



RAPORT Z KONSULTACJI SPOŁECZNYCH PROJEKTU USTAWY O ZDROWIU PUBLICZNYM

AUTORZY:

Maria Libura, Uczelnia Łazarskiego

Ewa Borek, Fundacja MY Pacjenci

Dr med. Michał Brzeziński, Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych

Anna Sitek, Fundacja MY Pacjenci

Joanna Turkiewicz, Fundacja MY Pacjenci



Warszawa, czerwiec 2015

Raport powstał w ramach projektu Pacjenci Decydują!
Konsultacje społeczne w ochronie zdrowia, współfinansowanego
z Funduszy EOG w ramach programu Obywatele dla Demokracji.

PODZIĘKOWANIA

Szanowni Państwo!

Chcielibyśmy złożyć najserdeczniejsze podziękowania wszystkim osobom i organizacjom aktywnie uczestniczącym w projekcie. Dziękujemy za życzliwość, zaufanie, zaangażowanie i wszelką pomoc, jaką od Państwa uzyskaliśmy. Dziękujemy także za każdy głos w dyskusjach podczas naszych spotkań i szkoleń oraz za pomoc w przeprowadzeniu konsultacji społecznych Projektu Ustawy o Zdrowiu Publicznym. Współpraca z Państwem jest dla nas bardzo cenna i zrobimy wszystko co w naszej mocy, żeby Państwa nie zawieść i w dalszym ciągu pracować nad edukacją pacjentów w zakresie partycypacji w podejmowaniu decyzji w ochronie zdrowia. Jesteśmy przekonani, że **wspólnie możemy wiele zmienić.**

Projekt „Pacjenci Decydują! Konsultacje społeczne w ochronie zdrowia” został zrealizowany przy udziale partnerów projektu, organizacji, którym nie jest obojętne dobro pacjentów i obywateli i posiadają doświadczenie w działalności na ich rzecz. **Pragniemy serdecznie podziękować Fundacji Urszuli Jaworskiej, Centrum Informacji o Leku, Fundacji Argus oraz Fabryce Komunikacji Społecznej.**



Ponadto chcielibyśmy podziękować partnerowi konsultacji społecznych Portalowi ZnanyLekarz.pl, który nie pierwszy raz wspiera nas nieodpłatnie w przeprowadzanych konsultacjach społecznych. Dziękujemy za życzliwość, otwartość i profesjonalizm.

znany**lekarz**.pl

W imieniu Fundacji MY Pacjenci

Szczególne podziękowania składamy również organizacjom pacjenckim, które tak mocno zaangażowały się w pozyskiwanie respondentów:

Alivia – Fundacja Onkologiczna Osób Młodych, Warszawa

Baw i rehabilituj, Poznań

Białostockie Stowarzyszenie Alzheimerowskie, Białystok

Centrum Ochoptników Cierpienia Archidiecezji Warmińskiej, Olsztyn

Dolnośląskie Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Łuszczycę i ŁZS, Wrocław

Fundacja „Przystanek SENS”, Warszawa

Fundacja Alabaster, Warszawa

Fundacja Carita - Życ z szpiczakiem, Kowary

Fundacja DKMS Baza Dawców Komórek Macierzystych Polska, Warszawa

Fundacja DOBRZE ŻE JESTEŚ, Białystok

Fundacja Fenix, Inowrocław

Fundacja Instytut Badań i Rozwoju Lokalnego, Wrocław

Fundacja Instytut Rozwoju Aktywności, Poznań

Fundacja MATIO, Kraków

Fundacja Na Rzecz Osób Niewidomych i Słabowidzących, Kraków

Fundacja OnkoCafe - Razem lepiej, Warszawa

Fundacja Słoneczne Ranczo, Poznań

Klub Amazonki w Białymstoku, Białystok

Obywatelskie Stowarzyszenie DLA DOBRA PACJENTA, Jelenia Góra

Olsztyńskie Towarzystwo „Amazonki”, Olsztyn

Polskie Stowarzyszenie Osób Chorych na Hashimoto, Wrocław

Polskie Stowarzyszenie Osób z Nadciśnieniem Płucnym i ich Przyjaciół , Warszawa

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Warszawa

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Olsztyn

Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydą, Rabka-Zdrój

Pomorskie Stowarzyszenie Osób z Chorobami Reumatycznymi, Gdańsk

Polski Związek Niewidomych, Warszawa

Retina AMD, Warszawa

Ruch Społeczny Stop Rakowi Zamień Zło Na Dobro, Ełk

Stowarzyszenia Osób Chorych na Choroby Reumatyczne REUMA - PODLASIE, Białystok

Stowarzyszenie Amazonki, Warszawa

Stowarzyszenie ASTMAODDECH, Dąbrowa Górnicza

Stowarzyszenie Chorych na Białaczkę, Toruń

Stowarzyszenie Chorych na Czerniakę, Poznań

Stowarzyszenie Chorych na Hemofilię, Warszawa

Stowarzyszenie Chorych na Reumatyzm „Milenium”, Opole

Stowarzyszenie Chorych na ZZSK i Osób Ich Wspierających, Ciechanów

Stowarzyszenie Chorych na ZZSK i Osób Ich Wspierających, Łódź

Stowarzyszenie Integracji Osób Niepełnosprawnych SION, BARTOSZYCE

Stowarzyszenie Mężczyzn z Chorobami Prostaty GLADIATOR, Warszawa
Stowarzyszenie na rzecz dzieci z chorobą nowotworową KOLIBER, Kraków
Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Niepełnosprawnych i Ich Rodzin, OLSZTYNEK
Stowarzyszenie Na Rzecz Rozwoju, Kraków
Stowarzyszenie Pacjentów Leczonych Żywieniowo „Apetyt Na Życie”, Kraków
Stowarzyszenie Pomocy Chorym na GIST, Warszawa
Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Przewlekłą Białaczkę Szpikową, Rzeszów
Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Przewlekłą Białaczkę Szpikową, Tarnobrzeg
Stowarzyszenie Pomocy Chorym Onkologicznie „Różowe Okulary”, Wrocław
Stowarzyszenie Reumatyków i ich Sympatyków im. H. Żechowskiej, Białystok
Stowarzyszenie Reumatyków i ich Sympatyków SOMA, Dąbrowa Górnicza
Warmińsko-Mazurski Sejmik Osób Niepełnosprawnych, Olsztyn
Warmińsko-Mazurski Uniwersytet Trzeciego Wieku, Olsztyn
Wielkopolskie Stowarzyszenie Chorych na Łuszczycę „Wyjdź z cienia”, Poznań
Wolontariat św. Eliasza, Kraków

INFORMACJE O PROJEKCIE <i>PACJENCI DECYDUJĄ</i>	5
<i>PARTNERZY KONSULTACJI SPOŁECZNYCH</i>	5
STRESZCZENIE	6
WSTĘP (dr n. med. Michał Brzeziński)	10
METODOLOGIA KONSULTACJI SPOŁECZNYCH	12
CHARAKTERYSTYKA RESPONDENTÓW	13
WYNIKI KONSULTACJI SPOŁECZNYCH	18
<i>WYZWANIA DLA ZDROWIA PUBLICZNEGO Z PERSPEKTYWY POLSKIEGO SPOŁECZEŃSTWA</i>	18
<i>PROFILAKTYKA</i>	20
<i>WSPÓŁPŁACENIE ZA LEKI I ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE</i>	22
<i>ŹRÓDŁA INFORMACJI O ZDROWIU</i>	24
<i>PARTYCYPACJA PUBLICZNA W PODEJMOWANIU DECYZJI W OCHRONIE ZDROWIA</i>	27
<i>BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE</i>	28
<i>ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA WŁASNE I PUBLICZNE ZDROWIE</i>	30
<i>NADWAGA I OTYŁOŚĆ</i>	33
WNIOSKI	35
POSTULATY SPOŁECZNE	39
<i>ODPOWIEDZIALNE PAŃSTWO – ODPOWIEDZIALNY OBYWATEL</i>	39
<i>UDZIAŁ OBYWATELI W PODEJMOWANIU DECYZJI DOTYCZĄCYCH ZDROWIA PUBLICZNEGO</i> ..	43
BIBLIOGRAFIA	44
WYKAZ SCHEMATÓW	45

INFORMACJE O PROJEKCIE *PACJENCI DECYDUJĄ*

Projekt „Pacjenci Decydują! Konsultacje społeczne w ochronie zdrowia”, w którym udział biorą organizacje pacjentów i pacjenci niezrzeszeni, dotyczy promocji konsultacji społecznych w ochronie zdrowia. Projekt polega na edukacji pacjentów w zakresie pokonywania barier utrudniających partycypację w konsultacjach społecznych i aktywny udział w procesie podejmowania decyzji na szczeblu systemowym. Idea projektu opiera się na założeniu, że pacjenci, którzy raz wzięli udział w konsultacjach społecznych i zrozumieli, jaki wpływ mają one na kształtowanie prawa, będą chętniej angażować się w przypadku kolejnych inicjatyw legislacyjnych w obszarze zdrowia. Projekt zakłada m.in. warsztaty z zakresu konsultacji społecznych z udziałem przedstawicieli resortu zdrowia, przeprowadzenie konsultacji społecznych bieżącej inicjatywy ustawodawczej z zakresu ochrony zdrowia, opracowanie raportów z tych konsultacji oraz przeprowadzenie kampanii społecznej promującej partycypację obywateli.

Projekt jest realizowany od 1 września 2014 do 31 sierpnia 2015 r. Jest to już druga edycja projektu. W sumie w projekcie weźmie udział blisko 200 przedstawicieli organizacji pacjenckich i pacjentów niezrzeszonych.

Projekt współfinansowany jest z Funduszy EOG w ramach programu Obywatele dla Demokracji (www.ngofund.org.pl).

PARTNERZY KONSULTACJI SPOŁECZNYCH

Fundacja MY Pacjenci powstała w 2012 roku po to, żeby wspierać partycypację pacjentów w podejmowaniu decyzji w ochronie zdrowia i zapewniać wsparcie eksperckie organizacjom pacjenckim, żeby komunikowały skuteczniej swoje problemy i potrzeby. Fundacja prowadzi działalność naukową, badawczą, doradczą i szkoleniową dla pacjentów i ich organizacji.

ZnanyLekarz.pl jest serwisem internetowym który ułatwia pacjentom znalezienie lekarza i umożliwia umówienie wizyty lekarskiej przez Internet. Portal jest częścią grupy DocPlanner.com, która działa w 25 krajach świata. Wszystkie serwisy grupy odwiedza ponad 7 mln użytkowników miesięcznie, a za pomocą internetowych kalendarzy wizyt pacjenci umówili już ponad 1 milion wizyt lekarskich.

Podział odpowiedzialności za zdrowie między państwem a obywatelem wymaga ponownego ustalenia. Reforma systemu opieki zdrowotnej w 1997 roku dokonała radykalnej zmiany. O ile wcześniej państwo regulowało tę sferę, narzucając wiele rozwiązań w sposób restrykcyjny, to po reformie odpowiedzialność za zdrowie została niemal całkowicie przeniesiona na obywateli. Dokonało się to bez jednoczesnych działań edukacyjnych i społecznych, niezbędnych do racjonalnego przejęcia tej odpowiedzialności. Obecnie, w związku z pracami nad ustawą o zdrowiu publicznym, pojawia się okazja do nadrobienia tych prawie 20 letnich zaległości. Wyniki przeprowadzonych konsultacji społecznych mogą być dobrą wskazówką jak ustalić priorytety w nowym podziale odpowiedzialności za zdrowie.

Fundacja My Pacjenci, w ramach projektu Pacjenci Decydują (www.pacjencidecyduja.pl), realizowanego z funduszy EOG, których operatorem jest Fundacja im. S. Batorego, przeprowadziła konsultacje społeczne projektu Ustawy o zdrowiu publicznym. W konsultacjach online, które trwały w kwietniu i na początku maja 2015 r wzięło udział 2192 osoby. Przy udziale ekspertów z zakresu zdrowia publicznego i systemu ochrony zdrowia i w oparciu o doświadczenia międzynarodowe został przygotowany kwestionariusz online, który zbierał opinie obywateli na temat priorytetów zdrowia publicznego. Badania wspierał portal znanylekaz.pl oraz kampania informacyjna prowadzona w mediach społecznościowych. Wyniki przeprowadzonych konsultacji społecznych są dobrą wskazówką do tego, jak ustalić priorytety w nowym podziale odpowiedzialności za zdrowie między państwem i obywatelami, jaki dokonuje ustawa o zdrowiu publicznym. Obejmują one:

- naprawę systemu opieki zdrowotnej,
- dostęp do rzetelnych źródeł informacji o zdrowiu
- oraz choroby cywilizacyjne ze szczególnym uwzględnieniem otyłości.

USPRAWNIENIE SYSTEMU PUBLICZNEJ SŁUŻBY ZDROWIA

Skala trudności z dostępem do świadczeń w publicznej służbie zdrowia jest tak duża, że w opinii badanych stanowi największe zagrożenie dla zdrowia ludności w Polsce. Respondenci wskazują, że nie tylko kolejki oczekujących, ale również brak informacji o możliwości uzyskania świadczenia oraz status ekonomiczny pacjentów stają się barierami w uzyskaniu pomocy medycznej. Celem

systemowym powinna być więc poprawa dostępności usług publicznego sektora zdrowia, która obejmowałaby nie tylko skrócenie kolejek, ale też zapewnienie prostej, dostępnej informacji na temat możliwości uzyskania pomocy medycznej w systemie publicznym. Z przeprowadzonego badania wynika, że pacjenci szukają w sieci przede wszystkim informacji o możliwości skorzystania z usług medycznych. Jakość systemu opieki zdrowotnej ma tak istotny wpływ na zdrowie publiczne, że nie uda się wprowadzić w Polsce spójnej polityki zdrowia publicznego bez rozwiązania istniejących systemowych barier w dostępie do świadczeń medycznych. Jakość opieki zdrowotnej staje się więc istotną barierą, która może zadecydować o powodzeniu bądź niepowodzeniu nowych polityk wdrażanych w zdrowiu publicznym.

DOSTĘP DO WIARYGODNYCH INFORMACJI NA TEMAT ZDROWIA I LECZENIA, DOSTOSOWANYCH DO POTRZEB KOMUNIKACYJNYCH MŁODEGO POKOLENIA

Internet stał się dominującym źródłem informacji na temat zdrowia i leczenia. W przeprowadzonym badaniu, korzystało z niego 74% respondentów, podczas gdy lekarz specjalista i lekarz pierwszego kontaktu zostali wskazani jako źródło informacji o zdrowiu dopiero na czwartym miejscu, przez zaledwie 32% respondentów. W Polsce problem wiarygodnych źródeł informacji zdrowotnych w sieci wydaje się zbyt mało doceniany, tymczasem w wielu krajach stanowi on przedmiot troski instytucji publicznych, które biorą na siebie obowiązek dostarczenia wiarygodnych informacji pacjentom i obywatelom. Instytucje publiczne powinny zostać zobligowane do komunikacji społecznej w obszarze zdrowia za pośrednictwem Internetu i nowych mediów czy to poprzez prowadzenie własnych portali tematycznych, czy też, jak np. w Wielkiej Brytanii, weryfikację stron prowadzonych przez osoby trzecie, które starają się o certyfikat wiarygodności NHS (National Health Service). Instytucje publiczne powinny także udostępniać gromadzone dane publiczne dotyczące jakości i bezpieczeństwa czy dostępu do świadczeń obywatelom. Można oczekiwać, że obywatele będą w większym stopniu przejmowali odpowiedzialność za własne zdrowie, jeśli udostępni się im rzetelne, wiarygodne, ale też dostosowane w formie przekazu źródła rzetelnej wiedzy i informacji.

Udostępnienie danych dotyczących jakości i bezpieczeństwa oraz dostępności świadczeń ma też dodatkowy efekt pod postacią budowania zaufania do instytucji publicznych poprzez większą transparentność ich działań a także, co bardzo istotne w warunkach nierynkowego systemu opieki zdrowotnej w Polsce, pobudzania mechanizmów konkurencji opartych o jakość. To działania

korzystne zarówno dla obywateli i zdrowia publicznego i ich wdrożenie powinna uwzględnić tworzona ustawa o zdrowiu publicznym.

CHOROBY CYWILIZACYJNE ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM OTYŁOŚCI

Respondenci za najważniejsze zagrożenia dla zdrowia Polaków uznali nadwagę i otyłość oraz inne niezakaźne choroby przewlekłe, co świadczy o tym, że zachodzące zmiany cywilizacyjne znajdują odzwierciedlenie w świadomości społecznej. Otwiera to perspektywę dla skuteczniejszych programów prozdrowotnych i profilaktycznych, pod warunkiem jednak uwzględnienia wspomnianych wcześniej uwarunkowań systemowych, przede wszystkim zaś odbudowy zaufania do instytucji publicznych w sektorze zdrowia. Jednym z priorytetów tworzonego obecnie prawa w obszarze zdrowia publicznego powinno być zdefiniowanie problemu chorób cywilizacyjnych, a zwłaszcza nadwagi i otyłości, jako najpoważniejszego wyzwania zdrowia publicznego. Celem powinno być powstrzymanie dynamiki narastania epidemii otyłości, zwłaszcza w grupie dzieci i młodzieży, a na jego realizację powinny zostać skierowane istotne środki publiczne, które zagwarantują możliwość przeprowadzenia skutecznych, skoordynowanych działań systemowych w zakresie profilaktyki, diagnozowania i leczenia, a także edukacji zdrowotnej i ekonomii behawioralnej. Inwestycje w systemowe rozwiązania zapewniające skuteczną profilaktykę i zahamowanie rozwoju tego narastającego problemu zdrowia publicznego powinny mieć odpowiedni do skali zjawiska wymiar organizacyjny i finansowy. Środki na finansowanie tych rozwiązań trudno będzie znaleźć w budżecie przeznaczanym na zdrowie w jego obecnym kształcie, dlatego systemowe rozwiązania służące walce z problemem otyłości i nadwagi mogłyby być finansowane – podobnie jak leczenie skutków choroby alkoholowej – z innych źródeł, np. opodatkowania niezdrowej żywności. Jako jedną z inicjatyw zaspokajających potrzeby społeczne w zakresie dostępu do rzetelnej wiedzy respondenci wskazują porady profilaktyczne i dietetyczne dostępne dla kobiet w ciąży i rodziców małych dzieci.

UDZIAŁ OBYWATELI W PODEJMOWANIU DECYZJI DOTYCZĄCYCH ZDROWIA PUBLICZNEGO

Respondenci zwrócili także uwagę na to, że decyzje o zdrowiu publicznym muszą uwzględniać potrzeby zgłaszane przez obywateli. Uważają, że w gremiach decydujących o zdrowiu publicznym muszą być obecni kompetentni przedstawiciele strony społecznej. Tak, jak decyzje dotyczące zdrowia jednostki muszą uwzględniać wybór pacjenta, podobnie decyzje dotyczące zdrowia ogółu obywateli powinny odzwierciedlać społeczne preferencje dotyczące zdrowia. Większa partycypacja

pacjentów i wszystkich obywateli w decyzjach dotyczących ochrony zdrowia jest niezbędna do wprowadzenia bardziej pro pacjenckiej perspektywy. Decyzje te nie mogą zapadać w wąskim gronie polityków i ekspertów. Niniejszy raport z konsultacji społecznych dostarcza informacji o priorytetach i potrzebach społecznych, które powinny zostać uwzględnione w tworzonym obecnie prawie dotyczącym zdrowia publicznego.

DLACZEGO ZDROWIE PUBLICZNE JEST TAK WAŻNE?

Zdrowie publiczne często pojmowane jest jako zagadnienie dotyczące systemu zdrowotnego, jako zagadnienie wirtualne, za które odpowiedzialność powinni wziąć ministrowie, lekarze, instytucje ochrony zdrowia. Rzadko kiedy MY Pacjenci, MY Obywatele uświadamiamy sobie, że zdrowie publiczne to również element naszego codziennego życia – jego jakości, długości. Większość z nas uważa, że zdrowie jest jedną z najważniejszych wartości. Z *Diagnozy społecznej 2013* wynika, że zdrowie jest najważniejszą wartością dla Polaków. Uważa tak 65,3% mieszkańców kraju. Odsetek ten wzrasta niemalże nieprzerwanie od 1992 roku – patrz wykres 1. Co jednak robimy, by je na co dzień utrzymać, poprawić, a przede wszystkim nie tracić?

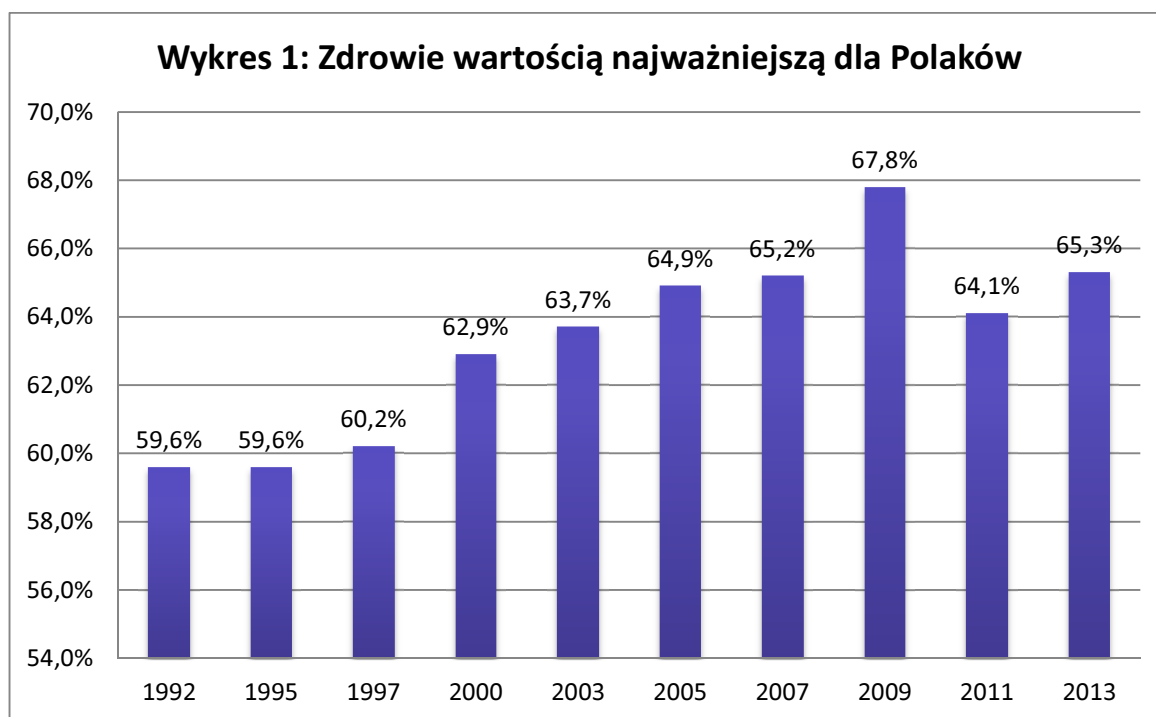
Zgodnie z przygotowanym i przedstawionym Państwu „Raportem z konsultacji społecznych projektu ustawy o zdrowiu publicznym” większość z nas pokłada dużą ufność oraz odpowiedzialność za nasze zdrowie w publicznym systemie ochrony zdrowia. Jednocześnie niewielka część z nas w sposób aktywny deklaruje wprowadzanie właściwych zachowań prozdrowotnych do swoich codziennych działań. Jest to w pełni zrozumiałe, choć sprzeczne z ideą zdrowia publicznego. W znanym od lat 70 XX wieku modelu za nasze zdrowie w około 70% jesteśmy odpowiedzialni my sami – MY Obywatele, MY Pacjenci. To nasze zachowania dotyczące m.in. aktywności fizycznej, właściwego sposobu żywienia, uczestniczenia w badaniach profilaktycznych czy niepodejmowania zachowań ryzykownych determinują jak długo i w jakim zdrowiu będziemy żyć. Jednocześnie to MY powinniśmy mobilizować, monitorować i rozliczać polityków, z tworzenia środowiska przyjaznego dla zachowania zdrowia, systemu opieki zdrowotnej promującego pacjentów dbających o swoje zdrowie jak i polityków tworzących warunki do edukacji zdrowotnej i efektywnej profilaktyki.

Istnieje powiedzenie mówiące, że każdy minister powinien być ministrem zdrowia, gdyż większość podejmowanych przez Państwo działań ma odbicie w dobrobycie mieszkańców, który natomiast determinuje możliwość to dbania o zdrowie i jego utrzymania. To z kolei wpływa na efektywność i jakość życia, która m.in. odbija się na możliwości wzbogacania przez indywidualnego obywatela, a przez to rozwoju gospodarki całego kraju. Tworzy to pewien zamknięty krąg, gdzie jakość życia mieszkańców, system ochrony zdrowia i bogactwo kraju wzajemnie się przeplatają.

Zdrowie publiczne jest więc sumą wzajemnych odpowiedzialności – Nas jako Obywateli – za nasze zachowania, polityków zdrowotnych za efektywne kształtowanie systemu ochrony zdrowia, a także ogółu klasy politycznej za zrozumienie, że bez zdrowego społeczeństwa – wyedukowanego i świadomego swoich zachowań nie jest możliwy efektywny rozwój gospodarczy kraju w perspektywie nie kolejnej kadencji a kolejnych 20, 30 czy 50 lat.

Wiele w naszych – obywateli rękach, jednak to po stronie państwa leży odpowiedzialność za mądre zarządzanie zdrowiem publicznym – ile odpowiedzialności za zdrowie złożyć na barki nas obywateli a ile pozostawić po stronie państwa, jak nas do tego przygotować, jak nas w tym wspierać. Państwo powinno też dać nam obywatelom dobry przykład odpowiedzialnego dbania o zdrowie. To dobre zarządzanie i dobry przykład oznacza stwarzanie infrastruktury i warunków, w których możliwe jest dbanie o zdrowie a zachowania ryzykowne dla zdrowia po prostu się nie opłacają.

Obywatele powinni uczestniczyć w podejmowaniu decyzji o zdrowiu publicznym. Tym właśnie jest ten raport – wskazówką od nas obywateli, jak chcielibyśmy zdrowie publiczne widzieć zorganizowane w Polsce.



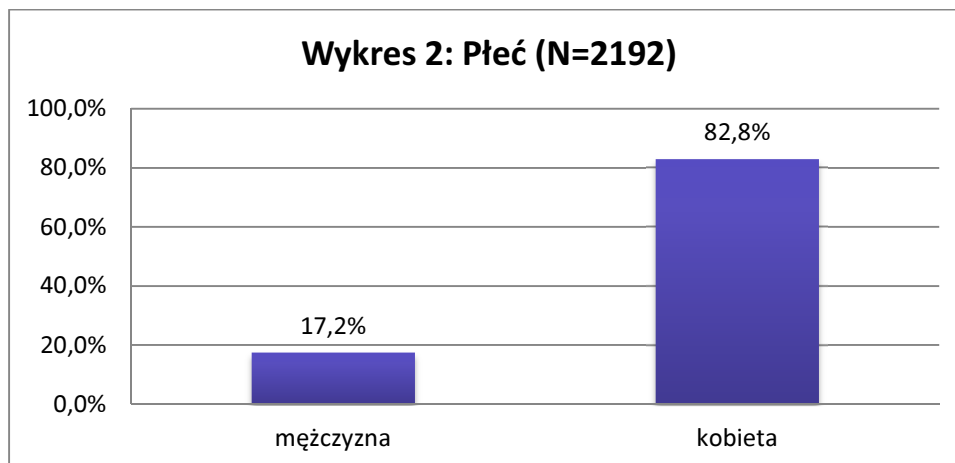
Źródło: Opracowanie własne w oparciu o *Diagnozę społeczną 2014*.

W kwietniu 2015 roku trwały konsultacje społeczne przedstawionego przez resort zdrowia projektu Ustawy o Zdrowiu Publicznym.

W ramach projektu Pacjenci Decydują realizowanego z funduszy EOG Fundacja My Pacjenci wraz z portalem znanylekarsz.pl przeprowadziła konsultacje społeczne przy pomocy kwestionariusza online. Przy udziale ekspertów z zakresu zdrowia publicznego i systemu ochrony zdrowia oraz w oparciu o doświadczenia międzynarodowe przygotowany został kwestionariusz online, który pozwolił zebrać opinie pacjentów i obywateli, uczestników projektu Pacjenci Decydują, na temat społecznego postrzegania priorytetów zdrowia publicznego w Polsce. Kwestionariusz został skonsultowany także przez pacjentów, będących uczestnikami szkoleń w ramach projektu. W dniach 20-27 kwietnia 2015 r. przeprowadzono kampanię informacyjną dotyczącą niniejszych konsultacji społecznych w mediach społecznościowych (Facebook, Twitter, YouTube). W promowanie udziału w konsultacjach społecznych zaangażowali się uczestnicy projektu. Badanie wspierał także portal znanylekarsz.pl.

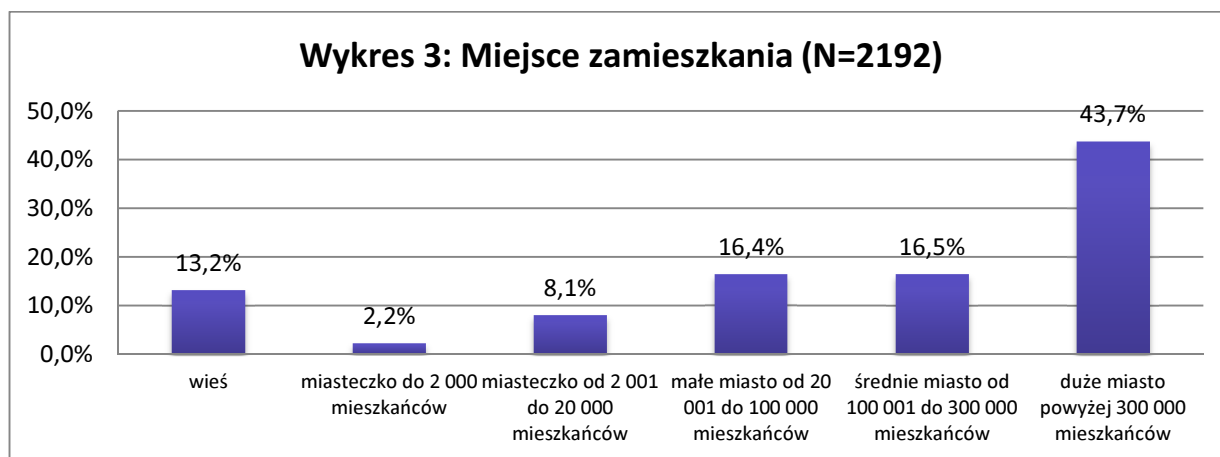
W konsultacjach społecznych wzięło udział **2192** osób. Badanie ma charakter niereprezentatywny; próba obejmuje osoby, które dobrowolnie wyraziły chęć udziału w konsultacjach społecznych.

Na pytania ankiety odpowiadały głównie kobiety, które stanowiły niemal 83% wszystkich badanych (wykres 2).



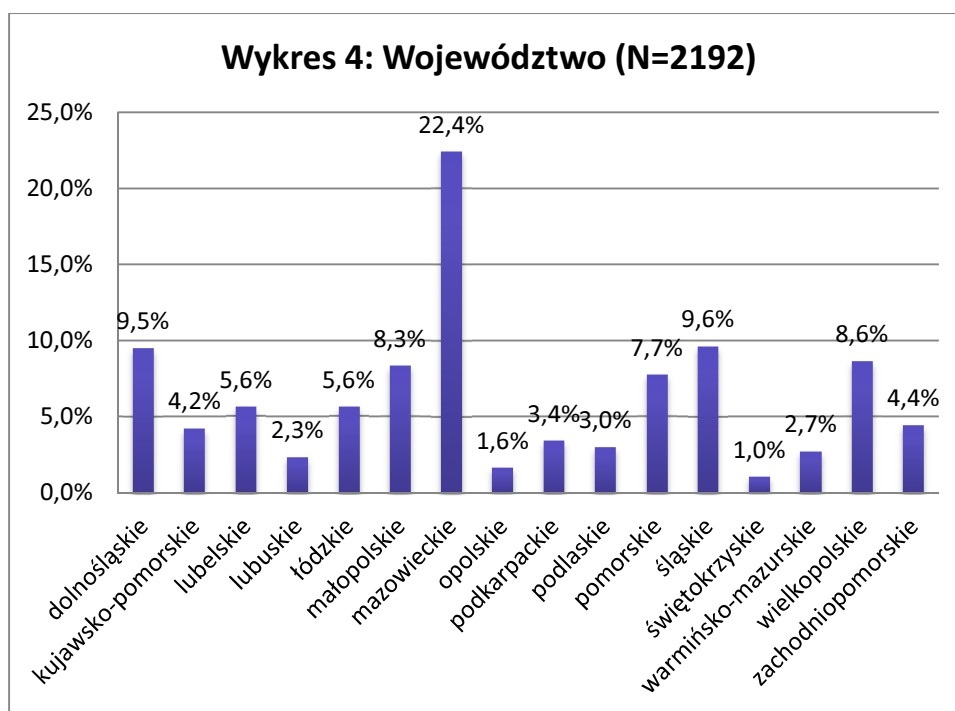
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

Wśród badanych osób niemal połowę (43,7%) stanowiły osoby zamieszkujące w dużych miastach, najmniej liczną kategorię, tj. 8,1%, stanowiły osoby z miejscowości o wielkości od 2001 do 20 000 mieszkańców (wykres 3).



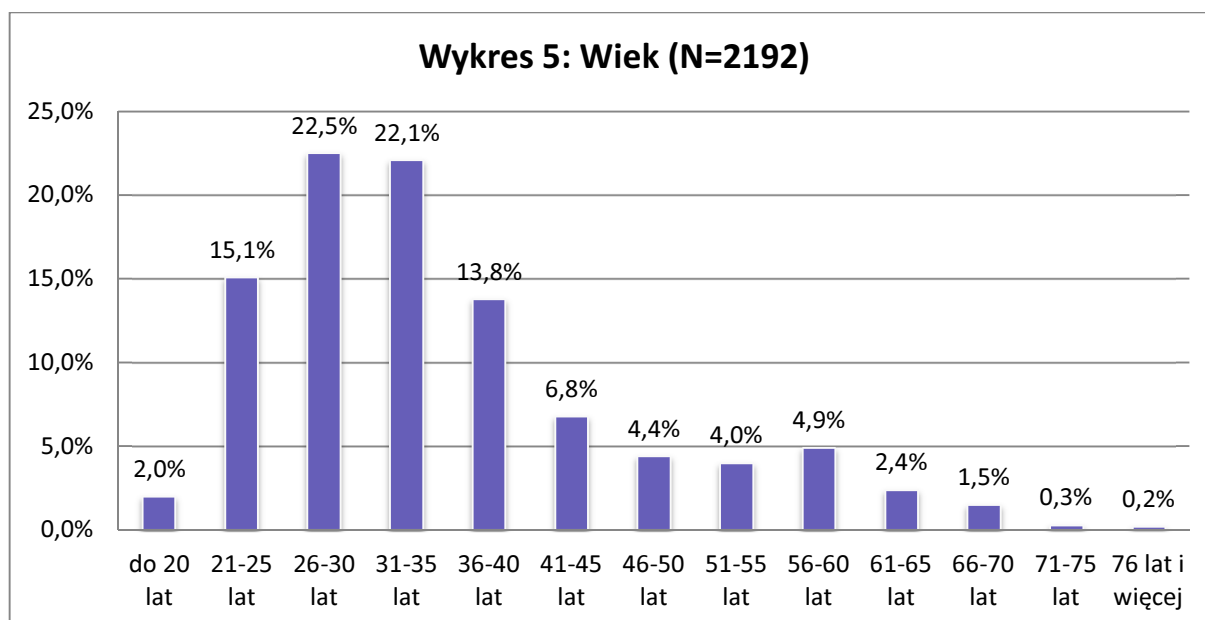
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

W podziale wojewódzkim dominowali respondenci z województwa mazowieckiego (22,4%), w dalszej kolejności ze śląskiego (9,6%) i dolnośląskiego (9,5%). Najmniej licznie reprezentowani byli mieszkańcy województwa opolskiego (1,6%) i świętokrzyskiego (1,0%) – wykres 4.



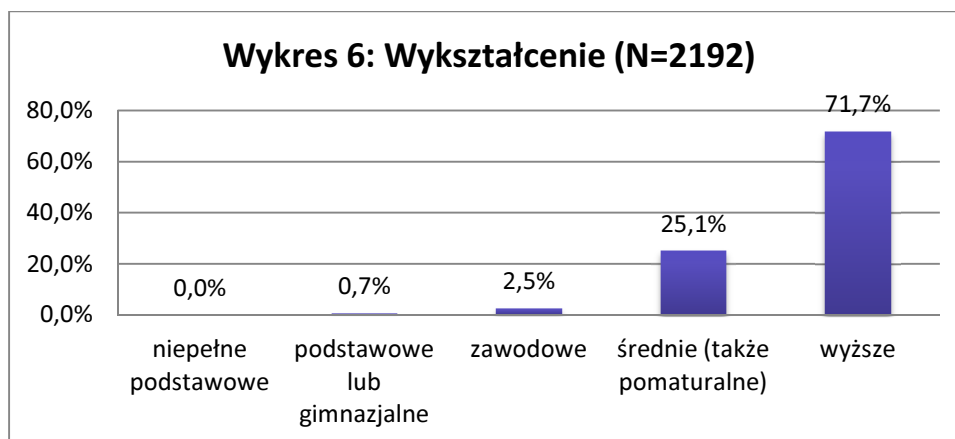
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

Pod względem wieku najliczniejszą grupę wśród badanych, tj. 61,7%, stanowią osoby urodzone między 1980 a 2000 rokiem. Bardziej szczegółowo rozkład wieku badanych ukazuje wykres nr 5. Osoby znajdujące się w badanej populacji to przede wszystkim osoby młode do 40 roku życia (76%). Średnia wieku respondentów wyniosła 35,75 lat.



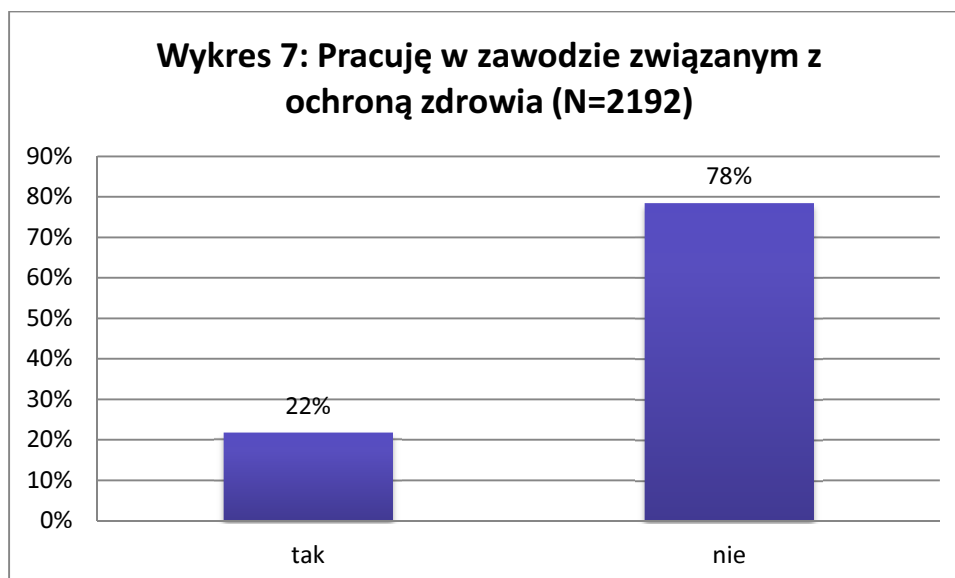
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

Najlicniejszą grupę w badanej populacji stanowią osoby z wykształceniem wyższym (71,7%) oraz średnim (25,1%). W badanej populacji występuje nadreprezentacja osób z wyższym wykształceniem, tj. osób świadomych, mających sprecyzowane oczekiwania wobec systemu opieki zdrowotnej – patrz wykres 6.



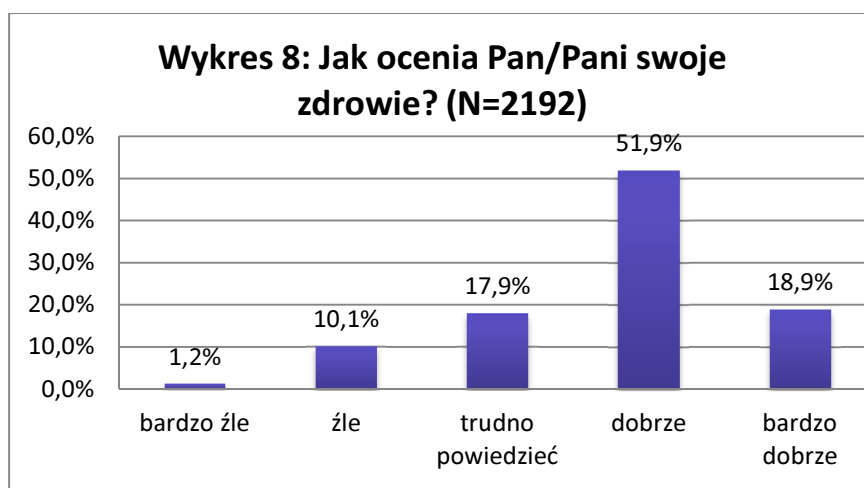
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

Zdecydowana większość badanych pracuje w zawodach niezwiązanych ze służbą zdrowia. Odpowiedzi takiej udzieliło ponad $\frac{3}{4}$ respondentów - wykres 7.



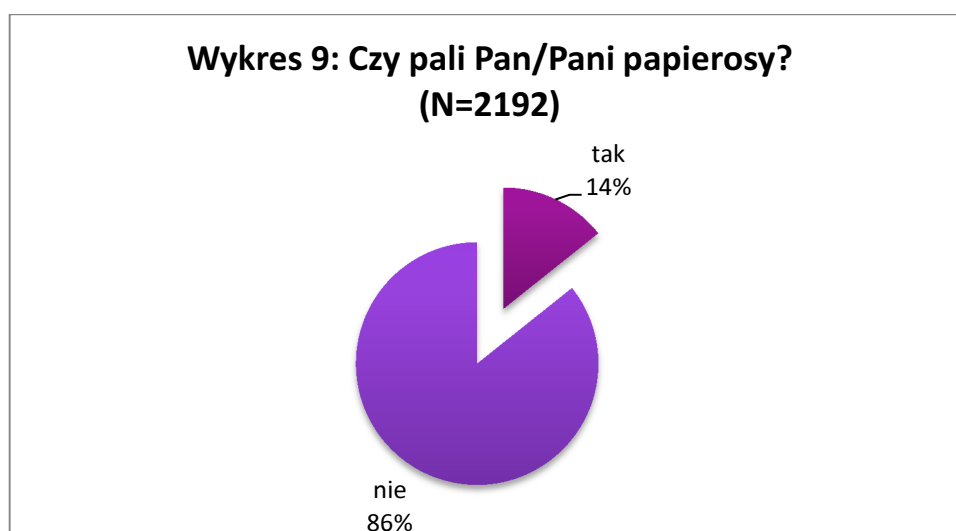
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

Wśród badanych osób zdecydowaną większość, tj. 70,8% stanowiły osoby dobrze i bardzo dobrze oceniające swoje zdrowie – wykres 8. Próba badawcza w tym przypadku odzwierciedla dane ogólnopolskie, które podają, iż 76% Polaków ocenia swój stan zdrowia jako dobry lub doskonały [Philips Index 2010. Badanie jakości życia Polaków]. Odsetek ten jest jeszcze wyższy wśród osób młodych - tj. rodziców dzieci do 18 roku życia - i wynosi on 88% [Baranowska-Skimina, 2012].



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

Na stan zdrowia istotny wpływ mają również używki, np. papierosy. Respondenci uczestniczący w badaniu, to przede wszystkim osoby niepalące (86%) (patrz wykres 9).

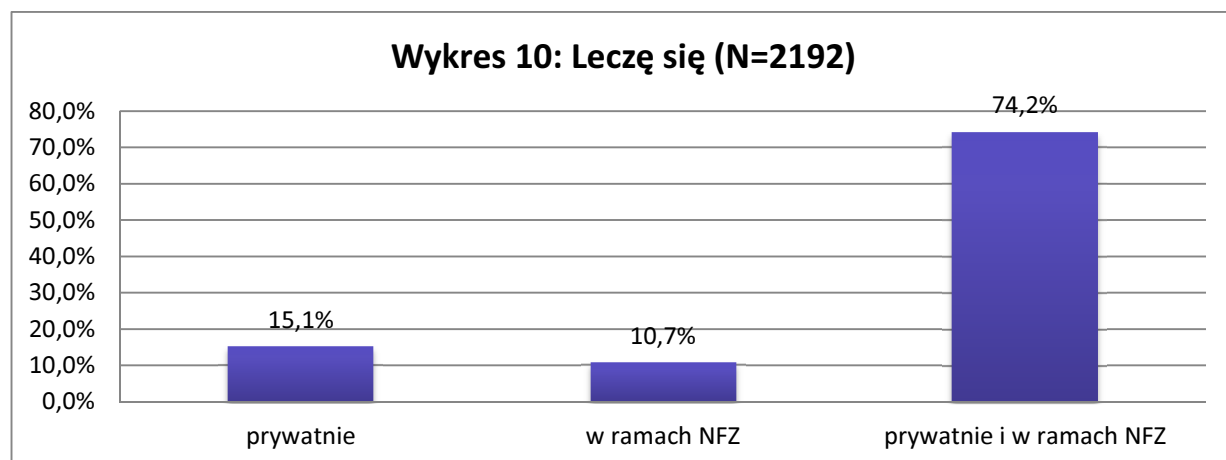


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

Potwierdza to ogólnopolski trend, który wskazuje, że nie *tyle Polacy rzucają nałóg, ile raczej nowe pokolenie nie sięga po papierosy (...). Najwięcej palaczy ubyło właśnie w grupie uczniów i studentów – jest ich mniej o 43 proc. (...). Odwracanie się od nałogu można też zobaczyć u osób z wyższym wykształceniem – w tej grupie pali ledwie 16 proc. Zaś najbardziej odporni na argument zdrowotny i ekonomiczny są bezrobotni mężczyźni między 45. a 59. rokiem życia* [Maw, 2014].

Zdecydowana większość respondentów (niespełna 3/4) leczy się zarówno prywatnie, jak i w ramach NFZ. Jedynie 11% ankietowanych korzysta wyłącznie ze świadczeń zdrowotnych w systemie

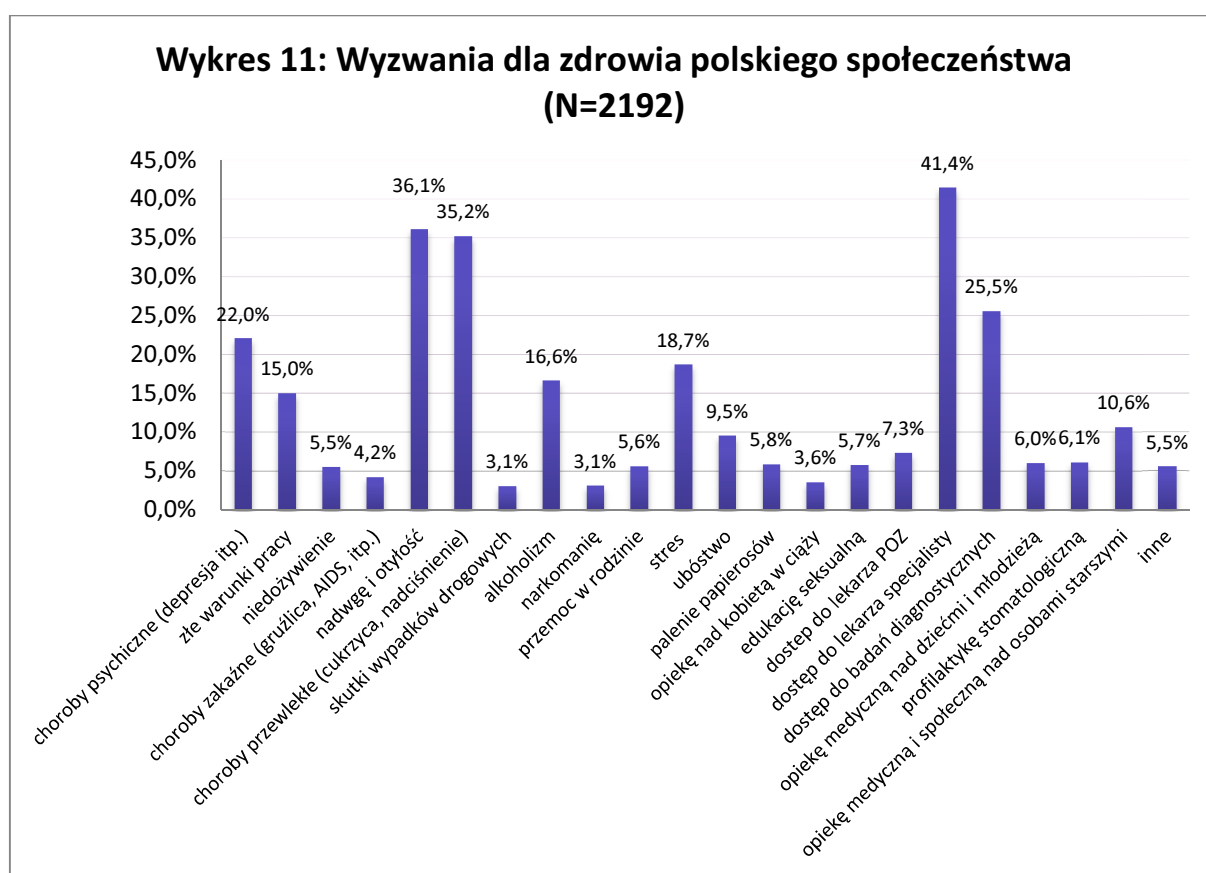
publicznym. Wyłącznie prywatnie leczy się z kolei 15% badanych. W sposób szczegółowy przedstawia to wykres nr 10.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

WYZWANIA DLA ZDROWIA PUBLICZNEGO Z PERSPEKTYWY POLSKIEGO SPOŁECZEŃSTWA

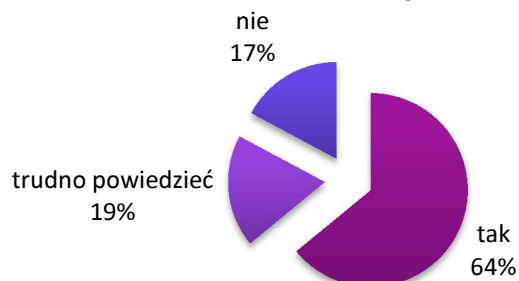
Zdaniem respondentów największym problemem zdrowia publicznego w Polsce jest ograniczony dostęp do lekarzy specjalistów (41,4%), następnie nadwaga i otyłość (36,1%), choroby przewlekłe, takie jak cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze (35,2%), oraz ograniczony dostęp do badań diagnostycznych (25,5%) – por. wykres 11. Zaburzenia zdrowia psychicznego (22%), stres (18,7%), alkoholizm (16,6%) i złe warunki pracy (15%) są wskazywane znacznie częściej niż np. zagrożenia związane z chorobami zakaźnymi (4,2%).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

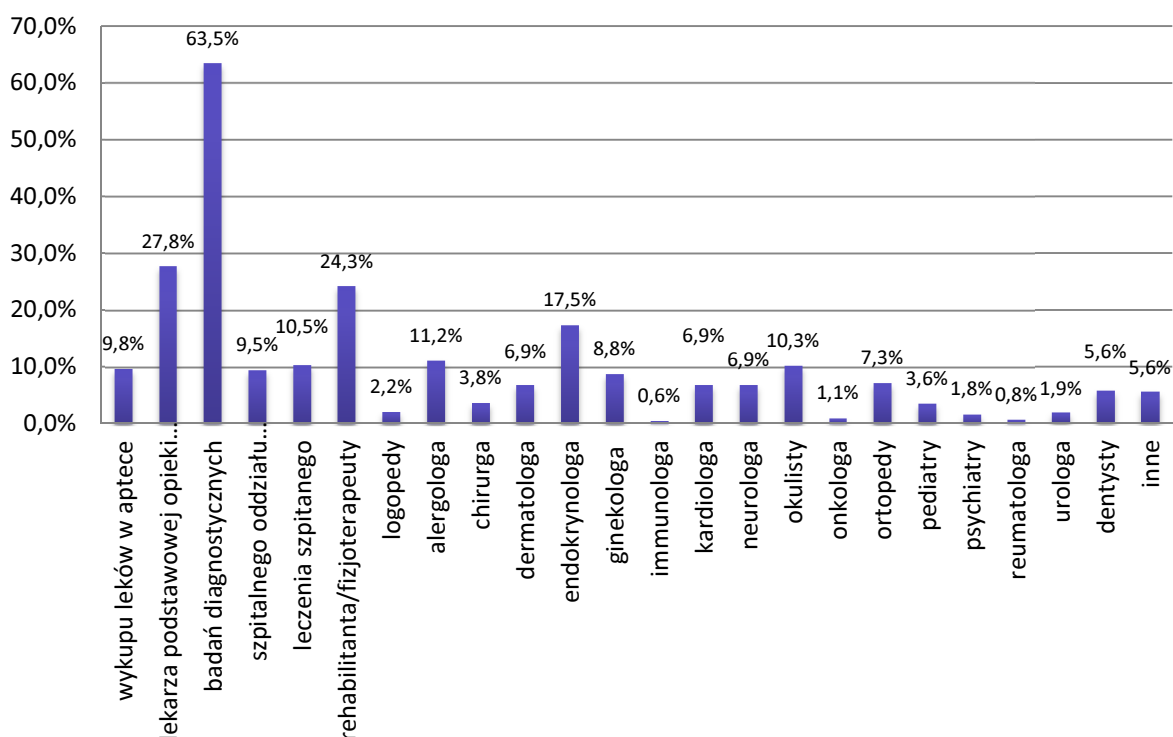
Głównym problemem zdrowia publicznego wskazywanym przez respondentów jest ograniczony dostęp do niezbędnych usług medycznych w sektorze publicznym – wykres 12. Największa grupa respondentów miała problem z dostępem do badań diagnostycznych – 64%. 28% respondentów wskazało na trudności w dostępie do podstawowej opieki zdrowotnej, a 24% w dostępie do świadczeń rehabilitacyjnych – por. wykres 13.

Wykres 12: Czy w ciągu ostatniego roku miał Pan/Pani trudności z dostępem do niezbędnych świadczeń medycznych w ramach NFZ? (N=2192)



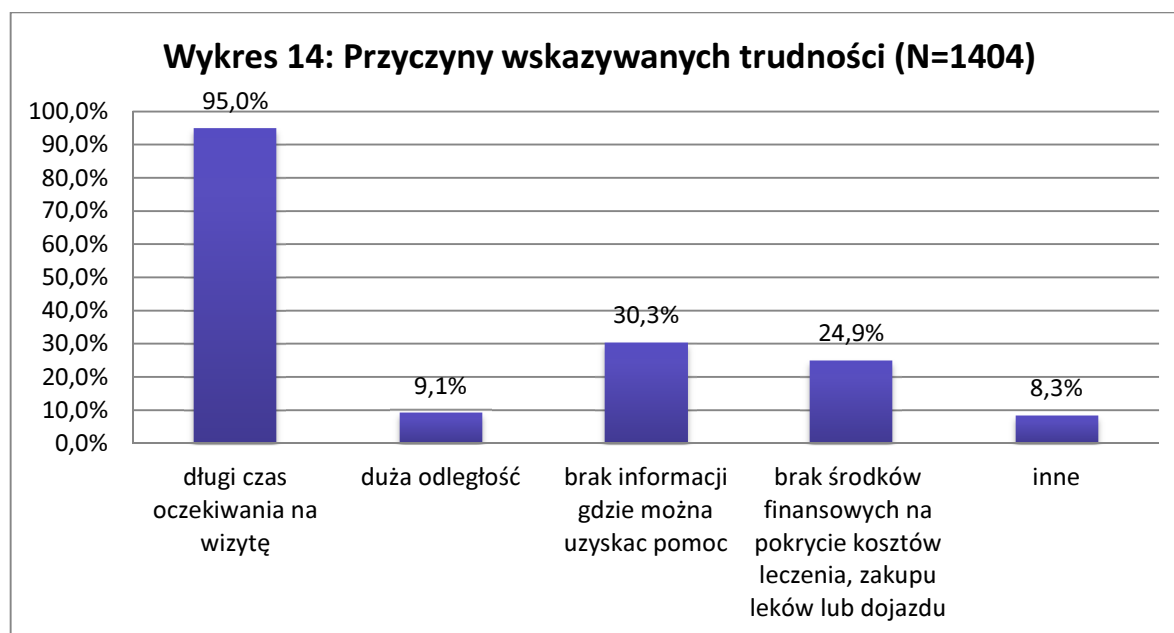
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

Wykres 13: Świadczenia, których dotyczą trudności (N=1404)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

Ograniczony dostęp do usług medycznych wynika przede wszystkim z długości czasu oczekiwania na wizytę. Odpowiedzi takiej udzieliło 95% respondentów (wykres 14). Potwierdzają to wyniki innych badań – z uwagi na tą właśnie przyczynę w 2013 roku z wizyty u lekarza zrezygnowało 4,8% Polaków [Bendowska, 2014]. W dalszej kolejności respondenci wymieniali brak odpowiedniej informacji na temat tego, gdzie można uzyskać pomoc medyczną (30,3%) oraz brak środków finansowych (24,9%) i w tym przypadku wyniki wpisują się obraz płynący z innych źródeł - w 2013 roku trudności ekonomiczne jako powód rezygnacji z wizyty u lekarza podało 3,6% Polaków [Bendowska, 2014].

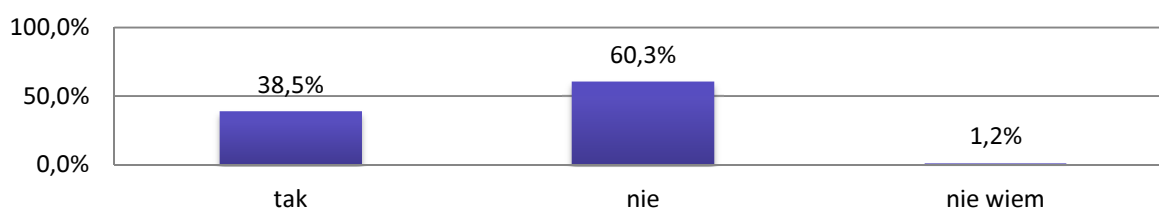


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

PROFILAKTYKA

Pomimo dużego znaczenia zdrowia jako wartości dla Polaków, nie wykorzystujemy możliwości, jakie dają bezpłatne badania profilaktyczne dostępne w ramach NFZ. Badania te to programy przesiewowe w kierunku nowotworu piersi, szyjki macicy i jelita grubego. 60,3% badanych, (znajdujących się w grupie docelowej badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy) wskazało, iż w ciągu ostatnich pięciu lat nie korzystało z żadnych badań tego typu (wykres 15). Informacja ta jest niepokojąca w zestawieniu z danymi ogólnopolskimi, z których wynika, że co trzeci Polak chciałby w najbliższym czasie bardziej zadbać o swoje zdrowie, odwiedzić lekarza i wykonać badania diagnostyczne [Jakość życia Polaków. Philips Index 2012].

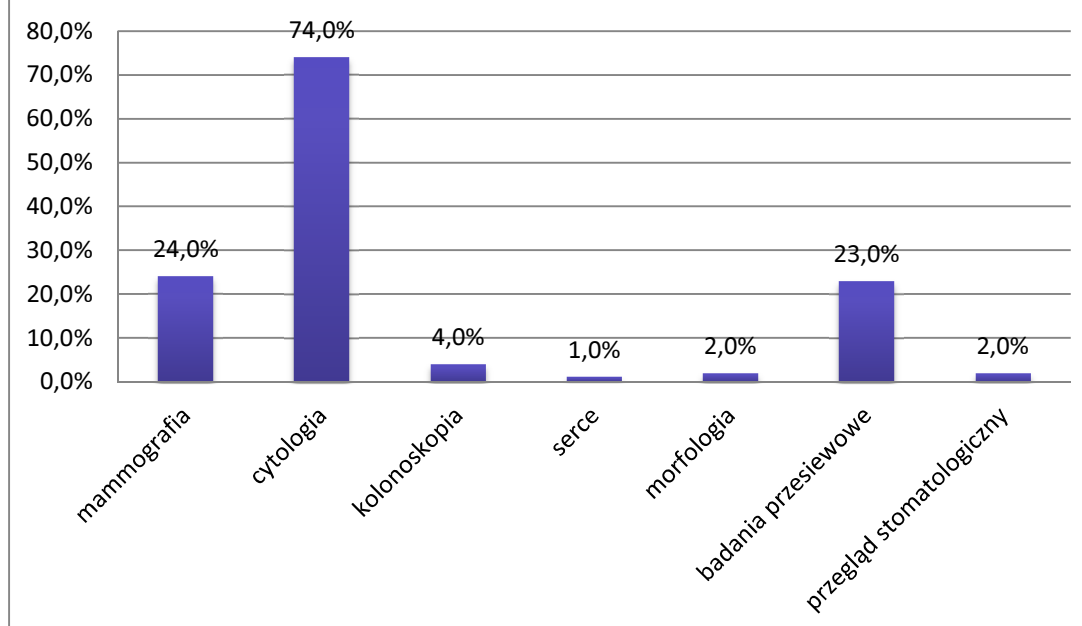
Wykres 15: Czy w ciągu ostatnich pięciu lat brał/a P. udział w bezpłatnych badaniach profilaktycznych realizowanych w ramach NFZ? (N=844)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

Osoby korzystające z bezpłatnych badań profilaktycznych, najczęściej wykonują cytologię (74% badanych – korzystający z bezpłatnych badań profilaktycznych), mammografię (24%) oraz inne badania przesiewowe (23%) – patrz wykres 16.

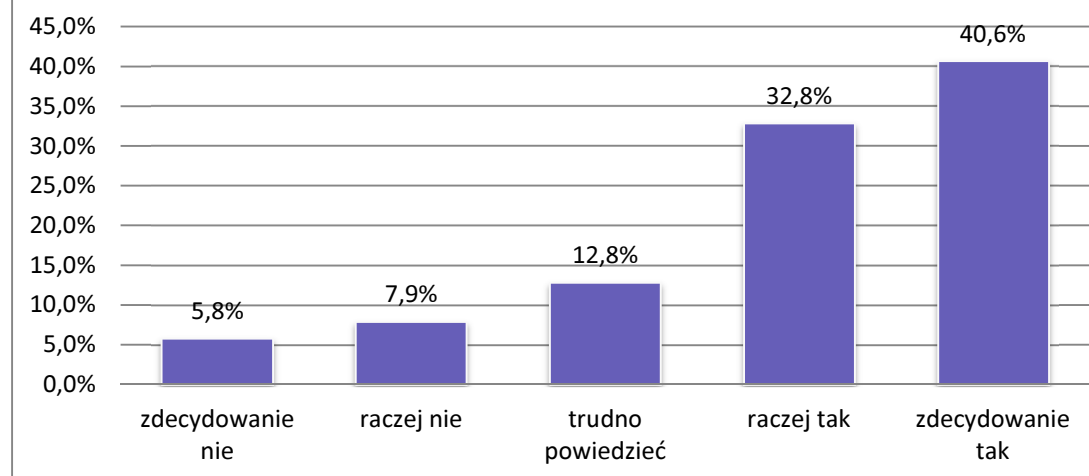
Wykres 16: Najczęściej realizowane bezpłatne badania profilaktyczne (N=844)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

Zgłaszalność na badania profilaktyczne byłaby większa, gdyby stały się one obowiązkowe w ramach medycyny pracy. Za prowadzeniem szerokich badań profilaktycznych pracowników w ramach medycyny pracy opowiada się 73,4% badanych - wykres 17.

Wykres 17: W ramach medycyny pracy należy prowadzić szerokie obowiązkowe badania profilaktyczne pracowników (N=2192)

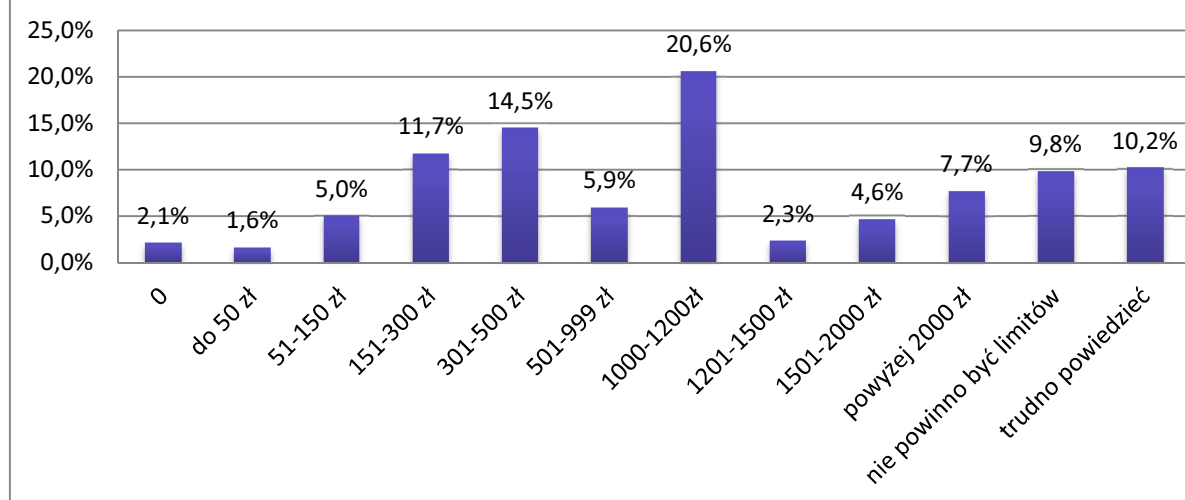


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

WSPÓŁPŁACENIE ZA LEKI I ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

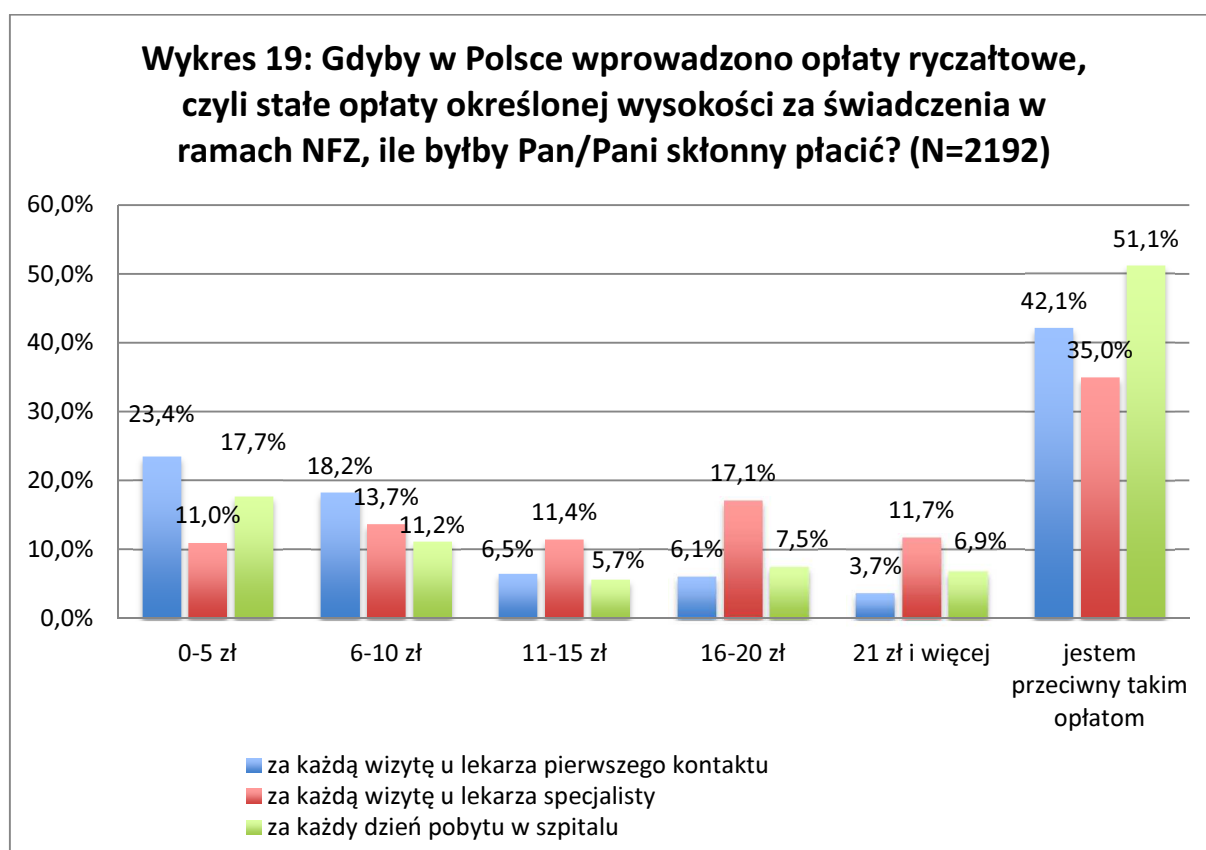
Pacjenci w Polsce są przyzwyczajeni do dopłacania za leki w aptece. Największa grupa respondentów (21%) uważa, że górna granica rocznych dopłat do leków nie powinna przekraczać 1000-1200 PLN czyli ok. 100 PLN/miesiąc. 10% respondentów uważa, że nie powinno być żadnych dopłat do leków na receptę ze strony pacjenta (wykres 18).

Wykres 18: Górna granica rocznych wydatków na leki ponoszona przez pacjentów (N=2192)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

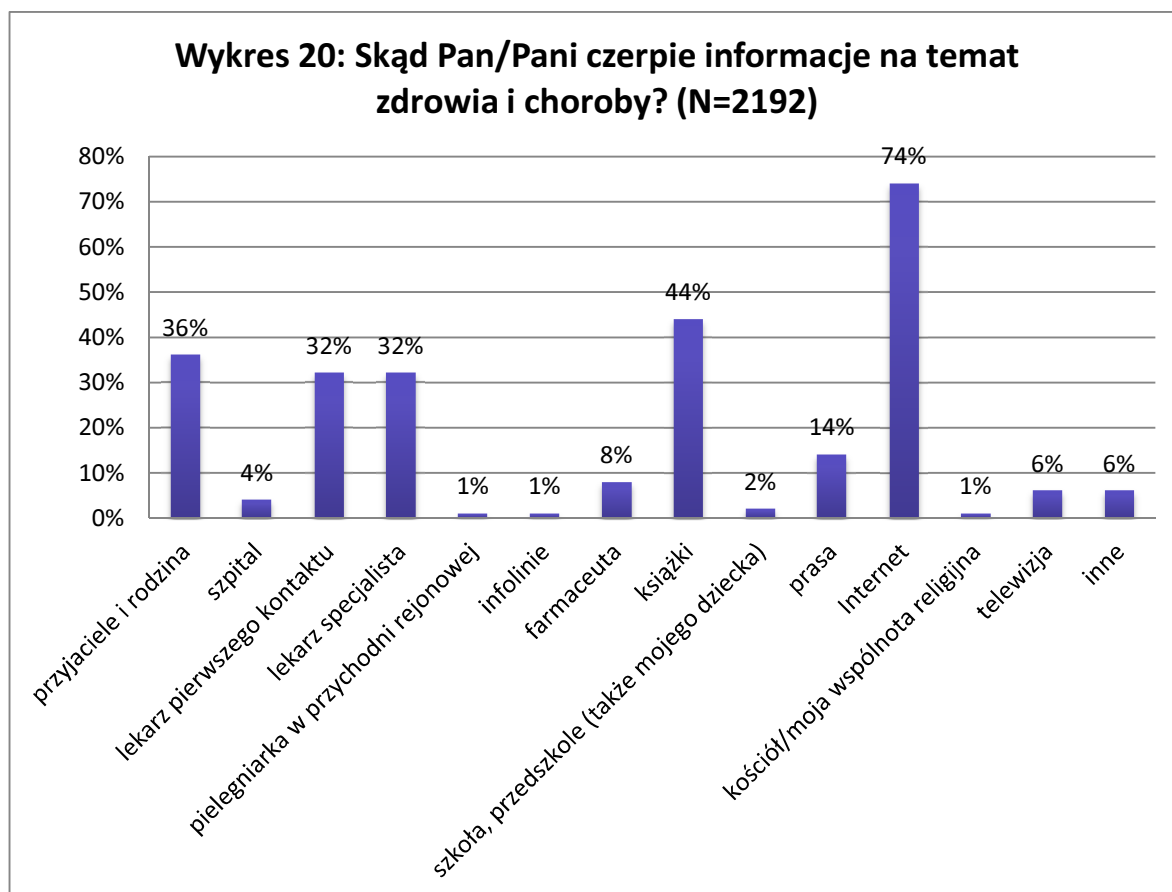
Dopłaty do świadczeń medycznych również nie są w Polsce nowością – pacjenci dopłacają do leczenia uzdrowiskowego, powszechną praktyką (niezależnie od ich statusu prawnego) są dopłaty za znieczulenie przy porodzie i poród rodzinny, a także dopłaty do zaopatrzenia medycznego czy do soczewek w przypadku operacyjnego leczenia zaćmy. Od lat rozważa się wprowadzenie dopłat do świadczeń medycznych, zwłaszcza po upowszechnieniu się tego modelu finansowania świadczeń w związku z wejściem w życie Dyrektywy Transgranicznej. Idea stałych, ryczałtowych dopłat do świadczeń ma jednak w Polsce liczne grono przeciwników. W przeprowadzonym badaniu na dopłaty do leczenia w szpitalu nie zgadza się 51% respondentów, na dopłaty do wizyty u specjalisty - 35% respondentów, a u lekarza POZ - 42% respondentów. Największą grupę zwolenników mają dopłaty do wizyty u specjalisty – aż 65% ankietowanych gotowych byłoby ponosić dodatkowe opłaty w granicach 5 - 20 zł. (wykres 19).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

ŹRÓDŁA INFORMACJI O ZDROWIU

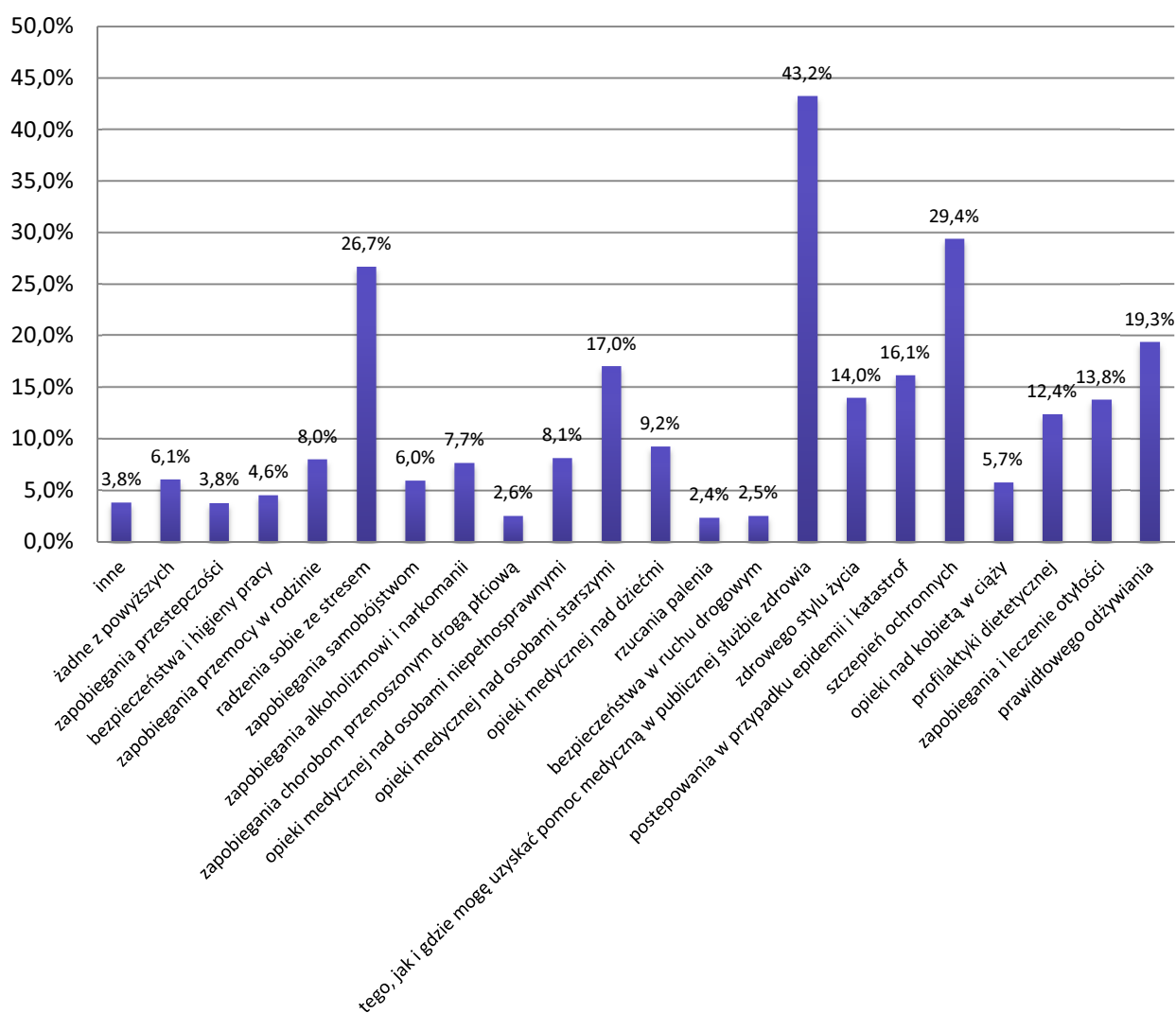
Internet jest źródłem informacji o zdrowiu dla 74% respondentów, książki - dla 44%, a przyjaciele i rodzina - dla 36% respondentów. Lekarz specjalista i lekarz pierwszego kontaktu zostali wskazani jako źródło informacji o zdrowiu dopiero na czwartym miejscu przez 32% respondentów (wykres 20). Jest to spójne z danymi z innych źródeł dotyczącymi rosnącej roli Internetu jako źródła informacji na temat zdrowia a nawet postrzegania Internetu jako swego rodzaju autorytetu w dziedzinie zdrowia [TNS Polska, 2012].



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

Respondenci za najbardziej potrzebne i poszukiwane uznali informacje dotyczące tego, gdzie można uzyskać pomoc medyczną (43,2% respondentów), wiedzy o szczepieniach ochronnych (29,4%) oraz umiejętności radzenia sobie ze stresem (26,7%) i zasad prawidłowego odżywiania (19,3%) – wykres 21.

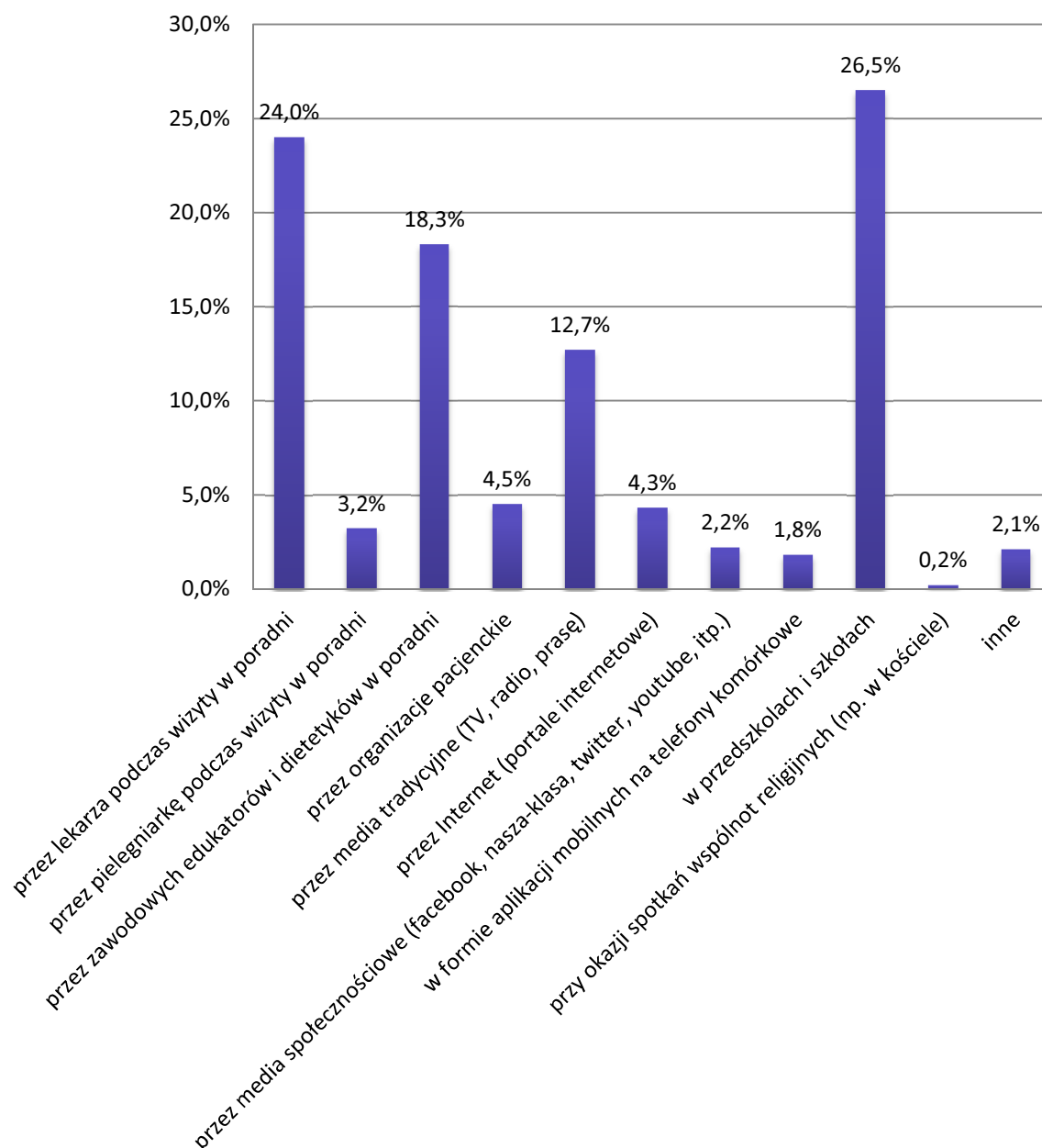
**Wykres 21: Najbardziej brakuje mi informacji na temat ...
(N=2192)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

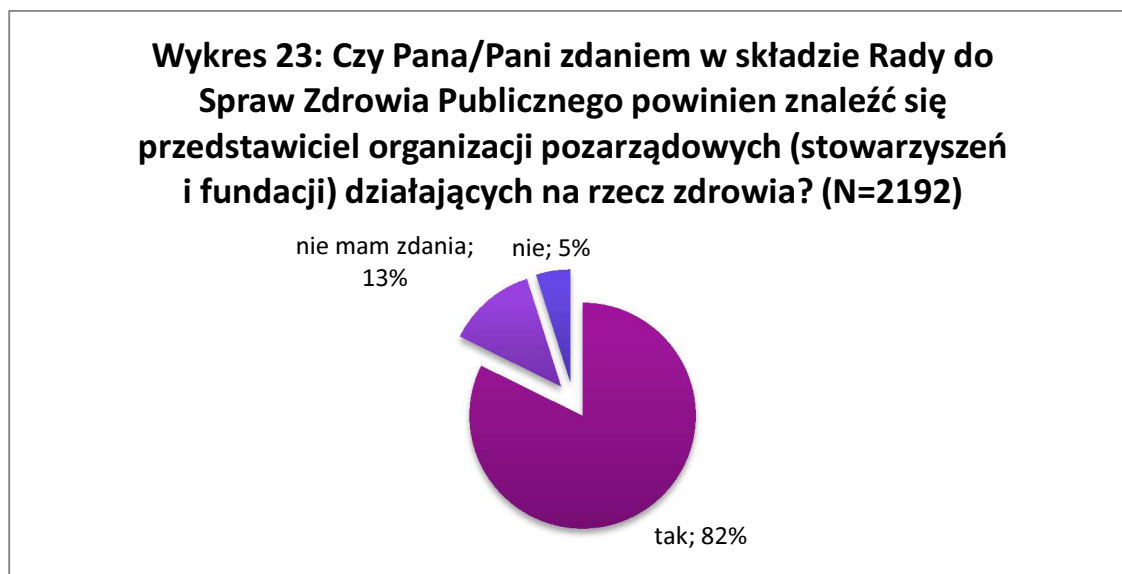
Respondenci nie mają wątpliwości, gdzie powinna być prowadzona opłacana ze środków publicznych edukacja zdrowotna. 26,5% uważa, że miejscem tej edukacji powinny być przedszkola i szkoły, 24% wskazuje na lekarza podczas wizyty w poradni a 18,3% na potrzebę zaangażowania w tą edukację profesjonalnych edukatorów zdrowotnych czy dietetyków (wykres 22).

Wykres 22: Opłacana z pieniędzy publicznych edukacja zdrowotna powinna być prowadzona przede wszystkim ... (N=2192)



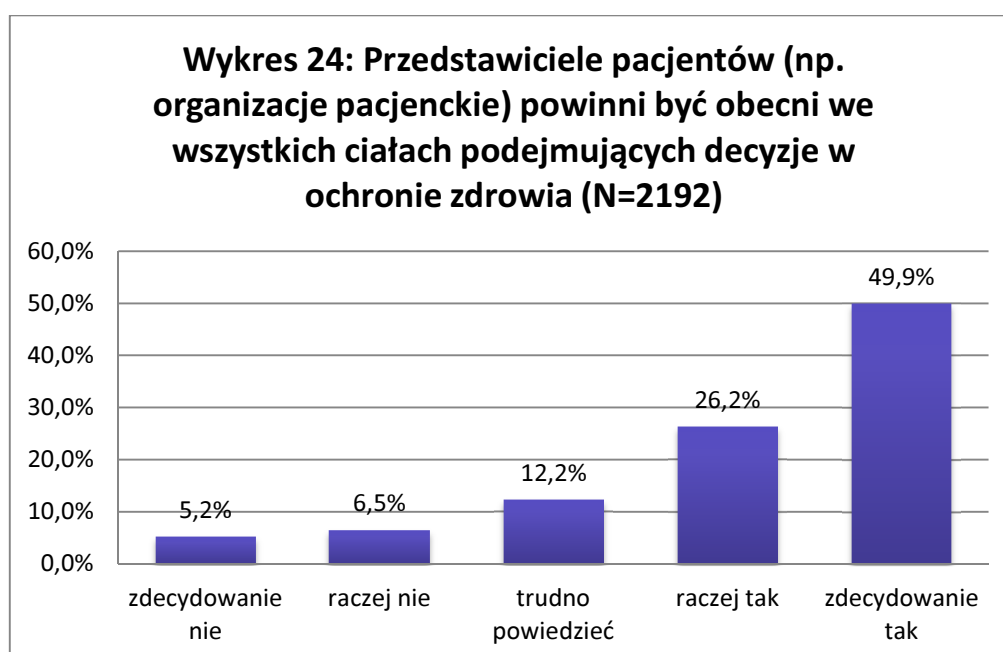
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

82% respondentów uważa, że w skład Rady ds. Zdrowia Publicznego, którą ma wprowadzić konsultowana Ustawa o Zdrowiu Publicznym powinien wchodzić przedstawiciel organizacji pozarządowych działających na rzecz zdrowia (wykres 23).



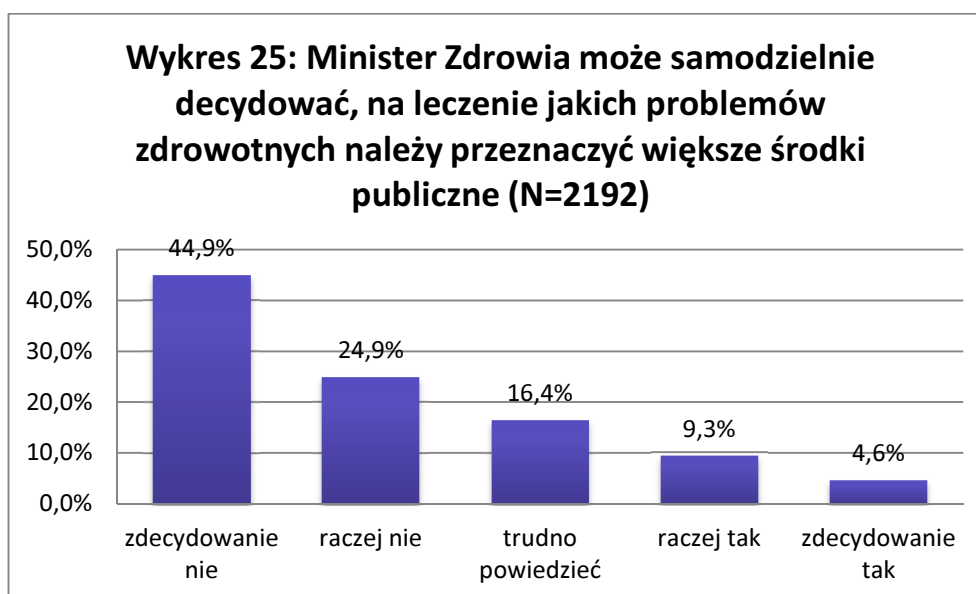
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

76% respondentów uważa, że przedstawiciele pacjentów powinni być obecni we wszystkich ciałach podejmujących decyzje w ochronie zdrowia (wykres 24).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

Zdaniem jedynie około 14% respondentów Minister Zdrowia może samodzielnie decydować o tym, na leczenie jakich problemów zdrowotnych należy przeznaczyć większe środki. (wykres 25).

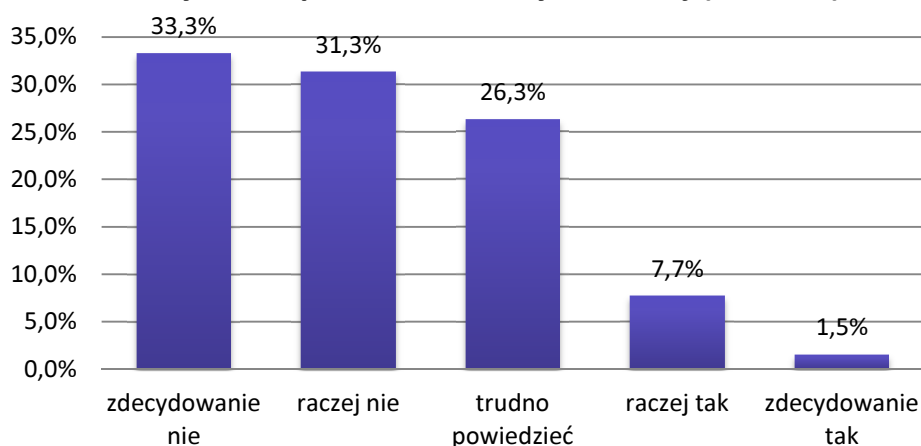


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE

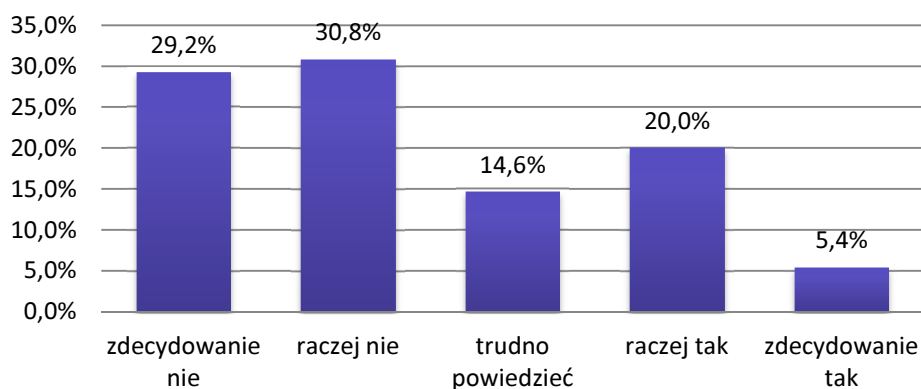
Zaledwie 9% respondentów uważa, że nasz kraj jest dobrze przygotowany na wybuch epidemii choroby zakaźnej (wykres 26). 25,4% osób deklaruje znajomość zasad postępowania w przypadku ewakuacji z powodu epidemii lub katastrofy (wykres 27). 23,2% osób nie potrafiłoby udzielić pierwszej pomocy osobie w stanie zagrożenia życia. Znajomość zasad pierwszej pomocy deklaruje 56,4% badanych (wykres 28).

Wykres 26: Nasz kraj jest dobrze przygotowany na wybuch epidemii choroby zakaźnej (N=2192)

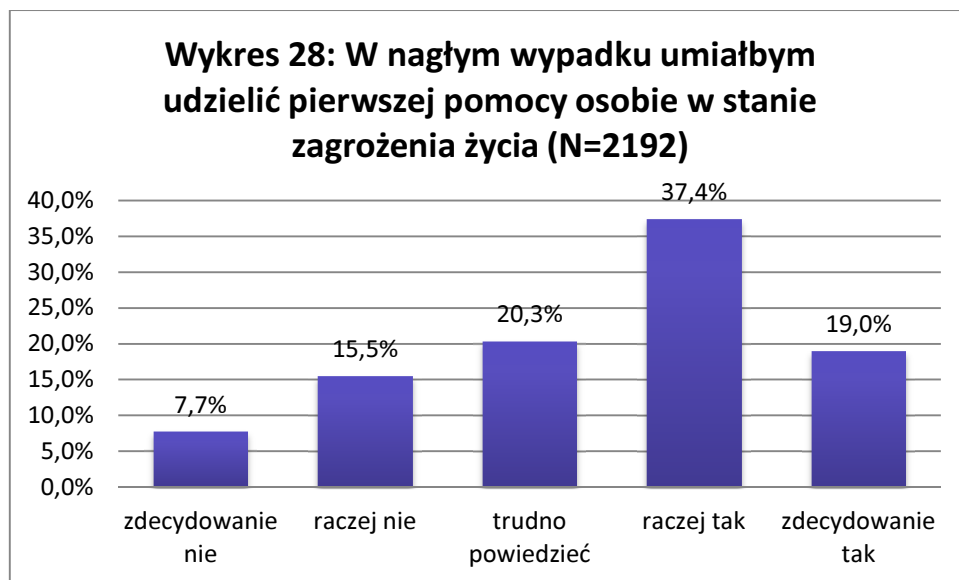


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

Wykres 27: Wiem, jak należałoby się zachować w przypadku konieczności ewakuacji z powodu epidemii lub katastrofy (N=2192)



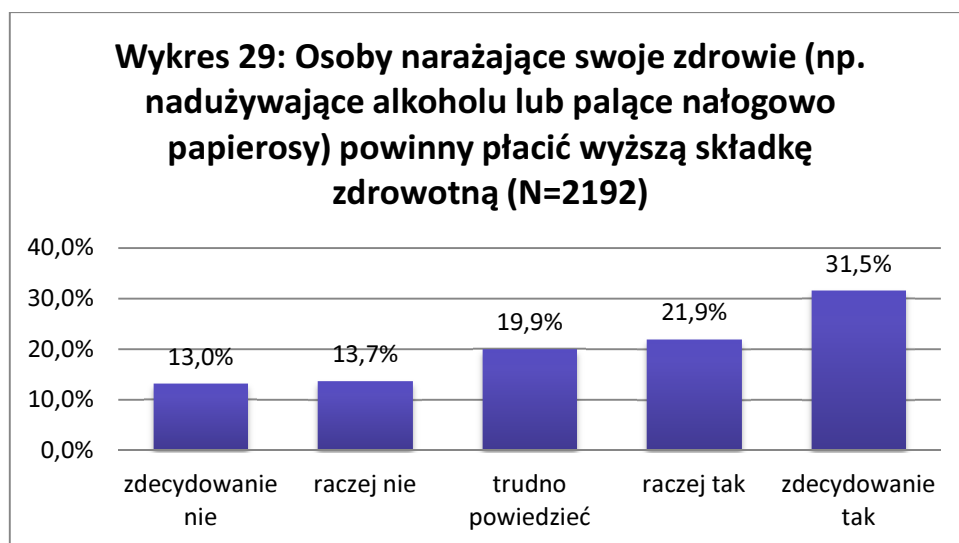
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA WŁASNE I PUBLICZNE ZDROWIE

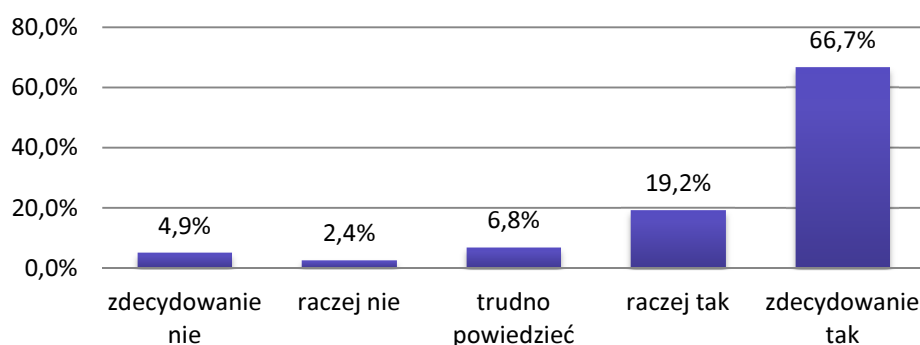
53,4% respondentów uważa, że osoby narażające własne zdrowie (pijące alkohol lub palące nałogowo papierosy) powinny płacić wyższe składki na ubezpieczenie zdrowotne (wykres 29).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

Aż 85,9% badanych uważa, że koszty leczenia ofiar wypadków drogowych spowodowanych przez pijanych kierowców powinny być pokrywane z polisy ubezpieczeniowej sprawcy wypadku, a nie z budżetu publicznego NFZ (wykres 30).

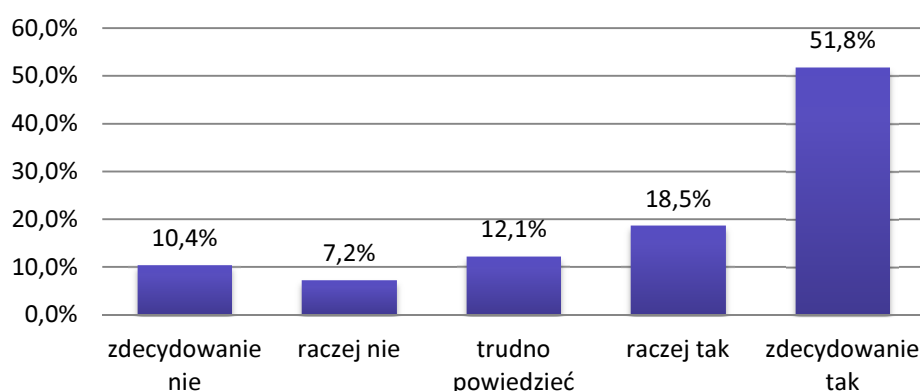
Wykres 30: Koszty leczenia ofiar wypadków drogowych spowodowanych przez pijanych kierowców powinny być pokrywane z polisy sprawcy (N=2192)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

Zdaniem 70,3% respondentów powinien być utrzymany przymus leczenia chorób zakaźnych, takich jak na przykład gruźlica (wykres 31).

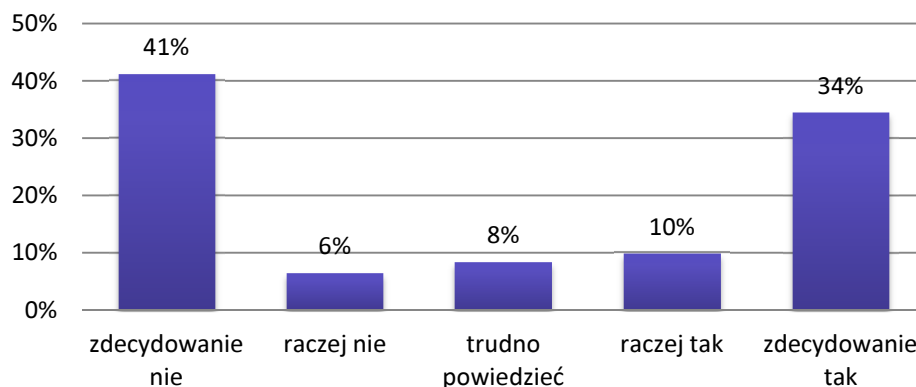
Wykres 31: Powinien być utrzymany przymus leczenia chorób zakaźnych, takich jak gruźlica (N=2192)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

Zwolenników karania grzywną rodziców niezszczypanych swoich dzieci jest podobnie wielu jak przeciwników (44% vs 47%) – wykres 32.

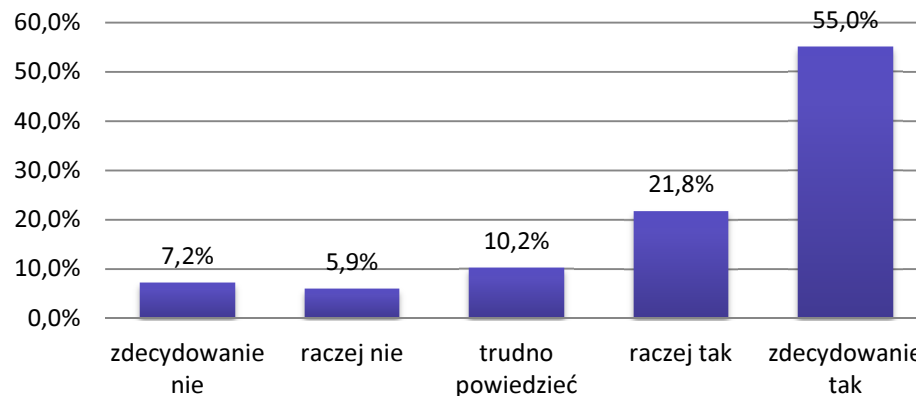
Wykres 32: Za nieuzasadnione nieszczepienie dzieci zgodnie z kalendarzem należy karać rodziców grzywną (N=2192)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

Za przymusowym leczeniem w szkołach wszawicy u dzieci, jeśli nie robią tego sami rodzice, opowiedziało się 76,8% respondentów (wykres 33).

Wykres 33: U dzieci uczęszczających do szkoły należy przymusowo leczyć wszawicę, jeśli rodzice sami tego nie robią (N=2192)

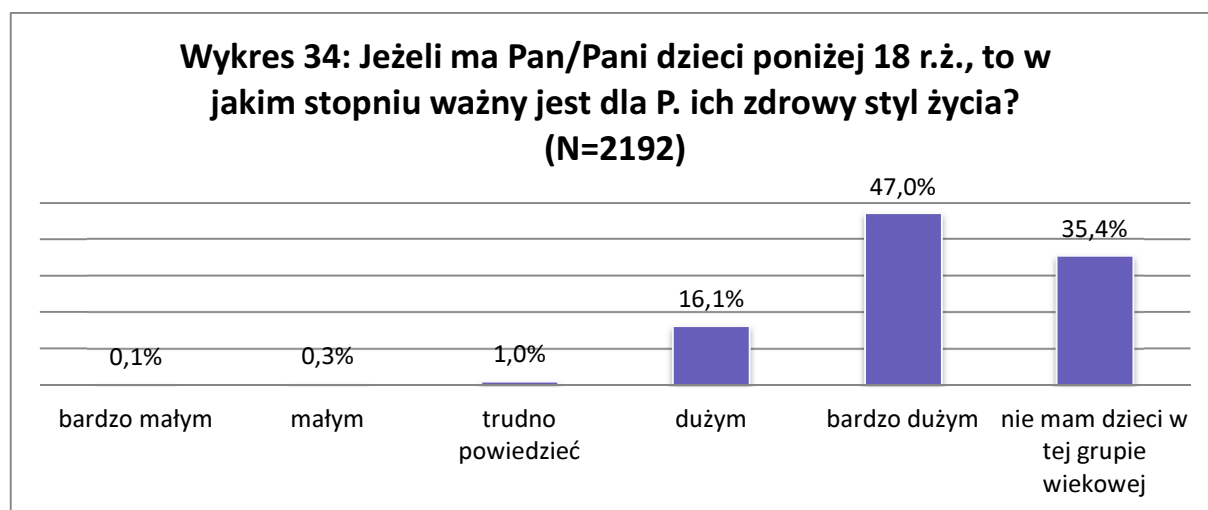


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

NADWAGA I OTYŁOŚĆ

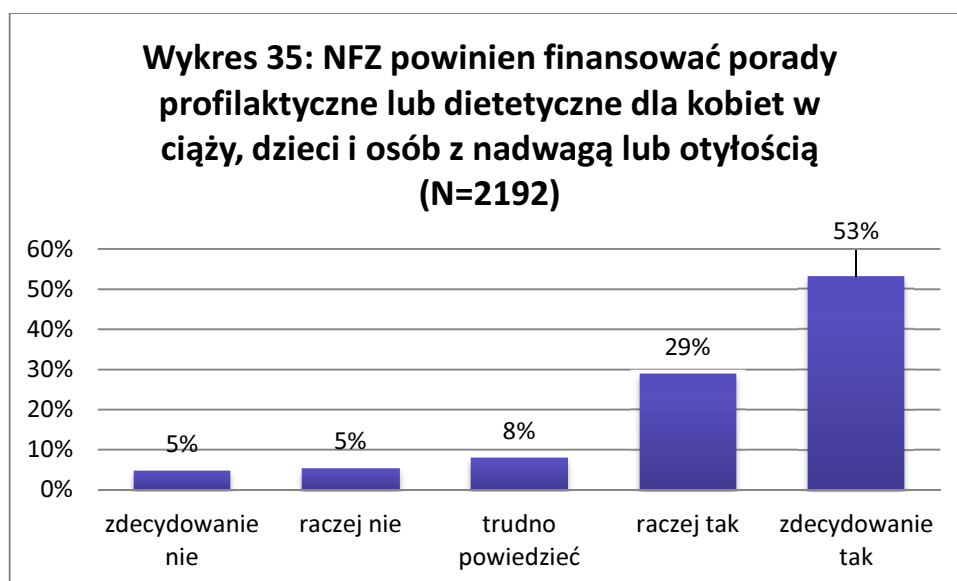
Nadwaga i otyłość zostały uznane za drugi, po ograniczonym dostępie do lekarzy specjalistów, problem zdrowia publicznego (35% badanych - por. wykres 11).

W kwestionariuszu pytano też o znaczenie, jakie dla respondentów ma zdrowy styl życia ich dzieci. Z badań wynika, iż dla ponad 60% respondentów kwestia ta jest ważna i bardzo ważna (odpowiedzi takiej udzieliło 98% osób posiadających dzieci poniżej 18 r.ż.) – patrz wykres 34.



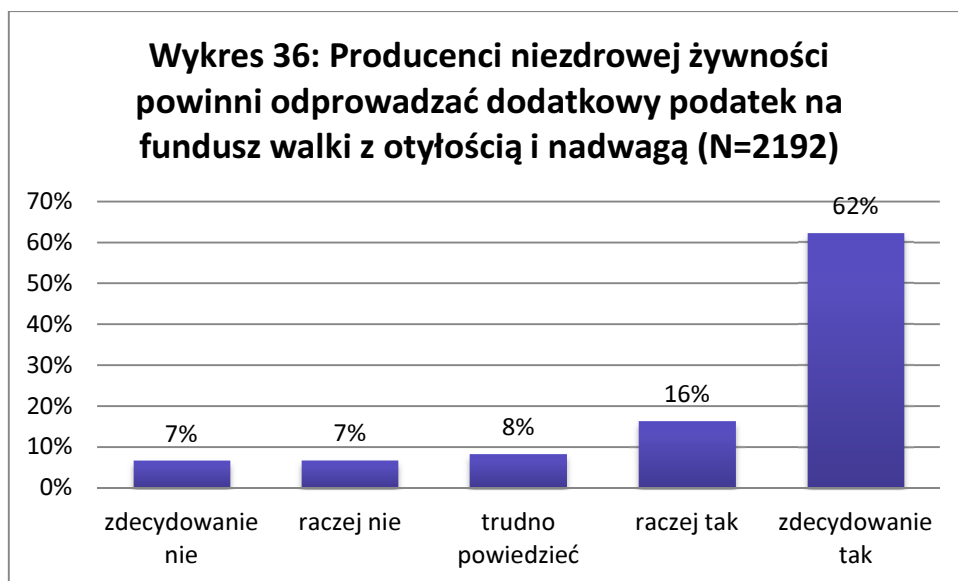
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

Zdaniem 82% badanych NFZ powinien finansować porady dietetyczne i profilaktyczne dla kobiet w ciąży, dzieci i osób z problemem nadwagi i otyłości (wykres 35).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

Środki na leczenie nadwagi i otyłości powinny - na wzór leczenia skutków choroby alkoholowej - pochodzić z opodatkowania niezdrowej żywności (zdaniem 78% respondentów - por. wykres 36).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników konsultacji społecznych.

W społecznym obrazie problemów zdrowia publicznego w Polsce, jaki udało się stworzyć na podstawie przeprowadzonego badania kwestionariuszowego, na plan pierwszy wysuwa się kwestia niewydolnego publicznego systemu ochrony zdrowia. Ponad 60% badanych napotkało trudności w dostępie do niezbędnych świadczeń (wykres 12). Ograniczony dostęp do usług medycznych wynikał przede wszystkim z długości czasu oczekiwania na wizytę (95% respondentów - wykres 14), ale także braku odpowiedniej informacji na temat tego, gdzie można uzyskać pomoc medyczną (30,3%), czy wreszcie - braku środków finansowych na dojazd do ośrodka świadczącego usługi medyczne lub na wykup leków (24,9%). Nie dziwi zatem, że głównym problemem zdrowia publicznego wskazywanym przez respondentów jest ograniczony dostęp do niezbędnych usług medycznych w sektorze publicznym.

Jeżeli zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia przyjmiemy, że zdrowie publiczne to zorganizowany wysiłek społeczny, realizowany głównie przez wspólne działania instytucji publicznych, mający na celu polepszenie, promocję, ochronę i przywracanie zdrowia ludności (WHO 2013), to skala trudności z dostępem do lekarzy specjalistów oraz badań diagnostycznych nie może być postrzegana jedynie przez pryzmat indywidualnych doświadczeń pacjentów, a nabiera charakteru poważnego wyzwania populacyjnego. Sprawa jest tym bardziej paląca, że nie tylko kolejki oczekujących, ale sam brak informacji o możliwości uzyskania świadczenia oraz status ekonomiczny pacjentów stają się barierami w uzyskaniu pomocy medycznej. Trudno wyobrazić sobie, by najbardziej wyrafinowane programy edukacji zdrowotnej pozwoliły na uzyskanie oczekiwanych skutków zdrowotnych w sytuacji, gdy pacjent nie wie, dokąd zwrócić się o pomoc medyczną. **Oznacza to, że nie uda się wprowadzić w Polsce spójnej polityki zdrowia publicznego bez rozwiązania istniejących systemowych barier w dostępie do świadczeń medycznych.**

Co ciekawe, w badanej grupie, to choroby przewlekłe, raczej niż zakaźne, postrzegane są jako najpoważniejsze zagrożenie dla zdrowia ludności. Jest to tym bardziej znaczące, że wśród badanych osób zdecydowaną większość, tj. 70,8% stanowiły osoby dobrze i bardzo dobrze oceniające swoje zdrowie. Świadczy to o zmianach w świadomości społecznej, która zaczyna odzwierciedlać skalę rzeczywistych współczesnych problemów zdrowotnych. Respondenci za najważniejsze zagrożenia dla zdrowia Polaków uznali: nadwagę i otyłość (36,1%), choroby przewlekłe, takie jak cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze (35,2%), zaburzenia zdrowia psychicznego (22%), stres (18,7%), alkoholizm

(16,6%) i złe warunki pracy (15%), podczas gdy zagrożenia na choroby zakaźne wskazało jedynie 4,2% badanych (por. wykres 11). Zdaniem 82% badanych NFZ powinien finansować porady dietetyczne i profilaktyczne dla kobiet w ciąży, dzieci i osób z problemem nadwagi i otyłości (wykres 35), ponieważ w ocenie respondentów brakuje informacji na temat zasad zdrowego żywienia (19,3%, wykres 21). Środki na leczenie nadwagi i otyłości powinny - na wzór leczenia skutków choroby alkoholowej - pochodzić zdaniem 78% respondentów z opodatkowania niezdrowej żywności (por. wykres 36).

Badanie wskazuje także na rosnące przekonanie o indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie. Należy w tym przypadku wziąć jednak poprawkę na specyfikę badanej populacji, w której zdecydowanie dominowały młode, wykształcone kobiety z dużych miast. 53,4% respondentów uważa, że osoby narażające własne zdrowie, pijące alkohol lub palące nałogowo papierosy powinny płacić wyższe składki na ubezpieczenie zdrowotne (por. wykres 29), a około 86% jest zdania, że koszty leczenia ofiar wypadków drogowych spowodowanych przez pijanych kierowców powinny być pokrywane z polisy ubezpieczeniowej sprawcy wypadku raczej niż z budżetu NFZ (wykres 30).

W tym kontekście pojawia się pytanie o powód niskiego wykorzystania bezpłatnych programów profilaktycznych dostępnych w ramach publicznej służby zdrowia. 60,3% badanych wskazało, że w ciągu ostatnich pięciu lat nie korzystało z żadnych tego typu badań. Być może sugerowane przez respondentów włączenie programów profilaktycznych w zakres medycyny pracy, lub podobne rozwiązanie, które nie wymaga dodatkowych wizyt w poradniach, byłoby bardziej praktyczne dla pacjentów i pozwoliłoby na szersze wykorzystanie potencjału profilaktyki.

Jednocześnie, badani w większości opowiadają się za utrzymaniem, a nawet wzmocnieniem roli instytucji publicznych w zakresie zapobiegania epidemiom chorób zakaźnych. Nawet, jeśli wiąże się to z ograniczeniem swobód jednostki. Zdaniem 70,3% respondentów powinien być utrzymany przymus leczenia chorób zakaźnych, takich jak na przykład gruźlica (wykres 31). Co interesujące, za przymusowym leczeniem w szkołach wszawicy u dzieci, jeśli nie robią tego sami rodzice, opowiedziało się 76,8% respondentów (wykres 33). W tym kontekście ciekawie przedstawiają się odpowiedzi na pytanie dotyczące karania grzywną rodziców, którzy nie stosują się do kalendarza szczepień - zwolenników takiego rozwiązania jest mniej niż przeciwników (44% vs 47%), co w zestawieniu ze zdecydowanym poparciem dla rozwiązań administracyjnych w przypadku leczenia

chorób zakaźnych i wszawicy może świadczyć o braku przekonania o skuteczności i celowości szczepień w dużej grupie społecznej.

W przekonaniu badanych państwo nie zapewnia poczucia bezpieczeństwa w obliczu nagłych zagrożeń dla zdrowia ludności. Zaledwie 9% respondentów uważa, że nasz kraj jest dobrze przygotowany na wybuch epidemii choroby zakaźnej (wykres 26), a jedynie 25,4% osób deklaruje znajomość zasad postępowania w przypadku ewakuacji z powodu epidemii lub katastrofy (wykres 27). 23,2% osób nie potrafiłoby udzielić pierwszej pomocy osobie w stanie zagrożenia życia.

Badanie potwierdziło rosnącą – jeśli już nie dominującą – rolę Internetu jako źródła informacji na temat zdrowia i leczenia. Internet jest źródłem informacji o zdrowiu dla 74% respondentów, podczas gdy po książki sięga 44% badanych, a z rady przyjaciół i rodziny korzysta 36% respondentów. Lekarz specjalista i lekarz pierwszego kontaktu zostali wskazani jako źródło informacji o zdrowiu dopiero na czwartym miejscu, przez zaledwie 32% respondentów. W Polsce problem wiarygodnych źródeł informacji zdrowotnych w sieci wydaje się zbyt mało doceniany, tymczasem w wielu krajach stanowi on przedmiot troski instytucji publicznych, które biorą na siebie obowiązek dostarczenia wiarygodnych informacji pacjentom.

Dopłaty do świadczeń medycznych są w Polsce faktem – pacjenci dopłacają do leczenia uzdrowiskowego, zaopatrzenia medycznego, leków itp. Idea ryczałtowych dopłat do świadczeń takich, jak wizyty w poradniach i hospitalizacje budzi jednak kontrowersje i opór społeczny. W przeprowadzonym badaniu, dopłatom do opieki szpitalnej przeciwnych jest 51% respondentów. Największą grupę zwolenników mają dopłaty do wizyty u specjalisty – aż 65% ankietowanych gotowych byłoby ponosić dodatkowe opłaty. Wydaje się to ściśle związane z niską dostępnością tych usług, która powoduje, że wielu pacjentów i tak zmuszonych jest korzystać z wizyt pełnopłatnych poza systemem publicznym.

Finansowana ze środków publicznych edukacja zdrowotna powinna wedle respondentów być prowadzona przede wszystkim wśród dzieci i młodzieży. 26,5% uważa, że miejscem tej edukacji powinny być przedszkola i szkoły, 24% wskazuje na rolę lekarza podczas wizyty w poradni, a 18,3% na potrzebę zaangażowania w tą edukację profesjonalnych edukatorów zdrowotnych czy dietetyków.

W opinii większości badanych, przedstawiciele pacjentów powinni mieć aktywny udział w kreowaniu polityki zdrowotnej państwa. 82% respondentów uważa, że w skład Rady ds. Zdrowia Publicznego, którą ma wprowadzić konsultowana Ustawa o Zdrowiu Publicznym, powinien wchodzić przedstawiciel organizacji pozarządowych działających na rzecz zdrowia, a około 76% respondentów uważa, że przedstawiciele pacjentów powinni być obecni we wszystkich ciałach podejmujących decyzje w ochronie zdrowia. Niespełna 14% badanych jest zdania, że decyzje o alokacji środków na ochronę zdrowia leżą wyłącznie w gestii Ministra Zdrowia. Odpowiedzi te wskazują na rosnący potencjał partycypacji obywateli – nie tylko organizacji pacjentów – w decyzjach dotyczących sektora opieki medycznej.

Trzy priorytety dla zdrowia publicznego to naprawa systemu publicznej ochrony zdrowia, dostęp do wiarygodnych informacji na temat zdrowia i zwalczania chorób cywilizacyjnych ze szczególnym uwzględnieniem otyłości.

ODPOWIEDZIALNE PAŃSTWO – ODPOWIEDZIALNY OBYWATEL

Granice odpowiedzialności za zdrowie między państwem a obywatelem wymagają ponownego ustalenia. Reforma systemu opieki zdrowotnej w 1997 roku dokonała radykalnej zmiany. O ile wcześniej państwo regulowało tę sferę, narzucając wiele rozwiązań w sposób restrykcyjny, to po reformie odpowiedzialność za zdrowie została niemal całkowicie przeniesiona na obywateli. Dokonało się to bez jednoczesnych działań edukacyjnych i społecznych, niezbędnych do racjonalnego skorzystania z tej odpowiedzialności. Obecnie, w związku z pracami nad Ustawą o zdrowiu publicznym, pojawia się okazja do nadrobienia tych prawie 20 letnich zaległości. Wyniki przeprowadzonych konsultacji społecznych mogą być dobrą wskazówką, jak ustalić priorytety w nowym podziale odpowiedzialności za zdrowie.

Z przeprowadzonego badania wynika, że respondenci oczekują od instytucji publicznych aktywnej roli w określonych dziedzinach, do których należy np. zapobieganie epidemiom chorób zakaźnych, nawet jeśli wiąże się to z ograniczeniem swobód jednostki. Jednocześnie, w przekonaniu badanych, państwo nie zapewnia poczucia bezpieczeństwa w obliczu nagłych zagrożeń dla zdrowia ludności. Zaledwie 9% respondentów uważa, że nasz kraj jest dobrze przygotowany na wybuch epidemii choroby zakaźnej, a jedynie 25,4% osób deklaruje znajomość zasad postępowania w przypadku ewakuacji z powodu epidemii lub katastrofy. Odbudowa zaufania do instytucji publicznych odpowiedzialnych za zdrowie publiczne stanowi warunek *sine qua non* długoterminowego powodzenia programów opartych na odpowiedzialności obywateli za własne zdrowie.

Instytucje publiczne powinny także zapewnić obywatelom dostęp do niezbędnej wiedzy i narzędzi pomagających zachować dobre zdrowie. Infrastruktura służąca zdrowiu, polityka informacyjna oraz polityka wspierająca zachowania prozdrowotne i sprawiająca, że zachowania ryzykowne dla zdrowia przestają się obywatelom opłacać, pozostaje w rękach państwa. Dlatego, niezależnie od dużego wpływu jednostek na własne zdrowie, obywatele oczekują od instytucji publicznych działań,

które pomogą im podejmować decyzje prozdrowotne. Dla przykładu, zdaniem 82% badanych NFZ powinien finansować porady dietetyczne i profilaktyczne dla kobiet w ciąży, dzieci i osób z problemem nadwagi i otyłości. Zdaniem 78% respondentów środki na leczenie nadwagi i otyłości powinny pochodzić – na wzór leczenia skutków choroby alkoholowej – z opodatkowania niezdrowej żywności; także przemysł spożywczy – będący beneficjentem niezdrowego stylu odżywiania – powinien wziąć na siebie część odpowiedzialności za zdrowie populacji. Poprzez racjonalne i sprawdzone narzędzia ekonomii behawioralnej państwo powinno premiować, to, co dla zdrowia dobre, i utrudniając dostęp do tego, co zdrowiu nie służy.

Przeprowadzone badanie wskazuje także na rosnącą świadomość indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie wśród respondentów, szczególnie w przypadku podejmowania przez jednostkę zachowań ryzykownych. Wśród badanych cieszyły się powszechnym poparciem idee, takie jak powrót do finansowania leczenia ofiar wypadków spowodowanych przez pijanych kierowców raczej z polisy ubezpieczeniowej sprawcy wypadku niż z budżetu NFZ oraz wprowadzenie wyższych składek zdrowotnych dla osób nadużywających alkoholu lub palących papierosy. Mogłyby one stanowić element kształtowania indywidualnych postaw odpowiedzialności za zdrowie.

Definiując na nowo granice odpowiedzialności za zdrowie pomiędzy państwem i obywatelem warto wziąć pod uwagę priorytety wskazane przez uczestników przeprowadzonych konsultacji społecznych. Obejmują one:

- naprawę systemu opieki zdrowotnej,
- dostęp do rzetelnych źródeł informacji o zdrowiu
- oraz choroby cywilizacyjne ze szczególnym uwzględnieniem otyłości.

USPRAWNIENIE SYSTEMU PUBLICZNEJ SŁUŻBY ZDROWIA

Skala trudności z dostępem do świadczeń w publicznej służbie zdrowia jest tak duża, że w opinii badanych stanowi największe zagrożenie dla zdrowia ludności w Polsce. Respondenci wskazują, że nie tylko kolejki oczekujących, ale również brak informacji o możliwości uzyskania świadczenia oraz status ekonomiczny pacjentów stają się barierami w uzyskaniu pomocy medycznej. Celem systemowym powinna być więc poprawa dostępności usług publicznego sektora zdrowia, która obejmowałaby nie tylko skrócenie kolejek, ale też zapewnienie prostej, dostępnej informacji na temat możliwości uzyskania pomocy medycznej w systemie publicznym. Z przeprowadzonego badania wynika, że pacjenci szukają w sieci przede wszystkim informacji o usługach medycznych.

Inicjatywy, takie jak Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne, choć stanowią krok w dobrym kierunku, to nadal wymagają zbyt wiele fachowej wiedzy na temat systemu ochrony zdrowia, by mogły stać się praktycznym narzędziem dla laików. Osobnym wyzwaniem pozostaje zapewnienie faktycznego – a nie nominalnego – dostępu do leczenia osobom o niższym statusie ekonomicznym, dla których barierą jest koszt dojazdu do lekarza lub wykup przepisanych leków. Jakość systemu opieki zdrowotnej ma tak istotny wpływ na zdrowie publiczne, że nie uda się wprowadzić w Polsce spójnej polityki zdrowia publicznego bez rozwiązania istniejących systemowych barier w dostępie do świadczeń medycznych. Jakość opieki zdrowotnej staje się więc istotną barierą, która może zadecydować o powodzeniu bądź niepowodzeniu nowych polityk wdrażanych w zdrowiu publicznym.

DOSTĘP DO WIARYGODNYCH INFORMACJI NA TEMAT ZDROWIA I LECZENIA, DOSTOSOWANYCH DO POTRZEB KOMUNIKACYJNYCH MŁODEGO POKOLENIA

Internet staje się dominującym źródłem informacji na temat zdrowia i leczenia. W przeprowadzonym badaniu, korzystało z niego 74% respondentów, podczas gdy lekarz specjalista i lekarz pierwszego kontaktu zostali wskazani jako źródło informacji o zdrowiu dopiero na czwartym miejscu, przez zaledwie 32% respondentów. W Polsce problem wiarygodnych źródeł informacji zdrowotnych w sieci wydaje się zbyt mało doceniany, tymczasem w wielu krajach stanowi on przedmiot troski instytucji publicznych, które biorą na siebie obowiązek dostarczenia wiarygodnych informacji pacjentom i obywatelom. Instytucje publiczne powinny zostać zobligowane do komunikacji społecznej w obszarze zdrowia za pośrednictwem Internetu i nowych mediów czy to poprzez prowadzenie własnych portali tematycznych, czy też, jak np. w Wielkiej Brytanii, weryfikację stron prowadzonych przez osoby trzecie, które starają się o certyfikat wiarygodności NHS (National Health Service). Instytucje publiczne powinny także udostępniać gromadzone dane publiczne dotyczące jakości i bezpieczeństwa czy dostępu do świadczeń obywatelom. Można oczekiwać, że obywatele będą w większym stopniu przejmowali odpowiedzialność za własne zdrowie, jeśli udostępni się im rzetelne, wiarygodne, ale też dostosowane w formie przekazu źródła rzetelnej wiedzy i informacje. Przekazanie odpowiedzialności za zdrowie bez zaopatrzenia obywateli w wiedzę o zdrowiu, owocuje problemami, jakie widzimy na przykładzie stosunku młodych rodziców do obowiązkowych szczepień ochronnych dzieci. Nie rozumiejąc dobrodziejstw wynikających z tych szczepień, rezygnują oni w coraz większym i niepokojącym stopniu ze zdobyczy współczesnej medycyny. Podobne scenariusze mogą wkrótce dotyczyć zagadnień związanych

z żywieniem i pielęgnacją dzieci – brak wiedzy w tej dziedzinie może wpływać na upowszechnianie się ekstremizmów żywieniowych.

Udostępnienie danych dotyczących jakości i bezpieczeństwa oraz dostępności świadczeń ma też dodatkowy efekt pod postacią budowania zaufania do instytucji publicznych poprzez większą transparentność ich działań a także, co bardzo istotne w warunkach nierynkowego systemu opieki zdrowotnej w Polsce – pobudzania mechanizmów konkurencji opartych na wskaźnikach jakościowych. To działania korzystne zarówno dla obywateli, jak i publicznego sektora zdrowia; ich wdrożenie powinna uwzględniać tworzona ustawa o zdrowiu publicznym.

CHOROBY CYWILIZACYJNE ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM OTYŁOŚCI

Respondenci za najważniejsze zagrożenia dla zdrowia Polaków uznali nadwagę i otyłość oraz choroby cywilizacyjne, co świadczy o tym, że zachodzące zmiany cywilizacyjne znajdują odzwierciedlenie w świadomości społecznej. Otwiera to perspektywę dla skuteczniejszych programów prozdrowotnych i profilaktycznych, pod warunkiem jednak uwzględnienia wspomnianych wcześniej uwarunkowań systemowych, przede wszystkim zaś odbudowy zaufania do instytucji publicznych w sektorze zdrowia.

Trzecim priorytetem tworzonego obecnie prawa w obszarze zdrowia publicznego powinno być wskazanie problemu nadwagi i otyłości jako podstawowych wyzwań zdrowia publicznego oraz ustalenie realnego celu w tym obszarze, którym mogłoby być np. powstrzymanie dynamiki narastania tego problemu, zwłaszcza w grupie dzieci i młodzieży. Na jego realizację powinny zostać skierowane istotne publiczne środki, które zagwarantują przeprowadzenie skutecznych, skoordynowanych działań systemowych z obszaru profilaktyki, diagnozowania, leczenia, edukacji i ekonomii behawioralnej. Środki na finansowanie tych rozwiązań trudno będzie znaleźć w budżecie przeznaczanym na zdrowie. Systemowe rozwiązanie walki z problemem otyłości i nadwagi powinno być finansowane, podobnie jak leczenie skutków choroby alkoholowej, z nowego źródła finansowania, jakim w tym przypadku mogłoby być opodatkowanie niezdrowej żywności. Wprowadzenie takich rozwiązań wymaga jednocześnie troski o warstwy najuboższe, dla których niezdrowe jedzenie nie jest wyborem, lecz najtańszą dostępną opcją wyżywienia rodziny.

UDZIAŁ OBYWATELI W PODEJMOWANIU DECYZJI DOTYCZĄCYCH ZDROWIA PUBLICZNEGO

Respondenci zwrócili uwagę, że decyzje o zdrowiu publicznym muszą uwzględniać potrzeby zgłaszane przez obywateli. Uważają, że w gremiach decydujących o zdrowiu publicznym powinni być obecni kompetentni przedstawiciele strony społecznej. Podobnie jak indywidualne decyzje dotyczące zdrowia muszą uwzględniać wybór pacjenta, podobnie decyzje dotyczące zdrowia ogółu obywateli powinny uwzględniać społeczne preferencje. Większa partycypacja pacjentów i wszystkich obywateli w decyzjach dotyczących ochrony zdrowia jest niezbędna do wprowadzenia bardziej pro pacjenckiej perspektywy. Decyzje te nie mogą zapadać jedynie w wąskim gronie polityków i ekspertów. Niniejszy raport dostarcza informacje o priorytetach i potrzebach społecznych, które warto uwzględnić w tworzonej obecnie prawie dotyczącej zdrowia publicznego.

AG. 2015. Polska zajmuje 27 miejsce w rankingu jakości życia. Polakom żyje się źle, dostępne na: http://www.se.pl/pieniadze/newsy/Polska-zajmuje-27-miejsce-w-rankingu-jakosci-zycia-Polakom-zyje-sie-zle_601233.html (25.05.2015).

Baranowska-Skimina, Aleksandra. 2012. Jakość życia Polaków 2012, dostępne na: <http://www.egospodarka.pl/77530,Jakosc-zycia-Polakow-2012,1,39,1.html> (26.05.2015).

Bendowska, Marta i inni. 2014. Jakość życia w Polsce. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.

Broda, Grażyna. 2009. Jakość życia – ważny pomiar zdrowia, dostępne na: <http://ojs.kardiologiapolska.pl/kp/article/viewFile/1549/4731> (26.05.2015).

Czapiński, Janusz i Tomasz Panek. 2014. Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków. Warszawa: MPiPS.

Daszykowska, Jadwiga. 2006. Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem, w: Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, nr 2, s. 122-128.

Jaeschke, Roman i inni. 2001. Określenie i mierzenie jakości życia związanej ze zdrowiem, dostępne na: <http://www.mp.pl/artykuly/10534> (26.05.2015).

Kwiss, Zuzanna. 2006. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u osób chorych na cukrzycę, w: Psychologia Jakości Życia, tom 5 nr 1, s. 119-135.

Laudro, Laura. 2013. The Simple Idea That Is Transforming Health Care, w: The Wall Stree Journal, dostępne na: <http://www.wsj.com/articles/SB10001424052702304450004577275911370551798> (25.05.2015).

Maw. 2014. Polacy palą coraz mniej. Ale wciąż bardzo dużo, w: Newsweek, dostępne na: <http://polska.newsweek.pl/palenie-papierosow-liczba-palaczy-spada-newsweek-pl,artykuly,285563,1.html> (27.05.2015).

Płuciennik, Monika. Badania jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia – przegląd najczęściej stosowanych narzędzi pomiaru, dostępne na: <http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=632> (25.06.2015).

Szyguła-Jurkiewicz, Bożena. 2011. Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego, w: Folia Cardiologica Excerpta, tom 6, nr 1, s. 62-71.

TNS Polska. 2012. Badanie „Zdrowy styl życia Polaków”.

Uchmanowicz, Izabella. 2013. Jakość życia zależna od zdrowia (HRQOL) u chorych na cukrzycę, w: Problemy Pielęgniarstwa, tom 21, zeszyt nr 2, s. 266-270.

Badania jakości życia Polaków. Philips Index 2010, dostępne na: http://www.philips.pl/shared/assets/pl/Downloadablefile/Raport_Philips_Index2010/Raport_philips_index_2010.pdf (24.05.2015).

Badania jakości życia Polaków. Philips Index 2012, dostępne na: <http://www.egospodarka.pl/77530,Jakosc-zycia-Polakow-2012,1,39,1.html> (27.05.2015).

Światowa Organizacja Zdrowia: Public Health (ang.). W: Health Systems Strengthening Glossary [online]. [dostęp 2013-09-13]

WYKAZ SCHEMATÓW

Wykres 1: Zdrowie wartością najważniejszą dla Polaków	11
Wykres 2: Płeć	13
Wykres 3: Miejsce zamieszkania	13
Wykres 4: Województwo	14
Wykres 5: Wiek	14
Wykres 6: Wykształcenie	15
Wykres 7: Pracuję w zawodzie związanym z ochroną zdrowia	15
Wykres 8: Jak ocenia Pan/Pani swoje zdrowie?	16
Wykres 9: Czy pali Pan/Pani papierosy?	16
Wykres 10: Leczę się	17
Wykres 11: Wyzwania dla zdrowia polskiego społeczeństwa	18
Wykres 12: Czy w ciągu ostatniego roku miał Pan/Pani trudności z dostępem do niezbędnych świadczeń medycznych w ramach NFZ?	19
Wykres 13: Świadczenia, których dotyczą trudności	19
Wykres 14: Przyczyny wskazywanych trudności	20
Wykres 15: Czy w ciągu ostatnich pięciu lat brał/a Pan/Pani udział w bezpłatnych badaniach	21

profilaktycznych realizowanych w ramach NFZ?	
Wykres 16: Najczęściej realizowane bezpłatne badania profilaktyczne	21
Wykres 17: W ramach medycyny pracy należy prowadzić szerokie obowiązkowe badania profilaktyczne pracowników	22
Wykres 18: Górna granica rocznych wydatków na leki ponoszona przez pacjentów	22
Wykres 19: Gdyby w Polsce wprowadzono opłaty ryczałtowe, czyli stałe opłaty określonej wysokości za świadczenia w ramach NFZ, ile byłby Pan/Pani skłonny płacić?	23
Wykres 20: Skąd Pan/Pani czerpie informacje na temat zdrowia i choroby?	24
Wykres 21: Najbardziej brakuje mi informacji na temat	25
Wykres 22: Opłacana z pieniędzy publicznych edukacja zdrowotna powinna być prowadzona przede wszystkim	26
Wykres 23: Czy Pana/Pani zdaniem w składzie Rady do Spraw Zdrowia Publicznego powinien znaleźć się przedstawiciel organizacji pozarządowych (stowarzyszeń i fundacji) działających na rzecz zdrowia?	27
Wykres 24: Przedstawiciele pacjentów (np. organizacje pacjenckie) powinni być obecni we wszystkich ciałach decyzyjnych w ochronie zdrowia	27
Wykres 25: Minister Zdrowia może samodzielnie decydować, na leczenie jakich problemów zdrowotnych należy przeznaczyć większe środki publiczne	28
Wykres 26: Nasz kraj jest dobrze przygotowany na wybuch epidemii choroby zakaźnej	29
Wykres 27: Wiem, jak należałoby się zachować w przypadku konieczności ewakuacji z powodu epidemii lub katastrofy	29
Wykres 28: W nagłym wypadku umiałbym udzielić pierwszej pomocy osobie w stanie zagrożenia życia	30
Wykres 29: Osoby narażające swoje zdrowie (np. nadużywające alkoholu lub palące nałogowo papierosy) powinny płacić wyższą składkę zdrowotną	30
Wykres 30: Koszty leczenia ofiar wypadków drogowych spowodowanych przez pijanych kierowców powinny być pokrywane z polisy sprawcy	31
Wykres 31: Powinien być utrzymany przymus leczenia chorób zakaźnych, takich jak gruźlica	31
Wykres 32: Za nieuzasadnione niezszczenie dzieci zgodnie z kalendarzem należy karać rodziców grzywną	32
Wykres 33: U dzieci uczęszczających do szkół należy przymusowo leczyć wszawicę, jeśli rodzice sami tego nie robią	32
Wykres 34: Jeżeli ma Pan/Pani dzieci poniżej 18 r.ż., to w jakim stopniu ważny jest dla P. ich zdrowy styl życia?	33
Wykres 35: NFZ powinien finansować porady profilaktyczne lub dietetyczne dla kobiet w ciąży, dzieci i osób z nadwagą lub otyłością	33
Wykres 36: Producenci niezdrowej żywności powinni odprowadzać dodatkowy podatek na fundusz walki z otyłością i nadwagą	35

F U N D A C J A



p a c j e n c i

**FUNDACJA
MY PACJENCI**

www.mypacjenci.org

info@mypacjenci.org

Tel./fax +48 22 6155710