

Czym jest zdrowie publiczne w Polsce w roku 2006?

What public health is in Poland in 2006?

Mirostław J. Wysocki

Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

Słowa kluczowe: nowe zdrowie publiczne, diagnoza sytuacji zdrowotnej, choroby reumatyczne.

Key words: new public health, diagnosis of the health situation, rheumatic diseases.

Streszczenie

Nieudane próby reformowania systemu ochrony zdrowia w Polsce były prowadzone w obliczu nowych zjawisk i zagrożeń, wpływających niekorzystnie na sytuację zdrowotną ludności, takich jak negatywne aspekty globalizacji, wysokie bezrobocie, masowa obecnie emigracja młodych i zdolnych ludzi oraz organizacyjny i moralny kryzys w ochronie zdrowia. Narasta też epidemiologiczne znaczenie przewlekłych chorób niezakaźnych, w tym chorób reumatycznych, które w krajach rozwiniętych należą do głównych przyczyn inwalidztwa.

Odrębne problemy, to szybko postępujące starzenie się ludności, rosnące terytorialne i społeczne nierówności w zdrowiu oraz niski, nawet w porównaniu z Republiką Czeską i Węgrami, poziom finansowania ochrony zdrowia.

W kontekście tych zjawisk oraz zmian sytuacji zdrowotnej ludności omówiono ewolucję koncepcji i obszarów działania zdrowia publicznego, definicję *nowego zdrowia publicznego* oraz określone przez WHO podstawowe działania zdrowia publicznego, których realizacja powinna pozostawać w gestii państwa.

Przedstawiono też niektóre kryteria i uwarunkowania racjonalnej i skutecznej polityki zdrowotnej, elementy diagnozy sytuacji zdrowotnej ludności oraz miejsce i znaczenie nieurazowych chorób układu ruchu (chorób reumatycznych) w perspektywie zdrowia publicznego.

Wdrażane od 1999 r. nieudane próby reformowania systemu ochrony zdrowia w Polsce były prowadzone w obliczu nowych zjawisk i zagrożeń wpływających negatywnie na sytuację zdrowotną ludności. Do zagrożeń tych należą m.in. kryzys finansów publicznych oraz bar-

Summary

Unsuccessful attempts of health care system reform in Poland were carried out in the presence of new factors and threats which affect the health situation in Poland such as negative aspects of globalization, high level of unemployment, huge emigration of young and able people as well as an organizational and moral crisis in the health care. The epidemiological significance of chronic noninfectious diseases is on the rise, including rheumatic conditions which in developed countries are among the main causes of disability.

Other important problems come from the fast process of population aging, rising level of social and territorial health inequalities and the low, even in comparison to the Czech Republic and Hungary, level of health care financing.

The evolution of concepts and areas of public health as well as the definition of *new public health* were presented and discussed in the context of the above-mentioned health situation threats and determinants. The essential public health functions as defined by WHO, which should remain the responsibility of the state, were also presented.

The author also discusses the selected criteria and determinants of rational and effective health policy, elements of the diagnosis of the health situation of the population as well as the significance of rheumatic diseases in the perspective of public health.

dzo niski poziom finansowania ochrony zdrowia, negatywne aspekty globalizacji, czyli np. rosnąca groźba bioterroryzmu i epidemii szczególnie niebezpiecznych chorób zakaźnych, wysokie bezrobocie, poczucie lęku i niepewności, masowa obecnie emigracja młodych i zdol-

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. med. Mirostław J. Wysocki, Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego, Państwowy Zakład Higieny, ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

nych ludzi oraz kryzys organizacyjny i moralny w ochronie zdrowia. Narasta też epidemiologiczne znaczenie przewlekłych chorób niezakaźnych, w tym chorób reumatycznych, które w krajach rozwiniętych należą do głównych przyczyn inwalidztwa. Odrębne problemy to szybko postępujące starzenie się ludności i rosnące terytorialne oraz społeczne nierówności w zdrowiu.

Zdrowie publiczne wg Achesona jest nauką i sztuką zapobiegania chorobom, przedłużania życia oraz promowania zdrowia poprzez zbiorowy wysiłek społeczeństwa [1].

Wysiłek ten wyraża się zorganizowanymi działaniami mającymi na celu m.in. zapobieganie chorobom zakaźnym i niezakaźnym oraz ich zwalczanie, ochronę i higienę środowiska, promocję zdrowia i oświatę zdrowotną, a także powszechną dostępność służb medycznych, zwłaszcza podstawowej opieki zdrowotnej. Działalność na rzecz zdrowia publicznego powinna sprzyjać takiemu rozwojowi mechanizmów społecznych, który zapewni każdemu obywatelowi poziom życia umożliwiający zachowanie zdrowia. Zdrowie, wg definicji Światowej Organizacji Zdrowia, jest *pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłączenie brakiem choroby lub niedomagania*.

W ostatnich latach politycy i menedżerowie zdrowia coraz częściej używają nazwy *nowe zdrowie publiczne*, określając w ten sposób naukę i kompleksowe postępowanie zmierzające do zachowania i umacniania zdrowia ludności w wymiarze makrospołecznym i lokalnym, ze szczególnym wykorzystaniem metod promocji zdrowia i sprawnego zarządzania. Próbę zdefiniowania *nowego zdrowia publicznego* podjęli w 2000 r. Tulchinsky i Varavikova [2], a w Polsce Nosko [3] oraz Wysocki i Miller [4].

Domeną zdrowia publicznego, w przeciwieństwie do medycyny klinicznej lub naprawczej, która zajmuje się przede wszystkim leczeniem chorób u indywidualnych pacjentów, jest poprawa stanu zdrowia populacji ludzkiej poprzez działania zapobiegawcze oraz promocję zdrowia i zachowań zdrowotnych. Światowa Organizacja Zdrowia [5] określiła w ostatnim dziesięcioleciu tzw. podstawowe funkcje (działania) zdrowia publicznego, za wdrażanie których odpowiedzialność powinna ponosić administracja państwowa. Do podstawowych działań zdrowia publicznego, których lista była modyfikowana przez WHO, należą obecnie:

- tworzenie i wdrażanie polityki zdrowotnej;
- rozwój zasobów ludzkich;
- zbieranie i wykorzystywanie podstawowych informacji o sytuacji zdrowotnej, ocena potrzeb zdrowotnych ludności;
- zapobieganie, *surveillance* i zwalczanie chorób zakaźnych (w tym szczepienia ochronne) oraz ważnych społecznie chorób niezakaźnych;

- udział w ochronie środowiska naturalnego;
- promocja zdrowia i edukacja zdrowotna;
- legislacja dotycząca zdrowia;
- zapewnienie obywatelom podstawowych świadczeń zdrowotnych;
- ocena i standaryzacja technologii medycznej;
- badania naukowe w dziedzinie zdrowia publicznego.

Wbrew obiegowym, lansowanym niekiedy w mediach opiniom, eksperci w zakresie zdrowia publicznego potwierdzają słuszność paradygmatu Lalonda [2, 6–8], który podsumowując wyniki wielu badań i analiz, stwierdził, że sytuacja zdrowotna ludności zależy przede wszystkim od szeroko pojętych działań zapobiegawczych wiążących się ze stylem życia i przestrzeganiem zachowań zdrowotnych (ok. 50%), wpływem środowiska fizycznego i społecznego (ok. 20%), czynników genetycznych (ok. 20%) oraz działań terapeutycznych służby zdrowia (medycyna naprawcza) (10–15%).

Działania na rzecz zdrowia ludności, w tym finansowanie i koordynacja funkcjonowania struktur medycyny naprawczej oraz zdrowia publicznego, wynikają z polityki zdrowotnej państwa i rządu. Polityka ta przeszła w ciągu ostatnich kilkunastu lat dramatyczną metamorfozę – od promowania paternalistycznej, scentralizowanej, sprawowanej przez państwo opieki do wprowadzenia systemu powszechnych ubezpieczeń i radykalnej reformy form finansowania i sprawowania ochrony zdrowia [9].

W tym kontekście ważne jest precyzyjne zdefiniowanie przedmiotu, zakresu i środków działania współczesnej polityki zdrowotnej, która nakreśla kierunki zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych jednostki i społeczeństwa oraz określa obszary odpowiedzialności państwa, a także sektora prywatnego. Wiąże się z tym złożone problemy prawno-medyczne i etyczne (deontologiczne). Z ogólnych procesów globalizacji wynikają nowe wyzwania dla polityki na rzecz zdrowia i zagrożenia wpływające na sytuację zdrowotną ludności (bioterroryzm, zagrożenie szczególnie niebezpiecznymi chorobami), które w części mogą być kontrolowane przez prawodawstwo międzynarodowe.

Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia powinno odzwierciedlać zasady polityki zdrowotnej, formułowanej nie tylko na szczeblu centralnym, ale również przez samorządy terenowe, których obowiązkiem jest dobra znajomość priorytetów i potrzeb zdrowotnych swojej ludności. Zasadnicze znaczenie w poprawie stanu zdrowia ludności i zapobieganiu ważnym społecznie chorobom ma sprawne funkcjonowanie pionu zdrowia publicznego, którego działania w naszym kraju są przede wszystkim wdrażane przez przeznaczoną do tego Państwową Inspekcję Sanitarną, wojewódzkie centra zdro-

wia publicznego, instytuty naukowo-badawcze oraz organy samorządowe.

Wyniki funkcjonowania systemów ochrony zdrowia mogą być oceniane w kategoriach wpływu na stan zdrowia ludności (dynamika wybranych wskaźników sytuacji zdrowotnej) oraz tzw. *responsiveness*, czyli rodzaju odpowiedzi na oczekiwania i prawa pacjenta (jakość świadczeń, szybkie reagowanie, możliwość wyboru lekarza i placówki medycznej, prawo decydowania o własnym losie, zachowanie tajemnicy lekarskiej, szacunek dla godności pacjenta). System ochrony zdrowia może być również oceniany wg kryterium dostępności, czyli porównywalnego stopnia pokrycia grup obywateli różnymi rodzajami świadczeń oraz w kategoriach finansowo-ekonomicznych (np. odsetek dochodu narodowego przeznaczonego na ochronę zdrowia i dystrybucja dostępnych środków) [10].

W ostatnich latach polityka zdrowotna w Polsce koncentruje się przede wszystkim na reformowaniu obszaru medycyny naprawczej, pomijając prawie zupełnie problemy zdrowia publicznego, które zajmują podstawowe miejsce w polityce zdrowotnej krajów Unii Europejskiej [11]. Podobne priorytety, poszerzone o obszary odpowiadające podstawowym funkcjom zdrowia publicznego WHO, sformułowane zostały w Narodowym Programie Zdrowia 1996–2005 [8] oraz w zatwierdzonym już przez kierownictwo Ministerstwa Zdrowia projekcie NPZ na lata 2006–2015. W projekcie tym dwa cele strategiczne (5. i 14.) są ukierunkowane na zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków chorób reumatycznych.

Choroby reumatyczne jako problem zdrowia publicznego były też przedmiotem jednej z sesji Europejskiego Forum Zdrowia w Bad Gastein w październiku 2006 r. Sesja ta zorganizowana przez EULAR i zatytułowana *Rheumatic diseases – European Health Policy Challenge* była prowadzona przez prof. Tore K. Kviena z Norwegii. W kilku referatach prezentowanych przez naukowców, lekarzy praktyków oraz przedstawicieli pacjentów nakreślono epidemiologiczny, kliniczny i społeczny obraz chorób reumatycznych w Europie. W jakimś momencie życia cierpi na nie ok. 100 mln osób [12].

Choroby reumatyczne są najważniejszą przyczyną wczesnego inwalidztwa i absencji chorobowej w wielu krajach Unii Europejskiej. Szacuje się też, że ok. 60% osób z rozpoznaniem reumatoidalnego zapalenia stawów nie pracuje, choć u wielu z nich stan zdrowia nie stanowi przeciwwskazania do podjęcia pracy. Głównym przesłaniem sesji było stwierdzenie, że podstawowym celem naszych działań jest zapobieganie inwalidztwu przez wczesną diagnostykę oraz odpowiednią do potrzeb terapię i rehabilitację.

W podsumowaniu warto przypomnieć, że Polska, jako państwo członkowskie Światowej Organizacji Zdrowia oraz Unii Europejskiej, powinna sformułować i wdrażać politykę zdrowotną, w której zdrowie publiczne jest traktowane równie poważnie, jak zagadnienie medycyny naprawczej.

Warto także pamiętać, że warunkiem prowadzenia racjonalnej i skutecznej polityki zdrowotnej jest zachowanie równowagi między paradygmatem Lalonde a obiegowym rozumieniem pojęcia zdrowia i mało uzasadnioną wiarą, że sytuacja zdrowotna mieszkańców naszego kraju zależy tylko od sprawnego działania systemu medycyny naprawczej.

Konieczna jest również trafna diagnoza sytuacji i potrzeb zdrowotnych ludności. Diagnoza ta może być opracowana na podstawie już uzyskanych wyników badań epidemiologicznych, statystycznych i socjologicznych, bez potrzeby prowadzenia nowych, kosztownych studiów populacyjnych. Wybrana strategia działań musi uwzględniać współpracę wielu ministerstw i sektorów państwa i charakteryzować się wieloletnią perspektywą czasową. Ważnym warunkiem powodzenia polityki zdrowotnej powinna być jej racjonalność i przejrzystość, umożliwiającą zrozumienie i akceptowanie przez wyborców oraz poparcie środowisk medycznych i pielęgniarskich, a także planowanie systematycznego wzrostu poziomu finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Poziom ten, np. jest obecnie niższy mniej więcej o połowę niż w Republice Czeskiej i o 30% niż na Węgrzech [13].

Na zakończenie trzeba podkreślić, że polityka zdrowotna w odbiorze społecznym jest ważnym elementem polityki zdrowotnej państwa, a poczucie zdrowotnego i społecznego bezpieczeństwa stanowi istotny czynnik decydujący o poziomie zaufania wyborców do władzy.

Piśmiennictwo

1. Public Health in England: The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. HMSO, London 1988.
2. Tulchinsky TH, Varavikova EA. The New Public Health. An Introduction for the 21st Century (Hardcover). Academic Press, New York 2000.
3. Nosko J. O potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym. Zdr Publ 2001; 111: 75-80.
4. Wysocki MJ, Miller M. Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne. Przegl Epidemiol 2003; 57: 505-12.
5. Bettcher DW, Sapirie S, Goon EH. Essential public health functions: results of the international Delphi study. World Health Stat Q 1998; 51: 44-54.
6. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ministry of Health and Welfare, Ottawa 1974.
7. Last JM. Public Health and Human Ecology. Prentice Hall International, London 1998.

8. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Narodowy Program Zdrowia 1996–2005, Warszawa 1996.
9. Włodarczyk WC. Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Vesalius, Kraków 1998.
10. WHO. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, Geneva 2000.
11. European Commission. Programme Committee for Public Health; 2007 Work Plan; Luxemburg, 7.12.2006.
12. Materiały IX Europejskiego Forum Zdrowia, Bad Gastein, 4-7.10.2006.
13. Golinowska S. Zmiany i reformy systemów ochrony zdrowia w krajach transformacji. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2006; 4: 5-28.