



Srengthening Enagagement in Public health Research

STEPS

Raport z realizacji krajowych warsztatów projektu STEPS w Polsce

22 marca 2010 – Collegium Maius, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Nazwiska autorów

Dr hab. n. med. Krzysztof Krajewski-Siuda

Mgr Krzysztof Kaczmarek

Nazwa organizacji

Zakład Polityki Zdrowotnej

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach



STEPS
Raport z realizacji krajowych warsztatów projektu STEPS w Polsce

SPIS TREŚCI

1. Skrócony opis warsztatów.
2. Raport z czterech bloków tematycznych.
 - 2.1. System badań w zdrowiu publicznym w Polsce.
Analiza obecnie funkcjonującego systemu badań w zakresie zdrowia publicznego
 - 2.2. Rola organizacji społecznych, a w szczególności organizacji obywatelskich w badaniach zdrowia publicznego.
Rola trzeciego sektora w badaniach na rzecz zdrowia publicznego.
 - 2.3. *Zdrowie psychiczne jako istotny problem zdrowia publicznego*
 - 2.4. *Wymiar europejski.*
3. Podsumowanie końcowej dyskusji.
4. Wnioski, Rekomendacje.
5. Załączniki.
 - 5.1. Program warsztatów.
 - 5.2. Lista uczestników (imię i nazwisko, organizacja).
 - 5.3. Podsumowanie oceny warsztatów.

1. SKRÓCONY OPIS WARSZTATÓW

Wstęp

Polskie warsztaty krajowe odbyły się 22 marca 2010 roku w Collegium Maius Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Wybór miejsca podyktowany był dwoma kryteriami:

- 1) Większość organizacji, które zadeklarowały udział w warsztatach pochodziło z południowej Polski, co czyniło Kraków dogodnym miejscem spotkania,
- 2) W porównaniu z innymi miastami południowej Polski Kraków posiada największe walory turystyczne, co w opinii organizatorów mogło stanowić dodatkową zachętę do udziału w spotkaniu.

W oparciu o bazę www.ngo.pl zidentyfikowano 108 organizacji społeczeństwa obywatelskiego interesujących się problematyką badań zdrowia publicznego oraz samego zdrowia publicznego. Każda z organizacji otrzymała od wiadomość elektroniczną zawierającą zaproszenie do udziału w warsztatach oraz kwestionariusz przygotowany przez kierownictwo projektu i przetłumaczony na język polski. W związku z niewielkim zainteresowaniem (do 1 marca 2010 tylko 7 organizacji zadeklarowało udział w warsztatach) organizatorzy zdecydowali się na bezpośredni kontakt telefoniczny kolejnymi 34 organizacjami spośród których 6 zadeklarowało wolę udziału w spotkaniu.

Na tym etapie zidentyfikowano dwie przeszkody w rekrutacji uczestników:

At this stage organizers identified two main difficulties in recruitment of participants:

- 1) Problemy z nawiązaniem kontaktu (brak odpowiedzi na większość e-maili, problem z kontaktem telefonicznym w godzinach pracy)
- 2) „Uczulenie” na termin “nauka” pojawiający się w tytule warsztatów.

Powyższe problemy częściowo rozwiązano dzięki bezpośredniemu kontaktowi i wytłumaczeniu potencjalnych korzyści dla organizacji.

Krajowy temat wybrany został po konsultacjach z zaproszonymi organizacjami, a także po analizie kwestionariuszy nadesłanych przez organizacje. Zdrowie psychiczne wybrano ze względu na jego rosnące znaczenie zarówno w wymiarze krajowym, jak i europejskim (w świetle badań EUROSTAT blisko 40 mln w UE cierpi na zaburzenia psychiczne).



Tytuł warsztatów

Nauka i społeczeństwo obywatelskie. Krajowe warsztaty projektu STEPS.

Cel warsztatów

Zwiększenie zaangażowania organizacji społeczeństwa obywatelskiego w badania zdrowia publicznego.

Data i miejsce

22 marca 2010 – Collegium Maius, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Liczba uczestników

16

Tytuły prezentacji, nazwiska i krótka prezentacja prelegentów.

*Analiza obecnie funkcjonującego systemu badań w zakresie zdrowia publicznego
Dr Iwona Kowalska*

*Rola trzeciego sektora w badaniach na rzecz zdrowia publicznego.
Dr Jerzy Kulikowski*

*Wymiar europejski
Monika Skiba*

*Zdrowie psychiczne jako istotny problem zdrowia publicznego (prezentacja nie odbyła się ze względu na chorobę prelegenta).
Krzysztof Kaczmarek,
Wykładowca, Zakład Polityki Zdrowotnej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach*

2. RAPORT Z CZTERECH CZĘŚCI TEMATYCZNYCH

2.1. System badań w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce

Analiza obecnie funkcjonującego systemu badań w zakresie zdrowia publicznego

1. Definicja zdrowia publicznego

Zdrowie publiczne jest koncepcją społeczno-polityczną ukierunkowaną na polepszanie stanu zdrowia, wydłużanie życia i polepszanie jego jakości w całej populacji poprzez promocję zdrowia, zapobieganie chorobom i inne formy interwencji.

2. Zdrowie publiczne w Europie – aspekt prawny



2.1 Nowa regulacja prawna w zdrowiu publicznym - artykuł 168 Traktat o UE

Nowy 168 artykuł TFUE (Treaty on the Functioning of the European Union) nie odbiega znacząco od wcześniejszego artykułu 152 TEC. Ogólna idea działań UE w obszarze zdrowia pozostała taka sama: “Działanie Unii, które uzupełnia polityki krajowe, nakierowane jest na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Unia zachęca do współpracy między Państwami Członkowskimi w dziedzinach określonych w niniejszym artykule oraz, jeśli to konieczne, wspiera ich działania. Artykuł 168 TFUE potwierdza również, że Przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego.

Stwierdza się ponadto, iż Komisja może podjąć, w ścisłym kontakcie z Państwami Członkowskimi, każdą użyteczną inicjatywę w celu wsparcia tej koordynacji, w szczególności inicjatywy mające na celu określenie wytycznych i wskaźników, organizowanie wymiany najlepszych praktyk i przygotowanie elementów niezbędnych dla prowadzenia okresowego nadzoru i oceny.

3. Zdrowie publiczne w Europie – główne podmioty

W obszarze europejskiego zdrowia publicznego działa wiele organizacji rządowych i pozarządowych zajmujących się ogólnie pojmowanym zdrowiem publicznym. Wszystkie te podmioty dążą w kierunku promowania zdrowia publicznego w Europie.¹

a. WHO/EURO

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) Europejskie Biuro Regionalne WHO współpracuje z wszystkimi 53 krajami europejskimi z łączną populacją przekraczającą 880 milionów mieszkańców. WHO/EURO podzielają wspólny cel: zapewnienie mieszkańcom regionu lepszego stanu zdrowia.²

b. European Commission

¹ http://www.eupha.org/site/public_health_in_europe.php

² Website: www.euro.who.int



Wspólnie z krajami członkowskimi dąży do ochrony i wzmacniania zdrowia Europejczyków. Zdrowie stanowi kluczowy priorytet dla KE.³

c. European Observatory on Health Systems and Policies

The European Observatory on Health Systems and Policies wspiera i promuje kształtowanie zdrowotnej w oparciu o dowody poprzez wszechstronną i rygorystyczną analizę dynamiki systemów ochrony zdrowia w Europie.⁴

d. ASPHER

ASPHER – the Association of Schools of Public Health in Europe – stanowi kluczową niezależną organizację europejską ukierunkowaną na wzmacnianie roli zdrowia publicznego poprzez ulepszanie edukacji i szkolenia profesjonalistów zdrowia publicznego.⁵

Wśród innych ważnych podmiotów można wymienić m.in.:

- **EHMA**
- **EPHA**
- **IUHPE**
- **EACH**
- **EADPH**
- **ESQH**
- **EFPC**

4. Program zdrowotny 2008-2013 Razem na rzecz Zdrowia

³ Websides:

DG Sanco: http://ec.europa.eu/health/index_en.htm

EU Health Portal: <http://ec.europa.eu/health-eu/>

PHEA (public health executive agency): http://ec.europa.eu/phea/index_en.html

DG Research: <http://ec.europa.eu/research/>

⁴ Website: <http://www.euro.who.int/observatory>

⁵ Website: <http://www.aspher.org/>



Z prawnego punktu widzenia program oparty został na 152 artykule traktatu z Maastricht Program stanowić ma czynnik zachęcający do ochrony i polepszania ludzkiego zdrowia, harmonizacji prawa państw członkowskich.

Celami obecnego programu są:

- Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli;
- Promocja zdrowia, w tym zmniejszenie dysproporcji w dziedzinie ochrony zdrowia,

Program zdrowotny na lata 2008-2013 powstał z myślą o uzupełnieniu i wspieraniu polityk państw członkowskich oraz w celu zwiększania solidarności i zapewnienia wzrostu gospodarczego poprzez promowanie zdrowia i bezpieczeństwa oraz polepszanie zdrowia publicznego.

W ramach programu promowane jest uczestnictwo i konsultowanie działań przez zainteresowanych partnerów.

5. Możliwości badań zdrowia publicznego – polska perspektywa.

System usług zdrowia publicznego ukształtowany w latach 50-tych i 60-tych, odniósł znaczący sukces w walce z chorobami zakaźnymi i z niewielkimi modyfikacjami funkcjonuje do dnia dzisiejszego. Każde województwo posiada inspektora sanitarnego i stacje inspekcji sanitarnej wyposażone we własne laboratoria. Inspektorowie sanitarni podlegają Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu przy Ministerstwie Zdrowia. Dodatkowo zobowiązania w zakresie zapobiegania chorobom spoczywają także na Narodowym Instytucie Higieny.

Szczepienia i badania przesiewowe dzieci włączają w działania instytutu zdrowia matki i dziecka, Narodowy Instytut Higieny, oddziały pediatryczne ZOZ oraz stacje sanitarno-epidemiologiczne.

Podstawą usług zdrowia publicznego w Polsce jest Narodowy Program Zdrowia, który opiera się na strategii “Zdrowie dla Wszystkich” stworzonej przez Światową organizację zdrowia. Elementy strategii “Zdrowie dla Wszystkich” wprowadzono już w latach 80-tych, jednak Narodowy Program Zdrowia przyjęty został przez polski rząd dopiero w 1990 roku.



Od tamtej pory NPZ został znacznie zmodyfikowany. W praktyce władze ochrony zdrowia napotkały olbrzymie trudności we włączeniu innych sektorów w proces wprowadzania program. Po licznych modyfikacjach NPZ na lata 1996-2005 został w końcu zaakceptowany w 1995 roku. Poza strategicznym celem poprawy stanu zdrowia populacji zdefiniowanych zostało 18 celów operacyjnych. W głównej mierze koncentrują się one na zmianie stylu życia populacji i promowaniu zachowań prozdrowotnych. Pierwszych sześć celów operacyjnych koncentruje się na promowaniu aktywności fizycznej i zdrowej diety, zmniejszeniu problem palenia, konsumpcji alkoholu i nadużywania substancji psychoaktywnych. Dążeniem dwóch dalszych celów jest promocja zdrowia, w tym także zdrowia psychicznego. Cele te obejmują edukację zdrowotną wszystkich grup populacji oraz szkolenie edukatorów zdrowotnych. Kolejne dwa cele odnoszą się do zdrowia środowiskowego i poprawy stanu sanitarnego w kraju. Należy podkreślić, iż oczekiwane rezultaty i korzyści zdrowotne osiągnięte do roku 2005 zostały szczegółowo określone dla każdego celu NPZ z zastosowaniem odpowiednich wskaźników. Osobny dokument określa szczegółowy harmonogram implementacji NPZ i formułuje zadania dla wszystkich sektorów państwa i władz lokalnych.⁶

Nowy Narodowy Program Zdrowia został przygotowany przez grupę ekspertów w 2005 roku i wdrożony decyzją rządu w 2007 roku. Niektóre cele NPZ ukierunkowane są na problemy zdrowotne szerszej natury sięgające podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Odnoszą się do takich kwestii jak poprawa podstawowej opieki zdrowotnej, ratownictwa medycznego i procedur diagnostycznych, w szczególności w odniesieniu do chorób układu krążenia i nowotworów.

Głównymi podmiotami odpowiedzialnymi za wprowadzenie krajowej polityki zdrowia publicznego są Ministerstwo Zdrowia, samorzady terytorialne i organizacje pozarządowe.

2.2. Rola różnych organizacji obywatelskich w działaniach na rzecz badań zdrowia publicznego

Rola trzeciego sektora w badaniach na rzecz zdrowia publicznego

⁶ K. Kuszewski, Christian Gericke, Health System in Transition – Poland, Vol. 7 No 5, 2005



Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce jest niezależnym pozarządowym ogólnopolskim stowarzyszeniem, zrzeszającym profesjonalistów ochrony zdrowia, głównie lekarzy, pielęgniarki i menadżerów, zajmujących się problematyką jakości. Towarzystwo powstało w roku 1993 i skupia obecnie 700 członków. Zajmuje się opracowaniem raportów kliniczno - ekonomicznej oceny jakości interwencji, technologii diagnostycznych i leczniczych w tym sposobów terapii chirurgicznej i farmakologicznej. TPJ udziela zainteresowanym konsultacji i szkoleń przygotowujących do uzyskania akredytacji. By pokazać w jaki sposób trzeci sektor może uczestniczyć w badaniach z zakresu zdrowia publicznego omówione zostaną realizowane ostatnio projekty badawcze TPJ.

Pierwsze z tych badań, przeprowadzone od marca do kwietnia 2007 roku to badanie o kryptonimie „Bezpieczeństwo leków”. Wśród wielu możliwych błędów lekowych (a takie błędy są powodem połowy „medycznych” zgonów w Stanach Zjednoczonych) wybrano do badania problem podobieństwa opakowań lekowych i związanych z tym możliwości pomyłek. Ankietowane były pielęgniarki oddziałowe oddziałów kardiologicznych, chirurgicznych, onkologicznych, pediatrycznych (n=94) i innych (n=64). 80% ankietowanych stwierdziło, że podobne, czasem praktycznie identyczne opakowania leków, rzeczywiście stwarzają możliwość podania pacjentowi niewłaściwego leku. Pomimo tego, tylko 3 oddziały kardiologiczne przyznały, że tego typu pomyłki istotnie się w ich praktyce zdarzyły. Opierając się na zebranych od ankietowanych materiałach opracowano listę leków, wśród których podobieństwo opakowań może najprędzej doprowadzić do pomyłki, oraz wskazano przykłady pozytywnych rozwiązań.

Kolejne badanie dotyczyło bezpieczeństwa używania leków OTC, a więc leków sprzedawanych bez recepty, oraz problemu samoleczenia. Badanie przeprowadzono w lutym i marcu 2009 roku. Badanie objęło trzy grupy respondentów – pacjentów, farmaceutów i lekarzy. W grupie pacjentów najczęstszym powodem kupowania leków OTC był ból (83,6%) oraz przeziębienie (80,3%). Ponad 70% pacjentów uważa, że leki OTC są wystarczające na ich dolegliwości, 41% jako powód używania takich leków wymienia czas, jaki zabrałaby im wizyta u lekarza. Ponad połowa badanych zażywa leki OTC z rekomendacji lekarza lub farmaceuty, 44% opiera się na sugestii znajomych. Na niepokojące zjawisko zwróciło uwagę ponad 27% badanych: ich lekarz nigdy nie pytał o ewentualnie zażywane leki OTC. W grupie lekarzy respondenci stwierdzali, że wśród ich



pacjentów powikłania po stosowaniu leków OTC zdarzają się wyjątkowo rzadko (prawie 70% badanych), 12% twierdzi, że nigdy nie obserwowało takiego przypadku. W konkluzji 67% badanych lekarzy doradza swoim pacjentom stosowanie leków OTC.

Wśród farmaceutów tylko 56% deklaruje, że sprzedaje leki OTC wyłącznie osobom pełnoletnim; pozostałe 44% sprzedaje te leki bez ograniczeń wiekowych. 48% farmaceutów nigdy nie odmówiło sprzedaży leku OTC, 32% odmówiło sprzedaży takiego leku z powodu błędnych – w opinii farmaceuty – wskazań. Farmaceuci wskazują, że najczęściej (60%) pacjenci podają objawy i proszą o sugestie lekowe; nieco mniej ma już zadeklarowane preferencje co do wybranego leku.

Jako osobny problem potraktowano we wszystkich trzech grupach sprawę czytelności informacji zawartych w ulotkach lekowych. Ponad 70% pacjentów twierdzi, że zawsze czyta uważnie ulotki lekowe – wydaje to się wynikiem mało wiarygodnym. Tylko 11,5% deklaruje, że czyta ulotki, ale są one dla nich niezrozumiałe; są to głównie pacjenci starsi. Farmaceuci częściej niż lekarze uważają, że ulotki leków OTC są niezrozumiałe i powinny być przeredagowane.

2.3. Zdrowie psychiczne jako istotny problem zdrowotny (*Prezentacja nie odbyła się ze względu na chorobę prezentującego eksperta*)

Zdrowie psychiczne jako problem zdrowia publicznego w Polsce.⁷

Zdrowie psychiczne stanowi jeden z kluczowych, a jednocześnie najczęściej zaniedbywanych obszarów zdrowia w wymiarze indywidualnym i zbiorowym. Ostatnie dziesięciolecie cechuje gwałtowny wzrost liczby przypadków zachorowań psychicznych, powszechnie uważany za następstwo przemian cywilizacyjnych i zmiany tempa życia. Jak wskazują analizy prowadzone przez Unię Europejską obecnie ok. 11% Europejczyków boryka się z zaburzeniami psychicznymi. W liczbach bezwzględnych stanowi to populację 50 mln osób. Skala problemu stanowi istotne wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia państw członkowskich. Wzrost zapotrzebowania na świadczenia lecznicze i opiekuńcze.

⁷ Na podstawie: Heitzman J: Zagrożenia stanu zdrowia psychicznego Polaków stan aktualny –prognozy. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne Instytut Psychiatrii i Neurologii Komitet Badań nad Zagrożeniami PAN Warszawa 13 października 2010 r.

<http://www.kbz.pan.pl/images/stories/pliki/pdf/heitzman%20zagroenia%20stanu%20zdrowia%20psychiczne%20polakow.pdf>



Każdego roku do placówek opiekuńczych zgłasza się ok. 1,5 mln osób. Od początku lat 90-tych wyraźnie zaznaczył się trend rosnący we wszystkich obszarach opieki nad osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne. Najsilniej zaznaczył on się w obszarze leczenia ambulatoryjnego. W latach 1990-2004 liczba osób korzystających ze świadczeń ambulatoryjnych ze względu na zaburzenia psychiczne wzrósł o 131%. Również w obszarze hospitalizacji notowany jest systematyczny przyrost liczby nowych przypadków. W omawianym wcześniej okresie wyniósł on 41%.

W zakresie ochrony zdrowia psychicznego Polska pod wieloma względami odstaje negatywnie od standardów UE. Na pierwszym miejscu wymienić należy problem nakładów na leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi. Średnio przeznaczana się na ten cel ok. 3.5% ogółu środków wydatkowanych na ochronę zdrowia. Dla porównania średnia wydatki w krajach UE wynosiły ok. 5.8%. Dodatkowym problemem jest w Polsce kwestia dystrybucji środków finansowych, która oceniana jest jako nieefektywna i konserwatywna. Wśród innych kwestii problematycznych w zakresie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia psychicznego wymienia się m.in.:

- dekapitalizacja (kapitał materialny i ludzki)
- trwałość negatywnych stereotypów, stygmatyzacji, indywidualnej i strukturalnej nierówności
- białe plamy -ograniczony, nierówny dostęp
- ograniczona jakość opieki
- niegodziwe warunki świadczenia.

Jednocześnie należy zauważyć, iż sytuacja społeczno-ekonomiczna Polski w ostatnich latach generuje szereg czynników o potencjalnym negatywnym oddziaływaniu na zdrowie psychiczne. Najczęściej w grupie czynników negatywnych wymienia się w tym względzie problem bezrobocia, które w okresie transformacji systemowej mieściło się w granicach od 10 do nawet 20%. Wśród innych czynników o negatywnym oddziaływaniu najczęściej wymienia się:

- warunki pracy i życia w połączeniu z biedą
- rosnącą emigrację zarobkową
- zaburzenia więzi społecznych
- deficyt wsparcia społecznego i solidarności



- starzenie się społeczeństwa i niż demograficzny
- przestępczość i korupcję

Powyższe okoliczności sprzyjają zaistnieniu problemów psychicznych. Co ciekawe istnieje duża świadomość społeczna powyższych zagrożeń. Potwierdzają to badania przeprowadzone przez CEBOS w 2005 roku. W badaniach tych 85% respondentów zadeklarowało, iż uważa sytuację w kraju za niesprzyjającą zdrowiu psychicznemu. Co więcej 45% badanych wyraziło zaniepokojenie stanem własnego zdrowia psychicznego.

W obliczu zaistniałego problemu przygotowany został Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Program ten zakłada realizację trzech podstawowych celów:

1. promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym;
2. zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
3. rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego.

Kwestią problematyczną pozostaje realizacja praktyczna Programu. Wystarczy wspomnieć, iż na 2010 rok nie przedstawiono żadnych rozporządzeń wykonawczych.

Równoległe z przygotowaniem rozwiązań strategicznych realizowana jest stopniowa przemiana modelu opieki nad osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne. Obecnie dominuje tendencja do rezygnacji z opieki instytucjonalnej na rzecz opieki środowiskowej. Model taki zakłada włączenie w działania społeczności lokalnej. Jest to jednocześnie znakomita sposobność do zaangażowania organizacji trzeciego sektora. Ideą nowego rozwiązania jest stworzenie współpracujących sieci obejmujących:

1. jednostki opieki zdrowotnej (centra zdrowia psychicznego)
2. instytucje pomocy i oparcia społecznego
3. uczestnictwo zawodowe.

Mówiąc o zagadnieniu zaburzeń psychicznych konieczne jest także zaznaczenie problemu akceptacji społecznej dla osób dotkniętych tego typu problemami. Należy zauważyć, iż pod tym względem istnieje w Polsce olbrzymi problem stygmatyzacji i społecznej alienacji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. W połączeniu z relatywnie ubogim wsparciem psychospołecznym sprawia to, iż niejednokrotnie osoby dotknięte problemem są pozostawione same sobie.



2.4. Wymiar europejski.

Głównym instrumentem finansowym KE we wdrażaniu strategii zdrowotnej jest Drugi Program Akcji Wspólnotowej w Obszarze Zdrowia na lata 2008 – 2013 z całkowitym budżetem 321 500 000 EUR . Program ten stanowi wartość dodaną do polityk państw członkowskich zarówno w zakresie ochrony zdrowia jak i innych polityk. Ponadto poprzez promowanie i polepszanie stanu zdrowia publicznego służy on budowaniu solidarności i rozwoju gospodarczego w Unii Europejskiej.

Na poziomie Unii istnieją trzy kluczowe instrumenty które dążą do zapewnienia wsparcia finansowego odpowiadającego na zasygnalizowane wyzwania. Są nimi Polityka Kohezji finansowana z funduszy strukturalnych, Badawcze Programy Ramowe oraz program ramowy Konkurencyjność i Innowacja.

Wraz z upływem czasu i wzrastaniem świadomości znaczenia problematyki zdrowotnej wspomniane instrumenty zyskują uznanie w UE ze względu na wspieranie poprawy zdrowia. Zostały zaprojektowane w taki sposób by wytworzyć w Europie ukierunkowaną na innowację kohezję ekonomiczną i społeczną. Zrozumienie sposobu działania i możliwości dostarczanych przez fundusze UE pozwala na efektywne uczestnictwo w pozyskiwaniu funduszy na poziomie UE jak i krajowym.

Jednakże bez wyraźnej struktury na rzecz zdrowia niemożliwe jest ubieganie się o jakiegokolwiek fundusze UE przeznaczone na zdrowie. Istnieją cztery Fundusze Strukturalne, które pozyskanie wsparcia finansowego:

- Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego – promuje gospodarczą i społeczną kohezję w UE poprzez redukcję nierówności pomiędzy regionami i grupami społecznymi;
- Europejski Fundusz Społeczny, który jest najbliższy behawioralnemu i społecznemu aspektowi zdrowia. Pozwala na realizowanie celów strategicznych polityki zatrudnienia. Wspomaga uzyskiwanie lepszego wykształcenia i podnoszenie umiejętności mających duże znaczenie na rynku pracy.
- Europejski Fundusz Orientacji i Gwarancji Rolnej, przyczynia się do reform strukturalnej sektora rolnego oraz rozwoju obszarów wiejskich;



- Finansowy Instrument Wspierania Rybołówstwa - fundusz na rzecz reform strukturalnej sektora rybołówstwa.

Struktura pomocy finansowej w zakresie Funduszy Strukturalnych:

Główne priorytety ustanawiane są w Strategicznych Wytycznych Wspólnoty na poziomie UE. Ustanawiają one podstawę wszystkich działań, które mogą być podejmowane w obrębie dostępnych funduszy. Każde państwo członkowskie jest zobowiązane do przygotowania własnej National Strategic Reference Framework, która ustanawia priorytety dla państwa członkowskiego. Ponadto musi ona zapewniać łączność z krajowymi politykami. W ostatniej fazie w oparciu o wskazówki KE przygotowywane są programy operacyjne dla każdego region państwa członkowskiego. Odzwierciedlają one potrzeby regionów ograniczone krajową strategią. Tego typu program operacyjne usiłują odpowiadać na realne potrzeby na poziomie krajowym, a także na sposób w jaki pomoc finansowa kierowana jest do wskazanych obszarów.

Kolejnym ważnym instrumentem finansowym wykorzystywanym do współfinansowania projektów i programów jest 7 Program Ramowy. Jest to główny unijny instrument finansowania badań w europie, który stosowany będzie w latach 2007-2013. Co więcej jest on uważany za kluczowy filar Europejskiego Obszaru Badawczego i łączy ze sobą inicjatywy badawcze UE. Łącznie z funduszami strukturalnymi i funduszami kohezji program odgrywa kluczową rolę w osiaganiu celów wzrostu gospodarczego, zatrudnienia i konkurencyjności. Całkowity budżet wynosi 53,2 miliardy euro, co stanowi największą alokację środków na tego typu programy. Priorytety 7 PR zawarte są w kilku szczegółowych programach:

- Współpraca – ułatwianie współpracy pomiędzy przemysłem i ośrodkami akademickimi w celu uzyskania przywództwa w obszarze kluczowych technologii.
- Idee – wspieranie podstawowych badań poszerzających granice nauki (wdrażane przez Europejską Radę Badawczą).
- Ludzie – wspieranie mobilności i rozwoju kariery badaczy w obrębie UE i poza jej granicami.
- Capacities – pomoc w rozwoju umiejętności, których rozwój jest w Europie konieczny.



Ważnym tematem program współpracy jest zdrowie. UE przeznaczyła 6.1 miliarda euro na finansowanie tego celu w okresie trwania 7 PR.

Zadaniem programu badań z zakresu zdrowia prowadzonego w ramach 7 PR jest::

§ polepszanie zdrowia obywateli Europy

§ podnoszenie konkurencyjności i innowacyjności europejskich przedsiębiorstw związanych z sektorem zdrowia

§ odniesienie do globalnych problemów zdrowotnych takich jak pojawiające się zagrożenia epidemiczne

§ Europejska współpraca z państwami rozwijającymi się w celu umożliwienia im rozwoju własnych zdolności badawczych.

Główną platform interaktywną poświęconą europejskim działaniom badawczym i rozwojowym jest Community Research and Development Information Service (CORDIS). Jest to oficjalny portal dla uczestników 7 PR śledzący rozwój w zakresie nauki i technologii na poziomie europejskim.

W celu wyposażenia potencjalnych beneficjentów w potrzebne informacje i wiedzę dotyczącą dostępnych programów stworzono wyspecjalizowaną sieć Krajowych Punktów Kontaktowych. Każde państwo członkowskie finansuje KPK, który stanowi organizację zaprojektowaną na świadczenie pomocy w zakresie składania wniosków i wyszukiwania europejskich partnerów. Ponadto dostarczają one praktycznej informacji, wytycznych i wsparcia w zakresie wszystkich aspektów uczestnictwa w 7 PR na zasadach niekomercyjnych.

W celu podniesienia problematyki zdrowotnej do rangi priorytetu inwestycyjnego w przyszłych programach strukturalnych i/lub ramowych konieczna jest dyskusja i podejmowanie działań na poziomie krajowym i europejskim. Z tego względu wszystkie europejskie grupy, platformy, partnerzy i sieci są kluczowymi graczami w rozpowszechnianiu i wpływaniu na tego typu działania. Wielu spośród nich działa na wielu polach powiązanych z przemysłem i sferą publiczną, pomagając osiągać wzrost gospodarczy w Europie, zdolność jego podtrzymywani i konkurencyjność. Szeroka skala ich działań, siła



podmiotów członkowskich i wykorzystywanych narzędzi istotnie wspomaga wzmocnić priorytety zdrowotne na poziomie europejskim. Co więcej takie europejskie sieci mobilizują władze publiczne na poziomie krajowym i regionalnym.

Poniżej przedstawiono przykłady tego typu platform czy sieci.

The European Public Health Alliance jest międzynarodową organizacją typu non-profit. Składa się z organizacji not-for-profit zajmujących się wszelkimi aspektami zdrowia publicznego. Misją EPHA jest promowanie i ochrona zdrowia wszystkich osób żyjących w Europie. Ponadto działa jako reprezentant obywateli wobec KE w celu zapewnienia większego uczestnictwa obywateli europejskich w kształtowaniu polityki zdrowotnej na poziomie europejskim.

The European Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health, łączy ze sobą właściwych graczy działających w poziomie europejskim. Celem platform jest katalizowanie akcji wolontarystycznych w UE podejmowanych przez społeczeństwo obywatelskie, sferę publiczną oraz biznes. Włącza odpowiedź na wyzwanie jakim jest otyłość w różne polityki UE. Członkowie platformy to kluczowe podmioty reprezentujące działające na poziomie UE przedsiębiorstwa spożywcze, przemysł reklamowy, organizacje konsumentów czy organizacje pozarządowe zajmujące się zdrowiem.

European Health Policy Forum, łączy organizacje reprezentujące interesariuszy system ochrony zdrowia w celu zapewnienia, że strategia zdrowotna UE jest otwarta, przejrzysta i odpowiada na obawy społeczeństwa. Intencją jest stworzenie możliwości konsultacji, wymiany poglądów i doświadczeń w szerokim zakresie tematów oraz wspomaganie wdrażania i śledzenia przebiegu szczególnych inicjatyw.

European Science Advisory Network for Health EuSANH

EuSANH jest siecią krajowych podmiotów doradczych w obszarze nauki w państwach europejskich, które działają aktywnie w sferze zdrowia. Celem EuSANH jest promowanie niezależnego doradztwa naukowego w zakresie problematyki zdrowotnej dla władz krajowych i europejskich oraz wspieranie polityki zdrowotnej opartej o dowody. Wiele



państw europejskich posiada naukowe podmioty doradcze. Tym niemniej wiele problemów zdrowotnych ma charakter ponadkrajowy, dlatego też taka sieć współpracy oparta na wymianie wiedzy i doświadczeń wydaje się bardzo istotna. Oczekuje się, że współpraca międzynarodowa doprowadzi do bardziej efektywnego i wydajnego doradztwa naukowego wspierającego podejmowanie decyzji na poziomie krajowym i europejskim.

3. PODSUMOWANIE OGÓLNEJ DYSKUSJI

- 1) Zdrowie publiczne jest w niewystarczający sposób włączone w polityki publiczne i krajowe strategie rozwojowe w Polsce.
- 2) Zachęty do zaangażowania podmiotów społeczeństwa obywatelskiego w badania są niewystarczające.
- 3) Przepływ informacji pomiędzy instytucjami badawczymi, organizacjami społeczeństwa obywatelskiego i podmiotami publicznymi wymaga radykalnej poprawy. Organizacje społeczeństwa obywatelskiego są najczęściej wyłączone z łańcucha informacji.
- 4) Pracownicy ochrony zdrowia, a w szczególności lekarze POZ powinni zostać włączeni w partnerstwo pomiędzy sferą naukową i organizacjami społeczeństwa obywatelskiego. W opinii uczestników mogą oni odegrać kluczową rolę w przenoszeniu wiedzy na praktykę.
- 5) Organizacje społeczeństwa obywatelskiego nie są świadome potencjału jakim dysponują w zakresie ulepszania badań naukowych.
- 6) Badacze najczęściej nie postrzegają organizacji trzeciego sektora jako partnerów.

4. WNIOSKI, REKOMENDACJE

- 1) Organizacje pozarządowe rekomendują rozwój narzędzi wymiany wiedzy z nieograniczonym dostępem, takich jak strony internetowe oraz internetowe bazy danych.
- 2) Uczestnicy zasugerowali, że należy stworzyć krajową strategię ukierunkowaną bezpośrednio na zdrowie publiczne.
- 3) Uczestnicy wyrazili oczekiwanie, że współpraca zainicjowana w ramach projektu STEPS będzie kontynuowana. W ich opinii konieczne jest budowanie silnych



- partnerstw pomiędzy badaczami a społeczeństwem obywatelskim w celu polepszania procesu wdrażania odkryć naukowych do praktyki;
- 4) Organizacje pozarządowe chętnie podejmą się roli doradczej w celu zapewnienia najlepszego dostosowania zainteresowań badawczych do faktycznych potrzeb różnych społeczności.

5. ZAŁĄCZNIKI

5.1. Program warsztatów.






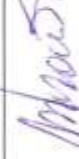
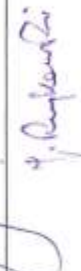
- 10:00 – 10:15 Powitanie uczestników warsztatów
dr hab. n. med. Krzysztof Krajewski Siuda
kierownik Zakładu Polityki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
- 10:15 – 11:00 Prezentacje cz. 1
„Analiza obecnie funkcjonującego systemu badań w zakresie zdrowia publicznego”
dr Iwona Kowalska
Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński
„Wykorzystanie i możliwości pozyskiwania funduszy europejskich na badania w dziedzinie zdrowia publicznego”
Monika Skiba
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Krajowy Punkt Kontaktowy Programu Zdrowie Publiczne
- 11:00 – 11:30 Przerwa kawowa.
- 11:30 – 12:15 Prezentacje cz. 2
„Rola trzeciego sektora w badaniach na rzecz zdrowia publicznego”
dr n. med. Jerzy Kulikowski
prezes Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce
„Zdrowie psychiczne jako istotny problem zdrowia publicznego”
dr Hubert Kaszyński
Członek Zarządu Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej
- 12:15 – 13:30 Dyskusja w grupach.
- 13:30 – 14:00 Przerwa obiadowa.
- 14:00 – 15:00 Przedstawienie rekomendacji i dyskusja nad propozycjami.
- 15:00 – 15:30 Podsumowanie warsztatów.
- 15:30 – 16:00 Ocena warsztatów i zakończenie.

5.2. Lista uczestników (imię i nazwisko, organizacja).

5.2. Lista uczestników







Lista uczestników warsztatów STEPS 22 marca 2010, Kraków

List of participants of STEPS workshop, 03. 22. 2010 Krakow

Imię i nazwisko/ Name and surname	Organizacja/Organisation	Dane kontaktowe/Contact details	Podpis/Signature
1 Anna Mieczkowska	Ministerstwo Zdrowia, Department Nauki i Szkolnictwa Wyższego	a.mieczkowska@mi2.gov.pl 22-65-49-279	
2 Michał Szytk	Ministerstwo Zdrowia, Department Zdrowia Publicznego		
3 Ełżbieta Bobiatyńska	Koalicja na Rzecz Zdrowia Psychicznego	ebobiatyńska@post.pl	
4 Hanna Barbara Godzińska	Stowarzyszenie Profilaktyki Depresji „Iskra”	h.godzińska@gmail.com 22 258 45 75 514 914 411	
5 Jerzy Kulikowski	Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce	606 259 717 jkulikowski@interia.pl	
6 Bożena Kociolek	Fundacja Wspierająca Prawidłowy Rozwój Dzieci i Młodzieży "Rośnij Zdrowo"	owno.fundacja@o-tp.pl	
7 Barbara Piecha	Stowarzyszenie na Rzecz Ochrony Zdrowia w Łędzinach „Nowe Życie”	barbara_piecha@wp.pl	
8 Marian Natanek	Górnośląskie Stowarzyszenie Diabetyków	Marian Natanek Pocztowa 14M 501 760 873	
9 Jerzy Krzykawski	Górnośląskie Stowarzyszenie Diabetyków	Jerzy Krzykawski L. 22. 22. 22	

Lista uczestników warsztatów STEPS 22 marca 2010, Kraków

List of participants of STEPS workshop, 03. 22. 2010 Krakow

10	Monika Skiba	Narodowy Instytut Zdrowia	<i>m.skiba@pzh.gov.pl</i> <i>664 968 735</i>	
11	Hubert Kaszyński	Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej	<i>hbojda@caspiw.org.pl</i> <i>607 523 495</i>	
12	Tomasz Bojda	Stowarzyszenie CASPolska	<i>iwkowska@parzta.onet.pl</i>	
13	Iwona Kowalska	Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Collegium Medicum UJ	<i>elakr@ab.pwrz.onet.pl</i> <i>602 108 717</i>	
14	Ełzbieta Kowalczyk	Fundacja "Wyjźd Naprzeciw"	<i>marulna-ka@wp.pl</i>	
15	<i>Marcelina Kuwik</i>	<i>Studencka Szkoła Publicznego I SUM WY CM</i>	<i>beatrice@intewa.pl</i>	
16	<i>Beata Mielwicka</i>	<i>Studencka Szkoła Rolniczego I SUM WY CM</i>		

5.3. Podsumowanie oceny.

Proces oceny przeprowadzony został z użyciem formularza oceny. Uczestnicy wskazali następujące silne i słabe strony warsztatów:

Silne strony	Słabe strony
<ol style="list-style-type: none">1) Prelegenci – znakomicie przygotowani, dysponujący imponującą wiedzą, chętni do pomocy.2) Temat – istotny, jednak jak dotąd nie eksploatowany.3) Profesjonalne przygotowanie warsztatów.4) Możliwość wyrażenia opinii w trakcie warsztatów.	<ol style="list-style-type: none">1) Krótki czas trwania warsztatów – nie pozwolił na pełne przedyskutowanie wszystkich kwestii (szczególnie w przypadku “Wymiaru europejskiego” czas przeznaczony na prezentację był zbyt krótki).2) Niewielka liczba uczestników.