

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



Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
- Państwowy Zakład Higieny

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

TOM I
Podsumowanie

AUTORZY:

Dorota Cianciara, Katarzyna Lewtak, Małgorzata Gajewska,
Maria Piotrowicz, Ewa Urban



Helsedirektoratet
Norwegian Directorate of Health



CENTRUM MEDYCZNE
KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE



Narodowy Fundusz Zdrowia

Warszawa 2017

NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO
- PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY

KONSORCJUM NAUKA I ZDROWIE

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

© Copyright by Ministerstwo Zdrowia, 2015

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

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

ISBN 978-83-89379-94-8

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

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

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

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

SPIS TREŚCI

I. Ocena realizacji funkcji zdrowia publicznego w Polsce: potencjał zdrowia publicznego	7
1. Wprowadzenie	9
2. Zdrowie publiczne w dokumentach i działaniach Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO)	10
• Definicje zdrowia publicznego	10
• Polityka „Zdrowie 2020”	10
• Podstawowe funkcje zdrowia publicznego w regionie europejskim WHO (Essential Public Health Operations, EPHOs)	13
• Wzmocnienie potencjału zdrowia publicznego	18
• Ocena realizacji funkcji/potencjału zdrowia publicznego według koncepcji WHO	19
3. Inne podejścia do potencjału zdrowia publicznego i jego oceny	23
4. Ocena realizacji funkcji/potencjału zdrowia publicznego w Polsce	24
• Ocena przeprowadzona w ramach współpracy Ministerstwa Zdrowia z WHO	24
• Ocena przeprowadzona w ramach projektu predefiniowanego pn. Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego PL13	27
5. Propozycje dalszych kroków	27
• Metody wyboru priorytetów działania	29
• Budowanie potencjału zdrowia publicznego	32
6. Piśmiennictwo	33
Załącznik A	40
 II. Ekspertcka ocena realizacji funkcji zdrowia publicznego w Polsce	 51
• EPHO 1: Nadzór nad zdrowiem populacji i dobrostanem	53
• EPHO 2: Monitorowanie zagrożeń i sytuacji kryzysowych oraz reagowanie	60
• EPHO 3: Ochrona zdrowia, w tym bezpieczeństwo środowiskowe, w pracy, żywności	64

• EPHO 4: Promocja zdrowia, w tym działania dotyczące społecznych nierówności w zdrowiu	71
• EPHO 5: Profilaktyka chorób, w tym wczesne wykrywanie chorób	76
• EPHO 6: Zapewnienie zarządzania (gospodarowania) zdrowiem	81
• EPHO 7: Zapewnienie kompetentnej kadry zdrowia publicznego	87
• EPHO 8: Zapewnienie struktury organizacyjnej i finansowania	93
• EPHO 10: Rozwój badań w dziedzinie zdrowia publicznego dla potrzeb polityki i praktyki	98

I.

Ocena realizacji funkcji zdrowia publicznego w Polsce: potencjał zdrowia publicznego

Dorota Cianciara^{1,2}

¹ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

² Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

1. Wprowadzenie

Zdrowie publiczne jest dziedziną nauki i praktyki. Dąży do zapobiegania chorobom oraz wydłużania życia w skali populacyjnej (patrz: 2. Definicje zdrowia publicznego).

Na różnych forach międzynarodowych problematyka potencjału dziedziny zdrowia publicznego (ZP) oraz promocji zdrowia (PZ) jest ciągle obecna od połowy lat 90. XX w., czego przykładem jest Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century [1]. Niemniej problematyka ta była zaznaczona już wcześniej - np. w USA w 1988 r. [2].

Potencjał - mówiąc najprościej - odnosi się do możliwości, zdolności wykonania określonych zadań [3]. Pojęcie „potencjał ZP” dotyczy zasobów i relacji ZP [4], stworzenia i wykorzystania struktur i mechanizmów, dzięki którym możliwe jest realizowanie prawnych oraz zawodowych zadań (funkcji, świadczeń) ZP we wszystkich społecznościach.

Zdolność tę nazywa się też „potencjałem i jakością ZP” (public health capacity and quality) [5]. Potencjał taki ma zapewnić wykonywanie wszystkich funkcji ZP na wszystkich poziomach organizacji (krajowym, regionalnym i lokalnym) oraz współpracę z innymi podmiotami.

Budowanie (tworzenie) potencjału ZP (capacity building) oznacza prowadzenie działań, które w różnych domenach pracy zwiększają skuteczność poszczególnych osób (pracowników zdrowia publicznego), organizacji lub całych systemów i społeczeństwa, aby uzyskać korzystną zmianę i uzyskiwać lepsze rezultaty [6]. Wyróżnia się przy tym potencjał jednostek, organizacji (instytucjonalny) [7], a także potencjał społeczności (community capacity), czyli podmiotu działania ZP - utożsamiany z rozwojem społecznym, kapitałem społecznym i spójnością [8].

W piśmiennictwie istnieje wiele podejść do potencjału ZP oraz PZ, przykładów na jego strukturę, a także narzędzi do oceny czy wskazówek do budowania.

Niniejsze opracowanie dotyczy wyłącznie oceny instytucjonalnego i systemowego potencjału ZP. Oceny dokonano przy pomocy narzędzia do oceny realizacji funkcji ZP zaproponowanego w 2014 r. przez Biuro Regionalne WHO dla Europy. Ostateczna wersja tego kwestionariusza została opublikowana w 2015 r. [9]. Zaproponowany przez WHO kwestionariusz oceny dotyczy funkcji ZP zdefiniowanych dla regionu europejskiego WHO w 2012 r., jest spójny z koncepcją wyrażoną w polityce „Health 2020” oraz w dokumentach jej towarzyszących. Z tego powodu poniżej zostaną przedstawione zasadnicze elementy podejścia WHO.

2. Zdrowie publiczne w dokumentach i działaniach Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO)

Definicje zdrowia publicznego

Klasyczna definicja zdrowia publicznego, sformułowana przez Charlesa-Edwarda Amory'ego Winsłowa w 1920 r., brzmi: „Nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia, oraz promowania zdrowia i sprawności poprzez zorganizowany wysiłek społeczności w celu poprawy stanu sanitarnego środowiska, kontroli chorób zakaźnych, edukowania jednostek w sprawach higieny osobistej, organizacji świadczeń medycznych i pielęgnacyjnych dla wczesnej diagnozy i leczenia zapobiegającego chorobom oraz rozwijania maszyny społecznej do zapewnienia każdemu człowiekowi standardu życia, który jest odpowiedni do utrzymania zdrowia, ażeby zorganizowanie tych pożytków umożliwiło każdemu obywatelowi korzystanie z przynależnego mu z racji urodzenia prawa do zdrowia i długowieczności” [10].

W 2011 r. dla potrzeb regionu europejskiego WHO dokonano przeglądu wielu istniejących definicji zdrowia publicznego. Stwierdzono, że różnią się one pod względem sformułowań dotyczących zakresu działania/funkcji zdrowia publicznego oraz zadań pracowników, a także stopnia, w jakim uwzględniają społeczne oraz ekonomiczne uwarunkowania zdrowia. Ponadto część definicji ma charakter opisowy, a część - normatywny [11].

Do dalszych prac przyjęto definicję Donalda Achesona z 1988 r.: „Zdrowie publiczne jest nauką i sztuką zapobiegania chorobie, przedłużania życia oraz promowania zdrowia poprzez zorganizowane działania (wysiłki, efforts) społeczeństwa”. Uznano, że definicja ta ma istotne cechy, takie jak:

- Jest na tyle ogólna, że nawet przy zmianach w życiu społecznym i oczekiwaniach wobec dziedziny, nie będzie potrzeby zmiany definicji;
- Odnosi się do nauki i sztuki, a więc podkreśla połączenie wiedzy i działania. Pokazuje, że zdrowie publiczne musi opierać się o dowody naukowe, ale uwzględnia fakt, że aktualna wiedza często jest niekompletna i niedoskonała;
- Stwierdza wyraźnie, że zdrowie publiczne pełni rolę społeczną i wymaga zorganizowanego działania całego społeczeństwa.

Polityka „Zdrowie 2020”

Dokument polityczny „Zdrowie 2020” (Health 2020) został jednogłośnie zatwierdzony rezolucją Europejskiego Komitetu Regionalnego WHO na Maltzie

we wrześniu 2012 r. [12]. W skład regionu europejskiego WHO wchodzi 53 kraje z Europy oraz pozaeuropejskie - powstałe po rozpadzie ZSRR oraz Izrael i Turcja. Region ten odznacza się bardzo dużymi różnicami między państwami pod względem stopnia rozwoju gospodarczego, kultury, stanu zdrowia mieszkańców oraz występowania nierówności w zdrowiu [13].

„Zdrowie 2020” jest przewodnikiem dla państw członkowskich do tworzenia własnych polityk zdrowotnych z udziałem rządów i społeczeństw, a zarazem wspólną deklaracją osiągnięcia do 2020 r. celów zdrowotnych zdefiniowanych dla całego regionu [14]. Konstrukcję dokumentu przedstawiono w zestawieniu I oraz II.

Jednym z priorytetowych obszarów działania jest zwiększenie potencjału ZP (obszar 3). Uznano, że osiągnięcie celu głównego polityki zależy od wdrożenia profesjonalnych działań na poziomie populacji, czyli działań ZP. Osiągnięcie owego profesjonalizmu uzależniono od zwiększenia potencjału ZP.

Zestawienie I.

Konstrukcja europejskiej polityki „Zdrowie 2020”. Źródło: Cianciara D i in. (2016) [15].

Cel główny (wizja)
Znacząca poprawa zdrowia i dobrostanu populacji, zmniejszenie nierówności w zdrowiu, wzmocnienie (rozwój) ZP, stworzenie systemu zdrowia skoncentrowanego na ludziach, uniwersalnego, sprawiedliwego, trwałego i dobrego pod względem jakości
Cele strategiczne
1. Poprawa zdrowia wszystkich osób oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu
2. Poprawa przywództwa oraz zarządzanie uczestniczące (participatory governance)
Priorytetowe obszary działania
1. Inwestowanie w zdrowie przez cały okres życia oraz upodmiotowienie ludzi
2. Podejmowanie działań skierowanych przeciwko głównym problemom związanym z chorobami niezakaźnymi oraz zakaźnymi
3. Wzmacnianie skoncentrowanych na ludziach systemów zdrowotnych, potencjału ZP, gotowości do reagowania na sytuacje kryzysowe
4. Tworzenie społeczności adaptatywnych (resilient community), zdolnych do dostosowywania się do zmian otoczenia oraz środowisk wspierających zdrowie
Obszary celów zdrowotnych
1. Obciążenie chorobami i czynniki ryzyka
2. Zdrowi ludzie, dobrostan i determinanty
3. Procesy, zarządzanie i systemy zdrowia

Cele zdrowotne do 2020 w Regionie Europejskim ŚOZ	
1.	Ograniczenie przedwczesnej umieralności
2.	Wydłużenie oczekiwanego czasu życia
3.	Zmniejszenie nierówności w zdrowiu
4.	Zwiększenie dobrostanu
5.	Zapewnić powszechny dostęp do świadczeń wraz z osłoną socjalną przed kosztami (universal coverage) oraz prawo do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu zdrowia
6.	Wyznaczyć krajowe cele i zadania związane ze zdrowiem

Zestawienie II.

Tabela krzyżowa dla obszarów, celów i obszarów priorytetowych europejskiej polityki „Zdrowie 2020”. Źródło: WHO Regional Office for Europe (2013), Cianciara D i in. (2016).

Obszary celów	Cele		Obszary priorytetowe
	zdrowotne	strategiczne	
1. Obciążenie chorobami i czynniki ryzyka	1	1	2
2. Zdrowi ludzie, dobrostan i determinanty	2	1	1, 4
	3	1	1, 4
	4	1	1, 4
3. Procesy, zarządzanie i systemy zdrowia	5	2	3

Obecnie WHO udostępnia wiele pomocniczych opracowań na temat różnych aspektów wdrożenia tej polityki, w tym m.in. dotyczących: (a) włączenia interesariuszy, (b) dostosowania polityki do sytuacji krajowej, (c) wdrożenia podejścia pn. cały rząd i całe społeczeństwo dla zdrowia (whole-of-government and whole-of-society approach), (d) uwzględniania społecznych uwarunkowań sprawiedliwości w zdrowiu, kwestii genderowych i praw człowieka, (e) tworzenia krajowych i regionalnych polityk, strategii i planów zgodnie z Health 2020, (f) wzmocnienia potencjału ZP, (g) poprawy monitorowania i ewaluacji [16].

Realizacja celów „Zdrowia 2020” jest monitorowana przez ŚOZ od 2014 r. za pomocą wskaźników ilościowych (za poziom bazowy przyjęto dane z 2010 r.) i jakościowych (np. stworzenie i udokumentowanie krajowych, lub na niższym szczeblu, polityk ukierunkowanych na zmniejszanie nierówności w zdrowiu; ustanowienie procesu wyboru priorytetów działania) [17]. European Health Report z 2015 r. prezentuje pierwsze wyniki realizacji [18].

Dokument „Zdrowie 2020” tworzone przez ponad dwa lata w wyniku licznych konsultacji, które prowadzono również poza Europą. Powstało kilka ważnych raportów, w tym na temat podstaw naukowych tej polityki [19], sytuacji zdrowotnej [13] oraz systemów zdrowia w regionie [20].

Kluczowym dla ZP był natomiast opracowany w 2011 r. w Durham University dokument koncepcyjny, w którym przedstawiono – dyskutowane już wcześniej – tzw. Essential Public Health Operations (EPHOs), czyli podstawowe/zasadnicze „operacje ZP” [11]. W dalszej części opracowania będą one nazywane funkcjami ZP, ponieważ takiego nazewnictwa używa się najczęściej w różnych krajach i na arenie międzynarodowej. Funkcje EPHOs stały się podstawą do dalszych analiz oraz prac nad wzmocnieniem potencjału ZP.

Podstawowe funkcje zdrowia publicznego w regionie europejskim WHO (Essential Public Health Operations, EPHOs)

Dla potrzeb realizacji polityki „Zdrowie 2020” stworzono listę podstawowych funkcji ZP (EPHOs) dla regionu europejskiego. Do funkcji tych zaliczono:

1. Nadzór nad zdrowiem populacji i dobrostanem.
2. Monitorowanie zagrożeń i sytuacji kryzysowych oraz reagowanie na nie.
3. Ochrona zdrowia, w tym bezpieczeństwo środowiskowe, w pracy, żywności.
4. Promocja zdrowia, w tym działania dotyczące społecznych uwarunkowań zdrowia i nierówności w zdrowiu.
5. Profilaktyka chorób, w tym wczesne wykrywanie chorób.
6. Zapewnienie gospodarowania (governance) zdrowiem.
7. Zapewnienie kompetentnej kadry zdrowia publicznego.
8. Zapewnienie struktury organizacyjnej i finansowania.
9. Informacja, komunikacja i mobilizacja społeczna na rzecz zdrowia.
10. Rozwój badań w dziedzinie zdrowia publicznego dla potrzeb polityki i praktyki.

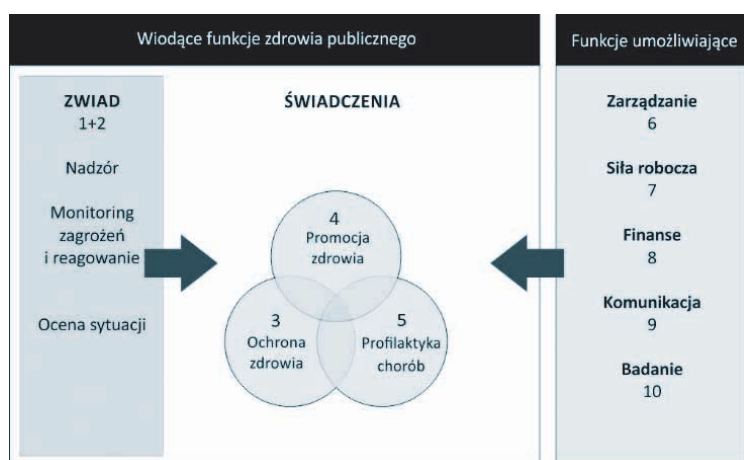
Funkcje 1-5 uznano za wiodące (core EPHOs). W tej grupie funkcje 1-2 dotyczą tzw. zwiadu epidemiologicznego (intelligence), a 3-5 stanowią główne świadczenia/usługi ZP (services). Natomiast funkcje 6-10 zaliczono do tzw. funkcji umożliwiających (enabler EPHOs) sprawne funkcjonowanie ZP (ryc. 1). Funkcje te nie są rozłączne – nie dają się oddzielić jedna od drugiej.

Według wykładni WHO ochrona zdrowia (EPHO 3) odnosi się do szeroko rozumianego bezpieczeństwa środowiskowego, tj. bezpieczeństwa żywności i wody, warunków sanitarnych, bezpieczeństwa w miejscu pracy i zamieszkania, zmiany klimatu oraz wielu innych aspektów [21]. Należy podkreślić, że w Polsce terminem „ochrona zdrowia” lub „system ochrony zdrowia” zazwyczaj określa się działania ukierunkowane na efekt stricte zdrowotny lub podmioty i ich zasoby,

które mają w swoich kompetencjach cele zdrowotne [22]. Tak więc są to odmiennie interpretacje.

Promocja zdrowia (EPHO 4) jest rozumiana zgodnie z Kartą Ottawską nt. promocji zdrowia z 1986 r. [23], odnosi się zwłaszcza do społecznych uwarunkowań zdrowia, tworzenia środowisk sprzyjających zdrowiu, działań międzysektorowych oraz zmniejszania społecznych nierówności w zdrowiu i równości w zdrowiu [24].

Profilaktyka chorób (EPHO 5) dotyczy wszystkich etapów prewencji, niemniej największy nacisk położono na profilaktykę pierwotną oraz wtórną (wczesne wykrywanie chorób). Zaangażowanie zdrowia publicznego w profilaktykę trzeciorzędową (leczenie) należy interpretować jako wysiłki zmierzające do zapewnienia dostępu do dobrych jakościowo i podjętych na czas świadczeń leczniczych [25].



Rycina 1.

Grupy (klastry) podstawowych funkcji zdrowia publicznego. Źródło: WHO (2012), Cianiara D i in. (2016).

Funkcje ZP przyjęte dla regionu europejskiego są podobne do funkcji zdefiniowanych w innych krajach czy regionach lub przez organizacje międzynarodowe, ale nie są identyczne [26]. Wybrane podejścia do funkcji ZP przedstawiono w zestawieniu III. Poza przedstawionymi istnieją też listy funkcji z innych krajów/obszarów [27], jak np. z Kolumbii Brytyjskiej [28] czy Nowej Zelandii [29], a niektóre listy z czasem podlegały modyfikacjom (np. w Australii [30]).

Należy podkreślić, że pierwszą listę funkcji ZP (pod nazwą essential public health functions) WHO stworzyła w 1998 r. przy użyciu metody Delphi przeprowadzonej wśród przedstawicieli 67 państw wszystkich regionów WHO [31]. Lista ta była odzwierciedleniem klasycznie rozumianego ZP i obejmowała:

- Profilaktykę, nadzór nad chorobami zakaźnymi i niezakaźnymi oraz ich kontrolę;
- Monitorowanie sytuacji zdrowotnej;
- Promocję zdrowia;
- Zdrowie pracujących;
- Ochronę środowiska;
- Legislację ZP;
- Zarządzanie ZP;
- Specyficzne świadczenia ZP (opieka nad uczniami, świadczenia w sytuacjach nadzwyczajnych, laboratoria ZP);
- Indywidualne świadczenia zdrowotne dla populacji podatnych i wysokiego ryzyka.

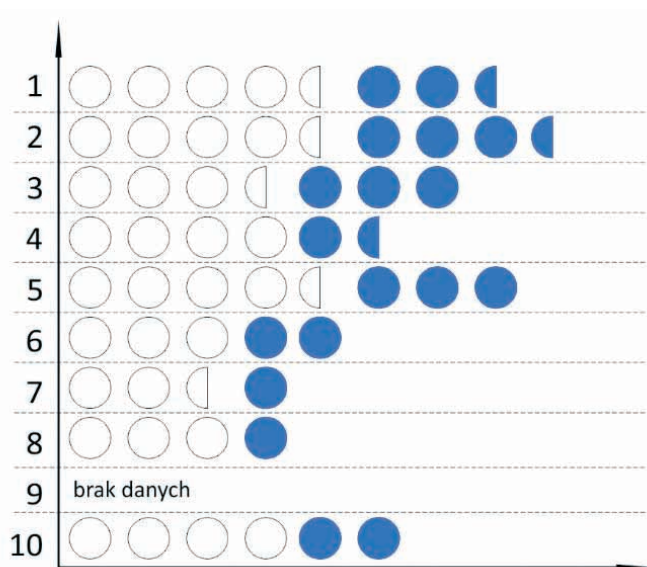
Zestawienie III. Porównanie funkcji zdrowia publicznego. Źródło: Jorm L. i wsp. (2009) [32].

Kanada, 2003	Wielka Brytania, 2003	WHO, Regional Office for Western Pacific, 2003	PAHO/WHO (Ameryki), 2002	OECD, 2000	Australia, 2000	USA, 1988, 1994
- Ochrona zdrowia - Nadzór nad zdrowiem - Zapobieganie chorobom i urazom - Ocena zdrowia populacji - Promocja zdrowia - Reagowanie na katastrofy	- Nadzór nad zdrowiem, monitorowanie i analiza - Ustanowienie, stworzenie i zarządzanie programami promocji zdrowia i profilaktyki - Upodmiotowienie społeczności i obywateli, umożliwienie im promocji zdrowia i zmniejszania nierówności w zdrowiu - Stworzenie i utrzymanie partnerstwa wewnątrz rządu i między sektorami, aby poprawiać zdrowie i zmniejszać nierówności	- Monitorowanie sytuacji zdrowotnej i analiza - Nadzór epidemiologiczny/ zapobieganie chorobom i kontrola - Tworzenie polityk i planowanie w ZP - Zarządzanie strategiczne systemami zdrowotnymi i świadczeniami w celu uzyskania populacyjnych korzyści zdrowotnych - Regulacje i egzekwowanie w celu ochrony zdrowia - Rozwój zasobów ludzkich i planowanie	- Monitorowanie, ocena i analiza stanu zdrowia - Nadzór, badania i kontrola ryzyka oraz zagrożeń - Promocja zdrowia - Partycypacja społeczna w ochronie zdrowia - Tworzenie polityk i budowanie potencjału instytucjonalnego do planowania ZP i zarządzania nim - Wzmocnienie potencjału do regulacji ZP oraz egzekwowanie przepisów - Ocenianie i promowanie równego dostępu do niezbędnych świadczeń zdrowotnych	Świadczenia przewencyjne i ZP - Zdrowie matki i dziecka, planowanie rodziny i poradnictwo - Świadczenia medycyny szkolnej - Zapobieganie chorobom zakaźnym - Zapobieganie chorobom niezakaźnym - Medycyna pracy - Inne różne usługi ZP Funkcje związane ze zdrowiem - Kontrola żywności, higieny, wody przeznaczonej do spożycia - Zdrowie środowiskowe	- Szacowanie, analiza potrzeb zdrowotnych i oczekiwań społeczności oraz komunikowanie - Zapobieganie chorobom zakaźnym, niezakaźnym i urazom oraz ich kontrola poprzez redukcję czynników ryzyka, edukację, skrining, uodpornienie i inne interwencje - Promowanie i wspieranie prozdrowotnego stylu życia poprzez działania wśród jednostek, rodzin, społeczności i społeczeństwa - Promowanie, tworzenie i wspieranie polityki prozdrowotnej, w tym legislacji, regulacji i działań fiskalnych - Planowanie, finansowanie, zarządzanie i ewaluacja programów zdrowotnych i budowania potencjału tworzonych	1988 - Ocena zdrowia społeczności i jej zasobów - Tworzenie polityki, aby promować zdrowie i rozwiązywać problemy - Wykonanie, zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej, świadczeń promocji, profilaktyki 1994 Ocena zdrowia - Monitorowanie stanu zdrowia, aby identyfikować oraz rozwiązywać problem zdrowotne społeczności - Diagnozowanie oraz badanie problemów zdrowotnych oraz zagrożeń dla zdrowia w społeczności. Tworzenie polityki - Informowanie, edukowanie oraz upodmiotowienie ludzi w kwestiach związanych ze zdrowiem

• Zapewnienie przestrzegania regulacji i prawa w celu ochrony i promocji zdrowia • Stworzenie i utrzymanie dobrze wykształconej, wielodyscyplinarnej kadry pracowników ZP • Zapewnienie efektywnego wykonania świadczeń National Health Service, aby osiągnąć cel poprawy zdrowia, zapobiegania chorobom i zmniejszania nierówności • Badania, rozwój, ewaluacja i innowacje oraz zapewnienie jakości funkcjom ZP	7. Promocja zdrowia, partycypacja społeczna oraz upodmiotowienie (empowerment). 8. Zapewnienie jakości świadczeń zdrowotnych dla poszczególnych osób oraz świadczeń populacyjnych 9. Badania, rozwój i wdrożenie innowacyjnych rozwiązań zdrowia publicznego	8. Rozwój zasobów ludzkich oraz szkolenie w ZP 9. Zapewnienie jakości w indywidualnych i populacyjnych świadczeniach zdrowotnych 10. Badania w dziedzinie ZP 11. Zmniejszenie wpływu na zdrowie katastrof i klęsk żywiołowych	w celu osiągnięcia mierzalnej poprawy sytuacji zdrowotnej oraz umiejętności, kompetencji, systemów i infrastruktury 6. Wzmocnienie społeczności, budowanie kapitału społecznego poprzez konsultacje, partycypację i upodmiotowienie 7. Promowanie, tworzenie, wspieranie, inicjowanie działań dla bezpieczeństwa i zdrowia środowiskowego 8. Promowanie, tworzenie i wspieranie zdrowego wzrostu i rozwoju w cyklu życia 9. Promowanie, tworzenie i wspieranie działań ukierunkowanych na sytuację zdrowotną Aborygenów, mieszkańców Wysp w Cieśninie Torresa oraz innych grup podatnych	4. Mobilizowanie partnerstwa oraz działań w społeczności w celu identyfikowania problemów zdrowotnych 5. Tworzenie polityk i planów, które wspierają indywidualne i społeczne działania na rzecz zdrowia • Wykonanie 6. Tworzenie prawa i regulacji, które chronią zdrowie i zapewniają bezpieczeństwo 7. Łączenie ludzi z niezbędnymi indywidualnymi świadczeniami zdrowotnymi oraz zapewnienie świadczeń, jeśli nie są dostępne 8. Zapewnienie kompetentnej kadry ZP i opieki zdrowotnej 9. Ocenianie efektywności, dostępności oraz jakości indywidualnych i populacyjnych świadczeń zdrowotnych 10. Prowadzenie badań w celu uzyskania nowych informacji oraz innowacyjnych rozwiązań problemów zdrowotnych
--	---	---	---	---

Wzmocnienie potencjału zdrowia publicznego

W 2011 r. na arenie europejskiej WHO podjęto prace nad wzmocnieniem potencjału ZP w regionie [33, 34]. We wrześniu tego roku podjęto rezolucję zobowiązującą Dyrektora Regionalnego WHO do stworzenia stosownego planu działania [35]. W toku prac m.in. wykonano analizy aktualnego potencjału ZP [36-39]. I tak - w analizie wykonanej w 41 krajach regionu europejskiego ustalono, że najczęściej realizowano pewne działania związane z klasycznie rozumianym ZP, tj. nadzorem nad chorobami (EPHO 1), monitorowaniem zagrożeń i reagowaniem (EPHO 2) oraz profilaktyką chorób (EPHO 5). Najrzadziej zaś działania związane z przygotowaniem kadry (EPHO 7) oraz dotyczące finansowania i stworzenia struktury organizacyjnej (EPHO 8). Najlepiej oceniono jakość realizacji EPHO 1-3 oraz 5, najgorzej jakość EPHO 7 i 8 [37, 38]. Uogólniając można powiedzieć, że lepiej oceniono geograficzny zasięg realizacji funkcji ZP niż jakość tych działań (ryc. 2). Odnotowano też, że większe zasoby ZP, dłuższe oczekiwane trwanie życia oraz mniejsze nierówności w zdrowiu występują w krajach większego dobrobytu (północno-zachodnia część regionu) [38].

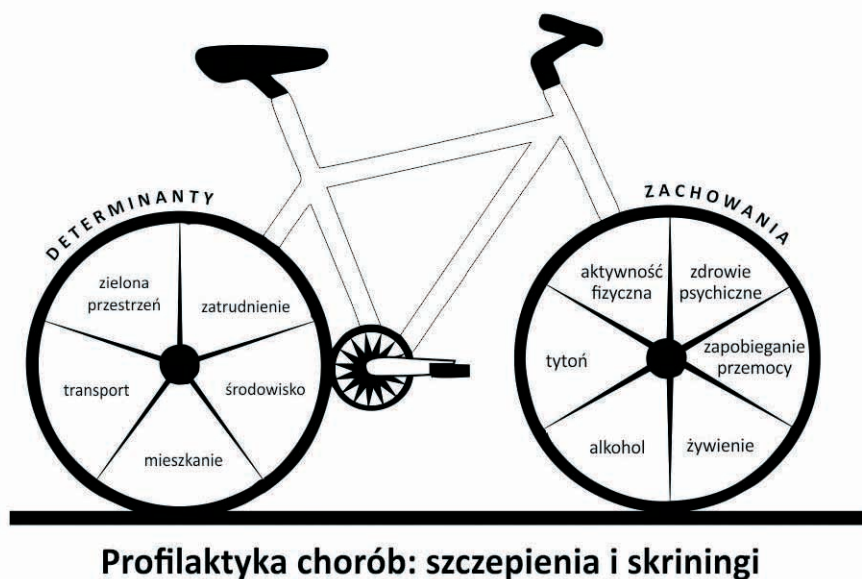


Rycina 2.

Szacunkowy zasięg i jakość realizacji podstawowych funkcji zdrowia publicznego w regionie europejskim WHO. Źródło: WHO (2012).

Równolegle do analizy sytuacji projektowano kierunki prac nad zwiększeniem potencjału. Ostatecznie regionalny plan wzmocnienia potencjału ZP został przyjęty rezolucją Komitetu Regionalnego we wrześniu 2012 r. [40, 41] razem

z rezolucją na temat Health 2020. Obecnie WHO udostępnia liczne opracowania wspierające wykonanie tego planu, w tym na temat efektywności kosztowej działań ZP [42]. Rycina 3 stanowi podsumowanie informacji na temat interwencji o udowodnionej efektywności. Kolejnym ważnym opracowaniem jest narzędzie-kwestionariusz do oceny realizacji EPHOs w poszczególnych krajach [9].



Rycina 3.

Interwencje zdrowia publicznego o udowodnionej efektywności kosztowej. Źródło: WHO (2014).

Ocena realizacji funkcji/potencjału zdrowia publicznego według koncepcji WHO

Narzędzie do oceny, kwestionariusz, opracowane w Biurze Regionalnym WHO dla Europy pn. Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region miało kilka wersji i było testowane w kilku krajach. Ostateczna wersja została opublikowana w 2015 r. [9].

Wszystkie wersje miały jednakową konstrukcję (zestawienie IV), zgodną ze strukturą EPHOs, tj. każda funkcja została pokrótce scharakteryzowana i podzielona na obszary tematyczne (podfunkcje, suboperation), którym przypisano zagadnienia szczegółowe. Niewielkie modyfikacje w kolejnych wersjach dotyczyły głównie sformułowań obszarów/podfunkcji oraz zagadnień szczegółowych. Obszary/podfunkcje oraz zagadnienia szczegółowe z różnych EPHOs nierzadko zachodziły na siebie w znaczącym stopniu (powielają się).

Zestawienie IV.

Konstrukcja narzędzia Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region. Źródło: WHO (2014).

Funkcje ZP	Obszary tematyczne / podfunkcje	Liczba zagadnień szczegółowych
1. Nadzór nad zdrowiem populacji i dobrostanem	1.A. Źródła danych i narzędzia 1.B. Nadzór nad zdrowiem populacji i programy dotyczące chorób 1.C. Nadzór nad funkcjonowaniem systemu zdrowia 1.D. Integracja danych, analiza i raporty	4 17 5 4 (5 ¹)
2. Monitorowanie zagrożeń i sytuacji kryzysowych oraz reagowanie	2.A. Identyfikacja i monitorowanie zagrożeń dla zdrowia 2.B. Przygotowanie do zagrożeń i reagowanie 2.C. Wdrożenie Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych	4 9 6
3. Ochrona zdrowia, w tym bezpieczeństwo środowiskowe, w pracy, żywności	3.A. Ochrona zdrowia środowiskowego 3.B. Ochrona zdrowia w miejscu pracy 3.C. Bezpieczeństwo żywności 3.D. Bezpieczeństwo pacjenta 3.E. Bezpieczeństwo drogowe 3.F. Bezpieczeństwa produktów konsumenckich	7 7 4 6 4 3
4. Promocja zdrowia, w tym działania dotyczące społecznych uwarunkowań zdrowia i nierówności w zdrowiu	4.A. Potencjał międzysektorowy i interdyscyplinarny 4.B. Podejmowanie kwestii uwarunkowań behawioralnych, społecznych i środowiskowych poprzez podejście „cały rząd i całe społeczeństwo dla zdrowia”	3 10
5. Profilaktyka chorób, w tym wczesne wykrywanie chorób	5.A. Profilaktyka pierwotna 5.B. Profilaktyka wtórna 5.C. Profilaktyka trzecio i czwartorzędowa 5.D. Wsparcie społeczne	6 3 3 2
6. Zapewnienie gospodarowania zdrowiem	6.A. Przywództwo dla podejścia „cały rząd i całe społeczeństwo” na rzecz zdrowia i dobrostanu 6.B. Cykl polityki zdrowotnej 6.C. Regulacje i kontrola (patrz także odpowiednie części w EPHO 3)	2 5 4
7. Zapewnienie kompetentnej kadry zdrowia publicznego	7.A. Cykl rozwoju zasobów ludzkich 7.B. Zarządzanie zasobami ludzkimi 7.C. Kształcenie w zakresie zdrowia publicznego 7.D. Gospodarowanie zasobami ludzkimi zdrowia publicznego	4 4 3 2
8. Zapewnienie struktury organizacyjnej i finansowania	8.A. Zapewnienia odpowiednich struktur organizacyjnych do realizacji EPHOs 8.B. Finansowanie świadczeń zdrowia publicznego	7 3
9. Informacja, komunikacja i mobilizacja społeczna na rzecz zdrowia	9.A. Strategiczne i systematyczne podejście do komunikacji w zdrowiu publicznym 9.B. Technologie informacyjne i komunikacyjne na rzecz zdrowia	6 1

10. Rozwój badań w dziedzinie zdrowia publicznego dla potrzeb polityki i praktyki	10.A. Ustalanie krajowego programu badań	2
	10.B. Budowanie potencjału	5
	10.C. Koordynacja działalności badawczej	1
	10.D. Upowszechnianie wiedzy i brokerstwo	3

¹ dla krajów, które nie należą do OECD

Zgodnie z koncepcją WHO ocenie podlegać powinny wszystkie zagadnienia szczegółowe. Ocena powinna przebiegać w trzech etapach. W pierwszym należy udzielić odpowiedzi (tak lub nie) na konkretne zapytanie, albo krótko, ale z detalami opisać daną kwestię. Tam gdzie jest to możliwe mają być podawane dane ilościowe, ale uprawnione są odpowiedzi jakościowe. Ponadto można udzielić odpowiedzi, takich jak: nie rozumiem pytania, nie znam odpowiedzi lub nie dotyczy.

Drugi etap polega na przyznaniu danemu obszarowi/podfunkcji oceny liczbowej w zakresie 0-10 punktów przy zachowaniu następujących reguł:

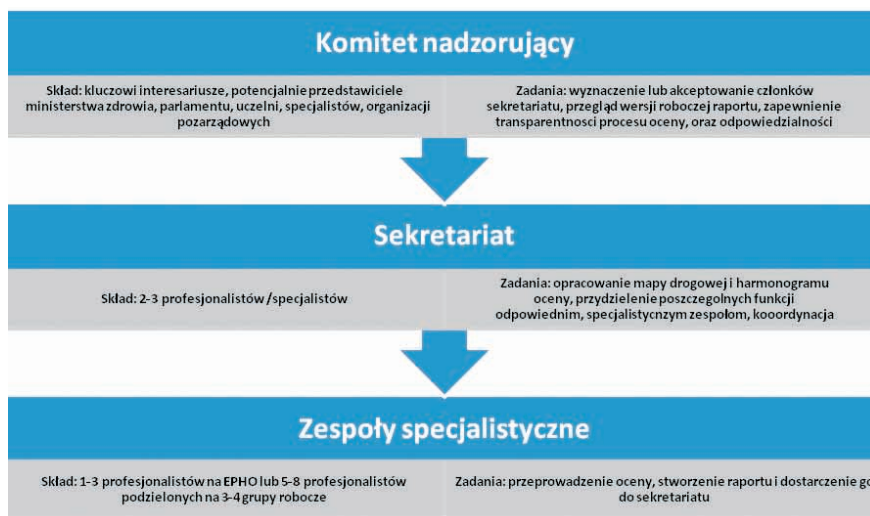
- 0 - nie można ocenić skuteczności tej funkcji na podstawie obecnie dostępnych informacji,
- 1 - brak takich działań/aktywności; aktualnie ta funkcja w ogóle nie jest realizowana,
- 2 - wykonano szczątkowe prace w celu poprawy skuteczności realizacji tej funkcji, ale wymagana jest silniejsza podbudowa i/lub upoważnienie do wykonywania,
- 3 - istnieje wyraźne zobowiązanie do dalszego rozwoju tej funkcji w formalnym dokumencie strategicznym wyrażającym taką wolę, ale nie ma jeszcze żadnych działań praktycznych,
- 4 - są z przeszłości pewne przykłady działań zmierzających do poprawy realizacji tej funkcji, ale są niespójne i wymagają lepszego podejścia,
- 5 - są ramy koncepcyjne do poprawy realizacji tej funkcji oraz pewne działania, które można uznać za odpowiednie, ale są to kroki wstępne i wymagające udoskonalenia,
- 6 - są konkretne doświadczenia i dowody, które pozwalają określić kilka mocnych punktów, ale również wskazać obszary wymagające poprawy,
- 7 - na podstawie zgromadzonego doświadczenia realizacja tej funkcji jest możliwa do przyjęcia, ale nadal istnieją pewne obszary wymagające szczególnej pracy,
- 8 - realizacja tej funkcji jest solidna i dobra, chociaż są jeszcze pojedyncze obszary, które mogą być ulepszone,
- 9 - dowody pokazują, że funkcja jest szczególnie dobrze (skutecznie) realizowana; nie ma kwestii, które wymagają korekty,

10 - opierając się na niezależnych i obiektywnych dowodach realizacja tej funkcji jest doskonała; może być modelowym przykładem dla innych krajów; może być wykorzystana do międzynarodowych badań benchmarkingu w celu tworzenia najlepszych praktyk w regionie europejskim WHO.

W trzecim etapie należy wskazać działania, które są potrzebne do poprawy realizacji danego obszaru/podfunkcji, a więc:

- G (governance) - gospodarowanie/zarządzanie;
- F (financing) - finansowanie;
- RG (resource generation) - budowanie zasobów, w tym zasobów ludzkich, leków i technologii, informacji, badań;
- SD (service delivery) - dostarczanie świadczeń.

Zgodnie z podejściem WHO wyrażonym w Światowym Raporcie Zdrowia z 2000 r. działania o takim charakterze są podstawą funkcjonowania całych systemów zdrowotnych [43]. W finalnej wersji kwestionariusza opisano strukturę organizacyjną procesu oceny (ryc. 4).



Rycina 4.

Struktura organizacyjna procesu oceny podstawowych funkcji zdrowia publicznego. Źródło: WHO (2015).

Zaproponowane przez WHO narzędzie oraz metoda jego wykorzystania mają kilka istotnych ograniczeń, co podkreślają autorzy kwestionariusza [9]. Po pierwsze, poruszane kwestie są usystematyzowane według EPHOs, ale nie pozwalają ocenić zdolności ZP w odniesieniu do jakiegoś konkretnego problemu zdrowotnego. I tak, gdyby należało oszacować potencjał ZP związany z przeciwdziałaniem

chorobom zakaźnym, należałoby odwołać się do wszystkich EPHOs. Po drugie, kwestionariusz może być uznany zarówno za zbyt wyczerpujący, jak zbyt krótki, uproszczony. ZP jest dziedziną interdyscyplinarną i wielosektorową, toteż trudno jest zachować równowagę między kompleksowością kwestionariusza a jego użytecznością. Po trzecie, w odniesieniu do funkcji ułatwiających (zwłaszcza EPHO 6-8) kwestionariusz nie jest dostatecznie specyficzny, aby ocenić bardzo różnorodne podmioty aktywne w dziedzinie ZP. Po czwarte w końcu, sama metoda samooceny ma liczne ograniczenia wynikające z cech, potrzeb i oczekiwań osób czy zespołów oceniających.

Poza tym można mieć wątpliwości co do sposobów wykorzystania wyników takiej oceny. Proponowana metoda pozwala uzyskać jakąś fotografię sytuacji, ale nie podpowiada sposobów priorytetyzacji kierunków prac nad wzmocnieniem potencjału.

3. Inne podejścia do potencjału zdrowia publicznego i jego oceny

W piśmiennictwie istnieją liczne przykłady struktury i składowych potencjału ZP lub narzędzi do jego budowy [44-49], w tym związane z poszczególnymi obszarami działania, jak np. z promocją zdrowia (PZ) [50-53], współpracą ze społecznością [54-59], profilaktyką chorób (np. HIV [60], chorobami przewlekłymi [61]), szerszą tematyką zdrowotną (np. żywieniem [62]), badaniami naukowymi [63, 64] czy zasobami kadrowymi [65].

Prezentowane w piśmiennictwie podejścia do składowych potencjału ZP i PZ są bardzo zróżnicowane, jednak można w nich wyróżnić siedem powszechnie uwzględnianych domen [66]:

- Struktura organizacyjna;
- Zasoby;
- Partnerstwo;
- Zasoby kadrowe;
- Tworzenie wiedzy;
- Przywództwo i kierownictwo;
- Kontekst krajowy, klimat polityczny.

Trzeba pamiętać, że operacjonalizacja tych domen (składowych) w poszczególnych podejściach może być odmienna.

Koncepcja oceny funkcji/potencjału ZP przyjęta przez WHO jest unikatowa, ściśle dostosowana do struktury EPHOs i na tle piśmiennictwa międzynarodowego wyróżnia się swoją odmiennością. Najczęściej bowiem potencjał ZP (podobnie jak potencjał PZ) łączy się bezpośrednio z organizacją, strukturą, albo procesami (np. potencjał PZ [52]), a rzadko funkcjami.

4. Ocena realizacji funkcji/potencjału zdrowia publicznego w Polsce

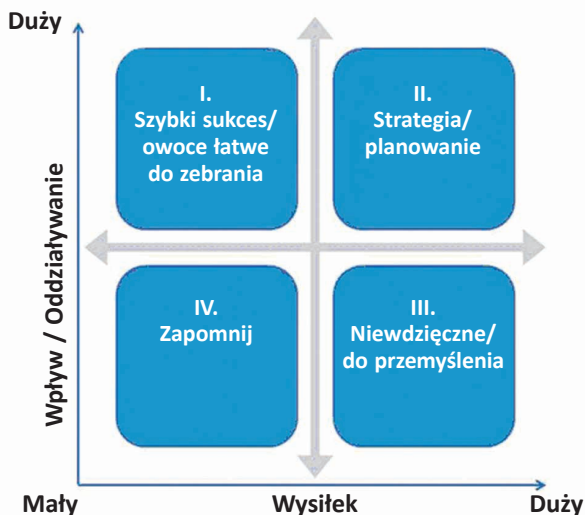
Dotychczas w Polsce wykonywano niewiele badań ściśle ukierunkowanych na analizę potencjału ZP. Relatywnie silny jest nurt analizy prawa związanego ze ZP [67-69]. Sporo uwagi poświęcono również zasobom kadrowym [70-74], kwestiom związanym z doradztwem nauki [75, 76] i stanem badań w tej dziedzinie [77, 78], a także polityce zdrowotnej [79].

W 2015 r. wykonano natomiast dwie - różne metodycznie - próby oceny realizacji funkcji ZP (potencjału ZP) w oparciu o kwestionariusz WHO. Jedna została wykonana w ramach Dwuletniej Umowy o Współpracy dotyczącej działań w zakresie wzmacniania funkcji ZP, zawartej pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a WHO na lata 2014-15. W wyniku ustaleń przyjęto, że Polska dokona oceny podstawowych funkcji ZP w oparciu o narzędzie WHO. Koordynacji zadania podjął się Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny. Jako wsparcie tego procesu eksperci Biura WHO w Kopenhadze odbyli krótkie misje w grudniu 2014 r. i maju 2015 r.

Kolejnej oceny dokonano w ramach Projektu predefiniowanego pn. Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu (współfinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014) w ramach Programu Operacyjnego PL13.

Ocena przeprowadzona w ramach współpracy Ministerstwa Zdrowia z WHO

W procesie oceny funkcji/potencjału ZP uwzględniono wszystkie funkcje EPHOs i wybrane podfunkcje. Ocenę prowadziło 36 ekspertów, w znacznej części tych samych, którzy prowadzili ocenę w projekcie Programu Operacyjnego PL13. Zadanie ekspertów było zgodne z intencją WHO, tj. polegało na opisanu zagadnień szczegółowych w obrębie danej podfunkcji ZP, wystawieniu oceny za realizację podfunkcji (w skali 0-10 punktów, patrz wyżej) oraz wskazaniu działań, które są potrzebne do poprawy (załącznik A). Następnie odbyły się dwa spotkania robocze z ekspertami oceniającymi, podczas których omówiono uzyskane wyniki, zdefiniowano mocne i słabe strony poszczególnych funkcji oraz sformułowano rekomendacje. Później ustalono kryteria do wyboru priorytetów działania. W wyniku sugestii przedstawicielki WHO pani Elke Jakubowski przyjęto, że priorytety będą wybierane za pomocą powszechnie stosowanej metody, tj. czteropolowej matrycy/macierzy wysilek-wpływ (ryc. 5). Autorem tego narzędzia jest Dave Gray specjalizujący się w konsultingu w zarządzaniu.



Rycina 5.

Matryca wysiłek-wpływ do wyboru priorytetów.

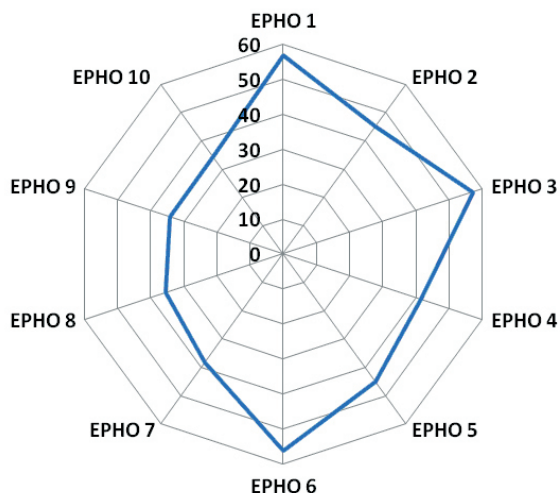
Matryca wyznacza następującą kolejność priorytetów:

- I. Działania o dużym oddziaływaniu (wpływie) możliwe do uzyskania przy małym wysiłku (pole matrycy: szybki sukces, „owoce łatwe do zebrania”); są to najbardziej atrakcyjne idee/projekty, przynoszą duże korzyści przy stosunkowo niewielkich nakładach i mają wysoki priorytet;
- II. Działania o dużym oddziaływaniu przy dużym wysiłku (pole: strategia, planowanie); są to poważne projekty, które wymagają zwykle długiego czasu, mogą być skomplikowane w realizacji;
- III. Działania o niewielkim oddziaływaniu wymagające znacznego wysiłku (pole: (niewdzięczne, do przemyślenia)); są to projekty do rozważenia, takie w które raczej nie należy się aktualnie angażować, ponieważ mogą poczekać; można do nich wrócić w stosownych okolicznościach;
- IV. Działania o małym wpływie i małych wysiłkach (pole: zapomnij); są to działania o najniższym priorytecie, w które nie warto się angażować, ponieważ ich efekt jest mizerny, a pochłaniają czas i wysiłek, które mogą być lepiej spożytkowane.

Za pomocą tej metody eksperci mieli ustalić wysokie oraz niskie priorytety, ale ten etap przysporzył najwięcej kłopotów i wątpliwości.

Na podstawie wyników oceny przeprowadzonej pod egidą WHO można powiedzieć, że żadna z funkcji nie uzyskała wszystkich możliwych punktów [80]. Eksperti najlepiej ocenili realizację funkcji EPHO 1 (nadzór nad zdrowiem) oraz

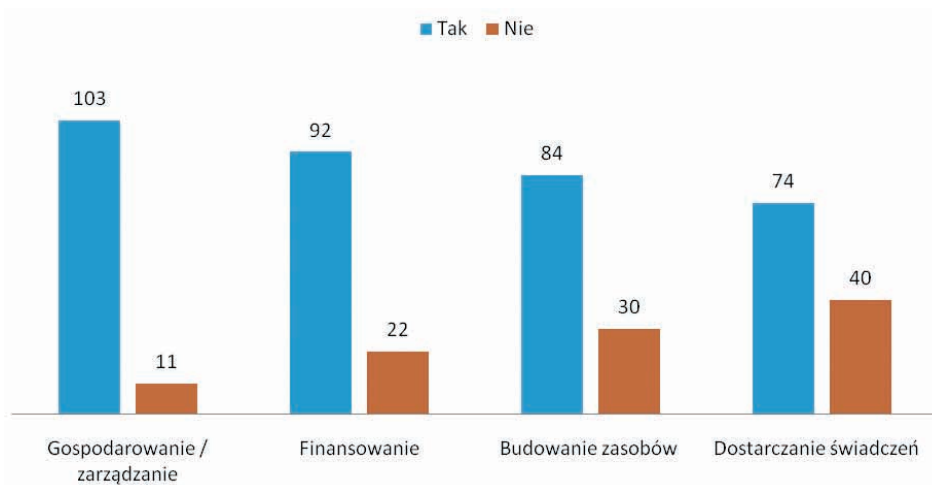
6 (gospodarowanie systemem), a najgorzej funkcje 8-10 (struktura, informacja, badania) (ryc. 6)



Rycina 6.

Realizacja funkcji zdrowia publicznego w Polsce (stosunek liczby punktów uzyskanych w ocenie do maksymalnej liczby punktów możliwej do uzyskania przy danym zakresie analizy, w %). Opracowanie własne.

Zarazem eksperci stwierdzili, że dla poprawy realizacji funkcji ZP największe znaczenie ma gospodarowanie/zarządzanie, a następnie finansowanie, budowanie zasobów i dostarczanie świadczeń (ryc. 7).



Rycina 7.

Liczba podfunkcji, których poprawa zależy od gospodarowania/zarządzania, finansowania, budowania zasobów i dostarczania świadczeń (n=114). Opracowanie własne.

Najwyższy priorytet nadano następującym działaniom [80]:

- Określenie zasad efektywnego wykorzystania danych publicznych dla potrzeb ZP (EPHO 1);
- Poprawienie komunikacji kryzysowej (EPHO 2);
- Prowadzenie niezależnej, zewnętrznej ewaluacji programów promocji zdrowia (EPHO 4);
- Ustanowienie definicji pracownika zdrowia publicznego oraz podstawowych kompetencji pracowników zdrowia publicznego (EPHO 7)
- Utworzenie systemu gromadzenia danych nt. kadr zdrowia publicznego (EPHO 7);
- Określenie priorytetów badawczych dla potrzeb ZP (EPHO 10).

Ocena przeprowadzona w ramach Projektu predefiniowanego pn. Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego PL13

Ocenę wykonano na podstawie pilotażowej wersji kwestionariusza WHO opublikowanej we wrześniu 2014 r. Koordynatorzy projektu zrezygnowali z oceny EPHO 9, tj. informacji, komunikacji i mobilizacji społecznej. W pozostałych funkcjach wybrali obszary tematyczne/podfunkcje do analizy. Ocenę przeprowadziło 43 ekspertów, specjalizujących się w danym obszarze, wybranych przez koordynatorów projektu. Zadanie ekspertów polegało na opisanie danej podfunkcji zgodnie z punktami w kwestionariuszu WHO, podsumowaniu ocenianego przez siebie fragmentu, w tym sformułowaniu rekomendacji odnośnie do poprawy sytuacji. Ponieważ nie wszyscy eksperci wykonali zadanie w taki sposób, to zespół redakcyjny niniejszego opracowania w wielu miejscach dokonał uzupełnień i korekt. Zakres analizy oraz charakterystykę przedstawionej oceny eksperckiej (tj. obecność opisu i podsumowania) zamieszczono w załączniku A. Wyniki tej oceny są podstawą niniejszego opracowania.

5. Propozycje dalszych kroków

Materiał uzyskany w wyniku obu ocen realizacji funkcji/potencjału ZP w Polsce jest pouczający, bardzo obszerny, ale nie zawsze wyczerpujący i adekwatny do założeń WHO. Poszczególne EPHO są omówione przez ekspertów w bardzo różnorodny sposób, poczynając od prologów teoretycznych i aspektów historycznych, poprzez aktualny stan prawny, a kończąc na prezentacji wyników badań czy efektów realizacji funkcji oraz na ogólnie nakreślonych kierunkach poprawy sytuacji. W efekcie otrzymaliśmy twórczo do opracowywania strategii rozwoju

ZP w kraju. Nie jest to jednak wystarczające do tworzenia planów operacyjnych. Ponadto w wyniku uchwalenia ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym [81], a więc już po zamknięciu prac nad większością rozdziałów oraz innych zdarzeń, nastąpiły pewne zmiany w strukturze organizacyjnej oraz funkcjonowaniu ZP. W związku z tym racjonalne wydaje się uściślenie kierunków przyszłych prac i ponowne przeprowadzenie procesu oceny potencjału ZP uwzględniając przy tym:

- Wyznaczenie podmiotu odpowiedzialnego za przygotowanie, realizację i koordynację procesu oceny oraz za jego wyniki (w tym wzmocnienie potencjału), najlepiej spośród podmiotów administracji rządowej;
- Wskazanie celu procesu (np. opracowanie ogólnokrajowej całościowej strategii wzmocnienia potencjału ZP, stworzenie planów operacyjnych w konkretnych funkcjach EPHOs lub problemach zdrowotnych, zmiana ustawodawstwa i regulacji, prowadzenie badań, itp.);
 - Do wyboru celów można wykorzystać rekomendacje odnośnie do każdego EPHO zawarte w tym opracowaniu, tj. przyznać pierwszeństwo jednym zaleceniom przed innymi (patrz: 5.1. Metody wyboru priorytetów);
- Wybranie uczestników procesu oceny (osób oceniających), utworzenie grup roboczych do pracy nad daną kwestią, ustalenie planu pracy i komunikacji, regularna komunikacja uczestników i koordynatorów;
- Precyzyjne wskazanie obszarów do oceny potencjału (np. wszystkie albo niektóre obszary działania);
 - W przypadku korzystania z narzędzia WHO przetłumaczenie go na język polski (w całości lub fragmentach) oraz zaopatrzenie w odpowiednie wyjaśnienie, słowniczek, itp.;
 - W przypadku decyzji o wykorzystaniu innej metody oceny potencjału stworzenie odpowiedniego narzędzia wraz z wyjaśnieniami;
- Precyzyjne wskazanie oraz egzekwowanie ustaleń, w jakiej formie mają być prezentowane wyniki procesu, np.:
 - Rejestracja stanu faktycznego (jak jest?) czy krytyczna analiza i ocena sytuacji (dlaczego tak jest?);
 - Projektowanie stanu proponowanego pod postacią zaleceń ogólnych czy szczegółowych propozycji (jak może być?, jak być powinno?);
- Ustalenie reguł i metod wyboru priorytetów (patrz: 5.1. Metody wyboru priorytetów);
- Zaplanowanie procesu budowy/wzmocnienia potencjału ZP (patrz: 5.2. Budowanie potencjału zdrowia publicznego).

Metody wyboru priorytetów działania

Ocena potencjału ZP jest przedsięwzięciem, którego finalnym efektem powinna być jego poprawa - wzmocnienie. To zaś ma służyć trwałości (sustainability) systemu zdrowia publicznego, rozumianego jako stabilne/trwałe funkcjonowanie, które przyczynia się do osiągania założonych celów [62]. A zatem ocenie powinno towarzyszyć wskazanie obszarów wymagających poprawy lub działań niezbędnych do tego celu. Jeśli lista obszarów czy działań jest długa (lista opcji do wyboru), to niezbędne staje się wyznaczenie obszarów/działań priorytetowych.

W piśmiennictwie z dziedziny ZP podawane są liczne metody wyboru priorytetów [82-84]. Znaczna część publikacji dotyczy metod ustalania priorytetów badawczych [85-88].

Do najczęściej stosowanych metod wyboru priorytetów działania należą [84]:

- Wybór bezpośredni (dotmocracy);
- Porównanie parami (paired comparisons);
- Czteropolowa matryca/macierz decyzyjna (quadrant analysis, decision box);
- Wielopolowa siatka decyzyjna (grid analysis).

Niezależnie od stosowanej metody wyboru priorytetów niezbędne jest ustalenie jasnych, przejrzystych kryteriów wyboru, wyjaśnienie tych kryteriów i uzgodnienie z osobami, które będą dokonywać wyboru (dalej nazywanych uczestnikami), a także objaśnienie procesu, jego celów i skutku (np. czy będziemy wybierać jeden czy więcej priorytetów, czy wybór będzie wiążący dla stosownych gremiów, itp.). Podczas wyboru priorytetów ważną rolę odgrywa animator („facylitator”) procesu. Powinna nim być osoba kompetentna, neutralna i biegła w moderowaniu.

Wybór bezpośredni, głosowanie. Jest to metoda najłatwiejsza, ale najbardziej subiektywna. Dobrze sprawdza się w przypadku dużej liczby uczestników (20-30 osób), gdy potrzebna jest szybka orientacja odnośnie do ich przekonań, gdy uczestnicy nie są zainteresowani udziałem w bardziej skomplikowanym procesie lub nie mogą brać w nim udziału.

Należy sporządzić listę opcji do wyboru wykorzystując np. tablicę albo flip-chart. Uczestnicy otrzymują 1-3 kartki (zwykle samoprzylepne) i są proszeni o umieszczenie ich przy wybranej opcji. Przyklejanie kartek można zastąpić stawianiem gwiazdek/kropek. Uczestnicy muszą wiedzieć ile mogą oddać głosów i ile mają na to czasu. Opcje, które otrzymały najwięcej głosów stają się priorytetami.

Porównanie parami. Niezbędne jest ustalenie tylko jednego kryterium wyboru opcji, np. ważność, pilność, wykonalność, wpływ/oddziaływanie. Metoda jest odpowiednia w sytuacji, gdy uczestników jest mniej (10-15 osób), gdy nie są zainteresowani uczestnictwem w bardziej skomplikowanym procesie albo nie mogą brać w nim udziału. Metoda może być wykorzystana jako uzupełnienie, dokończenie wyboru bezpośredniego, czyli po ograniczeniu liczby opcji do wyboru. Metoda jest bardziej precyzyjna niż głosowanie, ponieważ skłania uczestników do wartościowania.

Należy sporządzić listę opcji do wyboru (np. A, B, C, D), a następnie przygotować tablicę krzyżową według poniższego wzoru (najlepiej na kartce papieru):

	Opcja A	Opcja B	Opcja C	Opcja D
Opcja A				
Opcja B				
Opcja C				
Opcja D				

Każdy uczestnik otrzymuje tablicę.

Uczestnicy porównują opcje na zasadzie każda z każdą, tj. A z B, A z C, A z D, B z C, B z D, itd. Przewagę jednej opcji nad drugą, skalę zwycięstwa, ocenia się w skali 0-3 punkty. Wynik wartościowania zapisuje się jak na przykład:

	Opcja A	Opcja B	Opcja C	Opcja D
Opcja A		A - 2	C - 1	D - 3
Opcja B			C - 2	D - 3
Opcja C				D - 1
Opcja D				

Zapis ten oznacza, że w wyniku porównania opcji A z B przewagę ma A nad B w skali 2 punktów. Następnie sumuje się liczbę punktów: A = 2, B = 0, C = 3, D = 7. W takim przypadku priorytetem jest opcja D.

Bardzo ważne jest, aby na wstępie ustalić zasady ustalania ostatecznych wyników porównania: można mechanicznie zsumować punkty przyznane przez wszystkich uczestników, posłużyć się średnią ocen albo omówić poszczególne pary opcji i uzgodnić, co jest priorytetem.

Czteropolowa matryca/macierz decyzyjna. Jest to modyfikacja tzw. matrycy decyzyjnej Eisenhowera, nazywanej też matrycą pilne-ważne. Matryca ta służy podejmowaniu decyzji w sytuacjach, które 34. prezydent USA generał Dwight

David Eisenhower (1890-1969) określił w taki sposób: „to co jest ważne, rzadko jest pilne, a to co jest pilne, jest rzadko ważne”. Zgodnie z tą koncepcją najpierw należy wykonać zadania i pilne, i ważne.

Metodę matrycy czteropolowej można wykorzystać do wyboru priorytetów, gdy mamy ustalone dwa wyraziste kryteria wyboru, jak np.: wysiłek-wpływ, koszt-zysk, podaż-popyt, itp. Oceny dokonuje się również w podziale dychotomicznym, np. duży-mały, tak-nie, dobry-zły. Do oceny stosuje się następującą tablicę:

	Mały wpływ	Duży wpływ
Duży wysiłek	Karuzela dla chomika Unikać	Zastanowić się nad alokacją zasobów
Mały wysiłek	Trywialne Zastanowić się, czy można zrezygnować	Owoce łatwe do zebrania Zdecydowanie robić/ kontynuować

Więcej szczegółów podano w rozdziale pt. „Ocena przeprowadzona w ramach współpracy Ministerstwa Zdrowia z WHO”.

Wielopolowa siatka decyzyjna. Metoda ta sprawdza się w sytuacji, kiedy musimy lub powinniśmy bronić naszej decyzji, udowodnić jej zasadność. W porównaniu do innych metod jest trudniejsza, wymaga większego zaangażowania i współpracy uczestników oraz pochłania więcej czasu. Jest użyteczna dla formalnych, opłacanych zespołów, które pracują nad planami opartymi na dowodach naukowych.

Po wyborze i zdefiniowaniu opcji (np. A, B, C, D), następnym krokiem jest ustalenie kryteriów oceny, np.: koszt, wysiłek, spodziewany efekt/wpływ, wykonalność, zgodność z nadrzędnymi celami, itp. Kryteria można oceniać w skali 1-3 punkty, gdzie 1 = ocena niska, 2 = średnia, 3 = dobra lub 1-4 punkty, gdzie 1 = niska/słaba, 2 = dobra, 3 = bardzo dobra, 4 = doskonała. Można również nadać wagę poszczególnym kryteriom od 1 do 5 punktów, gdzie 5 oznacza kryterium najważniejsze. Siatka decyzyjna wygląda następująco:

	Skala ocen: 1 = niska, 2 = OK, 3 = dobra				Razem
	Zgodność z celami/ mandatem	Zgodność z planami	Koszt wdrożenia	Spodziewany efekt	
Waga kryterium	5	2	3	4	
Opcja A					
Opcja B					
Opcja C					
Opcja D					

Po nadaniu ocen przez uczestnika wygląda na przykład tak:

	Skala ocen: 1 = niska, 2 = OK, 3 = dobra				Razem
	Zgodność z celami/mandatem	Zgodność z planami	Koszt wdrożenia	Spodziewany efekt	
Waga kryterium	5	2	3	4	
Opcja A	3	1	1	2	
Opcja B	2	1	2	1	
Opcja C	1	1	3	1	
Opcja D	1	3	1	3	

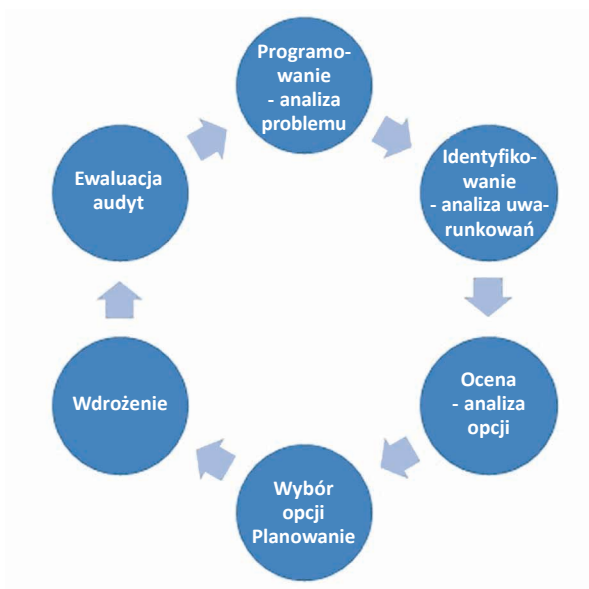
Po uwzględnieniu wagi kryterium:

	Skala ocen: 1 = niska, 2 = OK, 3 = dobra				Razem
	Zgodność z celami/mandatem	Zgodność z planami	Koszt wdrożenia	Spodziewany efekt	
Waga kryterium	5	2	3	4	
Opcja A	$3 \times 5 = 15$	$1 \times 2 = 2$	$1 \times 3 = 3$	$2 \times 4 = 8$	28
Opcja B	$2 \times 5 = 10$	$1 \times 2 = 2$	$2 \times 3 = 6$	$1 \times 4 = 4$	22
Opcja C	$1 \times 5 = 5$	$1 \times 2 = 2$	$3 \times 3 = 9$	$1 \times 4 = 4$	20
Opcja D	$1 \times 5 = 5$	$3 \times 3 = 6$	$1 \times 3 = 3$	$3 \times 4 = 12$	26

Należy zauważyć, że nadanie wagi poszczególnym kryteriom zmienia wynik oceny. Opcja A zwycięża przy użyciu wagi kryterium, natomiast opcja D, gdy nie bierze się pod uwagę wagi kryterium.

Budowanie potencjału zdrowia publicznego

Budowa potencjału powinna być zgodna z procedurami planowania powszechnie wykorzystywanymi w ZP, tj. z cyklem życia projektu (ryc. 8) [89] oraz tzw. modelem logicznym (logic model) (ryc. 9) [90, 91].



Rycina 8.

Cykl życia projektu. Źródło: European Commission (2004).



Rycina 9.

Model logiczny programu/projektu. Źródło: W.K. Kellogg Foundation (2004).

6. Piśmiennictwo

1. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era - Leading Health Promotion into the 21st Century. Jakarta 21-25 July, 1997.
<http://who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index2.html>
2. Institutes of Medicine. Division of Health Care Services. The future of public health. Committee for the Study of the future of Public Health. National Academy Press, Washington D.C., 1988: 13-15.
3. Goodman R, Speers M, McLeroy K i wsp. Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Educ Behav* 1998, 25(3): 258-278.
4. Turnock BK. *Essentials of public health*. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury 2001: 10.

5. Healthiest Wisconsin 2020 Profiles: This Healthiest Wisconsin 2020. Infrastructure Focus Area Profiles. Public health capacity and quality. Wisconsin Department of Health Services. July 2010: 44.
<https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p0/p00815-infra-profiles.pdf>
6. Management Sciences for Health. Capacity building.
<https://www.msh.org/our-work/practice/capacity-building>
7. Public Health Ontario. Health Promotion Capacity Building Services and Resources.
<https://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/HealthPromotion/Pages/Health-Promotion-Capacity-Building-Services-and-Resources.aspx>
8. Labonte R, Laverack G. Capacity building in health promotion. Part 1: for whom? And what purpose? *Critical Public Health* 2001, 11(2): 111-127.
9. World Health Organization. Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2015.
<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/self-assessment-tool-for-the-evaluation-of-essential-public-health-operations-in-the-who-european-region-2015>
10. Tulchinsky TH, Varavikova EA. The new public health. Wyd. 2. Elsevier, Amsterdam 2009: 45.
11. World Health Organization. Strengthening public health capacity and services in Europe. A concept paper. WHO Regional Office for Europe, Durham University, School of Medicine and Health. Copenhagen 2011.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/152683/e95877.pdf?ua=1
12. World Health Organization. Health 2020 - The European policy framework for health and well-being. Resolution EUR/RC62/R4. Regional Committee for Europe, Malta, 10-13 September 2012.
<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/resolutions-and-decisions/eurrc62r4-health-2020-the-european-policy-framework-for-health-and-well-being>
13. World Health Organization. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. WHO Regional Office for Europe, UCL Institute of Health Equity, Copenhagen 2013.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf
14. World Health Organization. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2013.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1
15. Cianciara D, Piętka S, Sytnik-Czetwertyński J i wsp. Essential public health operations in the WHO European Region. *Post N Med* 2016, XXIX(5): 316-321.
16. World Health Organization. Health 2020 implementation package. Regional Office for Europe.
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/implementation-package>
17. World Health Organization. Targets and indicators for Health 2020. Version 3 (2016). WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2016.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/317936/Targets-indicators-Health-2020-version3.pdf?ua=1
18. World Health Organization. The European health report 2015. Targets and beyond - Reaching new frontiers in evidence. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2015.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/288645/European-health-report-2015-Targets-beyond-reaching-new-frontiers-evidence-full-book-en.pdf?ua=1
19. World Health Organization. Information document. The evidence base of Health 2020. WHO Regional Office for Europe, Regional Committee for Europe, Malta, 10-13 September 2012.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/170502/RC62-id02-Eng.pdf?ua=1

20. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. WHO Regional office for Europe, Copenhagen 2012.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf?ua=1
21. WHO Regional Office for Europe. EPHO3: Health protection including environmental occupational, food safety and others.
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations/epho3-health-protection-including-environmental-occupational,-food-safety-and-others>
22. Mądrala A. System ochrony zdrowia w Polsce. Diagnoza i kierunki reformy. Akademia Zdrowia 2030. Warszawa 2013: 8.
http://www.polisynazdrowie.pl/files/system_ochrony_zdrowia_akademia_zdrowia_2013.pdf
23. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
24. WHO Regional Office for Europe. EPHO4: Health Promotion including action to address social determinants and health inequity.
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations/epho4-health-promotion-including-action-to-address-social-determinants-and-health-inequity>
25. WHO Regional Office for Europe. EPHO5: Disease prevention, including early detection of illness.
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations/epho5-disease-prevention,-including-early-detection-of-illness2>
26. Martin-Moreno JM, Harris M, Jakubowski E i wsp. Defining and Assessing Public Health Functions: A Global Analysis. *Annu. Rev. Public Health* 2016, 37: 335-355.
27. Cianciara D. Zdrowie publiczne - nauka i sztuka poprawy zdrowia populacji oraz jakości życia ludzi. [w:] Cianciara D. (red.). Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2014: 17-27.
28. A Framework for Core Functions In Public Health. Resource Document. Population Health and Wellness. Ministry of Health Services Province of British Columbia. March 2005.
http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2005/core_functions.pdf
29. Core Public Health Functions for New Zealand. A report of the New Zealand Public Health Clinical Network. 30 September 2011.
<http://www.rph.org.nz/content/1a79cc74-2d88-45de-ba1b-31b301ade08f.cmr>
30. National Public Health Partnership (NPHP). Public Health Classifications Project Phase One: Final Report. NPHP, Melbourne 2006.
http://phidu.torrens.edu.au/pdf/2005-2009/ph_classifications_report_phase1.pdf
31. Bettcher DW, Sapirie S, Goo ET. Essential public health functions: results of the international Delphi study. *World Health Stat Q* 1998, 51(1): 44-54.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55726/1/WHSQ_1998_51_1_p44-54_eng.pdf
32. Jorm L, Gruszyn S, Churches T. A multidimensional classification of public health activity in Australia. *Australia and New Zealand Health Policy* 2009; 6: 9.
33. World Health Organization. Strengthening Public Health Capacities and Services in Europe: A Framework for Action. First meeting of the European Health Policy Forum for High-Level Government Officials. Andorra la Vella, Andorra, 9-11 March 2011.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/134300/09E_StrengtheningPublicHealthFramework_110452_eng.pdf

34. World Health Organization. Strengthening public health capacities and services in Europe: a framework for action. Regional Committee for Europe. Sixty-first session, Baku, Azerbaijan, 12-15 September 2011.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/147914/wd10E_StrengtheningPublicHealth_111348.pdf
35. World Health Organization. Strengthening public health capacities and services in Europe: a framework for action. Resolution EUR/RC61/R2. Regional Committee for Europe Sixty-first session Baku, Azerbaijan, 12-15 September 2011.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/150623/RC61_Res_02.pdf
36. World Health Organization. Preliminary review of institutional models for delivering essential public health operations in Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2012.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/172731/Preliminary-review-of-institutional-models-for-delivering-essential-public-health-operations-in-Europe.pdf?ua=1
37. World Health Organization. Review of public health capacities and services in the European Region. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen 2012.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/172729/Review-of-public-health-capacities-and-services-in-the-European-Region.pdf?ua=1
38. World Health Organization. EUR/RC62/Inf.Doc./5 Strengthening public health services across the European Region - a summary of background documents for the European Action Plan. Regional Office for Europe. Malta 10-13 September 2012.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/172016/RC62-id05-final-Eng.pdf?ua=1
39. World Health Organization. Public health policy and legislation instruments and tools: an updated review and proposal for further research. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2012.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/172730/PH-tools-and-Instruments-rev-ENG.pdf?ua=1
40. World Health Organization. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. Resolution EUR/RC62/R5. Regional Committee for Europe. Sixty-second session Malta, 10-13 September 2012.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/173616/RC62rs05-EAP-ENG.pdf
41. World Health Organization. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. WHO Regional Office for Europe. Malta 10-13 September 2012. Resolution EUR/RC62/R5
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf?ua=1
42. World Health Organization. The case for investing in public health. Who Regional Office for Europe, Copenhagen 2014.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/278073/Case-Investing-Public-Health.pdf?ua=1
43. World Health Organization. The world health report 2000 - Health systems: improving performance. WHO, Geneva 2000: 25.
http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ch2_en.pdf?ua=1
44. Handler A, Issel M, Turnock B. A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System. *Am J Public Health* 2001, 91(8): 1235-1239.
45. Heller RF, Chongsuvivatwong V, Hailegeorgios S i wsp. People's Open Access Education Initiative. Capacity-building for public health: <http://peoples-uni.org>. *Bull World Health Organ*. 2007, 85(12): 930-934.
46. Griffiths S, Wright J. (red.). Public health capacity: the challenges for public health. Faculty of Public Health, May 2008.
http://www.fph.org.uk/uploads/public_health_capacity.pdf
47. Jacobson PD, Neumann PJ. A framework to measure the value of public health services. *Health Serv Res*. 2009, 44(5, Pt 2):1880-1896.

48. Aluttis CA, Chiotan C, Michelsen M i wsp. Review of Public Health Capacity in the EU. Published by the European Commission Directorate General for Health and Consumers. Luxembourg, 2013. http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/report_ph_capacity_2013_en.pdf
49. Wallar LE, McEwen SA, Sargeant JM i wsp. Development of tiered framework for public health capacity in Canada. *Public Health* 2016, 136: 192-195.
50. Labonte R, Laverack G. Capacity building in health promotion, part 1: For whom? And for what purpose? *Critical Public Health* 2001, 11 (2): 111-127.
51. Catford J. The Bangkok Conference: steering countries to build national capacity for health promotion. *Health Promotion International* 2005, 20(1): 1-6.
52. Mittelmark MB, Fosse E, Jones C i wsp. Mapping European capacity to engage in health promotion at the national level: HP-Source.net. *Promotion and Education* 2005, Suppl 1: 33-39.
53. Robinson K, Elliott SJ, Driedger SM i wsp. Using linking systems to build capacity and enhance dissemination in heart health promotion: a Canadian multiple-case study. *Health Educ Res.* 2005, 20(5): 499-513.
54. Goodman RM, Speers MA, McLeroy K i wsp. Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Educ Behav* 1998, 25(3): 258-278.
55. Crisp BR, Swerissen H, Duckett SJ. Four approaches to capacity building in health: consequences for measurement and accountability. *Health Promotion International* 2000, 15 (2): 99-107.
56. Blackwell AG, Colmenar RA. Community building: From local wisdom to public policy. *Public Health Reports* 2000, 115(2-3): 161-166.
57. Gibbon MR, Labonte R, Laverack G. Evaluating community capacity. *Health and Social Care in the Community* 2000, 10(6): 485-491.
58. Germann K, Wilson D. Organizational capacity for community development in regional health authorities: A conceptual model. *Health Promotion International* 2004, 19 (3): 289-298.
59. Maclellan-Wright MF, Anderson D, Barber S i wsp. The development of measures of community capacity for community-based funding programs in Canada. *Health Promotion International* 2007, 2(4): 299-306.
60. Nu'Man J, King W, Bhalakia A, Criss S. A framework for building organizational capacity integrating planning, monitoring, and evaluation. *J Public Health Manag Pract.* 2007, (suppl): S24-S32.
61. Hanusaik N, O'Loughlin JL, Kishchuk N i wsp. Organizational capacity for chronic disease prevention: a survey of Canadian public health organizations. *Eur J Public Health* 2010, 20(2): 195-201.
62. Baillie E, Bjarnholt C, Gruber M i wsp. A capacity-building conceptual framework for public health nutrition practice. *Public Health Nutrition* 2007, 12(8): 1031-1038.
63. Stillman FA, Wipfli HL, Lando HA i wsp. Building capacity for international tobacco control research: the Global Tobacco Research Network. *Am J Public Health.* 2005, 95(6): 965-968.
64. Meyer AM, Davis M, Mays GP. Defining organizational capacity for public health services and systems research. *J Public Health Manag Pract.* 2012, 18(6): 535-44.
65. Goodman J, Overall J, Tulchinsky T. Public health workforce capacity building. ASPHER Publication No. 3. April 2008. http://www.aspher.org/download/49/aspher_book_final_04-04-08.pdf
66. Aluttis C, Van den Broucke S, Chiotan C i wsp. Public health and health promotion capacity at national and regional level: a review of conceptual frameworks. *J Public Health Res.* 2014, 3(1): 37-42.
67. Izdebski H, Dercz M, Rek T. Ustawa o zdrowiu publicznym. Komentarz. Wolters Kluwer SA, Warszawa 2016.

68. Dercz M, Izdebski H. Prawne aspekty organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce. (Analiza prawa ustrojowego, materialnego i formalnego) Raport sporządzony w ramach poddziałania 1.2: „Diagnoza obecnej organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce”, realizowanego w ramach Programu PL13: Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu, współfinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014. Warszawa 2015.
<http://www.nierownosci.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/6/2015/06/Prawne-aspekty-organizacji-i-funkcjonowania-systemu-zdrowia-publicznego-w-Polsce.pdf>
69. Grudziąż-Sękowska J, Sękowski K, Cianciara D. Ustawa o zdrowiu publicznym - nowa jakość? *Post N Med* 2016, XXIX(5): 337-343.
70. Cianciara D, Piotrowicz M, Dmowski M i wsp. Zasoby kadrowe zdrowia publicznego i promocji zdrowia w Polsce. Cz I. Stan zatrudnienia. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2010, 91(3): 468-474.
71. Cianciara D, Piotrowicz M, Tucka-Dorociak H. Zasoby kadrowe zdrowia publicznego i promocji zdrowia w Polsce. Cz II. Oferty pracy. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2010, 91(3): 475-481.
72. Cianciara D, Piotrowicz M, Gajewska M. Zasoby kadrowe zdrowia publicznego i promocji zdrowia w Polsce. Cz III. Plany zawodowe studentów kierunku „zdrowie publiczne”. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2010, 91(3): 482-488.
73. Cianciara D, Gajewska M, Lewtak K i wsp. Jak przebiega rekrutacja kandydatów na studia w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce? *Hygeia Public Health* 2014, 49(3): 478-489.
74. Cianciara D, Piotrowicz M, Lewtak K i wsp. Jak przeciwdziałać spadkowi liczby studiujących na kierunku zdrowie publiczne? *Hygeia Public Health* 2015, 50(4): 589-597.
75. Skiba M, Piotrowicz M, Cianciara D i wsp. Current performance of science advisory bodies on health in European member States: results of a survey. *European Journal of Public Health* 2010, 20 (supl. 1):116-117.
76. Cianciara D, Piotrowicz M, Bielska-Lasota M i wsp. Rola nauki w podejmowaniu decyzji politycznych - projekt EUSANH-ISA, struktura doradztwa nauki w kwestiach zdrowotnych. *Przegląd Epidemiologiczny* 2012, 66 (3): 521-530.
77. Cianciara D. (red). Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego. Warszawa, NIZP-PZH, 2014: 15-29.
78. Cianciara D, Szmigiel A. Finansowanie badań w dziedzinie zdrowia publicznego w konkursach NCN. *Hygeia Public Health* 2016, 51(1): 1-11.
79. Kowalska I, Mokrzycka A. Wyzwania dla systemu zdrowotnego w perspektywie programu Zdrowie 2020. Instytut zdrowia Publicznego CMUJ.
80. Raport podsumowujący ocenę podejmowanych w Polsce niezbędnych działań z zakresu ZP (EPOs). Maszynopis.
81. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. *Dz.U.* 2015 poz. 1916.
82. Sibbald SL, Singer PA, Upshur R i wsp. Priority setting: what constitutes success? A conceptual framework for successful priority setting. *BMC Health Services Research* 2009, 9: 43.
83. Thesenvitz J, Hershfield L, MacDonald R. Priority setting proces checklist (PSPC). *Public Health Ontario*. September 2011.
https://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Priority_Setting_Process_Checklist_2011.pdf
84. Priority setting - four methods for getting to what's important. *Ontario Health Promotion E-Bulletin*. 05 March 2010. <https://www.ohpe.ca/node/11169>
85. University of Kansas. Community Tool Box. Section 23. Developing and using criteria and proces to set priorities.
<http://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/assessment/assessing-community-needs-and-resources/criteria-and-processes-to-set-priorities/main>

86. Viergever RF, Olifson S, Ghaffar A i wsp. A check list for health research priority setting: nine common themes of good practice. *Health Research Policy and Systems* 2010, 8: 36.
87. Yoshida S. Approaches, tool and methods used for setting priorities in health research in the 21st century. *J Glob Health*. 2016, 6(1): 010507.
88. Cianciara D. Ustalenie priorytetów badań w dziedzinie zdrowia. [w:] Cianciara D. (red.) *Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2014: 17-27.
89. European Commission, *Project Cycle Management Guidelines*, vol. 1, EuropeAid Cooperation Office, Brussels, March 2004: 19.
https://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/methodology-aid-delivery-methods-project-cycle-management-200403_en_2.pdf
90. W.K. Kellogg Foundation. *Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action Logic Model Development Guide*, January 2004: 1.
<https://www.wkkf.org/resource-directory/resource/2006/02/wk-kellogg-foundation-logic-model-development-guide>
91. Cianciara D. Logiczny model programu zdrowotnego, czyli jak przygotować skuteczny program polityki zdrowotnej w jednostce samorządu terytorialnego. *Hygeia Public Health* 2016, 51(3): 242-248.

Załącznik A.

Zakres oceny potencjału zdrowia publicznego w Polsce dokonanej w ramach projektu pn. Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu oraz współpracy Ministerstwa Zdrowia z WHO

Essential Public Health Operations: self-assessment tool. WHO Regional Office for Europe, September 2014	Zakres oceny wykonanej w ramach			
	Projektu Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu		Współpracy Ministerstwa Zdrowia z WHO	
Funkcja i podfunkcja zdrowia publicznego	Opis	Podsumowanie	Liczba przyznanych punktów (maksimum 10 punktów)	Obszary do poprawy
EPHO 1: Nadzór nad zdrowiem populacji i dobrostanem / Surveillance of population health and well-being				
1.A. Źródła danych na temat zdrowia i narzędzia / Health data sources and tools				
1.A.1. Rejestry administracyjne i statystyki ruchu naturalnego ludności / Civil registration and vital statistics system	+	+	7	G, RG
1.A.2. Badania dotyczące zdrowia / Health-related surveys	+	+	4	G, F, RG
1.A.3. System informacyjny nt. zarządzania zdrowiem / Health management information system	+	+	3	G, F, RG
1.A.4. Rejestry chorób / Disease registries	+	+	4	G, F, RG
1.B. Nadzór nad zdrowiem populacji i programy dotyczące chorób / Surveillance of population health and disease programmes				
1.B.1. Umieralność wg przyczyn / Cause-specific mortality	–	–	–	–
1.B.2. Chorobowość wg wybranych przyczyn / Selected morbidity	+ ^{1/}	–	–	–
1.B.3. Czynniki ryzyka i determinanty / Risk factors and determinants	–	–	3	G, F, SD
1.B.4. Zdrowie dziecka i żywienie / Child health and nutrition	+	+	6	G, F, RG
1.B.5. Zdrowie matki i reprodukcyjne / Maternal and reproductive health	+	–	8	G, F, SD
1.B.6. Uodpornienie / Immunizations	+	–	–	–
1.B.7. Choroby zakaźne / Communicable diseases	+	–	–	–
1.B.8. Choroby niezakaźne / Noncommunicable diseases	+	+	4	G, F
1.B.9. Zdrowie społeczne i psychiczne / Social and mental health	+	–	–	–
1.B.10. Zdrowie środowiskowe / Environmental health	+	+	3	G, F, RG, SD
1.B.11. Zdrowie pracujących / Occupational health	+	+	9	G, RG
1.B.12. Bezpieczeństwo drogowe / Road safety	–	–	–	–
1.B.13. Urazy i przemoc / Injuries and violence	+	–	2	G, F, RG, SD
1.B.14. Zakażenia szpitalne / Nosocomial infections	+	–	–	–
1.B.15. Antybiotykooporność / Antibiotic resistance	+	–	–	–
1.B.16. Zdrowie migrantów / Migrant health	–	–	–	–
1.B.17. Nierówności w zdrowiu / Health inequalities	–	–	3	G, F

1.C. Nadzór nad funkcjonowaniem systemu zdrowia / Surveillance of health system performance				
1.C.1. Monitorowanie finansowania systemu zdrowia / Monitoring of health system financing	+	–	8	G, F
1.C.2. Monitorowanie zasobów ludzkich / Monitoring of the health workforce	+	+	8	G, RG
1.C.3. Monitorowanie wykorzystania systemu zdrowia, działania i satysfakcji użytkowników. Liczba świadczeniodawców / Monitoring of health care utilization, performance and user satisfaction. Number of public health service providers	+ ^{2/}	+	8	G, SD
1.C.4. Monitorowanie dostępu do podstawowych leków / Monitoring of access to essential medicines	–	–	10	G
1.C.5. Monitorowanie transgranicznej sytuacji zdrowotnej / Monitoring of cross-border health	+	–	8	G, F, RG, SD
1.D. Integracja danych, analiza i raporty / Data integration, analysis and reporting				
1.D.1. Analiza sektora zdrowia / Health sector analysis	+	+	–	–
1.D.2. Zapewnienie aktualizacji i zgodności z Międzynarodowymi Przepisami Zdrowotnymi / Provision of updates on compliance with International Health Regulations	+	–	6	G, F, RG, SD
1.D.3. Uczestnictwo i zgodność z systemem monitoringu chorób niezakaźnych / Participation and compliance with regard to NCD monitoring reports	–	–	–	–
1.D.4. Tworzenie rocznych statystycznych raportów nt. zdrowia / Development of annual health statistical reports	–	–	4	G, F
1.D.5. (Nie dotyczy krajów nienależących do OECD) Monitorowanie i raportowanie dotyczące działań regionalnych lub globalnych, takich jak Milenijne Cele Rozwoju, Cele Zrównoważonego Rozwoju oraz Universal Health Coverage (UHC) / (For non-OECD countries). Monitoring and reporting on regional or global movements, such as MDGs, Post 2015 Development Goals (DGs) and Universal Health Coverage (UHC)	–	–	–	–
EPHO 2: Monitorowanie zagrożeń i sytuacji kryzysowych oraz reagowanie / Monitoring and response to health hazards and emergencies				
2.A. Identyfikacja i monitorowanie zagrożeń dla zdrowia / Identification and monitoring of health				
2.A.1. Ocena ryzyka i wrażliwości, zgodnie z podejściem all hazard/whole health / Risk and vulnerability assessments, in accordance with an All Hazard/Whole Health Approach	+	+	1-3	G, F, RG, SD
2.A.2. Zdolność do stworzenia systemu wczesnego ostrzegania i reagowania (EWARN) w celu radzenia sobie z wyzwaniami związanymi z przesiedleńcami / Capacity to set up an early warning alert and response network (EWARN) to deal with challenges associated with displaced populations			–	–
2.A.3. Wsparcie laboratoryjne do badania zagrożeń zdrowia / Laboratory support for investigation of health threats			–	–
2.A.4. Możliwość przewidywania zagrożeń / Ability to predict public health emergencies			–	–

2.B. Przygotowanie do zagrożeń i reagowanie / Preparedness and response to Public Health emergencies				
2.B.1. Struktura instytucjonalna do przygotowania do sytuacji kryzysowych / Insitutional framework for emergency preparedness	+	–	6	G, F, RG, SD
2.B.2. Plan działania w sektorze zdrowia / Health sector emergency plan	+	–	7	G, F, RG, SD
2.B.3. Jednostka organizacyjna Ministerstwa Zdrowia ds. przygotowania i reagowania / Ministry of Health's Emergency Preparedness and Response Unit	+	–	2	G, F, RG, SD
2.B.4. Struktura koordynacyjna na wypadek zagrożenia / Coordination structure in the event of a public health emergency			7	G, F, RG, SD
2.B.5. Informacja publiczna, ostrzeżanie, komunikacja / Public information, alert and communication system			1	G, F, RG, SD
2.B.6. Ochrona, utrzymanie i odbudowa infrastruktury krytycznej / Protection, maintenance & restoration of key systems and services in the event of a public health emergency			5	G, F, RG, SD
2.B.7. Świadczenia krytyczne / Critical response services			4	G, F, RG, SD
2.B.8. Działania łagodzące / Mitigation actions to reduce long-term vulnerability to PH emergencies			4	G, F, RG, SD
2.B.9. Zdolność do przywracania zasadniczych świadczeń zdrowotnych / Capacity for recovery and restoration of essential health services				
2.C.Wdrożenie Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (MPZ) / Implementation of International Health Regulations (IHR)				
2.C.1. Wspieranie globalnego partnerstwa w odniesieniu do MPZ / Fostering of global partnerships with regard to the implementation of IHR	+	–	6	G, F, RG, SD
2.C.2. Wzmocnienie krajowego potencjału zdrowia publicznego do nadzoru i reagowania / Strengthening of national public health capacities for surveillance and response	+	–	6	G, F, RG, SD
2.C.3. Bezpieczeństwo zdrowotne w podróży i transporcie / Public health security in travel and transport	+	–	5	G, F, RG, SD
2.C.4. Zarządzanie określonymi ryzykami / Management of specific risks	+	–	6	G, F, RG, SD
2.C.5. Ochrona praw, procedur i obowiązków / Preservation of rights, procedures and obligations	–	–	5	G, F, RG, SD
2.C.6. Prowadzenie badań do śledzenia postępów we wdrożeniu MPZ / Performance of studies to track progress in the implementation of IHR	+	–	5	G, F, RG, SD
EPHO 3: Ochrona zdrowia, w tym bezpieczeństwo środowiskowe, w pracy, żywności / Health protection, including environmental, occupational, food safety				
3.A. Ochrona zdrowia środowiskowego / Environmental health protection				
3.A.1. Struktura legislacyjna w odniesieniu do zdrowia środowiskowego, jakość powietrza, wody i gleby / Legislative framework with regard to environmental health protection, in the areas of air quality, water quality and soil quality	+	+	4	G, F, RG, SD
3.A.2. Potencjał techniczny do oceny ryzyka dotyczącego zdrowia środowiskowego / Technical capacity for risk assessment in the area of environmental health			5	G, F, RG, SD

3.A.3. Krajowe ustawodawstwo i współpraca międzynarodowa dotycząca łagodzenia skutków zmiany klimatu oraz bezpieczeństwa energetycznego / National legislation and international cooperation in the area of climate change mitigation and energy security	+	+	3	G, F, RG, SD
3.A.4. Ochrona zdrowia środowiskowego w odniesieniu do mieszkalnictwa / Environmental health protection in the area of housing			1	G, F, RG, SD
3.A.5. Zdolność do komunikowania się i współpracy z kluczowymi interesariuszami w odniesieniu do ochrony środowiska / Capacity to communicate and collaborate with key stakeholders in the area of environmental protection			6	G, F, SD
3.A.6. Skuteczność kar i działań podejmowanych w celu zapobiegania szkodom w środowisku / Effectiveness of sanctions and measures implemented to prevent environmental harm			4	G, F, SD
3.A.7. Zdolność instytucjonalna do reagowania na zagrożenia / Institutional capacity to respond to hazards			1	G, F, RG, SD
3.B. Ochrona zdrowia w miejscu pracy / Occupational health protection				
3.B.1. Zdrowie i bezpieczeństwo w miejscu pracy / Occupational health and safety protections	+ ^{3/}	+	7	G, F
3.B.2. Promocja zdrowia i ochrona w miejscu pracy / Health promotion and protection in the workplace	+		7	RG, SD
3.B.3. Świadczenia medycyny pracy / Occupational health services for workers in your country	+		7	F, RG, SD
3.B.4. Międzysektorowa integracja medycyny pracy z innymi krajowymi politykami / Cross-sectoral integration of occupational health into other national policies	–		7	RG, SD
3.B.5. Raporty nt. ryzyka zawodowego i inspekcja w miejscu pracy (patrz także 1.B.11) / Occupational hazards reporting system and workplace inspections (see also 1.B.11).	+		8	RG
3.B.6. Techniczna zdolność oceny ryzyka w zakresie zdrowia i bezpieczeństwa / Technical capacity for risk assessment in the area of occupational health and safety	+		7	RG
3.B.7. Zarządzanie ryzykami w odniesieniu do miejsca pracy i łagodzenie / Management and mitigation of risks related to occupational health	–		7	RG
3.C. Bezpieczeństwo żywności / Food safety				
3.C.1. Struktura regulacji w odniesieniu do bezpieczeństwa żywności / Food safety regulatory framework	+	+	–	–
3.C.2. Techniczna zdolność do oceny ryzyka w odniesieniu do bezpieczeństwa żywności / Technical capacity for risk assessment in the area of food safety	+		–	–
3.C.3. Monitoring i egzekwowanie decyzji w zakresie bezpieczeństwa żywności / Monitoring and enforcement of food safety protections	+		–	–
3.C.4. Zarządzanie ryzykami w odniesieniu do bezpieczeństwa żywności i łagodzenie / Management and mitigation of risks with regard to food safety	+		–	–

3.D. Bezpieczeństwo pacjenta / Patient safety					
3.D.1. Przepisy prawa i ramy instytucjonalne dla ochrony pacjenta/ bezpieczeństwa świadczeniodawcy / Laws and institutional framework for protecting patient/providers safety	+	+	9	G	
3.D.2. Ochrona konsumenta w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych / Consumer protections with regard to health services	–		–	–	
3.D.3. Techniczna zdolność do oceny ryzyka w odniesieniu do bezpieczeństwa pacjenta i świadczeniodawcy / Technical capacity for risk assessment in the area of patient and provider safety	–		–	–	
3.D.4. Monitoring bezpieczeństwa pacjenta i nadzór / Monitoring and supervision of patient safety	–		–	–	
3.D.5. Zarządzanie ryzykami w odniesieniu do bezpieczeństwa pacjenta i świadczeniodawcy i łagodzenie / Management and mitigation of risks with regard to patient and provider safety	–		–	–	
3.D.6. (Tylko dla państw członkowskich UE) Wkład kraju do tworzenia minimalnych standardów regulujących transgraniczną opiekę zdrowotną / (For EU Member States ONLY) Your country's contribution to minimum standards regulating cross-border healthcare	+		–	–	
3.E. Bezpieczeństwo drogowe / Road safety					
3.E.1. Struktura bezpieczeństwa drogowego / Road safety framework	+	+	6	G, F, RG, SD	
3.E.2. Techniczna zdolność do oceny ryzyka w odniesieniu do bezpieczeństwa drogowego / Technical capacity for risk assessment in the area of road safety			–	–	
3.E.3. Nadzór i egzekwowanie prawa w odniesieniu do bezpieczeństwa drogowego i prowadzenie kontroli / Supervision and enforcement of road safety legislation and controls			8	G, F, RG, SD	
3.E.4. Zarządzanie ryzykami w odniesieniu do bezpieczeństwa drogowego i łagodzenie / Management and mitigation of risks with regard to road safety			6	G, F, RG, SD	
3.F. Bezpieczeństwo produktów konsumenckich / Consumer product safety					
3.F.1. Regulacje dotyczące bezpieczeństwa produktów konsumenckich / Safety regulations with regard to consumer products	+	+	–	–	
3.F.2. Techniczna zdolność do oceny ryzyka w odniesieniu do bezpieczeństwa konsumenta / Technical capacity for risk assessment in the area of consumer safety			–	–	
3.F.3. Egzekwowanie prawa i łagodzenie ryzyka w odniesieniu do norm bezpieczeństwa konsumenta/ Enforcement and risk mitigation with regard to consumer safety norms			–	–	
EPHO4: Promocja zdrowia, w tym działania dotyczące społecznych uwarunkowań zdrowia i nierówności w zdrowiu / Health promotion including action to address social determinants and health inequity					
4.A. Potencjał międzysektorowy i interdyscyplinarny / Intersectoral and interdisciplinary capacity					
4.A.1. Struktury, mechanizmy i procesy wewnątrz rządu umożliwiające międzysektorowe podejmowanie decyzji oraz działania, przy wykorzystaniu podejścia zdrowie we wszystkich politykach / Structures, mechanisms and processes within government to enable intersectoral decision-making and action, using a Health in All Policies (HiAP) approach	+	+	3	G, RG	

4.A.2. Zaangażowanie ministerstwa zdrowia i udział społeczności lokalnych i społeczeństwa obywatelskiego w odniesieniu do promocji zdrowia / MoH engagement and involvement of local communities and civil society in the area of health promotion	+	+	2	G, RG, F, SD
4.A.3. Potencjał międzysektorowy w odniesieniu do kluczowych krajowych interesariuszy z sektora prywatnego (przemysł, rolnictwo, komunikacja, budownictwo, itp.) / Intersectoral capacity with regard to key national stakeholders in the private sector (industry, agriculture, communications, construction, etc.)	+		2	G, RG, F, SD
4.B. Podejmowanie kwestii uwarunkowań behawioralnych, społecznych i środowiskowych poprzez podejście „cały rząd i całe społeczeństwo dla zdrowia” / Addressing behavioural, social and environmental determinants of health through a whole-of-government, whole-of-society approach				
4.B.1. Polityka tytoniowa zgodna z wymogami Ramowej Konwencji o Ograniczeniu Użycia Tytoniu / Tobacco policy, in line with the requirements of the Framework Convention on Tobacco Control	+	+	6	G, F, RG, SD
4.B.2. Polityka ograniczania spożycia alkoholu, zgodna z Globalną Strategią Redukującą Szkodliwe Spożywanie Alkoholu przyjętą przez WHO / Alcohol control policy, in line with the WHO Global Strategy to reduce harmful use of alcohol	+	+	6	G, RG, SD
4.B.3. Polityka żywieniowa w perspektywie cyklu życia / Nutrition policy from a lifecourse perspective	+	+	6	G, F, RG, SD
4.B.4. Krajowa polityka(-ki) dotyczące aktywności fizycznej / National policy(s) on physical activity	+	+	–	–
4.B.5. Programy i polityki dotyczące promocji zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego / Programmes and policies to promote sexual and reproductive health	+	+/-	–	–
4.B.6. Działania podejmujące kwestię nadużywania substancji psychoaktywnych i leków / Activities to address substance abuse	–	–	–	–
4.B.7. Polityki i działania dotyczące zdrowia psychicznego / Policies and practices related to mental health	–	–	–	–
4.B.8. Polityki przeciwdziałania przemocy domowej i przemocy wobec kobiet / Policies to control domestic violence and violence against women	+	+	–	–
4.B.9. Polityki i programy dotyczące zapobiegania urazom / Policies and programmes related to injury prevention	+	+	4	G, F, RG, SD
4.B.10. Podejmowanie kwestii społecznych uwarunkowań zdrowia / Addressing the social determinants of health	+	+	–	–
EPHO 5: Profilaktyka chorób, w tym wczesne wykrywanie chorób / Disease prevention, including early detection of illness				
5.A. Profilaktyka pierwotna / Primary Prevention				
5.A.1. Programy uodpornienia / Immunisation programme	+	–	–	–
5.A.2. Zapewnienie informacji na temat behawioralnych i medycznych zagrożeń dla zdrowia w podmiotach leczniczych / Provision of information on behavioural and medical health risks in healthcare settings	+	+	4	G, F, RG, SD
5.A.3. Programy profilaktyki chorób w opiece podstawowej i specjalistycznej / Disease prevention programs at primary and specialized health care levels	+		5	G, F, RG, SD

5.A.4. Zapewnienie programów opieki nad matką i noworodkiem / Provision of maternal and neonatal care programmes	+	+	–	–
5.A.5. Ocena zapewnienia świadczeń skierowanych do migrantów, osób bezdomnych i mniejszości etnicznych / Evaluate your country's provision of health services to migrants, the homeless and ethnic minorities	+		2	G, F, RG, SD
5.A.6. Krajowe podejście do zdrowia więźniów / National approach to prison health	+		8	G, F, RG, SD
5.B. Profilaktyka wtórna / Secondary prevention				
5.B.1. Programy profilaktyki wtórnej (skrining) w celu wczesnego wykrywania choroby / Secondary prevention (screening) programmes for the early detection of disease	+	+	–	–
5.B.2. Programy uświadamiające w odniesieniu do wczesnego wykrywania zmian / Awareness programmes related to early detection of pathologies	+		–	–
5.B.3. Zapewnienie chemioprophylaktyki w celu kontroli czynników ryzyka choroby / Provision of chemoprophylactic agents to control risk factors for disease	+		–	–
5.C. Profilaktyka trzeciorzędowa /czwarterzędowa / Tertiary/quarternary prevention				
5.C.1. Programy rehabilitacji, przeżywalności i leczenia bólu przewlekłego / Rehabilitation, survivorship and chronic pain management programmes	–	–	–	–
5.C.2. Dostęp do opieki paliatywnej i „końca życia” / Access to palliative and end-of-life care	–	–	–	–
5.C.3. Potencjał do tworzenia pacjenckich grup wsparcia / Capacity to establish patient support groups	–	–	–	–
5.D. Wsparcie społeczne / Social support				
5.D.1. Programy ukierunkowane na tworzenie i utrzymanie środowisk wspierających zmiany zachowań korzystne dla zdrowia / Programmes aimed at creating and maintaining supportive environments for healthy behavioural change	+	+	6	G, F, RG, SD
5.D.2. Wsparcie dla opiekunów / Support for caregivers	+	+	2	G, F, RG, SD
EPHO 6: Zapewnienie gospodarowania zdrowiem / Assuring governance for health				
6.A. Przywództwo dla podejścia „cały rząd i całe społeczeństwo dla zdrowia” na rzecz zdrowia i dobrostanu / Leadership for a whole-of-government and whole-of-society approach to health and well being				
6.A.1. Zobowiązanie rządu do dbałości o sprawę zdrowia i równości w zdrowiu poprzez określenie wyraźnego priorytetu polityki krajowej / National government's commitment to health and health equity as an explicit priority in national policy	+	+	4	G, F, RG
6.A.2. Gospodarowanie zdrowiem / Governance for health	+		5	G, F, RG
6.B. Cykl polityki zdrowotnej / Health policy cycle				
6.B.1. Mechanizmy zapewniające włączenie interesariuszy uwzględnione w cyklu polityki zdrowotnej / Mechanisms for stakeholder participation included in the health policy cycle	+	+	7	G
6.B.2. Analizy sytuacji poprzedzające formułowanie planów lub strategii / Situational analyses, prior to formulating plans or strategies	–		6	G, F, RG

6.B.3. Planowanie krajowych, regionalnych lub lokalnych strategii, polityk i planów zdrowia publicznego / Planning of national, regional and local strategies, policies and plans for public health	+	+	4	G, F, RG
6.B.4. Wdrożenie strategii, polityk i planów zdrowia publicznego / Implementation of strategies, policies and plans for public health	+		4	G, F
6.B.5. Monitoring i ewaluacja działań wynikających ze strategii i polityk zdrowia publicznego / Monitoring and evaluation activities embedded in strategies and policies on public health	+		7	G, F
6.C. Regulacje i kontrola (patrz także odpowiednie części w EPHO 3) / Regulation and control (see also relevant sections in EPHO3)				
6.C.1. Zdolność ministerstwa zdrowia do tworzenia, przyjmowania i wdrożenia odpowiednich krajowych przepisów prawa w celu poprawy zdrowia publicznego i promocji zdrowego środowiska oraz zachowań, zgodnych z regionalnymi i globalnymi zobowiązaniami / Ministry of Health's capacity to develop, enact and implement appropriate national legislation to improve public health and promotion of healthy environments and behaviours, aligned with regional and global commitments	+	–	8	G, F, RG, SD
6.C.2. Prowadzenie oceny wpływu/oddziaływania na zdrowie / Performance of Health Impact Assessments (HIA)	+	+	–	–
6.C.3. Prowadzenie oceny technologii medycznych / Performance of Health Technology Assessments (HTA)	+	–	–	–
6.C.4. (Tylko dla państw członkowskich UE) Długo-, średnio- i krótkoterminowe strategie dostosowania do unijnego systemu świadczeń zdrowotnych dla społeczności / (For EU Member States only) Short-, medium- and long-term strategies to comply with a European Union community health services system	–	–	–	–
EPHO 7: Zapewnienie kompetentnej kadry zdrowia publicznego / Assuring a competent public health workforce				
7.A. Cykl rozwoju zasobów ludzkich / Human resources development cycle				
7.A.1. Faza analizy sytuacji w strategii rozwoju zasobów ludzkich / Situational analysis phase in your human resource development strategy	+	+	6	F, RG, SD
7.A.2. Faza planowania / Planning phase in human resource development strategy	+		5	G, F, RG, SD
7.A.3. Faza wdrożenia / Implementation phase in human resource development strategy	+		5	G, F, RG, SD
7.A.4. Faza monitorowania i ewaluacji / Monitoring and evaluation phase in your human resource development strategy	+		4	G, F, RG, SD
7.B. Zarządzanie zasobami ludzkimi / Human Resource Management				
7.B.1. Systemy zarządzania zasobami ludzkimi zdrowia publicznego / Human Resource Management Systems in the field of public health	+	+	2	G, F, RG, SD
7.B.2. Rozwiązania stosowane w rekrutacji i utrzymaniu zasobów ludzkich / Recruitment and retention practices with regard to human resources for public health	+		2	G, F, RG, SD
7.B.3. Polityki dotyczące rozwoju zasobów ludzkich zdrowia publicznego / Policies pertaining to human resource development in public health	+		1	G, F, RG, SD
7.B.4. Finansowanie zasobów ludzkich zdrowia publicznego / Financing of human resources for public health in your country	+		4	G, F, RG, SD

7.C. Kształcenie w dziedzinie zdrowia publicznego / Public health education					
7.C.1. Instytucje edukacyjne kształcące w dziedzinie zdrowia publicznego (w tym epidemiologii, medycyny społecznej i podobnych tematach) / Educational institutions for public health (including epidemiology, community or social medicine, and other units with similar mandates	+	+	6	G, F, RG, SD	
7.C.2. Inne kwestie dotyczące kształcenia w odniesieniu do ważnych profesjonalistów zdrowia publicznego / General educational issues, as they pertain to core public health professionals	+		1	G, F, RG, SD	
7.C.3. Programy nauczania w dziedzinie zdrowia publicznego / Public health curricula	+		6	G, F, RG, SD	
7.D. Gospodarowanie zasobami ludzkimi zdrowia publicznego / Governance of public health human resources					
7.D.1. Przywództwo i zarządzanie / Leadership and management of human resources for public health	–	–	2	G, F, RG, SD	
7.D.2. Struktury i porozumienia na rzecz strategicznego partnerstwa w rozwoju zasobów ludzkich zdrowia publicznego / Structures and agreements for strategic partnerships in the development of human resources for public health	–	–	6	G, F, RG, SD	
EPHO 8: Zapewnienie struktury organizacyjnej i finansowania / Assuring organisational structures and financing					
8.A. Zapewnienie odpowiednich struktur organizacyjnych do realizacji EPHOs / Ensure appropriate organisational structures to deliver EPHOs					
8.A.1. Przejrzystość i spójność struktury organizacyjnej ministerstwa zdrowia (lub równoważnika) i powiązanie ze wszystkimi niezależnymi agencjami zdrowia publicznego / Clarity and coherence of the organisational structure of the Ministry of Health (or equivalent) and its linkage to all independent public agencies on health	+	–	3	G, F, RG, SD	
8.A.2. Podstawowe kryteria jakości placówek opieki zdrowotnej, które wykonują funkcje EPHOs (podstawowa, specjalistyczna opieka zdrowotna i szpitale) / Basic quality criteria for healthcare centres that delivery EPHOs (primary health care, specialized health centres and hospitals)	+	–	3	G, F, RG, SD	
8.A.3. System laboratoriów zdrowia publicznego wykonujących rutynowe badania diagnostyczne / Public health laboratory system for routine diagnostic services	+	–	3	G, F, RG, SD	
8.A.4. Narodowy instytut(-y) zdrowia publicznego i szkoła(-y) zdrowia publicznego / National public health institute(s) and/or schools of public health	+	–	3	G, F, RG, SD	
8.A.5. Struktury wspierające i egzekwowania prawa / Enforcement structures in place to ensure proper public health protection (See also EPHO 3 on specific areas of health protection)	–	–	–	–	
8.A.6. Koordynacja świadczeń dostarczanych przez podmioty pozarządowe / Coordination of services delivered outside government bodies	+	–	3	G, F, RG, SD	
8.A.7. Nadzór nad systemami i strukturami organizacyjnymi, które wykonują funkcje EPHOs / Oversight of the systems and organiztional structures that perform EPHOs	+	–	2	G, F, RG, SD	

8.B. Finansowanie świadczeń zdrowia publicznego / Financing public health services					
8.B.1. Budżet zdrowia publicznego w systemie zdrowia / Public health budget within the health system	+	–	4	G, F	
8.B.2. Mechanizmy finansowania świadczeń zdrowia publicznego dostarczanych poza systemem zdrowia / Mechanisms to fund public health services delivered outside the health system	+	–	6	G	
8.B.3. Kryteria podejmowania decyzji na temat alokacji zasobów dla zdrowia publicznego / Decision-making criteria on resource allocation for public health	+	–	5	F, SD	
EPHO 9: Informacja, komunikacja i mobilizacja społeczna na rzecz zdrowia / Information, communication and social mobilisation for health					
9.A. Strategiczne i systematyczne podejście do komunikacji w zdrowiu publicznym / Strategic and systematic approach to public health communication					
9.A.1. Zasady komunikacji w ministerstwie zdrowia / Communication concepts within the Ministry of Health	–	–	2	G, F	
9.A.2. Organizacja komunikacji o zdrowiu / Organisation of health communication	–	–	3	G	
9.A.3. Integracja strategii komunikacji z priorytetowymi programami zdrowia publicznego / Integration of communication strategies within priority public health programmes	–	–	3	F, SD	
9.A.4. Wdrożenie działań dotyczących komunikacji ryzyka / Implementation of risk communication activities	–	–	1	G	
9.A.5. Wykorzystanie zasobów do komunikowania i działania dotyczące mobilizacji społecznej / Use of resources in communication and social mobilisation efforts in your country	–	–	4	G, SD	
9.A.6. Zdolność do monitorowania i ewaluacji kampanii komunikacyjnych w dziedzinie zdrowia publicznego / Capacity to monitor and evaluate your public health communication campaigns	–	–	4	F	
9.B. Technologie informacyjne i komunikacyjne na rzecz zdrowia / Information and Communication Technology for health					
9.B.1. Podejście ministerstwa zdrowia do technologii informacyjnych i komunikacyjnych / Ministry of Health's approach to ICT for health	–	–	7	F	
EPHO 10: Rozwój badań w dziedzinie zdrowia publicznego dla potrzeb polityki i praktyki / Advancing Public Health research to inform policy and practice					
10.A. Ustalanie krajowego programu badań / Setting a national research agenda					
10.A.1. Określenie krajowych priorytetów badawczych w dziedzinie zdrowia publicznego / Identification of national public health research priorities	+	+	2	G	
10.A.2. Dostosowanie programu badań do Health 2020 / Alignment of public health research agenda with Health 2020	+		2	G, F, RG	
10.B. Budowanie potencjału / Capacity building					
10.B.1. Dostęp badaczy do wskaźników zdrowotnych / Data access to health indicators for researchers	+	+	6	G	
10.B.2. Integracja działalności badawczej w dziedzinie zdrowia publicznego i szkolenie ustawiczne / Integration of research activities in public health education and continuous training	+		2	G, F, RG, SD	

10.B.3. Prowadzenie badań w działalności praktycznej zdrowia publicznego / Performance of research in public health practice	+	+	2	G, F, RG
10.B.4. Potencjał innowacyjny / Capacity for innovation in public health	+		2	G, F
10.B.5. Zapewnienie standardów naukowych i etycznych w badaniach / Maintenance of scientific and ethical standards in research	+		6	G
10.C. Koordynacja działalności badawczej / Coordination of research activities				
10.C.1. Koordynacja badań / Research coordination	+	+	4	G, F, RG
10.D. Upowszechnienie wiedzy i brokerstwo / Dissemination and knowledge-brokering				
10.D.1. Mechanizmy i struktury służące rozpowszechnieniu wyników badań wśród kolegów badaczy / Mechanisms and structures in place to disseminate research findings to public health colleagues	+	+	6	G, F, RG, SD
10.D.2. Mechanizmy translacji dowodów do polityki i praktyki / Mechanisms to translate evidence into policy and practice	+		2	G, F, RG, SD
10.D.3. Skuteczność twórców polityk w komunikowaniu swoich potrzeb społeczności badaczy, w tym firmom technologicznym związanymi ze zdrowiem / Effectiveness of policymakers in communicating their needs to the research community, including health technology firms	+		4	G

¹ dodano 1.B.2.1. Chorobowość według wybranych przyczyn - monitorowanie zdrowia dzieci i matek

² analizowano 1.C.3 Infrastruktura podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistycznej opieki nad matką i dzieckiem oraz jako 1.C.5. Satysfakcja pacjentów

³ dodano 3.B.2 Krajowe polityki dotyczące ochrony zdrowia w pracy

II.

Ekspercka ocena realizacji funkcji zdrowia publicznego w Polsce

Dorota Cianciara^{1,2}
Katarzyna Lewtak¹
Małgorzata Gajewska¹
Maria Piotrowicz¹
Ewa Urban¹

¹ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

² Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

EPHO 1

Nadzór nad zdrowiem populacji i dobrostanem

1.A. Źródła danych na temat zdrowia i narzędzia

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

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

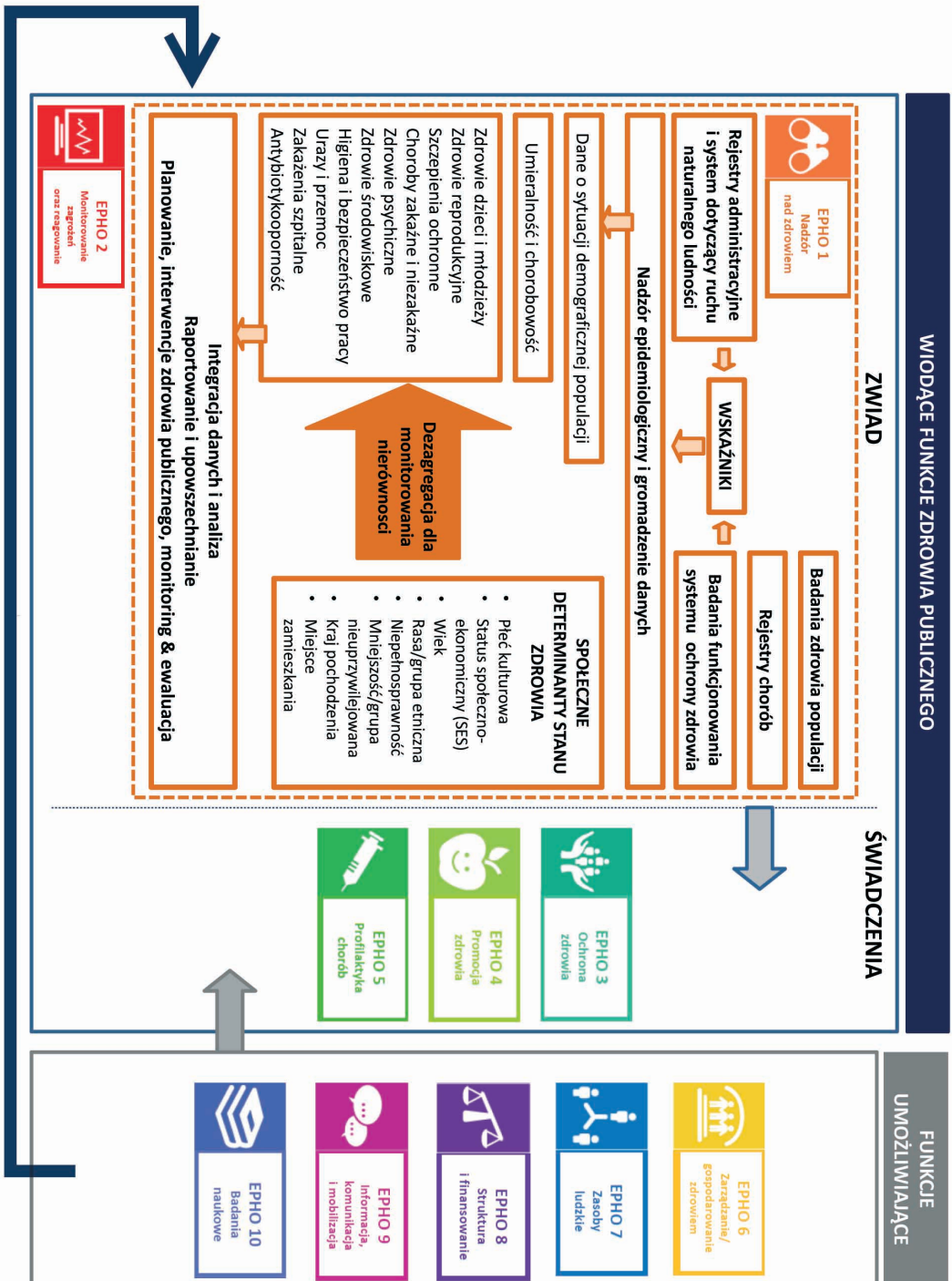
- Umieralność wg przyczyn
- Chorobowość hospitalizowana
- Zdrowie dzieci i młodzieży
- Zdrowie matki i reprodukcyjne
- Szczepienia ochronne
- Choroby zakaźne
- Choroby niezakaźne
- Zdrowie psychiczne
- Zdrowie środowiskowe
- Zdrowie pracujących
- Bezpieczeństwo drogowe
- Urazy i przemoc
- Zakażenia szpitalne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

1.C. Nadzór nad funkcjonowaniem systemu zdrowia

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

1.D. Integracja danych, analiza i raporty

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



Schemat EPHO 1.

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

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

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

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

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

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

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

MOCNE STRONY:

- Kompletność rejestracji zdarzeń cywilno-prawnych w Polsce;
- Program badań statystycznych statystyki publicznej w obszarze ochrony zdrowia oraz badań populacyjnych stanu zdrowia ludności;
- Kompletnie jednostkowe dane dotyczące absencji chorobowej, orzeczeń o niepełnosprawności a także wysokości wypłacanych świadczeń w posiadaniu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
- Program Szczepień Ochronnych;
- Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego oraz Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- Narodowy Program Ochrony Antybiotyków;
- Statystyka w ramach Narodowego Rachunku Zdrowia umożliwiająca porównania międzynarodowe;

- Wprowadzenie rozwiązań mających na celu zwiększenie liczby lekarzy w kraju;
- Wprowadzenie Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi;
- Spójny i sprawnie działający system raportowania zdarzeń dotyczących zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym (Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne; IHR);
- Regularne roczne raporty statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego dotyczące zdrowia populacji Polski;
- Cykliczny raport NIZP-PZH pn. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania” obejmujący szerokie spectrum zagadnień dotyczących problemów zdrowotnych populacji Polski, ich trendów czasowych oraz zróżnicowania regionalnego, umożliwiający wyznaczanie zagadnień priorytetowych dla zdrowia publicznego w kraju.

SŁABE STRONY:

- Wysoki odsetek bezużytecznych kodów (garbage codes) uniemożliwiających precyzyjne określenie przyczyny zgonu;
- Brak skoordynowanych systemów monitorowania sytuacji zdrowotnej ludności w odniesieniu do m.in. poszczególnych grup ludności, problemów zdrowotnych, organizacji systemu ochrony zdrowia, społecznych nierówności w zdrowiu;
- Brak połączenia pomiędzy poszczególnymi rejestrami chorób a innymi zbiorami danych dotyczących ludności;
- Trudności w szacowaniu rozpowszechnienia chorób (np. cukrzycy, zawałów serca) w oparciu o dokumentację medyczną pacjentów oraz zasoby Narodowego Funduszu Zdrowia;
- Zbyt mało obowiązkowych rejestrów chorób, co w szczególności dotyczy chorób niezakaźnych (choroby układu krążenia, cukrzyca); braki danych w rejestrach chorób;
- Trudności w zachowaniu proporcji pomiędzy ochroną danych osobowych pacjentów przed nieuprawnionym wykorzystaniem a możliwością ich zbierania, weryfikacji i aktualizacji, łączenia z innymi zbiorami danych i wykorzystania do celów statystyki publicznej;
- Brak centralnej informacji, platformy gromadzącej dane o badaniach sytuacji zdrowotnej, rejestrach, publikacjach i raportach w tym obszarze;
- Brak jednolitego systemu informacyjnego dotyczącego zarządzania w obszarze zdrowia;
- Brak wielodyscyplinarnej organizacji systemu ochrony zdrowia psychicznego, który wykracza poza ramy medyczne;

- System monitorowania zdrowia populacji praktycznie nie obejmujący zagadnień z zakresu zdrowia środowiskowego;
- Brak opracowanych i wdrożonych zasad gromadzenia, przetwarzania i udostępniania danych w zakresie środowiskowych czynników ryzyka dla zdrowia;
- Brak jest odpowiedniej kategoryzacji chorób klimato- i wodozależnych, chorób związanych z zanieczyszczeniem powietrza, uciążliwością hałasu czy powodowanych przez zawarte w środowisku chemikalia i obserwowane poziomy promieniowania elektromagnetycznego;
- Brak monitorowania zjawiska społecznych nierówności w zdrowiu;
- Jedne z najniższych w Europie wydatków publicznych na ochronę zdrowia;
- Pogłębiający się problem niedoboru kadr medycznych;
- Brak informacji zwrotnej z instytucji administracji publicznej, powołanych do reagowania w sytuacji zagrożenia zdrowia, na temat wykorzystania informacji z raportów przesyłanych przez Centralny Punkt Kontaktowy ds. Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych;
- Dostęp jedynie do zagregowanych (opracowanych) danych statystycznych publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny.

REKOMENDACJE:

- Wypracowanie i wdrożenie jednolitych zasad określania przyczyn zgonów, przeszkolenie lekarzy w wypełnianiu kart zgonu oraz wprowadzenie właściwego nauczania w tym zakresie w czasie studiów medycznych i szkoleń podyplomowych;
- Udoskonalenie mechanizmów zapewniających jakość i kompletność przekazywanych danych w badaniach statystycznych statystyki publicznej; połączenia pomiędzy poszczególnymi rejestrami chorób i/lub innymi zbiorami danych dotyczącymi ludności;
- Dokładniejsze monitorowanie działalności podstawowej opieki zdrowotnej, zarówno poprzez pogłębioną analizę danych zbieranych rutynowo, jak i połączenie jednostkowych danych o świadczeniach udzielanych pacjentom z informacjami pochodzącymi z innych źródeł (hospitalizacje, niepełnosprawność, umieralność);
- Pełniejsza ocena sytuacji w zakresie chorób niezakaźnych (choroby układu krążenia, cukrzyca), której podstawą mogłyby się stać rejestry o obowiązkowej zgłaszalności;
- Na gruncie legislacyjnym i organizacyjnym, lepsze wyważenie proporcji pomiędzy ochroną danych osobowych pacjentów przed nieuprawnionym wykorzystaniem legislacyjnym, a stworzeniem możliwości ich rzetelnego zbierania, weryfikacji i aktualizacji, łączenia z innymi zbiorami i wykorzystania do celów statystyki publicznej;

- Utworzenie platformy gromadzenia danych o badaniach sytuacji zdrowotnej ludności, rejestrach chorób, publikacjach i raportach z obszaru nadzoru nad zdrowiem i dobrostanem;
- Zapewnienie badaczom dostępu do danych z rejestrów;
- Próba stworzenia narzędzi informacyjnych wymaganych do zarządzania systemem zdrowia;
- Gruntowna, systemowa reforma leczenia psychiatrycznego według propozycji modelu środowiskowego;
- Monitorowanie zdrowia populacji uwzględniające zagadnienia z zakresu zdrowia środowiskowego;
- Monitorowanie zjawiska społecznych nierówności w zdrowiu;
- Zwiększenie wydatków publicznych na ochronę zdrowia w Polsce;
- Zwiększenie atrakcyjności pracy i płacy wśród różnych grup zawodów medycznych w sektorze ochrony zdrowia;
- Opracowanie systemu przekazywania informacji zwrotnej na temat wykorzystania danych z raportów Centralnego Punktu Kontaktowego ds. Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych oraz wyników przeprowadzonych działań;
- Udostępnianie aktualnych danych statystycznych na temat zdrowia w formie umożliwiającej ich przetwarzanie.

EPHO 2

Monitorowanie zagrożeń dla zdrowia i sytuacji kryzysowych oraz reagowanie

2.A. Identyfikacja i monitorowanie zagrożeń dla zdrowia

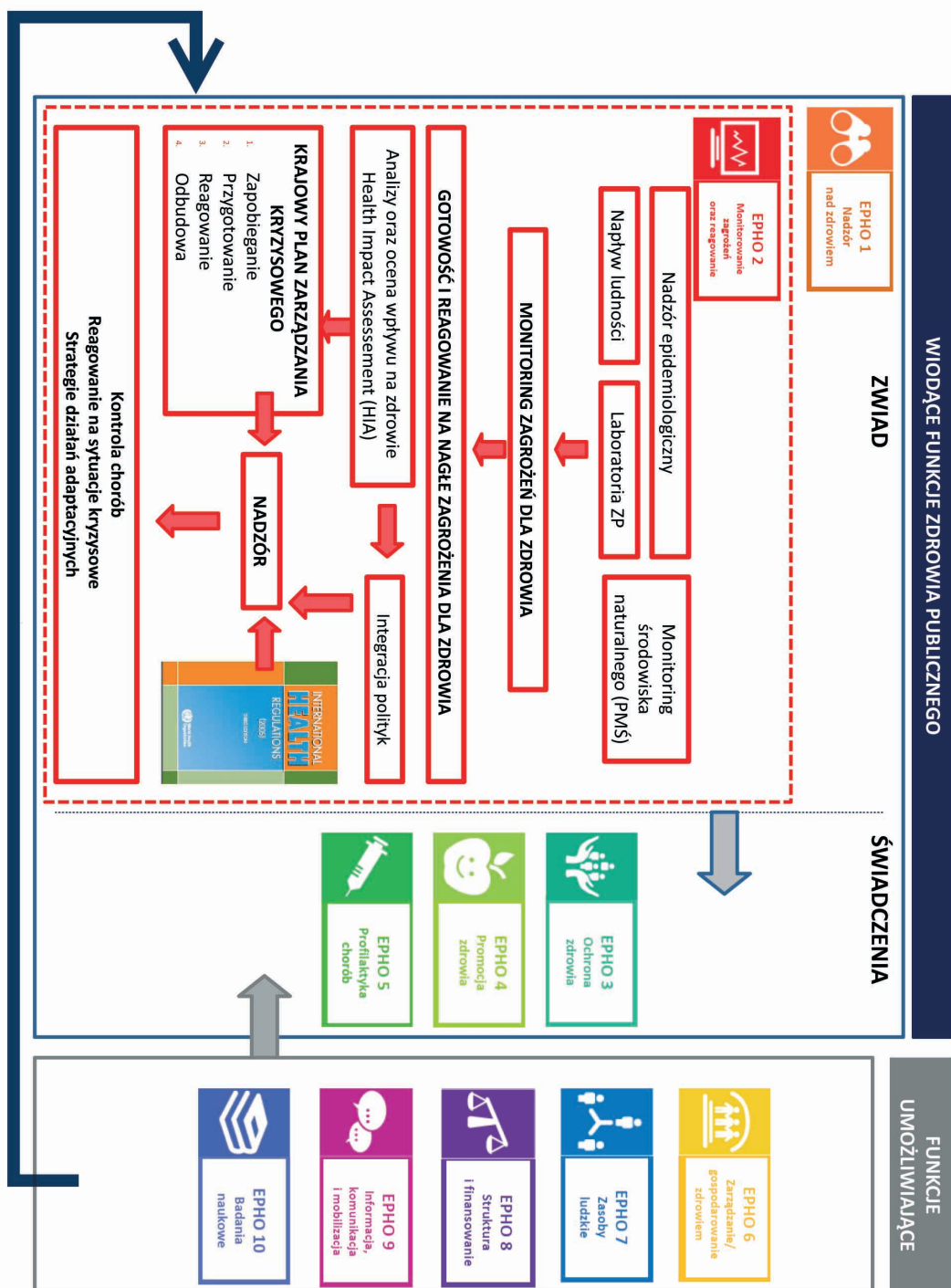
- Rodzaje zagrożeń dla zdrowia
- System monitorowania zagrożeń dla zdrowia
- Monitorowanie środowiskowych zagrożeń dla zdrowia
- Prognozowanie poziomu ryzyka i przewidywanie zagrożenia w przypadku zanieczyszczeń środowiska
- Zdolność do reagowania w przypadku niekontrolowanego napływu ludności
- Możliwości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

2.B. Przygotowanie do zagrożeń i reagowanie

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

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

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



Schemat EPHO 2.

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

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

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

MOCNE STRONY:

- Monitorowanie stanu zdrowia społeczeństwa oraz zagrożeń zdrowia jako jeden z priorytetów ustawy o zdrowiu publicznym;
- Krajowy oraz wojewódzkie, powiatowe i gminne plany zarządzania kryzysowego uwzględniające organizację systemu monitorowania zagrożeń, ostrzegania i alarmowania na swoim terenie;
- Narodowy Program Ochrony Infrastruktury Krytycznej;
- System Państwowego Monitoringu Środowiska umożliwiający identyfikację i monitorowania czynników ryzyka oraz wykonywania ocen zagrożeń środowiskowych, w tym najbardziej istotnych z punktu widzenia zdrowia ludzi, jakimi są zanieczyszczenie powietrza, wody (powierzchniowe i podziemne), gleby, hałas i promieniowane elektromagnetyczne;
- System zapewnienia jakości oraz weryfikacji wyników dotyczących czynników ryzyka środowiskowego;
- Oceny z zakresu zagrożeń środowiskowych z uwzględnieniem wartości dopuszczalnych ustanowionych w celu ochrony zdrowia, w ściśle zdefiniowanych przestrzennie (geograficznie) obszarach, które można powiązać z podziałem administracyjnym kraju;
- Krajowy Punkt Centralny ds. Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (IHR) współpracujący ściśle z WHO, który gromadzi na bieżąco informacje o zdarzeniach stanowiących zagrożenie zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym;
- Nadzór nad chorobami zakaźnymi w kraju.

SŁABE STRONY:

- Brak spójnego systemu ochrony ludności w sytuacjach kryzysowych, w wyniku rozproszenia rozwiązań dotyczących struktur i zadań poszczególnych podmiotów w różnych aktach prawnych;
- Brak udziału jednostek resortu zdrowia w realizacji zadań z zakresu nadzoru nad środowiskowymi zagrożeniami dla zdrowia oraz przeciwdziałaniu im;
- Trudny do nadzoru system identyfikacji i monitorowania czynników ryzyka związanych z dostarczaniem odpowiedniej jakości wody konsumentom (woda przeznaczona do spożycia) oraz w kąpieliskach, m.in. w związku ze znaczną liczbą zaangażowanych organizacji prawnych i osób prywatnych;
- Uzależnienie monitoringu jakości wody przeznaczonej do spożycia od wielkości produkcji wody oraz liczby osób zaopatrywanych w wodę;
- Podleganie kompetencjom wielu resortów administracji państwowej kwestii związanych z monitorowaniem chemicznych zagrożeń zdrowia ludzi;
- Niedostateczna współpraca pomiędzy ekspertami z Unii Europejskiej oraz Polski w sytuacji wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego.

REKOMENDACJE:

- Opracowanie jednego spójnego systemu zarządzania kryzysowego w kraju;
- Włączenie resortu zdrowia do udziału w realizacji zadań z zakresu oceny jakości środowiska w ujęciu zdrowotnym;
- Poprawa koordynacji nadzoru nad jakością wody przeznaczonej do spożycia oraz wody w kąpieliskach;
- Ustalenie w systemie monitoringu zbiorowego zaopatrzenia w wodę przeznaczoną do spożycia jednoznacznych zasad oraz kryteriów precyzyjnego przestrzennego (geograficznego) wyznaczania obszarów badań (tzw. strefy zaopatrzenia), co w praktyce pozwoli na populacyjną ocenę narażenia w powiązaniu z wynikami pomiarów jakości wody, z dostępnymi danymi o zachorowalności i zgonach oraz z danymi demograficznymi;
- Uregulowanie zakresu działań poszczególnych resortów administracji państwowej w odniesieniu do monitoringu chemicznych zagrożeń dla zdrowia;
- Poprawa współpracy pomiędzy ekspertami z krajów UE oraz Polski dotyczącej podejmowanych działań w sytuacji wystąpienia transgranicznych zagrożeń zdrowia.

EPHO 3

Ochrona zdrowia, w tym bezpieczeństwo środowiskowe, w pracy, żywności

3.A. Ochrona zdrowia środowiskowego

- Najważniejsze czynniki zagrożenia środowiskowego
- Ocena ryzyka w zakresie zdrowia środowiskowego
- Współpraca krajowa i międzynarodowa dotycząca sprawozdawczości w dziedzinie środowiskowych czynników ryzyka
- Ochrona zdrowia środowiskowego w zakresie mieszkalnictwa
- Skuteczność kar i działań podejmowanych w celu zapobiegania szkodom w środowisku

3.B. Ochrona zdrowia w miejscu pracy

- Bezpieczeństwo i czynniki ryzyka w miejscu pracy
- Organizacja nadzoru nad przestrzeganiem prawa pracy
- Ochrona zdrowia w miejscu pracy w krajowych dokumentach strategicznych
- Regulacje prawne odnoszące się do ochrony zdrowia w miejscu pracy
- Służba medycyny pracy
- Profilaktyczna opieka zdrowotna i promocja zdrowia w miejscu pracy
- Czynniki oraz procesy pracy stwarzające szczególne zagrożenie dla zdrowia lub życia
- Ocena ryzyka w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy
- System raportowania ryzyk zawodowych i inspekcja w miejscu pracy

3.C. Bezpieczeństwo żywności

- Ramy instytucjonalne dla ochrony żywności
- Krajowa polityka bezpieczeństwa żywności
- Przepisy dotyczące bezpieczeństwa żywności
- Ocena ryzyka w zakresie bezpieczeństwa żywności
- Przepływ informacji na temat czynników ryzyka
- Dostęp do odpowiednich badań naukowych w ramach rozwijającej się bazy wiedzy oraz szkolenia w zakresie oceny ryzyka
- Monitoring w zakresie bezpieczeństwa żywności
- Szkolenia dla inspektorów żywności
- Wykonywanie audytów na podstawie ryzyka

- Ocena wpływu na zdrowie zagrożeń bezpieczeństwa żywności oraz ryzyka, na podstawie zanieczyszczeń biologicznych i chemicznych w łańcuchu żywnościowym
- Koordynacja działań w zakresie bezpieczeństwa żywności
- Zarządzanie ryzykiem w zakresie bezpieczeństwa żywności oraz ograniczanie go

3.D. Bezpieczeństwo pacjenta

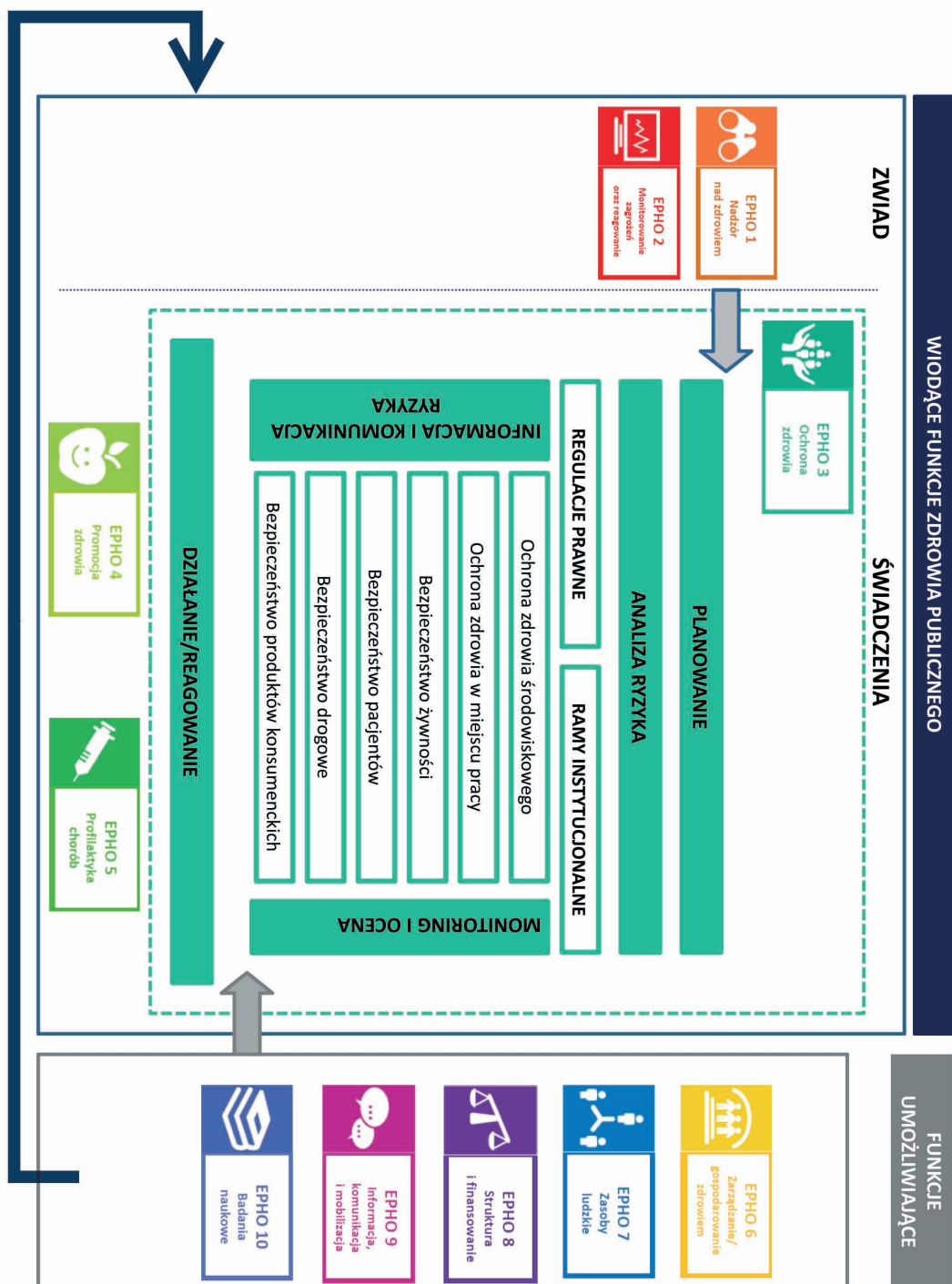
- Międzynarodowe zalecenia w sprawie przestrzegania bezpieczeństwa pacjenta
- Nadzór nad bezpieczeństwem stosowania leków
- Monitorowanie niepożądanych odczynów poszczepiennych
- Kontrola zakażeń i chorób zakaźnych związanych z udzieleniem świadczeń zdrowotnych
- Przepisy prawne i ramy instytucjonalne dla zapewnienia praw pacjenta
- Działalność Rzecznika Praw Pacjenta oraz ocena przestrzegania praw pacjenta

3.E. Bezpieczeństwo drogowe

- Wypadki drogowe w Polsce i ich skutki
- Ramy instytucjonalne bezpieczeństwa drogowego
- Narodowy Program Badań Ruchu Drogowego
- Finansowanie bezpieczeństwa ruchu drogowego
- System informacji bezpieczeństwa ruchu drogowego
- System zbierania danych o wypadkach drogowych
- Prace badawcze i instytucje zajmujące się badaniami ruchu drogowego
- Zarządzanie ryzykiem w zakresie bezpieczeństwa ruchu drogowego oraz ograniczanie go
- Zarządzanie bezpieczeństwem infrastruktury drogowej
- Nadzór nad zachowaniem uczestników ruchu drogowego

3.F. Bezpieczeństwo produktów konsumenckich

- Regulacje prawne odnoszące się do produktów konsumenckich
- Ramy instytucjonalne dla bezpieczeństwa produktów konsumenckich
- Nadzór nad ogólnym bezpieczeństwem produktów
- Zarządzanie ryzykiem w zakresie bezpieczeństwa produktów oraz ograniczanie go
- Monitorowanie bezpieczeństwa produktów konsumenckich
- Obowiązki producentów w zakresie bezpieczeństwa produktów
- Prawa konsumenta
- Informacje o produktach niebezpiecznych
- Krajowy system monitorowania wypadków konsumenckich
- Systemy ostrzegania o produktach niebezpiecznych
- Źródła informacji dotyczących bezpieczeństwa produktów



Schemat EPHO 3.

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

Trzecia funkcja zdrowia publicznego (EPHO 3) związana jest z dostarczaniem świadczeń zdrowotnych w kontekście: (a) ochrony zdrowia środowiskowego, (b) zapewnienia zdrowia pracujących, (c) bezpieczeństwa żywności, (d) bezpieczeństwa pacjenta, (e) bezpieczeństwa drogowego oraz (f) bezpieczeństwa produktów konsumenckich.

Poprawa sytuacji zdrowotnej powinna odbywać się z aktywnym udziałem członków danej społeczności poprzez rozwój umiejętności, rozbudowę zasobów oraz infrastruktury organizacyjnej i społecznej.

O ile to możliwe ryzyka powinny być szacowane dla różnych grup społecznych w celu zidentyfikowania nierówności w ekspozycji na ryzyko.

Działania w tym obszarze dotyczą głównie potencjału systemowego do rozwijania mechanizmów regulacyjnych oraz egzekwowania istniejącego prawa w celu ochrony zdrowia populacji.

MOCNE STRONY:

- Harmonizacja na poziomie kraju i Unii Europejskiej systemów monitorowania środowiskowych czynników ryzyka zdrowotnego oraz systemów zapewnienia odpowiedniej jakości wyników;
- Harmonizacja na poziomie kraju i Unii Europejskiej niektórych przepisów szczegółowych, np. w zakresie zanieczyszczeń chemicznych lub substancji dodatkowych;
- Wysoka jakość systemu oceny ryzyka w miejscu pracy oraz nadzór nad wydajnością pracownika w odniesieniu do jego zdrowia;
- Wysoki poziom ochrony zdrowia konsumentów w kraju zapewniony przez dobrze funkcjonujący system bezpieczeństwa żywności, zgodny z przepisami UE;
- Dobrze rozwinięty system szkoleń dla pracowników inspekcji zajmującej się kontrolą bezpieczeństwa żywności;
- Powołanie Biura Rzecznika Praw Pacjenta, podlegającego Prezesowi Rady Ministrów, w celu poprawy skuteczności działań na rzecz ochrony praw pacjentów;
- Krajowa legislacja, która zapewnia możliwość egzekwowania od producentów i dystrybutorów wprowadzania na rynek tylko produktów bezpiecznych.

SŁABE STRONY:

- Niska świadomość decydentów i społeczna na temat środowiskowych zagrożeń dla zdrowia, bezpieczeństwa żywności, bezpieczeństwa i higieny na stanowiskach pracy oraz bezpieczeństwa ruchu drogowego;
- Brak odpowiedniego podziału kompetencji pomiędzy resortami w zakresie kontroli czynników środowiskowych, bezpieczeństwa żywności, bezpieczeństwa i higieny na stanowiskach pracy;

- Duże rozproszenie danych na temat zagrożeń środowiskowych i zawodowych, bezpieczeństwa żywności, bezpieczeństwa ruchu drogowego, bezpieczeństwa produktów konsumenckich, co może powodować trudności z dostępem do nich oraz ich interpretacją;
- Brak odpowiednich przepisów wskazujących na obowiązek uwzględniania oceny ryzyka dla zdrowia i skutków zdrowotnych zanieczyszczenia środowiska w programach ochrony powietrza, a także konieczności wdrażania działań ograniczających ryzyko dla zdrowia w sytuacji przekroczenia wartości normatywnych;
- Brak regulacji prawnych w zakresie oceny skuteczności nakładanych kar i podejmowanych działań związanych zarówno z korzystaniem ze środowiska, jak i przeciwdziałaniem jego zanieczyszczeniu;
- Brak zharmonizowanego systemu dotyczącego traktowania przez ustawodawstwo tych samych substancji używanych w różnych obszarach. W szczególności dotyczy to substancji biologicznie czynnych, które są wykorzystywane jako pestycydy, produkty biobójcze i leki weterynaryjne. Może to stwarzać problemy we właściwym zarządzaniu ryzykiem realizowanym przez odpowiednie organy administracji państwowej;
- Brak przepisów regulujących zasady ochrony zdrowia środowiskowego w zakresie mieszkalnictwa;
- Niedostateczna współpraca służby medycyny pracy ze służbą bezpieczeństwa i higieny pracy;
- Niewielkie zainteresowanie pracodawców realizacją działań z zakresu promocji zdrowia w miejscu pracy;
- Niewystarczająca koordynacja planu kontroli związanych z bezpieczeństwem żywności z mocy prawa paszowego, żywnościowego, zdrowia i dobrostanu zwierząt i roślin;
- Brak formalnych zasad współpracy pomiędzy organizacjami zrzeszającymi producentów branży żywnościowej, a strukturami urzędowej kontroli żywności, co powoduje problemy na etapie tworzenia nowych regulacji prawnych;
- Niski poziom świadomości społecznej na temat poszczególnych praw przysługujących pacjentom;
- Brak wieloletniego planu badań w dziedzinie bezpieczeństwa ruchu drogowego oraz listy najważniejszych zagadnień wymagających pogłębionych badań;
- Niedostateczna koordynacja działań prowadzonych w ramach kampanii społecznych na rzecz poprawy bezpieczeństwa ruchu drogowego;
- Bardzo rozbudowany system regulacji prawnych w odniesieniu do bezpieczeństwa produktów konsumenckich, obejmujący przepisy będące w kompetencjach ministrów odpowiadających za różne działy administracji, co może powodować dezorientację producentów i innych podmiotów odpowiedzialnych za wprowadzanie wyrobów na rynek oraz konsumentów.

REKOMENDACJE:

- Intensyfikacja działań informacyjnych i edukacyjnych skierowanych do decydentów i społeczeństwa na temat środowiskowych zagrożeń zdrowia, bezpieczeństwa żywności, bezpieczeństwa i higieny na stanowiskach pracy, bezpieczeństwa ruchu drogowego;
- Opracowanie regulacji prawnych rozdzielających kompetencje poszczególnych resortów w odniesieniu do kontroli czynników środowiskowych, bezpieczeństwa żywności, bezpieczeństwa i higieny na stanowiskach pracy;
- Utworzenie ogólnodostępnej bazy łączącej wysokiej jakości dane (na temat m.in. zagrożeń środowiskowych, bezpieczeństwa w miejscu pracy, bezpieczeństwa żywności, bezpieczeństwa ruchu drogowego, bezpieczeństwa produktów konsumenckich) gromadzącej informacje ze wszystkich podmiotów zajmujących się tymi zagadnieniami. Zmniejszenie barier dotyczących ochrony danych osobowych w celu lepszego monitorowania zdrowia ludności;
- Opracowanie i wdrożenie regulacji prawnych nakładających obowiązki uwzględniania ocen ryzyka dla zdrowia i skutków zdrowotnych zanieczyszczenia środowiska w programach ochrony powietrza, a w sytuacji stwierdzenia przekroczenia wartości normatywnych - obowiązki wdrażania działań ograniczających ryzyko dla zdrowia;
- Opracowanie i wdrożenie regulacji prawnych w zakresie oceny skuteczności nakładanych kar i podejmowanych działań związanych zarówno z korzystaniem ze środowiska, jak i przeciwdziałaniem jego zanieczyszczeniu;
- Harmonizacja, zarówno na szczeblu krajowym, jak i Unii Europejskiej, ustawodawstwa dotyczącego tych samych substancji wykorzystywanych w różnych obszarach, takich jak np. pestycydy, produkty biobójcze i leki weterynaryjne;
- Opracowanie i wdrożenie regulacji prawnych dotyczących ochrony zdrowia środowiskowego w zakresie mieszkalnictwa;
- Poprawa współpracy służby medycyny pracy ze służbą bezpieczeństwa i higieny pracy w zakresie ochrony zdrowia pracujących w miejscu pracy poprzez większe zaangażowanie obu tych służb w ocenę ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy;
- Podjęcie działań skierowanych na zwiększenie wśród pracodawców świadomości korzyści związanych z promocją zdrowia w miejscu pracy;
- Wprowadzenie jednolitego systemu informacyjnego ułatwiającego przepływ informacji na temat wyników urzędowej kontroli żywności;
- Ustalenie formalnych zasad współpracy pomiędzy organizacjami zrzeszającymi producentów branży żywnościowej, a strukturami urzędowej kontroli żywności w procesie tworzenia nowych regulacji prawnych;
- Intensyfikacja działań edukacyjnych mających na celu podniesienie świadomości pacjentów na temat ich praw w systemie ochrony zdrowia;

- Określenie przez Krajową Radę Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego priorytetowych kierunków badań w celu poprawy bezpieczeństwa ruchu drogowego;
- Koordynacja działań prowadzonych w ramach różnych kampanii społecznych na rzecz podniesienia wiedzy społeczeństwa na temat bezpieczeństwa ruchu drogowego;
- Intensyfikacja działań edukacyjnych, skierowanych zarówno do przedsiębiorców jak i konsumentów, w zakresie przepisów dotyczących bezpieczeństwa produktów oraz przysługujących im praw.

EPHO 4

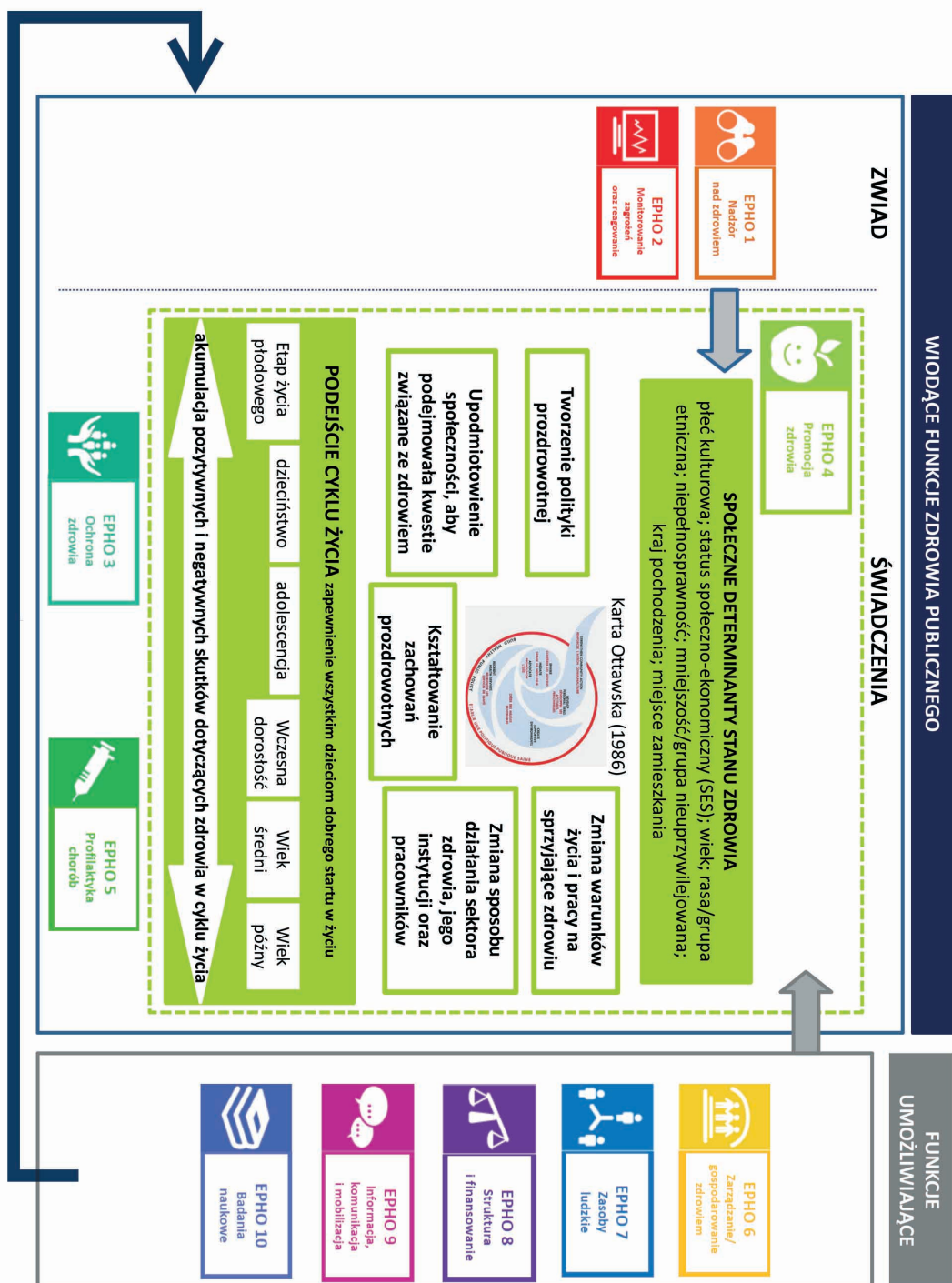
Promocja zdrowia, w tym działania dotyczące społecznych uwarunkowań zdrowia i nierówności w zdrowiu

4.A. Potencjał międzysektorowy i interdyscyplinarny

- Struktury, mechanizmy i procesy rządowe, umożliwiające międzysektorowe podejmowanie decyzji i działań, stosując podejście „zdrowie we wszystkich obszarach polityki”
- Zaangażowanie Ministerstwa Zdrowia i udział społeczności lokalnych i społeczeństwa obywatelskiego w promocji zdrowia
- Międzysektorowy potencjał w odniesieniu do kluczowych interesariuszy krajowych w sektorze prywatnym (przemysł, rolnictwo, komunikacja, budownictwo, itp.)

4.B. Podejmowanie kwestii uwarunkowań behawioralnych, społecznych i środowiskowych poprzez podejście „cały rząd i całe społeczeństwo dla zdrowia”

- Polityka tytoniowa zgodna z wymogami Ramowej Konwencji o Ograniczeniu Użycia Tytoniu
- Polityka ograniczania spożycia alkoholu, zgodna z Globalną Strategią Redukującą Szkodliwe Spożywanie Alkoholu przyjętą przez WHO
- Polityka żywieniowa w perspektywie cyklu życia
- Polityka dotycząca aktywności fizycznej
- Programy i polityki dotyczące promocji zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego
- Przeciwdziałanie używaniu substancji psychoaktywnych
- Polityki i działania dotyczące zdrowia psychicznego
- Polityki przeciwdziałania przemocy w rodzinie
- Polityki i programy dotyczące zapobiegania urazom
- Podejmowanie kwestii społecznych uwarunkowań zdrowia



Schemat EPHO 4.

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

Czwarta funkcja zdrowia publicznego (EPHO 4) odnosi się do promocji zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem działań ukierunkowanych na społeczne determinanty stanu zdrowia.

W centrum zainteresowania promocji zdrowia są ludzie i warunki, w których żyją. Problemy zdrowotne powstają bowiem w sąsiedztwie - w ściśle określonym kontekście życiowym - tam gdzie ludzie żyją, pracują czy odpoczywają, gdzie tworzą się normy i systemy wartości, zwyczaje, powstają więzi społeczne czy system komunikowania się.

Promocja zdrowia traktuje zdrowie jako skutek różnorodnych uwarunkowań. Wykazuje przy tym szczególną troskę o społeczne determinanty zdrowia i nierówności w zdrowiu, wspiera sprawiedliwość społeczną, solidarność w działaniu i równość w zdrowiu. Zmniejszanie nierówności w zdrowiu staje się celem codziennej pracy w zdrowiu publicznym.

MOCNE STRONY:

- Akty prawne o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych;
- Leczenie uzależnień w ramach ubezpieczenia zdrowotnego;
- Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej;
- Strategia Rozwoju Sportu w Polsce do 2015 roku;
- Krajowy Program Działań na Rzecz Równego Traktowania (KPRDT);
- Krajowa Strategia Przeciwdziałania Narkomanii, spójna ze strategią i planem działania Unii Europejskiej;
- Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego oraz Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP);
- Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie i Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie;
- Program „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy”;
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 (NPZ);
- Rosnące zainteresowanie problematyką nierówności w zdrowiu.

SŁABE STRONY:

- Brak silnego, formalnego umocowania współpracy międzysektorowej w odniesieniu do kompleksowo rozumianej problematyki zdrowotnej;
- Brak zaufania administracji rządowej do rozwiązań opartych np. na partnerstwie publiczno-prywatnym (PPP);

- Formy współpracy Ministerstwa Zdrowia z organizacjami społeczeństwa obywatelskiego mają charakter odgórny i raczej pasywny, nadzorujący, a aktywne formy współpracy nie są wykorzystywane;
- MZ nie inicjuje i nie prowadzi tzw. programów wyjścia adresowanych do populacji nieuprzywilejowanych i podatnych na utratę zdrowia;
- Brak w polityce zdrowotnej normatywnie wyznaczonych kierunków i obszarów działania na szczeblu ogólnopolskim;
- Brak działań edukacyjnych ograniczania palenia tytoniu, skierowanych do grup o niskim statusie ekonomicznym - najliczniejszej grupy osób palących tytoń;
- Wzrost spożycia alkoholu oraz wskaźników umieralności z powodu zaburzeń i chorób związanych z alkoholem;
- Brak zadania dotyczącego kontroli nad dostępnością alkoholu w działaniach Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych;
- Brak programów profilaktycznych zapobiegania nadużywaniu alkoholu poprzedzonych oceną lokalnych potrzeb;
- Brak obowiązkowych norm dotyczących posiłków wydawanych w przedszkolach i szkołach;
- W dotychczasowym myśleniu strategicznym niedoceniać roli sportu powszechnego, amatorskiego, a zwłaszcza ogólnego zwiększania aktywności fizycznej we wszystkich grupach społecznych;
- Brak w myśleniu strategicznym o sporcie perspektywy ponadresortowej i zarządzania strategicznego (w tym zarządzania celami, wskaźnikami, efektami polityk publicznych);
- Brak spójności zasad monitorowania polityki zdrowotnej w obszarze zdrowia seksualnego, ochrony przed wszelkiego rodzaju przejawami wykorzystywania seksualnego, ewaluacji realizowanych projektów i wdrażania skutecznych narzędzi naprawczych, szczególnie w administracji centralnej;
- Niedostateczny dostęp do porady ginekologiczno-położniczej dla dziewcząt w wieku 15-18 lat;
- Brak ogólnopolskich badań dotyczących sytuacji kobiet, u których przeprowadzono zabieg przerywania ciąży, a także oceniających dostępność metod i środków służących świadomej prokreacji;
- Brak budżetowego zabezpieczenia środków na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- Brak działań prowadzących do dostosowania prawa polskiego do wytycznych zawartych w Konwencji Rady Europy w sprawie zapobiegania i zwalczania przemocy wobec kobiet i przemocy domowej;
- Brak monitorowania rozpowszechnienia różnego rodzaju urazów i wypadków w populacji (nacisk przede wszystkim na wypadki drogowe i przy pracy);
- Brak systemu współpracy wielu różnych instytucji i agend w zakresie prewencji wypadków i urazów;

- Brak standardów postępowania w rehabilitacji leczniczej, co stanowi istotną barierę w rozwoju nowoczesnej rehabilitacji;
- Długi czas oczekiwania oraz w przypadku wybranych usług ich wysoki koszt jako bariera w dostępie do usług specjalistycznych;
- Zagrożenie ubóstwem dzieci, szczególnie mieszkańców wsi i małych miast;
- Niski udział dzieci do lat 3 w korzystaniu z opieki żłobkowej;
- Słaby dostęp do opieki geriatrycznej, dominacja opieki nieformalnej i ograniczony dostęp do usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

REKOMENDACJE:

- Przyjęcie przez Ministerstwo Zdrowia (lub wskazany podmiot) przywódczej roli w rozwoju potencjału systemu zdrowotnego do prowadzenia promocji zdrowia uwzględniającej współpracę międzysektorową;
- Upowszechnienie Partnerstwa Publiczno-Prywatnego w działaniach promocji zdrowia;
- Rewizja polityki dotyczącej spożycia alkoholu, zwłaszcza warunków sprzedaży;
- Stworzenie warunków umożliwiających kontynuację kompleksowego wieloletniego „Narodowego Programu Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej”;
- Rozwinięcie Programu Rozwoju Sportu do roku 2020 z silnym akcentem na powszechną aktywność fizyczną i odpowiednio precyzyjnie opisanym podziałem zadań i listą wskaźników mierzenia zachodzących zmian;
- Zrewidowanie polityki zdrowotnej w obszarze zdrowia seksualnego w stosunku do ludzi młodych (młodzieży) w wieku 15-25 lat;
- Reorientacja systemu ochrony zdrowia psychicznego, zmierzająca w kierunku opieki środowiskowej, która obejmowałaby nie tylko świadczenia specjalistyczne, ale także świadczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, opieki społecznej, organizacji pozarządowych, które wspólnie stwarzałyby sieć wsparcia, sieć promującą zdrowie i amortyzującą destrukcyjną interakcję między zaburzeniami psychicznymi i ich percepcją.
- Zmiana w obowiązujących przepisach prawa związana z ochroną kobiet przed przemocą w miejscach poza domem (praca, przestrzeń publiczna). Dostosowanie prawa polskiego do wytycznych zawartych w Konwencji Rady Europy w sprawie zapobiegania i zwalczania przemocy wobec kobiet i przemocy domowej;
- Stworzenie mechanizmów do koordynacji działań zapobiegających różnym wypadkom oraz promocji bezpieczeństwa, w tym pozyskiwanie danych nt. skali i przyczyn urazów w różnych grupach społecznych;
- Wprowadzenie standardów postępowania w rehabilitacji leczniczej.

EPHO 5

Profilaktyka chorób, w tym wczesne wykrywanie chorób

5.A. Profilaktyka pierwotna

- Program szczepień
- Programy opieki nad matką i noworodkiem
- Zapewnienie świadczeń zdrowotnych dla migrantów, bezdomnych i mniejszości etnicznych
- Opieka zdrowotna nad więźniami

5.B. Prewencja wtórna

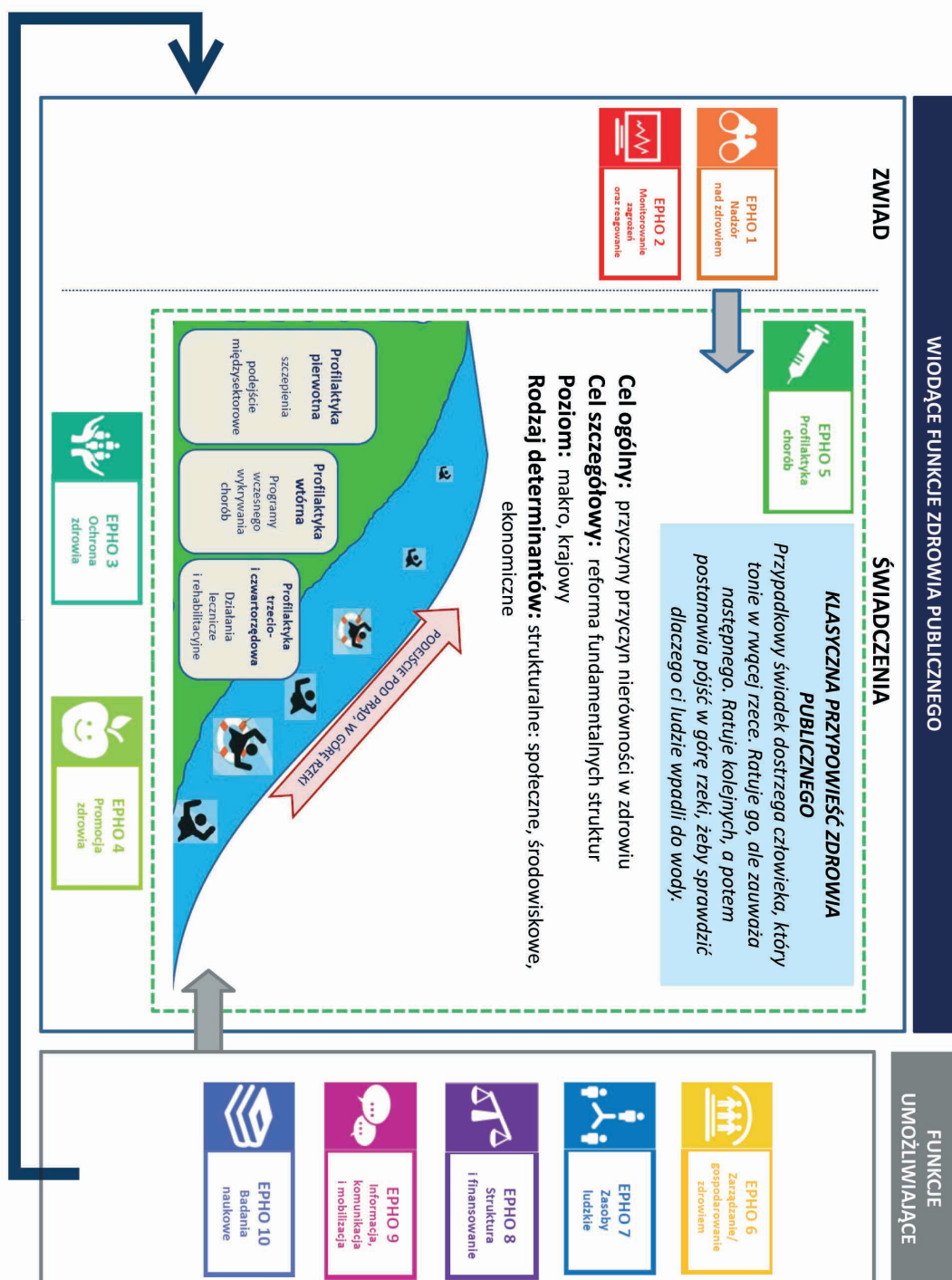
- Prewencja wtórna - programy wczesnego wykrywania choroby (przesiewowe)

5.C. Prewencja trzecio- i czwartorzędowa

- Programy rehabilitacji, przeżywalności i leczenia przewlekłego bólu
- Dostęp do opieki paliatywnej
- Potencjał tworzenia grup wsparcia pacjentów

5.D. Wsparcie społeczne

- Programy mające na celu tworzenie i utrzymanie warunków wspierających prozdrowotne zmiany zachowań
- Wsparcie dla opiekunów



Schemat EPHO 5.

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

Piąta funkcja zdrowia publicznego (EPHO 5) dotyczy zapobiegania chorobom i niepełnosprawności poprzez działania podejmowane na czterech poziomach profilaktyki. Profilaktyka chorób to wszelkie działania ukierunkowane na zapobieganie występowaniu choroby, a także na minimalizowanie wpływu choroby i niepełnosprawności.

Profilaktyka pierwotna (I fazy/I rzędu/I stopnia) to działania ukierunkowane na jednostki oraz środowisko bytowania ludzi w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia chorób lub zaburzeń zdrowia.

Profilaktyka wtórna (II fazy/II rzędu/II stopnia) to wczesne wykrywanie chorób i szybkie działania naprawcze w celu powstrzymania rozwoju choroby. Poszukuje czynników ryzyka i stara się je wyeliminować.

Profilaktyka III fazy koncentruje się na działaniach leczniczych i rehabilitacyjnych podejmowanych w czasie, gdy choroba jest już w pełni rozwinięta. Mają one na celu ograniczanie skutków choroby oraz zmniejszanie ryzyka jej nawrotów.

Profilaktyka IV fazy obejmuje działania podjęte w celu identyfikacji pacjentów lub populacji zagrożonych tzw. „przemedycyzowaniem” (ang. overmedicalisation), w celu ochrony ich przed inwazyjnymi zabiegami medycznymi oraz zapewnienia etycznie dopuszczalnych procedur medycznych.

MOCNE STRONY:

- Program Szczepień Ochronnych i realizacja bezpłatnych szczepień obowiązkowych dla dzieci w wieku 0-19 lat;
- Realizacja programów opieki nad matką i noworodkiem przez instytucje na wszystkich szczeblach;
- Prowadzenie badań przesiewowych noworodków w kierunku 20 wrodzonych wad metabolicznych w ramach Programu badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2015-2018;
- Badanie przesiewowe słuchu u noworodków;
- Prowadzenie skriningów w kierunku trzech rodzajów nowotworów: raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego;
- Finansowanie przez NFZ programów profilaktyki chorób układu krążenia, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, gruźlicy oraz badań prenatalnych.

SŁABE STRONY:

- Brak kalendarza szczepień dla osób dorosłych;
- Nie podejmowanie inicjatywy i poszukiwań nowych sposobów dotarcia do rodziców i opiekunów uchylających się od szczepień dzieci, z informacjami wskazującymi na zasadność realizacji szczepień ochronnych;

- Brak obowiązku informowania kobiety do 10 tygodnia ciąży o możliwości wykonania badań w kierunku wad uwarunkowanych genetycznie oraz dokumentowania w historii zdrowia i choroby pacjentki przekazania tej informacji przez lekarza;
- Niski poziom udziału społeczeństwa w ogólnopolskich badaniach przesiewowych;
- Niska dostępność świadczeń dla grup szczególnie podatnych na utratę zdrowia (w tym migrantów, bezdomnych i mniejszości etnicznych);
- Nie prowadzenie badań ogólnopolskich, wskazujących potrzeby pacjentów w zakresie form dostarczania informacji na temat behawioralnych i medycznych zagrożeń zdrowia;
- Niedostateczny dostęp pacjenta do leczenia bólu;
- Deficyty w zakresie wiedzy specjalistów z zakresu ochrony zdrowia dotyczącej mechanizmów powstawania i leczenia bólu;
- W większości województw brak dostępu do poradni medycyny paliatywnej i ograniczony dostęp do hospicjów domowych;
- Brak systemowych rozwiązań w zakresie wsparcia społecznego, a szczególnie rozwoju usług społecznych;
- Brak działań będących wsparciem dla opiekunów rodzinnych osób starszych i chorych przewlekle.

REKOMENDACJE:

- Podejmowanie inicjatywy i poszukiwanie nowych sposobów dotarcia do rodziców i opiekunów uchylających się od szczepień dzieci z informacjami wskazującymi na zasadność realizacji szczepień ochronnych;
- Wprowadzenie obowiązku informowania kobiety do 10 tygodnia ciąży o możliwości wykonania badań w kierunku wad uwarunkowanych genetycznie oraz dokumentowania w historii zdrowia i choroby pacjentki przekazania tej informacji przez lekarza;
- Wprowadzenie do krajowych polityk zdrowotnych oraz podjęcia działań wielo- i międzysektorowych związanych z poprawą zabezpieczenia grup szczególnie podatnych na utratę zdrowia (w tym migrantów, bezdomnych i mniejszości etnicznych);
- Weryfikacja przebiegu prowadzonych badań skriningowych;
- Nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, polegająca na rozszerzeniu prawa każdego pacjenta do uśmierzania bólu i cierpienia, w takim stopniu, w jakim to możliwe, niezależnie od rodzaju i stadium choroby, wieku i miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego;

- Poprawa dostępu pacjentów do leczenia bólu oraz podnoszenie wiedzy specjalistów z zakresu ochrony zdrowia dotyczącej mechanizmów powstawania i leczenia bólu;
- Poprawa dostępu pacjentów do poradni medycyny paliatywnej i hospicjów domowych;
- Dostarczanie wsparcia dla opiekunów rodzinnych, które będzie miało charakter personalny i środowiskowy, będzie udzielane lokalnie, w miejscu zamieszkania osoby potrzebującej, z uwzględnieniem jej stanu zdrowia i zdolności psychofizycznych.

EPHO 6

Zapewnienie zarządzania (gospodarowania) zdrowiem

6.A. Przywództwo dla podejścia „cały rząd i całe społeczeństwo dla zdrowia” na rzecz zdrowia i dobrostanu

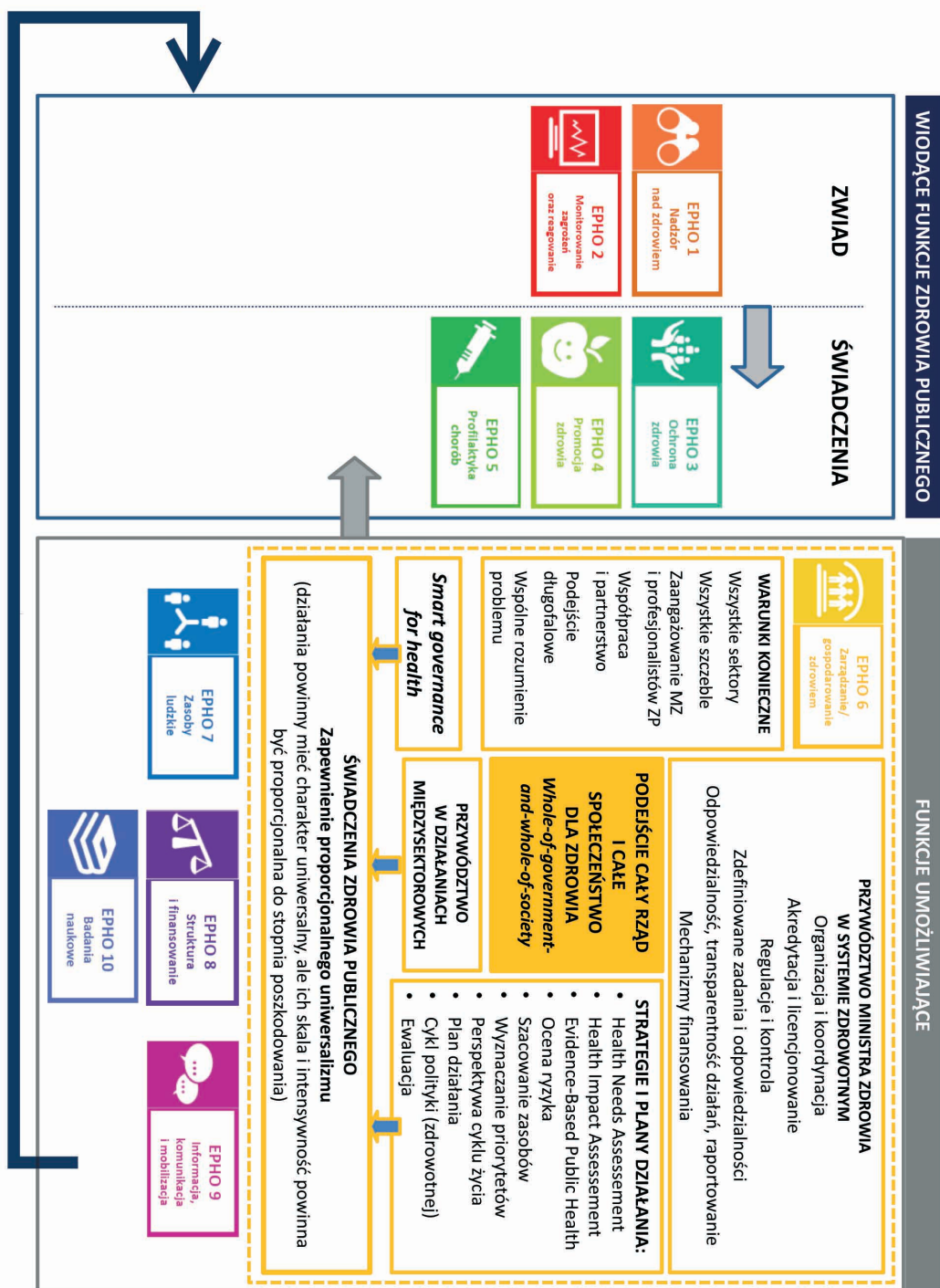
- Zaangażowanie rządu w sprawy dotyczące zdrowia i równości w zdrowiu
- Zarządzanie zdrowiem

6.B. Cykl polityki zdrowotnej

- Mechanizmy zapewniające udział interesariuszy w cyklu polityki zdrowotnej
- Źródła danych do opracowania planów i strategii

6.C. Regulacje i kontrola (patrz także odpowiednie części w EPHO 3)

- Ocena wpływu/oddziaływania na zdrowie (HIA)
- Ocena technologii medycznych (HTA)



Schemat EPHO 6.

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

Szósta funkcja zdrowia publicznego (EPHO 6) ma na celu zapewnienie, że usługi zdrowia publicznego są regulowane i koordynowane za pośrednictwem skutecznych mechanizmów i procesów, przez określone instytucje, które mają jasno określony zakres odpowiedzialności i mają zapewnić najwyższą jakość. Działania te dotyczą takich obszarów jak: (1) przywództwo, (2) polityka zdrowotna i prozdrowotna, (3) zaangażowanie społeczne w działania na rzecz zdrowia.

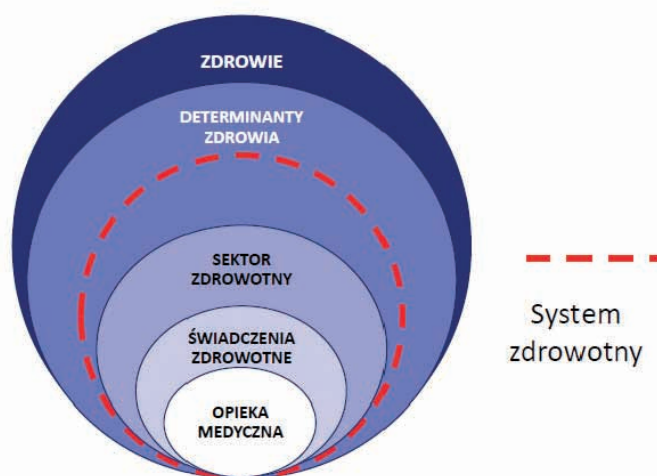
System zdrowotny

Zespół wszystkich publicznych i prywatnych organizacji i instytucji oraz zasobów, które służą poprawie, zachowaniu lub przywracaniu zdrowia; systemy zdrowotne świadczą usługi na rzecz jednostek i całej populacji oraz prowadzą działania, których celem jest oddziaływanie na polityki i działalność innych sektorów, aby modyfikować społeczne, środowiskowe oraz ekonomiczne determinanty zdrowia.

Inne terminy: system zdrowia, system ochrony zdrowia.

Karta z Tallina, WHO, 2008

System zdrowotny rozumiany jest szerzej niż sektor zdrowotny, który obejmuje jedynie świadczenia zdrowotne w ramach opieki medycznej (ryc. 1).



Rycina 1.

Ramy systemu zdrowotnego. Źródło: Bitran et al. Review of World Bank's Experience with country-level health system analysis, Washington, 2010: 7.

System zdrowotny odpowiada za:

- Opracowanie i wdrożenie strategii na rzecz zdrowia na poziomie krajowym i na niższych szczeblach administracyjnych;
- Ustalanie celów zdrowotnych i zadań mających na celu poprawę zdrowia;
- Realizację kluczowych funkcji zdrowia publicznego;
- Realizację wysokiej jakości i efektywnych świadczeń opieki zdrowotnej;
- Ocenę oddziaływania na zdrowie polityk wdrażanych w innych sektorach (Health Impact Assessment, HIA);
- Współpracę z innymi sektorami.

Zdolność zarządzania systemem uwarunkowana jest takimi czynnikami, jak: (a) rotacja kadry zarządzającej/przywódczej, (b) jakość administracji (szkolenia, kwalifikacje, indywidualna ścieżka rozwoju), (c) zdolność implementacyjna mierzona jakością zarządzania zasobami ludzkimi i finansowymi.

Zarządzanie (gospodarowanie) zdrowiem (governance for health)

Działania rządu i innych podmiotów polegające na kierowaniu społecznościami, krajami czy grupami krajów w celu osiągnięcia zdrowia i dobrostanu poprzez podejścia: cały rząd i całe społeczeństwo (whole-of-government and whole-of-society) dla zdrowia (ryc. 2).

Koncepcja zarządzania zdrowiem promuje wspólne działania sektora zdrowia oraz innych sektorów, przedstawicieli sektora publicznego, prywatnego oraz obywateli podejmowane w imię wspólnych interesów. Do jej realizacji potrzebny jest zestaw uzupełniających się wzajemnie polityk, w tym spoza sektora zdrowia, jak również spoza sektora rządowego. Muszą one być wspierane przez struktury i mechanizmy ułatwiające współpracę. Daje to ministrom, ministerstwom i instytucjom zdrowia publicznego pełną legitymację do podjęcia się nowej roli w kształtowaniu polityk promujących zdrowie i dobrostan.

*Kickbusch I, Gleicher D, 2012
WHO, 2013*



Rycina 2.

Zarządzanie zdrowiem w XXI wieku (opracowane własne na podstawie Kickbusch I, Gleicher D, 2012).

MOCNE STRONY:

- Kwestie zdrowotne uwzględniane w politykach publicznych w różnych sektorach;
- Rozpoczęty proces mapowania potrzeb zdrowotnych w kraju;
- Satysfakcjonująca wydajność Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie oceny technologii medycznych (Health Technology Assessment);
- Przyjęta ustawa o zdrowiu publicznym.

SŁABE STRONY:

- W tworzeniu polityk krajowych częściej wykorzystywana orientacja sektora zdrowia niż orientacja wielosektorowa;
- Ograniczona dostępność oraz niska jakość danych, które mogą być wykorzystywane w celu planowania polityk publicznych z zakresu zdrowia publicznego;

- Nieskuteczne mechanizmy monitorowania oraz ewaluacji działań z zakresu zdrowia publicznego;
- Brak wdrożenia metody oceny wpływu na zdrowie (HIA), niewystarczająca wiedza i umiejętności oraz brak oficjalnych wytycznych w tym zakresie;
- Koncentracja na znanych i aktualnych zagrożeniach dla zdrowia populacji, bez brania pod uwagę zagrożeń mniej znanych i przyszłych (np. zmiany klimatu).

REKOMENDACJE:

- Wyznaczenie długoterminowych celów w zakresie zdrowia publicznego na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym;
- Ustalenie i wdrożenie mechanizmów planowania, monitorowania i ewaluacji polityk z zakresu zdrowia publicznego, w tym wdrożenie metody oceny wpływu na zdrowie (HIA);
- Poprawa efektywności międzysektorowej współpracy w działaniach z zakresu zdrowia publicznego oraz zwiększenie rzeczywistego udziału interesariuszy;
- Wzmocnienie zarządzania zdrowiem, w tym promowanie podejścia cały rząd i całe społeczeństwo dla zdrowia.

EPHO 7

Zapewnienie kompetentnej kadry zdrowia publicznego

7.A. Cykl rozwoju zasobów ludzkich

- Analiza sytuacji w strategii rozwoju zasobów ludzkich
- Źródła danych dotyczących podaży i rozmieszczenia kadr zdrowia publicznego
- Emigracja personelu
- Monitoring zawodów deficytowych i nadwyżkowych
- Prowadzenie badań uzupełniających dotyczących zasobów kadrowych zdrowia publicznego
- Planowanie w strategii rozwoju zasobów ludzkich
- „Zielona Księga w sprawie pracowników służby zdrowia”
- Realizacja strategii rozwoju zasobów ludzkich
- Interesariusze w zdrowiu publicznym
- Regulacje prawne dotyczące wybranych zawodów związanych ze zdrowiem publicznym
- Mechanizmy dostosowania do zmieniających się okoliczności
- Monitorowanie i ewaluacja w strategii rozwoju zasobów ludzkich

7.B. Zarządzanie zasobami ludzkimi

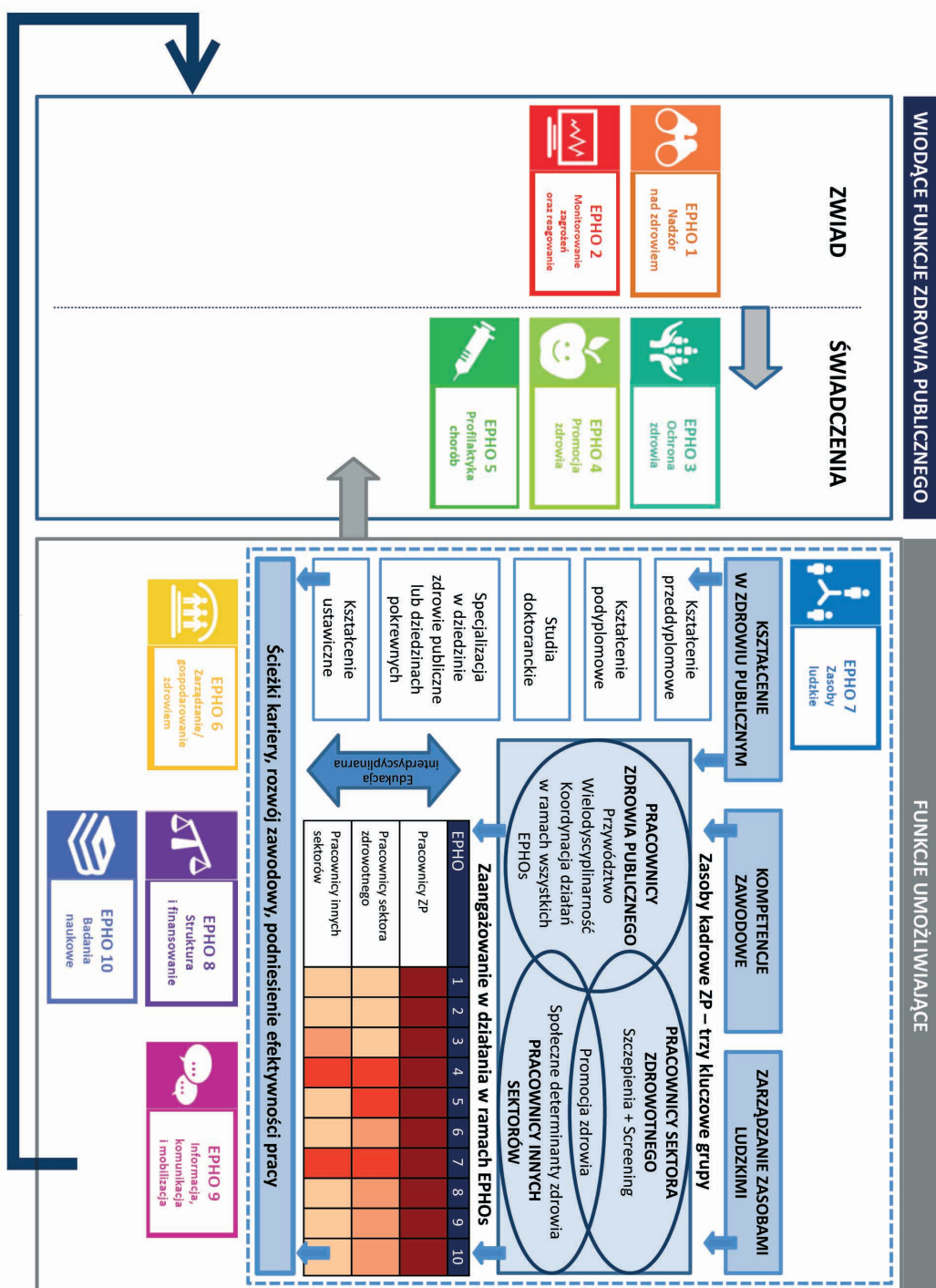
- Reguły polityki kadrowej w instytucjach rządowych oraz samorządowych
- Równość płci
- Zarządzanie wydajnością
- Niezależne raporty ewaluacyjne dotyczące wydajności
- Rozwiązania stosowane w zakresie rekrutacji i utrzymania zasobów ludzkich
- Kompetencje pracowników zdrowia publicznego
- Zagadnienia zdrowia publicznego w narodowej strategii rozwoju zasobów ludzkich
- Finansowanie kadr zdrowia publicznego - konkurencyjność płac

7.C. Kształcenie w dziedzinie zdrowia publicznego

- Instytucje zajmujące się kształceniem w zakresie zdrowia publicznego
- Potencjał systemu edukacji w zakresie potrzeb związanych z zasobami ludzkimi zdrowia publicznego

- Specjalizacja ze zdrowia publicznego dla lekarzy oraz innych zawodów związanych z ochroną zdrowia
- System akredytacji dla instytucji edukacyjnych
- Możliwość kształcenia za granicą
- Praktyki studenckie w instytucjach i organizacjach ochrony zdrowia
- Programy nauczania zdrowia publicznego
- Treści kształcenia

7.D. Zarządzanie/gospodarowanie zasobami ludzkimi zdrowia publicznego



Schemat EPHO 7.

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

Siódma funkcja zdrowia publicznego dotyczy działań podejmowanych w celu zapewnienia kompetentnej kadry zdrowia publicznego. Podstawowe znaczenie dla rozwoju ZP ma kompetentna kadra, czyli zespół ludzi z odpowiednią wiedzą oraz umiejętnościami transpozycji polityk, teorii oraz wyników badań naukowych na działania praktyczne w celu poprawy stanu zdrowia społeczeństwa oraz ograniczania nierówności w zdrowiu.

Zasoby kadrowe zdrowia publicznego to wszyscy ci, którzy realizują podstawowe funkcje zdrowia publicznego, niezależnie od charakteru instytucji, w której są zatrudnieni. W obszarze zdrowia publicznego pracuje wiele grup profesjonalnych takich jak: lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne, pracownicy socjalni, dietetycy, farmaceuci, osoby zajmujące się oświatą zdrowotną, antropolodzy, psycholodzy, socjolodzy, architekci, inżynierowie sanitarni, ekonomiści, politolodzy, epidemiolodzy, biostatystycy, menadżerowie różnych szczebli, prawnicy, diagnosty laboratoryjni oraz specjaliści z wielu innych dziedzin.

Zasoby ludzkie definiowane są jako ogół kwalifikacji i umiejętności osób funkcjonujących w danym systemie. W niniejszym opracowaniu wymiennie stosuje się termin „kadry/zasoby kadrowe” oraz „zasoby ludzkie”.

MOCNE STRONY:

- Statystyka publiczna obejmująca monitoring niektórych zawodów medycznych;
- Regularne materiały informacyjne nt. przepływu pracowników służby zdrowia między Polską a innymi krajami UE (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej);
- Znowelizowana ustawa o szkolnictwie wyższym, która gwarantuje system rocznego monitorowania karier absolwentów;
- Możliwość specjalizacji modułowej dla lekarzy i lekarzy dentystów;
- Niezależne raporty ewaluacyjne dotyczące wybranych działań z obszaru zdrowia publicznego (Najwyższa Izba Kontroli);
- Szeroka oferta uczelni wyższych w zakresie liczby miejsc na studia przeddyplomowe na kierunku zdrowie publiczne;
- W kształceniu specjalizacyjnym aktualny program specjalizacji dla lekarzy i lekarzy dentystów zawierający niemal wszystkie podstawowe treści kształcenia.

SŁABE STRONY:

- Brak ustalonej definicji pracownika zdrowia publicznego, kadr zdrowia publicznego oraz kompetencji dla określonych zawodów związanych ze zdrowiem publicznym;

- Brak strategii rozwoju zasobów ludzkich zdrowia publicznego uwzględniającej fazy: planowania, realizacji oraz monitoringu i ewaluacji;
- Braki oraz niska jakość istniejących danych na temat zasobów ludzkich zdrowia publicznego;
- Polityka rozwoju kadr zdrowia publicznego słabo rozwinięta w krajowych politykach związanych z ochroną zdrowia;
- Słaby system akredytacji podmiotów zdrowia publicznego;
- Spadek liczby studentów kierunku zdrowie publiczne na studiach przeddyplomowych, niski poziom kształcenia oraz satysfakcji studentów, ograniczone perspektywy zawodowe;
- Brak szczegółowych standardów kształcenia na kierunku zdrowie publiczne na poziomie licencjackim, magisterskim i podyplomowym, zgodnych z kompetencjami pracowników zdrowia publicznego;
- Niska atrakcyjność specjalizacji ze zdrowia publicznego wśród lekarzy rozpoczynających kształcenie specjalizacyjne;
- Brak lidera (przywódcy) odpowiedzialnego za rozwój strategii oraz zarządzanie zasobami ludzkimi zdrowia publicznego.

REKOMENDACJE:

- Ustalenie definicji pracownika zdrowia publicznego;
- Ustalenie kompetencji pracowników zdrowia publicznego zgodnych z definicją oraz programem kształcenia;
- Utworzenie zintegrowanego systemu gromadzenia danych nt. kadr zdrowia publicznego;
- Ocena aktualnego stanu zatrudnienia w zdrowiu publicznym oraz wskazanie braków kadrowych;
- Opracowanie strategii zarządzania zasobami ludzkimi zdrowia publicznego; monitorowanie ścieżek karier;
- Uwzględnienie w krajowych dokumentach strategicznych, odnoszących się do zasobów kadrowych ochrony zdrowia, szeroko pojętej perspektywy, nie tylko przedstawicieli zawodów medycznych, lecz także pozostałych zawodów związanych ze zdrowiem publicznym;
- Stworzenie skoordynowanego systemu zarządzania wydajnością podmiotów działających w obszarze ZP oraz systemu akredytacji podmiotów zdrowia publicznego;
- Poprawa jakości kształcenia przeddyplomowego z jednoczesnym zwiększeniem atrakcyjności zatrudniania w tym obszarze;
- Aktualizacja programów kształcenia specjalizacyjnego dla grup zawodów, innych niż lekarze, które mogą odbywać specjalizacje w dziedzinie zdrowia

publicznego oraz pokrewnych. Zwiększenie atrakcyjności specjalizacji ze zdrowia publicznego wśród lekarzy;

- Opracowanie szczegółowych standardów kształcenia na kierunku zdrowia publicznego, które będą kompatybilne z kwalifikacjami (kompetencjami) pracowników w tym obszarze;
- Wyznaczenie lidera (przywódcy) odpowiedzialnego za strategię rozwoju oraz zarządzanie zasobami ludzkimi zdrowia publicznego.

EPHO 8

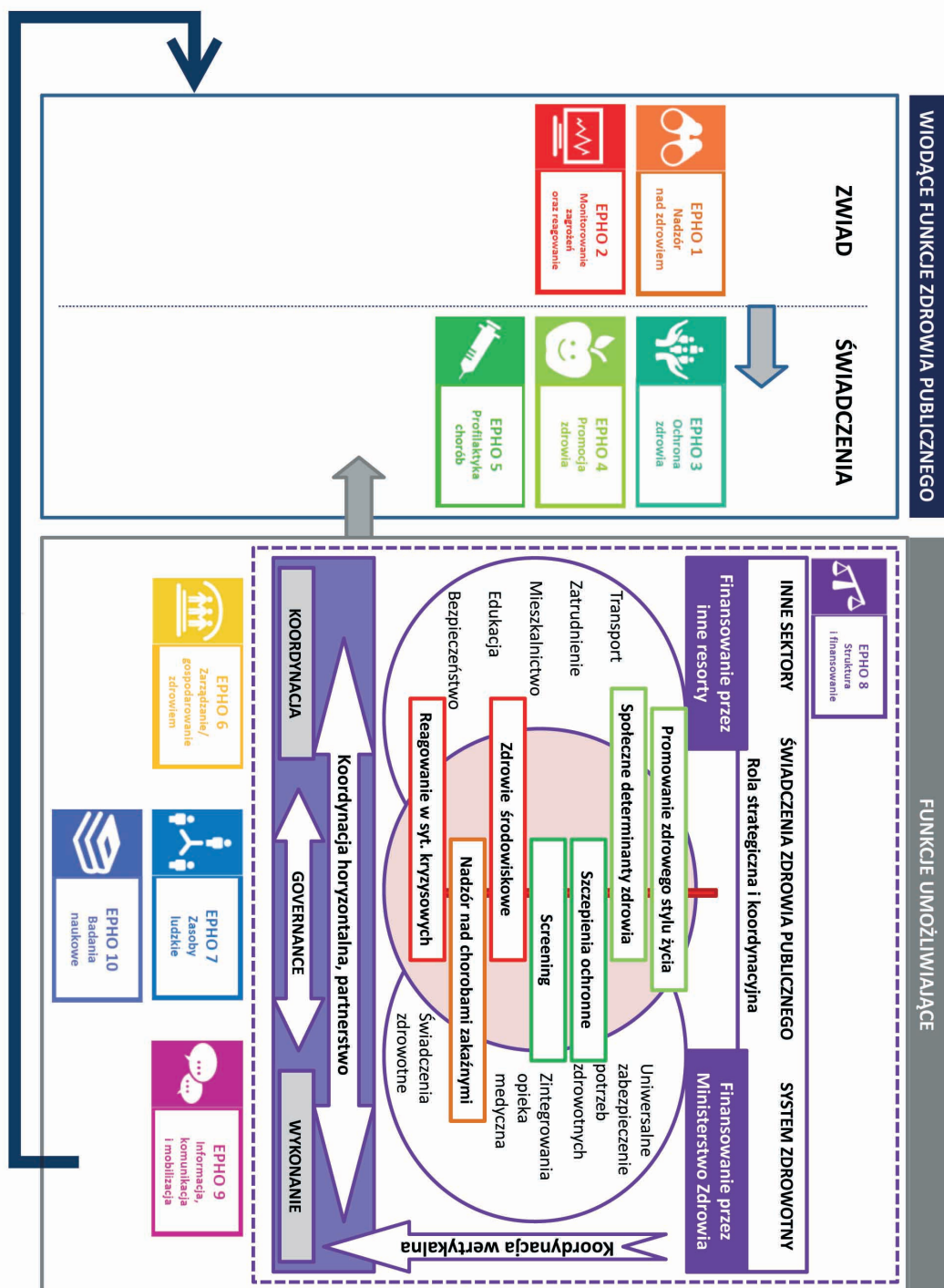
Zapewnienie struktury organizacyjnej i finansowania

8.A. Zapewnienia odpowiednich struktur organizacyjnych do realizacji podstawowych działań zdrowia publicznego (EPHOs)

- Kluczowe działania zdrowia publicznego
- Podmioty systemu zdrowia publicznego w Polsce
- Struktura organizacyjna Ministerstwa Zdrowia
- System laboratoriów zdrowia publicznego
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
- Szkoły Zdrowia Publicznego
- Koordynacja świadczeń dostarczanych przez podmioty pozarządowe
- Nadzór nad systemami i strukturami organizacyjnymi realizującymi EPHOs

8.B. Finansowanie świadczeń zdrowia publicznego

- Wydatki ponoszone w Polsce na zdrowie publiczne
- Kryteria podejmowania decyzji w zakresie alokacji środków na zdrowie publiczne



Schemat EPHO 8.

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

Ósma funkcja zdrowia publicznego (EPHO 8) ma na celu zapewnienie zrównoważonego rozwoju organizacji i struktur finansowania dla realizacji poszczególnych działań zdrowia publicznego, podejmowanych w celu maksymalizacji efektu zdrowotnego.

Zadania określone w ustawie o zdrowiu publicznym są realizowane przez organy administracji rządowej, państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze, a także jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia. W realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego mogą uczestniczyć także podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami określonymi w art. 2 ustawy o zdrowiu publicznym, w tym organizacje pozarządowe i podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Dla zapewnienia wysokiej jakości opieki i poprawy poziomu zdrowia niezbędne jest odpowiednie finansowanie i struktura systemów ochrony zdrowia, skupionych na człowieku i korzystających z rozwiązań o udowodnionej skuteczności. Wymaga to reorientacji systemów ochrony zdrowia, które powinny: (a) kłaść duży nacisk na profilaktykę, (b) dbać o stałą poprawę jakości, (c) integrować świadczenia usług zdrowotnych, (d) zapewnić ciągłość opieki, (e) wspierać samoopiekę pacjentów, (f) przenieść świadczenie usług opiekuńczych możliwie najbliżej domu pacjenta przy zachowaniu bezpieczeństwa i efektywności kosztowej świadczeń.

MOCNE STRONY:

- Uchwalona ustawa o zdrowiu publicznym tworząca ramy prawne dla zdrowia publicznego w Polsce;
- Narodowy Program Zdrowia jako wiodący instrument realizacji polityki zdrowia publicznego państwa;
- Mnogość podmiotów/interesariuszy zdrowia publicznego;
- Działalność Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny na rzecz zdrowia Polski i Europy;
- Włączanie problematyki zdrowia publicznego w system kształcenia przed- i podyplomowego, m.in. obowiązek odbycia jednolitego dla wszystkich specjalności kursu specjalizacyjnego ze zdrowia publicznego;
- Zaangażowanie organizacji pozarządowych w działania na rzecz zdrowia społeczeństwa oraz tworzenia warunków życia sprzyjających zdrowiu.

SŁABE STRONY:

- Narastające wyzwania przed systemem zdrowia publicznego:
 - rosnące koszty opieki zdrowotnej;
 - kryzys ekonomiczny na rynku finansowym, spowolniony wzrost gospodarczy;
 - rosnące potrzeby i oczekiwania społeczne;
 - narastające społeczne nierówności w zdrowiu;
- Złożona, niezdefiniowana struktura organizacyjna systemu zdrowia publicznego w Polsce;
- Brak czytelnego podziału zadań i odpowiedzialności różnych podmiotów/interesariuszy działających w obszarze zdrowia publicznego, powiązany z brakiem mechanizmów stabilnego i adekwatnego systemu finansowania realizacji tych zadań;
- Niedostateczna koordynacja zadań zdrowia publicznego oraz niski poziom ich finansowania;
- Brak sieci laboratoriów zdrowia publicznego, spełniających zasady referencyjności; rozproszenie laboratoriów w wielu instytucjach pozostających w kompetencji różnych resortów;
- Finansowanie zdrowia publicznego mniej stabilne niż finansowanie opieki zdrowotnej;
- Brak odrębnego funduszu dla zdrowia publicznego pozostającego w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia i wskazania konkretnych źródeł pochodzenia środków finansowych;
- Brak jasnych kryteriów podejmowania decyzji o alokacji środków na zdrowie publiczne;
- Brak pogłębionych prac badawczych oraz informacji statystycznych na temat organizacji, koordynacji i finansowania zadań w obszarze zdrowia publicznego w Polsce;
- Małe zaangażowanie sektora prywatnego w działania zdrowia publicznego.

REKOMENDACJE:

- Reorientacja systemu ochrony zdrowia, w tym: (a) nacisk na profilaktykę, (b) dbałość o stałą poprawę jakości świadczeń, (c) integracja świadczeń zdrowotnych, (d) zapewnienie ciągłości opieki, (e) wspieranie samoopieki pacjentów, (f) przeniesienie usług możliwie najbliżej domu pacjenta z zachowaniem bezpieczeństwa i efektywności kosztowej świadczeń;
- Wykorzystanie szerokiego wachlarza metod zdrowia publicznego (edukacyjnych, technologicznych, ekonomicznych, legislacyjnych, kontrolnych i egze-

kwujących prawo) w celu modyfikacji środowiska przyrodniczego, antropologicznego i społecznego;

- Silny akcent na rozwój zdrowia publicznego poprzez m.in. zwrócenie uwagi na społeczne determinanty stanu zdrowia, upodmiotowienie społeczności i pacjentów, tzw. adaptatywne społeczności (resilient communities), promocję zdrowia, profilaktykę chorób, działania nazywane „cały rząd i całe społeczeństwo dla zdrowia” oraz interaktywne zarządzanie systemem zdrowia;
- Przywództwo Ministerstwa Zdrowia w systemie zdrowotnym, wydajne struktury i procesy do realizacji zadań zdrowia publicznego;
- Szersze niż biomedyczne definiowanie zadań zdrowia publicznego, wyznaczanie podmiotów odpowiedzialnych za ich realizację oraz środków finansowych na nie przeznaczanych, celem zwiększenia wydajności usług zdrowia publicznego na poziomie makro (państwo) oraz mikro (poszczególnych instytucji systemu zdrowia publicznego);
- Podejmowanie działań międzysektorowych, bardziej skutecznych, wydajnych i trwałych aniżeli samodzielna praca sektora zdrowotnego, na rzecz poprawy stanu zdrowia ludności i zmniejszenia nierówności w zdrowiu;
- Zwiększenie kompetencji z dziedziny zdrowia publicznego u wszystkich interesariuszy; inwestowanie w kapitał ludzki;
- Stworzenie zbioru przykładów (case-studies) efektywnych działań międzysektorowych jako podstawy do przemyśleń, modyfikacji lub naśladowania;
- Stworzenie sieci laboratoriów zdrowia publicznego wspierających działania zdrowia publicznego;
- Poprawa finansowania zadań zdrowia publicznego, stworzenie funduszu dla zdrowia publicznego pozostającego w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia;
- Systematyczne analizy i oceny funkcjonowania systemu zdrowia publicznego.

EPHO 10

Rozwój badań w dziedzinie zdrowia publicznego dla potrzeb polityki oraz praktyki

10.A. Ustalanie krajowego programu badań

- Ustalanie krajowych priorytetów badawczych w zakresie zdrowia publicznego
- Dostosowanie programu badań w dziedzinie zdrowia publicznego do strategii „Zdrowie 2020”

10.B. Budowanie potencjału

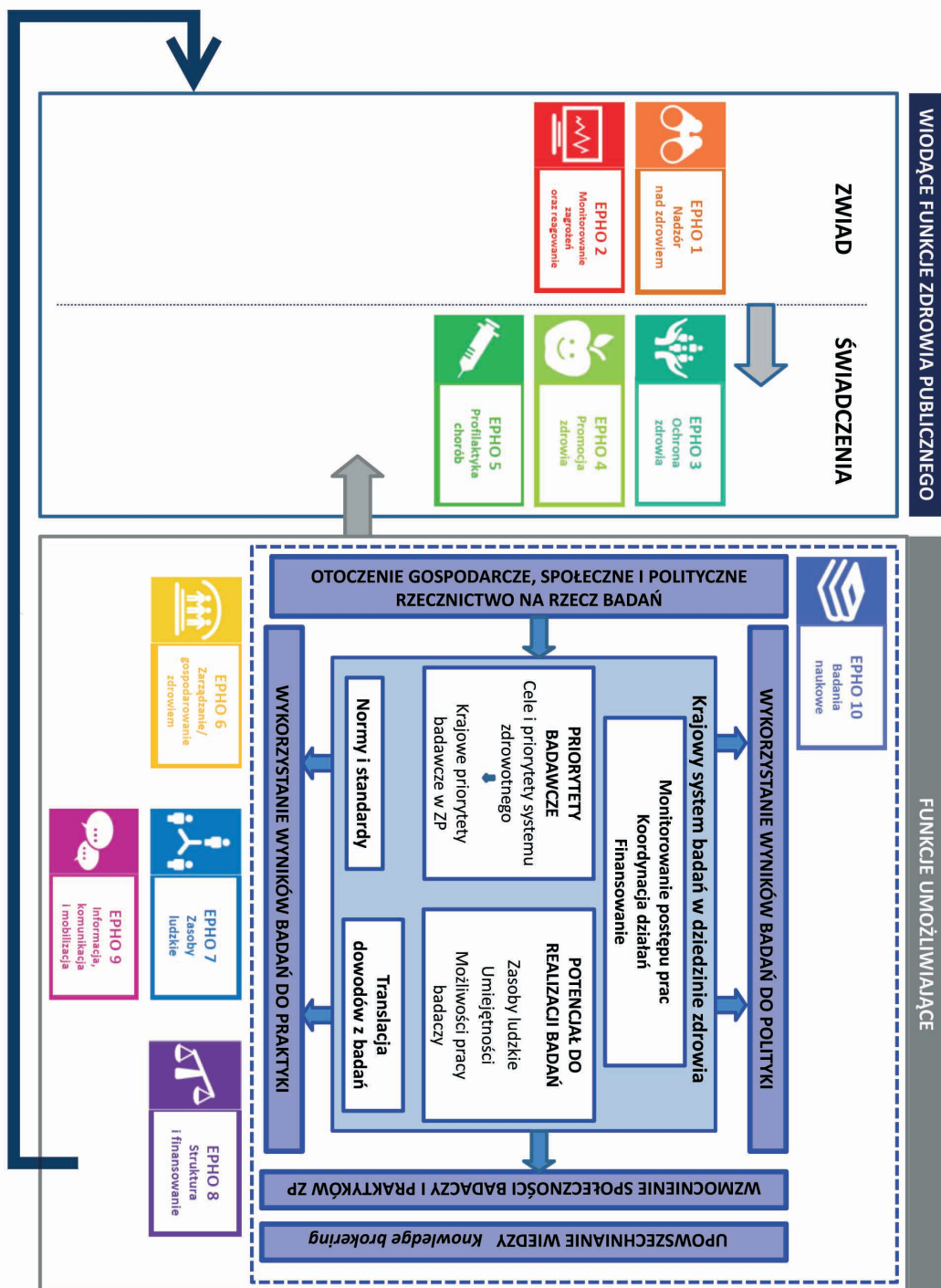
- Dostęp badaczy do danych dotyczących zdrowia
- Integracja działalności badawczej z kształceniem ustawicznym
- Prowadzenie badań w praktyce zdrowia publicznego
- Potencjał do innowacji w zdrowiu publicznym
- Zapewnienie standardów naukowych i etycznych w badaniach

10.C. Koordynacja działalności badawczej

- Koordynacja badań

10.D. Upowszechnienie wiedzy i brokerstwo

- Mechanizmy i struktury rozpowszechniania wyników badań wśród profesjonalistów ZP
- Mechanizmy translacji dowodów do polityki i praktyki
- Efektywność komunikacji twórców polityk i społeczności badaczy w aspekcie potrzeb twórców polityk



Schemat EPHO 10.

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

Dziesiąta funkcja zdrowia publicznego (EPHO 10) dotyczy rozwoju badań naukowych w dziedzinie zdrowia publicznego dla potrzeb polityki oraz praktyki.

Badania w dziedzinie zdrowia publicznego są działalnością naukową, podejmowaną w celu poprawy dobrostanu, dotyczącą zależności między sytuacją zdrowotną, warunkami zdrowotnymi i społeczną reakcją na tę sytuację. Różnią się one od badań biomedycznych, które koncentrują się na warunkach zdrowotnych a także od badań klinicznych, które zajmują się zależnościami między warunkami zdrowotnymi i reakcją indywidualną.

Badania te służą rozpoznaniu czynników, które mają wpływ na zdrowie populacji albo określeniu efektywnych interwencji zmierzających do poprawy zdrowia i zmniejszenia nierówności w zdrowiu.

Badania w dziedzinie zdrowia publicznego poszukują nowej, dającej się uogólnić wiedzy i są nastawione na cel, jakim jest ochrona, promocja i poprawa zdrowia ludzi.

W ostatnich latach coraz silniejszy akcent kładzie się na wykorzystanie wiedzy/badań/dowodów do tworzenia polityki zdrowotnej, strategii, planów i programów. Żądania, aby działania praktyczne powiązać z wynikami badań formułowane są w różnych obszarach systemu zdrowotnego, w tym również w zdrowiu publicznym.

MOCNE STRONY:

- Wykorzystywanie dowodów z badań przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w procesie opiniowania projektów programów zdrowotnych/programów polityki zdrowotnej;
- Opracowania na temat funkcjonowania systemu zdrowotnego tworzone przez koncerny doradcze (np. Ernst&Young), firmy konsultingowe, uczelnie niepubliczne, stowarzyszenia (np. CEESTAHC) oraz organizacje o charakterze think tank'ów;
- Nacisk na budowę potencjału zdrowia publicznego oraz potrzebę prowadzenia badań w tej dziedzinie w strategii „Zdrowie 2020”;
- Przeprowadzenie oceny potencjału zdrowia publicznego i(lub) stanu realizacji funkcji zdrowia publicznego wg rezolucji Biura Regionalnego WHO dla Europy;
- Kształcenie podyplomowe w zakresie zdrowia publicznego w Szkole Zdrowia Publicznego CMKP;
- Przyjęcie przez Zgromadzenie Ogólne Polskiej Akademii Nauk „Kodeksu etyki pracownika naukowego” (2012 r.).

SŁABE STRONY:

- Słaba pozycja Polski na tle innych krajów pod względem finansowania prac B+R, ograniczanie środków na finansowanie nauki;
- Brak krajowych priorytetów badawczych w dziedzinie zdrowia publicznego;
- Brak umocowania badań w dziedzinie zdrowia publicznego w strategiach rozwoju kraju;
- Brak przedstawicieli środowiska zdrowia publicznego w ciałach doradczych Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego (np. Rada Młodych Naukowców, Komitet Polityki Naukowej, Rada Główna Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Rada Narodowego Centrum Nauki);
- Ubóstwo krajowych badań poświęconych problematyce społecznych uwarunkowań zdrowia oraz badań interwencyjnych oceniających efekty programów promocji zdrowia w poszczególnych społecznościach;
- Ograniczone możliwości wykorzystania danych z rejestrów przez badaczy związanych ze zdrowiem publicznym;
- Słaba pozycja zdrowia publicznego w strukturach akademickich;
- Brak listy kompetencji pracownika zdrowia publicznego;
- Brak uwzględnienia kwestii umiejętności badawczych, dotyczących metodologii badań przydatnych w dziedzinie zdrowia publicznego w procesie kształcenia przed- i podyplomowego;
- Niski poziom współpracy badaczy z praktykami zdrowia publicznego;
- Brak aktualnej i jednolitej bazy informacji o projektach badawczych z dziedziny zdrowia publicznego i ich finansowaniu;
- Silny biomedyczny rys badań zdrowia publicznego w Polsce;
- Brak jednolitego systemu klasyfikacji badań oraz systemu zbierania, gromadzenia i udostępniania danych o pracach B + R w dziedzinie zdrowia publicznego oraz zdrowia;
- Niedostatecznie rozwinięte sieci badaczy i jednostek naukowych, niedostateczna komunikacja w środowisku naukowym oraz z otoczeniem gospodarczym, społecznym i politycznym, a także rzecznicтво na rzecz badań;
- Brak profesjonalnego brokerstwa wiedzy w dziedzinie zdrowia publicznego;
- Brak profesjonalnego repozytorium artykułów naukowych, raportów i innych opracowań z dziedziny zdrowia publicznego.

REKOMENDACJE:

- Ustalenie krajowych priorytetów badawczych w dziedzinie zdrowia publicznego oraz ich kompatybilność z polityką zdrowotną krajową i strategią „Zdrowie 2020”;

- Wdrożenie mechanizmów translacji wiedzy i brokerstwa;
- Ułatwienie badaczom dostępu do rejestrów medycznych i publicznych oraz stworzenie przystępnego poradnika na temat informacji publicznej, ochrony danych osobowych, ochrony własności intelektualnej;
- Podjęcie starań o wpisanie do listy zawodów i specjalności zawodu „nauczyciel akademicki w naukach o zdrowiu”;
- Poprawa umiejętności badawczych pracowników zdrowia publicznego, w tym pracowników uczelni oraz instytutów naukowo-badawczych;
- Dążenie do zwiększania współpracy badaczy z praktykami zdrowia publicznego;
- Stworzenie systemu badań w dziedzinie zdrowia publicznego, uwzględniającego cztery podstawowe działania: wyznaczanie priorytetów, budowanie potencjału wykonawczego, ustanowienie standardów oraz translację dowodów do praktyki, wspieranego przez dodatkowe mechanizmy: monitorowanie, koordynację oraz finansowanie;
- Utworzenie profesjonalnego repozytorium artykułów naukowych, raportów i innych opracowań z dziedziny zdrowia publicznego;
- Poprawa komunikacji badaczy z twórcami polityk.

