

## Artykuł 12 Prawo do ochrony zdrowia

### Pytanie 1

#### **Fizyczne i psychiczne zdrowie społeczeństwa**

535. Na przełomie listopada i grudnia 2004 roku GUS przeprowadził reprezentacyjne badanie ankietowe "Stan Zdrowia Ludności Polski".

536. W ciągu ostatnich 8 lat subiektywna ocena stanu zdrowia Polaków wyraźnie się poprawiła. O ile w 1996 roku ponad 45% mieszkańców Polski oceniało swoje zdrowie poniżej poziomu dobrego, to w 2004 roku takiej opinii formułowało 39% Polaków. Poprawa oceny stanu zdrowia dotyczyła wszystkich grup wieku, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, mieszkańców miast i wsi.

537. Co trzeci mieszkaniec Polski skarży się na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające co najmniej 6 miesięcy. Częstość występowania takich problemów rośnie wraz z wiekiem. Prawie 60% pięćdziesięciolatek sygnalizowało wystąpienie długotrwałych problemów zdrowotnych, prawie 73% sześćdziesięciolatek oraz 84% ludzi w wieku 70 lat i starszych. Długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe częściej występują wśród kobiet niż mężczyzn i równocześnie częściej dotyczą mieszkańców miast niż wsi. Istnienie przewlekłych problemów ze zdrowiem zgłaszali rodzice ponad 16% badanych dzieci.

Relatywnie mniej Polaków choruje przewlekłe. W 2004 roku występowanie chorób przewlekłych zarejestrowano u 46% Polaków, zaś w 1996 roku u ponad 53%. To pozytywne zjawisko objęło zarówno mieszkańców miast jak i wsi, kobiety i mężczyzn.

538. Kobiety częściej niż mężczyźni chorują przewlekłe i ta prawidłowość występuje we wszystkich grupach wieku. Choruje przewlekłe prawie 57% kobiet w wieku 15 lat i więcej i tylko 44% dorosłych mężczyzn. Najczęstsze choroby przewlekłe to:

- nadciśnienie tętnicze (17% populacji w wieku 15 lat i więcej),
- choroby kręgosłupa lub dyskopatia (16%),
- choroby stawów zapalne i zwyrodnieniowe (14%),
- choroba wieńcowa (9%),
- migrena i częste bóle głowy (8%),
- nerwica lub depresja (7%).

Kobiety częściej niż mężczyźni chorują na nadciśnienie i chorobę wieńcową, choroby kręgosłupa, migrenę i częste bóle głowy oraz nerwicę i choroby tarczycy. Wśród mężczyzn częściej występuje przewlekłe zapalenie oskrzeli oraz choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy.

539. 20,5% badanych dzieci choruje przewlekłe na co najmniej 1 chorobę. Dzieci najczęściej chorują przewlekłe na schorzenia alergiczne - 9%. Następne pod względem częstości grupy schorzeń stanowią choroby płuc (w tym astma i astma o podłożu alergicznym) - 3,9% oraz choroby oka - 3,7%.

540. W ciągu ostatnich trzech lat 15% osób w wieku 15 lat i więcej zmieniło sposób odżywiania, ale kobiety robiły to znacznie częściej (18%). W co trzecim przypadku zmianę sposobu odżywiania wymusiła choroba przewlekła lub inna dolegliwość zdrowotna, w co piątym - chęć zmiany stylu życia na zdrowszy, a w co siódmym - nadwaga, dla kobiet istotnym celem było także utrzymanie osiągniętej wagi ciała. Obiektywne mierniki masy ciała (BMI) wskazują, że w porównaniu z 1996 rokiem problem częstości występowania nadwagi czy otyłości osób dorosłych nie został zażegnany. Co trzeci dorosły waży zbyt dużo, a co ósmy jest otyły (zarówno w populacji kobiet, jak i mężczyzn). Obserwowana od lat większa dbałość o wagę ciała spowodowała, że częstość występowania nadwagi wśród kobiet jest obecnie niższa niż wśród

mężczyzn (27% kobiet i blisko 33% mężczyzn), a równocześnie kobiety dużo częściej mają niedobór masy ciała (niedowagę), w tym zwłaszcza kobiety młode (do 30 roku życia).

541. Młodsze generacje dorosłych osiągają coraz wyższy wzrost. Dotyczy to zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Statystyczna kobieta dwudziestolatka mierzy 166 cm wzrostu, i jest wyższa od swojej matki o 4 cm, a od swej babki o 6 cm. Natomiast statystyczny dwudziestolatek mierzy 178 cm wzrostu i jest wyższy od swojego ojca o 4 cm, a od dziadka o 7 cm.

542. Zmniejsza się powszechność palenia tytoniu, w tym zwłaszcza wśród mężczyzn. W ostatnich latach udział mężczyzn palących tytoń zmniejszył się o ponad 9 pkt procentowych (z 47,3 do 38,0), natomiast wśród kobiet niewiele ponad 1 pkt procentowy (z 24,4 do 23,1). Ponad połowa osób w wieku 15 lat i więcej zadeklarowała, że nigdy nie paliła tytoniu. W przeszłości paliło codziennie, ale rzuciło palenie 12,1% respondentów (16,5% mężczyzn i 8% kobiet). Papierosy, fajkę lub cygara pali codziennie 26,3% osób dorosłych (33,9% mężczyzn i 19,3% kobiet) a okazjonalnie tylko 4,0%. Najczęściej palaczami są osoby w wieku 20-60 lat, a szczególnie często nałóg palenia występuje wśród czterdziestolatków. W tej grupie wieku pali prawie połowa mężczyzn i częściej niż co trzecia kobieta.

543. W porównaniu z wynikami poprzedniego badania więcej osób dorosłych pije alkohol. Całkowitą abstynencję w ciągu ostatnich 12 miesięcy zadeklarowało 25% badanych osób (w 1996 roku - prawie 30%). Zwiększył się odsetek kobiet pijących, z 60% w 1996 roku do 67% w 2004 roku. Wśród mężczyzn wyniósł on 83% i był nieznacznie wyższy niż w 1996 roku (81%). Najliczniejszą grupę pijących alkohol stanowią osoby w wieku 30-49 lat.

Zwiększyła się również częstość picia, zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet. Alkohol częściej niż raz w miesiącu spożywa prawie 60% pijących mężczyzn i 34% kobiet (w 1996 roku odpowiednio 58% i 27%). Nastąpiły istotne zmiany w typowym wzorcu konsumpcji alkoholu. Wódkę i inne napoje spirytusowe wypiera piwo, udział wina przekracza nieznacznie 10%.

544. Używanie substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń to zjawisko bardzo rzadkie. Do substancji o widocznym rozpowszechnieniu należą przetwory konopi. Chociaż raz w życiu próbowało ich 1,5% badanych. Na drugim miejscu są leki uspokajające i nasenne używane bez przepisu lekarza - 1,2% eksperymentujących z tymi substancjami. Używanie substancji nielegalnych zdarza się częściej wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Najwięcej doświadczeń z takimi substancjami miały osoby młode, do 34 roku życia. Odmiennie wygląda sytuacja z lekami uspokajającymi i nasennymi, rozpowszechnienie ich używania jest większe wśród kobiet oraz w najstarszej grupie wiekowej (55-64 lata).

545. W 2004 roku żyło prawie 6 mln dorosłych (w wieku 15 lat i więcej) osób niepełnosprawnych (prawie 19% populacji w wieku 15 lat i więcej, dla kobiet - 19,7%, dla mężczyzn - 17,9%). Prawie 78% dorosłych osób niepełnosprawnych posiada orzeczenie prawne o inwalidztwie, zaś pozostałe 22% ma poważne ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych. U dorosłych osób niepełnosprawnych najczęściej występują schorzenia układu krążenia (u 49% tej zbiorowości), uszkodzenia i choroby narządu ruchu (46%), uszkodzenia i choroby narządu wzroku (blisko 30%), słuchu (14%), schorzenia neurologiczne (29%) oraz schorzenia psychiczne (10%).

Liczba dzieci niepełnosprawnych wynosi prawie 209 tysięcy. Większość niepełnosprawnych dzieci żyje w miastach - prawie 63%.

546. Utrzymuje się niski udział kobiet wykonujących badania cytologiczne szyjki macicy; w 2006 roku niecałe 10% kobiet zgłosiło się na badania cytologiczne. Stało się to jednym z głównych powodów realizacji aktywnego skryningu opartego na wysyłaniu do pacjentek imiennych zaproszeń na badania. Niespełna 30% ogółu dorosłych kobiet nigdy nie wykonywała takiego badania, a w grupie tej znaczący udział miały bardzo młode kobiety (do 19 roku życia)

albo dużo starsze (co najmniej 60 latnie). O ile pierwsza grupa jest w pełni zrozumiwała (bardzo młode dziewczyny), to niepokojący jest niski odsetek badań wśród kobiet starszych, relatywnie częściej zagrożonych nowotworem narządów rodnych. Wzrasta powszechność badań mammograficznych lub ultrasonograficznych piersi. Co trzecia kobieta dorosła przynajmniej raz w swoim życiu miała wykonane takie badanie. Najczęściej badania piersi wykonują kobiety pięćdziesięcioletnie (64%) i czterdziestoletnie (blisko co druga). Prawie 90% zgłoszonych przypadków dotyczy badań wykonanych w ciągu ostatnich 5 lat. Co trzecie badanie to efekt wdrożenia ogólnodostępnego programu badań mammograficznych, a co piąte to inne formy profilaktyki - własna dbałość kobiet o swoje zdrowie lub zalecenia lekarskie. Uzupełnieniem tych badań jest samokontrola piersi. Co druga dorosła kobieta co najmniej kilka razy w roku sama bada swoje piersi, najczęściej tę formę kontroli stosują kobiety między 30 a 60 rokiem życia.

547. W 2004 roku leczeniu szpitalnemu, które łączyło się przynajmniej z 1 noclegiem poddało się prawie 11% populacji (co dziewięta osoba). Częstość hospitalizacji wzrasta wraz z wiekiem oraz pogarszaniem się stanu zdrowia. O ile w młodszych grupach wieku (do 39 roku życia) jest stosunkowo niska i wynosi około 10% (za wyjątkiem grupy 0-4 lata), to dla starszych zbiorowości istotnie się zwiększa. Prawie co czwarta osoba w wieku 70 lat i więcej była leczona w szpitalu. Głównym powodem hospitalizacji osób dorosłych były choroby przewlekłe - dla prawie połowy przypadków leczenia mężczyzn i 40% pobytów szpitalnych kobiet, w drugiej kolejności - inne choroby (20%), a następnie badania i obserwacje (blisko 17%). Dla kobiet istotną przyczynę stanowiły ciąża lub poród (18% ogółu pobytów kobiet), a dla mężczyzn wypadki i urazy, które notowano wśród nich blisko dwukrotnie częściej niż u kobiet (odpowiednio 15% oraz 7%).

548. Z pomocy lekarskiej w warunkach ambulatoryjnych skorzystało blisko 70% ludności. Do lekarza częściej chodzą kobiety niż mężczyźni. Przynajmniej 1 raz u lekarza było  $\frac{3}{4}$  ogółu kobiet, podczas gdy wśród mężczyzn tylko 63%. Najliczniej z pomocy lekarskiej korzystają małe dzieci do 4 roku życia, a także osoby po 50 roku życia. Co czwarta wizyta lekarska osób dorosłych związana jest z leczeniem choroby przewlekłej, co piąta - innej choroby, bądź z kontrolą stanu zdrowia, natomiast co szósta ma na celu uzyskanie recepty na leki. Prawie 70% wizyt dzieci u lekarzy spowodowanych było chorobą (inną niż przewlekłą), co trzecia - kontrolą stanu zdrowia, a co szósta wynikała z konieczności przyjęcia szczepień lub potrzeby wykonania badań okresowych (np. bilansu zdrowia).

549. Wśród dorosłych leki zażywają częściej kobiety niż mężczyźni (prawie 66% kobiet i tylko 48% mężczyzn) oraz częściej osoby starsze i chore. O ile wśród nastolatków leki zażywał co trzeci młody człowiek, to wśród 40-latków częściej niż co drugi, zaś wśród 60-latków - ponad 80% osób. Najczęściej zażywane leki to witaminy i preparaty mineralne - przyjmuje je blisko co 5 osoba w wieku 15 lat i więcej. Równie często dorosłe osoby zażywają leki obniżające ciśnienie krwi, najczęściej osoby starsze. Na trzecim miejscu są leki na ból głowy i migrenę, zażywane najczęściej przez kobiety i w znaczącej mierze bez wskazań lekarskich, a następnie leki nasercowe, zażywane najczęściej przez osoby starsze. Znaczący był odsetek osób zażywających leki na przeziębienie, grypę lub ból gardła.

## **Pytanie 2**

### **Polityka zdrowotna**

550. Informacje na temat Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996 – 2005 przedstawione zostały w poprzednim sprawozdaniu.

551. Od 1 stycznia 1999 roku do 1 kwietnia 2003 roku świadczenia lecznicze regulowała ustawa z 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Zgodnie nią ubezpieczenie było powszechne i obowiązkowe. System opierał się na zasadach:

- dotyczących osób ubezpieczonych:
  - powszechnego i obowiązkowego charakteru ubezpieczenia zdrowotnego,
  - solidaryzmu społecznego,
  - prawa wolnego wyboru świadczeniodawcy,
- dotyczących kas chorych
  - celowości działania,
  - samorządności i samofinansowania,
  - działalności nie dla zysku
  - gospodarności
- dotyczących świadczeniodawców
  - równego prawa publicznych i prywatnych świadczeniodawców przy ubieganiu się o kontrakty na świadczenia finansowane ze środków publicznych przez kasy chorych,
  - zawierania kontraktów na świadczenia finansowane na podstawie wyników konkursów ofert.

552. Ubezpieczonym przysługiwały świadczenia zdrowotne służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, udzielane w przypadku choroby, urazu, ciąży, porodu i pójogu oraz w celu zapobiegania chorobom i promocji zdrowia. Świadczenia zdrowotne finansowane były ze środków gromadzonych przez kasy chorych, pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz z budżetu państwa. Minister właściwy do spraw zdrowia finansował wysokospecjalistyczne procedury medyczne, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 2 listopada 1998 roku w sprawie wykazu wysokospecjalistycznych procedur medycznych finansowanych z budżetu państwa oraz zasad i trybu udzielania tych świadczeń. Kasy chorych (16 regionalnych i Branzowa Kasa Chorych dla Służb Mundurowych), zawierały umowy ze świadczeniodawcami określonymi w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (art. 7, pkt 21), uprawnionymi do udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie odrębnych przepisów, którzy funkcjonowali na obszarze działania danej kasy chorych i, ewentualnie, ze świadczeniodawcami spoza obszaru jej działania.

553. Zasady organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia wywołały negatywne skutki. Nadmierna samodzielność kas chorych spowodowała realizowanie 17 niezależnych „polityk” zdrowotnych. Spowodowało to zachwianie równości dostępu obywateli do usług medycznych w poszczególnych regionach kraju.

554. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, uchwalona 23 stycznia 2003 roku, usunąć miała ułomności systemu celem:

- przywrócenia konstytucyjnej odpowiedzialności Rządu (Ministra Zdrowia) za prowadzenie polityki zdrowotnej państwa,
- zwiększenia i urealnienia roli samorządów lokalnych w procesie zapewniania odpowiedniej ilości i jakości usług medycznych,
- stworzenia warunków do „sprawiedliwości w zdrowiu” oraz możliwości faktycznego wyboru przez pacjenta świadczeniodawcy.

555. NFZ, który zastąpił kasy chorych, był instytucją nadzorowaną przez Ministra Zdrowia, realizującą program ujednolicenia sposobów kontraktacji, w tym słowników świadczeń zdrowotnych i warunków ich realizacji.

556. Ustawa utrzymała określone w uchylonej ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zasady, na których opierał się system opieki zdrowotnej (omówione w punkcie 551).

557. Trybunał Konstytucyjny uznał w wyroku z 7 stycznia 2004 roku, że niektóre przepisy ustawy nie gwarantują prawidłowej realizacji zasad określonych w Konstytucji. Trybunał Konstytucyjny stwierdził, między innymi, że ustawa nie realizuje art. 68, ust. 2, zdanie 2 Konstytucji z powodu braku precyzyjnego określenia zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych, do których każdy obywatel ma prawo. Trybunał uznał to za naruszenie sformułowanego w Konstytucji obowiązku władzy publicznej zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

558. Ustawa z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która zastąpiła ustawę o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, zapewnia prawidłową realizację zapisów konstytucyjnych. Ustawa ta wychodzi naprzeciw wymogom większej precyzji legislacyjnej, określa zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych, do których każdy obywatel ma prawo. Ustawa utrzymała omówione wyżej zasady, na których opiera się system opieki zdrowotnej.

559. Ustawa określa zadania władz publicznych w zakresie zapewniania równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Obejmują one:

- tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w tym infrastruktury zdrowotnej,
- analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany,
- promocję i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu,
- finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej.

560. Zadania te realizują:

- władze samorządowe gminy, powiatu i województwa,
- minister właściwy do spraw zdrowia,

Minister właściwy do spraw finansów publicznych sprawuje, w szczególności, nadzór w zakresie gospodarki finansowej NFZ oraz zatwierdza sprawozdanie finansowe NFZ.

561. Świadczenia opieki zdrowotnej ustawa dzieli na: świadczenia zdrowotne, świadczenia zdrowotne rzeczowe i świadczenia towarzyszące. Wprowadza także pojęcie świadczenia gwarantowanego, to jest finansowanego w całości ze środków publicznych, na zasadach i w trybie określonych w ustawie. W załączniku do ustawy określono „negatywny koszyk świadczeń”, które nie są finansowane ze środków publicznych, co zapewnia prawidłową realizację wymogów Trybunału Konstytucyjnego dotyczących precyzyjnego określenia zakresu uprawnień.

562. Ustawa definiuje katalog tytułów podlegania obowiązkowi ubezpieczeniowemu, jak i objęcia ubezpieczeniem dobrowolnym. Rozszerzono zakres podmiotowy uprawnień do świadczeń na osoby inne niż ubezpieczone, wprowadzając pojęcie świadczeniobiorcy.

Zdefiniowano zakres świadczeń zdrowotnych, udzielanych bezpłatnie świadczeniobiorcom przez zakłady opieki zdrowotnej niezależnie od uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.

563. Celem realizacji przepisów ustawy sporządzane są programy zdrowotne, przewidujące działania umożliwiające realizowanie potrzeb zdrowotnych. Programy te sporządzane są na

podstawie przeprowadzanych analiz potrzeb zdrowotnych oraz stanu zdrowia mieszkańców. Minister Zdrowia kontroluje ich realizację, w tym dostępność świadczeń opieki zdrowotnej.

### **Pytanie 3**

#### **Wydatki na ochronę zdrowia**

564. Wydatki na ochronę zdrowia, w mln zł

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Budżet państwa - wydatki ogółem na ochronę zdrowia (bez składek na ubezpieczenie zdrowotne finansowanych z budżetu)	5 716,7	3 622,3	3 266,1	3 078,8	3 146,1	3 191,5	3 213,7	3 151,1
Wydatki ogółem samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia (bez dotacji budżetowych)	824,9	955,3	924,0	1 021,0	953,9	1 258,8	1 795,6	2 209,7

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
NFZ (kasy chorych) – koszty ogółem na świadczenia opieki zdrowotnej	21 390,3	23 009,3	26 415,4	28 675,9	29 213,6	30 487,4	33 003,9	35 965,8

### **Pytanie 4**

#### **Wskaźniki**

##### **a/ umieralności niemowląt**

565. Współczynnik umieralności niemowląt (liczba zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych)

1999	8,9
2000	8,1
2001	7,7
2002	7,5
2003	7,0
2004	6,8
2005	6,4

##### **b/, c/ dostęp do czystej wody, kanalizacji ściekowej**

566. Z wody wodociągowej spełniającej wymogi sanitarne wody do spożycia w roku 2003 korzystało 91,6% osób mających dostęp do wody wodociągowej (w miastach – 94,3%, na wsi – 85,1%), w roku 2001, odpowiednio: 89,1%, 91,8%, 83%.

##### **d/ dzieci uodpornione na dyfteryt, koklusz, tężec, odrę, Heine-Medina i gruźlicę**

567. Dane z dorocznych sprawozdań ze szczepień ochronnych wskazują, że w latach 1999-2005 osiągnięto stan zaszczepienia:

- noworodków przeciw gruźlicy - w granicach od 93,5% do 95,8%,
- dzieci w 2 roku życia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B w granicach od 98,9% do 99,8%,
- dzieci w 2 roku życia przeciw błonicy/ tężcowi - od 97,7 % do 98,8%,
- dzieci w 2 roku życia przeciw krztuścowi - od 97,6% do 98,8%,

- dzieci w 2 roku życia przeciw polio - od 97,6% do 98,8%,
- dzieci w 3 roku życia przeciw odrze - od 97,0% do 98,2%,
- dzieci w 3 roku życia przeciw odrze/ śwince/ różyczce - od 16,7% do 90,5%,
- dziewcząt w 14 roku życia przeciw różyczce - od 97,4% do 98,5%.

Poziom zaszczepienia przeciw poszczególnym chorobom był w całym kraju wyrównany.

#### e/ przeciętna długość życia

568.

	Mężczyźni			Kobiety		
	Ogółem	Miasto	Wieś	Ogółem	Miasto	Wieś
1999	68,8	69,1	68,4	77,5	77,3	77,8
2000	69,7	70,0	69,4	78,0	77,8	78,4
2001	70,2	70,4	69,9	78,4	78,2	78,7
2002	70,4	70,7	70,0	78,8	78,6	79,1
2003	70,5	70,9	70,0	78,9	78,8	79,2
2004	70,7	70,9	70,3	79,2	79,1	79,5
2005	70,8	71,2	70,3	79,4	79,3	79,6

#### f/ procent ludności mającej dostęp do leczenia podstawowych chorób i obrażeń

569. Brak danych

#### g/ procent kobiet w ciąży, będących pod opieką wykwalifikowanego personelu oraz procent porodów pod opieką wykwalifikowanego personelu, umieralność matek przed i po porodzie

570. Procent urodzeń pod opieką wykwalifikowanego personelu

- 1999 – 99,7%,
- 2000 – 99,8%,
- 2001 – 99,8%,
- 2002 – 99,8%,
- 2003 – 99,8%,
- 2004 – 99,8%,
- 2005 – 99,9%.

571. Liczba zgonów kobiet z powodu ciąży, porodu i położenia

- 1999 – 21,
- 2000 – 30,
- 2001 – 13,
- 2002 – 19,
- 2003 – 14,
- 2004 – 17.

#### h) procent noworodków będących pod opieką wykwalifikowanego personelu

572. Brak danych

### Pytanie 5

a/ - d/ Działania w celu poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego grup ludności i regionów znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji

Osoby starsze

573. Analizując sytuację demograficzną i zdrowotną społeczeństwa polskiego należy zauważyć powolny, ale systematyczny wzrost populacji osób w podeszłym wieku oraz zmieniające się potrzeby zdrowotne tej populacji.

574. Dokumentem wytyczającym kierunki działań na rzecz zapewnienia właściwej opieki oraz wydłużenia okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych osobom w wieku podeszłym jest Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia na lata 2007 –2013, przyjęta przez Radę Ministrów 21 czerwca 2005 roku oraz Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 –2015.

575. Strategia obejmuje:

- przygotowanie i wdrożenie procedur opiekuńczo-leczniczych, pozwalających na racjonalną opiekę nad osobami w podeszłym wieku,
- organizowanie form opieki domowej nad osobami w wieku podeszłym,
- restrukturyzację sieci szpitalnej i wydzielenie zakładów przystosowanych do prowadzenia opieki długoterminowej, pielęgnacyjno-opiekuńczej oraz paliatywno-hospicyjnej,
- integrację funkcjonalną opieki zdrowotnej z opieką społeczną oraz dostosowanie zasad finansowania, w celu kompleksowego zaspokajania potrzeb ludzi starszych,
- rozwijanie kształcenia i przygotowania praktycznego kadr medycznych do prowadzenia postępowania zapobiegawczego, leczniczego i usprawniającego osób w wieku podeszłym,
- wspieranie działań organizacji pozarządowych zajmujących się opieką zdrowotną nad osobami w wieku podeszłym,
- rozwój infrastruktury społecznej na obszarach wiejskich umożliwiającej poprawę świadczenia usług zdrowotnych osobom w wieku podeszłym.

576. Oczekiwane efekty:

- zmniejszenie liczby inwalidów w grupie osób 60+,
- zmniejszenie liczby zgonów w populacji 60+,
- zmniejszenie liczby chorych na choroby niezakaźne w populacji 60+,
- wydłużenie lat życia wolnych od wszelkich dolegliwości (*współczynnik HALE*),
- wydłużenie przeciętnego dalszego trwania życia.

577. Dane demograficzne wskazują, że procent osób zagrożonych niepełnosprawnością, a więc wymagających rehabilitacji zwiększa się. Dlatego w Strategii wytyczone zostały następujące zadania:

- w obszarze działania administracji centralnej:
  - usprawnienie edukacji osób niepełnosprawnych na wszystkich poziomach nauczania,
  - usprawnienie systemu rehabilitacji osób niepełnosprawnych,
  - zmodernizowanie kształcenia osób zatrudnionych w placówkach rehabilitacyjnych w kierunku modelu integracyjnego,
  - stworzenie preferencji dla produkcji sprzętu ortopedycznego i innych pomocy technicznych umożliwiających inwalidom normalne funkcjonowanie,
- w obszarze działania administracji samorządowej:
  - umacnianie działań na rzecz stworzenia przyjaznego dla niepełnosprawnych bezpiecznego środowiska bytowego,
  - przybliżenie usług rehabilitacyjnych do miejsca zamieszkania pacjenta,
  - połączenie działania pracowników zajmujących się rehabilitacją i pracowników socjalnych w celu kontynuacji rehabilitacji społecznej w miejscu zamieszkania po zakończeniu wczesnej rehabilitacji medycznej,
- w obszarze działania organizacji pozarządowych:



- wykorzystanie instrumentów międzynarodowych odnoszących się do praw człowieka, zawierających rozwiązania do podkreślenia pełnego obywatelstwa i integracji zamiast segregacji i marginalizacji osób niepełnosprawnych,
- kształtowanie pozytywnego wizerunku osób niepełnosprawnych w społeczeństwie,
- uznanie i wsparcie aktywnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w społeczeństwie,
- stymulowanie rozwoju ruchu społecznego oraz wspieranie samorządu lokalnego i organizacji pozarządowych w działaniach na rzecz poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych.

578. Minister Zdrowia zainicjował następujące badania naukowe dotyczące procesu starzenia się:

- molekularne podłoże i czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych prowadzących do zagrożeń epidemicznych i wpływających na proces starzenia się,
- badania czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych i wpływających na starzenie się populacji,
- molekularne podłoże chorób układu krążenia wpływających na proces starzenia się człowieka (miażdżyca, choroby metaboliczne, endokrynologiczne),
- molekularne i środowiskowe czynniki wpływające na powstawanie i progresję nowotworów,
- molekularne i środowiskowe czynniki wpływające na występowanie przewlekłych chorób układu oddechowego.

579. Minister Zdrowia powołał zespół do spraw opracowania założeń i projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, która dotyczyć będzie katalogu świadczeń dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, zasad organizacji i finansowania ubezpieczeń pielęgnacyjnych, działań prewencyjnych oraz przedsięwzięć badawczych mających na celu zapobieganie niezdolności do samodzielnej egzystencji w następstwie chorób i urazów.

580. Opieka nad pacjentem w wieku starszym sprawowana jest przez wielodyscyplinarny zespół złożony z personelu medycznego, niemedycznego oraz wolontariuszy. Formy opieki geriatrycznej to: całodobowa opieka geriatryczna, dzienny ośrodek opieki geriatrycznej, ambulatoryjna opieka geriatryczna, opieka domowa (w tym opieka w końcowej fazie życia), geriatryczny zespół konsultacyjny w instytucjach leczniczych, opiekuńczych i opiekuńczo - leczniczych, konsultacje udzielane lekarzom rodzinnym i lekarzom innych specjalności. Świadczenia z zakresu opieki geriatrycznej finansowane są ze środków publicznych. Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ jest umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarta pomiędzy Funduszem i świadczeniodawcą.

581. Opieka długoterminowa realizowana jest stacjonarnie lub w domu chorego. W przypadku, gdy chory nie może sam poradzić sobie z problemami zdrowotnymi i społecznymi, korzysta on z form opieki instytucjonalnej (stacjonarnej), która stanowi okresową pomoc specjalistyczną. W ramach ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ pacjent może korzystać z następujących form i usług oferowanych w zakresie opieki długoterminowej:

- stacjonarna opieka długoterminowa w:
  - zakładach opiekuńczo-leczniczych
  - zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- pielęgnarska opieka długoterminowa w domu chorego,
- domowa opieka nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie.

582. Zakłady opiekuńczo-lecznicze udzielają całodobowych świadczeń zdrowotnych, do których należą pielęgnacja, opieka i rehabilitacja osób nie wymagających hospitalizacji. Zakłady te zapewniają również środki farmaceutyczne, materiały medyczne, pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu pacjenta oraz opiekę w czasie organizowanych zajęć kulturalno – rekreacyjnych. Zakłady pielęgnacyjno–opiekuńcze udzielają całodobowych świadczeń zdrowotnych, do których należą pielęgnacja, opieka i rehabilitacja osób nie wymagających

hospitalizacji. Zapewnia także kontynuację leczenia farmakologicznego, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia. Zakład opiekuńczo–lecniczy prowadzi edukację zdrowotną pacjentów oraz członków ich rodzin.

583. Świadczenia zdrowotne z zakresu opieki długoterminowej finansowane są zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a więc ze środków NFZ. Zasady odpłatności za pobyt w zakładach opiekuńczo–lecniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych (zakwaterowanie i wyżywienie) określa rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 30 grudnia 1998 roku w sprawie sposobu i trybu kierowania do zakładów opiekuńczo–lecniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach. Koszty związane z zakwaterowaniem i wyżywieniem ponosi osoba przebywająca w zakładzie.

584. Celem opieki paliatywnej jest poprawienie jakości życia chorych i ich rodzin. Obejmuje ona zwalczanie bólu trudnego do opanowania i innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych oraz wspomaga rodziny chorych tak w czasie trwania choroby, jak i w okresie osierocenia. Opieka sprawowana jest w domu chorego, w specjalistycznych poradniach, oddziałach stacjonarnych opieki paliatywnej/hospicyjnej i ośrodkach opieki dziennej oraz przez szpitalne zespoły wspierające. Opiekę sprawuje wielodyscyplinarny zespół składający się z lekarzy, pielęgniarek, psychologa, pracownika socjalnego, rehabilitanta, terapeuty zajęciowego, kapelana i wolontariuszy. Opieka paliatywno–hospicyjna realizowana jest zarówno przez placówki publiczne, jak i niepubliczne. Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych NFZ finansuje świadczenia zdrowotne oraz zapewnia refundację leków w ramach posiadanych środków finansowych. Opieka paliatywno–hospicyjna może być też dofinansowywana przez organ założycielski, organizacje pozarządowe, kościelne, samorządy oraz z innych źródeł (na przykład pomoc społeczna, subwencje, darowizny).

#### **e/ Działania w celu obniżenia wskaźnika poronień oraz umieralności niemowląt, zapewnienia zdrowego rozwoju dzieci**

585. Celem zapewnienia dostępności świadczeń medycznych dzieciom i młodzieży zagwarantowano im bezpłatne świadczenia profilaktyczne, lecznicze i rehabilitacyjne bez względu na uprawnienia wynikające z tytułu ubezpieczenia. Świadczenia przysługują dzieciom do lat 7, uczniom oraz dzieciom w wieku od 7 do 18 lat, które ze względu na stan zdrowia zwolnione są z wykonywania obowiązku szkolnego.

586. Powszechnymi profilaktycznymi badaniami lekarskimi objęte są dzieci w wieku 4 i 6 lat oraz uczniowie klas III szkoły podstawowej (w wieku 10 lat) , I klas gimnazjum (w wieku 13 lat), I klas szkoły ponadgimnazjalnej (w wieku 16 lat) oraz ostatnich klas szkoły ponadgimnazjalnej (w wieku 18-19 lat). Celem tych badań jest ocena stanu zdrowia i rozwoju dziecka. Wykonywanie badań utrzymuje się na wysokim poziomie. Odsetek dzieci 6 letnich oraz uczniów klas III, VIII i ostatnich klas szkoły ponadpodstawowej, u których wykonywane są badania, wynosi średnio 94 - 99%, w zależności od klasy i miejsca zamieszkania.

587. Zgodnie z założeniami systemu opieki zdrowotnej nad uczniami, istotnym elementem tej opieki jest zwiększenie poczucia odpowiedzialności rodziców za zdrowie ich dzieci. W związku z tym podjęto działania w celu spowodowania pełnego uczestnictwa rodziców w badaniach profilaktycznych dzieci. Uczestnictwo rodziców w badaniach wynosi około 90%.

588. Bezpłatną opieką w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej objęte są kobiety ciężarne, rodzące, położnice, jeżeli konieczność udzielenia świadczenia pozostaje w związku z ciążą, porodem i położeniem. W zakresie specjalistycznej opieki zdrowotnej (diagnozowanie i leczenie

schorzeń kobiecych) kobiety korzystają z poradni dla kobiet działających w każdej przychodni rejonowej.

Ciąże prawidłowe występują u 65 % zarejestrowanych kobiet ciężarnych, ciążę o podwyższonym ryzyku - u 30 % ciężarnych, zaś ciążę wysokiego ryzyka u 5 %.

589. Celem poprawy opieki zdrowotnej nad kobietami i dziećmi realizowane są następujące programy:

- Program zwiększenia skuteczności opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem (działania podnoszące poziom opieki nad kobietą w ciąży, noworodkami i niemowlętami, poprawa wyposażenia oddziałów intensywnej terapii dla noworodków),
- Program poprawy opieki perinatalnej (polepszenie opieki nad kobietą w ciąży i nad noworodkiem, zmniejszenie śmiertelności niemowląt),
- Program zwalczania chorób nowotworowych,
- Program promocji zdrowia matki i dziecka, ze szczególnym uwzględnieniem planowania rodziny,
- Program promocji karmienia piersią,
- Program walki z osteoporozą u kobiet.

590. Minister Zdrowia finansuje programy w zakresie planowania rodziny, świadomego macierzyństwa oraz opieki medycznej nad kobietą w ciąży:

- Profilaktyka chorób dziedzicznych w rodzinach ryzyka - badania molekularne i poradnictwo genetyczne. Cel programu:
  - objęcie programem badań genetycznych i poradnictwa genetycznego wszystkich rodzin z grupy ryzyka zachorowania na mukowiscydozę,
  - wdrożenie programu w odniesieniu do innych schorzeń uwarunkowanych genetycznie, występujących najczęściej i poddających się leczeniu.
- Program monitorowania i poprawy pierwotnej profilaktyki wrodzonych wad rozwojowych. Cel programu: poprawa profilaktyki pierwotnej wrodzonych wad rozwojowych poprzez wdrożenie systemu monitorowania, identyfikację rodzin ryzyka genetycznego, poprawę poradnictwa genetycznego, wdrożenie programu szkolenia podyplomowego lekarzy, edukację społeczeństwa.
- Program profilaktyki pierwotnej wady cewy nerwowej w Polsce. Cel programu: zmniejszenie o 70% częstości występowania wad cewy nerwowej wśród dzieci urodzonych w ciągu 10 lat.
- Eliminacja zakażeń przenoszonych drogą płciową - usprawnienie diagnostyki i leczenia. Cel programu: poprawa zdrowia matek i dzieci poprzez poprawę opieki w aspekcie zakażenia paciorkowcami z grupy B.
- Optymalizacja opieki okołoporodowej:
  - Moduł I – „Zapobieganie występowaniu oraz skutkom wcześniactwa oraz małej masy urodzeniowej”. W ramach tego modułu realizowano zadania w zakresie:
    - promocji zdrowia i profilaktyki w opiece okołoporodowej,
    - zapobiegania przewlekłej chorobie płuc u noworodków urodzonych przedwcześnie – zmniejszenie częstości powikłań płucnych u wcześniaków,
    - koordynacji współpracy specjalistów chirurgii noworodka w programie,
    - edukacji z zakresu neonatologii.
  - Moduł II – „Poprawa wyposażenia oddziałów noworodkowych i położniczych poprzez zakup sprzętu medycznego”. Celem programu jest poprawa wyposażenia oddziałów chirurgii wad wrodzonych noworodka, oddziałów noworodkowych i położniczych.
  - Moduł III – „Wdrożenie ogólnokrajowego systemu dla nadzoru merytorycznego w ochronie zdrowia matki i dziecka ze szczególnym uwzględnieniem opieki okołoporodowej”. Realizacja

programu obejmuje zaprojektowanie, wykonanie, pilotowe wdrożenie systemu telematycznego, służącego kontroli jakości świadczeń zdrowotnych, obejmującego grupę pilotażową szpitali oraz opracowanie metodologii systematycznego gromadzenia, przetwarzania i analizy danych dotyczących sytuacji zdrowotnej kobiet rodzących oraz noworodków, jak i monitorowania jakości świadczeń na oddziałach położniczo-noworodkowych. Cel programu:

- zapobieganie występowaniu wcześniactwa i jego skutkom oraz prewencji występowania opóźnionego rozwoju wewnątrzmacicznego,
  - stworzenie szans przeżycia dzieci przedwcześnie urodzonych z małą urodzeniową masą ciała.
- Wdrożenie zadań i zasad funkcjonowania systemu nadzoru merytoryczno – organizacyjnego w opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem. Cel programu: wdrożenie systemu koordynacji, programowania, monitorowania i nadzoru ochrony zdrowia kobiet, dzieci i młodzieży.

591. Od 2006 roku wdrażany jest program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu. Celem programu jest wprowadzenie nowych metod terapii wewnątrzmacicznej płodu z wykorzystaniem najnowocześniejszej aparatury badawczej oraz powstanie modelowego ośrodka chirurgii płodu, przyjmującego kobiety ciężarne z całego kraju. Główne działania to stworzenie modelu postępowania diagnostycznego w zakresie wykrywania wad rozwojowych płodu, zastosowanie diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw wad rozwojowych i chorób płodu, poprawa stanu zdrowia noworodków poprzez zlikwidowanie powikłań okresu noworodkowego, zmniejszenie kosztów leczenia wewnątrzmacicznego wykonywanego za granicą oraz wdrożenie standardów wewnątrzmacicznej terapii płodu.

592. Program badań przesiewowych noworodków w Polsce w kierunku hipotyreozy i fenyloketonurii zmierza do wczesnej identyfikacji choroby lub oceny stanu zdrowia za pomocą testów analitycznych. Wczesne wykrycie schorzeń umożliwia skuteczne ograniczanie występowania wad rozwojowych, w tym szczególnie ciężkiego upośledzenia umysłowego. W 2006 roku zostały także zapoczątkowane badania przesiewowe w kierunku mukowisycydozy. Ich wdrożenie pozwoli na poprawę diagnostyki tej choroby genetycznej oraz umożliwi rozpoczęcie właściwego leczenia. Założenia programu przewidują wprowadzenie tych badań w części kraju i docelowe objęcie nimi do 2008 roku całej populacji noworodków.

593. Prowadzony jest monitoring pierwotnej profilaktyki wrodzonych wad rozwojowych, obejmujący prowadzenie Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych. Celem prowadzenia rejestru jest gromadzenie danych mających na celu ocenę skali występowania wad wrodzonych w Polsce oraz identyfikację rodzin ryzyka genetycznego.

594. W ramach ograniczania ryzyka zakażeń HIV opracowane zostały standardy postępowania podczas ciąży i porodu z kobietą zakażoną HIV. Profilaktyka zakażeń stosowana jest od 1994 roku. Rocznie leki antyretrowirusowe (ARV) otrzymuje około 120 kobiet ciężarnych zakażonych HIV i ich dzieci. Dzięki temu odsetek zakażeń zmniejszył się z 23% przed rokiem 1989 do 0.5% w grupie noworodków urodzonych przez kobiety objęte profilaktyką. Od 1996 roku zapewniana jest dzieciom żyjącym z HIV bezpłatna i odpowiadająca najnowszym standardom medycznym diagnostyka i leczenie. Lekami antyretrowirusowymi leczone są wszystkie dzieci, które takiego leczenia wymagają. Zdarzają się przypadki późnego rozpoznania zakażenia HIV, równocześnie z rozpoznaniem AIDS (dzieci nie zdiagnozowane w trakcie ciąży i po porodzie) u kilkunastoletnich dzieci.

#### **f/ Działania w celu poprawy higieny środowiska i higieny przemysłowej**

595. Zasadnicze znaczenie ma ustawa z 27 kwietnia 2001 roku Prawo ochrony środowiska.

596. Według stanu na koniec 2005 roku w ewidencji wojewódzkich inspektoratów ochrony środowiska znajdowały się 54 762 podmioty (w 2004 roku - 53 425 podmiotów). Inspekcja Ochrony Środowiska przeprowadziła kontrolę 15 413 podmiotów. W 10 659 przypadkach stwierdzono naruszenia wymagań ochrony środowiska (w 69% skontrolowanych podmiotach).

597. Od roku 2004 IOŚ przeprowadza ocenę spełniania wymagań dyrektyw UE, w wykonaniu Zaleceń Parlamentu Europejskiego i Rady 2001/331/WE z 4 kwietnia 2001 roku w sprawie minimalnych kryteriów działania inspekcji ochrony środowiska w państwach członkowskich. Najwięcej kontroli w 2005 roku dotyczyło spełniania wymogów dyrektywy 75/442/WE w sprawie odpadów – 7972 (w 2004 roku - 7539 kontroli). Naruszenia stwierdzono w 4551 przypadkach (57%). przeprowadzono 4048 kontroli, których przedmiotem było sprawdzenie wymogów określonych w dyrektywie 91/689/EWG dotyczącej odpadów niebezpiecznych (w 2004 roku - 3747). Naruszenia stwierdzono w 2195 przypadkach (54%). Kontroli realizacji wymogów określonych dyrektywą 91/271/EWG dotyczącą oczyszczania ścieków komunalnych przeprowadzono 1310 (w 2004 roku - 2131). Naruszenia stwierdzono w 725 przypadkach (55%). Najwięcej kontroli, w których stwierdzono nieprawidłowości dotyczyło zagadnień opisanych dyrektywą 2000/76/WE dotyczącą spalania odpadów (w 63% kontrolach stwierdzono naruszenia, w 2004 roku - 92%) oraz dyrektywą 99/31/WE dotyczącą składowania odpadów (odpowiednio, 61% i 64%).

598. Inne kontrole:

- w zakresie dyrektywy 74/464/EWG "Zanieczyszczenia spowodowane niektórymi substancjami niebezpiecznymi odprowadzanymi do środowiska wodnego" przeprowadzono 653 kontroli, w trakcie 44% z nich stwierdzono naruszenia,
- w zakresie dyrektywy 80/68/EWG "Ochrona wód gruntowych przed zanieczyszczeniem przez niektóre substancje niebezpieczne" przeprowadzono 558 kontroli, w trakcie 55% z nich stwierdzono naruszenia.

599. W 2005 roku Inspekcja zrealizowała następujące cykle kontrolne:

- kontrola podmiotów prowadzących działalność w zakresie gospodarowania odpadami komunalnymi,
- kontrola podmiotów posiadających decyzje o ustanowieniu stref ochronnych,
- kontrola funkcjonowania ferm nerek,
- kontrola funkcjonowania zakładów wykorzystujących odpady poubojowe,
- przestrzeganie zasad postępowania z substancjami zubożającymi warstwę ozonową,
- przestrzeganie wymagań ochrony środowiska przez wielkoprzemysłowe fermy trzody chlewnej,
- stan przygotowania prowadzących instalacje do uzyskania pozwolenia zintegrowanego do 30 kwietnia 2004 roku i do 31 grudnia 2004 roku,
- stan realizacji działań podjętych przez operatorów instalacji podlegających obowiązkowi uzyskania pozwolenia zintegrowanego do 30 kwietnia 2004 roku oraz do 31 grudnia 2004 roku, w tym przez operatorów instalacji do chowu lub hodowli trzody chlewnej – wg stanu na 30 czerwca 2005 roku,
- stosowanie halonów w Polsce,
- kontrola jednostek kolportujących prasę pod kątem przestrzegania przepisów gospodarki odpadami w zakresie zwrotów prasy.

600. W ramach współpracy z NIK przeprowadzono kontrolę funkcjonowania systemu gospodarowania odpadami opakowaniowymi i wybranymi odpadami poużytkowymi, objętymi opłatami produktowymi.

601. W zakresie ochrony powietrza obowiązują:

- rozporządzenie Ministra Środowiska z 6 czerwca 2002 roku w sprawie dopuszczalnych poziomów niektórych substancji w powietrzu, alarmowych poziomów niektórych substancji w powietrzu oraz marginesów tolerancji dla dopuszczalnych poziomów niektórych substancji,
- rozporządzenie Ministra Środowiska z 6 czerwca 2002 roku w sprawie oceny poziomów substancji w powietrzu,
- rozporządzenie Ministra Środowiska z 5 lipca 2002 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać programy ochrony powietrza,
- rozporządzenie Ministra Środowiska z 26 listopada 2002 roku w sprawie zakresu i sposobu przekazywania informacji dotyczących zanieczyszczenia powietrza (utraciło moc) – zastąpione rozporządzeniem Ministra Środowiska z 5 kwietnia 2006 roku w sprawie zakresu i sposobu przekazywania informacji dotyczących zanieczyszczenia powietrza,
- rozporządzenie Ministra Środowiska z 5 grudnia 2002 roku w sprawie wartości odniesienia dla niektórych substancji w powietrzu,

602. IOŚ ma obowiązek oceny jakości powietrza. Na wojewodach ciąży z kolei obowiązek sporządzania programów ochrony powietrza, celem osiągnięcia dopuszczalnych poziomów substancji w powietrzu w strefach, w których przekroczony jest dopuszczalny poziom choćby jednej substancji.

603. IOŚ przeprowadziła kontrole jakości powietrza 3.849 podmiotów w 2001 roku oraz 3.635 podmiotów w 2002 roku. Odnotowano spadek liczby zakładów, w których stwierdzono naruszenie wymagań ochrony środowiska (w 2001 roku - w 64% skontrolowanych zakładów, w 2002 roku – w 54,7%). W roku 2003 IOŚ przeprowadziła kontrole 2.661 podmiotów oraz 3.271 zakładów w roku 2004. Odnotowano spadek liczby zakładów, w których stwierdzono naruszenie wymagań ochrony środowiska (w 2003 roku – w 47% skontrolowanych podmiotach, w 2004 roku – w 39%). W 2005 roku przeprowadzono kontrole 2.838 podmiotów, stwierdzono naruszenia w 1322.

604. IOŚ przeprowadza dodatkowe kontrole, związane głównie z zapobieganiem zanieczyszczeniu powietrza:

- przestrzeganie wymagań ochrony środowiska przez instalacje spalające odpady niebezpieczne – w połowie 2001 roku przeprowadzono kontrolę wszystkich (43) instalacji w kraju, w których spalane były odpady niebezpieczne,
- ocena przestrzegania przepisów w zakresie obrotu z zagranicą substancjami zubażającymi warstwę ozonową - w I kwartale 2001 roku IOŚ skontrolowała 22 firmy pod kątem przestrzegania przepisów dotyczących obrotu z zagranicą substancjami zubażającymi warstwę ozonową.

605. Ustawa z 18 lipca 2001 roku Prawo wodne reguluje gospodarowanie wodami zgodnie z zasadą zrównoważonego rozwoju, w szczególności kształtowanie i ochronę zasobów wodnych, korzystanie z wód oraz zarządzanie zasobami wodnymi.

606. Ustawa z 7 czerwca 2001 roku o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków określa zasady i warunki zbiorowego zaopatrzenia w wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi oraz zbiorowego odprowadzania ścieków, w tym zasady działalności przedsiębiorstw wodociągowo – kanalizacyjnych, zasady tworzenia warunków zapewnienia ciągłości dostaw i odpowiedniej jakości wody, niezawodnego odprowadzania i oczyszczania ścieków, a także ochrony interesów odbiorców usług, z uwzględnieniem wymagań ochrony środowiska i optymalizacji kosztów.

607. IOŚ przeprowadziła kontrole przestrzegania zakazu odprowadzania niedostatecznie oczyszczonych ścieków do wód powierzchniowych lub do ziemi w 3241 obiektach w 2001 roku oraz w 3368 obiektach w 2002 roku. W 2002 roku nastąpiło zmniejszenie, w stosunku do roku poprzedniego, liczby zakładów, w których stwierdzono nieprawidłowości, z 73% do 67% podmiotów. Ochrona zasobów wód stanowiących źródło zaopatrzenia ludności w wodę do picia i potrzeb gospodarczych była przedmiotem 948 kontroli w 2001 roku, w 2002 roku przeprowadzono 1.954 kontrole. IOŚ przeprowadziła kontrole przestrzegania zakazu odprowadzania niedostatecznie oczyszczonych ścieków do wód powierzchniowych lub do ziemi w 1753 podmiotach w roku 2003 oraz w 1285 podmiotach w roku 2004. Odnotowano spadek liczby podmiotów, w których stwierdzono nieprawidłowości z zakresu ochrony środowiska (w roku 2003 – w 63% podmiotów, w roku 2004 – w 45%). W 2005 roku przeprowadzono kontrole w 1130 obiektach. Ochrona zasobów wód stanowiących źródło zaopatrzenia ludności w wodę do picia i potrzeb gospodarczych była przedmiotem 2181 kontroli w 2003 roku oraz 2440 kontroli w 2004 roku. W 2005 roku przeprowadzono 1952 kontrole.

608. Zapobiegania zanieczyszczeniom gleby dotyczą:

- ustawa z 27 kwietnia 2001 roku Prawo ochrony środowiska,
- rozporządzenie Ministra Środowiska z 1 sierpnia 2002 roku w sprawie komunalnych osadów ściekowych,
- rozporządzenie Ministra Środowiska z 9 września 2002 roku w sprawie standardów jakości gleby oraz standardów jakości ziemi,
- rozporządzenie Ministra Środowiska z 29 listopada 2002 roku w sprawie warunków, jakie należy spełnić przy wprowadzaniu ścieków do wód lub do ziemi oraz w sprawie substancji szczególnie szkodliwych dla środowiska wodnego (utraciło moc) – zastąpione rozporządzeniem Ministra Środowiska z 24 lipca 2006 roku w sprawie warunków, jakie należy spełnić przy wprowadzaniu ścieków do wód lub do ziemi oraz w sprawie substancji szczególnie szkodliwych dla środowiska wodnego.
- rozporządzenie Ministra Środowiska z 8 lipca 2004 roku w sprawie warunków, jakie należy spełnić przy wprowadzaniu ścieków do wód lub do ziemi oraz w sprawie substancji szczególnie szkodliwych dla środowiska wodnego.

609. Oceny jakości gleby i ziemi dokonuje się w ramach państwowego monitoringu środowiska. Okresowe badania jakości gleby i ziemi przeprowadzają starostowie. Wyniki monitoringu publikowane są przez Główny Inspektorat Ochrony Środowiska.

610. IOŚ przeprowadza kontrole postępowania z odpadami, w tym z odpadami niebezpiecznymi i przeciwdziała transgranicznemu przemieszczaniu odpadów. W 2001 roku przeprowadzono 5.610 kontroli, w 2002 roku – 6.450. W połowie 2002 roku IOŚ dokonała przeglądu eksploatowanych składowisk celem uzyskania informacji niezbędnych do podejmowania decyzji związanych z modernizacją obiektów. IOŚ przeprowadziła kontrole w zakresie postępowania z odpadami, w tym odpadami niebezpiecznymi oraz w ramach przeciwdziałania transgranicznemu przemieszczaniu odpadów: w roku 2003 – 4.526 podmiotów oraz w 2004 roku – 5.787 podmiotów. W 2005 roku przeprowadzono 3.484 kontrole.

611. 1 stycznia 2002 roku weszła w życie ustawa z 29 listopada 2000 roku – Prawo atomowe, dostosowująca system ochrony radiologicznej i bezpieczeństwa jądowego do wymagań Unii Europejskiej oraz wymagań ustanowionych przez Międzynarodową Agencję Energii Atomowej. Zasadniczymi elementami systemu bezpieczeństwa jądowego i ochrony radiologicznej są:

- system wydawania zezwoleń na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące,

- limity dawek promieniowania jonizującego pracowników zawodowo narażonych na promieniowanie jonizujące, ze szczególnym uwzględnieniem młodocianych i kobiet,
- system oceny tych dawek i ich centralnej rejestracji,
- system ochrony fizycznej i ewidencji materiałów jądrowych,
- system monitoringu radiologicznego, obejmujący stacje wczesnego wykrywania skażeń promieniotwórczych i placówki prowadzące pomiary skażeń promieniotwórczych; na jego podstawie wydawane są kwartalne komunikaty Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki o sytuacji radiacyjnej w kraju i codziennie mapki rozkładu mocy dawki promieniowania gamma w Polsce (dostępne na stronie internetowej: [www.paa.gov.pl](http://www.paa.gov.pl)).

612. W 2004 roku:

- dodano nowy rozdział dotyczący stosowania promieniowania jonizującego w celach medycznych oparty na dyrektywie Rady 97/43/Euratom z 30 czerwca 1997 r. w sprawie ochrony zdrowia osób fizycznych przed niebezpieczeństwem wynikającym z promieniowania jonizującego związanego z badaniami medycznymi,
- dodano nowe przepisy dotyczące zabezpieczenia materiałów jądrowych zgodnie z wiążącymi Polskę zobowiązaniami,
- uszczegółowiono przepisy dotyczące zdarzeń radiacyjnych.

W 2006 roku dodano przepisy dotyczące wysokoaktywnych źródeł promieniotwórczych w aspekcie ich produkcji i stosowania oraz po zakończeniu z nimi działalności”.

613. Ustawa Prawo ochrony środowiska zawiera regulacje dotyczące ochrony przed hałasem, w tym oceny i zarządzania hałasem w środowisku. Ustawa traktuje hałas jako zanieczyszczenie środowiska, stąd przyjmuje takie same ogólne zasady, obowiązki i formy postępowania w stosunku do hałasu, jak odnośnie pozostałych dziedzin ochrony środowiska. Przepisy nakładają obowiązek uwzględniania ochrony środowiska, w tym kwestii hałasu, w materiałach i dokumentach planistycznych. Prawo przewiduje obowiązek sporządzania map akustycznych w celu oceny stanu akustycznego aglomeracji o liczbie mieszkańców większej niż 100 tysięcy oraz terenów określonych przez powiatowy program ochrony środowiska, jako tereny wymagające oceny stanu akustycznego. Realizacji zadań w zakresie ochrony przed hałasem dotyczą akty wykonawcze:

- rozporządzenie Rady Ministrów z 29 września 2001 roku w sprawie wysokości jednostkowych stawek kar za przekroczenie dopuszczalnego poziomu hałasu,
- rozporządzenie Ministra Środowiska z 14 października 2002 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinien odpowiadać program ochrony środowiska przed hałasem,
- rozporządzenie Ministra Środowiska z 9 stycznia 2002 roku w sprawie wartości progowych poziomów hałasu,
- rozporządzenie Ministra Środowiska z 29 lipca 2004 roku w sprawie dopuszczalnych poziomów hałasu w środowisku.

614. Planuje się opracowanie nowych rozporządzeń Ministra Środowiska:

- w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących rejestru zawierającego informacje o stanie akustycznym środowiska, na podstawie pomiarów, badań i analiz wykonywanych w ramach państwowego monitoringu środowiska,
- w sprawie szczegółowego zakresu danych ujętych na mapach akustycznych oraz ich układ i sposób prezentacji, uwzględniając cele, do których osiągnięcia dane mają być wykorzystywane.
- w sprawie dopuszczalnych poziomów hałasu w środowisku (określonych wskaźnikami hałasu LDWN, LN, LAeq D, LAeq N )
- w sprawie sposobu ustalania wartości wskaźników hałasu,



- w sprawie dróg, linii kolejowych i lotnisk, których eksploatacja może powodować negatywne oddziaływania akustyczne na znacznych obszarach, dla których jest wymagane sporządzenie map akustycznych oraz sposobu określenia granic terenów objętych mapami.

615. Kontrole mające na celu ograniczenie uciążliwości związanych z ponadnormatywną emisją hałasu IOŚ przeprowadziła u 881 podmiotów w 2001 roku i u 906 podmiotów w 2002 roku, w 2003 roku u 975 podmiotów oraz w 2004 roku – u 1007 podmiotów. W 2005 roku przeprowadzono 738 kontroli.

616. IOŚ realizowała także cykle kontrolne mające na celu zbadanie lub rozpoznanie problemów dotyczących poszczególnych elementów środowiska lub problemów w wypełnianiu wymagań ochrony środowiska przez wybrane branże. W II połowie 2002 roku przeprowadzono „Kontrolę w zakresie przestrzegania wymagań ochrony środowiska przez wybrane supermarkety”, którą objęto 84 hipermarkety, 28 supermarketów i 8 sklepów dyskontowych. W ramach zadania „Rozpoznanie w zakresie funkcjonowania wielkoprzemysłowych ferm trzody chlewnej” od stycznia do września 2003 roku kontrolami objęto 107 ferm. W 2004 roku dokonano oceny oczyszczalni ścieków komunalnych zlokalizowanych w aglomeracjach o liczbie mieszkańców równej lub powyżej 15 tysięcy. Rozpoznaniem objęto 418 aglomeracji, a w nich 579 oczyszczalni ścieków.

617. Postępowanie z substancjami zubożającymi warstwę ozonową uregulowane jest w ustawie z 20 kwietnia 2004 roku o substancjach zubożających warstwę ozonową określającą ramy instytucjonalne i organizacyjne niezbędne do wykonywania zadań nałożonych przez prawo UE. Na mocy ustawy wydano 12 rozporządzeń wykonawczych.

618. W roku 2006 IOŚ sporządził raport na podstawie ustaleń 616 kontroli przeprowadzonych w 2005 roku w 611 podmiotach używających i obracających substancjami zubożającymi warstwę ozonową. Stwierdzono, że 373 z 611 objętych kontrolą podmiotów (60 % jednostek), nie dopełniło obowiązków dotyczących postępowania z substancjami kontrolowanymi.

619. Źródłem informacji o stanie środowiska jest Państwowy Monitoring Środowiska. W ramach PMS realizowane są pomiary i oceny następujących komponentów środowiska: wody, powietrza, gleby, przyrody oraz czynników fizycznych takich jak hałas oraz promieniowanie elektromagnetyczne i jonizujące. Dane wykorzystywane są do realizacji polityki państwa w dziedzinie poprawy warunków funkcjonowania człowieka w środowisku przekształconym przez działalność gospodarczą. Informacje wykorzystywane są przez jednostki administracji rządowej i samorządowej dla potrzeb operacyjnego zarządzania środowiskiem oraz strategicznego planowania działań ekologicznych.

620. W ramach PMS pozyskiwane są też informacje niezbędne do wywiązywania się ze zobowiązań wspólnotowych i międzynarodowych w zakresie informacji o stanie środowiska, na przykład z Konwencji Helsińskiej o ochronie środowiska morskiego Bałtyku oraz Konwencji Genewskiej w sprawie transgranicznego zanieczyszczenia powietrza na dalekie odległości.

#### **g/ Działania w celu zapobiegania, kontroli i zwalczania epidemii, chorób endemicznych, zawodowych i innych**

621. 6 września 2001 roku uchwalona została ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach, w której określono zasady zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi, w szczególności rozpoznawania i śledzenia sytuacji epidemiologicznej, podejmowania działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych celem unieszkodliwienia źródła zakażenia i przecięcia dróg szerzenia, w tym również uodpornienia osób wrażliwych na zakażenie. Odrębny rozdział poświęcono działaniom, które mogą być podejmowane przez władze publiczne podejmowane w czasie stanu epidemii. Ustawa objęła obowiązkiem hospitalizacji chorych lub podejrzanych o

zachorowanie na następujące choroby: błonica, cholera, dur brzuszny, dury rzekome A, B, C, dżuma, nagminne porażenie dziecięce oraz inne porażenia wiotkie, w tym zespół Guillaina-Barrego, tularemia, zapalenie mózgu, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, żółta gorączka i wirusowe gorączki krwotoczne. Obowiązkowej hospitalizacji podlegają także osoby chore na gruźlicę płuc w okresie prątkowania oraz osoby z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie.

622. Obowiązkowej kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu podlegają osoby zdrowe, które miały styczność z chorymi na cholere, dżumę płucną i wirusowe gorączki krwotoczne. Obowiązkiem zgłaszania właściwemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu objęto przypadki zachorowań na 78 jednostek i zespołów chorobowych, a także 42 biologicznych czynników chorobotwórczych.

623. W roku 2002 GIS rozpoczął realizację pilotażowego programu modernizacji i informatyzacji sieci nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych. Modernizacja tego systemu, oparta na zaleceniach misji przeglądowej (*peer review*) ekspertów UE (czerwiec 2002 roku), ma na celu umożliwienie wymiany informacji z krajami członkowskimi UE oraz wzmocnienie nadzoru i kontroli chorób zakaźnych w Polsce.

624. Polska została włączona we wspólnotową sieć nadzoru utworzoną na podstawie decyzji Parlamentu Europejskiego oraz Rady z 24 września 1998 roku nr 2119/98/EC w sprawie utworzenia sieci nadzoru epidemiologicznego oraz kontroli chorób zakaźnych w UE.

625. Od 1993 roku (wdrożenie intensywnego programu zapobiegania i zwalczania wirusowego zapalenia wątroby typu B) do roku 2003 zanotowano spadek zachorowań o 85 %. Program obowiązkowych szczepień przeciwko WZW typu B, zgodnie z programem szczepień ochronnych, obejmuje wszystkie noworodki i personel służby zdrowia.

626. W latach 2001-2002 notowano spadek zachorowań na WZW typu B (w 2002 roku o 15,5 %, a w 2001 roku o 15, 5% w stosunku do roku poprzedzającego). Zapadalność spadła z 7,3 przypadków na 100 tysięcy mieszkańców w roku 2000 do 5,2 w roku 2002. Zapadalność w 2004 roku spadła do 4,1 przypadku na 100.000, wobec 7,4 przypadków/100.000 w 2000 roku.

Zahamowany został wzrost zachorowań na WZW typu C - w 2002 - 5,12 przypadków zachorowań na 100.000 mieszkańców, w roku 2000 - 5,5. Jest to wynikiem poprawy procedur sterylizacji sprzętu szpitalnego.

627. 21 lipca 2006 roku powołana została Grupa Ekspertów WZW typu B, realizująca zadania w zakresie optymalizacji identyfikacji, diagnostyki i terapii chorych zakażonych wirusem zapalenia wątroby.

628. Od początku epidemii HIV/AIDS wykryto 10.492 zakażeń (dane na koniec listopada 2006 roku), ale szacuje się, iż rzeczywista liczba osób zakażonych i chorych wynosi 30 tysięcy. W ostatnich latach obserwowany jest wzrost liczby zakażeń drogą kontaktów seksualnych, a także wzrost liczby kobiet wśród ogółu zakażonych.

629. W roku 2005 Ministerstwo Zdrowia wdrożyło program polityki zdrowotnej „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce w latach 2005 – 2006”, który umożliwia dostęp do leczenia antyretrowirusowego (celem jest stabilizacja liczby zachorowań na AIDS i spadek śmiertelności z powodu AIDS). Obserwuje się wydłużenie okresu przeżycia pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS. Liczba pacjentów objętych leczeniem antyretrowirusowym do czerwca 2006 roku wynosiła 2802, w tym 103 dzieci.

630. Wszyscy spełniający kryteria medyczne mają dostęp do bezpłatnego leczenia antyretrowirusowego i najnowszych technik diagnostycznych, w tym genotypowania. Żadna z grup społecznych nie jest dyskryminowana w aspekcie dostępności leczenia ARV. Bezpłatną terapią antyretrowirusową i specjalistycznymi badaniami diagnostycznymi objęte są także osoby przebywające w zakładach penitencjarnych, osoby stosujące dożylnie narkotyki, będące w

programach metadonowych, osoby nie posiadające ubezpieczenia społecznego, a także osoby bezdomne. W roku 2006, na program leczenia antyretrowirusowego, Minister Zdrowia przeznaczył kwotę w wysokości 109,8 mln złotych.

631. W ostatnich latach obserwowany jest znaczący wzrost liczby osób wykonujących dobrowolnie, anonimowe i bezpłatne testy w kierunku HIV, będący efektem edukacyjnych kampanii multimedialnych, przyczyniających się do wzrostu wiedzy i świadomości społecznej wobec problemu epidemii HIV/AIDS. Osoby testujące się korzystają, zgodnie ze standardami międzynarodowymi w tym zakresie, z profesjonalnego poradnictwa przed i po teście. Wiele uwagi poświęca się edukacji różnych grup zawodowych, przeciwdziałaniu dyskryminacji osób zakażonych w miejscu pracy.

632. W celu aktywizacji organizacji społeczeństwa obywatelskiego, Minister Zdrowia każdego roku asygnuje kwotę przeznaczoną na dotacje celowe dla organizacji pozarządowych. W roku 2006 blisko 40 organizacji pozarządowych, działających na polu walki z epidemią HIV/AIDS, uzyskało pomoc finansową i merytoryczną z budżetu państwa.

633. W czerwcu 2004 roku powstała Polska Grupa Ekspertów HCV z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych oraz Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego. Polska Grupa Ekspertów HCV prowadzi działania mające na celu podniesienie świadomości zagrożenia zakażeniami HCV. Prowadzona we współpracy z GIS kampania edukacyjna „HCV można pokonać” przewiduje szkolenia personelu medycznego z zakresu profilaktyki, diagnostyki i leczenia zakażeń HCV. Zorganizowano konferencje i sympozja poświęcone tej tematyce, jak też działania edukacyjne skierowane do przedstawicieli mediów.

634. Informacje dodatkowe – patrz odpowiedź na uwagę 23 Komitetu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych.

635. Z inicjatywy GIS realizowane są następujące programy edukacyjne, dotyczące ograniczenia występowania chorób zakaźnych wśród dzieci i młodzieży, poprzez propagowanie szczepień ochronnych:

- „Szczepienia dobrodziejstwem dzieci i młodzieży - zapobieganie odrze, śwince i różyczce - Witaj szkoło”:
  - pogłębienie wiedzy na temat podstawowych szczepień ochronnych według kalendarza szczepień,
  - wzmocnienie postaw i zachowań, w celu przedstawienia korzyści płynących ze szczepień ochronnych,
  - intensyfikacja działalności edukacyjnej, motywującej do podejmowania szczepień obowiązkowych i zalecanych,
  - przekazanie wiedzy na temat tych chorób i powikłań występujących po ich przybyciu.
- Zapobieganie WZW typu A – program edukacyjny „Mamo, masz wybór”. Program został wprowadzony pilotażowo w 2002 roku w 11 województwach. Od września 2003 roku programem objęte są wszystkie województwa. Skierowany jest do rodziców i opiekunów dzieci oraz do dyrektorów i nauczycieli przedszkoli. Obecnie przygotowywana jest kolejna edycja programu. Celem tego programu jest:
  - zmniejszenie występowania zachorowań na WZW typu A u dzieci, w przypadku wystąpienia „epidemii wyrównawczej”,
  - dostarczenie rodzicom i opiekunom dzieci wiedzy o WZW typu A i możliwych sposobach zapobiegania przez szczepienia ochronne.

636. Na zakup szczepionek do programu szczepień ochronnych przeznaczono:

- 2003 – 39,2 mln zł,

- 2004 – 24,2 mln zł,
- 2005 – 47,6 mln zł,
- 2006 – 26,8 mln zł.

637. Każdego roku uaktualniany jest Program Szczepień Ochronnych. Wprowadzane zmiany uzależnione są od aktualnej sytuacji epidemiologicznej oraz potrzeb, przy uwzględnieniu dostępnych środków finansowych.

638. W 2001 roku podjęte zostały działania mające na celu minimalizację skutków wystąpienia zachorowań na niektóre wysoce zakaźne i niebezpieczne choroby, które mogą być skutkiem ataku bioterrorystycznego lub przeniesienia ich do kraju. Wytypowane zostały szpitale do hospitalizacji chorych zarówno na wypadek zachorowań sporadycznych, jak i na wypadek zachorowań masowych. Przeprowadzone zostały szkolenia lekarzy pierwszego kontaktu dotyczące rozpoznawania lub podejrzenia wystąpienia skutków ataku bioterrorystycznego. Wypracowano procedury określające zasady działania organów państwa i służb na wypadek zagrożenia atakiem z użyciem środków biologicznych. Są one uruchamiane w razie wystąpienia pojedynczych przypadków zachorowań na jedną z 6 chorób, które zostały uznane za szczególnie niebezpieczne (dżuma, botulizm, ospa prawdziwa, tularemia, wąglik, wirusowe gorączki krwotoczne). Działania te były kontynuowane w 2006 roku.

639. W marcu 2005 roku zintensyfikowano działania mające na celu przygotowanie do pandemii grypy w Polsce. W lutym 2006 roku uaktualniono, zgodnie z rekomendacjami WHO, Komisji Europejskiej, Europejskiego Centrum Kontroli i Prewencji Chorób Krajowy Plan działań dla Polski na wypadek wystąpienia kolejnej pandemii grypy. Od czerwca 2006 roku prowadzone są prace nad przygotowaniem nowych załączników do planu, które zawierać będą strategię dotyczące postępowania z pacjentem, komunikacji, leków antywirusowych oraz współpracy międzysektorowej. Ponadto, GIS podjął szereg działań, we współpracy z innymi instytucjami (w tym Polskim Czerwonym Krzyżem, Urzędem Lotnictwa Cywilnego) w celu poprawy stanu przygotowań na poziomie krajowym. Uczestniczono również w szeregu spotkań na forum międzynarodowym, w trakcie których przedstawiciele GIS informowali i konsultowali informacje na temat aktualnego stanu przygotowań z przedstawicielami innych krajów i organizacji międzynarodowych. Ponadto, w roku 2006 doposażono laboratoria wirusologii 16 Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych.

640. W latach 2005-2006 szczególnie monitorowano sytuację epidemiologiczną zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową w Polsce. Podejmowane działania miały na celu jak najszybsze wykrycie nawet pojedynczych przypadków zachorowań, aby do minimum ograniczyć możliwość występowania zachorowań ogniskowych. Wszystkie wyizolowane szczepy meningokoków były weryfikowane w laboratorium Krajowego Ośrodka Referencyjnego Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego.

641. W latach 1999-2006 realizowane były programy eradykacji chorób zakaźnych. Jednym z programów był program eradykacji poliomyelitis, którego realizacja oparta była na nadzorze nad wykonawstwem szczepień ochronnych, przeprowadzaniu przeglądu serologicznego w określonych grupach ryzyka w celu wykrycia osób wrażliwych na zakażenie wirusem polio i na wykrywaniu, zgłaszaniu, zbieraniu danych demograficznych, epidemiologicznych, klinicznych oraz wykonaniu badań wirusologicznych przypadków ostrych porażek wiotkich. Ponadto Rząd Polski, podobnie jak rządy wszystkich państw świata, przyjął 28 maja 2003 roku, na VII Światowym Zgromadzeniu Zdrowia, rezolucję o udziale w programie eliminacji odry i różyczki wrodzonej oraz podjął zobowiązanie aktywnego włączenia się w realizację tego celu. Działania te są kontynuowane.

### **Pytanie 6**

#### **Działania w celu zapewnienia, że wzrost kosztów ochrony zdrowia nie spowoduje naruszenia prawa do ochrony zdrowia osób w podeszłym wieku**

642. Zgodnie z art. 22 ustawy z 29 listopada 1990 roku o pomocy społecznej, osobom, które nie podlegały przepisom o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin, mogła być przyznawana pomoc finansowa na pokrycie wydatków na świadczenia zdrowotne w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, jeżeli spełniane było kryterium dochodowe uprawniające do świadczeń z pomocy społecznej. Pomoc mogła być również przyznana członkom rodzin tych osób, jeżeli pozostawały na ich wyłącznym utrzymaniu. Zgodnie z art. 32, w celu zaspokojenia podstawowej potrzeby bytowej, mógł być przyznany zasiłek celowy. Mógł on być przyznany w szczególności na pokrycie, między innymi, części lub całości kosztów leków i leczenia.

643. Zgodnie z art. 17 ust. 1 pkt 7 ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej do zadań własnych gminy o charakterze obowiązkowym należy przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych na pokrycie wydatków na świadczenia zdrowotne osobom bezdomnym oraz innym osobom nie mającym dochodu i możliwości uzyskania świadczeń na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ. Na podstawie art. 39 ust. 3 ustawy osobom tym może być przyznany zasiłek celowy na pokrycie części lub całości wydatków na świadczenia zdrowotne.

644. Pomoc w pokrywaniu wydatków na świadczenia zdrowotne (w ramach zadań własnych gmin – liczba osób, którym przyznano świadczenie, liczba świadczeń oraz łączna kwota świadczeń/wydatków):

- 1999 – 31 492 osoby, 49 784 świadczenia, łączna kwota 5 657 128 zł,
- 2000 – 26 513 osoby, 48 876 świadczeń, łączna kwota 5 081 921 zł,
- 2001 – 26 974 osoby, 42 999 świadczeń, łączna kwota 4 883 553 zł,
- 2002 – 23 261 osób, 45 626 świadczeń, łączna kwota 5 639 937 zł,
- 2003 – 21 948 osób, 41 348 świadczeń, łączna kwota 3 540 112 zł,
- 2004 – 7 220 osób, 14 820 świadczeń, łączna kwota 1 619 771 zł,
- 2005 – 3 420 osób, 9 372 świadczenia, łączna kwota 692 454 zł.

645. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają prawo inne niż ubezpieczeni osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy o pomocy społecznej.

### **Pytanie 7**

#### **Działania w celu zmaksymalizowania udziału społeczeństwa w planowaniu, organizowaniu, działaniu i kontroli ochrony zdrowia stopnia podstawowego.**

646. Projekty aktów prawnych regulujących kwestie związane z powszechną opieką zdrowotną są przedmiotem szerokich konsultacji społecznych, w których udział biorą przedstawiciele środowisk medycznych, związków zawodowych, organizacji pozarządowych i innych. Projekty są umieszczane także w Biuletynie Informacji Publicznej, co daje możliwość zapoznania się z nimi i zgłoszenia ewentualnych uwag, przedstawienia stanowiska wszystkim zainteresowanym. Ponadto, każdy obywatel ma możliwość zwrócenia się do Ministra Zdrowia z propozycjami w konkretnej sprawie z zakresu ochrony zdrowia.

## **Pytanie 8**

### **Działania w celu zapewnienia edukacji dotyczącej powszechnych problemów zdrowotnych**

647. Celem programów zapobiegania uzależnieniom od tytoniu, alkoholu i narkotyków jest pogłębienie wiedzy, najczęściej młodzieży i dzieci, na temat destrukcyjnych skutków palenia tytoniu, picia alkoholu oraz zażywania narkotyków, a także popularyzacja wiedzy na temat profilaktyki uzależnień. Przeprowadzone programy w środowisku młodzieży to:

- ‘Alkohol kradnie wolność’,
- ‘Wolni od narkotyków’,
- ‘Wolni od nałogów’,
- ‘Życie bez nałogów’,
- ‘Żyjmy zdrowo bez nałogów’,
- ‘Program profilaktyki uzależnień’,
- ‘Nie pal przy mnie, proszę’,
- ‘Przeciwdziałanie narkomanii’.

648. Podstawowa i rodzinna opieka zdrowotna umożliwia wczesne wykrywanie problemów alkoholowych. W jej ramach mogą być realizowane programy wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji. Służą one ujawnianiu i uświadamianiu osób, których styl picia skutkuje problemami zdrowotnymi, a także w przyszłości może prowadzić do uzależnienia. Odpowiednio przeszkoleni lekarze mogą prowadzić działania pozwalające zminimalizować liczbę problemów zdrowotnych i ograniczyć liczbę nowych przypadków uzależnienia lub kierować do specjalisty.

Samorządy terytorialne, w ramach programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, prowadzą szkolenia, dotyczące metod wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji, lekarzy podstawowej i rodzinnej opieki zdrowotnej. Prowadzone są także szkolenia studentów akademii medycznych w zakresie problematyki uzależnienia od alkoholu. Organizatorem szkoleń są PARPA i samorządy województw.

649. Działalność w zakresie zapobiegania i zwalczania palenia tytoniu prowadzona jest systematycznie, a szczególnie nagłaśniana podczas akcji prowadzonych dwa razy w roku, w maju (Światowy Dzień bez Papierosa) i w listopadzie (Akcja - Rzuć Palenie Razem z Nami). Ich celem jest uświadomienie społeczeństwu korzyści płynących z niepalenia, a także szkodliwego wpływu nikotyny na organizm człowieka, przekonanie palaczy, że zerwanie z nałogiem jest możliwe poprzez kształtowanie mody na niepalenie oraz poznanie zdrowotnych, ekonomicznych i społecznych skutków niepalenia. Programy te realizowane były głównie w szkołach.

650. Młodzi ludzie są szczególnie podatni na uzależnienie od tytoniu, co wiąże się z procesem socjalizacji w grupach rówieśniczych i wzorcami zachowań wśród dorosłych (rodziców, nauczycieli). Tę podatność doceniają producenci wyrobów tytoniowych, którzy w swoim czasie prowadzili akcję reklamową i promocyjną skierowaną do młodzieży. Praktyki te zostały skutecznie powstrzymane przy pomocy przepisów o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Od 2001 roku obowiązuje zakaz reklamy wyrobów tytoniowych w prasie, radiu, telewizji i na plakatach. W drodze nowelizacji (listopad 2003 roku) ustawy z 9 listopada 1995 roku o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, zakaz reklamy rozszerzono również na internet. Zakazane są także wszelkie formy promocji wyrobów tytoniowych, sprzedaż papierosów z automatów, sprzedaż papierosów na sztuki i sprzedaż wyrobów tytoniowych osobom niepełnoletnim.

651. Program profilaktyki HIV/AIDS realizowany jest systematycznie od początku epidemii HIV/AIDS w Polsce i skierowany jest do ogółu społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży. Celem programu jest:

- edukacja w celu kształtowania postaw i odpowiedzialności za własne zdrowie,
- promowanie zachowań zapobiegających zakażeniom HIV,
- kształtowanie postaw tolerancji wobec osób żyjących z HIV/AIDS.

Program realizowany jest przez wszystkie stacje sanitarno-epidemiologiczne w kraju, we współpracy z Krajowym Centrum do spraw AIDS.

652. Działania edukacyjne:

- Wspieranie programów edukacyjno-szkoleniowych, skierowanych do nauczycieli i pedagogów („Żyję bez ryzyka AIDS” - przeszkolenie nauczycieli mające na celu profesjonalne prowadzenie zajęć z zakresu profilaktyki HIV, AIDS i przekazanie młodzieży rzetelnej wiedzy mechanizmach przenoszenia HIV oraz bezpiecznych formach kontaktu z zakażonym).
- Wydawanie materiałów edukacyjnych, w tym filmów profilaktyczno – edukacyjnych. W roku 2002 najliczniejszą grupą adresatów programów edukacyjnych była młodzież szkół gimnazjalnych i ogólnokształcących.

653. W ramach programów o zasięgu wojewódzkim edukacją lub szkoleniem na temat HIV/AIDS objęto:

- młodzież szkół gimnazjalnych, liceów, szkół zawodowych, mieszkańców burs i internatów - 50.500 osób,
- kadrę pedagogiczną - 1.118 osób,
- rodziców - 2.497 osób,
- katechetów - 189 osób.

654. Aby zapobiec zwiększaniu się liczby osób zakażonych, w 2002 roku została zorganizowana kampania pod hasłem „HIV nie wybiera. Ty możesz”, skierowana do młodzieży w wieku 15 – 19 lat. Od 1 do 30 listopada 2002 roku działała infolinia na temat HIV/AIDS. Umożliwiło to anonimowy kontakt z osobami, które udzielały pomocy i fachowej porady, kierowały do najbliższych punktów testowania, a także odpowiadały na wiele pytań. Anonimowa rozmowa kosztowała odbiorców z całego kraju tyle, co połączenie lokalne. Na kampanię przeznaczono 525 tysięcy zł.

655. Wspierane są działania organizacji pozarządowych na rzecz dzieci i młodzieży z rodzin dotkniętych problemem HIV/AIDS. Polegają one, między innymi, na organizowaniu turnusów wakacyjnych dla matek z dziećmi. Około 50 programów profilaktycznych skierowanych jest do środowiska szkolnego. Planowane jest wydanie książki ‘Zapobieganie HIV/AIDS w szkołach’, będącej tłumaczeniem broszury wydanej przez Międzynarodową Akademię Edukacyjną.

656. Zajęcia z zakresu edukacji seksualnej regulują następujące akty prawne:

- ustawa z 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży,
- rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z 26 lutego 2002 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół,
- rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z 19 lipca 2002 roku w sprawie w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, wartości

rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego.

657. Przedmiot realizowany jest w szkołach w ramach zajęć edukacyjnych „Wychowanie do życia w rodzinie”. Dotyczy on życia seksualnego człowieka, zasad świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji. Zajęcia odbywają się w V i VI klasie szkoły podstawowej, w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych, w wymiarze 14 godzin (w tym po 5 godzin z podziałem na grupy dziewcząt i chłopców) oraz w wymiarze 10 godzin dla uczniów dotychczasowych szkół ponadpodstawowych. W klasie V i VI szkół podstawowych oraz w szkołach ponadgimnazjalnych zajęcia realizowane są w ramach godzin do dyspozycji dyrektora. W gimnazjach stanowią one jeden z trzech odrębnych modułów przedmiotu wiedza o społeczeństwie. Udział uczniów w zajęciach nie jest obowiązkowy, zajęcia nie podlegają ocenie.

658. O udziale w zajęciach uczniów niepełnoletnich decydują rodzice, po zapoznaniu się z programem. Uczniowie pełnoletni decyzje podejmują samodzielnie. Na świadectwie szkolnym nie odnotowuje się uczestnictwa w zajęciach. Kwalifikacje nauczycieli do prowadzenia zajęć ustalane są na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów. Każda szkoła jest zobowiązana do opracowania szkolnych programów: wychowania i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży. Oba programy muszą być spójne z treściami zajęć edukacyjnych „wychowanie do życia w rodzinie” i wynikać z diagnozy środowiska wychowawczego.