ZASADY TWORZENIA PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH

Profilaktyka chorób przewlekłych ZRZL1

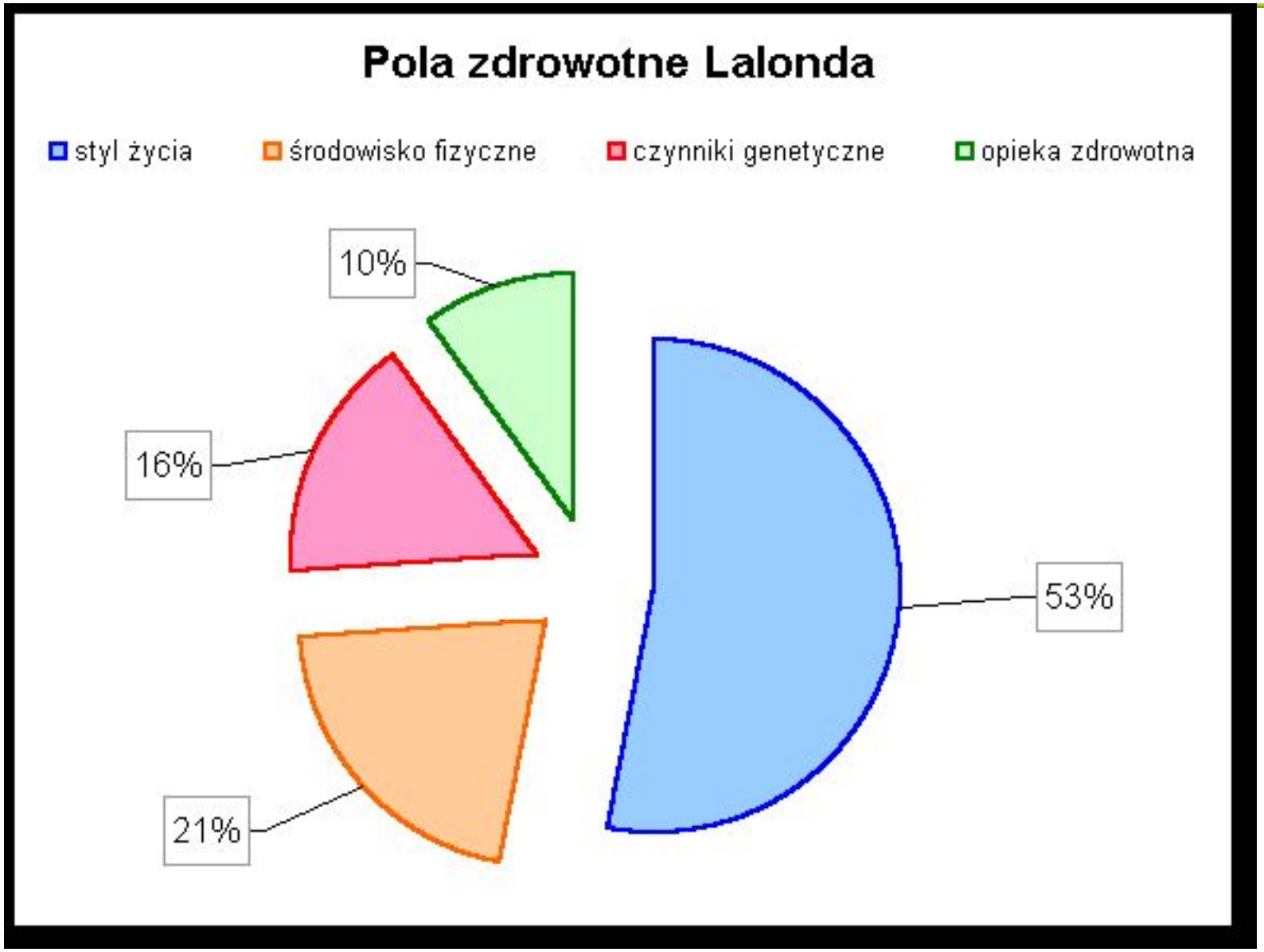
dr Martyna Bednarczyk

ROLA PROFILAKTYKI I PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH

- Raport **Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD)** – „Health at Glance: Europe 2016”3, opublikowany 23 listopada 2016 r. pokazuje, że rocznie 550 tys. mieszkańców Europy w wieku produkcyjnym umiera z powodu chorób przewlekłych, a gospodarka UE traci w związku z tym blisko 1% PKB (115 mld euro).
- W Polsce wskaźnik przedwczesnych zgonów na 100 tys. mieszkańców wynosi 305 (średnia dla UE to 201) i lokuje nasz kraj na 6 miejscu, wśród najwyższych wskaźników, w grupie 28 krajów.
- Jednym z narzędzi poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa jest przede wszystkim **promocja zdrowia**, którą należy rozumieć jako proces obejmujący czynności prowadzące do zwiększenia osobistego oddziaływania na własne zdrowie i jego utrzymanie oraz odejście od często zbyt zmedykalizowanego systemu leczenia.
- **Prowadzenie zdrowego stylu życia** wynika z warunków w jakich żyjemy, indywidualnych wzorców zachowania oraz cech charakteru. Zdrowy styl życia jest w dużej mierze efektem promocji wła-ciwych zachowań, aktywności fizycznej, diety, ochrony środowiska
- Promocja zdrowia nie jest tożsama z **edukacją zdrowotną**, której celem jest zmiana sposobu myślenia o zdrowiu oraz zwiększenie skuteczności kontroli nad nim; różni się też od profilaktyki zdrowotnej. Można ją realizować wśród osób zdrowych, zagrożonych chorobą, jak i chorych, równolegle do różnych faz profilaktyki.

- **profilaktyka zdrowotna** to działania mające chronić człowieka przed potencjalnymi zagrożeniami zdrowia i ich szkodliwymi konsekwencjami. Może ona skutkować uniknięciem choroby, zahamowaniem progresji lub ograniczaniem jej skutków
- Zwykle profilaktykę, prewencję i zapobieganie chorobom utożsamia się z promocją zdrowia, choć te pojęcia różnią się wyraźnie.
- Koncepcja profilaktyki, od lat 60. XX wieku, powszechnie bazuje na podziale na trzy etapy działań: profilaktyce pierwotnej – która powinna zapobiegać powstaniu procesów chorobowych, profilaktyce wtórnej – polegającej na wczesnym wykrywaniu procesów/zmian chorobowych, zanim wystąpią objawy oraz trzeciorzędnej – ograniczającej skutki już rozwiniętej choroby.
- W potocznym rozumieniu – zapobieganie chorobom obejmuje **profilaktykę pierwotną i wtórną**, a **trzeciorzędna** rozumiana jest jako leczenie.

- Promocja zdrowia odnosi się do działań, których podstawą jest utrzymanie dobrego stanu zdrowia, zwiększenie rezerw i potencjału organizmu.
- prewencja i profilaktyka dotyczą głównie choroby – jej uniknięcia, czy wczesnego wykrycia dającego gwarancje wyleczenia.
- promocja zdrowia dotyczy całej populacji, a profilaktyka wyodrębnionych grup szczególnego ryzyka.
- działania profilaktyczne obejmujące różne populacje prowadzone są w formie zaplanowanych programów zdrowotnych
- „badania profilaktyczne” wykonywane w ramach profilaktyki pierwotnej i wtór- nej, w tym masowe badania przesiewowe, inaczej skriningowe (ang. screening), tak naprawdę są badaniami mającymi na celu wczesne wykrycie zmian/chorób, a nie działaniami mającymi im zapobiegać.
- **Badania przesiewowe** należą do profilaktyki wtórnej i służą do wyłonienia osób, które mogą być chore.


Pola zdrowotne Lalonda
styl życia
środowisko fizyczne
czynniki genetyczne
opieka zdrowotna
10%
16%
53%
21%

Czynniki wpływające na zdrowie

- **Styl życia** ma największy wpływ na zdrowie, a składają się na niego m.in. dieta/ sposób odżywiania, aktywność fizyczna, odporność na stres, stosowanie używek (środki psychoaktywne, nikotyna, alkohol), zachowania seksualne, regularna kontrola własnego stanu zdrowia
- **Środowisko fizyczne:** czyste powietrze, woda, żywność, bezpieczne warunki pracy i nauki, czynniki ryzyka zdrowotnego i zawodowego, wpływ zanieczyszczenia środowiska.
- **Czynniki genetyczne**
- **Opieka zdrowotna** – organizacja i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, a tym dostępność do świadczeń i ich jakość. Opieka zdrowotna wpływa na stan zdrowia tylko w ok. 10% ale zwykle jest niezbędna w przypadkach poważnych chorób.

Przeprowadzone badania i analizy potwierdzają, iż rzeczywisty wpływ medycyny na stan zdrowia społeczeństw nie ma kluczowego znaczenia. Wskazuje się, że systemy opieki zdrowotnej pochłaniają ok. 90% wszystkich nakładów na ochronę zdrowia, podczas gdy ich wpływ na redukcję umieralności wynosi zaledwie 10%. Tymczasem nakłady na edukacjeprozdrowotną i kształtowanie stylu życia sięgają tylko 1,5%, chociaż na spadek umieralności wpływają w 43%

Kontrolę działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej, obejmującą lata 2012–2015, przeprowadzono w Ministerstwie Zdrowia, Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w 25 podmiotach, w tym w jednostkach samorządu terytorialnego oraz u świadczeniodawców udzielających świadczeń, takich jak podstawowa opieka zdrowotna oraz realizujących świadczenia w ramach „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy”, „Programu wczesnego wykrywania raka piersi” oraz „Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego”.

W badaniach kontrolnych skoncentrowano się na procesie planowania (programowania) działań profilaktycznych, w tym określenia wielkości środków finansowych, prowadzenia działań profilaktycznych oraz ich koordynacji z wybranymi podmiotami publicznymi, procesie

Mimo ewidentnego wpływu profilaktyki na stan zdrowia społeczeństwa, uważa się, że stosunkowo niewielki jest udział wydatków przeznaczanych ze środków pozostających w dyspozycji Ministra Zdrowia oraz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej. Niezmiennie aktualna pozostaje zasada: **„Lepiej zapobiegać, niż leczyć”**

1. W wypadku chorób zakaźnych, najskuteczniejszą znaną profilaktyką są szczepienia ochronne, kształtują odporność całej populacji, zapewniając ochronę również tym osobom, które nie mogły zostać zaszczepione. Dla większości chorób przyjmuje się, że odporność populacyjną osiąga się przy zaszczepieniu ok. 95% populacji.

2. Podobnie jest w wypadku leczenia stomatologicznego u dzieci i młodzieży. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) schorzenia jamy ustnej są na czwartym miejscu wśród schorzeń najbardziej kosztownych do leczenia. Promocja zdrowia w tej dziedzinie jest finansowo efektywną strategią, redukującą ciężar chorób i utrzymującą zdrowie i jakość życia. Wyniki Ogólnopolskiego Monitoringu Zdrowia Jamy Ustnej (2012) wskazują, że 86% sześciolatków, 80% dwunastolat- ków i 96% osiemnastolatków ma próchnicę, która przyczynia się do rozszerzenia całego ogniska zapalnego na sąsiednie tkanki, łącznie z tym, że bakterie dostają się do różnych narządów.

3. Kolejnym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia i polityki państwa jest rosnąca zapadalność i umieralność z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego, która – jak wskazują prognozy epidemiologiczne – będzie systematycznie rosnąć, między innymi ze względu na zanieczyszczenie środowiska naturalnego i nałóg palenia tytoniu.

Jednym z najczęściej występujących schorzeń związanych bezpośrednio z ekspozycją na dym tytoniowy jest POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc), z powodu której choruje w Polsce co dziesiąta osoba powyżej 30 roku życia.

Tymczasem wyniki przeprowadzonych przez NIK kontroli wskazują na niewystarczający dostęp do profilaktyki i wczesnego diagnozowania chorób układu oddechowego

1. **OPIS CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

Opis problemu zdrowotnego (Definicja, Etiologia, Obraz kliniczny i przebieg, leczenie, Powikłania, Dane epidemiologiczne, Opis obecnego postępowania)

2. CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI

Cel główny, Cele szczegółowe, Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej)

3. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ CHARAKTERYSTYKA INTERWENCJI, JAKIE SĄ PLANOWANE W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ - Oszacowanie populacji docelowej, której włączenie do programu jest możliwe, Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej, Planowane interwencje, Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotne, Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

4. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ - Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów, Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

5. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ – Monitorowanie, Ocena zgłaszalności do programu, Ocena zgłaszalności do programu, Ocena jakości świadczeń w programie

BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ - Koszty jednostkowe, Koszty całkowite, Źródła finansowania