdrowotnych rodzinom znajdującym się w trudnych sytuacjach, w tym z powodu starości, ubóstwa, patologii, obciążonym chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnością czy chorobami psychicznymi. Wymienione obszary zdrowia publicznego mogą być odniesione do pierwszych dwóch z czterech modeli zdrowia rodziny, które zaproponował A. Smith¹. W *modelu klinicznym* zdrowie rozumiane jest jako brak choroby, a niedostatki zdrowia rodziny wiążą się z występowaniem u jej członków choroby somatycznej, psychicznej lub społecznej – albo gdy występuje pogorszenie lub dysfunkcja systemu rodziny. W *modelu wywiązywania się z ról* zdrowie rodziny utożsamiane jest ze zdolnością systemu rodzinnego do efektywnego funkcjonowania i wypełniania zadań wynikających z rodzinnego cyklu życia.

Kolejny wymiar zdrowia publicznego odnosi się do działań nastawionych na determinanty zdrowia. Uwarunkowania zdrowia mogą zależeć od wiedzy, postaw, zachowań i kompetencji członków rodziny. Ten wymiar zdrowia publicznego łączy się z dwoma kolejnymi modelami zdrowia rodziny A. Smitha, które znajdują zastosowanie w promocji zdrowia. W *modelu adaptacyjnym* pod pojęciem zdrowia rodziny kryją się efektywne interakcje ze środowiskiem fizycznym i społecznym, połączone z dostarczaniem elastycznych wzorców umożliwiających członkowi rodziny przygotowanie do kolejnych etapów rozwojowych i przystosowanie się do zmian. W *modelu eudajmonistycznym* rodzina zapewnia swym członkom zachowania zabezpieczające zasoby zdrowia oraz udziela wsparcia na drodze osiągnięcia maksimum dobrostanu i potencjału zdrowia².

Wiele uwarunkowań zdrowia leży jednak poza możliwościami rodziny (m.in. zagrożenia środowiskowe, bezpieczeństwo leków, warunki pracy; sytuacja na rynku pracy, transport i komunikacja, warunki mieszkaniowe; wypoczynek; swobody obywatelskie; zabezpieczenie społeczne itd.) i wymaga zorganizowanych przez władzę publiczną zbiorowych działań zaradczych.

Tak szeroko rozumiane zdrowie publiczne, obejmujące opiekę profilaktyczno-leczniczą i rehabilitacyjną oraz promocję zdrowia i edukację zdrowotną, wywiera wpływ na wszystkie funkcje rodziny – prokreacyjną, opiekuńczą, socjalizacyjno-wychowawczą, emocjonalną, rekreacyjną i ekonomiczną.

Z powyższych rozważań wypływa wniosek, iż w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych rodziny musi funkcjonować skoordynowany, efektywny system opieki zdrowotnej, nakierowany zarówno na poprawę stanu zdrowia członków rodziny, jak i na zapobieganie niepełnosprawności i niezdolności do samodzielnej egzystencji. System opieki zdrowotnej powinien zapewnić i dostarczyć wszystkim osobom tworzącym rodzinę możliwie pełny zakres świadczeń medycznych, których one wymagają, bez względu na różnicujące je kryteria ekonomiczne, społeczne, kulturowe i geograficzne. Usługi i świadczenia profilaktyczno-lecznicze i rehabilitacyjne po-

¹ Za: L. Przewoźniak, *Wybrane zagadnienia socjologii i promocji zdrowia rodziny*, [w:] A. Czupryna, S. Paździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), *Zdrowie publiczne*, UWM Vesalius, Kraków 2001, tom 2, s. 61.

² Za: L. Przewoźniak, wyd. cyt.

winy się charakteryzować możliwie najwyższą jakością i efektywnością, odpowiednią do poziomu wiedzy medycznej i zasad dobrej praktyki, oraz umożliwiać osiągnięcie satysfakcji wszystkim uczestnikom tego systemu.

Z kolei promocję zdrowia i edukację zdrowotną w rodzinie należy, z punktu widzenia zdrowia publicznego, postrzegać szerszej niż tylko w kontekście zdrowia dzieci i młodzieży. Procesy te dotyczą wszystkich członków rodziny, co wynika z rozwojowej koncepcji rodziny.

W poszczególnych fazach życia rodziny pojawiają się nowe role, zadania oraz problemy zdrowotne. Rozwiązywanie tych problemów wymaga przygotowań ze strony członków rodziny, tym bardziej że pojawiają się nowe typy i formy życia rodzinnego, mogące w specyficzny sposób oddziaływać na sytuację zdrowotną rodziny. Podstawową sprawą jest tu tworzenie przez dorosłych pozytywnych wzorców zachowań związanych ze zdrowiem oraz kompetencje rodziców do wychowania dziecka w zdrowiu. Należy także mieć na uwadze, że poszczególni członkowie rodziny mogą różnić się między sobą kompetencjami, przekonaniami, postawami wobec zdrowia i zachowaniami zdrowotnymi. Na efekty edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w rodzinie znaczący wpływ wywierają czynniki społeczno-ekonomiczne (np. wykształcenie, sytuacja materialna) i kulturowe, na członków rodziny mają także wpływ inne siedliska, takie jak miejsce pracy, placówka ochrony zdrowia czy placówka oświatowa³. Z przedszkola czy szkoły dziecko może przynosić do rodziny pozytywne postawy wobec zdrowia i zachowania sprzyjające zdrowiu. Istotną rolę promocyjno-prewencyjną powinny odgrywać zakłady pracy, co uregulowane jest w ustawie z 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy⁴. Służba medycyny pracy została utworzona w celu ochrony zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków związanych ze środowiskiem pracy i sposobem jej wykonywania, a także w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi. Efekty działań promocyjnych zależą jednak od zorganizowanych, finansowanych i koordynowanych działań władz publicznych wszystkich szczebli.

2. Zdrowie w polityce rodzinnej – rodzina w polityce zdrowotnej w kontekście obecnej sytuacji zdrowotnej ludności oraz przeszłości demograficznej Polski

Politykę rodzinną w okresie ostatniego dwudziestolecia charakteryzuje brak spójności i konsekwencji, a głównym jej instrumentem stały się selektywne świadczenia pieniężne⁵. Przyczyn takiego stanu rzeczy można doszukiwać się m.in. w częstych

³ B. Wojnarowska, *Edukacja zdrowotna w rodzinie*, [w:] B. Wojnarowska (red.), *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 215.

⁴ DzU 2004, nr 125, poz. 1317 – tekst jednolity.

⁵ B. Kłós, J. Szymańczak, *Polityka państwa wobec rodziny*, Informacja BSiE nr 1251, Warszawa 1999, s. 30.

zmianach politycznych, sporach ideologicznych, zróżnicowaniu priorytetów władz państwowych czy też poszukiwaniu oszczędności budżetowych. W rządowym projekcie polityki rodzinnej z 8 marca 2007 r. zadania zdrowia publicznego zostały ograniczone do pewnych elementów opieki medycznej nad matką i małym dzieckiem.

Tym bardziej godny uwagi jest fakt, że w zaproponowanych przez Rządową Radę Ludnościową „Założeniach polityki ludnościowej” obszar ochrony zdrowia został uznany za równoważny z innymi wymiarami polityki społecznej. Zadania szczegółowe ściśle związane z ochroną zdrowia zawarto zarówno w celu ogólnym I – „Poprawa warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz sprzyjających rodzeniu dzieci i zwiększaniu liczby urodzeń”, jak i w celu ogólnym II – „Tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie”. Bezpośrednio zdrowia publicznego dotyczy cel III – „Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności”. Do osiągnięcia celu ogólnego I zostały sformułowane zadania realizacyjne na rzecz rozwoju usług społecznych dla dzieci i młodzieży sprzyjających rozwojowi młodej generacji. W ramach tych działań położono nacisk na rozwój usług sprzyjających poprawie zdrowia dzieci i młodzieży, w tym m.in. odbudowę medycyny szkolnej, rozwój edukacji i poradnictwa rodzinnego, a także ograniczenie umieralności osób w okresie aktywnego rodzicielstwa. Do osiągnięcia celu ogólnego II zostały również sformułowane cele szczegółowe i zadania realizacyjne mieszczące się w obszarze zdrowia publicznego, w tym tworzenie warunków sprzyjających godnej i aktywnej starości poprzez m.in. poprawę ochrony zdrowia i dostępu do usług medycznych i pielęgnacyjnych oraz system pomocy w organizowaniu samodzielnego życia. Chodzi o rozwój usług innych niż tylko leczenie szpitalne i domy opieki społecznej. Z kolei jako warunek integracji osób niepełnosprawnych uznano zagwarantowanie tym osobom – dorosłym i dzieciom – m.in.: dostęp do usług społecznych w zakresie zdrowia, rehabilitacji zdrowotnej i społeczno-zawodowej, zwłaszcza niepełnosprawnym zamieszkałym na wsi; zapewnienie większego zakresu usług opiekuńczych, zarówno dla starszych osób samotnych, jak i dla rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi; rozwój poradnictwa i szkoleń w zakresie pielęgnacji i opieki nad osobami niepełnosprawnymi dla członków ich rodzin. Wymienione powyżej przedsięwzięcia zostały rozwinięte i uzupełnione w trzecim (III) celu ogólnym założeń, dotyczącym poprawy stanu zdrowia ludności i ograniczania umieralności poprzez działania ukierunkowane na: rozwój opieki medycznej nad matką i dzieckiem; ograniczenie zachorowań i umieralności z powodu chorób układu krążenia i chorób nowotworowych oraz promocję zdrowia⁶. Opracowany przez Rządową Radę Ludnościową sposób podejścia do polityki rodzinnej i polityki zdrowia publicznego został wykorzystany w tworzeniu projektu strategii polityki rodzinnej w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich.

Odnosząc się do miejsca i roli zdrowia publicznego w polityce rodzinnej, celowe wydaje się podjęcie próby oceny obecnej sytuacji zdrowotnej populacji.

⁶ *Założenia polityki ludnościowej w Polsce*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2006.

Jednym z najważniejszych mierników stanu zdrowia populacji jest przeciętna długość dalszego trwania życia. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia w 2007 r. w Polsce przewidywana długość trwania życia noworodka wynosiła 74,45 lat i wskaźnik ten był krótszy o 4,76 lat niż średnio w 27 krajach UE⁷. Niepokojącym zjawiskiem jest powiększanie się w ostatnich latach dystansu między przewidywaną długością trwania życia w Polsce wobec krajów UE.

Umieralność przedwczesna – zgony osób przed 65 rokiem życia – wywiera znaczący wpływ na skrócenie przewidywanej dalszej długości życia i w Polsce, według danych za 2007 r. redukuje ją aż o 6,68 lat, o ponad 2 lata więcej niż średnio w 27 krajach UE. Budzi niepokój, iż Polska jest jedynym krajem UE, w którym obserwuje się w ostatnich latach trend wzrostowy wskaźnika redukcji długości trwania życia w wyniku przedwczesnej umieralności. Fakt ten powinien stanowić istotne wyzwanie dla polityki zdrowia publicznego w kontekście polityki rodzinnej, bowiem umieralność przedwczesna dotyka populacji o decydującym potencjale prokreacyjnym.

Standaryzowane współczynniki zgonów według natężenia i kolejności przyczyn w populacji 0-64 lata różnią się znacznie w porównaniu ze współczynnikami zgonów w populacji ogólnej. W Polsce, tak jak w 27 krajach UE, stosunkowo największe obciążenie przedwczesnymi zgonami występuje z powodu chorób nowotworowych, w następnej kolejności wskutek chorób układu krążenia oraz przyczyn zewnętrznych. Umieralność ludzi przed 65 rokiem życia z tych przyczyn jest jednak w Polsce znacznie wyższa niż średnio w krajach UE.

Zbliżonemu do średniego dla krajów UE poziomowi zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce towarzyszy wyższy od przeciętnego poziom umieralności z powodu tych chorób, co jest wynikiem wyższej w naszym kraju śmiertelności osób chorych na nowotwory. Jak pokazują wyniki najnowszych analiz przeżywalności tych osób w 19 krajach UE, w przypadku nowotworów ogółem przeżywalność należy w Polsce do najniższych w analizowanych krajach. W roku 2007 wskaźnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych wyniósł w Polsce 97,71 na 100 000 populacji w wieku 0-64 lata, wobec średniego wskaźnika dla UE 75,04, przy czym największy, niekorzystny dla naszego kraju dystans dotyczył umieralności kobiet z powodu raka szyjki macicy – odpowiednio 6,21 oraz 2,69. W przypadku mężczyzn nowotworem zdecydowanie dominujący co do częstości zachorowań jest rak oskrzeli i płuc, a poziom zachorowań w Polsce należy do jednego z najwyższych w UE. Systematycznie zwiększa się ryzyko zachorowania mężczyzn na nowotwory złośliwe gruczołu krokowego (w okresie 1999-2005 o 44%), skóry (o 40%) i jelita grubego (o 14%). Wśród zachorowań na nowotwory złośliwe kobiet w Polsce najczęstszy jest rak sutka. Rosną współczynniki zachorowań Polek na nowotwory złośliwe skóry, trzonu macicy, sutka oraz oskrzeli i płuc. Wdrożony na podstawie ustawy z 1 lipca 2005 r.⁸ Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych niewątpliwie przyczynił się do widocznej poprawy wyposażenia ośrodków onkologicznych

⁷ *European health for all database*, WHO, Regional Office for Europe, styczeń 2010.

⁸ DzU nr 143, poz. 1200.

w aparaturę diagnostyczną i leczniczą. Poważne zastrzeżenia budzą natomiast efekty działań prewencyjnych. Na przykład w odniesieniu do liczby kobiet w grupie wiekowej uprawnionej do objęcia populacyjnym programem profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, zaplanowanej do przebadania w 2006 r., przebadano 12,3% populacji, w 2007 r. 21,27% zaplanowanej populacji, a w odniesieniu do liczby wysłanych zaproszeń 7,8%. Z kolei w odniesieniu do liczby kobiet w grupie wiekowej uprawnionej do objęcia populacyjnym programem wczesnego wykrywania raka piersi, zaplanowanej do przebadania w 2006 r., przebadano 22,6% populacji. Rok później w odniesieniu do połowy całkowitej liczby kobiet w grupie wiekowej uprawnionej do objęcia programem, zaplanowanej do przebadania, przebadano 40,5% populacji (tj. 20,5% w odniesieniu do pełnej populacji). Przedmiotem troski jest nie tylko liczba, ale i jakość realizowanych zadań w ramach prewencji wtórnej nowotworów piersi i szyjki macicy. Realizowany równolegle, w przeważającej części ze środków finansowych Głównego Inspektoratu Sanitarnego, „Program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce” w 2008 r. nie dysponuje możliwościami pełnej realizacji wypracowanych pod koniec poprzedniej dekady szkolnych programów edukacji antytytoniowej.

Niedocenie prewencji i deklaratywny do niej stosunek kreatorów polityki zdrowotnej uwidacznia się także w postaci niezadowolających efektów realizowanego od 2007 r. „Narodowego programu zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej”. Wdrożenie tego programu stanowi zobowiązanie Polski w stosunku do Komisji Europejskiej oraz Światowej Organizacji Zdrowia. Przygotowany jednak został przede wszystkim ze względu na powszechność nadwagi i otyłości w Polsce i dotychczasowy brak, w przeciwieństwie do wielu innych krajów, szerokich, skoordynowanych przedsięwzięć w zakresie zapobiegania i zwalczania tych zagrożeń, a także zmniejszania częstości występowania żywieniowych czynników ryzyka przewlekłych chorób niezakaźnych. Finansowanie w latach 2007-2008 było jednak niemal sześciokrotnie niższe w stosunku do planowanych kosztów, co postawiło pod znakiem zapytania możliwość realizacji założonych celów programu.

Wskaźnik umieralności z powodu chorób układu krążenia wyniósł w 2007 r. w Polsce 86,97 na 100 000 populacji w wieku 0-64 lata, wobec średniego wskaźnika dla UE 49,38, przy czym największy niekorzystny dla naszego kraju dystans dotyczył umieralności z powodu udarów mózgu – odpowiednio 19,07 oraz 9,97. Należy podkreślić pozytywne efekty „Narodowego programu ochrony serca” realizowanego od 1993 roku. W jego ramach uzyskano znaczną poprawę dostępności i skuteczności świadczeń diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych dla pacjentów z chorobami układu krążenia. W „Narodowym programie profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego” realizowanym od 2003 r. zaplanowano prowadzenie takich działań, które w sposób bezpośredni, poprzez określone interwencje, lub pośredni, poprzez wzmacnianie działań realizowanych w systemie zdrowotnym w Polsce, spowodują redukcję przedwczesnej i ogólnej umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, zwłaszcza przedwczesnej umieralności, w la-

tach 2003-2012 co najmniej o 30% oraz redukcję umieralności i niesprawności u osób poniżej 80 roku życia. Chociaż prewencja pierwotna i wtórna w ramach strategii ogólnopopulacyjnej i strategii wysokiego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych jest wymieniana jako podstawowy cel w kolejnych edycjach narodowego programu, to jednak niedostatkom w realizacji tych założeń można przypisywać spowolnienie w obecnej dekadzie tempa spadku przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu krążenia, zwłaszcza wskutek udarów mózgu. Polska wyróżnia się spośród innych krajów UE wysokimi współczynnikami hospitalizacji z powodu nadciśnienia tętniczego w prawie wszystkich grupach wieku. Jak wynika z danych GUS, tylko 65,8% młodzieży w wieku 15-19 lat miała zmierzone ciśnienie tętnicze.

Nateżenie zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych, trzeciej co do znaczenia grupy przyczyn zgonów w Polsce, wykazuje powolny trend spadkowy tylko w odniesieniu do kobiet, natomiast w przypadku mężczyzn nie zmienia się w ostatnich latach. Wskaźnik umieralności z powodu przyczyn zewnętrznych wyniósł w 2007 r. w Polsce 51,71 na 100 000 populacji w wieku 0-64 lata, wobec średniego wskaźnika dla UE 31,18, w tym z powodu wypadków komunikacyjnych odpowiednio 12,66 oraz 8,16, a z powodu samobójstw odpowiednio 12,52 oraz 9,16. Samobójstwa powodują taką samą utratę potencjalnych lat życia mężczyzn jak wypadki komunikacyjne, a większą niż zawał serca. Istotnym elementem bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w krajach UE jest system monitorowania wypadków konsumenckich. W wyniku badania sprawy przez Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO) ustalono, iż w Polsce zorganizowano wprawdzie sieć zakładów opieki zdrowotnej – po jednym na województwo, które w ustalony sposób rejestrują wypadki mające cechy wypadków konsumenckich i przekazują informacje o okolicznościach tych wypadków konsumenckich administratorowi systemu w Ministerstwie Zdrowia. Okazuje się jednak, że w obecnych warunkach nie jest możliwe opłacenie ankietów we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej, do których mogą zgłaszać się osoby poszkodowane w wypadkach, a informacje z 16 wybranych ośrodków nie upoważniają do uogólnionych ocen epidemiologicznych. W świetle powyższych ustaleń można wątpić w sens funkcjonowania systemu w takim kształcie jak obecnie. W Polsce nie ma i, jak wynika ze stanowiska Ministerstwa Zdrowia, nie będzie ogólnokrajowego rejestru urazów wynikających z przestępstw wobec dzieci, który pozwoliłby lepiej planować leczenie i rzetelnie ocenić problem. Wydaje się, że resort ogranicza się do zapewnienia dzieciom – ofiarom przemocy odpowiednich świadczeń medycznych i nie dostrzega potrzeby swego udziału w szerszych działaniach prewencyjnych, ponieważ pozostaje w przekonaniu, że „brak jest realnych możliwości przeciwdziałania temu zjawisku”. Wydaje się, że przyjęty przez ministerstwo paradygmat działania leży również u podłoża zaniechań w realizacji przepisów znowelizowanego Ustawą z 27 lipca 2005 r., art. 72 § 1 i art. 95a § 1 Kodeksu karnego, znacznie rozszerzających zakres postępowania z różnymi kategoriami sprawców przestępstw o charakterze seksualnym i zobowiązujących placówki opieki zdrowotnej do podejmowania wobec sprawców przestępstw o charakterze seksualnym odpo-

wiednich działań leczniczo-terapeutycznych. Nie powstały jednak dotychczas placówki zamknięte i leczenia ambulatoryjnego, wyposażone w odpowiednie programy lecznicze i rehabilitacyjne, przeznaczone dla sprawców przestępstw o charakterze seksualnym.

Choroby zakaźne i pasożytnicze są w Polsce rzadszą niż średnio w UE przyczyną umieralności ogółem – w 2007 r. odpowiednio 5,35 oraz 8,83 na 100 000 populacji, to jednak przyczyna ta wydaje się w naszym kraju niedoszacowana wskutek słabości nadzoru epidemiologicznego. Może o tym świadczyć narastanie w ostatnich latach wskaźnika umieralności z powodu przewlekłych chorób i marskości wątroby, przeważnie na tle wirusowego zapalenia wątroby – w latach 2004-2007 umieralność z tej przyczyny w Polsce wzrosła z 14,07 do 16,89 na 100 000 populacji. Mimo poprawy sytuacji epidemiologicznej, zapadalność na wiele chorób zakaźnych w Polsce jest wyższa niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej. Nadzór nad HIV/AIDS w Polsce nie dostarcza kluczowych informacji dotyczących dróg szerzenia się wirusa w populacji, a niezajomość głównych kanałów transmisji wirusa HIV w danym miejscu i danym czasie wyklucza możliwość prowadzenia racjonalnych działań ograniczających szerzenie się tych zakażeń. Niebezpiecznie wzrasta liczba zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C, niepokojący jest trend wzrostowy zachorowań na kiłę wrodzoną. Od roku 2004 obserwuje się silny trend wzrostowy zachorowań na biegunki u dzieci do lat 2; trend ten od 2008 r. przybrał alarmistyczne rozmiary. Niedostatki diagnostyki laboratoryjnej i jej zbyt mała dostępność utrudniają rozpoznanie sytuacji epidemiologicznej niektórych chorób, co opóźnia wypracowywanie skutecznych metod zapobiegania tym chorobom, niska jest wiarygodność danych epidemiologicznych, w tym danych z rejestracji zachorowań. Poważnym wyzwaniem epidemiologicznym w Polsce są zakażenia szpitalne, które zwiększają zachorowalność, śmiertelność i koszty leczenia chorych, a zapobieganie i ograniczanie częstości zakażeń szpitalnych jest odzwierciedleniem jakości opieki medycznej i ważnym kierunkiem polityki zdrowotnej państwa. W większości szpitali stopień wykorzystania diagnostyki mikrobiologicznej jest niski, szczególnie na oddziałach chirurgicznych, położniczo-ginekologicznych i pediatrycznych.

Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych w Polsce są niezadowolające. Świadczą o tym subiektywne i zobiiektywizowane wykładniki stanu zdrowia i porównania z innymi krajami. Opieka zdrowotna nad osobami starszymi jest niewydolna – nie-spójna, zdeintegrowana i nie zapewnia równego dostępu do świadczeń geriatrycznych i rehabilitacyjnych. Niedostatki w podstawowej opiece zdrowotnej wynikają przede wszystkim z braku wiedzy o potrzebach zdrowotnych osób starszych – co nie dziwi, bowiem w minimach programowych kształcenia lekarzy nie figuruje przedmiot geriatra – oraz z braku specjalistów geriatrów. Problemem jest złe traktowanie starych pacjentów przez lekarzy i średni personel: brak kultury osobistej, arogancja, poniżanie, paternalistyczny stosunek do seniora. Zbyt mało jest specjalistycznych oddziałów geriatrycznych oraz poradni. Brakuje możliwości kontraktowania dziennych form opieki medycznej dla seniorów – dziennych oddziałów diagnostyczno-

-lecniczych i rehabilitacyjno-leczniczych. Lekarze nie prowadzą edukacji pacjentów w zakresie postępowania w chorobach przewlekłych (farmakoterapia, dietoterapia, aktywność fizyczna i intelektualna) oraz w przygotowaniu pacjenta seniora do zabiegów diagnostycznych i leczniczych. Zaniedbuje się badania profilaktyczne. Osoby te mają też większe niż inni pacjenci kłopoty z uzyskaniem skierowań na badania dodatkowe, na konsultacje specjalistyczne, na diagnostykę i leczenie szpitalne, na rehabilitację, do sanatorium. Osoby w podeszłym wieku mają ograniczony dostęp do pomocy w nagłych przypadkach (pogotowie ratunkowe) – o przysłaniu karetki decyduje często wiek pacjenta.

Na tle krajów UE Polska wyróżnia się także niekorzystnymi wskaźnikami, jeżeli chodzi o umieralność niemowląt. W roku 2007 poziom umieralności był jeszcze wyraźnie (o 1/4) wyższy od przeciętnego w UE, przy czym głównym problemem jest umieralność wczesna niemowląt, tzn. w pierwszym tygodniu życia, która w dużym stopniu zależy od jakości opieki medycznej. Najczęstszą przyczyną zgonów niemowląt są choroby rozpoczynające się w okresie okołoporodowym, które stanowią ok. 50% wszystkich zgonów, i są to najczęściej zaburzenia związane z czasem trwania ciąży i rozwojem płodu oraz niedotlenienie wewnątrzmaciczne i zamartwica. Przyczyną ponad jednej trzeciej zgonów niemowląt są wady rozwojowe wrodzone. Umieralność dzieci i młodzieży w wieku 1-19 lat z roku na rok się zmniejsza i proces ten dotyczy wszystkich grup wieku. Dominującą przyczyną zgonów dzieci i młodzieży w wieku 1-19 lat są od lat przyczyny zewnętrzne – prawie dwie trzecie wszystkich zgonów w tej populacji. Należy jednak zauważyć, że ocena sytuacji zdrowotnej dokonywana na podstawie współczynników umieralności ma, w odniesieniu do populacji wieku rozwojowego, bardzo ograniczoną wartość. Takie mierniki nie nadają się do oceny skuteczności działań z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Przede wszystkim jednak z definicji ukierunkowane są na problem zdrowotny, a nie na osobę, a podejście uznające dziecko za podmiot oceny stanowi klucz do racjonalnego inwestowania w rozwój i zdrowie dzieci i ludzi młodych.

Źródłowym materiałem opisującym sytuację zdrowotną dzieci w naszym kraju jest wydany przy współdziałaniu Głównego Urzędu Statystycznego Biuletyn RPO⁹. Dokonano w nim oceny aktualnych warunków życia i rozwoju dzieci i młodzieży, omówiono wyniki drugiego ogólnopolskiego, reprezentacyjnego badania stanu zdrowia ludności Polski, prezentując dane o dzieciach i młodzieży, przedstawiono odnoszące się do tej grupy wiekowej wyniki badań z zakresu ochrony zdrowia i opieki społecznej, wykorzystując dodatkowo uogólnione wyniki badania modułowego „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”. W biuletynie omówiono wyniki najnowszej (2006) polskiej edycji cyklicznych międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (Health Behaviour in School-age Children – HBSC), a także wybrane problemy zdrowotne dzieci i młodzieży (zaburzenia zdrowia psychicznego, choroby nowotworowe, choroby zakaźne i zakażenia).

⁹ J. Szymborski, K. Jakóbiak (red.), *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce*, Biuletyn RPO, Rzecznik Praw Obywatelskich, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2008.

Na tej podstawie sformułowano rekomendacje do działań programowych na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży w Polsce.

Zwraca uwagę istotna rozbieżność między samooceną zdrowia a występowaniem poważnych problemów zdrowotnych. Wprawdzie 91,0% rodziców oceniło stan zdrowia swoich dzieci w wieku 0-14 lat jako dobry i bardzo dobry, a jedynie 1,5% jako zły i bardzo zły, 87,6% zaś młodzieży w wieku 15-19 lat oceniło swój stan zdrowia jako dobry i bardzo dobry, a jedynie 1,1% jako zły i bardzo zły, to jednocześnie poważne problemy zdrowotne odnotowano u co piątego dziecka. Niepełnosprawność dotyczyła ogółem 327,2 tys. dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat, w tym 208,9 tys. dzieci przed 15 rokiem życia oraz 118,3 tys. młodzieży w wieku 15-19 lat. Choroby przewlekłe stwierdzono ogółem u 2049,2 dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat, w tym u 1433,0 tys. dzieci w wieku 0-14 lat i u 616,2 tys. młodzieży.

Macierzyństwo w naszym kraju znajduje się pod szczególną ochroną prawną, dlatego polityka rodzinna państwa musi być skoordynowana z polityką zdrowotną nakierowaną na zapewnienie kompleksowej, czynnej, bezpłatnej, odpowiedniej do potrzeb opieki nad matką i dzieckiem. Konstytucja RP, w art. 18, wyraża obowiązek Rzeczypospolitej Polskiej ochrony i opieki nie tylko nad małżeństwem i rodziną, ale również macierzyństwem i rodzicielstwem. Znaczącą wartość życia, jego planowania, a wreszcie normy właściwej opieki zarówno nad rodzicami (przyszłymi lub obecnymi), jak i nad dzieckiem przez cały okres jego życia, wyznaczają kolejne konstytucyjne zasady, zwłaszcza art. 38 Konstytucji RP, który przewiduje, iż Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia. Konstytucja w art. 68 gwarantuje prawo do ochrony zdrowia, w tym równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a w ust. 3 tego artykułu stanowi, że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom i kobietom ciężarnym. Zgodnie z art. 72 ust. 1 Konstytucji, nakaz ochrony dobra dziecka stanowi podstawową nadrzędną zasadę polskiego systemu prawa rodzinnego, której podporządkowane są wszelkie regulacje w sferze stosunków pomiędzy rodzicami i dziećmi, w tym też mechanizmy prawne dotyczące zagadnień filiacyjnych. Dobro dziecka jest również eksponowane jako wartość szczególna w przepisach ratyfikowanej przez Polskę Konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych z 20 listopada 1989 r. o prawach dziecka¹⁰. W jej art. 3 ust. 1 wskazano, że „we wszystkich działaniach dotyczących dzieci, podejmowanych przez publiczne lub prywatne instytucje opieki społecznej, sądy, władze administracyjne lub ciała ustawodawcze, sprawą nadrzędną będzie najlepsze zabezpieczenie interesów dziecka”; w art. 24 wymieniono prawo do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób, ust. 2 pkt d wskazuje zaś, iż państwa strony podejmą niezbędne kroki w celu zapewnienia matkom właściwej opieki zdrowotnej w okresie przed i po urodzeniu dziecka. Oczywiście formy i rodzaje tej pomocy nie mogą być sprecyzowane w ustawie zasadniczej czy konwencji, jest to bowiem zadanie dla bieżącego ustawodawstwa.

¹⁰ DzU 1991, nr 120, poz. 526 ze zm.

Tymczasem stan przestrzegania tych praw musi budzić niepokój. Chociaż w licznych placówkach ochrony zdrowia w Polsce zapewnia się dziś bardzo wysoki poziom opieki, jednak z przeprowadzonych w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich analiz wynika, że jest jeszcze wiele do zrobienia, aby w całym kraju opieka nad kobietą w wieku rozrodczym, nad kobietą ciężarną i rodzącą oraz nad noworodkiem była łatwo dostępna, kompetentna, udzielana w stosownym czasie, a promocja zdrowia i profilaktyka zagrożeń uzyskiwały rzeczywisty, a nie tylko deklarowany, priorytet. W ostatnich latach pogorszyła się dostępność kobiet ciężarnych i rodzących oraz noworodków do adekwatnej do potrzeb opieki profilaktyczno-leczniczej. Ujawnił się z całą ostrością problem braku miejsc na oddziałach położniczych i noworodkowych, pogorszyły się standardy udzielanych świadczeń. Raport „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006” przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Funduszem Ludnościowym Narodów Zjednoczonych (UNFPA) przynosi szereg informacji o niedostatkach w zakresie zdrowia prokreacyjnego w Polsce, zwłaszcza na tle innych krajów Unii Europejskiej:

- opieka profilaktyczna nad ciężarną, szczególnie w pierwszym trymestrze ciąży, jest w wielu rejonach kraju niezadowalająca;
- niedostateczna jest wczesna ‘zgłaszalność’ kobiet do lekarza, a dostępność do badań specjalistycznych jest często utrudniona;
- duże trudności napotyka realizacja zasad wypracowanego w latach dziewięćdziesiątych trójstopniowego systemu opieki perinatalnej w pionie położniczym, czego przyczyną jest niedostatek miejsc dla ciężarnych z ciążą patologiczną i miejsc intensywnej terapii noworodka w szpitalach;
- w całym kraju oddziały neonatologii wykazują duże braki sprzętu wysokiej jakości (inkubatory, pompy infuzyjne, kardiomonitory), natomiast na oddziałach III stopnia opieki perinatalnej brakuje respiratorów i monitorów.

Z danych Biura RPO wynika, że w publicznych szpitalach nie są przestrzegane prawa pacjentek korzystających ze świadczeń zdrowotnych w związku z porodem, w tym nie są powszechnie respektowane podstawowe zasady ubezpieczenia zdrowotnego wynikające z przepisów art. 65 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Naruszenie zasad polega m.in. na pobieraniu przez publiczne szpitale dodatkowych opłat za tzw. usługi ponadstandardowe, których katalog i ceny ustalane są przez poszczególne szpitale na podstawie zarządzeń ich kierowników. Do najczęściej pobieranych należą opłaty za: osobną salę do porodu; jednoosobowy pokój po porodzie; indywidualną opiekę medyczną podczas porodu, cesarskiego cięcia oraz po porodzie; poród rodzinny; znieczulenie zewnątrzoponowe. Pobieranie tych opłat stanowi niedopuszczalną pozaprawną praktykę publicznych szpitali, prowadzącą do wytworzenia podwójnych standardów opieki. Wewnętrzne regulacje kierowników poszczególnych publicznych szpitali nie mogą bowiem decydować o prawach pacjentów i ubezpieczonych. Chociaż w Polsce nie ma prawnych przeszkód do odbycia porodu poza szpitalem – w domu lub w tzw. izbie porodowej, to stosowane są dyskryminacyjne praktyki wobec położnych i kobiet wyrażających chęć urodzenia dziecka poza szpitalnym oddziałem położniczym.

W myśl art. 5 ustawy z 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej¹¹, wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą i położnicą oraz noworodkiem. Do świadczeń zalicza się m.in.: przyjmowanie porodu siłami natury, podejmowanie koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, sprawowanie opieki nad matką i monitorowanie przebiegu okresu poporodowego, a także samodzielne udzielanie określonych świadczeń – zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego¹². Podobny zakres świadczeń gwarantuje położnym art. 42 ust. 2 Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych. Tymczasem przepisy wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej¹³, dotyczą wyłącznie pomieszczeń i urządzeń szpitala, w którego ramach funkcjonuje oddział położniczy. W tym stanie rzeczy niezależność i samodzielność położnej w zakresie prowadzenia i przyjęcia porodu fizjologicznego, gwarantowana w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, nie znajduje potwierdzenia w innych przepisach i w efekcie prowadzi do ograniczania roli położnej w prowadzeniu pozaszpitalnej opieki okołoporodowej, która wydaje się bardzo efektywna, pożądana przez kobiety, zmniejszająca nadto koszty i negatywne konsekwencje medykalizacji porodu.

Dzisiaj powszechnie uważa się, iż jednym z największych błędów polityki zdrowotnej okresu transformacji w Polsce była rozpoczęta w 1992 r. likwidacja medycyny szkolnej najpierw z „wyprowadzaniem” stomatologów i pediatrów ze szkół, potem likwidacją struktur poradnictwa i nadzoru w ochronie zdrowia uczniów. Od kilku lat obserwuje się końcowe stadium destrukcji opieki nad uczniami. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 marca 2007 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, wydane w celu załagodzenia lokalnego konfliktu lekarzy rodzinnych i pielęgniarek szkolnych, spowodowało wyprowadzanie ze szkół kolejnego, ważnego elementu systemu opieki medycznej, jakim są szczepienia ochronne, i nie wpłynęło, jak wynika z danych Ministerstwa, na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego dzieci i młodzieży. Także Najwyższa Izba Kontroli (kontrola nr P/07/132) oceniła negatywnie organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, w tym brak koordynacji sprawowania nadzoru i kontroli tej opieki przez zobowiązane i upoważnione instytucje. Organizacja profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą,

¹¹ DzU 2001, nr 57, poz. 602 ze zm. – tekst jednolity.

¹² DzU nr 210, poz. 1540.

¹³ DzU nr 213, poz. 1568 ze zm.

sprawowana przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy dentystów i pielęgniarki bądź higienistki szkolne, nie zapewnia uczniom równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Istotną wadą tej organizacji było znaczne rozproszenie podmiotów świadczących usługi w zakresie profilaktyki, a także instytucji sprawujących nadzór nad tymi podmiotami. Zdaniem NIK, Minister Zdrowia, odpowiedzialny za funkcjonowanie systemu i tworzenie podstaw prawnych opisujących szczegóły jego funkcjonowania, wykonując założenia rządowego programu z 2004 r., ograniczył się do wydania rozporządzenia z 22 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. W ramach statystyki publicznej nie zagwarantowano gromadzenia pełnych informacji o realizacji zadań opisanych wyżej wymienionym rozporządzeniem Ministra Zdrowia, co nie sprzyjało także zapewnieniu uczniom równego dostępu do świadczeń profilaktycznych oraz komplikowało sprawną kontrolę i nadzór nad ich jakością. Zawyżona liczba uczniów przypadających na jeden etat pielęgniarki, w ocenie NIK, nie gwarantowała wykonywania wszystkich zadań wynikających z przepisów powszechnie obowiązujących, a także mogła mieć negatywny wpływ na jakość tych świadczeń. Jednostki samorządu terytorialnego, odgrywające rolę organów prowadzących dla kontrolowanych szkół, nie zajmowały się, z nielicznymi wyjątkami, problematyką profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.

Negatywne następstwa destrukcji medycyny szkolnej nie ograniczają się do niedostatecznej profilaktyki zagrożeń i chorób, w tym schorzeń jamy ustnej, i do zakłóceń wykonawstwa szczepień ochronnych. Narasta problem praktyk dyskryminacyjnych wobec uczniów niepełnosprawnych i przewlekle chorych w szkołach ogólnodostępnych oraz niedostatków opieki medycznej w szkolnictwie specjalnym. Następstwem zaniechań są coraz częściej pojawiające się informacje medialne o zaniedbaniach w opiece nad uczniami (zgony dzieci podczas zajęć wychowania fizycznego). Brakuje odpowiedniej do rangi problemu reakcji Ministerstwa Zdrowia.

Przedstawiona powyżej ocena sytuacji zdrowotnej ludności Polski powinna stanowić poważne wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej. Tymczasem od 2002 r. nasila się dysfunkcja systemu publicznej ochrony zdrowia, czego wyrazem są zakłócenia w funkcjonowaniu opieki podstawowej, zwłaszcza opieki profilaktycznej nad kobietami, dziećmi i młodzieżą, niedostatki ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego, zwłaszcza w opiece nad dziećmi, młodzieżą, nad pacjentami z zaburzeniami zdrowia psychicznego i osobami w wieku podeszłym. Występują poważne problemy w funkcjonowaniu leczenia stacjonarnego, w tym oddziałów położniczo-noworodkowych, pediatrycznych i wysoko specjalistycznych. Do tej dysfunkcji systemu przyczyniła się także migracja lekarzy i pielęgniarek spowodowana brakiem satysfakcji finansowej pracowników ochrony zdrowia. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce, zarówno w przeliczeniu na jednego mieszkańca, jak i jako odsetek PKB, należą do najniższych w krajach Unii Europejskiej. Udział wydatków na hospitalizację w wydatkach na ochronę zdrowia jest niższy niż w większości krajów UE, niemniej jednak poziom współpłacenia pacjentów jest również niski, natomiast

udział wydatków na leki w wydatkach na ochronę zdrowia jest wysoki, przy jednocześnie niskim udziale środków publicznych.

Mając na uwadze dotychczasowe, kilkunastoletnie doświadczenia w podejmowanych przez kolejne rządy próbach reform systemowych, należy zauważyć, że dziś po raz kolejny znajdujemy się w punkcie wyjścia. Początku obecnych trudności można doszukiwać się w przyjętych w 1997 r. i realizowanych od 1998 r. błędnych założeniach zmian systemu organizacji i finansowania ochrony zdrowia – z systemu budżetowego na system składkowo-ubezpieceniowy. Pierwotną przyczyną obecnej sytuacji szpitalnictwa i nieskuteczności kolejnych prób działań naprawczych był i pozostaje niedostatek środków, zaniżanie przez płatnika wyceny kontraktów na świadczenia szpitalne w stosunku do rzeczywistych kosztów funkcjonowania szpitali. Koszty te są generowane nie tylko przez złe zarządzanie, ale często przez uwarunkowania zewnętrzne, np. rosnące koszty leków, energii, obsługi zadłużenia, wynagrodzeń pracowniczych. Ocenia się, że obecny kryzys gospodarczy może spowodować pogłębienie wielu niekorzystnych zjawisk w ochronie zdrowia, co z kolei może wpłynąć na wystąpienie kryzysu zdrowotnego. Symptomy tego kryzysu uwidaczniają się w takich zjawiskach, jak przekazywanie, w ramach poszukiwania oszczędności budżetowych, finansowania procedur wysoko specjalistycznych z Ministerstwa Zdrowia do Narodowego Funduszu Zdrowia czy ograniczenie finansowania opieki pielęgniarskiej w domu pacjenta. Przewidywany jest niedobór środków w NFZ i rozważa się konieczność zaciągnięcia przez NFZ pożyczki komercyjnej. Spadek dochodów ludności wskutek wzrostu bezrobocia i spadku wynagrodzeń zmniejszy dopływ środków do systemu, a zubożenie znacznej części społeczeństwa może spowodować rezygnację z wykupu leków w leczeniu ambulatoryjnym i wzmóc nacisk na leczenie szpitalne, generując zwiększone koszty. Trudno dziś oszacować, ile osób zrezygnuje z usług abonamentowych i z usług w praktyce prywatnej, przenosząc się do systemu publicznego, co także wpłynie na wzrost obciążeń finansowych tego systemu¹⁴. Utrzymywanie się tej niekorzystnej sytuacji w ochronie zdrowia może pociągnąć za sobą pogorszenie warunków kontraktowania świadczeń, rezygnację z opłat za tzw. nadwykonania i dalsze zadłużanie się placówek ochrony zdrowia.

Brak spójnej polityki zdrowotnej na szczeblu krajowym utrudnia realizację zadań na wszystkich szczeblach administracji publicznej. Informacja Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli funkcjonowania samorządowego lecznictwa szpitalnego w województwie łódzkim¹⁵ dowodzi, że realizacja opracowanej przez samorząd województwa strategii podniesienia stanu zdrowotności mieszkańców, m.in. poprzez zwiększenie dostępu do lecznictwa szpitalnego, jest utrudniona w wyniku braku stabilnej koncepcji funkcjonowania lecznictwa szpitalnego w kraju. Okazało się, że przeprowadzane w ostatnich latach działania, mające na celu usprawnienie m.in.

¹⁴ G. Magnuszewska-Otulak, *Kryzys zdrowotny czy kryzys ochrony zdrowia?*, [w:] M. Książkowski, B. Rysz-Kowalczyk, C. Żołędowski (red.), *Polityka społeczna w kryzysie*, IPS UW, Warszawa 2009, s. 211.

¹⁵ Marzec 2009 r., nr ewid.: 166/2008/P/08/146/LLO.

lecznictwa szpitalnego (ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej z kwietnia 2005 r.) oraz poprawę warunków płacowych jej pracowników (ustawa o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń z lipca 2006 r.), nie wpłynęły zasadniczo na sytuację ekonomiczną szpitali i podniesienie standardów udzielanych świadczeń. Zmniejszenie zadłużenia szpitali zostało spowodowane jednorazowymi rezultatami restrukturyzacji finansowej w postaci umorzenia niektórych zobowiązań i udzielenia innych form pomocy publicznej. Na niewielkie efekty procesów restrukturyzacyjnych wpłynęły także nierealne planowanie i nierzetelna realizacja przyjętych w programach restrukturyzacyjnych zadań naprawczych. Zdaniem NIK potwierdza to powszechną opinię o potrzebie głębokiego zreformowania systemu funkcjonowania samorządowego lecznictwa szpitalnego, co wymaga wypracowania przez Ministra Zdrowia stabilnej koncepcji jego funkcjonowania, uwzględniającej m.in. wyposażenie jednostek samorządu terytorialnego, współodpowiedzialnych ustawowo za zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w możliwości finansowe, pozwalające na efektywną realizację tego obowiązku.

Poważne wyzwania dla polityki rodzinnej i polityki zdrowia publicznego związane są z kształtowaniem się przyszłości demograficznej Polski. W świetle najnowszych prognoz GUS liczba ludności Polski w stosunku do 2007 r. zmniejszy się w 2035 r. o 2 122 572 i wyniesie łącznie 35 993 069 mieszkańców. W tym samym okresie liczba dzieci w wieku 0-17 lat zmniejszy się o 1 855 820, a liczba kobiet w wieku rozrodczym (15-49 lat) zmaleje o 2 487 711. Jednocześnie liczba osób w wieku powyżej 65 roku życia wzrośnie o 3 226 151 i osiągnie wielkość łącznie 8 357 527. Wprawdzie spadek przyrostu naturalnego jest problemem ogólnoeuropejskim, to jednak wysoce niepokojący jest fakt, że Polska należy do krajów o najniższym współczynniku dzietności. Zgodnie z długookresowymi przewidywaniami GUS prognoza dzietności do 2035 r. w wariantcie uśrednionym (który jest wersją pośrednią między wariantem optymistycznym a pesymistycznym) waha się między 1,37 a 1,4 na jedną kobietę w wieku rozrodczym, co jest dalekie od wskaźników potrzebnych do zachowania prostej zastępowalności pokoleń (pożądany wskaźnik dzietności 2,2)¹⁶.

Badanie wykonane na podstawie prognozy demograficznej GUS do 2035 r. wskazuje, że zmiany przewidziane prognozą będą miały znaczący wpływ na sytuację zdrowotną ludności. Tylko z powodu starzenia się populacji zwiększy się istotnie odsetek osób potrzebujących podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej. Jeżeli nie zaistnieją inne czynniki – o charakterze pozytywnym, oddziałujące w odwrotnym kierunku – istotnie pogorszy się stan zdrowia populacji, wzrośnie odsetek populacji obciążonej niepełnosprawnością i chorobami przewlekłymi, co zwiększy zarówno potrzeby, jak i wydatki na świadczenia medyczne oraz usługi opiekuńcze. Zgodnie z założeniami metodologicznymi przyjętymi w przeprowadzonych obliczeniach, można spodziewać się znaczącego wzrostu odsetka populacji osób dorosłych

¹⁶ *Prognoza ludności na lata 2008-2035*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2009.

cierpiących na: chorobę wieńcową, nowotwory, nadciśnienie tętnicze, astmę, cukrzycę, zapalenie stawów; mniejszy wzrost odsetka może dotyczyć chorób, które występują z istotną częstością również w młodszych grupach wieku dorosłego: schorzeń kręgosłupa i nerwicy. Można przewidywać także zmniejszenie udziału osób nie leczących się, a także: zwiększenie udziału pacjentów korzystających w ciągu roku z wizyt lekarskich czterokrotnie i częściej, udziału osób leczonych w szpitalach, istotny wzrost odsetka osób zażywających leki¹⁷.

Podobnie, według długookresowej projekcji przychodów i wydatków na ochronę zdrowia w Polsce do 2050 r., przewiduje się narastanie rozbieżności pomiędzy wysokością przychodów i wydatków w ochronie zdrowia wskutek oddziaływania szeregu czynników demograficznych i gospodarczych. Chociaż pewne pozytywne efekty można osiągnąć działaniami skierowanymi na wzrost efektywności i poprawę sytuacji zdrowotnej populacji, to w celu uniknięcia katastrofalnego poziomu deficytu postuluje się m.in. zwiększanie wymiaru składki ubezpieczenia zdrowotnego oraz wdrożenie spójnego programu aktywizacji zawodowej populacji, szczególnie w wyższych przedziałach wiekowych. Inne możliwości wpływu na stronę wydatkową są bowiem bardzo ograniczone, przede wszystkim z przyczyn demograficznych. Trudno założyć również zaostrzenie w następnych latach racjonowania świadczeń zdrowotnych w celu ograniczania wydatków¹⁸.

Wyzwaniom przyszłości powinna sprostać odpowiednia polityka zdrowotna skierowana na systemowe, adresowane do rodzin i do wszystkich grup wiekowych, działania w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki zagrożeń i chorób oraz restytucji zdrowia.

W tym kontekście należy zwrócić uwagę na opracowany przez Kancelarię Prezesa Rady Ministrów raport odnośnie do wyzwań rozwojowych Polski do 2030 roku. Autorzy potwierdzają, że wysiłek reformatorski okresu transformacji, koncentrując się na udanej rekonstrukcji demokratycznych instytucji, budowie zrębów gospodarki rynkowej oraz tworzeniu podstaw samorządności i społeczeństwa obywatelskiego, jedynie w niewielkim stopniu niwelował deficyty związane z nierównomiernością szans i możliwości osób mniej wykształconych, o gorszej kondycji zdrowotnej, niskich dochodach czy w zaawansowanym wieku¹⁹. Zespół Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów, przyjmując najbardziej optymistyczny wariant rozwoju sytuacji zdrowotnej ludności Polski, wyznaczył jako miary sukcesu rozwoju Polski w tym zakresie: zrównanie do 2030 r. przeciętnego trwania życia kobiet i mężczyzn z analogicznymi wielkościami w najwyżej rozwiniętych państwach Europy oraz osiągnięcie sytuacji, w której przynajmniej 90% trwania życia będzie ży-

¹⁷ G. Marciniak, J. Szymborski, *Przyszłość demograficzna a ochrona zdrowia*, [w:] J. Szymborski (red.), *Ochrona dzieci a przyszłość demograficzna Polski*, Biuletyn RPO Mat., Zeszyty Naukowe, Warszawa, luty 2010.

¹⁸ S. Golinowska (red.), *Zielona księga*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, listopad 2008.

¹⁹ M. Boni (red.), *Raport Polska 2030 – wyzwania rozwojowe*, Zespół Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów, KPRM, Warszawa 2009.

ciem w zdrowiu, a także eliminację nadumieralności, szczególnie mężczyzn w wieku 30-59 lat, w porównaniu ze średnią UE 27. Tym ambitnym zamierzeniem nie towarzyszą jednak, w przeciwieństwie do pozostałych sfer życia społecznego omawianych w raporcie, rekomendacje bezpośrednio odnoszące się do zdrowia publicznego i do systemu ochrony zdrowia.

Wydaje się, że debata dotycząca zależności pomiędzy polityką społeczną, zwłaszcza polityką rodzinną i zdrowotną, a przyszłością demograficzną jest nadal przed nami. Dotyczy to także niedocenianego w toczonej dyskusji wpływu opieki medycznej na takie wykładniki polityki rodzinnej i ludnościowej, jak dzietność, warunki funkcjonowania i możliwości odgrywania przez rodzinę wszystkich przypisanych jej ról.

Sytuację w tym zakresie należy już uznać za krytyczną, dlatego istnieje potrzeba zasadniczych przewartościowań w polityce ekonomicznej i społecznej państwa na rzecz stymulowania rozrodczości i wspierania rodziny w jej funkcji prokreacyjnej. Niska dzietność nie może stanowić okazji do ograniczania wydatków na opiekę nad kobietami w ciąży, na opiekę perinatalną, na leczenie oraz rehabilitację dzieci i powinna skłaniać władze publiczne do poprawy dostępności i jakości opieki medycznej nad matką i dzieckiem. Nie ma bowiem skuteczniejszej i tańszej metody poprawy zdrowia całego społeczeństwa niż pełna, wysokiej jakości opieka medyczna nad wszystkimi matkami i dziećmi. W żadnej innej dziedzinie medycyny nie znajduje bardziej racjonalnego potwierdzenia teza, że zdrowie to nie tylko wydatek, ale najlepsza, najbardziej opłacalna inwestycja w przyszłość każdego obywatela, w rozwój rodziny i dobrobyt społeczeństwa.

3. Propozycje kierunków działań w polityce zdrowia publicznego dla osiągnięcia celów polityki rodzinnej

W Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich od dwóch lat prowadzone są prace analityczno-programowe nad koncepcją strategii polityki rodzinnej państwa. Założono, że celem strategicznym polityki rodzinnej powinna być poprawa warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz wzrost poziomu urodzeń. Zdaniem zespołu ekspertów przy RPO, polityka rodzinna nie może jednak się skupiać wyłącznie na aspekcie ilościowym (wzrost dzietności) i należy także uwzględnić poprawę jakości funkcjonowania rodziny we wszystkich jej wymiarach, w tym potrzeby starszego pokolenia.

Rozważane są kierunki działań w polityce zdrowia publicznego służące osiągnięciu celów operacyjnych i szczegółowych polityki rodzinnej.

Do celu operacyjnego – poprawa warunków powstawania rodzin i sprzyjających decyzjom prokreacyjnym – zostały przypisane dwa cele szczegółowe: tworzenie warunków sprzyjających decyzjom matrymonialnym oraz poprawa warunków realizacji planów prokreacyjnych. W polityce zdrowia publicznego nakierowanej na zwiększenie dzietności należy nadać rzeczywisty priorytet opiece zdrowotnej nad matką i ma-

łym dzieckiem, co wymaga m.in.: stworzenia systemu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w okresie okołokoncepcyjnym; przestrzegania formalnych i merytorycznych zasad trójstopniowego systemu opieki okołoporodowej; podniesienia zakresu i jakości opieki profilaktyczno-leczniczej nad kobietą ciężarną i rodzącą; opracowania i przestrzegania standardów tej opieki i zapewnienia jej pełnej dostępności; zwiększonego zaangażowania państwa w zapobieganie i leczenie niepłodności.

Kolejny cel operacyjny obejmuje poprawę warunków funkcjonowania rodzin i rozwoju młodego pokolenia, co jest tożsame ze wspieraniem rodzin w inwestowaniu w młode pokolenie. Do osiągnięcia tego celu konieczne jest: stworzenie warunków sprzyjających rozwojowi młodego pokolenia; rozwijanie zasady równych szans oraz poprawa kondycji zdrowotnej populacji w wieku rozrodczym. Działania w polityce zdrowia publicznego powinny polegać przede wszystkim na nadaniu rzeczywistego priorytetu ochronie zdrowia dzieci i młodzieży, obejmującej następujące obszary zdrowia publicznego: opieka okołoporodowa; żywienie i aktywność fizyczna; urazy i przemoc, środowisko fizyczne; zdrowie młodzieży; zdrowie psychiczne; choroby zakaźne; zdrowie jamy ustnej. Wymaga to m.in.: przywrócenia roli pediatry jako lekarza sprawującego opiekę podstawową nad dzieckiem; zahamowania dysfunkcjonalności pediatrycznego leczenia szpitalnego, w tym wysoko specjalistycznego; reaktywowania przez Ministerstwo Zdrowia medycyny szkolnej we wszystkich jej funkcjach – promocji zdrowia i profilaktyki oraz leczenia i rehabilitacji. Z kolei działania w zakresie zdrowia publicznego, nakierowane na zmniejszenie chorobowości i umieralności z przyczyn poddających się zapobieganiu, muszą obejmować m.in.: budowę systemu międzysektorowej współpracy na rzecz stwarzania warunków do upowszechnienia zdrowego stylu życia z myślą o redukcji nierówności w zdrowiu, w ramach NPZ; zwiększenie skuteczności realizowanych programów polityki zdrowotnej państwa w zakresie kardiologii i onkologii ze zwróceniem większej uwagi na promocję zdrowia i profilaktykę, w tym na zadania edukacyjne; nadanie rangi priorytetowej kwestii zapobiegania zewnętrznym przyczynom zgonów; nadanie „Narodowemu programowi zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności Fizycznej” (POL-HEALTH) rangi programu rządowego z zapewnieniem finansowania jego realizacji; wdrożenie „Narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego”; zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i ich zwalczania.

Trzeci cel operacyjny obejmuje tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie i zawiera cele szczegółowe: tworzenie warunków sprzyjających godnej i aktywnej starości (funkcjonowaniu rodzin osób starszych i z osobą starszą) oraz pomoc rodzinom z osobą niepełnosprawną. Wydaje się, iż działania w polityce zdrowia publicznego powinny być w tym zakresie ukierunkowane na: zbudowanie systemu kompleksowej, międzysektorowej opieki gerontologicznej; poprawę opieki zdrowotnej nad osobami niepełnosprawnymi; poprawę opieki zdrowotnej nad osobami cierpiącymi na choroby przewlekłe, w tym jakości życia osób chorujących na tzw. choroby rzadkie; zorganizowanie systemu zwalczania bólu i wdrożenie standardów opieki paliatywno-hospicyjnej.

Kolejny cel operacyjny obejmujący zapobieganie wykluczeniu i marginalizacji (integrację społeczną) zawiera trzy cele szczegółowe: pomoc rodzinom w trudnych sytuacjach: ubogim, wielodzietnym, niepełnym, dotkniętym dysfunkcją lub patologią (alkoholizm, narkomania, przemoc); pomoc dzieciom pozbawionym środowiska rodzinnego oraz łagodzenie negatywnych skutków procesów migracyjnych. Istotny jest tu czynny udział personelu medycznego w systemie prewencji zagrożeń i patologii w rodzinie, a także: zapewnienie czynnej, ciągłej opieki zdrowotnej rodzinom w trudnych sytuacjach; zapewnienie czynnej, ciągłej opieki zdrowotnej dzieciom pozbawionym środowiska rodzinnego, przebywającym w placówkach i w rodzinach zastępczych; pomoc w wykrywaniu i łagodzeniu zdrowotnych następstw migracji.

Potrzeby rodzin w trudnych sytuacjach z perspektywy zdrowia publicznego i praw pacjenta mogą być określane na podstawie diagnozy lekarskiej, jednak bazowanie jedynie na katalogu problemów zdrowotnych i chorób nie zawsze jest efektywne, zwłaszcza że katalog ten jest niepełny. Bardziej właściwa wydaje się ocena potrzeb na podstawie określenia stopnia upośledzenia zdrowia i zaburzenia funkcjonowania chorego i rodziny. Takie podejście umożliwi ustalenie stopnia zależności pacjenta od leków, aparatury i sprzętu, opieki medycznej oraz bierze się w nim pod uwagę podobieństwo specyficznych skutków różnych chorób i problemów zdrowotnych. Optymalnym z punktu widzenia zdrowia publicznego sposobem zabezpieczenia potrzeb i praw chorego może być opracowanie kryteriów definiowania rodzin w trudnych sytuacjach, których potrzeby co do rodzaju i zakresu opieki medycznej i okołomedycznej przekraczają potrzeby ogółu osób chorych, jako rodzin o specjalnych potrzebach w zakresie opieki zdrowotnej. Potrzeby te mogą dotyczyć zarówno osób chorych i niepełnosprawnych fizycznie/psychicznie, ale także osób o podwyższonym ryzyku niepełnosprawności. Takie podejście pozwala na upodmiotowienie pacjenta oraz rodziny i oczywista staje się wówczas konieczność sprecyzowania świadczeń medycznych i okołomedycznych, co może przyczynić się do poprawy diagnostyki, leczenia, rokowania oraz jakości życia chorego i rodziny.

Bezpośrednie potrzeby medyczne mogą dotyczyć: leczenia szpitalnego, w tym chirurgicznego; wizyt w poradniach; diagnostyki laboratoryjnej; konsultacji specjalistycznych; a także leków, środków pielęgnacyjnych, diety, opieki psychologicznej, fizjoterapii, logopedii, opieki paliatywnej – i nie jest to zamknięty katalog potrzeb. Pośrednie potrzeby medyczne mogą obejmować transport sanitarny, sprzęt i aparaturę medyczną, opiekę nad chorym w domu. W ramach zadań zdrowia publicznego nie można zapominać o potrzebach edukacyjnych i socjalnych oraz o rozlicznych potrzebach życia codziennego rodzin wynikających z czasochłonności opieki, pracy papierkowej koniecznej do uzyskania świadczeń i refundacji, telefonów w celu umówienia wizyt i badań. Problemy narastają, gdy pacjent i rodzina spotykają się ze słabą orientacją lekarza co do choroby, brakiem zrozumienia, brakiem wsparcia z jego strony.

Ocena efektów podejmowanych działań programowych z zakresu zdrowia publicznego na rzecz rodzin w trudnych sytuacjach z perspektywy praw człowieka wymaga uwzględnienia następujących kwestii:

- Czy w procesie tworzenia i wdrażania programu uwzględniono monitorowanie i ewaluację?
- Czy została określona odpowiedzialność za wykonanie zadań i wykorzystanie środków?
- Czy został zachowany równy dla wszystkich chorych dostęp do odpowiedniego standardu postępowania leczniczego i opieki?
- Czy kierowanie programem, finansami, podejmowanie decyzji, zdefiniowanie kryteriów objęcia programem bądź wyłączenia jest w pełni przejrzyste?
- Czy korzystanie z programu nie wiąże się z naruszeniem ludzkiej godności?
- Czy pacjenci i rodziny znajdują wsparcie w procesie leczenia i opieki?
- Czy wdrożenie programu nastąpiło zgodnie z przepisami prawa i istnieją procedury odwoławcze, na podstawie których pacjenci i rodziny mogą się domagać rozpatrzenia ich roszczeń?

Ocena stopnia zaspokojenia potrzeb rodzin w trudnych sytuacjach z punktu widzenia praw pacjenta/praw człowieka może pomóc w zobiektywizowaniu efektów działań podejmowanych przez odpowiedzialne instytucje i organy. Zachodzi konieczność uzyskania wiarygodnych danych co do stopnia wypełniania tych podstawowych praw w odniesieniu do konkretnego pacjenta i rodziny, a także do populacji rodzin w trudnych sytuacjach z przyczyn medycznych.

Działania w zakresie polityki zdrowia publicznego powinny być podejmowane przez wszystkie podmioty, które w ramach swych kompetencji ustawowych realizują lub mogą realizować zadania istotne z punktu zdrowia rodziny. Przedmiotem prac zespołu ekspertów RPO jest obecnie przygotowanie propozycji zmian organizacyjnych, legislacyjnych i programowych związanych z ochroną zdrowia rodziny dla instytucji i organów państwa, samorządów lokalnych, instytucji ochrony zdrowia, zakładów pracy, organizacji pozarządowych, instytucji kościelnych oraz mediów.

4. Podsumowanie

Zdrowie publiczne, obejmujące opiekę profilaktyczno-leczniczą i rehabilitacyjną oraz promocję zdrowia i edukację zdrowotną, wywiera wpływ na wszystkie funkcje rodziny. W polityce rodzinnej państwa zadania zdrowia publicznego nie mogą być ograniczane tylko do opieki nad matką i dzieckiem. Istotna jest także skoordynowana polityka państwa na rzecz ochrony zdrowia populacji w wieku rozrodczym – kobiet i mężczyzn – nakierowana na zapobieganie zagrożeniom zdrowia i leczenie chorób o znaczeniu społecznym oraz otoczenie szczególną opieką zdrowotną rodzin – dzieci i dorosłych – znajdujących się w trudnych sytuacjach życiowych, także rodzin z osobami starszymi. Wyniki analizy obecnej sytuacji zdrowotnej ludności, wskazujące na znaczący dystans dzielący Polskę od innych krajów UE oraz istniejące dysfunkcje systemu ochrony zdrowia, świadczą o pilnej potrzebie gruntownej weryfikacji publicznej polityki zdrowotnej. Działania mające na celu zwiększenie dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych: zniesienie limitów w dostęp-

ności do świadczeń, podniesienie jakości świadczeń medycznych, rzeczywistą wycenę świadczeń zdrowotnych, zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne (lekarze, pielęgniarki) – powinny być połączone z reorientacją opieki medycznej i dostrzeżeniem istotnej roli promocji zdrowia, oświaty zdrowotnej oraz profilaktyki zagrożeń i chorób. Należy pamiętać, że zmiana systemu nie jest celem samym w sobie i musi jej towarzyszyć naczelne przesłanie, jakim jest zdrowie pojedynczego obywatela, rodziny i narodu. Najważniejszą sprawą do rozwiązania większości problemów związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia oraz służących zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentów i rodzin jest wprowadzenie odpowiedniego finansowania systemu opieki zdrowotnej. Istotną część funkcji systemu opieki zdrowotnej musi pozostać, z punktu widzenia polityki rodzinnej, dobrem publicznym, za które odpowiedzialność ponosi państwo. Działania poszczególnych organów i instytucji państwa na rzecz poprawy ochrony zdrowia rodziny powinny być podejmowane przy współdziałaniu wszystkich zainteresowanych, w tym m.in. przedstawicieli nauki, organizacji pozarządowych, przedstawicieli pracodawców i środków masowego przekazu.

Literatura

- Boni M. (red.), *Raport Polska 2030 – wyzwania rozwojowe*, Zespół Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów, KPRM, Warszawa 2009.
- Balcerzak-Paradowska B., Szymborski J. (red.), *Polityka rodzinna w krajach UE – wnioski dla Polski*, Biuletyn RPO, Zeszyty Naukowe nr 67, BRPO, Warszawa 2009.
- Bożkowska K., Sito A. (red.), *Opieka zdrowotna nad rodziną*, PZWL, Warszawa 2002.
- Demel M., *Pedagogika zdrowia*, WSiP, Warszawa 1986.
- European health for all database*, WHO, Regional Office for Europe, styczeń 2010.
- Golinowska S. (red.), *Zielona księga*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, listopad 2008.
- Indulski J.A., Jethon Z., Dawydzik L.T. (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy, Łódź 2000.
- Jethon Z., Grzybowski A. (red.), *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa*, PZWL, Warszawa 2000.
- Karski J. (red.), *Promocja zdrowia, wydanie nowe*, COiEOZ, IGNiS, Warszawa 1999.
- Kłos B., Szymańczak J., *Polityka państwa wobec rodziny*, Informacja BSiE nr 1251, Warszawa 1999, s. 30. Niemiec T. (red.), *Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006*, UNDP i Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2007.
- Magnuszewska-Otulak G., *Kryzys zdrowotny czy kryzys ochrony zdrowia?*, [w:] M. Księżopolski, B. Rysz-Kowalczyk, C. Żołędowski (red.), *Polityka społeczna w kryzysie*, IPS UW, Warszawa 2009, s. 211.
- Marciniak G., Szymborski J., *Przyszłość demograficzna a ochrona zdrowia*, [w:] J. Szymborski (red.) *Ochrona dzieci a przyszłość demograficzna Polski*, Biuletyn RPO Mat., Zeszyty Naukowe, Warszawa, luty 2010.
- Prognoza ludności na lata 2008-2035*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2009.
- Przeźwoźniak L., *Wybrane zagadnienia socjologii i promocji zdrowia rodziny*, [w:] A. Czupryna, S. Paździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), *Zdrowie publiczne*, UWM Vesalius, Kraków 2001, tom 2, s. 61.
- Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Narodowy Instytut Zdrowia – PZH, Warszawa 2008.

- Szyborski J. (red.), *Raport o korespondencji między Rzecznikiem Praw Obywatelskich a organami państwa w sprawach ochrony praw dzieci do życia i zdrowia, edukacji, życia w rodzinie i godziwych warunków socjalnych oraz do bezpiecznego rozwoju – Biała Księga – wersja elektroniczna*, [w:] *Ochrona dzieci a przyszłość demograficzna Polski*, Biuletyn RPO, Zeszyty Naukowe nr 68, BRPO, Warszawa, luty 2010.
- Szyborski J., Jakóbiak K. (red.), *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce*, Biuletyn RPO, Rzecznik Praw Obywatelskich, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2008.
- Szyborski J., Potrykowska A. (red.), *Migracje zagraniczne a polityka rodzinna*, Biuletyn RPO, Zeszyty Naukowe nr 66., BRPO, Warszawa 2009.
- Wojnarowska B., *Edukacja zdrowotna w rodzinie*, [w:] B. Wojnarowska (red.), *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 215.
- Założenia polityki ludnościowej w Polsce*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2006.

PUBLIC HEALTH POLICY AND THE PROBLEMS OF THE MODERN FAMILY – OBJECTIVES AND TASKS

Summary: The present study discusses the tasks of public health, whose implementation determines the achievement of specific objectives of family policy, including multi-sectoral cooperation and interdisciplinary actions. A key challenge is to improve the health care of the elderly through the development of treatment, rehabilitation and care services. The author conducted a preliminary assessment of the implementation of tasks related to health promotion, disease and risk prevention and health restoration in the last decade. It is necessary to improve the organisation and quality of actions aimed at preventing and limiting the consequences of unintentional and intentional injuries. The results of this analysis may prove useful in developing public health policy and family policy in Poland.