# Stanowisko Rady ds. COVID-19 wobec planowanych zmian w systemie zdrowia publicznego w Polsce

# z dnia 08 marca 2022 r.

**W ślad za zaleceniami Zespołu do spraw zmian systemowych w zdrowiu publicznym, powołanego 20 lipca 2021 r. przy Ministrze Zdrowia[[1]](#footnote-1), Rada ds. COVID-19[[2]](#footnote-2) popiera propozycje systemowych zmian   
w zdrowiu publicznym, które wynikają z potrzeby rozwoju systemu zdrowia publicznego   
w Rzeczpospolitej Polskiej. Zmiany postulowane przez Zespół do spraw zmian systemowych   
w zdrowiu publicznym, a popierane przez Radę ds. COVID-19, dotyczą organizacji, funkcjonowania   
i finansowania zdrowia publicznego w Polsce.**

Analiza danych o długości życia i umieralności mieszkańców Polski wskazuje, że w ostatnim czasie poprawa stanu zdrowia ludności uległa zahamowaniu, co przy wciąż gorszych wskaźnikach zdrowia   
w porównaniu z mieszkańcami większości krajów Unii Europejskiej należy uznać za zjawisko niepokojące. Polska należy do tej grupy krajów o wysokim poziomie dochodów, w których przedwczesna umieralność ludności stanowi istotny problem[[3]](#footnote-3). Dodatkowo, w wyniku pandemii COVID-19 oczekiwana długość życia Polaków uległa skróceniu, co wiąże się z koniecznością znacznego zintensyfikowania działań profilaktycznych w celu odbudowy stanu zdrowia społeczeństwa.

Analizy przeprowadzane systematycznie w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego PZH – Państwowym Instytucie Badawczym wskazują, że czynnikiem społeczno-ekonomicznym szczególnie różnicującym sytuację zdrowotną społeczeństwa jest poziom wykształcenia. Należy zauważyć także, że nadal najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są najmniejsze miasta (poniżej 5 tys. mieszkańców), których mieszkańcy żyją najkrócej. Zróżnicowanie między województwami w zakresie poziomu umieralności z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć oraz tych, którym można skutecznie zapobiegać wskazuje potencjalnie duże możliwości poprawy zdrowia mieszkańców Polski poprzez działania z zakresu profilaktyki – tak zdrowia publicznego, jak i medycyny klinicznej – poprzez adekwatne dostosowanie systemu zdrowia publicznego i zapewnienie powszechnego i równego dostępu do skutecznych działań prozdrowotnych.

**Rada dostrzega, że:**

1) Należy określić zakres działań profilaktycznych wg koncepcji świadczeń gwarantowanych – odpowiadającej rozłożeniu czynników chroniących i czynników ryzyka przewlekłych chorób niezakaźnych (choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzyca, choroby układu oddechowego);  
2) Należy dążyć do poprawy zgłaszalności pacjentów na badania przesiewowe;  
3) Należy ujednolicić podstawę prawną realizacji działań profilaktycznych – obecnie możliwych jest kilka form, z czego jedynie programy polityki zdrowotnej są z definicji oparte na dowodach naukowych („*evidence-based*”);  
4) Konieczne jest wprowadzenie mechanizmu łączenia obecnie rozproszonych środków finansowych   
w celu umożliwienia realnej koordynacji i zapewnienia adekwatnego finansowania systemu zdrowia publicznego i działań realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego (JST)– postulowane jest utworzenie Funduszu Zdrowia Publicznego, który zasilałyby środki z wielu obecnie istniejących źródeł oraz dodatkowo nowo wprowadzane źródła finansowania działań profilaktycznych;  
5) Zasadne jest zapewnienie wsparcia przez administrację rządową jednostek samorządu terytorialnego w przygotowaniu, realizacji i ocenie programów prozdrowotnych (JST wdrażają ok. 60% wszystkich programów), a także poprawa kompetencji osób wdrażających interwencje, m.in. poprzez adekwatne szkolenia.   
Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 1956, z późn. zm.) zdefiniowała ramy dla systemu zdrowia publicznego w Polsce, podkreśliła kompetencje wszystkich podmiotów odpowiedzialnych za realizację zdrowia publicznego, w tym administracji rządowej   
i samorządowej., Pozwoliła na realizację nowych inicjatyw, niezwykle istotnych dla analizy stanu zdrowia i podejmowania działań na rzecz jego poprawy, określiła rodzajowy katalog zadań z zakresu zdrowia publicznego[[4]](#footnote-4), a także zmieniła częściowo sposób finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego. Jednak przyjęte w 2015 r. rozwiązania nie w pełni odpowiadają aktualnym potrzebom, będącym też konsekwencjami epidemii COVID-19.

Projektując zmiany w systemie zdrowia publicznego należy położyć szczególny nacisk na wymóg podejmowania działań umożliwiających dokonywanie wyborów prozdrowotnych przez społeczeństwo – należy pamiętać o współodpowiedzialności obywatela za swoje zdrowie, co leży u podstaw działań w zakresie zdrowia publicznego. Zadaniem administracji rządowej i samorządowej jest tworzenie warunków życia sprzyjających zdrowiu i zapewnianie dostępu do świadczeń (nie tylko zdrowotnych) ułatwiających obywatelom podejmowanie działań pozwalających utrzymać i poprawiać zdrowie.  
Opracował Profesor Grzegorz Juszczyk

1. Zalecenia opracowano zgodnie z § 3 Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2021 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw zmian systemowych w zdrowiu publicznym (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 53, z późn. zm.), tj. zadaniem Zespołu było przygotowanie rozwiązań i rekomendacji służących poprawie systemu zdrowia publicznego, w szczególności opracowanie propozycji systemowych zmian w zdrowiu publicznym, które wynikają z potrzeby rozwoju systemu zdrowia publicznego w Polsce oraz adekwatnych opracowań o charakterze legislacyjnym. [↑](#footnote-ref-1)
2. Utworzona Zarządzeniem nr 6 Prezesa Rady Ministrów w sprawie utworzenia Rady do spraw COVID-19 przy Prezesie Rady Ministrów. [↑](#footnote-ref-2)
3. Na podstawie: „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020”, pod red. Bogdana Wojtyniaka i Pawła Goryńskiego, Warszawa 2020, s. 17-21 [↑](#footnote-ref-3)
4. Zadania określono w art. 2 przywołanej ustawy [↑](#footnote-ref-4)