

Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP w Warszawie

ZDROWIE PUBLICZNE
Wybrane zagadnienia
TOM I

Redakcja
Janusz Opolski

Warszawa 2011

Przygotowanie oraz wydruk podręcznika współfinansowane przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego

AUTORZY:

JANUSZ OPOLSKI – DR N. MED., M.P.H., dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego, kierownik Zakładu Ekonomiki, Prawa i Zarządzania Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Związany z uczelnią od początku jej istnienia. W latach 1980–2005 w administracji służby zdrowia i administracji rządowej. W latach 80. między innymi: wicedyrektor ds. lecznictwa w Zespole Opieki Zdrowotnej Warszawa-Żoliborz; dyrektor naczelny ZOZ Warszawa-Mokotów. Następnie dyrektor medyczny w Saint Vincent Medical Center. W latach 90. dyrektor Gabinetu Ministra Zdrowia prof. J. Żochowskiego, następnie prezes Agencji Rezerw Sanitarnych, a po reorganizacji wiceprezes Agencji Rezerw Materiałowych, do chwili powołania w roku 2004 na stanowisko podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. Szeroka aktywność międzynarodowa. Między innymi: przedstawiciel Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce; zastępca członka Komitetu Wykonawczego Światowej Organizacji Zdrowia; członek Komisji Zdrowia Publicznego Rady Europy; ekspert i czasowy doradca ŚOZ w latach 1980–1992. Autor blisko 50 publikacji naukowych w zakresie szeroko pojętego zdrowia publicznego. Wieloletni sekretarz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej; członek założyciel Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej.

MAREK SANECKI – DR HAB. NAUK MED. (ur. 1931 r. w Warszawie); profesor nadzwyczajny w Wyższej Szkole Ekologii i Zarządzania w W-wie. Kwalifikacje zawodowe: dyplom lekarza (1955, AM w W-wie); dyplom zdrowia publicznego (1961, DPH, University of Bristol, UK); dyplom podypl. studiów afrykanistycznych (1964, UW); doktor medycyny (1964, PZH w W-wie); doktor habilitowany nauk medycznych w zakresie medycyny społecznej (1973, CMKP w W-wie); specjalista II stopnia w organizacji ochrony zdrowia oraz II stopnia w epidemiologii, I stopnia w dziedzinie chorób zakaźnych. Zajmowane ważniejsze stanowiska: 1955–1966 – pracownik naukowy (asystent, st. asystent) w Zakładzie Epidemiologii PZH w Warszawie; 1966–1970 doradca regionalny ds. zwalczania chorób zakaźnych oraz organizacji służb przeciwepidemicznych w Biurze Regionalnym WHO dla Afryki (Brazzaville, Rep. Kongo); następnie w Dep. Służb Zdrowia Publicznego, w Centrali WHO (Genewa, Szwajcaria); 1970–1991 – nauczyciel akademicki: adiunkt i zastępca kierownika Studium, następnie docent i kierownik Studium Medycyny Społecznej (obecnie Szkoła Zdrowia Publicznego) CMKP w W-wie. Po przejściu na emeryturę: 1993–1998 wykładowca i przewodniczący Rady Programowej Centrum Edukacji i Doradztwa Służby Zdrowia w Warszawie; od 1998 profesor nadzwyczajny w Wyższej Szkole Ekologii i Zarządzania w Warszawie; w latach 1992–2009 wykładowca: w Studium Podyplomowym Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia, w Katedrze Zarządzania SGH; w Studium Podyplomowym Farmakoekonomiki, Marketingu i Prawa Farmaceutycznego, w Szkole Biznesu Politechniki Warszawskiej; w Szkole Zdrowia Publicznego CMKP w Warszawie.

GRZEGORZ JASIŃSKI – lekarz, Absolwent Akademii Medycznej w Łodzi (1976) specjalista chirurgii ogólnej (II st.). Studia podyplomowe na Wydziale Ochrony Zdrowia, Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. W latach 1999–2000 dyrektor

Wydziału Zdrowia Starostwa Powiatu Warszawskiego, 2000-2001 dyrektor w Departamencie Polityki Ubezpieczeń Zdrowotnych Krajowego Związku Kas Chorych, 2001-2007 specjalista w Biurze Rozliczeń Międzynarodowych Ministerstwa Zdrowia. W latach 1999-2003 uczestnik dwóch programów Unii Europejskiej (EC PHARE Consensus Program) mających na celu przystosowanie administracji polskiej do członkostwa w Unii Europejskiej. Dyrektor Biura Naczelnej Izby Lekarskiej od 2001 do 2011 r. Wykładowca w Szkole Zdrowia Publicznego CMPK w Warszawie. Autor ponad 20 publikacji na temat organizacji i finansowania systemów zdrowia w państwach świata, wpływu orzeczeń Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości na systemy ochrony zdrowia, ubezpieczeń zdrowotnych w państwach Unii Europejskiej oraz transgranicznych świadczeń zdrowotnych w Unii Europejskiej.

ANDRZEJ WOJTCZAK – PROF. DR HAB. MED., profesor zwyczajny na Wydziale Zdrowia Publicznego Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Siedlcach, a także wykładowca w Szkole Zdrowia Publicznego CMPK. Dziekan Studium Medycyny Społecznej, a następnie dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej CMPK (1991–95). Wykładowca na Uniwersytecie Kwansei Gakuin w Japonii (1999–2002). Wieloletni dyrektor ŚOZ w Biurze Europejskim w Kopenhadze (1978–86) oraz w Kwaterze Głównej w Genewie kierujący Centrum ds. Badań nad Zdrowiem w Kobe w Japonii (1996–99). W latach 1999–2005 dyrektor Instytutu Międzynarodowych Problemów Edukacji Medycznej w Nowym Jorku. W latach 1971–78 dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa, a w latach 1989–91 podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia. Autor wieluset publikacji naukowych z zakresu medycyny, kształcenia medycznego i zdrowia publicznego w czasopismach krajowych i międzynarodowych, redaktor podręcznika „Chorób Wewnętrznych” (PZWL 1981–3, i 1995) i autor „Zdrowie Publiczne wyzwaniem systemów zdrowia XXI wieku”(PZWL 2009).

MAREK BALICKI – lekarz, absolwent Akademii Medycznej w Gdańsku (1978); specjalizacje: anestezjolog (I st.), psychiatra (II st.); dyrektor Szpitala Wolskiego w Warszawie. Wiceminister zdrowia i opieki społecznej (1992–1993), minister zdrowia (2003 oraz 2004–2005), przewodniczący Międzyresortowego Zespołu do spraw Reform Zabezpieczenia Społecznego i Systemu Świadczeń Zdrowotnych (1992–1993). Doradca prezydenta Aleksandra Kwaśniewskiego ds. polityki zdrowotnej (1998–2001). Poseł na Sejm I, II i V kadencji, senator V kadencji. W latach 80. działacz Solidarności, m.in. członek Zarządu Regionu Gdańskiego i delegat na I Zjazd NSZZ „Solidarność”. W stanie wojennym internowany. W 1983 r. aresztowany, zwolniony po amnestii, prezes Warszawskiego Towarzystwa Pomocy Lekarskiej i Opieki nad Psychicznymi i Nerwowo Chorymi, członek Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, współzałożyciel Kolegium Lekarzy Rodzinnych. Jest autorem wielu publikacji z zakresu polityki zdrowotnej, organizacji i finansowania systemu opieki zdrowotnej, ochrony zdrowia psychicznego oraz praw pacjenta. Prowadził wykłady m. in. na Podyplomowym Studium Prawa Medycznego, Bioetyki i Socjologii Medycyny Uniwersytetu Warszawskiego; Podyplomowym Studium Biznesu Medycznego Szkoły Głównej Handlowej; w Szkole Biznesu Politechniki Warszawskiej, w Szkole Praw Człowieka przy Fundacji Helsińskiej. Szpital Wolski, ul. Kasprzaka 17, 01-211 Warszawa; mbalicki@wa.onet.pl

GRZEGORZ OPOLSKI – PROF. DR HAB. MED. Kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii I Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Zainteresowania naukowe

obejmują stabilną chorobę wieńcową i ostre zespoły wieńcowe, niewydolność serca, zaburzenia rytmu, a zwłaszcza migotanie przedsionków i elektroterapię. Autor ponad 200 artykułów naukowych i 40 rozdziałów w podręcznikach kardiologicznych. Współredaktor takich książek, jak: „Ostre zespoły wieńcowe”, „Leki hamujące układ renina-angiotensyna-aldosteron”, „Migotanie przedsionków”, „Choroby serca i naczyń – poradnik lekarza rodzinnego”. Przewodniczący Rady Programowej Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego – POLKARD w latach 2003–2008. Redaktor naczelny czasopisma „Kardiologia po Dyplomie”.

TOMASZ ZDROJEWSKI – DR HAB. MED. Specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz hipertensjologii. Nauczyciel akademicki i pracownik naukowy Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. W latach 1989–1990 stypendysta Fundacji Kościuszkowskiej w dziedzinie kardiologii klinicznej (Columbus, Uniwersytet Stanu Ohio, USA). W latach 1991–1993 stypendysta Fundacji Alexandra von Humboldta oraz DFG w Uniwersytecie w Wuerzburgu w Niemczech. Od roku 1994 intensywnie zajmuje się epidemiologią kliniczną, prewencją, farmakoekonomią oraz polityką zdrowotną. W latach 1997 i 2002 główny autor i koordynator programów Natpol i Natpol Plus – pierwszych ogólnopolskich badań oceniających metodą reprezentatywną rozpowszechnienie i kontrolę czynników ryzyka zawałów serca i udarów mózgu w Polsce. W latach 1999–2001, we współpracy z Europejskim Towarzystwem Kardiologicznym, inicjator i realizator programu edukacji w polskich środowiskach opiniotwórczych, m.in. w Parlamencie RP. W roku 2002 – członek i sekretarz Zespołu Ekspertów ds. przygotowania Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD. Od 2003 roku sekretarz Narodowego Programu POLKARD. Inicjator i koordynator krajowych programów badawczych i interwencyjnych takich jak Polski Projekt 4 Miast, Polski Projekt 400 Miast, oraz wieloletnich projektów regionalnych: Sopkard 1999–2009 i Zdrowie dla Pomorzan 2005–2013. W 2004 roku przedstawiciel Polski w negocjacjach dokumentu Komisji Unii Europejskiej „Healthy Heart”. Od 2006 r. doradca ds. zdrowia prezydenta RP. Członek grup roboczych i zarządów polskich i europejskich towarzystw naukowych. Autor lub współautor ponad 170 prac naukowych i rozdziałów w podręcznikach w dziedzinie kardiologii, epidemiologii klinicznej, farmakoekonomii, prewencji i polityki zdrowotnej, w tym ważnych artykułów opisujących sytuację epidemiologiczną w Polsce, opublikowanych w renomowanych pismach zagranicznych.

JANUSZ MEDER – DR N. MED. Urodzony 22 listopada 1947 w Chorzowie w rodzinie inteligentnej. Ukończył Liceum im. R. Traugutta w Warszawie, a następnie Warszawską Akademię Medyczną. Od ukończenia studiów (1972) jest pracownikiem Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, gdzie kolejno pracował na stanowiskach: asystenta w Klinice Onkologii Ogólnej, starszego asystenta i adiunkta w Zakładzie Radioterapii w latach 1973–1979. Jednocześnie z pracą w Klinice prowadził prace eksperymentalne na zwierzętach w Zakładzie Radiobiologii uwięzione w 1979 doktoratem pt. „Stopień depopulacji tkanek krwiotwórczych i nabłonka jelitowego myszy jako miara skutku biologicznego promieniowania X i neutronów prędkich”.

– 1976 I stopień specjalizacji z zakresu onkologii – radioterapii

– 1978 6-miesięczne stypendium naukowo-szkoleniowe w laboratoriach i oddziałach klinicznych Europejskich Ośrodków Onkologicznych i Hematologicznych w Londynie, Amsterdamie, Brukseli.

– 1979 II stopień specjalizacji z zakresu onkologii – radioterapii

- 1980–1981 praca naukowo-badawcza i kliniczna w Harvard Medical School w Bostonie w zakresie radio- i chemioterapii nowotworów (stypendium National Cancer Institute w USA)
 - 1984 praca w oddziałach onkologicznych w Memorial Sloan-Kettering Cancer Center w Nowym Jorku na zaproszenie strony amerykańskiej
 - 1984–1995 kierownik Kliniki Radioterapii w Centrum Onkologii
 - 1994–1997 dyrektor Polskiej Szkoły Onkologii
 - 1995–2002 naczelny radioterapeuta w Centrum Onkologii
 - od 1995 do chwili obecnej kierownik Kliniki Nowotworów Układu Chłonnego w Centrum Onkologii – Instytucie w Warszawie
 - od 1999 do chwili obecnej przewodniczący Polskiej Grupy Badawczej Chłoniaków
 - od 2000 do chwili obecnej prezes Polskiej Unii Onkologii
 - 2003 specjalizacja w dziedzinie onkologii klinicznej
 - od 2006 członek Rady ds. Zwalczania Chorób Nowotworowych w Ministerstwie Zdrowia
 - od 1984 roku do chwili obecnej Członek Rady Naukowej Centrum Onkologii Członek Rady Konsultantów Naukowych Komitetu Redakcyjnego Czasopism: „Nowotwory” i „Onkologia w Praktyce Klinicznej”
 - od 2007 roku wiceprezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej
 - 2002 rok odznaczony przez Prezydenta RP Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski. Członek wielu krajowych i zagranicznych Towarzystw Naukowych m.in. ASCO, ESMO, ESTRO, PTO, PTHiT, PTRO.
 - od 2010 do chwili obecnej kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Układu Chłonnego w Centrum Onkologii.
- Autor lub współautor ponad 170 publikacji naukowych.

DARIUSZ RUDAŚ – absolwent wydziału lekarskiego Wojskowej Akademii Medycznej im. gen. bryg. prof. Bolesława Szareckiego w Łodzi. Po odejściu z wojska do chwili obecnej pracuje w Państwowej Inspekcji Sanitarnej, obecnie jako Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m.st. Warszawie. Posiada specjalizację z chorób wewnętrznych, organizacji ochrony zdrowia wojsk oraz z epidemiologii. Skończył studia podyplomowe z organizacji, zarządzania i ekonomiki w opiece zdrowotnej organizowane przez Szkołę Zdrowia Publicznego Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dr. Jerzego Nofera w Łodzi, studia podyplomowe organizowane przez Wydział Strategiczno – Obronny Akademii Obrony Narodowej w zakresie Bezpieczeństwa Narodowego oraz studia podyplomowe organizowane przez Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego z prawa medycznego, bioetyki i socjologii medycyny.

KRZYSZTOF PUCHALSKI – DR N. HUM. Socjolog, pracuje w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie oraz w Instytucie Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi (Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy). Kierownik i realizator wielu projektów badawczych i wdrożeniowych w dziedzinie zdrowia publicznego (m.in. grantów Banku Światowego, Komisji Europejskiej, Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Pracy, Komitetu Badań Naukowych, umów z przedsiębiorstwami i samorządami). Konsultant i autor programów prewencji ryzyka i promocji zdrowia w zakładach pracy oraz środowiskach lokalnych, trener liderów zmian społecznych. Wykładowca akademicki (m.in. socjologia zdrowia, problemy zdrowotne współczesnych społeczeństw, zarządzanie projektem interwencji społecznej). Główne zainteresowania: (1) zachowania zdrowotne – analiza stanu, wyjaśnianie i kształtowanie (współautor pierwszej w Polsce monografii na temat zachowań zdrowotnych społeczeństwa), (2) świadomość społeczna w dziedzinie zdrowia (autor pierwszej w kraju książki na temat stanu i mechanizmów

potocznego myślenia o zdrowiu: Zdrowie w świadomości społecznej, IMP, Łódź 1997), (3) promocja zdrowia – koncepcje, wdrożenia i uwarunkowania (współtwórca i koordynator Ogólnopolskiej Sieci Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, współautor poradników w serii: Jak promować zdrowie w miejscu pracy?), (4) rozwiązywanie problemu palenia tytoniu w organizacjach (autor pierwszego w Polsce poradnika dla osób zarządzających polityką wobec palenia tytoniu). W 2009 r. za wybitne osiągnięcia badawcze w dziedzinie promocji zdrowia otrzymał wraz z zespołem nagrodę Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), ufundowaną przez państwo Kuwejt.

DOROTA CIANCIARA DR. HAB. N. MED. Jest kierownikiem Zakładu Epidemiologii i Promocji Zdrowia CMKP w Warszawie oraz kierownikiem Pracowni Promocji Zdrowia w Zakładzie Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny. Posiada specjalizację z higieny i epidemiologii, ze zdrowia publicznego oraz w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Uczestniczyła w wielu zagranicznych kursach nt. edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia oraz zdrowia publicznego, a także współpracowała przy realizacji europejskich projektów badawczych i wdrożeniowych o tej tematyce. Poza pracą badawczą zajmuje się tworzeniem, wdrożeniem i ewaluacją interwencji prozdrowotnych, a także kształceniem i szkoleniem zawodowym. Brała udział w tworzeniu i monitorowaniu krajowych planów i polityk zdrowotnych, uczestniczyła w pracach grup roboczych oraz komisji tematycznych. W ostatnich latach koncentruje się na tematyce zwiększenia krajowego potencjału promocji zdrowia i zdrowia publicznego, problematyce reklamy produktów leczniczych dostępnych bez recepty i suplementów diety oraz zdrowia migrantów w Polsce.

ZOFIA SŁOŃSKA DR NAUK HUM. Socjolog. Jest adiunktem i zastępcą kierownika Zakładu Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia w Instytucie Kardiologii im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie oraz adiunktem w Zakładzie Epidemiologii i Promocji Zdrowia Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP. Pracownik oraz wieloletni ekspert Światowej Organizacji Zdrowia, w latach 1998–2010 członek redakcji czasopisma naukowego „Health Promotion International”, członek przedstawiciel Rządowej Rady Ludnościowej, członek Komitetu Doradców, Centrum ds. Komunikacji, Zdrowia i Środowiska z siedzibą w Waszygtonie, członek zarządu European Society of Health and Medical Sociology oraz członek innych międzynarodowych i krajowych organizacji naukowych m.in. International Union of Health Promotion and Education (IUHPE) i Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Główne obszary badawcze: promocja zdrowia, socjologia zdrowia i medycyny, socjoepidemiologia. Autorka lub współautorka ponad 70 publikacji naukowych, w tym książek m.in. pierwszego w Polsce socjologicznego studium choroby przewlekłej „Życie codzienne chorych na cukrzycę” (1988) oraz pierwszego w Polsce słownika „Promocja Zdrowia” (1994), „Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej” (2002), haseł „zdrowie” i „choroba” w Encyklopedii Socjologii tom 1 – 1998, tom 4 – 2002, rozdziałów w książkach, w tym w zakresie socjologii, zdrowia i medycyny – m.in. „Socjologia a promocja zdrowia” A. Ostrowska (red) socjologia medycyny (2009) oraz artykułów w zagranicznych i krajowych czasopismach naukowych.

Przygotowanie oraz wydruk podręcznika współfinansowane
przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego

Wydawca:

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
01-813 Warszawa, ul. Marymoncka 99/103
tel. 22 56 93 700
fax 22 56 93 712
www.cmkp.edu.pl

Recenzenci:

Prof. dr hab. n. med. Leszek Wdowiak
Dr. hab. n. med. Piotr Tyszkowski

Opracowanie redakcyjne

Hanna Jędrkiewicz

Wydanie I

ISBN - 978-83-62110-35-3

Druk i oprawa:

Oficyna Drukarska
Jacek Chmielewski
ul. Sokołowska 12a
01-142 Warszawa
tel. 22 632 83 52



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Spis treści

ZDROWIE PUBLICZNE – GENEZA, PRZEDMIOT I ZAKRES. WPROWADZENIE DO ZAGADNIENIA	9
<i>Janusz Opolski</i>	
SYSTEMY ZDROWIA – PROCESY TRANSFORMACJI	
- PRZYCZYNY I CELE ZMIAN	31
<i>Marek Sanecki</i>	
OCHRONA ZDROWIA W UNII EUROPEJSKIEJ	
- PRIORYTETY ZDROWIA PUBLICZNEGO	47
<i>Grzegorz Jasiński</i>	
GLOBALIZACJA – WYZWANIA I ZAGROŻENIA	
DLA ZDROWIA	63
<i>Andrzej Wojtczak</i>	
EPIDEMIOLOGIA JAKO PODSTAWOWE NARZĘDZIE ZDROWIA PUBLICZNEGO.	
DETERMINANTY ZDROWIA. DIAGNOZOWANIE SYTUACJI ZDROWOTNEJ	71
<i>Marek Sanecki</i>	
ORGANIZACJA I FUNKCJONOWANIE SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ	
W POLSCE. NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA	97
<i>Marek Balicki</i>	
CHOROBY UKŁADU SERCOWO-NACZYNIOWEGO W POLSCE	125
<i>Grzegorz Opolski, Tomasz Zdrojewski</i>	
ORGANIZACJA OPIEKI ONKOLOGICZNEJ W POLSCE NARODOWY PROGRAM	
ZWALCZANIA CHORÓB NOWOTWOROWYCH	139
<i>Janusz Meder</i>	
ORGANIZACJA I FUNKCJONOWANIE PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ	151
<i>Dariusz Rudaś</i>	
PSYCHOSPOŁECZNE PROBLEMY ZDROWIA I CHOROBY	161
<i>Krzysztof Puchalski</i>	
PROMOCJA ZDROWIA. ZAKRES I DZIAŁANIA.	
ORGANIZACJA PROMOCJI ZDROWIA W POLSCE I NA ŚWIECIE	173
<i>Dorota Cianciara</i>	
PROMOCJA ZDROWIA W CHOROBAH UKŁADU KRĄŻENIA	193
<i>Zofia Słońska</i>	

Zdrowie publiczne – geneza, przedmiot i zakres. Wprowadzenie do zagadnienia

Janusz Opolski

Motto:

*Opieka medyczna ma życiowe
znaczenie dla nas wszystkich
– od czasu do czasu.
Zdrowie publiczne ma takie
znaczenie – zawsze.*

C. Everett Koop

Wprowadzenie. Nieco historii

Od niepamiętnych czasów zastanawiano się nad czynnikami powodującymi cierpienie, chorobę i skracanie życia. Podejmowano także działania zmierzające do zapobiegania chorobom i leczenia. Ich zakres był oczywiście inny niż obecnie. Wynikał z ówczesnej wiedzy, sposobu pojmowania i wyjaśniania świata, systemu wartości, organizacji życia społecznego. Jednakże przedmiotem działań były, tak jak dziś, zarówno jednostki, jak i całe społeczności.

Dbłość o zdrowie w skali ponadjednostkowej pojawiła się już w cywilizacjach starożytnych. Historia dostarcza wiele przykładów stosowania zasad – dziś nazwalibyśmy je zasadami zdrowia publicznego – w organizacji życia społecznego¹. Zapewnienie dostępu do świeżej wody, budowa ogólnie dostępnych łaźni, tworzenie warunków do ćwiczeń fizycznych, wprowadzenie kwarantanny jako sposobu walki z chorobami zakaźnymi – są przykładami działań dla zdrowia społeczności, wprowadzanych na drodze różnego rodzaju regulacji porządkujących otoczenie i sposób życia ludzi. Rozumienie ich racjonalności było oczywiście odmienne od współczesnego.

Przez tysiące lat choroby, szczególnie te o charakterze epidemicznym, były traktowane jako kara boska za niegodziwości rodu ludzkiego. Stąd tak istotna rola norm o charakterze rytualnym bądź religijnym. Wierzano, że można uniknąć kary, jeżeli prześląga się zagniewane bóstwo. Z czasem zaczęto głębiej zastanawiać się nad związkami przyczynowo-skutkowymi pomiędzy

1) Podawane dalej przykłady oparte są głównie na pracy G. Rosena [28].

określonymi sytuacjami zewnętrznymi a negatywnymi zjawiskami zdrowotnymi w społecznościach. Uważano, że choroba jest naruszeniem równowagi pomiędzy człowiekiem a jego środowiskiem².

Okres antyczny to także pierwsze próby instytucjonalizowania pomocy medycznej. W Grecji zawód lekarza, tak jak innych sztuk i rzemiosł, był zawodem objazdowym. Lekarze przybywali do miast i pukając do drzwi oferowali swoje usługi. Kiedy popyt był wystarczający, osiedlali się na jakiś czas, udzielając porad w miejscu nazywanym *iatreion*. Miało ono charakter nie tylko dzisiejszego ambulatorium, ale także szpitala, ponieważ czasami chorzy przebywali tam dłużej [30]. Około 600 lat p.n.e. poszczególne miasta greckie zaczęły zatrudniać lekarzy miejskich płacąc im pensje, pochodzące z podatków, aby udzielali pomocy potrzebującym.

W republice, a także w pierwszym okresie istnienia cesarstwa rzymskiego, z ówczesnej wiedzy medycznej korzystali głównie ludzie zamożni. Reszcie ludności pozostała medycyna ludowa i wiara w pomoc bogów. Ale już pod koniec pierwszego stulecia nowej ery zatrudniani byli przez miasta lekarze publiczni znani jako *archiatri*. Około roku 160 cesarz Antionius Pius uregulował prawnie zatrudnienie tych medyków. Większe miasta musiały opłacać nie więcej niż dziesięciu lekarzy miejskich, mniejsze od pięciu do siedmiu. Głównym ich zadaniem było udzielanie bezpłatnej pomocy medycznej ludziom potrzebującym, których nie było stać na uzyskanie porady u lekarza prywatnego. Z tego okresu pochodzą także wiadomości o powstawaniu szpitali publicznych, a także szpitali wojskowych organizowanych w strategicznych dla cesarstwa miejscach (*valetudinaria*).

Uważa się, że warunki sanitarne i działania chroniące zdrowie były tak dobre w imperium Rzymskim w roku 300 n.e., że podobne pojawiły się w świecie nowożytnym dopiero w połowie wieku XIX [8]. Wspaniały system kanalizacji Rzymu (tzw. *Cloaca Maxima*) jest ogólnie znany. Ale w ruinach Pompejów i Herkulanum można znaleźć pozostałości spłukiwanych wodą ubikacji, a około roku 70 w Rzymie wzniesiono budynek wyposażony w marmurowe pisuary³. Do tworzenia warunków zdrowotnych w dzisiejszym rozumieniu można także zaliczyć: budowanie akweduktów, łaźni publicznych, przepisy mające zapewnić dostarczanie żywności świeżej i dobrej jakości, nadzór nad ich wdrażaniem (tym zajmowali się urzędnicy nazywani edylami), zakres grzebania zwłok „*intra muros*” i wiele innych.

Okres średniowiecza w świecie zachodnim uznawany jest powszechnie za czas regresu w dziedzinie zdrowia. Wynikało to z traktowania choroby jako kary za grzech. Przeznaczeniem człowieka miało być cierpienie za życia i wiara w szczęście wieczne po śmierci, a działania o charakterze profilaktyki traktowano jako ingerowanie w boską wolę. To, co było akceptowalne w takim podejściu to, zgodnie z zasadami miłosierdzia, zapewnienie swojego rodzaju komfortu chorowania i opieki [35]. Stąd organizowane przez Kościół obiekty, spełniające rolę dzisiejszych szpitali. Liczba takich placówek zaczęła się zwiększać w końcowym okresie średniowiecza, szczególnie – gdy mniej więcej od wieku XIII – ich organizacja i administrowanie zaczęło przechodzić w ręce władz rozwijających się coraz bardziej miast. Należy jednak podkreślić, że były one przeznaczone nadal dla biednych i ubogich. Tylko bezdomni i pozbawieni jakichkolwiek środków do życia mogli akceptować przebywanie w panujących tam fatalnych warunkach sanitarnych i ogólnej atmosferze [27]. Ponieważ liczba lekarzy była niewielka, dostęp do pomocy lekarskiej był przywilejem niewielkiej liczby zamożnych obywateli. Lekarze z wykształceniem uniwersyteckim pełnili z reguły funkcje medyków nadwornych. Reszta społeczeństwa korzystała z pomocy bądź parających się medycyną rzemieślników (do których zaliczano chirurgów i balwierzy), wędrownych szarlatanów bądź duchownych.

Przez Europę przechodziły wielkie epidemie: ospy prawdziwej, dżumy, trądu, gruźlicy, róży, wąglika czy jaglicy, zmieniając sytuację demograficzną i wpływając na rozwój społeczno-eko-

2) Szerzej na ten temat [34].

3) Pierwsza toaleta publiczna naszych czasów została zbudowana w Londynie w roku 1851 [26].

nomiczny poszczególnych krajów. Niewiele można było zrobić w leczeniu tych chorób. Podejmowano jednak działania, które nazwalibyśmy dziś realizacją przepisów sanitarnych: segregację i izolowanie chorych oraz kwarantannę. Podczas pandemii dżumy w drugiej połowie XIV wieku po raz pierwszy zamykano porty w Genui i Wenecji dla statków przybywających z terenów epidemicznych. Port Reggio po raz pierwszy zastosował czterdziestodniową obserwację załogi przed wypuszczeniem na ląd. Stąd nazwa kwarantanna. W roku 1485 w Wenecji powstał pierwszy w Europie urząd sanitarny (*Magistrato Della Sanità*); wydano także pierwsze przepisy dotyczące zwalczania epidemii. Zwraca uwagę, że przepisy sanitarne obowiązujące w miastach włoskich były przejawem tendencji do odmiennego pojmowania etiologii i dróg szerzenia się chorób zakaźnych, niż to wynikało z powszechnie obowiązującej teorii „morowego powietrza” [7]. Podobnym przykładem proponowania przez światłych przedstawicieli nauki i praktyki, badających zdrowie populacji, wyjaśnień i rozwiązań odbiegających od oficjalnej doktryny była praca Girolamo Francastoro. W roku 1543 opublikował on dzieło „*De contagione et contagiosis morbis*” wskazując jako przyczynę dżumy zarodki, które przenoszą się od człowieka do człowieka przez bezpośredni kontakt, przez przedmioty lub powietrze.

W okresie Renesansu można zauważyć początki zmian w postrzeganiu świata. Była to reakcja na wieloletnią supremację doktrynalną, polityczną, gospodarczą i administracyjną Kościoła, głównie papieża, hamującą rozwój nauki i troski o zdrowie ze względu na kult ascezy i umartwianie się [23]. Pojawia się dążność do obserwacji i analizy jako metod poznania istoty zjawisk, w tym także związanych ze zdrowiem lub chorobą. W nowym oglądzie świata mieszczą się zarówno odkrycia Kopernika, jak i prace anatomiczne Andreasa Vesuliusa lub Wiliama Harleya. W roku 1662 członek Brytyjskiego Towarzystwa Królewskiego John Grant wykazał w pracy pt. „*Natural and political observations upon the bills of mortality*” statystyczne zależności pomiędzy umieralnością a warunkami życiowymi. Była to pierwsza próba użycia statystyki medycznej. Mniej więcej w tym okresie także Antoni van Leeuwenhoek wynalazł mikroskop.

W wieku XVIII zaczynają pojawiać się dalsze ważne obserwacje dotyczące powstawania chorób, szczególnie zakaźnych, a także i innych występujących masowo. Szukano bezpośredniego czynnika sprawczego. Na przykład Bernardo Ramazzini zauważył, że istnieje zależność między obfitością opadów i powodziami w części Włoch a występowaniem malarii. Jest on nadto uważany za prekursora medycyny pracy. Prowadził bowiem badania różnych grup zawodowych, szukając związku pomiędzy warunkami pracy a chorobami. Proponował także środki zapobiegawcze (w tym również środki ochrony osobistej) przed zagrożeniami w środowisku pracy [24]. Z kolei James Lind, lekarz w służbie brytyjskiej marynarki królewskiej, udowodnił znaczenie spożywania cytrusów w profilaktyce i leczeniu szkorbutu, przekleństwa długich rejsów morskich. W maju 1774 na pokładzie HMS „Salisbury”, J. Lind przeprowadził doświadczenie, uważane za pierwsze na świecie kontrolowane badanie kliniczne, podając dwunastu marynarzom chorym na szkorbut sześć różnych diet. Wyzdrowieli ci, którzy dostawali pomarańcze i cytryny⁴.

W drugiej połowie XVIII zaczęto także dyskutować o odpowiedzialności władzy publicznej (państwa) za ochronę zdrowia obywateli. Johann Peter Frank w swym monumentalnym, wielotomowym dziele „*System einer vollständigen medizinischen Polizey*”⁵ sformułował pola aktywności dla państwa: wprowadzenie obowiązku posiadania świadectw zdrowia przed zawarciem małżeństwa; zapewnienie opieki nad macierzyństwem, pomocy w chorobie, urządzania szkół i organizowania nauczania uwzględniającego wymogi zdrowia; zwalczanie alkoholizmu i prostytucji, zaopatrzenie w wodę i usu-

4) Historycy wojskowości uważają, że to odkrycie i w konsekwencji wprowadzenie do diety w królewskiej marynarce obowiązkowego spożywania cytrusów, miało swoje znaczenie w pokonaniu kilkanaście lat później. Napoleona Bonaparte. Flota brytyjska mogła bowiem przebywać długi czas w morzu blokując Europę kontynentalną.

5) Dzieło J. P. Franka liczy 6262 strony. Wyciąg głównych myśli został opublikowany po angielsku w roku 1976 [21].

wanie nieczystości. Frank proponował także inne, wówczas odkrywcze, rozwiązania. Na przykład: standardy w nauczaniu medycyny, kształcenie przy łóżku chorego, stworzenie sieci szpitali publicznych, statystyki medycznej i inne. Stąd uważany jest za ojca współczesnego systemu zdrowia [36].

W czasach nowożytnych ważną cezurą w rozwoju działań na rzecz zdrowia populacji było przyspieszenie cywilizacyjne, które rozpoczęło się w niektórych krajach europejskich na przełomie XVIII i XIX wieków. Przemiany gospodarcze, określane mianem rewolucji agrarnej i przemysłowej, spowodowały masową migrację do miast, ich przeludnienie i fatalne warunki higieniczne pracy i bytowania. Typowe dla rozwijających się miast Europy wieku XVIII były góry śmieci i cuchnących odpadów na ulicach; odpady przemysłowe płynące rynsztokami do rzek, skąd czerpano wodę do picia, niedożywieni robotnicy i ich rodziny pracujące ponad siły w warunkach urągających zdrowiu. Powodowało to cykliczne wybuchy epidemii chorób zakaźnych o wysokiej śmiertelności. Nic też dziwnego, że w pewnym momencie lekarze, reformatorzy społeczni, ale także politycy zaczęli szukać metod zwalczania chorób zakaźnych jako głównego zagrożenia nie tylko dla jednostek, ale także rozwoju społeczeństw i ekspansji państw. Używano specyficznego mechanizmu wskazywania celów działań na rzecz zdrowia. G. Vikers nazywa to „definiowaniem od nowa tego, co już nie może być dalej akceptowane” [37]. Dochodzono do wniosku, że pewnych zjawisk, zachowań czy nawyków, dłużej nie można tolerować w kontekście zdrowia i choroby, i winny one ulec zmianie. Najczęściej w wyniku zmian obowiązującego prawa.

Szczególnego znaczenia nabrały działania podejmowane pod wpływem tzw. miazmatycznej teorii chorób. Głosiła ona, że przyczyną takich chorób jak cholera, dżuma czy ospa jest „morowe powietrze”, spowodowane chorobotwórczymi miazmatami, które wydobywają się z wnętrza ziemi. Metodą walki z zagrożeniami jest zatem higiena; poprawa warunków sanitarnych (higienicznych) pracy i bytowania ludzi. Zdawano sobie także wówczas sprawę, że oprócz czystości, zapewnienia właściwej wody czy warunków mieszkaniowych, istotną rolę w kształtowaniu zdrowia mają warunki ekonomiczne i społeczne. Wielu lekarzy, nazywanych często lekarzami społecznikami, dochodziło do wniosku, że choroby dotyczą głównie ludzi ubogich, żyjących w trudnych warunkach ekonomicznych. Pokazując związek przyczynowo-skutkowy, domagali się wprowadzenia reform społecznych, co po pewnym czasie spotykało się z poparciem środowisk gospodarczych i politycznych. W kontekście jednakże chęci posiadania zdrowej siły roboczej i przeciwdziałania niepokojom społecznym, a nie realizacji jakichś wartości autotelicznych. Jak pisał René Dubos: „...te rozmaite wpływy stworzyły klimat polityczny, w którym utrzymanie zdrowia mas zostało uznane za obowiązek obciążający społeczeństwo jako całość” [9].

Postrzegając troskę o zdrowie obywateli jako jedno z zadań władzy publicznej, kierunki działań zaczęto ustalać na podstawie danych, będących wynikiem badań naukowych, a w szczególności nowej gałęzi wiedzy – epidemiologii. Jako przykład mogą służyć badania René Villermé, który wykorzystując analizę statystyczną (nazywaną wówczas „metodą numeryczną”) pokazał różnice w umieralności pomiędzy robotnikami zatrudnionymi w przemyśle włókienniczym a ludźmi dobrze sytuowanymi. Rudolf Virchow, wielki patolog, był także autorem klasycznego raportu na temat epidemii duru plamistego na Górnym Śląsku w roku 1847. Uważał, że wystąpienie epidemii jest związane z niedożywieniem, nędznymi warunkami mieszkaniowymi i sanitarnymi, alkoholizmem i brakiem oświaty. Żądał publicznych świadczeń zdrowotnych, wolnego wyboru lekarza, ochrony zdrowia kobiet w ciąży, zakazu pracy dzieci i skrócenia czasu pracy w warunkach szkodliwych. Jest autorem kilku celnych, do dziś aktualnych stwierdzeń, które opublikował w czasopiśmie „*Die Medizinische Reform*”. Virchow pisał, że aczkolwiek postępy medycyny przyczyniają się do przedłużania życia, to można ten rezultat osiągnąć szybciej i w większym stopniu poprzez poprawę warunków socjalnych.

Uważał także, że medycyna jest nauką społeczną, a polityka niczym innym niż medycyną na wielką skalę [44].

H. Kirschner tak streścił poglądy Rudolfa Virchowa, podkreślając ich ciągłą aktualność:

1. zdrowie jednostki nie jest sprawą wyłącznie prywatną i ma znaczenie dla ogółu społeczeństwa,
2. warunki środowiskowe wywierają zasadniczy wpływ na stan zdrowia ludności i dlatego zależności te powinny być badane,
3. ze względu na wagę zagadnień, muszą być podejmowane działania zmierzające do ochrony zdrowia i zwalczania chorób, przy czym działania te powinny być zarówno natury medycznej, jak i pozamedycznej [16].

Z kolei Edwin Chadwick przygotował raport na temat warunków sanitarnych populacji pracujących w Wielkiej Brytanii. Wykazał on między innymi, że wiek chorych korelował z przynależnością do klas społecznych, a główne przyczyny chorób i epidemii to zanieczyszczanie powietrza, brud, zagęszczanie ludności, brak kanalizacji i czystej wody. Zwrócił także uwagę, że młode pokolenie, wychowane w złych warunkach społeczno-ekonomicznych jest bardziej podatne na hasła anarchistyczne⁶.

Raport E. Chadwicka, a także jego późniejsze propozycje związane z działaniami w zwalczaniu choroby, spowodowały wydanie w roku 1848 ustawy o zdrowiu publicznym (*Public Health Act*). Akt ten wprowadzał m.in. stanowisko medycznego urzędnika do spraw zdrowia, którym powinien być lekarz odpowiednio przygotowany w zakresie zdrowia publicznego (*medical officer of health*).

Inną teorią rozprzestrzeniania się chorób była teoria zakładająca występowanie czynników, które przenoszą się pomiędzy ludźmi w bezpośrednim kontakcie, a także za pośrednictwem jedzenia, powietrza lub wody. Przy Broad Street w Londynie nadal stoi ręczna pompa do wody, która stała się ikoną historii zdrowia publicznego [4]. John Snow w czasie epidemii cholery w roku 1842 w Londynie zauważył, że odsetek ludzi chorujących był większy wśród pobierających wodę do picia z Tamizy poniżej ujęcia ścieków. Taka sama sytuacja dotyczyła mieszkańców okolicy Broad Street korzystających ze wspomnianej pompy. Usunięcie jej rękojeści spowodowało, że liczba zachorowań spadła. A więc nie miazmaty Londynu były przyczyną epidemii cholery, a picie zanieczyszczonej wody.

Kolejną cezurą w rozwoju wiedzy o przyczynach chorób były epokowe odkrycia Roberta Kocha i Ludwika Pasteura, które spowodowały zmianę paradygmatu w zdrowiu publicznym. Pojawiła się koncepcja bakteriologicznej etiologii chorób. I chociaż nie uległo wątpliwości, że teoria ta stanowiła pierwsze racjonalne wyjaśnienie metodami naukowymi szeregu zjawisk, to spowodowało ograniczenie w praktyce zainteresowania w zwalczaniu chorób innymi czynnikami wpływającymi na zdrowie jednostek i społeczności. Mówi się wręcz o „okresie wielkiego polowania na zarazki”. Zamiast nadal badać różne czynniki społeczne i środowiskowe, które mogą mieć wpływ na patogenezę chorób, zaczęto zajmować się głównie poszukiwaniem mikrobów i pasożytów – które miały być wszędzie – w celu ograniczenia ich liczby lub eradykacji. Takie podejście było skuteczne (a swoje apogeum osiągnęło już w wieku XX po wynalezieniu antybiotyków), ale zapomniano o innych zagrożeniach, ułatwiających powstanie i rozwój choroby lub przeszkadzające w powrocie do status quo ante. I to zarówno w odniesieniu do jednostek, jak i społeczeństw. Zapomniano, że chociaż bakterie mogą być warunkiem koniecznym w powstaniu choroby, to nie zawsze, a może nawet rzadko, jest to warunek wystarczający. Pojawiło się wówczas po raz pierw-

6) Chodziło tutaj o tzw. czartyzm, pierwszy masowy i radykalny ruch polityczny w Wielkiej Brytanii działający w połowie XIX i domagający się wielu zmian w sytuacji ekonomicznej i społecznej robotników, a uważany przez władzę za niebezpieczny dla spokoju społecznego. Ruch ten miał jednak pozytywny wpływ na niektóre sprawy o charakterze warunków zdrowotnych. Na przykład: skrócono dzień pracy do 10,5 godziny dziennie; zabroniono kobietom i dzieciom do lat 10 pracować w kopalniach; przez zmianę cel doprowadzono do spadku cen żywności.

szy pojęcie „nowego zdrowia publicznego” w książce amerykańskiego epidemiologa Hibberta Winslowa Hilla pod tym tytułem „*The New Public Health*”. Pisał on: „stare zdrowie publiczne interesowało się środowiskiem, nowe interesuje się jednostką ludzką. Stare szukało źródeł chorób zakaźnych w otoczeniu człowieka; nowe szuka ich w samym człowieku” [12].

Henryk Kirschner uważa, że w wieku XIX zostały położone trwałe fundamenty dla zdrowia publicznego [17]. Wykształciły się bowiem wówczas prawie wszystkie aktualne do dziś pola i formy aktywności: ogólne podejście środowiskowe, działania bardziej zindywidualizowane, działania medyczne i pozamedyczne, elementy profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Brakowało jedynie nowych idei w dziedzinie prewencji. Działania na rzecz zdrowia społeczeństwa prowadzono pod różnymi nazwami. Określenie „zdrowie publiczne” było tylko jedną z nazw. To, iż dziś w zasadzie zdominowało inne określenia, wynika z pojemności tego wyrażenia, skupiającego w sobie różne rodzaje zorganizowanych działań prozdrowotnych, których wspólnym mianownikiem jest podejście populacyjne; widzenie problemów zdrowotnych w optyce społeczności jako podmiotu działań. W działaniach praktycznych na rzecz zdrowia publicznego w pierwszej połowie XIX wieku najważniejsza stała się poprawa warunków środowiskowych dla ogółu ludności [16].

Spektakularna poprawa wskaźników zdrowia społeczeństw europejskich pod koniec XIX wieku nazywana jest pierwszą rewolucją zdrowotną. Należy to wiązać z czynnikami środowiskowymi, które dzięki odkryciom naukowym mogły być racjonalnie kontrolowane. W latach następnych malejące trendy umieralności były skutkiem dalszych postępów w zwalczaniu chorób zakaźnych; efektem odkryć i działalności Edwarda Jennera, Ludwika Pasteura, Roberta Kocha i innych wielkich wakcynologów. A także uczonych pracujących w latach późniejszych (Albert Calmett, Camille Guérin, Emil Behring, Rudolf Weigl, Jonas Salk i inni). Wpływ ówczesnej medycyny naprawczej (lecnictwa) na poprawę stanu zdrowia społeczeństw nie był wielki.

W wieku XX, a szczególnie w drugiej jego połowie, obserwowano nadal znaczącą poprawę wskaźników zdrowotnych. Było to wynikiem dalszego spadku śmiertelności oraz ograniczenia zachorowalności na choroby zakaźne oraz stopniowo, niezakaźne o znaczeniu społecznym. Rozwój wiedzy medycznej był bezprecedensowy w dziejach, ale także znamienne wzrosła dostępność do opieki zdrowotnej. I to niezależnie od przyjętych rozwiązań organizacyjnych; modeli systemów zdrowotnych⁷.

Ewidentne polepszenie stanu zdrowia ludności skłoniło niektórych naukowców i polityków do sformułowania tezy o tzw. drugiej rewolucji zdrowotnej. Co więcej, pojawiła się wiara, że znaleziono panaceum na poprawę stanu zdrowia ludzi. Wielu zwolenników miała zasada tzw. wielkiego równania: im więcej pieniędzy na służbę zdrowia, na medycynę naprawczą i badania naukowe, tym lepszy stan zdrowia społeczeństwa. Jednakże od lat 70. ubiegłego wieku, szczególnie zaś od pierwszego kryzysu naftowego, podejście takie zaczęło budzić wątpliwości. Mimo rosnących nakładów na służbę zdrowia dynamika poprawy wskaźników zdrowotnych uległa zahamowaniu. Co więcej, zaczęto zadawać sobie pytania o efektywność działań w kontekście ograniczenia środków finansowych. To wszystko było praprzyczyną szeregu dyskusji i inicjatyw w różnych krajach, podejmowanych także przez organizacje międzynarodowe, a głównie Światową Organizację Zdrowia. Zrodziła się koncepcja promocji zdrowia, której główne zasady znalazły

7) Warto wspomnieć o raporcie Wiliama Beveridge’a z początku lat 40. ubiegłego stulecia pt. „Pełne zatrudnienie w wolnym społeczeństwie” będącym podstawą tzw. planu Beveridge’a. Rozwiązanie tam zawarte uważa się za początek powstania państwa opiekuńczego. Plan miał być skuteczną bronią przed tzw. pięcioma olbrzymami: biedą, bezrobociem, wykluczeniem społecznym, brakiem higieny oraz chorobą. Ochrona obywateli przed tymi zjawiskami miała być istotną funkcją państwa. Jednocześnie podkreślano, że działania państwa w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego winny być zharmonizowane z własnym wkładem jednostki opartym na jej inicjatywie i poczuciu odpowiedzialności [14]. Jednym z efektów Raportu Beveridge’a było wprowadzenie w Wielkiej Brytanii narodowej służby zdrowia, której założenia po II wojnie światowej zostały przyjęte przez liczne kraje europejskie. (Patrz także rozdział o systemach zdrowia).

odzwierciedlenie w Karcie Ottawskiej. (Patrz rozdział o promocji zdrowia). Koncepcja ta pozwoliła szerzej spojrzeć na problemy zdrowia i choroby. Z jednej strony aktywizując jednostki i grupy społeczne, a z drugiej tworząc holistyczne podejście do zdrowia, jako wartości i zasoby, a także prawa w kontekście równości i sprawiedliwości. Zaczęto mówić o trzeciej rewolucji w zdrowiu publicznym [29]. I aczkolwiek pierwsza i druga nie osiągnęły swoich celów, ponieważ nadal istnieją choroby zakaźne, a ludzie umierają z powodu innych niezakaźnych chorób o znaczeniu społecznym, to jednakże uzyskany postęp pozwala skupić się na działaniach zwiększających potencjał zdrowia ludzi m.in. jako zasobu dla życia [6]. W tym kontekście zrozumiałe staje się pojawienie się ponownie koncepcji „nowego zdrowia publicznego” jako współczesnej odpowiedzi na aktualne wyzwania zdrowotne oraz możliwości i metody ich zwalczania. Także reewaluacji stopnia skuteczności wpływu medycyny naprawczej na zdrowie społeczeństwa.

Nie zapominając, że problem chorób zakaźnych nie został rozwiązany do końca, że pojawiają się za to nowe choroby, a stare, wywołane dobrze znanymi patogenami, wracają często groźniejsze, to fakt coraz powszechniejszej akceptacji widzenia determinantów zdrowia w ich całościowej interakcji stwarza realną szansę na rozwój nowego zdrowia publicznego, zdrowia publicznego XXI wieku.

Zdrowie publiczne? Zarys spektrum

Konfuzja, jaką czasem powodują próby prostego zdefiniowania pojęcia „zdrowie publiczne”, wynika z jego wieloznaczności, a czasem z używania różnych treści, w zależności od perspektywy widzenia i zakładanych celów. Do tej pory nie opracowano jednej, uniwersalnej terminologii zdrowia publicznego [22]. Niektórzy wręcz twierdzą, że używanie w różnych kontekstach od ponad 160 lat stało się pewnego rodzaju homonimem [17]. Jeżeli sięgniemy do źródłosłowia pojęcia, to zdrowie publiczne jest zdrowiem społeczności, w przeciwieństwie do zdrowia jednostki. Czasami utożsamiane jest z działaniami podejmowanymi przez władze publiczne zmierzające do utrzymania i poprawy zdrowia populacji (społeczności). Widzenie problemów zdrowotnych w perspektywie populacji jest bowiem charakterystyczną cechą zdrowia publicznego, rozwiązywania problemów zdrowotnych jednostek poprzez działania ukierunkowane na społeczności.

Zdrowie publiczne definiowane jest także w kategoriach czynności, określane jako działanie zmierzające do rozwiązywania problemów zdrowia publicznego. Są to problemy zdrowotne o określonych cechach, tworzących charakterystyczne ich wymiary.

A mianowicie:

1. określone zjawisko nie ma charakteru jednostkowego, występuje w pewnej ilości na określonym terenie. Jest to wymiar epidemiologiczny,
2. określone zjawisko traktowane jest jako niepożądane, wymagające działań zmierzających do eradykacji lub co najmniej maksymalnego ograniczenia na drodze działań zorganizowanych. Jest to wymiar polityczny. Wymiar ten może być rozumiany jako polityka w sensie określonego programu i planu działań, jak i polityka w rozumieniu sposobu dochodzenia do uzgodnienia programu i planu działań,
3. określone zjawisko jest efektem wielu różnorodnych czynników, wzajemnie powiązanych i to związkami przyczynowymi o różnych wektorach, czynników o charakterze ekonomiczno-społecznym, kulturowym, moralnym, etycznym. Jest to społeczny wymiar przyczynowo-skutkowy,
4. określone zjawisko jest także oceniane pod kątem ważności w stosunku do innych, szybkości podjęcia działań zmierzających do przeciwdziałania, ich kompleksowości, możliwości realizacji, w końcu także ich wstrzymania lub niepodejmowania w ogóle z różnych powodów: etycznych, sprawnościowych, organizacyjnych i innych. Jest to wymiar wyboru priorytetu, mający pewne cechy normatywności.

Także samo pojęcie „zdrowie publiczne” ma różne wymiary. Wspomina o nich C. Włodarczyk [40], który na podstawie analizy prac różnych autorów przypisuje pojęciu następujące wymiary:

1. działania zdrowia publicznego są zawsze związane z działaniami rządu na różnych szczeblach, a jego odpowiedzialność jest rozliczana w procesie politycznym (wyborcy odrzucają władzę, która nie wypełnia swoich obowiązków albo nie spełnia oczekiwań wyborców),
2. działania zdrowia publicznego odnoszą się do działań ponadindywidualnych, nastawionych na te determinanty zdrowotne, które nie poddają się zabiegom podejmowanym przez jednostkę,
3. działania zdrowia publicznego są realizowane w strukturach innych niż działające dla zysku prywatne firmy (w ten sposób rodzaj motywacji – nakierowanie na dobro wspólne – staje się czynnikiem wyróżniającym zdrowie publiczne). Należy jednak wskazać, że powszechnie wprowadzana praktyka kontraktowania różnego rodzaju świadczeń zmienia znaczenie tego kryterium: jeśli intencją płatnika jest działanie w interesie publicznym, narzędziem którego używa może być firma komercyjna i wtedy decydująca jest motywacja sponsora, a nie wykonawcy,
4. działania zdrowia publicznego dotyczą świadczeń zdrowotnych nastawionych na problemy środowiska społecznego, także społeczności (chodzi o takie elementy zachowań patologicznych jak używki, uzależnienia, przemoc w różnych postaciach),
5. działania zdrowia publicznego są nastawione na świadczenie usług zdrowotnych dla grup ludności znajdujących się w trudnych sytuacjach i niemogących samodzielnie rozwiązywać swoich problemów (tradycyjnie zdrowie publiczne zajmuje się ludźmi ubogimi, niepełnosprawnymi, starymi, chorymi psychicznie itd.),
6. działania zdrowia publicznego dotyczą problemów zdrowotnych szczególnie rozpowszechnionych albo traktowanych jako szczególnie ważne w danym społeczeństwie,
7. działania zdrowia publicznego są podporządkowane zasadzie maksymalizowania efektu zdrowotnego za minimalną cenę, przy akceptowanym poziomie jakości. Odmienne natomiast niż w praktyce klinicznej, w której dobro indywidualnego pacjenta ma uzasadniony priorytet, w zdrowiu publicznym poszukiwana jest miara jakiegoś dobra ponadindywidualnego.

Należy zwrócić uwagę na wymiar polityczny. Zdrowie publiczne jest aktywnością polityczną, ponieważ dotyczy zmian i dystrybucji dóbr w sytuacji obiektywnego niedoboru. Tak więc wiele decyzji odnoszących się do zdrowia społeczeństwa musi być podejmowane w normalnym procesie politycznym demokratycznego państwa prawnego. Celem tego procesu jest osiągnięcie stanu akceptowalnego przez większość, ale nienarzucającego mniejszości warunków, które przekraczają jej tolerancję. Uzasadnione zatem wydaje się pytanie o relacje pomiędzy zdrowiem publicznym a polityką zdrowotną. Co jest kategorią nadrzędną? Zdrowie publiczne czy polityka zdrowotna? Autor jest zwolennikiem podrzędności zdrowia publicznego i jego instrumentalnej roli wobec polityki zdrowotnej przy przyjęciu odpowiedzialności władz publicznych za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, co jest powszechnie akceptowanym standardem⁸. Wtedy należy widzieć zdrowie publiczne jako zespół środków stosowanych w celu osiągnięcia celów polityki zdrowotnej władz publicznych, polityki dotyczącej zachowania i umacniania zdrowia⁹.

8) Szerzej na ten temat: [41].

9) Niezależnie od szczegółowych rozwiązań należy przyjąć, że cele każdej racjonalnej polityki zdrowotnej są podobne, jeżeli nie tożsame:

1. poprawa stanu zdrowia społeczeństwa jako istotnego elementu jakości życia jednostek i dobrostanu społecznego;
2. zapewnienie równego i sprawiedliwego dostępu do świadczeń zdrowotnych;
3. dbałość o jakość świadczeń zdrowotnych w ich aspekcie klinicznym, a także satysfakcja świadczeniodawców i świadczeniobiorców;
4. zapewnienie ekonomicznej efektywności zasobów przy zapewnieniu stabilności finansowej systemu zdrowia w perspektywie długookresowej.

Zdrowie publiczne może być także widziane jako dyscypliny: naukowa, dydaktyczna i praktyczna.

Zdrowie publiczne może być postrzegana jako system, czyli pewna całość składająca się z wiedzy, wartości, instytucji i działań, skonstruowaną tak, aby zapewniał podtrzymywanie, zapewnienie i promowanie warunków pożądaných dla zdrowia. I to wielu warunków: ekonomicznych, społecznych, kulturowych, organizacyjnych, behawioralnych i w końcu politycznych.

Zdrowie publiczne jest także sztuką. Sztuką w takim samym kontekście, jak gdy mówimy o medycynie, że jej uprawianie jest sztuką. Tu – sztuką rozwiązywania problemów zdrowotnych społeczności; tam – sztuką rozwiązywania problemów zdrowotnych jednostek. Ale o zdrowiu publicznym jako o sztuce możemy mówić także w innym uwarunkowaniu. Według Światowej Organizacji Zdrowia zdrowie publiczne jest sztuką zastosowania nauki w takim kontekście politycznym, aby zmniejszając nierówności w zdrowiu, zapewnić jednocześnie jak największej liczbie ludzi jak najlepsze zdrowie [33]. Nieuwzględnienie tego aspektu skazuje działających w zakresie zdrowia publicznego na poczucie braku skuteczności. Kwestia nierówności w zdrowiu związana jest z kolejnym wymiarem (kontekstem) zdrowia publicznego: etycznym. Ogólne społeczne przyzwolenie – czasami nie w pełni uświadomione – na różnego rodzaju działania w zakresie zdrowia publicznego; interwencje w skali społecznej, nie mogą wyeliminować konfliktów różnych wartości. Na przykład: dobro wspólne czy indywidualne, wolność jednostki a konieczność jej ograniczenia; wybór określonych priorytetów w sytuacji braków środków finansowych; zakres i organizacja interwencyjnych programów zdrowotnych ^{10 11}.

Zdrowie publiczne można rozumieć także w perspektywie specyficznego sposobu rozwiązywania problemów zdrowotnych; podejście, żeby nie powiedzieć filozofii ochrony i promowania zdrowia. Jest podejściem społecznym („zbiorowościowym”), ponieważ przez działania społeczne, a nie indywidualne szuka się poprawy dobrostanu społecznego. Zapewnienia warunków umożliwiających prowadzenie zdrowszego życia poprzez minimalizację zagrożeń, które mogą być odwrócone lub zmniejszone tylko przez działania kolektywne [15].

Niezależnie od różnego widzenia i rozumienia pojęcia, a także faktu, że spektrum zdrowia publicznego zmienia się w miarę rozwoju technologii medycznych i zmian wartości ważnych dla danego społeczeństwa, cele zdrowia publicznego pozostają te same: zmniejszenie występowania chorób i liczby przedwczesnych zgonów oraz stanów powodujących cierpienie i niepełnosprawność [25]. Być może z tego właśnie powodu można spotkać się z określeniem, że zdrowie publiczne to nieustanne rozwiązywanie problemów, których z natury rzeczy nie da się definitywnie rozwiązać.

Zdrowie publiczne. Kilka definicji

Istnieje wiele współczesnych definicji zdrowia publicznego, różniących się bądź sformułowaniami, bądź szczegółowością. Wydawać się może, że nie różnią się one zasadniczo co do meritum; idei i zakresu. Obszerniejsze definicje wypunktowują szczegóły, które w bardziej lapidarnych – mieszczą się w użytych określeniach ogólnych. Z drugiej jednak strony należy podkreślić, że definicja określa granice zdrowia publicznego, a więc zakres potencjalnych działań. W praktyce może to mieć wpływ na strukturę systemu zdrowia i podział kompetencji decyzyjnych. Tym samym zaakceptowanie takiej lub innej definicji ma wymiar polityczny w praktyce działań na rzecz zdrowia. Z praktycznego

10) Zagadnienia te znajdują szerokie odzwierciedlenie w obfitej literaturze zagranicznej w Polsce m.in. [42] [43]. Patrz także rozdział o etycznych dylematach współczesnej medycyny.

11) Ostatnio pojawiają się opinie, że należy odejść od szukania jednorozmiarowego zakresu normatywnego w myśleniu o zdrowiu publicznym. W związku ze skomplikowaniem materii należy szukać specyficznych podejść związanych z jego różnorodnymi wymiarami [38].

także punktu widzenia można przyjąć, że posługujemy się różnymi definicjami, w zależności od celu, jaki sobie stawiamy. Innej definicji możemy użyć chcąc przedstawić ogólny koncept zdrowia publicznego; jego misję czy cele ogólne, a innej, gdy chcemy dokładnie opisać działania na określonych polach aktywności. Jeszcze zaś innej, gdy chcemy określić „ostatecznego odbiorcę”, omówić elementy strukturalne bądź gdy widzimy zdrowie publiczne jako system. Oznacza to, że w określonych okolicznościach różne definicje mogą być bardziej lub mniej użyteczne.

W roku 1920 ubiegłego wieku profesor zdrowia publicznego Szkoły Medycznej Uniwersytetu Yale, Charles-Edward Amory Winslow sformułował definicję, której przesłanie nie tylko jest nadal aktualne, ale która była punktem wyjścia dla dalszych konceptualizacji pojęcia. Brzmi ona:

Zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, wydłużania życia oraz promowania zdrowia fizycznego i sprawności poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa mające na celu higienizację środowiska, zwalczanie zakażeń występujących w społecznościach, edukację jednostek odnośnie zasad higieny osobistej, organizację świadczeń lekarskich i pielęgniarskich mających na celu wczesną diagnozę oraz profilaktycznie ukierunkowane leczenie oraz rozwój mechanizmów społecznych, które zapewnią każdej jednostce w społeczeństwie standard życia właściwy dla utrzymania zdrowia [39].

Ciągła aktualność tej definicji wynika stąd, że uwzględniając takie elementy jak promowanie zdrowia, zapobieganie chorobom czy wczesna diagnoza, podkreśla także znaczenie mechanizmów społecznych dla zapewnienia jednostce takich standardów (poziomu) życia, aby były one odpowiednie dla utrzymania zdrowia¹².

Winslow jest powszechnie uważany za prekursora całościowej wizji zdrowia publicznego, która kilkadziesiąt lat później została zaakceptowana zarówno w teorii, jak i praktyce zdrowia publicznego. Ta całościowa wizja jest często określana właśnie jako nowe zdrowie publiczne (o czym dalej). Definicja C.E.A. Winslowa była także podstawą prac w latach 50. ubiegłego wieku, grupy ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, którzy stwierdzili, że celem zorganizowanych wysiłków społeczeństwa jest umożliwienie każdemu obywatelowi realizacji jego przyrodzonego prawa do zdrowia i długowieczności [10].

Warto zaznaczyć, iż sformułowanie „zorganizowany wysiłek społeczeństwa” wskazało – co dzisiaj wydaje się oczywiste – że społeczeństwo jako całość musi być traktowane zarówno jako przedmiot, jak i podmiot działań w zakresie zdrowia publicznego.

W Anglii przyjęta jest definicja zaproponowana przez D. Achesona, która określa zdrowie publiczne jako *sztukę i naukę zapobiegania chorobom, promowania zdrowia oraz wydłużania życia poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa* [1].

Amerykańska Akademia Nauk widzi z kolei zdrowie publiczne jako *to wszystko, co my jako społeczeństwo czynimy wspólnie, aby zapewnić warunki, w których ludzie mogą być zdrowi. Zakres tych działań zaś jest odzwierciedleniem interesu, jakie ma społeczeństwo w zapewnieniu tych warunków* [32].

Lapidarność powyższych definicji jest wartością samą w sobie, szczególnie gdy są one wstępem do omówienia tzw. podstawowych funkcji zdrowia publicznego, o czym będzie mowa w dalszej części. Tym niemniej należy odnotować próbę definicji „wszechogarniających”. I tak Jan Nosko uważa, że:

Zdrowie publiczne jest to troska o zachowanie i umacnianie zdrowia w wymiarze makrospołecznym, lokalnym i środowiskowym, polegająca na naukowym rozpoznawaniu stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych zbiorowości oraz inicjowaniu skoordynowanych wysiłków instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych w celu osiągnięcia pożądanego standardu zdrowia. Cel ten uży-

12) Kilka lat po opublikowaniu C.E.A. Winslow uzupełnił swoją definicję dodając do „promowania zdrowia fizycznego” także „promowanie życia psychicznego” [13].

skuje się przez kontrolę czynników ekologicznych, tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych, zapobieganie zakaźnym i niezakaźnym chorobom społecznym, powszechny i równy dostęp do opieki medycznej, a przede wszystkim w wyniku kształtowania nawyków zdrowego stylu życia w ramach edukacji przedszkolnej i szkolnej oraz realizacji programów promocji zdrowia w środowisku ludzi dorosłych.

W takim ujęciu zdrowie publiczne oznacza:

- 1) stan zdrowia zbiorowości (populacji) społeczeństwa, narodu (wymiar makrospołeczny), mieszkańców miast, gmin, powiatów i województw (wymiar lokalny), dzieci, młodzieży, kobiet, mężczyzn, populacji pracujących, osób niepełnosprawnych itp. (wymiar środowiskowy),
- 2) rolę czynników wpływających na stan zdrowia danej zbiorowości (populacji), między innymi czynniki genetyczne, społeczno-ekonomiczne, kulturowe, fizyczne, chemiczne, biologiczne oraz klimatyczne,
- 3) aktywną rolę (troskę) różnych podmiotów – w tym przede wszystkim państwa – zobowiązanych do inicjowania (na przykład odpowiedniego ustawodawstwa), organizowania, a ściślej pozyskiwania i zachęcania do udziału we wspólnych przedsięwzięciach jednostek i grup społecznych, koordynowania i oceniania zbiorowych wysiłków na rzecz osiągania celów zdrowotnych i pożądaných standardów zdrowia [23].

Wychodząc z takiego oglądu zdrowia publicznego można by powiedzieć, że ma ono awers i rewers. Jedna strona to monitorowanie sytuacji zdrowotnej, szukanie informacji o całokształcie determinantów zdrowia, a druga to określone przedsięwzięcia w cyklu działań zorganizowanych, których celem jest rozwiązywanie problemów zdrowotnych dla poprawy stanu zdrowia społeczeństw.

Nowe zdrowie publiczne

Jak już uprzednio wspomniano, zdrowie publiczne jest w ostatnich dziesięcioleciach przedmiotem szerszego zainteresowania. Niektórzy mówią o renesansie zdrowia publicznego, inni zaś wręcz używają pojęcia „Nowe zdrowie publiczne”, jako podejścia uwzględniającego współczesne zagrożenia zdrowotne i aktualną wiedzę na temat ich źródeł oraz możliwości przeciwdziałania, jak również wskazującego kierunek kompleksowych i koherentnych działań. Innymi słowy – od działań sanitarnych i zwalczania chorób zakaźnych, (co było głównym spektrum zainteresowania dawniej) do zagadnień społecznych, kulturowych i ekonomicznych i ich związku ze zdrowiem – obecnie; sięganie do pierwotnych źródeł braku zdrowia; do przyczyny przyczyn. Zajmowanie się więc nie tylko zagadnieniami zdrowotnymi ograniczonymi do spraw na przykład higieny środowiskowej, komunalnej czy żywienia, ale uwzględnienie wszystkich innych determinantów zdrowia, w ich wzajemnych uwarunkowaniach.

Jak już stwierdzono wcześniej, po spektakularnej poprawie wskaźników zdrowotnych obserwowanej pod koniec XIX i w pierwszej połowie wieku XX, zauważono wyraźne zahamowanie tego trendu w drugiej połowie. I to mimo wielkiego rozwoju wiedzy i technologii medycznych. Chęć wyjaśnienia przyczyn tego zjawiska, a także poszukiwanie nowych perspektyw w poprawie stanu zdrowia społeczeństw, było praprzyczyną szeregu inicjatyw w różnych krajach, podejmowanych również przez instytucje międzynarodowe (głównie przez Światową Organizację Zdrowia); publikacji i prac badawczych, konferencji i dyskusji w różnych środowiskach. To wszystko dało podstawę do mówienia o swoistym ruchu na rzecz nowego zdrowia publicznego, procesu, który nie jest zakończony. Fundamentalne znaczenie miała koncepcja pól zdrowia Marca Lalonde'a; strategia Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich”; idea podstawowej opieki zdrowotnej wy-

rażona w Deklaracji z Alma-Aty z roku 1976 (potwierdzona 15 lat później na konferencji w Rydze, a ostatnio w Tallinie [11]. W końcu Karta Ottawska i inne deklaracje związane z ideą promocji zdrowia (sprawy są omówione szerzej w rozdziale o promocji zdrowia).

Nowe zdrowie publiczne to wykorzystanie całej dotychczasowej spuścizny działań na rzecz zdrowia uwzględniające także nasze (współczesne) spojrzenie, wynikające z rozwoju wiedzy, znaczenia przestrzegania praw człowieka, a także pojawiających się nowych zagrożeń [3]. Dwa zagadnienia muszą być jednak omówione szerzej.

Jedno dotyczy nierówności zdrowia, a drugie prozdrowotnego rozwoju środowiska człowieka w kontekście szeroko stosowanego pojęcia zrównoważonego rozwoju. Chodzi o to, aby zrównoważony rozwój miał także swój element prozdrowotny. Nierówności społeczne i materialne powodują nierówności zdrowia. Jest to fakt ogólnie znany i wystarczająco udowodniony. Zatem jednym z celów zdrowia publicznego jest badanie czynników politycznych, społecznych i behawioralnych, które leżą u podstaw tych nierówności, a następnie stosowanie tej wiedzy w praktyce zdrowia publicznego do opracowania i wdrożenia efektywnych działań, zmierzających – najszerzej mówiąc – do niwelowania nierówności. Należy także zwrócić uwagę, że zdrowie często widziane jest jako wtórny efekt rozwoju społeczeństw, którego odniesieniem jest wzrost ekonomiczny. Im zdrowsze społeczeństwa, tym bardziej efektywne jest ich ekonomiczne funkcjonowanie; zdrowie warunkuje bogactwo. Bezrefleksyjna akceptacja takiego kierunku może jednakże spowodować traktowanie wzrostu ekonomicznego jako celu samego w sobie; pomijanie szerszych konsekwencji społecznych, w tym także możliwości negatywnego wpływu na zdrowie ludzi w perspektywie średnio- i długoterminowej. Wysoki wzrost gospodarczy państw nie zawsze przekłada się wprost na sytuację ludzi (a pośrednio na stan zdrowia ludności), ponieważ zależy to także od redystrybucyjnej interwencji państwa, a nie tylko od „niewidzialnej ręki rynku”. Jeżeli „niewidzialna ręka rynku” Adama Smitha w ogóle istnieje [31].

Nowe zdrowie publiczne jest syntezą klasycznego zdrowia publicznego takiego jak było praktykowane w ciągu stuleci – oraz współczesnych osiągnięć nauki, które mogą mieć odniesienie do zdrowia i choroby, takich jak: medycyna kliniczna, ale również nauki społeczne, jak psychologia i socjologia, epidemiologia i demografia, ekonomia, zarządzanie i inne. Istotne znaczenie należy przypisać doświadczeniom płynącym z ewaluacji dotychczasowego funkcjonowania systemów zdrowotnych. Nowe zdrowie publiczne może być postrzegane jako dyscyplina obejmująca „wszystko, co jest ważne dla zdrowia” [18].

Miller i Wysocki tak definiują nowe zdrowie publiczne:

Nowe zdrowie publiczne (NZP) jest nauką i kompleksowym postępowaniem zmierzającym do zachowania i umacniania zdrowia ludności w wymiarze makrospołecznym i lokalnym. Podstawą tego postępowania jest naukowe rozpoznawanie zdrowia i potrzeb zdrowotnych zbiorowości oraz inicjowanie i organizowanie skoordynowanych wysiłków instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych w celu osiągania pożądanych standardów zdrowia. Cel ten uzyskuje się poprzez wdrażanie podstawowych funkcji zdrowia publicznego, a zwłaszcza przez kształtowanie nawyków zdrowego stylu życia, realizację programów promocji zdrowia, zapobieganie zakaźnym i niezakaźnym chorobom o znaczeniu społecznym, kontrolę czynników ekologicznych, tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych oraz zapewnienie powszechnego i równego dostępu do opieki medycznej [45].

Ta trafna definicja nowego zdrowia publicznego kładzie nacisk na wielosektorowość strategii i działań, jak również podkreśla aspekty związane z zarządzaniem i promocją zdrowia¹³.

13) Oczywiście istnieje wiele różnych definicji nowego zdrowia publicznego. To, co jednak łączy to przekonanie, że podstawową przesłanką poprawy zdrowia gatunku ludzkiego jest równość, sprawiedliwość oraz nasze działania, uwzględniające także tworzenie korzystnych struktur społecznych [2].

W dyskusji nad nowym zdrowiem publicznym (lub nad nowym rozumieniem zdrowia publicznego) nie należy pomijać wniosków płynących z analizy takich zjawisk zachodzących we współczesnym świecie, jak: zmiany demograficzne, postęp cywilizacyjny i techniczny oraz ograniczoność zasobów, a przede wszystkim skończona wielkość możliwych do przeznaczenia na ochronę zdrowia środków finansowych. Analiza zmian, jakie zachodzą obecnie w różnych systemach zdrowia, prowadzi do konstatacji, że istnieją trzy główne obszary i powody reform, będące równocześnie odzwierciedleniem różnych wizji zdrowia publicznego.

Pierwszym obszarem jest opieka medyczna (rozumiana jako działania naprawcze), na której w większości koncentrują się działania reformatorskie, natomiast pomijana jest szersza perspektywa w postaci problematyki opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa zdrowotnego. Sprawna opieka medyczna, możliwość skorzystania z najnowszych i najbardziej skomplikowanych procedur stanowi często najważniejszą w odbiorze społecznym funkcję systemu zdrowia.

Drugim obszarem jest płaszczyzna uregulowań prawnych dotyczących kwestii zdrowia. Z jednej strony obserwujemy tendencję do stałego rozszerzania publicznych gwarancji zapewnienia zdrowia tak społeczeństwu, jak i poszczególnym jednostkom. Z drugiej strony, coraz częściej wprowadza się mechanizmy rynkowe, co może być odczytane jako przekształcenie jednego z podstawowych praw człowieka w towar.

Trzecim obszarem zachodzących zmian, a zarazem jednym z częściej podnoszonych powodów ich wprowadzania, jest kwestia zasad i kryteriów redystrybucji środków publicznych i wielkości przeznaczanych na zdrowie społeczeństw. Ekonomiczny dylemat, co robić w sytuacji niewystarczających środków to problem, przed jakim stają politycy i społeczeństwa większości krajów na świecie. Stale rosnącym potrzebom zdrowotnym i poszerzającym się możliwościom technicznym nie towarzyszy podobny wzrost nakładów, co powoduje powstawanie rosnącego niedoboru oraz oznacza konieczność tworzenia zasad i kryteriów sprawiedliwej alokacji dostępnych środków.

Uznając zdrowie za jedną z głównych, obok poczucia wolności i bezpieczeństwa socjalnego, wartości społecznych, należy stwierdzić, iż wyzwaniem, przed jakim stoją władze publiczne, jest określenie, czy i do jakiego stopnia zdrowie powinno być postrzegane jako dobro wspólne, lub jako dobro indywidualne każdego człowieka. Na ile dobro to powinno być towarem i podlegać działaniu sił wolnorynkowych, a na ile stanowić powinno prawo każdego człowieka, za urzeczywistnienie którego odpowiedzialność spoczywa na organach władzy publicznej.

Udzielenie odpowiedzi na tak postawione pytania umożliwiają nowe, dostosowane do wymagań XXI wieku, koncepcje zdrowia publicznego. Nie determinują one ostatecznie sposobu organizacji systemu zdrowia, ale wskazują funkcje, jakie powinien on pełnić, co umożliwia - zgodne z uwarunkowaniami demograficznymi i realiami ekonomicznymi oraz uwzględniające postęp cywilizacyjny i techniczny, a co za tym idzie racjonalne - jego zorganizowanie.

Nie odrzucając żadnych przedsięwzięć, które sprawdziły się w przeszłości - o znaczeniu których czasami zapominamy, ponieważ ich efekty traktujemy jako oczywiste - należy stwierdzić, że paradygmatem jest wpływ środowiska fizycznego, społecznego i ekonomicznego na zdrowie, jako jego determinantów oraz możliwości modyfikacji w wyniku celowo zaplanowanych działań. Immanentnym dylematem pozostaje jednakże sposób i poziom alokacji zawsze ograniczonych środków. Ile na „przyczyny przyczyn”, a ile na „likwidację skutków”? Ile na zdrowie publiczne na profilaktykę i promocję zdrowia, ile zaś na medycynę naprawczą? Niezależnie od odpowiedzi, jakie można udzielić na powyższe pytania, celowe jest spojrzenie na nowe zdrowie publiczne od strony jego funkcji. Tylko taka perspektywa pozwala pokazać koncept w jego opisie praktycznym, a jednocześnie wykonać pierwszy krok w racjonalnym podejściu do zagadnienia jego organizacji.

Podstawowe funkcje zdrowia publicznego

W koncepcji zdrowia publicznego punktem wyjścia jest możliwie najdokładniejsza ocena stanu zdrowia określonej zbiorowości (populacji) i/lub określenie danego problemu zdrowotnego w wymiarze społecznym. Służą temu m.in. analizowanie danych i badania epidemiologiczne, a także wykorzystywanie dorobku i metod innych nauk, w celu identyfikacji wszystkich ważnych czynników mogących kształtować mierzalny poziom zdrowia. To jest podstawa określania celów, kierunków oraz priorytetów działań na rzecz zdrowia. Główne działania w zakresie zdrowia publicznego to:

- 1) szacowanie i monitorowanie zdrowia społeczności i zagrożonych populacji celem identyfikacji problemów zdrowotnych i ustalania priorytetów,
- 2) formułowanie, wdrażanie i ocena działań mających na celu rozwiązywanie problemów zdrowotnych w wymiarze populacyjnym,
- 3) zapewnienie równego i sprawiedliwego dostępu społeczeństwu właściwych świadczeń zdrowotnych, zorganizowanych w sposób skuteczny i efektywny ze szczególnym uwzględnieniem promocji zdrowia i profilaktyki chorób,
- 4) ocena skuteczności i efektywności systemu opieki zdrowotnej,
- 5) kontrolowanie czynników ekologicznych oraz tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych.

Pod koniec lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku grupa ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia opracowała koncepcję podstawowych działań w zakresie zdrowia publicznego (*Essential public health functions*) [5]. Uważa się, że funkcje te powinny zostać uwzględnione w przedsięwzięciach (programach) władzy publicznej jako te działania na rzecz zdrowia ludności, za finansowanie i organizację których odpowiada państwo.

Podstawowe funkcje zdrowia publicznego to zestaw niezbędnych i koniecznych (fundamentalnych) działań wykonywanych w celu chronienia i poprawy zdrowia populacji oraz leczenia chorób przy użyciu zasobów, metod i narzędzi nakierowanych na społeczność i środowisko. W skład tego zestawu mogą wchodzić indywidualne świadczenia zdrowotne podejmowane dla ochrony i leczenia osób z grup wysokiego ryzyka lub specjalnie podatnych na narażenia, ale opieka indywidualna nie stanowi funkcji podstawowej zdrowia publicznego.

Wyłonienie podstawowych funkcji zdrowia publicznego wynika z chęci podkreślenia, że są one fundamentalne co do zasady, a jednocześnie niezbędne dla utrzymania i poprawy zdrowia populacji także w kontekście minimum działań pozostających – jak to już zaznaczono powyżej – w sferze oddziaływania państwa. Tego, co w zakresie zdrowia jest i musi pozostać „dobrem publicznym”. Oczywiście nic nie stoi na przeszkodzie, aby zakres tego „dobra” uległ rozszerzeniu na przykład przez objęcie różnych świadczeń w zakresie indywidualnej opieki zdrowotnej.

Wdrożenie podstawowych funkcji zdrowia publicznego wymaga współdziałania i inicjatyw międzysektorowych, a także zaangażowania społeczności lokalnych. Instytucje realizujące funkcje mogą mieć różny charakter dotyczący formy organizacji jak i własności, co wynika ze specyfiki organizacji działań na rzecz zdrowia w danym kraju.

Do podstawowych funkcji zdrowia publicznego zalicza się całokształt działań mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego ludności działań zmierzających do zapobiegania, przeciwdziałania oraz minimalizacji różnorodnych zagrożeń, a także takiego kształtowania uwarunkowań zdrowotnych (społeczno-ekonomicznych, środowiskowych, kulturowych), które umożliwiają utrzymanie i poprawę zdrowia ludności. Bezpieczeństwa zdrowotnego nie można wiązać tylko z gwarancją dostępności do dobrych jakościowo i sprawnych organizacyjnie świadczeń medycznych, choć jest to – rzecz jasna – bardzo istotny, a w ocenie społeczeństwa być może najważniejszy element ich subiektywnej oceny.

Podstawowe funkcje zdrowia publicznego dzieli się na dwie grupy. Do pierwszej zaliczamy te, które służą zaspokajaniu zbiorowych potrzeb zdrowotnych, do drugiej zaś skierowane na zaspokojenie potrzeb indywidualnych. Te ostatnie mogą jednakże także dotyczyć świadczeń czysto medycznych w stosunku do osób pozbawionych z różnych względów – społecznych czy ekonomicznych – dostępu do świadczeń medycznych.

Poniżej wymienione są podstawowe funkcje zdrowia publicznego według J. Leowskiego [18] [19] z uwzględnieniem następnie szerokiego opisu znaczenia poszczególnych funkcji, a także metod ich realizacji w kontekście koncepcji zdrowia publicznego w Polsce.

Podstawowe funkcje zdrowia publicznego w zakresie działań na rzecz ogółu to:

- 1) monitorowanie stanu zdrowia oraz określanie potrzeb zdrowotnych ludności,
- 2) zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób zakaźnych i społecznych wymagających zorganizowanego wysiłku państwa na rzecz ich zwalczania,
- 3) identyfikacja i zwalczanie zagrożeń zdrowotnych w żywności i wodzie, w środowisku, miejscu zamieszkania, pracy, nauki oraz w placówkach służby zdrowia,
- 4) zapobieganie wypadkom i urazom oraz zapewnienie kompleksowej pomocy, w tym medycznej, ofiarom katastrof i klęsk żywiołowych,
- 5) zapewnienie nadzoru epidemiologicznego, w tym laboratoryjnej kontroli przeciwepidemicznej i zagrożeń środowiskowych,
- 6) promowanie aktywnego współuczestnictwa społeczeństwa w działaniach na rzecz zdrowia,
- 7) kształcenie i doskonalenie zawodowe lekarzy i innego personelu medycznego,
- 8) zapewnienie jednolitych kompleksowych regulacji prawnych w ochronie zdrowia,
- 9) monitorowanie zakresu i jakości świadczeń medycznych, ich dostępności, przestrzegania zasad etyki zawodowej personelu, przestrzegania praw pacjenta i międzynarodowych regulacji prawnych w ochronie zdrowia. Ocena sytuacji zdrowotnej kraju na tle porównań międzynarodowych.

Badanie stanu zdrowia oraz określanie potrzeb zdrowotnych powinno stanowić punkt wyjścia dla wszystkich działań mających na celu ochronę zdrowia. Określenie „problemów zdrowotnych” wymagających rozwiązania jest podstawą racjonalnej polityki zdrowotnej. Z tego powodu sposoby gromadzenia i analizy danych winny umożliwiać także śledzenie dynamiki zjawisk zdrowotnych i umożliwiać porównywanie ich w czasie i przestrzeni. Należy podkreślić wagę szerokich badań epidemiologicznych, gdyż w odniesieniu do dużej liczby chorób o znaczeniu społecznym nie ma prawnego obowiązku zgłaszania i rejestracji zachorowań.

Szybkie wykrycie i skuteczne leczenie chorób z oczywistych powodów leży w interesie tak społeczeństwa, jak i poszczególnych jednostek i ich rodzin. Dotyczy to nadal także chorób zakaźnych, które mogą być źródłem zakażenia przed pojawieniem się objawów klinicznych. Dlatego ważna jest wczesna identyfikacja stanów podejrzanych, co wymaga działań zorganizowanych prowadzonych m.in. przez Państwową Inspekcję Sanitarną. Zorganizowany wysiłek państwa powinien także dotyczyć zapobiegania powstawania i rozprzestrzeniania się wielu chorób niezakaźnych o znaczeniu społecznym.

Identyfikacja i zwalczanie zagrożeń środowiskowych to klasyczny przykład działań obejmujących wiele obszarów, działań opartych na uregulowaniach prawnych dotyczących różnych sektorów gospodarki i życia społecznego. Jako przykłady można podać: ochronę zasobów wody pitnej i kontrolę jej jakości, kontrolę produkcji i obrotu żywnością. Warto tutaj zaznaczyć, że nie zawsze są one postrzegane jako te, które mają pośredni czy nawet bezpośredni związek ze zdrowiem i są traktowane najczęściej jako „techniczne” sprawy gospodarki komunalnej lub ochrony środowiska.

Ostatnio coraz większego znaczenia nabierają sprawy bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych, w szerokim tego słowa znaczeniu: od zagadnień ewentualnego ubocznego dzia-

łania leków do wpływu nowych technologii medycznych czy – wydawałoby się paradoksalnie – pobytu w szpitalu. Do szeroko stosowanych działań przez służby zdrowia publicznego należy m.in. nadzór zdrowotny nad warunkami nauki i pracy czy też tzw. nadzór zapobiegawczy w odniesieniu do planów budowlanych czy zagospodarowania przestrzennego.

Zapobieganie wypadkom i udzielanie kompleksowej pomocy ofiarom katastrof i klęsk żywiołowych to kolejny przykład koniecznych działań międzysektorowych inspirowanych i prowadzonych przez państwo. Wymagają one bowiem zarówno działań legislacyjnych, jak i sprawnej struktury organizacyjnej ratownictwa. Dotyczy to w szczególności przygotowania na wypadek katastrof i klęsk żywiołowych zarówno infrastruktury materiałowo-sprzętowej, jak funkcjonowania służb ratunkowych, w tym medycznych.

Bezdyskusyjne jest także, że dla prawidłowej diagnozy i leczenia chorób potrzebne są laboratoria kliniczne. Taką samą rolę w odniesieniu do zdrowia populacji muszą pełnić laboratoria zdrowia publicznego, które badać będą zagrożenia epidemiczne w zakresie chorób zakaźnych (w tym także zawleczonych z zagranicy), wynikające z obecności substancji toksycznych w środowisku człowieka (powietrze, woda, gleba, żywność, przedmioty codziennego użytku). Dotyczy to także zagrożeń wynikających z wymiany handlowej z zagranicą. Laboratoria te mogą być także bazą dla realizacji narodowych programów zwalczania niektórych chorób niezakaźnych o znaczeniu społecznym.

Oczywiste jest, że zdrowia nie można nikomu narzucić ani zmusić wprost do zachowań prozdrowotnych. Jednakże z drugiej strony bez aktywnego udziału społeczeństwa, szczególnie społeczeństw lokalnych, działania na rzecz zdrowia nie mogą być pełne. Udział społeczeństw zależy bezpośrednio od poziomu wiedzy na temat zasad zdrowego stylu życia oraz od zapewnienia: (stworzenia) warunków temu sprzyjających.

Jest także rzeczą oczywistą, że żaden system zdrowia nie może funkcjonować bez właściwej, co do ilości i jakości, kadry profesjonalistów, pozytywnie motywowanej do realizacji misji i zadań wykształconych zgodnie z wymogami współczesnej wiedzy medycznej, nowych technologii diagnostyczno-leczniczych oraz potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa. Chodzi tu nie tylko o lekarzy, dentystów, farmaceutów, pielęgniarzy i położne oraz inny personel fachowy udzielający indywidualnych świadczeń zdrowotnych, ale także o fachowców wykształconych do działań w zakresie zdrowia publicznego w różnych instytucjach. Nie tylko wprost związanych z sektorem opieki zdrowotnej. Dotyczy to absolwentów szkół medycznych wyspecjalizowanych w zagadnieniach zdrowia publicznego, ale także: biologów, chemików, ekonomistów, inżynierów, socjologów, prawników i przedstawicieli innych zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Także lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentami powinni posiadać podstawowe informacje z zakresu zdrowia publicznego. Szczególnie dotyczy to lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Standardy i warunki kształcenia, zdobywanie specjalizacji i kształcenia ustawicznego muszą być jednolite w skali kraju, co może zapewnić tylko państwo poprzez regulacje prawne i system nadzoru, we współdziałaniu z korporacjami zawodowymi i towarzystwami naukowymi.

Zdrowie publiczne może być także widziane jako system składający się z wiedzy, wartości, zasobów, działań służących zdrowiu obywateli w procedurach demokratycznego państwa prawnego. Jak każdy system, także system zdrowia składa się z podsystemów, ma uporządkowaną strukturę według ustalonych reguł określających ich wzajemne relacje, jak również relacje z użytkownikami (odbiorcami) i innymi systemami społecznymi. Ustalanie zatem reguł określających funkcjonowanie systemu i jego relacje zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne jest niezbędne. Jest funkcją zdrowia publicznego i należy do podstawowych obowiązków państwa.

Obok zbierania danych o stanie zdrowia i potrzebach zdrowotnych ludności (o czym wspomniano omawiając pierwszą funkcję zdrowia publicznego) funkcją zdrowia publicznego jest tak-

że monitorowanie tego, co się dzieje w systemie zdrowia. Funkcja ta jest realizowana poprzez uzyskiwanie i analizowanie informacji o zakresie, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych indywidualnych oraz działań promocyjno-profilaktycznych na rzecz zdrowia ogółu ludności. Proces monitorowania stanowi także narzędzie oceny realizacji programów zdrowotnych oraz polityki zdrowotnej państwa.

Globalizacja procesów społeczno-ekonomicznych powoduje między innymi nie tylko zwiększenie przepływów informacyjnych i finansowych, ale także możliwości przenoszenia chorób zakaźnych; pojawiają się zagrożenia zdrowotne nierespektujące granic państwowych. Z drugiej strony stwarza możliwości różnorodnych porównań i wyciągania wniosków pro domo sua. Konieczność współpracy międzynarodowej wynika także z umów i konwencji, których Polska jest stroną, nie mówiąc o chęci odgrywania aktywnej roli w polityce międzynarodowej.

Jak wspomniano wcześniej, do funkcji zdrowia publicznego włącza się także niektóre indywidualne świadczenia zdrowotne, mimo że opieka indywidualna nie stanowi istoty działań (w zakresie zdrowia publicznego).

Do podstawowych funkcji zdrowia publicznego w zakresie działań na rzecz ochrony zdrowia osób indywidualnych zalicza się:

- 1) zapewnienie pełnej dostępności szczepień ochronnych oraz możliwości wczesnego wykrywania i leczenia chorób zakaźnych,
- 2) zapewnienie pełnej dostępności pomocy medycznej dla niektórych osób pozbawionych dostępu do świadczeń zdrowotnych,
- 3) objęcie niezbędnym zakresem świadczeń leczniczych wybranych chorób o znaczeniu społecznym,
- 4) objęcie badaniami skriningowymi i czynnym poradnictwem niektórych grup wysokiego ryzyka,
- 5) nadzór merytoryczny i pomoc finansowa dla niektórych instytucji.

Jak wspomniano wcześniej, niektóre funkcje służb medycznych i służb zdrowia publicznego mogą się przeplatać i uzupełniać. Szczepienia ochronne są przykładem, że działania mające na celu zdrowie ogółu ludności, są wykonywane w ramach indywidualnych świadczeń zdrowotnych. W odniesieniu do niektórych chorób zakaźnych konieczne jest zapewnienie badań przeglądowych grup wysokiego ryzyka zachorowania.

W każdym społeczeństwie istnieją grupy ludności mające z różnych powodów utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej lub lekceważące swoje zdrowie. Najczęściej są to: bezdomni, alkoholicy, narkomani, ludzie chorzy pozbawieni wsparcia rodziny, nielegalni imigranci. Słowem ludzie wykluczeni z normalnego życia społecznego. Ludzie ci mogą w pewnych okolicznościach stanowić zagrożenie zdrowotne dla innych, a z drugiej, niezależnie od przyczyn swej sytuacji, mają prawo do uzyskania pomocy medycznej. Jeżeli chce się realizować idee równości i sprawiedliwości w organizacji działań na rzecz zdrowia, a lekarzy realizujących swe powinności moralne.

Niektóre choroby o etiologii niezakaźnej, często związane z rozwojem cywilizacyjnym, mają charakter chorób społecznych. Ich zwalczanie wymaga zbiorowego wysiłku społeczeństwa i zorganizowanych działań państwa na przykład w postaci programów zdrowotnych. Przykładem może być narodowy program zwalczania chorób nowotworowych, program zwalczania chorób układu sercowo-naczyniowego czy cukrzycy. Jednocześnie istnieje także pewna grupa chorych, którzy z powodu trudnej sytuacji materialno-bytowej po prostu nie dają sobie rady z utrzymaniem poziomu zdrowia dostępnego dla innych. Na przykład: chorzy psychicznie, chorzy uzależnieni, dializowani itp. W każdym nowoczesnym państwie ta populacja objęta jest dodatkową opieką, a ich problemy zdrowotne mieszczą się w zakresie zdrowia publicznego.

Postęp wiedzy medycznej powoduje, że coraz więcej chorób może być rozpoznawanych w bardzo wczesnym stadium za pomocą nowoczesnych metod diagnostycznych. Czasami moż-

na wręcz wykryć zagrożenie chorobą lub predyspozycje do jej wystąpienia. Część tych metod może być użyteczna w masowych badaniach przeglądowych. Z drugiej strony wzrasta świadomość społeczeństw i rosnąca akceptacja profilaktyki masowej. Dlatego też obowiązkiem państwa realizującego swoje zadania w zakresie zdrowia publicznego winno być zapewnienie warunków techniczno-finansowo-organizacyjnych takich badań – uzasadnionych z punktu widzenia naukowego, finansowego i etycznego. Ten ostatni jest szczególnie istotny w kontekście zapewnienia możliwości leczenia osób, u których rozpoznano schorzenie.

W wielu krajach – nie tylko biednych, ale także przechodzących głęboką transformację społeczno-ekonomiczną – istnieje, a nawet pogłębia się rozwarstwienie statusu ekonomiczno-społecznego. Istnieją liczne społeczności niemogące zaspokoić podstawowych potrzeb, w tym także medycznych. Wzrasta rola instytucji charytatywnych, realizujących swoją misję, a także działalność różnych organizacji pozarządowych. Realizacja przez nie pewnych zadań może przebiegać bardziej skutecznie i efektywnie: lepiej odpowiadać na potrzeby, niż czyniłyby to instytucje czy organy władzy publicznej. Należy jednak zauważyć, że zdarzają się sytuacje, gdy instytucje te nadużywają zaufania społecznego. Dlatego też obowiązkiem państwa jest z jednej strony udzielanie im pomocy finansowej i merytorycznej, a z drugiej objęcie ich nadzorem.

Podsumowanie:

1. Działania na rzecz zdrowia w skali populacyjnej, ponadjednostkowej podejmowane były od zarania ludzkości. Oczywiście zakres tych działań, a także zrozumienie mechanizmów przyczynowo-skutkowych były różne w różnych epokach; w różnych okresach rozwoju społeczno-ekonomicznego danych społeczności. Szczegółowo tymi zagadnieniami zajmuje się historia medycyny i zdrowia publicznego.
2. Od najdawniejszych czasów do lat dwudziestych ubiegłego wieku najważniejszym problemem zdrowotnym były choroby zakaźne – główna przyczyna zgonów. W rozważaniach zmierzających do szukania przyczyn i uwarunkowań chorób jako podstawy do działań prewencyjnych i leczniczych odnośnie zarówno jednostek, jak i społeczeństw, brano także pod uwagę wpływ warunków środowiska fizycznego i społecznego ludzi. W różnych okresach historii społeczeństw ocena wpływu poszczególnych determinantów zdrowia była różna.
3. W wieku XIX, a także w pierwszych dekadach ubiegłego stulecia działania w zakresie zdrowia publicznego dotyczyły głównie środowiska naturalnego bytu społeczeństw: bezpieczeństwa wody, powietrza i żywności, a odnośnie walki z chorobami koncentrowały się na ograniczaniu przyczyn zgonów związanych z infekcjami, urazami, zatruciami, także w kontekście biedy i ubóstwa społeczeństw lub ich części. Osiągnięcia w tym zakresie, które skutkowały spektakularnym spadkiem chorobowości i umieralności, głównie w odniesieniu do chorób zakaźnych, nazywa się często pierwszą rewolucją zdrowotną.
4. W wieku XX pojawiły się nowe zagrożenia zdrowia, zwiększyła się liczba chorób związanych z coraz dłuższym trwaniem życia, nierównościami w zdrowiu, a także negatywnymi zmianami w środowisku naturalnym. Te zagadnienia stały się głównym przedmiotem działań w zakresie zdrowia publicznego. Zakładano, że wielu zjawiskom szkodliwym dla zdrowia można zapobiec poprzez zmiany w środowisku naturalnym i społecznym, a także poprzez zmiany w zachowaniach jednostek. Spektakularne osiągnięcia wiedzy i technologii medycznej oraz znaczące zwiększanie dostępności do instytucjonalnej opieki zdrowotnej doprowadziły do przekonania, że rozwiązanie problemów zdrowotnych ludności będzie związane głównie ze zwiększeniem nakładów na sektor zdrowia oraz nowoczesną medycynę naprawczą. Ewidentne osiągnięcia w zwalczaniu niektórych chorób będących

głównymi przyczynami zgonów w wieku XX (w każdym razie w krajach rozwiniętych) czasami nazywane są drugą rewolucją zdrowotną.

5. W połowie ubiegłego wieku doszło do zahamowania obserwowanych uprzednio pozytywnych trendów we wskaźnikach zdrowotnych, a także trudności – z przyczyn ekonomicznych – w dalszym rozwoju systemów opieki zdrowotnej. Pojawiły się także nowe zagrożenia zdrowotne, związane z nowymi, ale także ponownie wyłaniającymi się chorobami, globalizacją a ostatnio terroryzmem. Wszystko to spowodowało trwający do dziś od lat siedemdziesiątych, proces rewaluacji dotychczasowych działań na rzecz zdrowia i wyłanianie się nowego zdrowia publicznego.
6. Zakres zdrowia publicznego zmienia się w miarę zmian technologii i wartości społecznych, lecz cele pozostają te same: zmniejszenie występowania chorób i przedwczesnych zgonów oraz stanów powodujących cierpienie i niepełnosprawność.
7. Nowe zdrowie publiczne jest syntezą klasycznego zdrowia publicznego, takiego jakie było praktykowane od stuleci oraz osiągnięć nauk medycznych i społecznych ostatniego okresu. Jest dyscypliną obejmującą „wszystko, co jest ważne dla zdrowia”, widzianego także w kontekście wszystkich uwarunkowań.
8. W zdrowiu publicznym punktem wyjścia jest ocena stanu zdrowia określonej zbiorowości (populacji) i/lub określenie danego problemu zdrowotnego w wymiarze społecznym na podstawie danych epidemiologicznych; wykorzystanie metod innych nauk w celu identyfikacji wszystkich ważnych czynników mogących kształtować mierzalny poziom zdrowia. Z tego winny wypływać konkretne wnioski co do celów, kierunków i priorytetów działań na rzecz zdrowia.

Spektrum zdrowia publicznego obejmuje:

- 1) szacowanie i monitorowanie zdrowia społeczności i zagrożonych populacji celem identyfikacji problemów zdrowotnych i ustalania priorytetów,
 - 2) formułowanie, wdrażanie i ocena działań mających na celu rozwiązywanie problemów zdrowotnych w wymiarze populacyjnym,
 - 3) zapewnienie równego i sprawiedliwego dostępu społeczeństwu właściwych świadczeń zdrowotnych, zorganizowanych w sposób skuteczny, efektywny i o właściwej jakości ze szczególnym uwzględnieniem promocji zdrowia i profilaktyki chorób,
 - 4) ocena skuteczności i efektywności systemu opieki zdrowotnej,
 - 5) kontrolowanie czynników ekologicznych oraz tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych.
9. Zdrowie publiczne może być opisane także poprzez tzw. podstawowe funkcje zdrowia publicznego. Jest to zestaw niezbędnych i koniecznych, fundamentalnych działań wykonywanych w celu chronienia i poprawy zdrowia populacji oraz leczenia chorób przy użyciu zasobów, metod i narzędzi nakierowanych na społeczność i środowisko. W skład tego zestawu mogą wchodzić indywidualne świadczenia zdrowotne podejmowane dla ochrony i leczenia osób z grup wysokiego ryzyka lub specjalnie podatnych na narażenia, ale opieka indywidualna nie stanowi funkcji podstawowej zdrowia publicznego. Realizacja podstawowych funkcji zdrowia publicznego jest domeną władz publicznych; wymaga współdziałania i inicjatyw międzysektorowych, a także zaangażowania społeczności lokalnych.

Bibliografia

1. D. Acheson, Independent inquiry into inequalities in health. HM Stationary Office, London, 1988.
2. J. R. Ashton. The New Public Health. W: International Encyclopedia of Public Health. Ed. H.K. Heggenhaugen, Elsevier Accademia Press, Sept. 2008, t. 4, str. 521–522.

3. N. Awofeso. What's new about the „New Public Health”. *American Journal of Public Health*, 2004; 94, (5); 705–705.
4. F. Baum. *The New Public Health*. Second Edition, Oxford University Press, 2002, str. 20.
5. D. W. Bettcher, S. Sapirie, E. H. T. Goon. Essentials public health functions: result of the international Delphi study. *World Health Statistics Quarterly*. 1998, 51, 44–54.
6. L. Breslaw. From disease prevention to health promotion. *JAMA*, 1999, 281, (11); 1030–1033.
7. T. Brzeziński (Red.) *Historia medycyny*. PZWL, wyd. 4. 2004, str. 227.
8. F. F. Cartwright, M. Biddiss. *Niewidoczny wróg. Zarazy i historia*. Wydawnictwo Wołoszański sp. z o.o. Warszawa 2005, str. 17.
9. R. Dubos, Człowiek, środowisko, adaptacja, PZWL, Warszawa, 1970.
10. Expert Committee on public health administration. First Report, WHO Technical Report Series, no 55, WHO, Geneva, 1952.
11. J. Grudziąż-Sękowska. Karta z Tallina 2008. *Prawo i Medycyna*. 1/2009 34 (11): 33–34.
12. H. W. Hill. *The New Public Health*, The Macmillan Company, NY, 1916. str. 8 Reprint. Wydawnictwo Bibliofile Uniwersytetu Cornell, marzec 2009.
13. I. V. Hiscock. Public health at Yale. *Yale J. of Biology and Medicine*, 1947; 19 (4); 393–398
14. Z. Jastrzębowski. Zagadnienia zdrowia publicznego w doktrynie welfare state. W: *Z dziejów zdrowia publicznego*. Red. J. Nosko. Instytut Medycyny Pracy. Łódź 2006.
15. N. E. Kass, An ethics framework for public health. *American Journal of Public Health*, 2001; 91 (11): 1776–1782.
16. H. Kirschner. Zdrowie publiczne – ewolucja pojęć i praktyka. *Zdrowie Publiczne*. 2002; 112 (1): 3–8.
17. H. Kirschner. Zdrowie publiczne – ewolucja pojęć i praktyka. W: *Zdrowie publiczne w zmieniającej się Europie*. Red. J. Nosko. Szkoła Zdrowia Publicznego IMP. Łódź, 2009.
18. J. Leowski. Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. *Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*. CeDeWu, Warszawa, 2004.
19. J. Leowski. Rola i miejsce zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia – o potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym. *Zdrowie Publiczne*. 2001; 111 (4): 219–226.
20. J. Leowski. Funkcje zdrowia publicznego. *Zdrowie Publiczne*, 2001, 111 (5): 382–6.
21. E. Lesky (Ed) *A system of complete medical police*. Selection from Johan Peter Frank, The Johns Hopkins University Press, 1976.
22. B. Niedźwiecka, K. Czabanowska. Kontrolowane słownictwo w zakresie zdrowia publicznego. *Przegląd dokonań*. *Zdrowie Publiczne*. 2007; 117 (4): 469–473.
23. J. Nosko. Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne. *Aspekty historyczno-kulturowe*. IMP Łódź. 2005. str. 137, 283–284.
24. J. Nosko. De morbis artificium diatryba Bernardino Rammazziniego. *Medycyna Pracy* 2000, LI (6): 689–695.
25. Raport Komisji Fundacji Milbank, 1975. cyt. za: J. Leowski. Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne str. 14 [18].
26. P. Robertson. Co, gdzie, kiedy po raz pierwszy. *Świat książki*, Warszawa, 1998, str. 426–427.
27. M. J. Roemer. *National health systems of the world* Oxford University Press. 1993. vol. 2 str. 47.
28. G. Rosen. *A history of public health*. Expanded edition. The Johns Hopkins University Press, 1993
29. F. Douglas Scutchfield. A third public health revolution. *Am. J. Prec. Med.*, 2004; 27 (1): 83–84
30. H. Sigerist. Man and medicine: an introduction to medical knowledge. Mc Grath Pub. Co, 1970, str 300
31. J. E. Stiglitz. Czy kapitalizm może być moralny. *Foreign Affairs*. Nov-Dec. 2005, Cyt. za: GW 26 – 27.11.2005.
32. *The Future of Public Health*. Committee for Study of the Future of Public Health, Division of Health Care Services, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, D.C. 1988.
33. *The World Health Report 1998. Life in the 21 Century. A vision for all*. World Health Organization, Geneva, 1998, str. 141.
34. Y. Tountas. The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine. *Health Promotion International*, 2009. 24 (2): 185–192.
35. T. H. Tulchinsky, E. A. Varavikowa. *The New Public Health*. The Second Edition. Elsevier Academic Press. 2009. str. 4.

36. S. Ůchert et al. Johan Peter Frank: revisiting the forgotten founder of the modern health care system. *European Urology Supplements*, 2009 8 (4): 122.
37. G. Vickers. What sets the goals of public health. *Lancet*. 1958; 27 (7021): 599–604.
38. J. Wilson. Toward a normative framework for public health ethics and policy. *Public Health Ethics*, 2009; 2(2): 184–194
39. C-E.A. Winslow. The untilled fields of public health. *Science*, 1920, vol. 51 (1306); 23–33
40. C. Włodarczyk. S.Poździoch. Pojęcie i zakres zdrowia publicznego. W: *Zdrowie Publiczne*. Red. A. Czupryna et al. T.1. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków, 2000. str. 23–25.
41. C. Włodarczyk. Zdrowie publiczne a polityka zdrowotna. *Zdrowie Publiczne*, 2001; 111 (5–6): 414–421.
42. C. Włodarczyk. Zdrowie publiczne w perspektywie międzynarodowej. Wybrane elementy. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2007, str. 34–38.
43. C. Włodarczyk et al. Zdrowie publiczne w krajach europejskich. Wybrane zagadnienia etyczne. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
44. A. Wojtczak. U źródeł medycyny społecznej i zdrowia publicznego. *Zdrowie Publiczne*. 1992; 103 (3): 118–132.
45. M. Wysocki. M. Miller. Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne, *Przegl. Epidemiologiczny*, 2003; 57. (3): 506–511.

Systemy zdrowia – Procesy transformacji – Przyczyny i cele zmian

Marek Sanecki

Wstęp

We współczesnej literaturze zarządzania organizacjami ochrony zdrowia centralną rolę odgrywa pojęcie „systemu”. Spotykamy następujące sformułowania: system zdrowia, system zdrowotny, system opieki zdrowotnej, system opieki medycznej, system służby zdrowia, system ochrony zdrowia itp. Powszechnie się uznaje, że w tej palecie terminów pojęcie „systemu zdrowia” jest pojęciem najszerszym. Encyklopedyczne określenie systemu to: skoordynowany układ elementów wykazujący określoną strukturę oraz zespół sposobów działania (metod, procedur), a także całokształt zasad, ogół norm lub reguł obowiązujących w danej dziedzinie. Według Światowej Organizacji Zdrowia przez system zdrowia należy rozumieć wszystkie organizacje, instytucje i zasoby, których pierwotnym celem są działania na rzecz zdrowia zmierzające do jego poprawy. Takie określenie można znaleźć w Światowym Raporcie Zdrowia z roku 2000 [28]. System zdrowia ma trzy fundamentalne cele: poprawianie stanu zdrowia populacji; odpowiadanie na uprawnione oczekiwania ludzi, a szczególnie zapewnianie finansowej ochrony przed ponoszeniem nadmiernych kosztów związanych z problemami zdrowotnymi. Zorganizowany system zdrowia istnieje około 100 lat, natomiast historia szpitalnictwa jest nieporównanie dłuższa. Nowoczesny system zdrowia, bez względu na to, czy dotyczy jednostek, czy całych społeczeństw, najlepiej jest widoczny dla użytkowników w formie systemu opieki zdrowotnej, na którą tradycyjnie składają się działania z obszaru promocji zdrowia oraz różnorakie procedury: zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne i opiekuńcze (zapewniające pomoc niepełnosprawnym i przewlekłe chorym), a także organizowanie opieki terminalnej.

Unia Europejska wyraziła swój pogląd na temat narodowych systemów opieki zdrowotnej w traktacie z Maastricht z roku 1992. Poparła w nim daleko idącą zbieżność systemów europejskich, przy jednoczesnym zachowaniu ich narodowego charakteru wynikającego z tła kulturowego i specyfiki lokalnej. Systemy europejskie odzwierciedlają powszechne w Europie wartości solidarności, wspólnoty, równości i legalnie ustanowionego prawa do zdrowia oraz opieki zdrowotnej. Systemy europejskie mają liczne podobieństwa, gdyż napotykają na podobne szanse (lawinowy rozwój technologii medycznej i informatycznej) i podobne problemy (wzrost kosztów, ograniczone zasoby, wzrastająca liczba ludzi w podeszłym wieku z przewlekłymi schorzeniami).

Towarzyszy temu rozwój europejskich standardów dotyczących zakresu informacji i pomiaru wyników w obszarze efektywności medycznej i ekonomicznej.

Współczesna Europa przyjęła za obowiązujący egalitarny punkt widzenia sformułowany w kręgach socjalistycznych działaczy brytyjskiej Partii Pracy, który opiera się na przekonaniu, że dostęp do opieki zdrowotnej jest prawem obywatela, tak jak prawo do niezawisłego sądu, do wolnych wyborów, do swobodnego wyrażania poglądów itp. Istotą tego podejścia jest to, że dostęp do opieki zdrowotnej zależy od „potrzeb zdrowotnych” (jakkolwiek byłyby one sformułowane) i zdolności obywatela do osiągania korzyści z możliwości, jakie oferuje system. Immanentną cechą europejskich modeli opieki zdrowotnej jest dążność do zapewnienia swoim obywatelom powszechnego dostępu do placówek opieki zdrowotnej w postaci obligatoryjnych systemów ubezpieczeń zdrowotnych oraz świadczonych często bezpłatnie usług zdrowotnych lub z ograniczoną współpłatnością ze strony pacjenta. Realia finansowe wielu krajów europejskich powodują to, że realizacja tych założeń coraz częściej staje pod znakiem zapytania. Wg opinii WHO nowe kraje członkowskie UE, do których zalicza się nasz kraj, będą rozwijać hybrydowe formy opieki zdrowotnej (kombinacja pracowniczych ubezpieczeń zdrowotnych z udziałem finansowania budżetowego oraz prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych). Ta hybrydyzacja jest zgodna z trendami panującymi w Europie, gdzie poszczególne kraje zapożyczają od siebie elementy istniejących tam systemów [24].

Przeciwieństwem powyżej przedstawionego podejścia jest podejście neoliberalne, wolnorynkowe lub libertariańskie twierdzące, że dostęp do opieki zdrowotnej jest częścią systemu społecznego wynagradzania, w którym obywatelom szczególnie przyczyniającym się do wzrostu zamożności kraju, należy pozwalać na wykorzystanie ich dochodów celem uzyskania opieki zdrowotnej na odpowiednio wyższym poziomie. Istotą tego podejścia jest to, że dostęp do opieki zdrowotnej zależy od zdolności obywatela do płacenia za usługi. Ten punkt widzenia doczekał się systemowej realizacji w Stanach Zjednoczonych pod postacią elitarnej opieki zdrowotnej. W wyniku tego podejścia do dyspozycji osób zamożnych i posiadających polisy komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych postawiono prywatną opiekę zdrowotną na najwyższym światowym poziomie technologicznym, tuż obok istnienia 47-milionowej grupy obywateli USA nieposiadających żadnych ubezpieczeń zdrowotnych i ponoszących z tego powodu wiadome konsekwencje zdrowotne.

Typologia modeli europejskich i motywy transformacji

Wychodząc z definicji klasyfikacji, że jest to podział zbioru na podzbiory przy zachowaniu rozłączności i zupełności podziału, można uznać, że modeli europejskich nie da się sklasyfikować, gdyż nie spełniają one wymogów definicji. Pozostaje zatem typologia, czyli podział zbioru modeli europejskich na podzbiory bez stawiania rygorystycznych wymogów klasyfikacji. Trudność polega na tym, że coraz bardziej zacierają się ostre granice istniejących systemów zdrowia, a poszczególne kraje zapożyczają od siebie elementy systemów. Powstają hybrydowe modele opieki zdrowotnej, trudno poddające się klasyfikacji, przyjmują formę swoistego synkretyzmu, gdyż są produktem mniej lub więcej udanej syntezy modeli. Przodują w tym nowe kraje członkowskie UE, często posiadające u siebie kombinację obligatoryjnych publicznych ubezpieczeń zdrowotnych ze znacznym udziałem finansowania z budżetów państwa i samorządów oraz z udziałem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych i współpłaty [24].

Jak wiadomo, istnieją cztery źródła finansowania opieki zdrowotnej: 1) z podatków ogólnych zasilających budżet państwa; 2) z poboru składki obligatoryjnego ubezpieczenia społecznego, w tym zdrowotnego; 3) z dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych; 4) z płatności (współpłatności) z kieszeni pacjentów. Wydaje się, że najbardziej klarownym kryterium typologii

modeli europejskich jest rodzaj ich finansowania, który prowadzi nas do następującego podziału systemów opieki zdrowotnej [9]:

1. Modele oparte na modelu Bismarcka (modele ubezpieczeniowe), których podstawą jest nadal stabilne finansowanie ze składek ubezpieczenia zdrowotnego (Austria, Niemcy, Francja, Szwajcaria, Benelux);
2. Modele oparte na modelu Bismarcka, będące aktualnie w różnym stadium transformacji, np. Izrael z czterema funduszami quasi-*HMO*, wzorowanymi na amerykańskim modelu kierowanej opieki zdrowotnej (opisanej dalej w tekście). Po reformie z 1995 model izraelski przekształca się sukcesywnie w obligatoryjny system powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych plus dobrowolne dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne;
3. Modele oparte na modelu Beveridge'a (model budżetowy), których podstawą jest stabilne finansowanie z podatków ogólnych zasilających budżet państwa (Wielka Brytania, Dania, Irlandia i coraz bardziej zbliżające się do tego modelu kraje skandynawskie: Islandia, Norwegia, Szwecja, Finlandia);
4. Modele, będące w trakcie transformacji, które odeszły już od modeli ubezpieczeniowych i systematycznie zmierzają w kierunku pełnych modeli budżetowych (Włochy, Grecja, Hiszpania, Portugalia);
5. Modele budżetowe nadal historycznie związane z modelem Siemaszki (w większości krajów, byłych republikach dawnego ZSRR) oraz modele budżetowe przekształcające się w modele ubezpieczeniowe (w krajach europejskich, którym po II wojnie światowej narzucono model Siemaszki; są to w większości tzw. nowe kraje UE).

Poza tą listą znajduje się amerykański model wolnej przedsiębiorczości (leseferyzmu) w zakresie zarówno usług zdrowotnych, jak i ubezpieczeń zdrowotnych oraz modele pochodne od jednej z form modelu amerykańskiego, jakim jest kierowana opieka zdrowotna (*HMO – Health Maintenance Organization*) w Izraelu przed reformą z 1995 oraz w wybranych krajach Ameryki Łacińskiej, które przeprowadzały reformę systemu zdrowia pod auspicjami Banku Światowego (BS) i Międzynarodowego Funduszu Walutowego (MFW).

Zmiana modelu najczęściej bywa umotywowana politycznie. W krajach, które przeszły z gospodarki centralnie sterowanej do gospodarki wolnorynkowej, uznawano, że pozostanie przy „starym” modelu budżetowym opieki zdrowotnej, jest konserwowaniem enklawy „starego reżymu”. Z przejściem na model ubezpieczeniowy łączono nadzieje na lepsze zarobki, lepszą organizację itp. Na przykład w procesie zjednoczenia Niemiec uzgodniono, że obszar b. NRD (z budżetowym modelem opieki zdrowotnej) zostanie automatycznie objęty systemem ubezpieczeń zdrowotnych obowiązującym w RFN. Natomiast w krajach skandynawskich, pod rządami socjaldemokratów, gdzie realizowano ideę „państwa opiekuńczego”, coraz większe zbliżanie się do modelu budżetowego opieki zdrowotnej uznawano za znaczący krok w realizacji troski o obywatela. Opinie doradców i ekspertów różnych organizacji międzynarodowych zmiennie zaciążyły na zmianie modelu w wielu krajach Ameryki Łacińskiej. Zwiększenie produktywności modelu było motywem prób wprowadzenia tzw. rynku wewnętrznego w Wielkiej Brytanii, a niezadowolenie lekarzy rodzinnych spowodowało dodanie opłat za usługi do tradycyjnie kapitacyjnego (pogłównego) systemu opłacania tych lekarzy. Podobnych przykładów można mnożyć wiele.

Najstarsze historycznie są europejskie modele ubezpieczeniowe zasilane ze składek ubezpieczenia zdrowotnego, powstałe w latach 80. XIX wieku (tzw. model Bismarcka). Cechą tych modeli jest istnienie pluralistycznych autonomicznych funduszy ubezpieczeń zdrowotnych (kas chorych, ubezpieczalni społecznych, towarzystw ubezpieczeniowych) funkcjonujących pod egidą państwa. Modele te mają charakter pracowniczy, gdyż składkę ubezpieczeniową wnoszą solidarnie pracownicy i pracodawcy. Ponad 90% ludności w Europie Zachodniej jest objęta jedną z form obligatoryjnych, publicznych ubezpieczeń zdrowotnych i korzysta także z dodatkowych

ubezpieczeń lub z ubezpieczeń alternatywnych. Zasadą jest współpłatność za usługi medyczne z kieszeni pacjentów lub z ubezpieczenia dodatkowego. Koszyk usług jest ograniczony przez wykluczenie niektórych rodzajów usług zdrowotnych (tzw. koszyk negatywny). Istnieje pluralizm własnościowy placówek opieki zdrowotnej. Własność publiczną reprezentują placówki rządowe lub samorządowe; własność prywatną placówki należące do lekarzy, spółek lekarskich, kongregacji religijnych, sieciowych przedsiębiorstw komercyjnych itp.

Francja jest przykładem kraju, który zachował współcześnie najwięcej cech klasycznego modelu Bismarcka [3, 14, 32]. System krystalizował się dziesiątki lat w procesie demokratycznym, siłą napędową były związki zawodowe o różnej barwie politycznej. System zunifikowany od 1945 roku łączy wszystkie organizacje ubezpieczeń obowiązkowych. Składa się z kilku krajowych kas: ubezpieczeń zdrowotnych (CNAMTS); ubezpieczeń rodzinnych (CNAF); ubezpieczeń emerytalnych (CNAV) i sektora rewindykacji (URSSAF). Ubezpieczenia od bezrobocia prowadzi Stowarzyszenie Osób Zatrudnionych w Handlu i Przemśle (ASSEDIC). System uzupełniają instytucje ubezpieczeń wzajemnych (*mutualite*) dla rolników, osób samozatrudnionych (rzemieślnicy i wolne zawody), oraz firmy oferujące dodatkowe ubezpieczenia komercyjne zrzeszone w Narodowej Federacji Instytucji Ubezpieczeń Społecznych (FNOSS).

Każdy obywatel Francji od 16. roku życia otrzymuje osobistą Kartę Ubezpieczenia Społecznego. Może korzystać ze świadczeń medycznych zarówno sektora publicznego, jak i prywatnego, równouprawnionych wobec instytucji ubezpieczeniowych. Sieć Podstawowych Kas Ubezpieczeń Chorobowych zajmuje się refundowaniem faktur wystawionych przez świadczeniodawców. Refundacja pokrywa średnio 75% kosztów leczenia, pozostałe 25% pacjent najczęściej uzyskuje z systemu ubezpieczeń dodatkowych.

System organizacyjny lecznictwa cechuje pluralizm własnościowy placówek leczniczych. Na szczycie systemu referencyjnego znajdują się publiczne superspecjalistyczne Regionalne Centra Szpitalne (w gestii prefektów regionalnych – reprezentantów rządu). Szczebel niżej znajdują się publiczne specjalistyczne Centra Szpitalne w stolicach departamentów (województw), podlegające prefektom departamentalnym (wojewodom) – reprezentantom rządu. Sieć uzupełniają publiczne szpitale komunalne, podległe samorządom terytorialnym, na czele których stoją merowie (stanowiska wybieralne). Sektor publiczny liczy ponad 1000 szpitali (30% szpitali, 65% łóżek, 62% personelu medycznego). Sektor prywatny liczy około 2400 placówek (70% szpitali, 35% łóżek, 38% personelu medycznego). W lecznictwie otwartym istnieje swobodny dostęp do lekarzy ogólnych i do specjalistów. Refundacja wynosi średnio 75% opłat, które pobiera lekarz. Opłaty przewyższające obowiązujący pułap refundacyjny nie podlegają zwrotowi, lecz tylko około 25% lekarzy (specjalistów) przekracza obowiązujące taryfy refundacyjne. Peryferie systemu stanowią liczne małe prywatne szpitaliki (*La Clinique*), mające po kilka – kilkanaście łóżek; zakresem ich działania jest położnictwo i ginekologia, rutynowe zabiegi chirurgiczne, typowe przypadki internistyczne. Liczba placówek szpitalnych w sektorze prywatnym jest dwuipółkrotnie większa niż w sektorze publicznym, natomiast skupia tylko około jednej trzeciej łóżek i personelu medycznego. Z grona około 201000 lekarzy 70% posiada status reprezentantów wolnego zawodu (samozatrudnionych), których przychód stanowią honoraria za usługi świadczone zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym.

Skandynawskie modele hybrydowe (mieszane budżetowo – ubezpieczeniowe), ewolucyjnie najmłodsze [13, 15, 18] są tworem socjaldemokracji krajów skandynawskich oraz wysokiego poczucia solidaryzmu i egalitaryzmu społeczeństw skandynawskich. Dominuje samorządowa własność placówek lecznictwa, należą one bądź do rad prowincji, bądź do rad gmin. Obligatoryjne ubezpieczenia zdrowotne w publicznej monopolistycznej instytucji ubezpieczeń społecznych. W 30–35% źródłem finansowania opieki zdrowotnej są budżety samorządów obok 30–35% udziału rządowych subwencji. Udział ubezpieczeń zdrowotnych wynosi 10–20%, pozostałe kilka – kilkanaście procent pochodzi ze współpłatności pacjentów.

Przykładem może być zintegrowany model norweski. Obligatoryjny publiczny system ubezpieczeń społecznych, zasilany solidarnie ze składek pracowników i pracodawców oraz osób samozatrudnionych, obejmuje także bezrobotnych i emerytów (którzy nie wnoszą składek). Hospitalizacja, porody, leczenie dzieci do lat 7, usługi dentystyczne dla dzieci i młodzieży do lat 19, leczenie następstw wypadków w pracy jest bezpłatne. Istnieje współpłatność u lekarzy pierwszego kontaktu za wizyty domowe i za badania dodatkowe. Płaci się za leczenie chorób lekkich i krótkotrwałych, natomiast koszt leczenia chorób ciężkich i przewlekłych ponosi w całości ubezpieczyciel; to samo dotyczy leków. W chorobach przewlekłych płaci się 30% cen leków do wysokości pułapu (około 200 USD), po przekroczeniu którego leki do końca roku są wydawane bezpłatnie.

Placówki szczebla krajowego podległe Norweskiemu Zarządowi Zdrowia: to kilka specjalistycznych szpitali i placówek badawczych. Placówki szczebla regionalnego (w 19 prowincjach) podległe Zarządom Zdrowia i Służb Socjalnych Rad Prowincji: to duże regionalne szpitale specjalistyczne (obsługujące 3–7 prowincji) i małe szpitale lokalne (2–7 szpitali w każdej prowincji) finansowane głównie z subsydiów rządowych. Drugim źródłem finansowania są ubezpieczenia zdrowotne, trzecim opłaty pacjentów. Za pacjentów gości z innych prowincji obowiązuje refundacja od władz prowincji miejsca zamieszkania. Szczegel 435 gmin zarządza POZ i domami opieki, finansowanymi ze wszystkich czterech źródeł zasilania. Społeczność norweska w 90% jest zadowolona z usług służby zdrowia. Partie polityczne popierają istniejący system i nie chcą zmian.

Budowa nowoczesnej opieki zdrowotnej w Skandynawii rozpoczęła się tuż po II wojnie światowej. Początkowo zdominował ją silny sektor szpitalny. Zmiana strategii nastąpiła na początku lat 70., gdy spostrzeżono, że w Szwecji wszystkie usługi zdrowotne świadczone są w trybie hospitalizacji. Powodem „szpitalocentryzmu” była konieczność skupienia w szpitalach nielicznych lekarzy. Szwecja przeżywała kryzys kształcenia lekarzy, przy niechęci zatrudniania lekarzy z „importu”. Od lat 70. XX wieku nastąpiła zmiana, zaczęto tworzyć POZ i rekrutować lekarzy z zagranicy. Podobna sytuacja była w Finlandii, gdzie federacje samorządowe, skupiające średnio po 3 gminy, zarządzały jednym ze 150 szpitali. Zmiana nastąpiła w 1972 roku po uchwaleniu ustawy o POZ. Ustawa zobowiązywała 461 gmin do zorganizowania centrów zdrowia wraz z łózkami obserwacyjnymi do leczenia prostych przypadków chorobowych. Szpitale ogólne zostały zrzeszone w 21 federacjach zarządczych.

Europejskie modele budżetowe są finansowane z podatków ogólnych. Pierwszym modelem budżetowym był model radziecki wg założeń Mikołaja Siemaszki, komisarza ds. zdrowia ZSRR. Model krystalizował się przez dziesiątki lat, a po II wojnie światowej został przeszczepiony do krajów pod dominacją radziecką w formie Państwowej Służby Zdrowia (PSZ). Jego deklarowane cechy to: powszechny dostęp do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, orientacja na działania profilaktyczne, udział ludności w działaniach na rzecz zdrowia, które w części okazały się być iluzoryczne, co wynikało z obowiązującej zasady tzw. centralizmu demokratycznego. Źródła finansowania instytucji centralnych podległych ministrowi zdrowia pochodziły z budżetu centralnego (rządowego); natomiast budżet terytorialny (części budżetu centralnego w gestii regionów) zasiliał terenowe placówki służby zdrowia. Model charakteryzuje własność państwowa placówek leczniczych, jednolita struktura organizacyjna, zatrudnienie personelu na etatach państwowych. Państwo było właścicielem sieci aptek, szkolnictwa medycznego, sanatoriów, prewentoriów itp. Płatnikami (dysponentami budżetu) była centralna i regionalna administracja rządowa. Sektor prywatny utrzymał się na marginesie w niektórych krajach (np. w Polsce prywatne gabinety dentystyczne i laboratoria, spółdzielnie pracy lekarzy).

Przykładem modelu budżetowego wzorowanego na modelu Siemaszki była Polska [5,10,11,29,30,31]. W pierwszym 25-leciu funkcjonowania modelu Siemaszki w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej (1948–1972) rozpoczęto budowę Państwowej Służby Zdrowia (PSZ), funkcjonującej w systemie nakazowo-rozdzielczym. Początkiem systemu było uchwalenie usta-

wy o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (1948). W latach 1948 – 1950 dokonano nacjonalizacji (upaństwowienia, *de facto* konfiskaty) wszystkich placówek służby zdrowia. Z wydziałów lekarskich i farmacji wyłączonych z uniwersytetów i scalonych z uczelniami dentystycznymi utworzono akademie medyczne, podległe ministrowi zdrowia. Z funkcjonujących przed wojną filii Państwowego Zakładu Higieny (PZH) utworzono wojewódzkie a następnie zorganizowano powiatowe i miejskie stacje sanitarno-epidemiologiczne. Powstały autonomiczne resortowe służby zdrowia: MON, PKP, MSW, więziennictwa, a także przemysłowa służba zdrowia. Powołano Pomoc Lekarską dla Młodzieży Akademickiej (PLMA). Zniesiono autonomię ZUS (1950–1951), a dochody ZUS stały się dochodami państwa. Konstytucja z dnia 22 lipca 1952 zapewniała prawo do ochrony zdrowia oraz do pomocy na wypadek choroby, starości i niezdolności do pracy. W roku 1972 objęto świadczeniami leczniczymi rolników indywidualnych wraz z ich rodzinami. Od tego momentu osoby nieubezpieczone w Polsce stanowiły mniej niż 1%.

Przed wojną (1938) było w Polsce 12 912 lekarzy, tuż po wojnie (1946) doliczono się ich tylko 7732. W wyniku intensywnego kształcenia kadry medycznej, pod koniec istnienia PRL (1989) liczba lekarzy osiągnęła liczbę 90 086. Podobnie było z kadrą pielęgniarstwa, po wojnie (1946) doliczono się 5840 pielęgniarek, w roku przełomu (1989) liczba osiągnęła 213 127 (przy liczbie łóżek szpitalnych 205 248). Podobnie dynamiczny był rozwój przychodni w miastach i ośrodków zdrowia na wsi. Podległe ministrowi zdrowia Zjednoczenie CEFARM skupiało apteki otwarte, Zjednoczenie CEZAL zaopatrywało placówki służby zdrowia, Zjednoczenie ORTMED zajmowało się dystrybucją sprzętu inwalidzkiego i rehabilitacyjnego, Zjednoczenie BIOMED skupiało laboratoria produkcyjne szczepionek i surowic, a sieć 49 wojewódzkich kolumn transportu sanitarnego WKTS zapewniała transport dla lecznictwa.

W drugim 25-leciu funkcjonowania modelu Siemaszki w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej (1973–1998) rozpoczęto tworzenie Zespołów Opieki Zdrowotnej (ZOZ), początkowo w powiatach z połączenia szpitali powiatowych, przychodni rejonowych i obwodowych, gminnych i wiejskich ośrodków zdrowia, stacji pogotowia ratunkowego i ośrodków pomocy społecznej. Model ZOZ idealnie pasował do obszarów wiejskich oraz małych i średnich miast. Potem nastąpiło wtórne zróżnicowanie modelu w dużych aglomeracjach przemysłowych (powołano ogólne i specjalistyczne przemysłowe ZOZ) oraz miastach uniwersyteckich (powołano ZOZ dla szkół wyższych). Kolejna reforma podziału administracyjnego kraju (48 „małych” województw) zlikwidowała powiaty, ZOZ stały się placówkami podległymi wojewodom i obsługującymi po kilka sąsiednich gmin. Następnym etapem była integracja szczebla wojewódzkiego, powstało 48 wojewódzkich szpitali zespolonych (WSZ) w stolicach województw, większość przez przekształcenie byłych szpitali powiatowych. Kolejno powołano wojewódzkie specjalistyczne ZOZ i specjalistyczne ZOZ przemysłowe.

Po przełomie w roku 1989 rozpoczął się proces dezintegracji ZOZ, zapoczątkowany ich demontażem w dużych miastach i dzielnicach dużych miast. W miejsce ZOZ – Zespołu Opieki Zdrowotnej, pojawił się ZOZ – Zakład Opieki Zdrowotnej w formie publicznych, samodzielnych publicznych i niepublicznych zakładów. Powołanie Kas Chorych z dniem 1.01.1999 położyło kres modelowi Siemaszki, który funkcjonował około 50 lat i okazał się sprawnym modelem zarządzczym w okresie powojennej odbudowy zasobów kadrowych i materialnych lecznictwa.

Drugim europejskim wzorcem modelu budżetowego jest model brytyjski [16, 17]. Narodowa Służba Zdrowia (*National Health Service – NHS*) na początku XXI w. uczciła 60-lecie swojego istnienia. Nadal *NHS* posiada cechy nadane przez ideologa modelu prof. Williama Henry’ego Beveridge’a w 1942 roku. Powołanie *NHS* w 1948 roku odbyło się pod rządami socjalistów (Partii Pracy). Ustawa Aneurina Bevana (ministra zdrowia, działacza związków zawodowych) powołała *NHS* w postaci trójczłonowego systemu składającego się z: 1) państwowego szpitalnictwa powsta-

łego w czasie wojny, w wyniku konfiskat obiektów szpitalnych, które po wojnie wykupił skarb państwa płacąc obligacjami; 2) sieci prywatnych lekarzy rodzinnych, na kontraktach, opłacanych kapitałowo za każdą z 2500 osób zapisanych na liście. Umożliwiono tworzenie praktyk partnerskich (po 4000 pacjentów) oraz praktyk grupowych, przez łączenie praktyk partnerskich. Sektorem lekarzy rodzinnych zarządzały rady wykonawcze; 3) samorządowej służby zdrowia, która była tradycyjnym sektorem usług środowiskowych, w gestii funkcjonariuszy samorządowych ds. zdrowia (*MOH = Medical Officers of Health*). Do nich należały: środowiskowe pielęgniarki i położne (*HV = Health Visitors*), poradnie, transport sanitarny, usługi pielęgnacyjne, dostawa gorących posiłków („*meals on wheels*”) dla niepełnosprawnych, osób samotnych. Do zadań *MOH* należały także niektóre funkcje z obszaru zdrowia publicznego (m.in. problemy mieszkalnictwa, uzależnienia i przestępczości nieletnich).

Zmodyfikowany model brytyjski został wdrożony w Danii, w Grecji, we Włoszech, w Portugalii, w Hiszpanii, w Irlandii. Do tego modelu zbliżają się coraz bardziej kraje skandynawskie (obecnie posiadające tzw. modele hybrydowe). Cechą modelu jest gwarancja państwa co do powszechnej dostępności do bezpłatnych i wszechstronnych usług zdrowotnych, finansowanie opieki zdrowotnej z podatków ogólnych (niekiedy pobiera się ekstra podatek zdrowotny). Istnieje współpłatność przy zakupie leków, odpłatne są usługi dentystyczne (z licznymi zwolnieniami).

Pierwszym szczeblem lecznictwa w *NHS* są: lekarze rodzinni (*GPs = General Practitioners*), dentyści, optycy, aptekarze jako dystrybutorzy leków. Obecnie istnieje w *NHS* regionalna struktura zarządcza, a na dole systemu sieć placówek zintegrowanego lecznictwa i usług socjalnych nazywanych *NHS Trusts*. *NHS Trust* jest peryferyjną, samodzielną, zintegrowaną placówką opieki zdrowotnej drugiego szczebla (rodzaj konsorcjum), dysponującą szpitalem, ratownictwem medycznym, transportem chorych oraz licznymi służbami środowiskowymi. Na czele placówki stoi prezes, któremu podlega naczelny dyrektor wykonawczy oraz pięciu dyrektorów odpowiedzialnych za pion: 1) lecznictwa, 2) pielęgniarstwa, 3) zasobów kadrowych, 4) finansów, 5) planowania strategicznego. W drugiej linii znajdują się szefowie oddziałów klinicznych i służb. Obok *NHS* istnieją ubezpieczenia i lecznictwo prywatne (75% to *BUPA = British United Provident Association*), zepchnięte na 1% margines po powołaniu *NHS* w roku 1948, obecnie dynamicznie się rozwijające, korzysta z niego już ok. 10% populacji.

Niektóre kraje europejskie stworzyły modele wzorowane na modelu brytyjskim. Przykładem takiego kraju jest Dania [23]. Model duński posiada wiele pozytywnych cech, a pacjenci wykazują wysoki poziom zadowolenia. Model uznano za nieelastyczny, gdyż w ciągu ostatnich 25 lat nie uległ zmianom. Istnieje w Danii niski poziom współpłatności i niewielkie rozmiary sektora prywatnego. Siła systemu duńskiego polega na istnieniu publicznych, powszechnych i wszechstronnych ubezpieczeń chorobowych finansowanych z jednego źródła. Płatnikiem jest samorząd terytorialny na szczeblu prowincji, dysponujący finansami z podatków ogólnych. Rząd centralny wykonuje kontrolę nad ich budżetami i określa wysokość podatków, a także wielkości funduszy przekazywanych samorządom terytorialnym. W Danii podstawową metodą dochodzenia do konsensu jest dyskusja i negocjacje. Tym sposobem udaje się ograniczyć koszty, wyznaczając szpitalom jedynie cele, ale pozostawiając wybór metod operacyjnych. Istnieje mieszany system wynagradzania lekarzy: opłaty kapitałowe plus opłaty za dodatkowe usługi. Lekarze rodzinni pełnią jednocześnie funkcję „bramkarzy” w systemie referencyjnym. W publicznej opiece zdrowotnej obowiązuje zasada egalitaryzmu, pacjenci mają swobodny wybór lekarza POZ i szpitala; pacjenci nie dysponują prawem wyboru lekarza w szpitalu. Sektor szpitalny, generujący relatywnie niskie koszty administracyjne, spełnia wysokie standardy profesjonalne i kryteria satysfakcji pacjentów. Istnieje duża liczba szpitali w łatwym zasięgu pacjentów. Pacjent nie wnosi żadnych opłat lekarzom POZ ani szpitalowi; istnieje łatwy dostęp do placówek opieki zdrowotnej, przy braku barier finansowych. Ze względu na mały obszar kraju istnieje łatwość przemieszczania się

pacjentów do placówek wysokospecjalistycznych. Dostęp pacjentów do opieki zdrowotnej poza godzinami pracy lekarzy jest dobrze zorganizowany przez samych lekarzy. To samo dotyczy służb ratunkowych organizowanych przez samorząd terytorialny.

Z inicjatywy samorządu aptekarskiego zmodernizowano w roku 2003 system refundacji leków. Monitoruje się wydatki na leki poszczególnych pacjentów w systemie *on line* za pośrednictwem baz danych o receptach refundowanych, których administratorami są apteki. Kontrolę prowadzi się w Centralnym Rejestrze Refundacyjnym Duńskiej Agencji ds. Leków. Pacjent zarejestruje się w wybranej przez siebie aptece, która odąd kontroluje jego wydatki na leki. Po przekroczeniu określonego pułapu apteka wydaje leki bez pobierania opłat. Realizując receptę poza „własną” apteką płaci się 100% ceny, a po zakończeniu cyklu rozliczeniowego otrzymuje się zwrot nadpłaconych pieniędzy.

Następnym przykładem modelu pochodnego od brytyjskiego NHS jest Irlandia [23]. Irlandzki system opieki zdrowotnej jest połączeniem dwóch sektorów – publicznego i prywatnego. Określa się go jako przykład symbiozy publicznej i prywatnej medycyny. W publicznych szpitalach ci sami konsultanci prowadzą pacjentów objętych publiczną opieką zdrowotną, jak i prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi. Uprawnienia do korzystania z powszechnego systemu opieki zdrowotnej nabywa się na podstawie statusu tzw. zwyczajnego rezydenta Irlandii oraz na zasadzie zaliczenia do określonej grupy dochodów lub grupy wieku. Uprawnienia nabywają także osoby, których jedynym źródłem dochodów są emerytury socjalne, alimenty, zasiłki oraz renty. Uprawnionym lokalny Fundusz Zdrowia wydaje Karty Świadczeń Medycznych (*Medical Card*). Funkcjonują różne kategorie kart: karta kategorii pierwszej dla pacjentów zarabiających poniżej pewnego limitu, pacjentów wielodzietnych oraz osób powyżej 70. roku życia; posiadaczowi karty przysługują szerokie uprawnienia do nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych. Karta kategorii drugiej dla osób średnio zarabiających oraz osób poniżej 70. roku życia; posiadaczowi tej karty przysługują ograniczone uprawnienia do świadczeń bezpłatnych. Osoby nieposiadające żadnych kart mają prawo do korzystania z pomocy w publicznych szpitalach ze zróżnicowaną współpłatnością. Osobom nieposiadającym Kart Świadczeń Medycznych, których dochody są niskie, a pełnopłatna opieka lekarzy rodzinnych jest dla nich obciążeniem, lokalny Fundusz Zdrowia wydaje Kartę Świadczeń Lekarza Rodzinnego uprawniającą do bezpłatnej opieki lekarza rodzinnego. Koszt leków w całości ponosi pacjent.

Podstawą systemu są lekarze rodzinni (ogólnie praktykujący GPs) w liczbie ok. 2400 (40% pracuje solo, 30% w praktykach partnerskich, 30% w praktykach grupowych). Przyjmują pacjentów w swoich gabinetach, wykonują wizyty domowe, udzielają płatnych porad telefonicznych, zatrudniają sekretarki medyczne. Mają możliwość konsultowania pacjenta u specjalisty, który przesyła mu sugestie dalszego postępowania. Istnieje obowiązek tzw. opłaty początkowej (w zależności od osiąganego dochodu) celem ochrony lekarza przed nadużywaniem. Od opłaty zwolnieni są najbiedniejsi pacjenci, posiadacze Kart Świadczeń Medycznych (około 30% ludności). Osoby bardziej zamożne opłacają usługi leczenia otwartego i zamkniętego. Około 50% osób w wieku do 65 lat, lepiej zarabiających, wykupuje dodatkowe prywatne ubezpieczenia zdrowotne u dwóch głównych ubezpieczycieli typu *non-profit*: *VHI-Voluntary Health Insurance* oraz *BUPA-British United Provident Association*. Wysokość składki wynosi ok. 1% zarobków netto i zależna jest od wieku, stanu zdrowia, nałogów, wykonywanej pracy oraz historii chorób. Ubezpieczenie dodatkowe pokrywa pełny koszt pobytu w wyznaczonych szpitalach oraz częściowy koszt pobytu w innych szpitalach. Obejmuje także usługi pogotowia itp.

Podstawowa polisa pokrywa koszty pobytu w szpitalu publicznym lub prywatnym, za dodatkową opłatą można ubezpieczyć się od obowiązkowej opłaty początkowej. Pacjenci bez wykupionej polisy (i bez skierowań od GP) wpłacają szpitalowi opłatę początkową. Ponieważ równolegle do ubezpieczenia dodatkowego są objęci powszechnym systemem opieki zdrowotnej, nie mogą

płacić za hospitalizację więcej niż 600 euro/rocznie (przykłady opłat z 2007 roku). W szpitalach obowiązuje system konsultancki. Wobec braku struktury oddziałowej konsultanci prowadzą swoich chorych rozproszonych w różnych częściach szpitala. Oczekiwanie na konsultacje specjalistów trwa kilka – kilkanaście miesięcy, dla ubezpieczonych prywatnie kilka – kilkanaście tygodni. Nie dotyczy to przypadków nagłych.

Recepta wystawiona przez lekarza jest dyspozycją dla apteki w horyzoncie czasowym do pół roku. Zbędne jest wystawianie recept na powtarzanie leków. Apteka ma obowiązek dostarczania do domu leków obłożnie chorym i niepełnosprawnym pacjentom. Istnieje pułap wydatków, powyżej którego leki są w całości refundowane. System dokształcania i specjalizacji lekarzy w Irlandii ma charakter przywarsztatowy i opiera się na relacji mistrz – uczeń. Lekarze przypisywani są w systemie rotacyjnym poszczególnym konsultantom na okres od pół do roku i dzielą z nimi obowiązki, ucząc się przez praktykę szerokiego *spektrum* procedur medycznych. Lekarze mają prawo do refundacji kosztów środków nauczania i udziału w konferencjach naukowych do określonej wysokości.

Amerykański model (HMO) i jego pochodne występujące w Izraelu i w niektórych krajach Ameryki Łacińskiej

O zainteresowaniu się tą grupą krajów i typologią tam występujących modeli zadecydował fakt, że we współczesnej Europie nie występuje żaden model całkowicie zdominowany przez prywatne ubezpieczenia zdrowotne oraz prywatny sektor usług zdrowotnych. Aby poznać taki model wolnej przedsiębiorczości (leseferyzmu) w zakresie zarówno usług zdrowotnych, jak i ubezpieczeń zdrowotnych trzeba było sięgnąć do przykładu Stanów Zjednoczonych [19, 33]. Drugim argumentem było to, że jeden z modeli amerykańskich, jakim jest kierowana opieka zdrowotna (HMO – *Health Maintenance Organization*) wywarł współcześnie znaczące piętno w procesie przekształcenia modeli opieki zdrowotnej w długim szeregu krajów Ameryki Łacińskiej oraz w Izraelu.

USA wydają 17% PKB na zdrowie 300-milionowej populacji. Cechą tego modelu jest nabywanie przez obywateli, w prywatnych instytucjach ubezpieczenia zdrowotnego, uprawnień do określonych usług zdrowotnych świadczonych głównie przez prywatne placówki lecznicze lub konsorcja ubezpieczeniowo-lecznicze. Ceny polis zróżnicowane są w zależności od typu i zakresu polisy. Problemem USA jest około 47 milionów osób trwale nieposiadających żadnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz drugie tyle mieszkańców nie posiada ubezpieczeń okresowo. Od czasów prezydenta Kennedy'ego, a potem jego następcy Johnsona, istnieją publiczne federalne ubezpieczenia zdrowotne dla emerytów (*Medicare*) i stanowe publiczne ubezpieczenia zdrowotne dla osób ubogich (*Medicaid*), a także późniejszy stanowy system ubezpieczeń zdrowotnych dla dzieci ubogich (*SCHIP*).

Podjęmowane przez prezydenta Clintona wysiłki zorganizowania w USA systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych na wzór europejski zakończyły się fiaskiem. Plan Clintona z 1993 roku [2] zakładał zorganizowanie sieci publicznych regionalnych ubezpieczalni zdrowotnych (płatników) oraz przewidywał ograniczoną konkurencję między ubezpieczalniami, co godziło w amerykańskie poczucie wolnej przedsiębiorczości. Nie wyrażono zgody na zwiększone składki pracodawców i subsydia z budżetu federalnego. Nie wyrażono zgody na dodatkowy podatek od wyrobów tytoniowych, natomiast ta propozycja uruchomiła potężne negatywne *lobby*. Propozycja przejścia ubezpieczeń OC za lekarzy przez regionalne ubezpieczalnie spowodowała sprzeciw Amerykańskiego Związku Lekarzy (AMA). Obecny prezydent USA Obama zapowiedział powrót do idei powszechnych ubezpieczeń

zdrowotnych, a także obniżenie kosztów polis ubezpieczenia zdrowotnego rosnących w tempie 10% rocznie. W obecnym momencie administracja prezydenta Obamy prowadzi energiczną kampanię na rzecz powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych w obu izbach Kongresu USA (w Izbie Reprezentantów i w Senacie) przy znacznym oporze kręgów przeciwnej opcji politycznej i niechętnym tej idei reprezentantów wolnej przedsiębiorczości i wolnych zawodów medycznych.

Na rynku usług dominują prywatne firmy świadczące usługi zdrowotne. Istnieją także placówki lecznictwa stanowego (szpitale kliniczne uniwersytetów stanowych, szpitale psychiatryczne). Podstawę piramidy stanowią placówki sektora prywatnego: szpitale kliniczne prywatnych uniwersytetów medycznych, szpitale fundacyjne, szpitale kongregacji religijnych i gmin wyznaniowych, prywatne szpitalnictwo sieciowe itp. Specyfiką amerykańską jest szpital otwarty (*open hospital*), w którym każdy lekarz pierwszego kontaktu lub specjalista może położyć i prowadzić swojego pacjenta.

Wynalazkiem amerykańskim jest kierowana opieka medyczna (*managed care*), stanowiąca propozycję dla krajów reformujących opiekę zdrowotną. Jest instytucją typu „dwa w jednym” łączącą świadczeniodawcę medycznego z ubezpieczycielem zdrowotnym. Na przykład w Organizacji Preferowanych Usługodawców (*PPO*) płatnik kieruje ubezpieczonego przez siebie pacjenta do „swoich” lekarzy w sieci, którzy za to otrzymują od niego stawkę wynagrodzenia. W Stowarzyszeniu Niezależnych Praktyk (*IPA*) płatnik kieruje pacjenta do współpracującej z nim grupowej praktyki lekarskiej. Opłatę za usługę otrzymuje praktyka lekarska, która z kolei rozlicza swoich lekarzy. W najbardziej popularnej i znanej Organizacji Podtrzymywania Zdrowia (*HMO*) płatnik świadczeniodawca realizuje usługi we własnej, wielospecjalistycznej praktyce lekarskiej, z własnym szpitalem, z własną pomocą doraźną itp., oferując szeroki asortyment polis ubezpieczenia zdrowotnego, z różnym trybem płatności.

Przykładem kraju, który posiada model wzorowany na amerykańskim modelu konsorcjów ubezpieczeniowo – leczniczych typu *HMO* jest Izrael [22]. W systemie izraelskim istniała jedność organizacyjna („dwa w jednym”) pomiędzy ubezpieczycielami (funduszami chorobowymi) i świadczeniodawcami w postaci autonomicznych konglomeratów ubezpieczeniowo-leczniczych, całkowicie poza kontrolą rządu. Opieka zdrowotna znajdowała się w gestii czterech konkurujących ze sobą funduszy chorobowych, przypominających amerykańskie *HMO*. Pobierały one składki członkowskie i decydowały o składzie koszyka usług. Historycznie były afiliowane przy partiach politycznych lub organizacjach związkowych. Przykładem fundusz chorobowy *Kupat Holim Clalit* = *KHC* (po reformie z roku 1995 *Clalit Health Services* = *CHS*). Fundusz *KHC/CHS* afiliowany przy centrali związków zawodowych *Histadrut* miał dominującą pozycję i skupiał 65% osób ubezpieczonych, dysponował siecią przychodni POZ, przychodniami specjalistycznymi, laboratoriami i aptekami, był właścicielem i operatorem 17% szpitali. Trzy pozostałe fundusze chorobowe (*Maccabi*, *Meudhedet*, *Leumit Health Services*) skupiały po 10–15% populacji ubezpieczonych. Nie posiadały własnych placówek medycznych, opierały opiekę zdrowotną na kontraktach z prywatnymi lekarzami oraz szpitalami organizacji *non-profit* np. *Hadassa*. Ministerstwo Zdrowia odpowiadało za długoterminową opiekę szpitalną, za medycynę zapobiegawczą i służby zdrowia publicznego. Sektor prywatny stanowili dentyści, usługi dentystyczne były pełnopłatne. Zasilanie finansowe funduszy pochodziło ze składek pracodawców i pracowników, z opłat pacjentów, z subsydiów rządowych i innych źródeł.

W roku 1988 rząd Izraela powołał Państwową Komisję Badającą Funkcjonowanie Systemu Opieki Zdrowotnej, nazywaną od nazwiska przewodniczącego Komisją Netenyahu. Komisja nigdy nie osiągnęła konsensu. Przed reformą z roku 1995 system izraelski opierał się na tzw. kierowanej konkurencji (*managed competition* = modelu teoretycznego Enthovena z roku 1993), który zakładał, że płatnicy zawierają kontrakty z ubezpieczycielami zdrowotnymi będącymi jednocześnie świadczeniodawcami. Ubezpieczyciele zobowiązują się przyjmować bez wyjątku wszystkich zgłaszających się, a płatności dla ubezpieczyciela oblicza się kapitacyjnie uwzględniając ryzyko z tytułu wieku. Ubezpieczyciele konkurują między sobą wyłącznie w obszarze usług innych niż

podstawowe. Część członków Komisji Netenyahu (frakcja większościowa) proponowała: utworzenie Narodowej Administracji Zdrowia wraz z biurami regionalnymi; regionalizację funduszy chorobowych; zezwolenie szpitalom *not-for-profit* na utworzenie sektorów prywatnej opieki zdrowotnej; centralizację finansów w Narodowym Instytucie Ubezpieczeń i odebranie funduszom chorobowym prawa poboru składek, z wyjątkiem dodatkowych ubezpieczeń. Frakcja mniejszościowa postulowała wprowadzenie obowiązku członkostwa w funduszach oraz wyrażenie zgody im na pobór składek przez fundusze. Obie frakcje były zgodne co do zmiany roli Ministerstwa Zdrowia i przekazania funduszom usług zapobiegawczych oraz opieki długoterminowej. Wszystkie radykalne postulaty frakcji większościowej komisji zostały odrzucone. Przeważały spokojne podejście ewolucyjne. Prawo o Narodowym Ubezpieczeniu Zdrowotnym weszło w życie 1 stycznia 1995 roku. Ograniczono konkurencję między funduszami tylko do dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych; wprowadzono zakaz konkurowania w zakresie pakietów usług podstawowych; wprowadzono przymus uczestnictwa rezydentów w wybranym funduszu wraz z obowiązkiem funduszu przyjmowania wszystkich rezydentów; wprowadzono coroczną rewizję cen; ograniczono swobodę przenoszenia się między funduszami; wprowadzono progresywne obliczanie stawek podatku na ubezpieczenie zdrowotne wg dochodów brutto obywateli. Zlikwidowano pobór tylko jednej składki od głowy rodziny, za cenę uprawnień dla całej rodziny; powołano Narodowy Instytut Ubezpieczeń, uprawniony do gromadzenia i przydzielania funduszom środków wg zasad kapitaacyjnych, z uwzględnieniem wieku ubezpieczonych. Od roku 1997 zakazano reklamowania funduszy i wprowadzono rejestrację tylko przez urzędy pocztowe.

Fundusze rozszerzały oferty w pakietach, aby pobierać za nie dodatkowe opłaty. Podjęto akcję zamykania placówek w piątki i w szabasowe soboty oraz ograniczania nocnych dyżurów, w myśl zasady „*generowanie maksimum zysku za minimum świadczonych usług*”. Po wprowadzeniu reformy okazało się, że model sterowanej konkurencji był trudny do realizacji. Nie uwzględniał bowiem gry sił politycznych i stosowanych sztuczek menedżerskich. Reforma najbardziej dotknęła fundusze przez ograniczenie ich autonomii i przez rządową kontrolę nad finansami, budżetami i zawartością pakietów świadczeń zdrowotnych. Fundusze uznały to za „połowiczną nacjonalizację”. Rola Ministerstwa Zdrowia po reformie została ograniczona do nadzoru nad gospodarką finansową funduszy. Głównym regulatorem stało się Ministerstwo Finansów, które starało się zwiększać obciążenia podatkowe pracodawców oraz poziom współpłatności ubezpieczonych. Około 20% populacji Izraela posiadało polisy dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Od roku 1996 zezwolono szpitalom publicznym (w 2001 stanowiły 47%) uruchomić prywatne usługi medyczne niemieszczące się w koszyku usług podstawowych. Lekarzom, zatrudnionym w szpitalach publicznych na stanowiskach ordynatorów lub specjalistów wysokiej rangi, zezwolono na prowadzenie praktyki prywatnej po godzinach pracy w szpitalach i poza pomieszczeniami szpitalnymi.

Kraje Ameryki Łacińskiej: Chile, Argentyna, Kolumbia są przykładami krajów, w których usiłowano wprowadzić amerykański model konsorcjum ubezpieczeniowo – leczniczego (*HMO*) pod auspicjami organizacji międzynarodowych. Międzynarodowy Fundusz Walutowy (MFW) i Bank Światowy (BŚ) wpłynęły znacząco na przebieg reform w sektorze zdrowia w krajach Ameryki Łacińskiej, bowiem uzależniły one udzielanie pomocy finansowej od zmniejszenia wydatków publicznych. Zakładano, że pluralistyczny sektor prywatny będzie bardziej efektywny niż scentralizowany system publiczny. Rola państwa miała zostać sprowadzona do roli regulatora rynku świadczeń zdrowotnych. Reformę systemów zdrowia przeprowadzono w większości krajów Ameryki Łacińskiej już to w latach 80. (np. w Brazylii, Meksyku i Chile) bądź w 90. (np. na początku dekady w Argentynie i w Kolumbii, pod koniec dekady w Salwadorze). Kraje Ameryki Łacińskiej cieszyły się złą sławą krajów „braku troski o obywateli” (*ill-fare states* jako przeciwieństwo *well-fare states*). Dotyczyło to szczególnie polityki zdrowotnej. Kraje Ameryki Łacińskiej weszły w lata 90. z największą na świecie stopą inflacji i z największym zadłużeniem [6, 27].

Funkcje sektora zdrowia w Ameryce Łacińskiej są realizowane przez: 1) publiczny system zdrowotny, 2) system zabezpieczenia społecznego oraz 3) system prywatny. Sektor publiczny jest jedynym źródłem ubezpieczenia dla ludzi ubogich. System ubezpieczeń społecznych, który ma charakter pracowniczy (dotyczy także rodzin), posiada własne placówki opieki zdrowotnej. Z sektora prywatnego korzystają ludzie o najwyższych dochodach. Uzupełnieniem są różne instytucje i organizacje charytatywne. Według opracowania Komisji Ekonomicznej ONZ dla Ameryki Łacińskiej i Karaibów (ECLAC) rozróżnia się trzy typy systemów w Ameryce Łacińskiej i na Karaibach [8].

- System zintegrowany, w którym publiczni i prywatni świadczeniodawcy (np. w Brazylii i w Wenezueli), lub tylko publiczni (np. na Kubie), finansowani są wyłącznie z podatków ogólnych;
- System częściowo zintegrowany, w którym publiczni i prywatni świadczeniodawcy finansowani są ze scalonych środków pochodzących z podatków ogólnych i ze składek ubezpieczeniowych (np. w Kolumbii oraz w Chile);
- System zdeintegrowany, w którym istnieje mozaika powiązań między sektorem publicznym i prywatnym świadczeniodawców (np. w Argentynie i w Meksyku).

W Chile [21, 25] najwcześniej przystąpiono do reformowania systemu zdrowia, mimo burzliwych wydarzeń politycznych. Postulowany był przez MFV i BŚ sprywatyzowany neoliberalny model opieki zdrowotnej, a rola rządu ograniczona do roli regulatora systemu. Dominowało przekonanie, że sektor prywatny jest bardziej efektywny niż publiczny, a wzorcem miało być konsorcjum ubezpieczeniowo-lecznicze (*HMO*). Republika Chile w pierwszym roku swojej niepodległości (1918) uchwaliła Pierwsze Prawo Sanitarne. W roku 1924 wprowadzono Prawo Obowiązkowych Ubezpieczeń Społecznych zapewniające robotnikom i ich rodzinom ubezpieczenia zdrowotne. Po katastrofalnym trzęsieniu ziemi w roku 1939 rozpoczęły się prace nad utworzeniem Narodowej Służby Zdrowia (*SNS*) podobnej do brytyjskiej Narodowej Służby Zdrowia (*NHS*). W 1942 roku powołano do życia Narodową Służbę Zdrowia dla Pracowników *SERMENA*, która w latach 60. przekształciła się w organizację sieciową, na wzór amerykańskiej *PPO* (*Preferred Provider Organization*), opartą na usługach lekarzy prywatnych. Prawo o Narodowej Służbie Zdrowia (*SNS*) uchwalono w roku 1952 i *SNS* przez 40 lat była głównym świadczeniodawcą usług zdrowotnych dla robotników. W ten sposób powstał dualny system opieki zdrowotnej: oddzielny dla pracowników umysłowych (*SERMENA*) i oddzielny dla pracowników fizycznych (*SNS*). *SNS* uznano za jeden z najlepiej rozwiniętych publicznych systemów opieki zdrowotnej w Ameryce Łacińskiej, finansowany był w 65% z centralnego budżetu i w 20% ze składek powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W latach 1975–1976 Chile dotknął poważny kryzys polityczny i ekonomiczny, po tragicznej śmierci prezydenta Allende i zamachu stanu gen. Pinocheta. Zaczęto przekształcać system opieki zdrowotnej w kierunku neoliberalnym, co zakończyło się likwidacją *SNS* w roku 1980.

W roku 1981 utworzono Narodowy Fundusz Zdrowia *FONASA*, który gromadził i rozdzielał środki z 7% składek ubezpieczenia zdrowotnego oraz z budżetu centralnego. Rozpoczęto przekształcanie szpitali i przychodni w samodzielne zakłady opieki zdrowotnej, a placówki POZ przekazano samorządom terytorialnym. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne stworzyły podwaliny pod prywatny rynek usług zdrowotnych konkurujący z *FONASA*. Odtąd składka mogła być przekazywana albo do *FONASA* (skupiającego 62% ubezpieczonych), albo do prywatnych firm ubezpieczeniowych systemu *ISAPRE* (skupiającego 23% ubezpieczonych). Współpraca z monetarystami z Uniwersytetu w Chicago (*Chicago Boys*) przyczyniła się do prywatyzacji ubezpieczeń zdrowotnych. *ISAPRE* oferowały polisy ubezpieczeniowe, zależne od wielkości rodziny, od wielkości składki i o określonym poziomie dodatkowych opłat. *ISAPRE* ograniczały przyjęcia przewlekłe chorych, a osoby po 65. roku życia przekazywano do systemu ubezpieczeń publicznych. W czasie pierwszych rządów demokratycznych prezydenta A. P. Aylwina (1989–1993), i następnie E. Freya (1993–2000) nastąpiło dalsze umocnienie mieszanego rynku publiczno-prywatnego usług (obsługiwał już ok. 25% populacji). Dobrze prosperujący system *ISAPRE*, obsługiwał za-

możną ludność w średnim wieku i uzależniał zakres świadczeń od typu polisy i od współpłatności (średnio 26,7% w 1994 roku). Natomiast w FONASA panowała stagnacja. W roku 2002 rozpoczęto prace nad projektem gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w 56 jednostkach chorobowych uznanych za priorytetowe zarówno w FONASA, jak i w ISAPRE. Ostatecznie uchwalono pakiet gwarancji zdrowotnych zredukowany do 25 jednostek chorobowych, które weszły w życie 1 lipca 2005 roku i stanowiły znaczący krok na drodze do przełamania dualnego systemu chilijskiego. Pakiet ten zapewniał równy dostęp do opieki zdrowotnej zarówno dla osób należących do publicznego, jak i prywatnego systemu ubezpieczeniowego.

Przykład Argentyny pochodzi z okresu późniejszego o 10 lat niż okres reform chilijskich [20]. Tutaj celem reformy było zmuszenie do otwartej konkurencji funduszy ubezpieczeń zdrowotnych prowadzonych przez związki zawodowe, których liczba w roku 1990 wynosiła 320 *Obras Sociales* (OS). Miały one monopol na działania w poszczególnych sektorach i kontraktowały usługi w prywatnych szpitalach i przychodniach, przyczyniając się do ich rozwoju. OS nie świadczyły usług emerytom, którzy przechodzili automatycznie do funduszu zdrowotnego dla emerytów *El Programa de Atencion Medica Integral* (PAMI) po 60. roku życia (także inne osoby powyżej 70. roku życia). PAMI zbliżone do *Medicare* w USA, finansowane z oddzielnych podatków od wynagrodzeń, kontraktowały usługi w sektorze prywatnym stymulując jego rozwój. W roku 1997 OS uznały prawo do swobodnego wyboru ubezpieczycieli co dwa lata. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne, które przyjęły dwojaką formę: 1) *Pre-pagas* przedpłatowych ubezpieczeń oraz 2) towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, wniknęły w sektor publicznych ubezpieczeń, dzięki sprytniej strategii „triangulacji”. OS w ramach *outsourcingu* przekazywały funkcje administracyjne prywatnym ubezpieczycielom, którzy stworzyli hybrydowe (związkowo-prywatne) ubezpieczenia zdrowotne.

Ostatecznie w Argentynie utrwalił się trójsektorowy system ubezpieczeń zdrowotnych: 1) *Obras Sociales*, liczne małe fundusze ubezpieczeń zdrowotnych; 2) PAMI system ubezpieczeń dla emerytów; 3) prywatni ubezpieczyciele zdrowotni. Wszystkie sektory korzystały zarówno z placówek publicznej, jak i prywatnej opieki zdrowotnej. Ludność uboga i nieubezpieczona korzystała z publicznej opieki zdrowotnej, osoby dobrze zarabiające z pełnopłatnych usług prywatnych. Reformy z lat 1991–1998 spowodowały: 1) określenie podstawowych pakietów świadczeń, 2) wprowadzenie swobodnego wyboru ubezpieczyciela, 3) wejście na rynek ubezpieczycieli prywatnych. W roku 1996/97 ubezpieczeni w OS stanowili 48,8%, w sektorze prywatnym 8,6%. Tylko 3,8% mieszkańców posiadało jednocześnie publiczne i dodatkowe prywatne ubezpieczenia. Nieubezpieczonych było aż 37,4%. W roku 2001 Argentyna wpadła w głęboki kryzys, nastąpiło odejście od polityki neoliberalnej, a państwo stanęło przed groźbą całkowitego załamania. Wzrost bezrobocia spowodował spadek poboru składek przez OS o 40%, co skutkowało zawieszeniem usług przez niektóre fundusze. Liczba nieubezpieczonych wzrosła do 40%. Rządowy Plan Nadzwyczajny wprowadził wzrost składki pracodawców do 6% oraz redukcję podstawowych pakietów, aby uchronić *Obras Sociales* i *Pre-pagas* przed bankructwem.

W Kolumbii reformatorzy starali się uniknąć błędów popełnionych w Chile [20]. Cechą systemu kolumbijskiego był powszechny dostęp do względnie szerokich pakietów usług gwarantowanych. Warunkiem było zarejestrowanie się w jednym z dwóch systemów ubezpieczeń: 1) dla pracowników etatowych i innych, zdolnych do wnoszenia składek, oraz 2) dla ubogich. Pierwsza grupa wносиła 12% składkę od zarobków, natomiast rząd i fundusz solidarnościowy wносиł składkę za ubogich. Drugą cechą reformy kolumbijskiej był udział prywatnego sektora w pborze składek i dostarczaniu usług zdrowotnych. Prywatne Przedsiębiorstwa Promocji Zdrowia (EPS) oferowały także rozszerzone pakiety w ramach dodatkowych ubezpieczeń. EPS zawierały kontrakty z publicznymi lub prywatnymi placówkami lub same świadczyły usługi zdrowotne. Istniała swoboda wyboru EPS oraz zakresu ubezpieczenia. EPS były zobowiązane do zawierania umów z ubogimi, za których składkę wносиł rząd lub fundusz solidarnościowy.

Następnym krokiem było przekształcenie szpitali publicznych w przedsiębiorstwa na własnym rozrachunku. Spowodowało to agresywne zachowania szpitali w poszukiwaniu źródeł finansowania i dla wielu szpitali zakończyło się ich likwidacją. Reforma spowodowała wzrost wydatków na zdrowie, w okresie 1984–1997 wzrosły one o 178%. Z powodu toczącej się wojny domowej nie ma dostępu do 1/3 terytoriów pod kontrolą rebeliantów.

NOVUM na przykładzie Wenezueli. Warto zwrócić uwagę na nowe zjawisko stanowiące odwrotność realizowanego w większości krajów Ameryki Łacińskiej neoliberalnego paradygmatu: „mniej uprawnień socjalnych – więcej zachowań rynkowych”. Od roku 1998 przybył Kubie nowy sojusznik Wenezuela pod rządami prezydenta Hugo Chaveza. Przed proklamowaniem rewolucji boliwariańskiej (w 2000 roku) w Wenezueli dominowała tendencja prywatyzacji służby zdrowia, mimo że 17 milionów obywateli było pozbawionych opieki zdrowotnej. W 2003 prezydent Chavez zainicjował środowiskowy program społeczny pod nazwą *Mision Barrio Adentro I* („w sąsiedztwie”), z pomocą lekarzy kubańskich, którzy objęli stanowiska w najbardziej zaniedbanych obszarach Wenezueli. W placówkach POZ *Barrio Adentro* udzielali oni świadczeń zdrowotnych, bardziej skomplikowane przypadki przekazywano na koszt rządu do ośrodków na Kubie. *Barrio Adentro I* przewidywał budowę 8500 placówek POZ, z których połowę zbudowano do końca 2004 roku, dalsze 2708 do maja 2007. Tempo budowy powodowało, że 30% placówek POZ pozostało bez personelu. Program *Barrio Adentro II* dotyczył 600 DICs – zintegrowanych ośrodków diagnostycznych oraz 600 ośrodków rehabilitacyjnych. Udało się utworzyć zaledwie po 30 ośrodków każdego rodzaju do końca 2005 roku. Program *Barrio Adentro III* w dalszej kolejności przewidywał modernizację istniejących szpitali publicznych. W maju 2007 w nowo utworzonej POZ pracowało 25 561 osób kubańskiego personelu medycznego (połowa to lekarze) oraz 10 614 osób personelu wenezuelskiego (jedna piąta to lekarze). Średnio jeden lekarz przypadał na 3000 podopiecznych, powodem braków kadrowych było wycofanie przez Kubę w końcu 2005 roku 4000 lekarzy i skierowanie ich do innych krajów Ameryki Łacińskiej. Programy *Barrio Adentro* spowodowały intensyfikację kształcenia lekarzy wenezuelskich mających zastąpić Kubańczyków. Dalsze etapy *Barrio Adentro* są w fazie planowania [1, 4, 12].

Podsumowując sytuację w Ameryce Łacińskiej uważa się, że reformy w Chile nie osiągnęły zakładanych celów. Kolejne reformy chilijskiego modelu dualnego jeszcze zwiększyły nierówność w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Wzmocnił się sektor prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych dla najlepiej zarabiającej klienteli. Sektor ubezpieczeń społecznych i publicznej opieki zdrowotnej skupił osoby słabo zarabiające. Konieczność dopłat stanowiła barierę w dostępie do opieki zdrowotnej dla tej ludności. Oba sektory ubezpieczeń zdrowotnych pokrywały w sumie dwie trzecie ludności jedna trzecia pozostawała nadal poza systemami ubezpieczeń.

W wyniku reform w Argentynie rozwinął się trójsektorowy system ubezpieczeń zdrowotnych. Najlicniejszy sektor ubezpieczeń społecznych działa nadal poprzez liczne małe fundusze ubezpieczeniowe *Obras Sociales*, pod egidą związków zawodowych. Agencje sektora publicznego służą natomiast ubogiej ludności na prowincji i w miastach, posiadają one 43% wszystkich placówek leczniczych. Kryzys ekonomiczny zniweczył także plany wzmocnienia sektora prywatnego, co było jednym z głównych celów reform sektora zdrowotnego. Reformy doprowadziły do dalszej segmentacji prywatnego rynku ubezpieczeń zdrowotnych, prywatni ubezpieczyciele skoncentrowali się głównie na klienteli silnej ekonomicznie, obciążonej niskim ryzykiem zdrowotnym [7].

Istnieje zgodna opinia, że reformy propagowane przez MFW i BŚ nie osiągnęły zakładanych celów także w Kolumbii, należącej do krajów ściśle przestrzegających wytyczne BŚ. Znaczna część ludności nadal nie miała dostępu do opieki zdrowotnej. Główną barierą dla ubogiej ludności w dostępie do opieki zdrowotnej była także wymagana współpłatność.

W Wenezueli obserwujemy nowe zjawisko dwutorowego rozwoju opieki zdrowotnej spowodowane motywami politycznymi. Wobec uprzywilejowanej pozycji programów *Barrio Adentro* zaniedbany i zdekapitalizowany publiczny sektor szpitalny zareagował ostro. Przyczyn jego zaniedbań doszukuje

się obecnie w działaniach administracji, która rzekomo celowo osłabiała system publiczny, aby mógł się rozwijać sektor prywatny. Natomiast program *Barrio Adentro* oskarżany jest o hojne szafowanie przydzielonymi budżetowymi pieniędzmi, przy braku dostatecznej kontroli i transparentności.

Działalność BŚ i MFW w Ameryce Łacińskiej spotkała się z ostrą krytyką, szczególnie ich strukturalne programy dostosowawcze (SAPs = *structural adjustment programs*). Obie instytucje negocjowały warunki pożyczek w sposób nieprzejrzysty i niedemokratyczny [7]. Krajom, które nie akceptowały narzuconych warunków, nie udzielano pożyczek. Nawet Joseph Stiglitz, noblista w dziedzinie ekonomii i wiceprezydent BŚ zdecydował się na słowa krytyki pod adresem obu instytucji, co w konsekwencji spowodowało jego zwolnienie w roku 1999. Uważał, że gdy pojawił się kryzys MFW, zalecił niemodne i niewłaściwe rozwiązania [26]. Głównymi beneficjentami reform w Ameryce Łacińskiej stały się ponadnarodowe prywatne firmy ubezpieczeniowe i konsorcja, konsultanci i personel BŚ oraz MFW, banki i agencje obsługujące kontrakty pomocy technicznej *USAID* udzielające pożyczek, a także personel uniwersytetów amerykańskich występujący w roli doradców i konsultantów.

Jak zaznaczono na początku rozdziału, odnosząc się do typologii modeli europejskich, Unia Europejska wyraziła swój pogląd na temat narodowych systemów opieki zdrowotnej w traktacie z Maastricht z roku 1992. Poparła w nim daleko idącą zbieżność systemów europejskich w sprawach pryncypialnych, takich jak powszechne w Europie wartości solidarności, wspólnoty, równości i legalnie ustanowionego prawa do zdrowia oraz opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zachowaniu narodowego charakteru i rozwiązań lokalnych. Systemy europejskie mają liczne podobieństwa, gdyż napotykają na podobne szanse i na podobne problemy. Towarzyszy temu rozwój europejskich standardów dotyczących zakresu informacji i pomiaru wyników efektywności medycznej i ekonomicznej.

Inaczej ma się sprawa na terenie obu Ameryk. Amerykański model kierowanej opieki zdrowotnej *HMO* (będący także w Europie atrakcyjną propozycją przy opracowywaniu koncepcji przyszłych przekształceń systemowych), został narzucony wielu krajom Ameryki Łacińskiej jako standard, za sprawą nacisków MFW i BŚ, ignorujących istniejące rozwiązania lokalne wynikające z tła kulturowego i specyfiki narodowej. Jak wiadomo, ten sposób postępowania nie przyniósł spodziewanych efektów, a wręcz przeciwnie, spowodował odwrotną reakcję na lansowany paradygmat „mniej uprawnień socjalnych – więcej zachowań rynkowych”. Przykładem jest sytuacja w Wenezueli i w szeregu innych krajów Ameryki Łacińskiej starających się iść jej śladem.

Także w Izraelu po wprowadzeniu reformy z 1995 roku okazało się, że model sterowanej konkurencji wzorowany na *HMO* był trudny do realizacji. Nie uwzględniał gry sił politycznych i zachowań wpływowych menedżerów opieki zdrowotnej. Reforma ograniczyła znacznie autonomię funduszy ubezpieczeniowych poprzez rządową kontrolę nad finansami, budżetami i zawartością pakietów świadczeń zdrowotnych. Uznano to wręcz za „połowiczną nacjonalizację”. Po reformie rola Ministerstwa Zdrowia została ograniczona tylko do nadzoru nad gospodarką finansową funduszy ubezpieczeniowych, a głównym regulatorem stało się Ministerstwo Finansów, które zwiększało zarówno obciążenia podatkowe pracodawców, jak i poziom współpłaty osób ubezpieczonych.

Bibliografia

1. Alvarado C. H., Martinez M. E., Vivas-Martinez S., Gutierrez N. J., Metzger W.: Social Change and Health Policy in Venezuela, *Social Medicine*, 2008, 3, 2.
2. Blendon R. J., Brodie M., Benson J.: What Happened to American Support to the Clinton Plan, *Health Affairs*, Summer 1995, 7–23.
3. Bocianowski S.: System ubezpieczeń zdrowotnych we Francji. *Prawo i Medycyna* 4/2008 (33, vol.10) str. 46–57.
4. Briggs C., Martini-Briggs C.: Confronting Health Disparities: Latin American Social Medicine in Venezuela. *Am. J. Publ. Health*, 2009, 1, 3.
5. Bunsch-Konopka H.: Historia ochrony zdrowia w Polsce, CMKP, Warszawa, 1980.
6. Bustelo E. S.: The Rise of the Ill-fare State: Adjustment and Social Policy in Latin America; w: *International Health, A North South Debate*, PAHO/WHO, Washington, 1992.

7. Callaghan D., Wassuna A. A.: *Medicine and the Market. Equity v. Choice.* The John Hopkins Univ. Press, Baltimore, 2006.
8. Centrangolo O., Cruces G., Titelman D.: *Social protection and health systems in Latin America and the Caribbean*, Conference paper, UNU-WIDER Conference, Advancing health equity, Helsinki, 2006, 29–30.
9. *European health care reform. Analysis of current strategies.* WHO Regional Publications, European Series, nr 72, WHO EURO, Copenhagen, 1997.
10. Indulski J. (red.): *Organizacja Ochrony Zdrowia*, PZWL, Warszawa, 1984.
11. Indulski J., Kleczkowski B., Leowski J.: *Organizacja ochrony zdrowia*, PZWL, Warszawa, 1978.
12. Jones R.: Hugo Chavez's health-care programme misses its goals. *The Lancet*, 2008, vol. 371, 9629, 1988, 14 June 2008–20 June 2008.
13. Kokko S.: Krótka charakterystyka systemu opieki zdrowotnej w Finlandii, w dokumencie: *System opieki zdrowotnej i ubezpieczeń społecznych w Finlandii. Doświadczenia międzynarodowe w reformie finansowania ochrony zdrowia.* Harvard & Jagiellonian Consortium for Health, marzec 1998, Kraków.
14. Leowski J.: *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej.* Wyd. CeDeWu, Warszawa, 2004.
15. Magnussen J., Vrangbaek K., Saltman R. B.: *Nordic health care systems. Recent reforms and current Policy challenges.* Open University Press, European Observatory on Health Systems and Policies series, McGraw-Hill, 2009.
16. *Management Arrangements for the Reorganized NHS*, Dept. of Health & Soc. Security, HMSO, London, 1972.
17. Mechanic D.: Americanization of the British NHS, *Health Affairs*, Summer 1995, 51–69.
18. Nylenna M.: Norway's Decentralized, Single-Payer Health System Faces Great Challenges. *JAMA*, July 12, 1995, vol. 274, No 2, 120–124.
19. Ryś A., Kozierekiewicz A., Bochenek T.: *Opieka kierowana w Stanach Zjednoczonych – rozwój form organizacyjnych, sposobów finansowania i zarządzania ryzykiem. Doświadczenia międzynarodowe w reformie finansowania ochrony zdrowia.* Harvard & Jagiellonian Consortium for Health, marzec 1998, Kraków.
20. Sanecki M.: Przebieg i rezultaty reform ubezpieczeń i opieki zdrowotnej w Argentynie i w Kolumbii. *Prawo i Medycyna*, 4/2008, (33, vol. 10) 34–45.
21. Sanecki M., Opolski J.: Dualny system opieki zdrowotnej w Chile. *Prawo i Medycyna*, 3/2007, (28, vol. 9): 124–151.
22. Sanecki M., Opolski J.: Reforma izraelskiego systemu ubezpieczeń i opieki zdrowotnej. *Prawo i Medycyna*, 1/2008, (30, vol. 10): 97–109.
23. Sanecki M., Opolski J.: Specyfika budżetowych modeli ubezpieczeń i opieki zdrowotnej w Królestwie Danii i w Republice Irlandii. *Postępy Nauk Medycznych*, 4/2009, tom XXII, str. 304–309.
24. *Scenario for Health and Care in the Europe Union of 2020*, w: „The future of health – Health of the future”, Fourth European Consultation on Future Trends, red. Keith Barnard, The Nuffield Trust / WHO Euro, London, 2003.
25. Sobczak A. (red), Dudzik-Urbaniak E., Juszczyk G.: *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce i na świecie.* Wyd. naukowe Wyd. Zarządzania U.W., Warszawa, 2004.
26. Stiglitz J.: *Globalization and Its Discontents*, W. W. Norton, New York, 2003.
27. Terris M.: *The Health Situation in the Americas*; w: *International Health, A North South Debate*, PAHO/WHO, Washington, 1992.
28. *The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance*, WHO, Geneva, 2000.
29. Tyszo P. (red.): *Organizacja Ochrony Zdrowia*, Warszawska Akademia Medyczna, Warszawa, 1984.
30. Wdowiak L., Paśniczek G. (red.): *Wybrane zagadnienia ochrony zdrowia w Polsce*, Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin, styczeń 1986.
31. Wdowiak L.: *Zarys Organizacji Służby Zdrowia w Polsce*, Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin, 1981
32. Włodarczyk C., Poździejch S.: *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki.* Wyd. U.J., Kraków, 2001.
33. Włodarczyk C.: *HMO – amerykańska organizacja opieki zdrowotnej, Polityka społeczna*, kwiecień, 1992, 5–10.

Ochrona zdrowia w Unii Europejskiej – priorytety zdrowia publicznego

Grzegorz Jasiński

Unia Europejska

Unia Europejska jest związkiem zawartym pomiędzy suwerennymi państwami, które postanowiły dzielić swą przyszłość i zwiększać wspólną suwerenność. Łączenie suwerenności oznacza w praktyce, że państwa członkowskie przenoszą część swoich kompetencji decyzyjnych na wspólnie stworzone instytucje – tak, by decyzje w konkretnych obszarach wspólnego zainteresowania podejmować demokratycznie na poziomie europejskim. U podstaw tego związku leżą wartości, które Europejczycy cenią najbardziej: pokój, dobrobyt gospodarczy, bezpieczeństwo, demokrację, sprawiedliwość i solidarność. Związek ten znajduje coraz większe poparcie w Europie. Od początku procesu integracji europejskiej, tj. podpisania w 1951 r. przez sześć państw (Belgię, Francję, Holandię, Niemcy, Włochy i Luksemburg) traktatu paryskiego, na mocy którego w sierpniu 1952 r. powstała Europejska Wspólnota Węgla i Stali, proces integracji europejskiej stale postępuje. Obecnie Unia Europejska liczy 27 państw członkowskich, a Polska jest jej pełnoprawnym członkiem od 1 maja 2004 r.

Etapy rozszerzania obszarów działalności Unii Europejskiej oraz zwiększania liczby państw członkowskich wyznaczały kolejne traktaty europejskie. Miały one na celu wspieranie rozwoju gospodarczego i podwyższanie poziomu życia obywateli Unii Europejskiej, utrwalanie pokoju i wolności oraz tworzenie coraz silniejszej unii narodów Europy, jak również dostosowywały strukturę organizacyjną zarówno do nowych zadań, jak i powiększającej się liczby państw członkowskich. Ostatnim traktatem ustanowionym przez Unię Europejską jest traktat lizboński podpisany w grudniu 2007 r.

Traktaty stanowią tzw. prawo pierwotne. W celu realizacji zadań wyznaczonych przez traktaty, właściwe instytucje Unii Europejskiej tworzą akty prawne, które w porządku prawnym Unii Europejskiej określa się jako prawo wtórne. Najważniejszymi aktami prawa wtórnego są: rozporządzenia, dyrektywy i decyzje.

Rozporządzenia przyjmowane są wspólnie przez Radę Unii Europejskiej i Parlament Europejski lub przez samą Komisję Europejską. Rozporządzenie jest aktem prawnym o charakterze ogólnym i wiążącym w całości (prawo krajowe nie może być sprzeczne z rozporządzeniem), jest skierowane do wszystkich. Stosuje się je bezpośrednio, czyli ustanawia prawa, które zaczynają

obowiązywać z efektem natychmiastowym we wszystkich państwach członkowskich na takiej samej zasadzie, jak przepisy prawa krajowego, bez potrzeby podejmowania jakichkolwiek działań przez władze krajowe.

Dyrektywa wyznacza cele, jakie mają osiągnąć państwa członkowskie, lecz pozostawia im wybór środków służących do osiągnięcia tych celów. Może być skierowana do jednego, do kilku lub do wszystkich państw członkowskich. Aby zasady określone w dyrektywie mogły wywołać skutki na poziomie obywatela, prawodawca krajowy musi przyjąć akt dokonujący jej transpozycji do prawa krajowego, który dostosowuje prawo krajowe pod względem wymogów określonych w dyrektywie. Dyrektywa przewiduje określony termin transpozycji do prawa krajowego.

Decyzja jest aktem, za pośrednictwem którego instytucje wspólnotowe stanowią prawo w odniesieniu do określonych przypadków. Za pomocą decyzji instytucje mogą wezwać państwo członkowskie lub obywatela Unii do działania lub zaniechania działania, przyznać im pewne prawa lub nałożyć na nich określone obowiązki. Decyzja ma charakter indywidualny, jej adresaci muszą być określeni (w odróżnieniu od rozporządzenia) i jest wiążąca w całości.

Instytucje Unii Europejskiej tworzące i relizujące politykę w zakresie zdrowia

W procesie decyzyjnym Unii Europejskiej najważniejszą rolę odgrywają:

- Komisja Europejska,
- Parlament Europejski
- Rada Unii Europejskiej,
- Rada Europejska.

Komisja Europejska proponuje nowe akty prawne, a Parlament Europejski i Rada Unii Europejskiej je przyjmują. Większość unijnego prawa powstaje w ramach współpracy między Radą Unii Europejskiej (ministrowie wszystkich państw członkowskich) a Parlamentem Europejskim (europosłowie reprezentujący wszystkich obywateli Unii). Na decyzje Rady Unii Europejskiej wpływa stanowisko Rady Europejskiej, tj. szefów państw lub rządów państw członkowskich, którzy najczęściej dwa razy w roku obradują na tzw. szczytach Unii Europejskiej. Wnioski z tych obrad są później formalnie potwierdzane przez Radę Unii Europejskiej, na ogół we współpracy z parlamentem.

Za realizację polityki zdrowotnej Unii Europejskiej odpowiedzialna jest Dyrekcja Generalna ds. zdrowia i ochrony konsumentów powołana w 1999 r. Jednak działalność pozostałych 23 Dyrekcyj Generalnych ma również, w różnym zakresie, wpływ na zdrowie.

Unia Europejska powołała do życia szereg instytucji, których działalność ma związek z zagadnieniami zdrowia. Należą do nich:

1. Agencja Wykonawcza ds. Zdrowia i Konsumentów (EAHC) powołana 1 stycznia 2005 r. na okres 6 lat (do 31 grudnia 2010 r.), początkowo, jako Agencja Wykonawcza ds. Zdrowia Publicznego¹, w celu wspierania wdrażania programu działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego. W dniu 20 czerwca 2008 roku decyzją Komisji Europejskiej przyjęto obecną nazwę², dodano nowe zadania oraz przedłużono działalność agencji do 31 grudnia 2015 r. Nowe zadania obejmują realizację unijnego programu działań w dziedzi-

1) Decyzja Nr 2004/858/CE z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie powołania Agencji Wykonawczej ds. Zdrowia Publicznego (Dz. Urz. UE L 369 z 16.12.2004).

2) Decyzja Nr 2008/544/CE z dnia 20 czerwca 2008 r. zmieniająca Decyzję Nr 2004/858/CE, przekształcając Agencję Wykonawczą ds. Zdrowia Publicznego w Agencję Wykonawczą ds. Zdrowia i Konsumentów.

- nie zdrowia, programu działań w zakresie ochrony konsumentów i inicjatywy pod hasłem „Lepsze szkolenia na rzecz bezpiecznej żywności”. Agencja ściśle współpracuje z Dyrekcją Generalną ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów. Aktualnie współpracuje z około 2200 beneficjentami zaangażowanymi w realizację ponad 200 projektów w dziedzinie zdrowia.
2. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) powstałe w 1993 r. jest głównym ośrodkiem informacyjnym w zakresie problemu narkotyków w UE. Zadaniem Centrum jest gromadzenie, analiza i upowszechnianie obiektywnych, rzetelnych i porównywalnych informacji na temat narkotyków i narkomanii oraz poprzez te działania dostarczanie swoim odbiorcom wiarygodnego i udokumentowanego obrazu zjawiska narkomanii na poziomie europejskim.
 3. Europejska Agencja ds. Oceny Produktów Leczniczych (EMA) powstała w 1995 r. Jej głównym zadaniem jest ochrona i promowanie zdrowia ludzi i zwierząt poprzez ocenę produktów leczniczych (w tym leków) stosowanych u ludzi i do celów weterynaryjnych oraz nadzór nad nimi. EMA jest odpowiedzialna za ocenę naukową wniosków o europejskie pozwolenie na dopuszczenie do obrotu produktów leczniczych (procedura scentralizowana). W przypadku procedury scentralizowanej firmy składają do EMA pojedynczy wniosek o pozwolenie na dopuszczenie do obrotu. Wszelkie produkty lecznicze stosowane u ludzi lub zwierząt uzyskane dzięki biotechnologii lub innej wysoko rozwiniętej technologii muszą zostać zatwierdzone w drodze procedury scentralizowanej. Te same zasady mają zastosowanie w przypadku wszelkich leków stosowanych u ludzi przeznaczonych do leczenia zakażeń HIV/AIDS, raka, cukrzycy lub zaburzeń neurodegeneracyjnych oraz wszelkich tzw. leków sierocych, przeznaczonych do leczenia rzadkich chorób. Podobnie wszelkie leki weterynaryjne przeznaczone do użytku jako czynniki polepszające wydajność w celu większego wzrostu leczonych zwierząt lub zwiększenia wydajności leczonych zwierząt podlegają procedurze scentralizowanej.
 4. Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA) udziela niezależnych porad naukowych odnośnie wszystkich spraw mających bezpośredni lub pośredni związek z bezpieczeństwem żywności, łącznie z ochroną zdrowia i warunkami życia zwierząt i roślin. EFSA udziela również porad w zakresie żywienia ludności, w powiązaniu z prawodawstwem Wspólnoty.
 5. Europejska Agencja Środowiska (EEA) powstała w 1993 r., zajmuje się dostarczaniem wiarygodnych i obiektywnych informacji w zakresie ochrony środowiska. Jest głównym źródłem informacji dla podmiotów związanych z opracowywaniem, przyjmowaniem, wdrażaniem i ocenianiem polityki w zakresie ochrony środowiska oraz dla opinii publicznej. Działalność agencji ma na celu pomoc Unii Europejskiej oraz państwom członkowskim w podejmowaniu świadomych decyzji mających na celu polepszenie stanu środowiska, uwzględnianie zagadnień ochrony środowiska w polityce gospodarczej oraz dążenie do zrównoważonego rozwoju.
 6. Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia Pracy (EU – OSHA) powstała w 1994 r., zajmuje się stałą poprawą bezpieczeństwa i zdrowia w miejscu pracy, co stanowi kluczowy cel europejskiej polityki społecznej i zatrudnienia. Niemniej jednak zakres i różnorodność tematyki dotyczącej bezpieczeństwa i zdrowia w pracy w Europie przekracza środki i kompetencje pojedynczych państw członkowskich czy instytucji. Agencja ma za zadanie gromadzić i rozpowszechniać wiedzę i informacje dotyczącą tych zagadnień.
 7. Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC)³ powstało w 2004 r., rozpoczęło działalność 20 maja 2005 r. Jego zadaniem jest zwiększenie ochrony przed chorobami

3) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 851/2004 z dnia 21 kwietnia 2004 r. ustanawiające Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób.

zakaźnymi, np. grypą, SARS oraz HIV/AIDS. We współpracy z krajowymi organami ochrony zdrowia ECDC działa na rzecz wzmocnienia i rozwoju nadzoru epidemiologicznego oraz systemów wczesnego ostrzegania. Dysponuje specjalistyczną wiedzą pozwalającą mu wydawać wiarygodne ekspertyzy na temat zagrożeń związanych z aktualnymi i nowymi chorobami zakaźnymi.

Główne zadania centrum to:

- zwiększenie zdolności Wspólnoty oraz państw członkowskich w zakresie ochrony zdrowia ludzkiego poprzez zapobieganie chorobom i ich kontrolę,
- działanie z własnej inicjatywy w przypadku pojawienia się choroby zakaźnej nieznanego pochodzenia zagrażającej Wspólnocie,
- zapewnienie uzupełniających się i spójnych działań w dziedzinie zdrowia publicznego przy uwzględnieniu zadań i obowiązków państw członkowskich, instytucji unijnych oraz właściwych organizacji międzynarodowych.

Zdrowie publiczne – działania Unii Europejskiej

Unia Europejska posiada formalne kompetencje i zadania do wykonania w zakresie zdrowia publicznego. Zostały one wprowadzone po raz pierwszy na mocy artykułu 129 Traktatu o Unii Europejskiej z 1992 r. (traktat z Maastricht). Traktat amsterdamski z 1997 r., który zaczął obowiązywać od maja 1999 r. wprowadził nowe formy i kierunki działań oraz ich podstawy prawne w zakresie zdrowia publicznego. Są one ujęte w artykule 152 traktatu.

Zgodnie z postanowieniami traktatu Unia Europejska musi dążyć do „poprawy zdrowia publicznego, zapobiegania chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwania źródeł zagrożeń dla zdrowia ludzkiego”. Polityka w dziedzinie zdrowia musi być powiązana z polityką ochrony konsumentów. Priorytet w tej dziedzinie stanowi bezpieczeństwo produktów i usług, w tym bezpieczeństwo żywności oraz szybki system informowania o zagrożeniach. Osiągnięcie wysokiego poziomu zdrowia wymaga także, żeby działania w dziedzinie ochrony zdrowia szły w parze z działaniami na rzecz ochrony środowiska. Innym obszarem mającym szczególne znaczenie dla zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia jest bezpieczeństwo i higiena pracy, zwłaszcza w zakresie ochrony przed wypadkami w pracy i chorobami zawodowymi. Także programy na rzecz rozwoju technologii i społeczeństwa informacyjnego obejmują kwestie związane z systemami zdrowia oraz zdrowiem publicznym.

W porównaniu do zapisów artykułu 129 traktatu z Maastricht, zapisy artykułu 152 traktatu amsterdamskiego wzmacniają i rozszerzają działania Unii Europejskiej w zakresie zdrowia publicznego. Jedną z ważnych zmian było włączenie dziedziny weterynaryjnej i ochrony roślin do zadań zdrowia publicznego. Spowodowane to było wybuchem, w latach 1996–1997, kryzysu związanego z gąbczastym zwyrodnieniem mózgu krów (Bovine Spongiform Encephalopathy – BSE), tzw. chorobą wściekłych krów.

Ostatni punkt artykułu 152 traktatu amsterdamskiego mówi, że to kraje członkowskie, a nie Unia Europejska, są odpowiedzialne za dostarczanie świadczeń zdrowotnych. Tak więc podtrzymana została zasada, że działania Unii Europejskiej mogą i powinny jedynie uzupełniać działalność państw członkowskich w zakresie opieki zdrowotnej (zasada pomocniczości), nie mogą jednak ingerować w bezpośrednią organizację systemu zdrowia obowiązującego w danym państwie. Inaczej mówiąc, organizacja ochrony zdrowia, zakres osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, zakres świadczeń (tzw. koszyk świadczeń), brak lub obowiązkowe dopłaty pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz ich wysokość (tzw. współpłacenie), jest indywidualną sprawą każdego państwa członkowskiego.

Wczesne działania Unii Europejskiej w zakresie zdrowia publicznego

Do momentu ratyfikacji traktatu o Unii Europejskiej (traktat z Maastricht) nie było jednoznacznej, wyraźnej podstawy prawnej dla działań Unii Europejskiej w zakresie zdrowia publicznego. Tym niemniej już w pierwszych traktatach dotyczących integracji europejskiej dyskutowano o zdrowiu, choć w ograniczonym zakresie. Problemami zdrowia zajmowano się przede wszystkim w kontekście ochrony warunków pracy. Ukierunkowywały one aktywność Wspólnoty na walkę z chorobami zawodowymi, wypadkami przy pracy, troskę o higienę i jakość warunków pracy. W drugiej połowie lat osiemdziesiątych, pomimo braku określonych podstaw prawnych dla zdrowia publicznego, ogłoszono program „Europa przeciwko nowotworom”. Program ten popierał kampanie informacyjne w skali europejskiej ukierunkowane na redukcję konsumpcji wyrobów tytoniowych, wskazywał na znaczenie prawidłowego odżywiania jako czynnika zapobiegawczego oraz promował politykę skriningową. Innymi działaniami z zakresu zdrowia publicznego, jakie zostały podjęte przed wprowadzeniem formalnej podstawy prawnej dla prowadzenia polityki w tym zakresie było ogłoszenie w 1991 r. europejskiego programu przeciw AIDS, który miał za zadanie ułatwienie wymiany informacji i wyników badań naukowych, mając na celu redukcję występowania AIDS. Podjęte zostały także działania w kierunku zwalczania uzależnień lekowych – narkomanii.

Realizacja zapisów artykułu 129 traktatu z Maastricht

W listopadzie 1993 r. Komisja Europejska ogłosiła komunikat, w którym określono osiem priorytetowych zagadnień – programów działań Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia publicznego. Dotyczyły one: promocji zdrowia, monitorowania stanu zdrowia, zwalczania AIDS i innych chorób zakaźnych, zwalczania nowotworów, zwalczania narkomanii, zwalczania chorób związanych z zanieczyszczeniem środowiska, zapobiegania wypadkom i urazom oraz zwalczania chorób rzadko występujących. Poza ww. programami, Komisja Europejska popierała także inne działania w zakresie zdrowia publicznego. Należały do nich:

- inicjatywy dotyczące zakazu reklamowania papierosów,
- ustanowienie sieci europejskiej zajmującej się wykrywaniem i zwalczaniem chorób zakaźnych,
- opracowanie strategii bezpieczeństwa krwi i europejskiej samowystarczalności w tym zakresie, łącznie z zaleceniem na temat badania zgodności krwi i plazmy dawców oraz skriningu oddawanej krwi w państwach członkowskich,
- finansowanie projektów mających na celu poprawienie jakości życia cierpiących na chorobę Alzheimera, łącznie ze zwiększeniem profesjonalnej i publicznej świadomości na temat tej choroby,
- działania w zakresie ochrony społeczeństwa przed ubocznymi skutkami zdrowotnymi pól elektromagnetycznych.

Pierwszy program zdrowia publicznego UE (2003–2008)

W 2002 r. ustanowiono sześcioletni program działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego⁴, który miał być realizowany w okresie od 1 stycznia 2003 r. do 31 grudnia 2008 r.

4) Decyzja 1786/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 września 2002 r. przyjmująca program działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego (2003–2008) (Dz.Urz. UE L 271 z 9.10.2002).

Program miał na celu ochronę zdrowia ludzkiego, poprawę zdrowia publicznego oraz uzupełniał i wspomagał polityki krajowe państw członkowskich w osiągnięciu celu określonego w traktacie.

Program miał następujące trzy cele ogólne:

- 1) poprawę informacji i wiedzy na temat rozwoju zdrowia publicznego;
- 2) rozszerzenie zdolności do szybkiego skoordynowanego reagowania na zagrożenie dla zdrowia;
- 3) promocję zdrowia i zapobieganie chorobom w drodze ustalania determinantów zdrowia (uwarunkowań zdrowia) we wszystkich politykach i działaniach wspólnotowych.

W zakresie poprawy informacji i wiedzy na temat rozwoju zdrowia publicznego podjęto następujące działania:

- opracowano i uruchomiono system monitorowania zdrowia w celu ustanowienia na poziomie wspólnotowym porównywalnych wskaźników ilościowych i jakościowych,
- opracowano system wymiany informacji w zakresie wczesnego ostrzegania, wykrywania i nadzorowania zagrożeń dla zdrowia, zarówno w zakresie chorób zakaźnych, jak i niezakaźnych,
- poprawiono system przekazywania i wymiany informacji dotyczących zdrowia między państwami członkowskimi,
- opracowano mechanizmy analizowania, doradztwa, sprawozdawczości, informacji i konsultacji z państwami członkowskimi i podmiotami zajmującymi się właściwymi zagadnieniami zdrowotnymi na poziomie wspólnotowym,
- poprawiono metody analiz dotyczących wpływu osiągnięć w dziedzinie polityki zdrowotnej oraz innych polityk i działań wspólnotowych na systemy zdrowia,

W zakresie rozszerzenia zdolności do szybkiego skoordynowanego reagowania na zagrożenia dla zdrowia podjęto działania polegające na:

- zwiększeniu zdolności do pokonywania chorób zakaźnych dzięki wspólnotowej sieci nadzoru i kontroli epidemiologicznego chorób zakaźnych,
- opracowaniu strategii i mechanizmów zapobiegania, wymiany informacji oraz reagowania na zagrożenia chorobami niezakaźnymi, w tym na zagrożenia rzadkimi chorobami oraz zagrożenia dla zdrowia uwarunkowane płcią,
- wymianie informacji dotyczących strategii przeciwdziałania zagrożeniom dla zdrowia pochodzenia fizycznego, chemicznego lub biologicznego w okolicznościach wyjątkowych, w tym dotyczących aktów terroryzmu,
- wymianie informacji w sprawie strategii szczepień i uodpornienia,
- zwiększeniu bezpieczeństwa i jakości organów i substancji pochodzenia ludzkiego, w tym krwi, części składowych krwi oraz prekursorów krwi, w drodze opracowania wysokich standardów jakości i bezpieczeństwa gromadzenia, przetwarzania, przechowywania oraz przewozu i wykorzystania tych substancji,
- promowaniu strategii i środków dotyczących ochrony zdrowia ludzkiego z uwzględnieniem możliwych ujemnych skutków czynników środowiskowych takich jak promieniowanie jonizujące i niejonizujące oraz hałas,
- opracowaniu strategii ograniczania odporności na antybiotyki.

W zakresie promocji zdrowia i zapobiegania chorobom w drodze ustalania determinantów zdrowia (uwarunkowań zdrowia) zrealizowano następujące działania:

- przygotowano strategię dotyczącą wzrostu świadomości społecznej w zakresie determinantów zdrowia dotyczących stylu życia takich, jak odżywianie, aktywność fizyczna, tytoń, alkohol, narkotyki i inne substancje oraz w sprawie zdrowia psychicznego,
- analizowano sytuacje i opracowano strategię w sprawie społecznych i ekonomicznych de-

terminantów zdrowia celem ustalenia i zwalczania nierówności w dziedzinie zdrowia oraz dokonania oceny wpływu czynników społecznych i ekonomicznych na zdrowie,

- analizowano sytuację i opracowano strategię w sprawie determinantów zdrowia dotyczących środowiska naturalnego,
- analizowano sytuację oraz wymianę informacji w sprawie czynników genetycznych i wykorzystania badań genetycznych prowadzonych metodą przesiewową,
- opracowano metody oceny, jakości i efektywności strategii i środków promocji zdrowia.

Na realizację pierwszego programu zdrowia publicznego Unii Europejskiej przeznaczono 312 milionów euro. W trakcie realizacji programu sfinansowano ponad 300 projektów oraz innych działań związanych ze zdrowiem publicznym.

Drugi program zdrowia publicznego UE (2008–2013)

W 2007 r. ustanowiono drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013⁵. Na finansowanie programu przeznaczono 321 500 000 euro. Program jest otwarty także dla państw niebędących członkami Unii Europejskiej, zwłaszcza dla państw Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) oraz państw członkowskich Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA), a także dla tzw. państw trzecich, w szczególności państw, do których znajduje zastosowanie europejska polityka sąsiedztwa, państw ubiegających się o członkostwo, kandydujących lub przystępujących do Unii Europejskiej, a także państw Bałkanów Zachodnich włączonych do procesu stabilizacji i stowarzyszenia.

Obecny program opiera się na osiągnięciach poprzedniego programu działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego realizowanego w latach 2003–2008.

Program ma stanowić uzupełnienie, wsparcie w stosunku do polityki państw członkowskich w różnych dziedzinach oraz przyczynić się do zwiększenia solidarności i dobrobytu w Unii Europejskiej poprzez ochronę i promowanie ludzkiego zdrowia i bezpieczeństwa oraz poprawę zdrowia publicznego.

Program ma następujące cele:

- 1) poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli;
- 2) promocja zdrowia, w tym zmniejszenie nierówności w zakresie zdrowia;
- 3) generowanie i rozpowszechnianie informacji i wiedzy na temat zdrowia;

Podjętych zostało szereg działań mających zrealizować cele tego programu.

Działania te w zakresie poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli to:

- 1) opracowanie strategii i mechanizmów zapobiegania zagrożeniom zdrowia oraz wymiany informacji i reagowania na zagrożenia, takie jak: zagrożenia związane z chorobami zakaźnymi i niezakaźnymi, zagrożenia pochodzenia fizycznego, chemicznego lub biologicznego, w tym także zagrożenia związane z aktami celowego uwolnienia (bioterroryzmu), podejmowanie działań zapewniających wysoką jakość współpracy między laboratoriami państw członkowskich w zakresie diagnostyki, wspieranie pracy istniejących laboratoriów prowadzących prace istotne z punktu widzenia Wspólnoty; praca nad utworzeniem wspólnotowych laboratoriów referencyjnych;
- 2) wspieranie opracowania polityki w zakresie profilaktyki, szczepień i uodparniania, usprawnienie partnerstwa, sieci, narzędzi i systemów służących raportowaniu stanu uodpornienia oraz monitorowania zdarzeń niepożądanych;

5) Decyzja Nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiająca drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013 (Dz. Urz. UE L 301 z 20.11.2007).

- 3) rozwijanie zdolności zarządzania ryzykiem i opracowanie odpowiednich procedur, zwiększenie gotowości i usprawnienie planowania w sytuacjach kryzysowych w dziedzinie zdrowia, w tym także przygotowanie przez Unię Europejską i społeczność międzynarodową skoordynowanych procedur reagowania na takie sytuacje, opracowanie procedur powiadamiania o ryzyku i konsultacji dotyczących środków zaradczych;
- 4) promowanie współpracy oraz zwiększanie istniejących zdolności i zasobów w zakresie reagowania, w tym także sprzętu ochronnego, środków izolacyjnych i ruchomych laboratoriów do szybkiego reagowania w sytuacjach kryzysowych;
- 5) opracowanie strategii i procedur sporządzania koncepcji, zwiększania zdolności mobilizacji zasobów w nagłych przypadkach, prowadzenie ćwiczeń i testów, ocenę i przegląd ogólnych planów awaryjnych i szczegółowych planów w przypadku zagrożenia zdrowia oraz ich interoperacyjność między państwami członkowskimi;
- 6) poprawa jakości doradztwa naukowego i specjalistycznej oceny zagrożeń, np. przez promowanie wczesnego rozpoznawania zagrożeń, analiza ich potencjalnego oddziaływania, wymiana informacji na temat zagrożeń i ryzyka, propagowanie zintegrowanego i zharmonizowanego podejścia;
- 7) pomoc na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa i jakości narządów i substancji pochodzenia ludzkiego, krwi i substancji krwiopochodnych, działania na rzecz ich obecności, identyfikowalności oraz dostępności do zastosowań medycznych;
- 8) promowanie środków na rzecz poprawy bezpieczeństwa pacjenta przez wysoką jakość i bezpieczeństwo opieki zdrowotnej, w tym także w odniesieniu do antybiotykooporności i zakażeń szpitalnych.

W zakresie promocji zdrowia oraz zmniejszenia nierówności w zakresie zdrowia działania mają na celu:

- 1) promowanie inicjatyw mających na celu wydłużenie lat zdrowego życia i promowanie zdrowego starzenia się, wspieranie działań mających na celu promowanie i badanie wpływu zdrowia na produktywność i aktywność zawodową;
- 2) wspieranie inicjatyw mających na celu znalezienie przyczyn, rozwiązanie i ograniczenie nierówności w zakresie zdrowia w państwach członkowskich i między nimi, w tym nierówności związanych z płcią, promowanie inwestycji w dziedzinie zdrowia we współpracy z innymi dziedzinami polityki wspólnotowej i funduszami, zwiększenie solidarności między krajowymi systemami opieki zdrowotnej poprzez wspieranie współpracy w kwestii transgranicznej opieki zdrowotnej oraz mobilności pacjentów i pracowników ochrony zdrowia;
- 3) zwrócenie uwagi na uwarunkowania zdrowotne w celu promowania i poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego, tworzenie warunków wspierających zdrowy styl życia i profilaktykę chorób, podejmowanie działań w zakresie podstawowych czynników, takich jak odżywianie, aktywność fizyczna i zdrowie seksualne oraz w zakresie uwarunkowań związanych z uzależnieniami, takimi jak papierosy, alkohol, nielegalne narkotyki i niewłaściwie stosowane leki, przez skupienie się na kluczowych zagadnieniach, czyli edukacji przez całe życie, ze szczególnym uwzględnieniem w miejscu pracy;
- 4) propagowanie działań w zakresie profilaktyki poważnych chorób mających szczególne znaczenie ze względu na obciążenie, jakie stanowią one dla Wspólnoty oraz w zakresie rzadkich chorób;
- 5) zwrócenie uwagi na skutki zdrowotne szeroko rozumianych uwarunkowań środowiskowych, w tym jakości powietrza w pomieszczeniach i narażenia na toksyczne substancje chemiczne oraz uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;
- 6) promowanie działań służących ograniczeniu liczby wypadków i urazów.

Działania w zakresie generowania i rozpowszechnianie informacji i wiedzy na temat zdrowia mają na celu:

- 1) wymianę wiedzy i sprawdzonych rozwiązań w zakresie zagadnień związanych ze zdrowiem;
- 2) wspieranie współpracy w celu stosowania „najlepszej praktyki” w państwach członkowskich, w tym wspieranie tworzenia i działania europejskich sieci referencyjnych;
- 3) dalszy rozwój trwałego systemu monitorowania zdrowia, dysponującego mechanizmem gromadzenia porównawczych danych i informacji z odpowiednimi wskaźnikami, zapewnienie koordynacji i monitorowanie inicjatyw dotyczących rejestrów zachorowań na nowotwory, gromadzenie danych o stanie zdrowia i polityce zdrowotnej przy wykorzystaniu wspólnotowego systemu statystycznego;
- 4) opracowanie mechanizmów przeprowadzania analiz i informowania, łącznie ze sprawozdaniami o ochronie zdrowia we Wspólnocie, portalem o zdrowiu i konferencjami, przekazywanie informacji obywatelom, stronom zainteresowanym i decydentom, ustanowienie regularnych sprawozdań o stanie zdrowia w Unii Europejskiej na podstawie danych i wskaźników wraz z analizą jakościową i ilościową.

Zasady jednolitego rynku w odniesieniu do ochrony zdrowia

Pomimo braku formalnych podstaw prawnych do zajmowania się opieką zdrowotną, niektóre akty prawne Unii Europejskiej mają często pośredni, a niekiedy niezamierzony, wpływ na organizację i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w państwach członkowskich. Szczególny wpływ na opiekę zdrowotną mają obowiązujące od 1 stycznia 1993 r. zasady jednolitego rynku Unii Europejskiej, tj. swobodny przepływ osób, towarów, usług i kapitału.

Od dnia 1 maja 2010 r. obowiązują dwa nowe rozporządzenia dotyczące koordynacji systemu zabezpieczeń społecznych.^{6,7}

Swobodny przepływ osób

Zasada swobodnego przepływu osób ma zastosowanie zarówno w stosunku do przemieszczania się profesjonalistów ochrony zdrowia, jak i pacjentów.

W przypadku profesjonalistów zasadniczą rolę odgrywa dyrektywa dotycząca uznawania kwalifikacji zawodowych⁸. Lekarze i lekarze dentyści należą do jednej z nielicznych grup zawodowych, których dyplomy i kwalifikacje uznawane są we wszystkich państwach członkowskich. Wszystkie dyplomy lekarza uzyskane na polskich uczelniach medycznych przez osoby, które rozpoczęły studia w roku akademickim 1956/1957 lub później są uznawane.

W przypadku lekarzy dentyistów automatycznie uznawane są dyplomy lekarza dentyisty osób, które rozpoczęły studia w roku akademickim 2003/2004 lub później. Dyplomy osób, które rozpoczęły

6) Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób pracujących na własny rachunek i członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz.U.E L71.149.2).

7) Rozporządzenie Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób pracujących na własny rachunek i członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz.Urz. UE L72.74.1).

8) Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 252 z 30.09.2005).

studia wcześniej nie są uznawane automatycznie. Osoby te, chcąc wykonywać zawód lekarza dentystry na terytorium Unii Europejskiej mogą starać się o uznanie kwalifikacji zawodowych zgodnie z tzw. regułą „trzech z pięciu”. Zakłada ona uznanie kwalifikacji zawodowych w przypadku wykonywania zawodu lekarza dentystry, (faktycznie i zgodnie zobowiązującym prawem) przez okres co najmniej 3 lat, w przeciągu ostatnich pięciu lat. Problem z dyplomami lekarza dentystry osób, które rozpoczęły studia przed 2003 r. wynika z faktu, że programy nauczania na wydziałach stomatologii nie były zgodne z wytycznymi Unii Europejskiej, które wymagały znacznie większej liczby godzin zajęć praktycznych. Począwszy od roku akademickiego 2003/2004, programy nauczania na wydziałach stomatologicznych polskich uczelni medycznych zostały dostosowane do wymagań dyrektywy.

Nieco bardziej złożona jest sprawa uznawania specjalizacji. Ustawodawstwo polskie wymienia 68 specjalizacji lekarskich (40 podstawowych i 28 szczegółowych) oraz 9 stomatologicznych, z których tylko 42 lekarskie oraz 2 stomatologiczne mają odpowiednik w dyrektywie. Należy zaznaczyć, że dyrektywa wymienia tylko te specjalizacje, które istnieją w ustawodawstwie, w co najmniej 2/5 państw członkowskich. Tak więc 26 specjalizacji lekarskich oraz 7 stomatologicznych istniejących w Polsce nie ma odpowiednika w dyrektywie. Dyrektywa natomiast wymienia 53 specjalizacje lekarskie oraz 2 dentystryczne, co oznacza, że 11 specjalizacji lekarskich wymienionych w dyrektywie nie ma odpowiednika w ustawodawstwie polskim. Dyrektywa nie narusza prawa państw członkowskich do uzgadniania między sobą automatycznego uznawania kwalifikacji, zgodnie z ich własnymi zasadami, w określonych specjalnościach medycznych i stomatologicznych występujących w tych państwach, które nie podlegają automatycznemu uznawaniu w rozumieniu dyrektywy.

Prawo Unii Europejskiej zapewnia swobodny przepływ ludzi i umożliwia obywatelom państw członkowskich osiedlanie się na terytorium innego państwa. Stwarza to konieczność utrzymania nabytych praw do świadczeń socjalnych, w tym prawa do opieki zdrowotnej, w różnych państwach. Celem zapewnienia tych praw stworzono zasady koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Prawo i zasady korzystania ze świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim niż państwo, w którym mieści się instytucja ubezpieczenia zdrowotnego (tzw. transgraniczne świadczenia zdrowotne) regulowane jest dwoma rozporządzeniami i jedną dyrektywą Unii Europejskiej dotyczącymi koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Transgraniczne świadczenia zdrowotne były także przedmiotem licznych orzeczeń Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości (ETS).

Rozporządzenia EWG 1408/71⁹, 574/72¹⁰ oraz WE 307/1999¹¹ określają: ustawodawstwo właściwe, zakres podmiotowy i przedmiotowy.

Ustawodawstwo właściwe (państwo właściwe), są to przepisy państwa członkowskiego, któremu podlega ubezpieczony obywatel Unii, niezależnie od państwa, w którym mieszka. Zasadą generalną jest zasada „lex loci labori”, czyli ustawodawstwem właściwym jest ustawodawstwo państwa, w którym pracujemy. Dla emeryta i rencisty jest to ustawodawstwo państwa, z którego otrzymuje on świadczenia emerytalne lub rentowe.

Zakres podmiotowy, czyli osoby uprawnione do świadczeń, są to osoby zatrudnione i pracujące na własny rachunek, mieszkające w państwie członkowskim innym niż państwo właściwe oraz członkowie ich rodzin, pracownicy przygraniczni (powracający z pracy w innym państwie

9) Rozporządzenie Rady (EWG) Nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób pracujących na własny rachunek i członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. UE L71.149.2).

10) Rozporządzenie Rady (EWG) Nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób pracujących na własny rachunek i członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. UE L72.74.1).

11) Rozporządzenie Rady (WE) Nr 307/1999 z dnia 8 lutego 1999 r. zmieniające Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71 oraz Rozporządzenie (EWG) 574/72 w celu rozszerzenia zakresu ich stosowania na studentów.

codziennie lub przynajmniej raz w tygodniu) i członkowie ich rodzin, pracownicy sezonowi (wykonujący pracę o charakterze sezonowym przez okres do 8 miesięcy) i członkowie ich rodzin, osoby bezrobotne i członkowie ich rodzin poszukujący pracy w innym państwie niż państwo właściwe, emeryci i renciści oraz członkowie ich rodzin mieszkający w państwie członkowskim innym niż państwo właściwe; przebywający czasowo w państwie członkowskim innym niż państwo właściwe (np. turyści, wyjazdy służbowe, szkoleniowe), studenci uczący się w państwie członkowskim innym niż państwo właściwe i członkowie ich rodzin.

Zakres przedmiotowy, czyli zakres świadczeń zdrowotnych, jaki przysługuje pacjentowi w państwie, w którym nie jest ubezpieczony, jest różny w różnych sytuacjach.

Pełny zakres świadczeń gwarantowany przez ustawodawstwo państwa, w którym nie jest się ubezpieczonym przysługuje wszystkim kategoriom osób objętych przepisami UE, którzy zamieszkaali na stałe w danym państwie.

Niezbędne świadczenia zdrowotne w czasie pobytu dotyczą osób czasowo przebywających na terytorium innego państwa członkowskiego (turyści, wyjazdy służbowe itp.). Zakres ten nie obejmuje świadczeń planowych.

Planowe świadczenia zdrowotne to świadczenia zdrowotne na terytorium innego państwa, na które dana osoba została wysłana przez swoją instytucję ubezpieczenia zdrowotnego w celu diagnostyki lub leczenia, ponieważ nie było możliwe wykonanie tych świadczeń na miejscu lub w odpowiednim czasie ze względu na stan zdrowia i przewidywany przebieg choroby. Koszty tych świadczeń pokrywane są przez tę instytucję.

Prawo do transgranicznych świadczeń zdrowotnych wymaga udokumentowania. W przypadku wyjazdów turystycznych jest to Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), a w przypadku wysłania celem planowych świadczeń zdrowotnych – tzw. formularz E 112. Oba dokumenty wystawiane są przez instytucję ubezpieczenia zdrowotnego, czyli w przypadku Polski Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

Pacjent, mający w myśl przepisów o koordynacji prawo do świadczeń zdrowotnych na terytorium innego państwa niż państwo właściwe, jest traktowany tak jak obywatel państwa, w którym otrzymuje świadczenia. Często wiąże się to z obowiązkiem tzw. współpłacenia, czyli opłat z własnej kieszeni, za te świadczenia lub ich część, które w danym państwie są opłacane przez posiadającego ubezpieczenie zdrowotne obywatela. Np. we Francji obowiązuje opłata 15 Euro za każdy dzień pobytu w szpitalu (do 30 dni). Są to tzw. koszty hotelowe, które nie są pokrywane przez francuski system ubezpieczeń zdrowotnych. W Niemczech natomiast obowiązuje kwartalna opłata 10 euro wnoszona przy pierwszej wizycie u lekarza pierwszego kontaktu. Zmiana lekarza w przeciągu kwartału pociąga za sobą konieczność zapłacenia kolejnych 10 euro. Pacjenci korzystający ze świadczeń zdrowotnych transgranicznych powinni pamiętać, że nie ponoszą kosztów świadczeń jedynie w tych przypadkach, gdy zostały one udzielone w ramach powszechnego systemu zabezpieczenia zdrowotnego. Przykładowo, nie zostaną zwrócone koszty świadczeń zrealizowanych przez prywatnych świadczeniodawców działających poza powszechnym (publicznym) systemem ubezpieczenia zdrowotnego lub świadczeń, które nie należą do koszyka świadczeń.

Rozporządzenia o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego zawierają również zasady rozliczania między państwami członkowskimi kosztów świadczeń zdrowotnych uzyskanych w państwie członkowskim innym niż państwo, w którym pacjent jest ubezpieczony. Rozliczenia te możliwe są według:

- kosztów rzeczywistych, czyli kosztów poniesionych przez instytucję ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku Polski jest to cena, jaką za dane świadczenie otrzymuje dany świadczeniodawca od NFZ,
- stawek zryczałtowanych, które dotyczą dwóch kategorii osób: członków rodziny pracow-

nika lub osoby pracującej na własny rachunek mieszkających w innym państwie członkowskim (tzn. ryczałt na członka rodziny) oraz rencistów i emerytów oraz członków ich rodzin mieszkających poza granicami państwa właściwego (tzn. ryczałt za emeryta).

Rozporządzenia dopuszczają także zawieranie umów dwustronnych między państwami członkowskimi, które zakładają częściową lub całkowitą rezygnację z wzajemnych rozliczeń.

Od dnia 1 maja 2010 r. obowiązują dwa nowe rozporządzenia^{12, 13} dotyczące koordynacji systemu zabezpieczeń społecznych, upraszczające stosowane dotychczas procedury związane z transgranicznymi świadczeniami zdrowotnymi.

Liczne orzeczenia ETS uszczegóławiały prawa pacjentów do świadczeń zdrowotnych transgranicznych.

Jedną z głośniejszych spraw była sprawa Deckera¹⁴ i Kohlla¹⁵. Byli to obywatele Luksemburga, z których jeden otrzymał receptę na okulary zrealizował ją w Belgii, a drugi leczenie ortodontyczne córki (co przewiduje luksemburski koszyk świadczeń) przeprowadził w Niemczech. Luksemburski system opieki zdrowotnej nie chciał dokonać zwrotu kosztów. Sprawa trafiła do ETS, który w obu przypadkach nakazał zwrot kosztów do wysokości, jakie poniosłby luksemburski system ochrony zdrowia, gdyby świadczenia te zrealizowano na miejscu, czyli wg stawek obowiązujących w Luksemburgu. Uzasadnienie wyroku zawierało także następujące stwierdzenie: „Jeżeli korzystanie ze świadczeń w innym państwie nie powoduje poważnego zagrożenia równowagi finansowej systemu zabezpieczenia społecznego – nie ma konieczności starania się o formularz E 112 (tzn. wcześniejszą zgodę na realizację świadczenia w innym państwie członkowskim). Tego rodzaju konkluzja oznaczała w praktyce możliwość korzystania, bez uzyskania wcześniejszej zgody, ze wszystkich świadczeń ambulatoryjnych, ograniczając konieczność uzyskania zgody na leczenie w innym państwie wyłącznie do świadczeń szpitalnych. Potwierdzeniem praw pacjentów do świadczeń ambulatoryjnych bez wstępnej zgody był wyrok w sprawie Muller – Fauré i Van Riet¹⁶.

Inną głośną sprawą była sprawa Geraets – Smits i Peerbooms¹⁷. Sprawa dotyczyła Holenderki z chorobą Parkinsona, która leczyła się w Niemczech metodą nie stosowaną w Holandii oraz Holendra w śpiączce (po wypadku samochodowym) leczonego metodą eksperymentalną (neurostymulacją) w Austrii. Osobom tym odmówiono zwrotu kosztów ponieważ procedury te nie były refundowane w Holandii. W obu przypadkach ETS stwierdził, że świadczenia, jakich mają prawo domagać się pacjenci powinny być określone w krajowym prawie. Ponieważ w prawie holenderskim zapisane jest, iż dopuszczalne sposoby leczenia mają spełniać warunek „uznanych za normalne przez środowisko medyczne”, nie może to „uznanie” zostać ograniczone tylko do danego kraju, ale powinno brać pod uwagę profesjonalną, światową literaturę na dany temat. W orzeczeniu stwierdzono ponadto, że hospitalizacja jest usługą tak jak konsultacja ambulatoryjna oraz, że generalnie nie można odmówić wydania zgody (formularza E 112), jeśli czas oczekiwania na dane świadczenie w kraju może być zagrożeniem dla zdrowia i życia pacjenta.

Kolejną głośną sprawą była sprawa Ioannidis¹⁸. Był to grecki emeryt leczący się od dawna z powodu

12) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie Koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. UE L.166/1 72-116).

13) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 98/2009 z dnia 16 września 2009 roku dotyczące wykonywania rozporządzenia nr (WE) 883/2004 (Dz. UE L.284/1 1-42).

14) ETS w sprawie Decker (C – 120/95 z dnia 28 kwietnia 1998 r.).

15) ETS w sprawie Kohll (C – 158/96 z dnia 28 kwietnia 1998 r.).

16) ETS w sprawie Müller – Fauré & van Riet (C – 385/99 z dnia 13 maja 2003 r.).

17) ETS w sprawie Geraets – Smits & Peerbooms (C – 157/99 z dnia 12 lipca 2001 r.).

18) ETS w sprawie Ioannidis (C – 326/00 z dnia 25 lutego 2003 r.).

choroby serca, który w czasie pobytu u syna w Niemczech przeszedł zabieg poszerzania tętnic wieńcowych (posiadał formularz E 111 równoznaczny z EKUZ). System ubezpieczenia niemieckiego uważał, że pacjent przyjechał w celu leczenia się, a w takim wypadku formularz E 111 nie ma zastosowania. Natomiast ubezpieczyciel grecki twierdził, że formularz E 112 nie należy mu się, bo zabiegi takie realizowane są w Grecji i mógł poddać się operacji przed wyjazdem. Emeryt zapłacił za leczenie, ale zaskarżył swojego ubezpieczyciela. ETS w sentencji wyroku nakazującego zwrot kosztów leczenia stwierdził: „Emeryt posiada uprawnienia do uzyskiwania świadczeń zdrowotnych za granicą własnego kraju nie tylko w przypadkach nagłych, które powstały niespodziewanie w trakcie jego pobytu za granicą, ale również w takich, które są skutkiem zaostrzenia stanów przewlekłych. Nie potrzeba wtedy E 112”.

W wyniku orzeczeń ETS, w polskim systemie ochrony zdrowia wprowadzono obowiązek tworzenia tzw. list kolejkowych, określających przypuszczalny czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne^{19 20}, co przede wszystkim dotyczy zabiegów operacyjnych oraz konsultacji specjalistycznych.

Swobodny przepływ towarów

W odniesieniu do ochrony zdrowia zasada swobodnego przemieszczania się towarów dotyczy leków i urządzeń medycznych.

Wysiłki Unii Europejskiej, aby stworzyć Jednolity Rynek sektora farmaceutycznego, zostały zahamowane dzięki utrzymaniu krajowych przepisów dotyczących cen i innych działań w zakresie kontroli kosztów. Sytuacja ta powoduje, że ceny tych samych leków w różnych państwach Wspólnoty różnią się nawet o 30%, co z kolei stwarza warunki do tzw. importu równoległego, czyli zakupu leków w państwach gdzie są one tanie i sprzedaż w państwach, w których ceny leków są wysokie. Korzyści finansowe z importu równoległego dla pacjentów czy systemu ochrony zdrowia są stosunkowo niewielkie, a głównym beneficjentem tego rodzaju działalności są firmy handlowe. ETS orzekł w 1976 r. legalność importu równoległego²¹.

W 1992 r. wprowadzono tzw. Uzupełniający Europejski Certyfikat Ochrony, na mocy którego została wprowadzona 15-letnia ochrona patentu, począwszy od daty pierwszej autoryzacji marketingowej w Unii Europejskiej. W 1995 r. ustanowiono nowy system licencjonowania leków w Europie. Opierając się na badaniach Europejskiej Agencji Oceny Leków (European Medicines Evaluation Agency – EMEA) wydawane są autoryzacje w imieniu Jednolitego Rynku, ważne w całej Unii Europejskiej. Ta scentralizowana procedura odnosi się przede wszystkim do produktów biotechnologicznych.

Przepisy Jednolitego Rynku nie zabraniają krajowemu systemowi zdrowia wprowadzania ograniczeń i określenia, które leki będą przedmiotem zwrotu kosztów, a które nie (tzw. pozytywna lub negatywna lista leków), jednak państwa członkowskie muszą zapewnić przejrzystość decyzji w tym zakresie, czyli respektować warunki określone w tzw. Dyrektywie Przejrzystości²².

Legislacja Unii Europejskiej ma na celu zapewnienie standardów bezpieczeństwa i jakości urządzeń medycznych. Od 1990 r. obowiązuje dyrektywa dotycząca implantów medycz-

19) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Art.20 (Dz.U Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.).

20) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinien kierować się świadczeniodawca, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U Nr 200, poz. 1661).

21) ETS w sprawie De Peijer (C – 104/75 z 1976).

22) Dyrektywa Rady Nr 89/105/EWG z dnia 21 grudnia 1988 r. dotycząca przejrzystości środków regulujących ustalanie cen na produkty lecznicze przeznaczone do użytku przez człowieka oraz włączenia ich w zakres krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych (Dz. Urz. UE L.40 z 11.02.1989).

nych²³, a od 1993 r. dyrektywa dotycząca urządzeń medycznych.²⁴ Dyrektywy te nakładają na producentów odpowiedzialność za zapewnienie, że ich produkty odpowiadają standardom Unii Europejskiej. W 1998 r. przyjęto dyrektywę dotyczącą jakości urządzeń medycznych służących do procedur *in vitro*²⁵. W przeciwieństwie jednak do scentralizowanych systemów nadawania licencji Unii Europejskiej na produkty farmaceutyczne, system nadawania licencji urządzeń medycznych jest o wiele bardziej zdecentralizowany.

Swobodny przepływ usług

W przypadku usług możemy mówić o świadczeniodawcach usług zdrowotnych i ubezpieczeniach zdrowotnych. Zgodnie z Art. 49 Traktatu Amsterdamskiego istnieje zasada swobodnego przemieszczania świadczeń w Unii Europejskiej wykluczająca możliwość dyskryminowania jakiegokolwiek narodowości. Niemniej, każde państwo może wprowadzić własne przepisy obowiązujące różnego rodzaju dostawców świadczeń na zasadzie kontraktów zawieranych z systemem opieki zdrowotnej. Jednak przepisy te nie mogą dyskryminować dostawców działających w innych państwach Unii Europejskiej. Wprowadzone w 1973, 1988 i 1992 roku trzy dyrektywy dotyczące ubezpieczeń^{26, 27, 28} w celu przełamania krajowych barier na rynku ubezpieczeń, nie obejmowały ubezpieczenia na życie. Trzecia dyrektywa dostarczała podstawy prawne organizacjom ubezpieczeniowym na prowadzenie ubezpieczeń typu *non – life – insurance* w całej Unii Europejskiej, dzięki ustanowieniu jednolitej licencji lub autoryzacji nadawanej ubezpieczycielowi w kraju pochodzenia. Ponieważ nie ma możliwości wprowadzenia do ustawowego systemu zabezpieczenia społecznego innych rodzajów ubezpieczeń, wszystkie obowiązkowe społeczne ubezpieczenia zdrowotne nie podlegają tym dyrektywom. Państwa członkowskie Unii Europejskiej mogą wprowadzać odpowiednie przepisy krajowe obowiązujące do utrzymania zasad solidarności społecznej i zapobiec „zbieraniu śmietanki” (tj. ubezpieczaniu wyłącznie młodych, zdrowych i bogatych) przez działające *for profit* (dla zysku) firmy ubezpieczeniowe. Działania państw członkowskich klasyfikuje się jako działania na rzecz dobra ogólnego, są one prawnie akceptowane i stanowią wyjątek w przepisach dotyczących swobodnego przepływu świadczeń.

Swobodny przepływ kapitału

Zasada swobodnego przepływu kapitału nie ma bezpośredniego wpływu na system ochrony zdrowia obowiązujący w danym państwie członkowskim, jednak Europejska Unia Monetarna i wpro-

23) Dyrektywa Rady Nr 90/385/EWG z dnia 20 czerwca 1990 r. w sprawie zbliżenia ustawodawstw państw członkowskich odnoszących się do wyrobów medycznych aktywnego osadzania (Dz. Urz. UE L 189 z 20.07.1990).

24) Dyrektywa Rady Nr 93/42/EWG z dnia 14 czerwca 1993 r. dotycząca wyrobów medycznych (Dz. Urz. UE L 169 z 12.07.1993).

25) Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 98/79/EC w sprawie wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro* (Dz. Urz. UE L 331 z 07.12.1998).

26) Dyrektywa Rady Wspólnoty Europejskiej Nr 73/239/EWG z dnia 24 lipca 1973 r. ustanawiająca reguły ujednolicenia zasad prawnych, przepisów i postanowień administracyjnych dotyczących rozpoczęcia działalności gospodarczej polegającej na świadczeniu usług bezpośrednich ubezpieczeń za wyjątkiem ubezpieczeń na życie.

27) Dyrektywa Rady Wspólnoty Europejskiej Nr 88/357/EWG z dnia 22 czerwca 1988 r. w sprawie koordynacji ustaw, rozporządzeń i przepisów administracyjnych dotyczących ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie i ustalenia przepisów ułatwiających skuteczną realizację swobody świadczenia usług – zmieniająca Dyrektywę Nr 73/239/EWG.

28) Dyrektywa Rady Wspólnoty Europejskiej Nr 92/49/EWG z dnia 18 lipca 1992 r. w sprawie koordynacji ustaw, rozporządzeń i przepisów administracyjnych dotyczących ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie – zmieniająca Dyrektywę Nr 73/239/EWG oraz 88/357/EWG.

wadzenie na początku 1999 r. jednolitej waluty – euro, uwypatniło zróżnicowanie kosztów świadczeń zdrowotnych w państwach Unii Europejskiej. Jednolita waluta jest źródłem informacji zarówno dla pacjentów, jak i menedżerów opieki zdrowotnej przy porównywaniu cen leków, urządzeń medycznych, świadczeń, nakładów na ochronę zdrowia, rozdziału środków oraz wyników działania systemów opieki zdrowotnej. Wprowadzenie euro ułatwiło przemieszczanie się pacjentów w granicach Unii i realizację świadczeń zdrowotnych w innych państwach.

Inne akty prawne mające wpływ na system zdrowia

Niewątpliwie bardzo duży wpływ na organizację systemu zdrowia w państwach Unii Europejskiej miała dyrektywa dotycząca czasu pracy²⁹. W Art. 6 dyrektywy zapisano, że maksymalny tygodniowy wymiar czasu pracy w okresie siedmiodniowym, łącznie z pracą w godzinach nadliczbowych, nie może przekraczać 48 godzin. Inaczej mówiąc czas pracy lekarza zatrudnionego na etacie u jednego pracodawcy nie może przekroczyć, wraz z dyżurami lekarskimi, 48 godzin w okresie jednego tygodnia. Dyrektywa ta spowodowała, że szczególnie w państwach, w których wynagrodzenia za pracę w ochronie zdrowia są niskie, pracownicy (zwłaszcza lekarze) zmieniali charakter zatrudnienia. Rezygnowano z zatrudnienia na etacie, przechodząc na zatrudnienie w ramach kontraktu, do których przepisy dyrektywy nie mają zastosowania. Innym rozwiązaniem jest dobrowolne podpisanie tzw. klauzuli opt-out, w myśl której czas pracy, wraz z dyżurami, może być wydłużony do 65 godzin tygodniowo.

Innym aktem prawnym mającym niewątpliwie także wpływ na system zdrowia jest rozporządzenie w sprawie procedur udzielania zamówień publicznych na roboty budowlane, dostawy i usługi³⁰. Publiczne kontrakty na towary i usługi zawierane na więcej niż 133 000,00 euro muszą być otwarte na konkurencję w całej Unii Europejskiej, co powoduje, że centralne zakupy sprzętu i aparatury medycznej są bardziej przejrzyste, a przede wszystkim konkurencyjne.

Tak więc pomimo braku formalnych podstaw prawnych do zajmowania się opieką zdrowotną, Unia Europejska odgrywa znaczący wpływ na organizację i funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia w państwach członkowskich. Aktualne działania Unii Europejskiej wyznaczają kierunki współpracy w zakresie świadczeń zdrowotnych mając na celu:

- tworzenie ponadnarodowych, wysokospecjalistycznych ośrodków koncentrujących się na rzadko występujących problemach medycznych lub wymagających bardzo specyficznych i drogich procedur medycznych,
- rozładowywanie napięć wynikających z długiego oczekiwania (kolejki) na niektóre świadczenia zdrowotne, poprzez wykorzystywanie „mocy produkcyjnych” w innych państwach Unii Europejskiej,
- ułatwianie korzystania z opieki zdrowotnej w kraju sąsiednim, ludności terenów nadgranicznych, wykraczając poza grupę pracowników transgranicznych.

W lipcu 2008 r. w Unii Europejskiej powstał projekt nowej dyrektywy³¹ dotyczący stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej. Projekt ten był konsultowany i uzgadniany zarówno z rządami państw członkowskich, jak również różnymi instytucjami działającymi w Unii Europejskiej, pełniącymi funkcje konsultacyjne jak np. Stałym Komitecie Lekarzy Europejskich (Comité

29) Dyrektywa 2003/88 WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. dotycząca niektórych aspektów organizacji czasu pracy (Dz.U. UE L 299 z 18.11.2003).

30) Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 grudnia 2007 r. w sprawie kwot wartości zamówień oraz konkursów, od których jest uzależniony obowiązek przekazywania ogłoszeń Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich (Dz.U. 7.241.1762 z dnia 27 grudnia 2007 r.).

31) Wniosek Komisji Wspólnot Europejskich, KOM (2008) 414 z dnia 2 lipca 2008 r. „Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej”.

Permanent des Médecins Européens – CPME). Dyrektywa ta konsumuje dotychczasowe orzeczenia Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w zakresie praw pacjentów do świadczeń transgranicznych, określając w sposób jednoznaczny prawo pacjentów do świadczeń oraz opisuje obowiązki państw członkowskich w tym zakresie. Każde państwo członkowskie może stworzyć listę świadczeń zdrowotnych, które wymagają uzyskania uprzedniej zgody w przypadku kiedy miałyby być zrealizowane za granicą. Lista taka musi być ogólnie dostępna. Wszystkie pozostałe świadczenia, znajdujące się w koszyku świadczeń obowiązującym w danym państwie, pacjenci mogliby realizować w każdym państwie członkowskim Unii Europejskiej, bez ubiegania się o zgodę na ich realizację. Instytucja ubezpieczeniowa pacjenta zwracałaby koszt świadczeń transgranicznych, ale wyłącznie do wysokości kosztu danego świadczenia w państwie, w którym pacjent jest ubezpieczony. W przypadku, kiedy koszt świadczenia w państwie ubezpieczenia byłby większy od kosztu świadczenia w państwie, w którym było ono zrealizowane, zwrot następowałby w wysokości faktycznie poniesionych kosztów. Tak więc pacjenci będą mieli całkowitą jasność co do zakresu świadczeń, jakie mogą realizować poza granicami swojego państwa bez ubiegania się o zgodę instytucji ubezpieczeniowej, jak również co do wysokości ewentualnych kosztów jakie musieliby ponieść.

Dyrektywa przewiduje także możliwość realizowania recept na obszarze całej Unii Europejskiej. Warunkiem niezbędnym do wprowadzenia tego rozwiązanie jest uzgodnienie blankietu recepty, danych, jakie powinna zawierać recepta, aby mogła być zrealizowana w dowolnym państwie członkowskim, jak również wymogu drukowania recepty na komputerze.

Dyrektywa o transgranicznej opiece zdrowotnej została w dniu 19 stycznia 2011 r. przyjęta przez Parlament Europejski w dniu 9 marca 2011 r. opublikowana w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.Urz. UE z 4.04.2011 r. L.88/45). Wejdzie w życie 30 miesięcy od ukazania się w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, czyli 5 października 2013 r.

Dyrektywa ta została w dniu 19 stycznia 2011 r. przyjęta przez Parlament Europejski i opublikowana w Dzienniku Urzędowym UE³² w dniu 9 marca 2011 r. Zapisy dyrektywy, państwa członkowskie muszą wprowadzić w życie do 25 października 2013 r.

Stałe poszerzanie obszarów i zakresu działalności Unii Europejskiej i wynikające z tego przenoszenie przez państwa członkowskie kompetencji z zakresu ustanawiania prawa na instytucje Unii Europejskiej powoduje, że obecnie około 70% prawa obowiązującego w Polsce wynika bezpośrednio lub pośrednio z ustawodawstwa unijnego.

Literatura

1. Belcher P.J.: Rola Unii Europejskiej w opiece zdrowotnej. Warszawa, 2001.
2. Czupryna A., Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk W.C.: Zdrowie Publiczne.T.2 Międzynarodowa Polityka Zdrowotna. Kraków, 2000.
3. Emert F., Morawiecki M: Prawo Europejskie. Warszawa, 1999.
4. Kamiński I.C.: Unia Europejska. Podstawowe akty prawne. Warszawa, 2004.
5. Mc Kee M., Moossialos E., Baeten R.: The Impact of EU Law on Health Care System. Brussels, 2002.
6. Moossialos E, McKee M.: EU Law and the Social Character of Health Care. Brussels, 2002.
7. www.europa.eu Portal Unii Europejskiej.

³²Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L.88/45).

Globalizacja – wyzwania i zagrożenia dla zdrowia

Andrzej Wojtczak

Globalizacja jako zjawisko ekonomiczno-społeczne

Chociaż międzynarodowa integracja wielu gospodarek świata miała miejsce już od ponad 100 lat to dopiero w ostatnich dekadach, dzięki rozwojowi nowoczesnych technologii informatycznych i telekomunikacyjnych, nastąpił bezprecedensowy wzrost światowego handlu i inwestycji. Spowodował on, zarówno w polityce międzynarodowej, jak i w tempie rozwoju gospodarczego oraz w sferze społecznej naszego globu, głębokie zmiany. Zmiany te określane jako **proces globalizacji** w pierwszym rzędzie według **G. Sorosa** odnoszą się do rozwoju globalnego rynku finansowego, powstawania międzynarodowych korporacji, stale zwiększającej się ich roli w stosunku do gospodarek krajowych oraz postępującej integracji światowych rynków [9]. Termin ten dość powszechnie odnoszony jest jednak nie tylko do zjawisk ekonomicznych, ale również mówi się o globalizacji informacji, kultury, telewizji czy turystyki, a także o globalnej mobilności ludzi. Globalizacja jawi się więc jako zjawisko wielowymiarowe, dotyczące wielu sfer życia naszego globu i które niesie wiele udogodnień jak również i zagrożeń. Globalizacja traktowana jest jako przeciwieństwo izolacjonizmu, czego wyrazem jest coraz szersze otwieranie granic i usuwanie różnego rodzaju barier w kontaktach z innymi krajami w skali globu. Według definicji **B. Guillochon** „Pojęcie globalizacji obejmuje zespół zjawisk, na skutek których życie każdego mieszkańca naszej planety pozostaje, przynajmniej częściowo, związane z decyzjami podejmowanymi poza jego własnym krajem, na które on sam nie ma żadnego wpływu” [3]. Należy dodać, że według **Z. Bauman**a „Mobilność okazuje się najwyżej cenioną i pożądaną wartością, a swoboda poruszania się – nierówno dzielony towar, którego stale brak – szybko staje się głównym czynnikiem kształtującym społeczne podziały” [1]. Z kolei **Inge Kaul**, dyrektor Programu Rozwoju Narodów Zjednoczonych (UNDP), procesy globalizacyjne odnosi głównie do struktury światowej gospodarki, a nie jej działań, a ich wyróżnikami są:

- Otwarte granice umożliwiające swobodny przepływ towarów, inwestycji, siły roboczej oraz wymiany pieniędzy;
- Decentralizacja umożliwiającą „wejście” inwestycji do kraju już na poziomach lokalnych, a nie tylko poprzez władze centralne;
- Spójna polityka w zakresie praw własności i regulacji prawnych, sprawne zarządzanie i stabilność społeczna;
- Zintegrowane międzynarodowo zasady polityki gospodarczej oraz rozwinięta infrastruktura transportowa i telekomunikacyjna;

- Kapitał ludzki o odpowiednich kwalifikacjach zarówno robotników, jak i zarządzających, importerów i eksporterów w sektorach: przemysłowym, rolnym i usługowym [5].

W tym ujęciu *globalizacja* oznacza istnienie warunków dla wymiany międzynarodowej przy założeniu, że im większe otwarcie granic krajów oraz odpowiednio przygotowany kapitał ludzki, tym bardziej globalny jest charakter rynku krajowego. Ponieważ wielonarodowe korporacje posiadają bardzo dużą elastyczność w lokowaniu inwestycji, szukają więc miejsc, gdzie systemy transportu i łączności funkcjonują dobrze, a koszty produkcji są niskie. W celu przyciągnięcia inwestorów rządy oferują ulgi podatkowe i przemykają oczy na nieprzestrzeganie przez nich standardów socjalnych i środowiskowych.

Wbrew opinii zagorzałych zwolenników wolnego rynku, nie zapewnia on równowagi i jest podatny na kryzysy. Zdaniem **J. Stiglitz**a, laureata nagrody Nobla w dziedzinie ekonomii, chociaż rynek zapewnia wolną wymianę towarów i usług, to nie jest zdolny zapewnić różnych potrzeb ludzi. Zadaniem rządów jest ustalanie regulacji i wyznaczanie arbitrów rynku, bowiem nie wszyscy uczestnicy rynku podejmują racjonalne decyzje [10]. Również znany ekonomista **J. Sachs**' uważa, że rynek w sytuacjach gdy istnieje odpowiednia infrastruktura (drogi, porty, energia) i ludzki kapitał (zdrowi i wykształceni ludzie) jest potężną siłą napędzającą rozwój, natomiast w przypadku braku tych warunków wstępnych rynek pomija wielkie połacie globu, pozostawiając biedę i cierpienia bez okresów wytchnienia [8]. Powyższe wypowiedzi wskazują, że ignorowanie społecznych konsekwencji globalizacji jest poważnym błędem, tak jak błędem jest niedocenianie roli mechanizmów rynkowych. Zgodnie z poglądami **J. Stiglitz**a właściwie zorganizowany, zarządzany i kontrolowany rynek uznać należy za najważniejszy czynnik stymulujący rozwój gospodarczy. Natomiast źle zorganizowany i niekontrolowany rynek jest groźny, zawodzi, powoduje problemy gospodarcze i polityczne, niszczy ekonomię i równowagę społeczną, psuje demokrację i wpędza ludzi w biedę [10]. Prawdziwość tej wypowiedzi potwierdza obecny światowy kryzys ekonomiczny, a toczące się dyskusje na temat jego przyczyn i konsekwencji z pewnością będą miały duży, choć trudny obecnie do przewidzenia wpływ na dalszy kształt i przebieg procesów globalizacyjnych.

Nic też dziwnego, że w świecie od lat narastają ruchy kontestacyjne wymierzone w globalizację w obecnym kształcie. **Antyglobaliści** występują przeciwko nowemu totalitaryzmowi pieniądza, w którym rządy państw ustępują władzy wielkich korporacji o zasięgu globalnym z tragicznymi skutkami dla wielu krajów. Kulminacja tych ruchów wiąże się z Konferencją Światowej Organizacji Handlu, która miała miejsce w Seattle w 1999 roku, kiedy to delegacja Stanów Zjednoczonych usiłowała przekonać świat, że zarówno ochrona zdrowia, edukacja, środowisko, a nawet prawa człowieka są domeną handlu. Takie traktowanie spraw bliskich ludziom jest nie do przyjęcia nie tylko dla antyglobalistów. Nic dziwnego, że globalizacja utożsamiana jest często z chęcią dominacji przez Stany Zjednoczone nad światem i narzucenia ich wartości społecznych, religijnych i etycznych. Wychowani na tych zasadach Amerykanie nie rozumieją rządzących się feudalnymi zasadami społeczeństw Azji i Afryki, a także Europejczyków z ich rozbudowaną sferą socjalną. Zatem zarzuty stawiane polityce neoliberalnej to maksymalizacja zysków kosztem praw pracowniczych, wzrost bezrobocia szczególnie wśród młodych i wykształconych oraz pogłębianie nierówności społecznych. Podczas gdy 1% najbogatszych ludzi uzyskuje tyle, co 57% biednych, to około 2,8 miliarda ludzi żyje za poniżej 2 dolarów dziennie, około 800 milionów cierpi na niedożywienie, a 1 miliard nie ma mieszkań i dostępu do wody pitnej.

W przeciwieństwie do antyglobalistów **alterglobaliści** nie występują przeciwko globalizacji, ale żądają zmiany jej dotychczasowego kierunku na rzecz zrównoważonego rozwoju ekonomicznego i społecznego krajów podkreślając, że ekonomia to nie tylko rynek, ale i polityka społeczna uwzględniająca uzasadnione potrzeby ludzi.

Czynniki napędzające globalizację

Na przyspieszenie procesów globalizacyjnych decydujący wpływ miał rozwój sieci telekomunikacyjnych, informatycznych i internetu, a globalne standardy usunęły problem czasu i miejsca z naszego życia i pracy, i stały się siłą napędową nie tylko globalnej ekonomii. Szybki rozwój komputeryzacji pozwolił na tworzenie wszelkiego rodzaju lokalnych i globalnych baz danych dostępnych szerokiemu kręgowi odbiorców we wszystkich częściach świata. Bez istnienia tych udogodnień niemożliwa byłaby globalizacja różnych usług poprzez tworzenie sieci łączących pracowników wykonujących różnego rodzaju prace bez konieczności jedności miejsca. Usługi takie wkraczają szeroko w dziedzinę medycyny umożliwiając konsultacje wysokospecjalistyczne, a opisy radiogramów, obrazów USG, MRI czy preparatów biopsyjnych dokonywane są przez wysokiej klasy specjalistów zlokalizowanych w różnych częściach świata. Internet oraz komunikacja satelitarna pozwalają na pomoc w dokonaniu diagnozy lub leczenia przez specjalistów oddalonych o setki kilometrów. Ma to wielkie znaczenie w sytuacji braku specjalistów z danej dziedziny w miejscu przeprowadzenia badania. Pozwala to też na skuteczną pomoc krajom rozwijającym się, które nie posiadają odpowiednio wykształconego personelu medycznego. Również bardzo ważnym czynnikiem napędzającym rozwój ekonomiczny jest masowa *turystyka*, która zmusza kraje do szybkiego rozwoju sieci nowoczesnych dróg i transportu kolejowego, co pozwala na szybkie przemieszczanie się ludzi i towarów nawet na duże odległości. Jest to warunek, bez którego spełnienia nie można wyobrazić sobie ani rozwoju turystyki, ani przyciągnięcia kapitału inwestycyjnego na dużą skalę. Świat staje się na naszych oczach z informatyzowaną globalną wioską, w której językiem wzajemnego porozumiewania jest język angielski, a zalew informacji zabija naszą zdolność samodzielnego myślenia i analizy zamiast ją wzbogacać [13].

Globalizacja a zdrowie społeczeństw

Proces globalizacji wiąże się również ze sprawami zdrowia mieszkańców globu. I chociaż współpraca międzynarodowa w tej dziedzinie istnieje już od ponad 150 lat to jednak dopiero od momentu powołania w 1948 roku Światowej Organizacji Zdrowia można mówić o jej globalnym wymiarze. Celem zapisanym w jej konstytucji jest osiągnięcie przez wszystkich ludzi możliwie najwyższego poziomu zdrowia, a rolą jej jest koordynowanie międzynarodowych działań prozdrowotnych oraz udzielanie wsparcia technicznego, a jej struktura organizacyjna dostosowana jest do zaspokajania potrzeb różnych regionów świata. Od początku istnienia ŚOZ pomaga rządowi w umacnianiu zdrowia ludzi, przekazując know-how nieodzowną w zwalczaniu chorób oraz pomoc ekspertów, a opracowywane standardy umożliwiają korzystanie z osiągnięć technologii i praktyki medycznej w skali globu. Organizacja, jako międzynarodowy autorytet w sprawach zdrowia, wiedzę swą czerpie z sieci współpracujących ośrodków badawczych oraz różnych komitetów ekspertów liczących w sumie około 2500 wybitnych specjalistów pochodzących ze wszystkich stron świata i z szerokiej współpracy z organizacjami systemu ONZ oraz towarzystwami naukowymi i profesjonalnymi [13].

Globalne zmiany dotyczą w zasadzie wszystkich aspektów życia mieszkańców globu, a ich tempo i skala decydują o ich wpływie na zdrowie, które niezależnie od części świata pozostaje jednym spośród prawdziwie uniwersalnych dążeń ludzi. Ponieważ zagrożenia zdrowotne przekraczają granice państw i nierzadko mają zakres globalny, dlatego niezależnie od rozwiązań stosowanych w różnych krajach, wszystkie państwa muszą być przygotowane na danie odporu zagrożeniom w skali międzynarodowej. Tak więc, globalizm w zdrowiu publicznym łączy problemy krajów rozwiniętych i rozwijających się. Obejmuje on wymianę informacji, wiedzy i doświadczeń

oraz szeroki zakres udzielanej pomocy łącznie z mobilizacją światowych zasobów materialnych. Równocześnie pomaga to rozwiązywaniu krajowych problemów zdrowia.

Obecne globalne zagrożenia zdrowia są wynikiem nasilającej się migracji ludzi, a z nimi mikrobow. Podczas gdy w roku 1980 liczba podróżnych w ruchu międzynarodowym wynosiła 1 milion, to w roku 2000 uległa trzykrotnemu wzrostowi, osiągając w 2006 roku 2 miliardy. Każdego dnia dochodzi więc do tysięcy kontaktów stwarzających groźbę zainfekowania chorobami zakaźnymi do najdalszych zakątków świata, a nawet najdłuższy lot międzykontynentalny trwa znacznie krócej niż okres inkubacji niemal wszystkich chorób zakaźnych uniemożliwiając rozpoznanie początków infekcji. Stąd zapobieganie przenoszeniu chorób zakaźnych, z kraju do kraju wymaga innego niż dotychczas podejścia, a działania zdrowia publicznego stają się strażnikiem bezpieczeństwa zdrowotnego świata. Wymaga to sprawnego globalnego systemu informacji epidemiologicznej i stałego monitorowania ognisk potencjalnych zagrożeń. Tak więc szeroka współpraca międzynarodowa oraz sprawne zaplecze naukowe i laboratoryjne są nieodzownymi warunkami zapobiegania różnego rodzaju zagrożeniom globalnym.

Wynikiem nasilonych podróży międzynarodowych i międzykontynentalnych są zmiany w sposobach odżywiania się ludzi, a także w sposobach wychowywania dzieci, sposobach spędzania wolnego czasu i rekreacji, a także zażywania środków o różnych właściwościach i działaniu, wielokrotnie stwarzających zagrożenie zdrowia. Również globalizacja dostaw żywności zmusza do doskonalenia sposobów i metod, tak międzynarodowych, jak i krajowych, kontroli sposobów jej konserwacji, przechowywania i transportu dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego ludzi.

Globalnie dostępna telekomunikacja i Internet powodują również, że w nasze życie wkraczają nowe wzorce zachowań, nowe obyczaje i sposoby myślenia, powodujące zmiany wartości społecznych, kulturowych i warunków życia, a w konsekwencji zmiany struktury zachorowań i przedwczesnych zgonów. Te nowe zagrożenia zdrowotne Arne Karlen nazwał *erą biokultury* cechującą się zmianami w środowisku życia oraz w zachowaniach wpływających na nasze zdrowie [6].

Przykładem niszczącego zdrowie czynnika o globalnym wymiarze jest epidemia palenia tytoniu, która przyczynia się do zgonu 4–5 milionów osób rocznie. Przewiduje się, że w 2020 liczba ta wzrośnie do 10 mln. Tytoń jest największym legalnym zabójcą, a walka z jego produkcją oraz nałogiem palenia wymaga globalnej akcji. Gdy regulacje prawne ograniczają produkcję papierosów np. w USA, natychmiast przenoszona jest ona pośpiesznie do innych krajów, które takich regulacji nie mają. Dlatego tylko globalne regulacje prawne mogą odnieść skutek, a ich przykładem jest Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia zakazująca reklam i promocji palenia papierosów, przemytu produktów tytoniowych i postulująca wysokie opodatkowanie papierosów oraz subwencje dla upraw rolnych w miejsce uprawy tytoniu [11].

Nowe i powracające globalne zagrożenia zdrowia

Obecnie choroby zakaźne nie tylko przenoszą się szybciej, ale także pojawiają się szybciej niż uprzednio. Od roku 1970 nowe choroby występują z częstością od 1–2 rocznie i obecnie istnieje około 40 nowych chorób zakaźnych nieznanymi uprzednio. Spośród 685 potencjalnie groźnych zagrożeń zdrowia, zanotowanych w świecie w latach 2003–2006, w Afryce miało miejsce 288, a w Europie 78. Ponownie pojawiły się cholera, żółta febra i zakażenia menigokokowe.

Wybuch cholery w 1991 roku w Peru przekształcił się w epidemię, która objęła wiele krajów Ameryki Południowej i Środkowej z setkami tysięcy chorujących i 11 tysiącami zmarłych. W Zairze w 1995 r. wirusem Ebola, wywołującym gorączkę krwotoczną, zakażonych zostało 316

osób, wśród których śmiertelność wyniosła niemal 75%. Co trzecia zmarła osoba to pracownik medyczny, który miał styczność z krwią i płynami ustrojowymi chorych. Na przełomie 1999 i 2000 roku w Demokratycznej Republice Konga zmarło 16 osób zakażonych bliskim krewnym Eboli wirusem Marburg, a w Angoli na wiosnę 2005 r. zaraziło się nim 316 osób, z których zmarło 270 [7], na którą w 2003 roku w Pekinie zapadło 8422 osoby. Ta infekcja spowodowana została nowym wirusem.

Przykładem zagrożenia globalnego była **ciężka ostra choroba układu oddechowego** (Severe Acute Respiratory Disease) **SARS**, i przenoszona drogą kropelkową, z okresem inkubacji powyżej tygodnia, przebiegała z objawami ciężkiego zapalenia płuc i śmiertelnością około 11%. Najwięcej zgonów zanotowano wśród personelu szpitalnego. Została ona opanowana w ciągu 4 miesięcy wysiłkiem władz lokalnych z udziałem ekspertów ŚOZ. Nie pozostawiła ogniska endemicznego i nie powróciła, ale jej konsekwencją były straty ekonomiczne Chin rzędu 20 mld dolarów, głównie z powodu zawieszonej turystyki. Epidemia ta postawiła w stan pogotowia służby sanitarne lotnisk dookoła świata, a także ośrodki badawcze, bowiem jako pandemia mogła spowodować miliony zgonów. Jest też przykładem znaczenia szybkich działań lokalnych w opanowaniu zagrożenia zdrowia o skali międzynarodowej [7, 12].

Występująca sezonowo o charakterze epidemicznym **grypa** (Influenza) zwykle zaczyna się we wschodniej Azji i dotyczy kilkuset milionów ludzi. Notuje się 3 do 5 milionów cięższych przypadków oraz od 250 do 500 tysięcy zgonów dotyczących głównie dzieci i osób powyżej 65. r. życia. Wirusy wywołujące gripę należą do grupy A oraz B. Wirus A atakuje oprócz człowieka również świnię, konie, dzikie i domowe ptactwo i ma dwie podgrupy H3N2 i H1N1. Wirusy podgrupy H3N2 powodują cięższy przebieg choroby i większą liczbę zgonów. Monitorowanie zachorowań przez administrowaną przez Światową Organizację Zdrowia tzw. Sieć Globalnego Monitorowania Zakażeń Grypą – **FluNet** – pozwala na szybką lokalizację epidemii. Sieć obejmuje 118 Narodów Ośrodków zlokalizowanych w 89 krajach, które zobowiązane są do natychmiastowego powiadamiania o stwierdzanych zagrożeniach zdrowia. Sieć ta odegrała kluczową rolę w wykryciu w 1997 roku w Hongkongu pierwszych zakażeń ludzi wirusem **ptasiej grypy H5N1**. Rezultatem było 18 ciężkich zachorowań z 6 zgonami. Szybka akcja wybicia milionów sztuk drobiu i izolacja chorych zapobiegła rozwojowi epidemii. Wirus powrócił w roku 2003, powodując masowe zakażenia drobiu oraz zakażenie grupy dzieci w Wietnamie. Epidemia ta objęła drób i ptactwo w kilkudziesięciu krajach Azji, Europy i Afryki, a również i ludzi. Do czerwca 2007 zanotowano wśród ludzi 310 zakażeń wirusem H5N1 z 189 zgonami. Zakażenia te wskazują na możliwość wystąpienia pandemii, która mogłaby dotknąć około 1,5 miliarda ludzi. Zakładając nawet łagodny jej przebieg, konsekwencje ekonomiczne i społeczne byłyby ogromne [12, 13].

W 2009 roku wybuchła w Meksyku pandemia **grypy A H1N1**, która objęła Stany Zjednoczone, a dalej wszystkie kontynenty. W Europie najczęściej hospitalizowanych zanotowano we Włoszech, Irlandii, Holandii, Hiszpanii i Francji. Przebieg jej jest w większości przypadków lekki, a liczba zgonów na skutek powikłań do października 2009 wyniosła w skali globu 4524 zgony z tego w Europie 189. Najwięcej zgonów zanotowano we Francji (30), Hiszpanii (42) i Wielkiej Brytanii (85). Poza Europą najczęściej zgonów zanotowano w Stanach Zjednoczonych (593), Meksyku (242), Argentynie (539), Brazylii (899), Indiach (351) i Australii (183) [2].

Innym przykładem transgranicznej wędrówki zagrożeń jest przedostanie się potencjalnych nosicieli wirusa **gorączki Denga** tzw. *tygrysich komarów* z Azji do Stanów Zjednoczonych z transportem zużytych opon samochodowych. W ciągu 2 lat komary założyły kolonie w 17 stanach AP przenosząc tę chorobę. W sumie w latach 1990-98 zachorowało na gorączkę Denga ponad 510 000 osób [4].

Groźnym czynnikiem zmniejszającym skuteczność leczenia wielu chorób jest coraz częściej występująca odporność na leki. Przykładem może być szerzenie się lekoopornych szczepów

gruźlicy **XDR-TB** (Extensive Drug Resistant Tuberculosis) i **MDR-TB** (Multi-Drug Resistant Tuberculosis). W 2005 roku zanotowano 8,8 mln przypadków gruźlicy i 1,5 mln zgonów. Liczba zachorowań po okresie wzrostu stabilizuje się, ale wzrasta liczba chorych opornych na leczenie. W latach 2002–2006 zanotowano 90 000 nowych przypadków gruźlicy w 81 krajach, a w 45 z nich stwierdzono szczepy lekooporne XDR-TB. Ocenia się, że liczba nowych przypadków MDR-TB wynosi około 500 tysięcy rocznie. W 2004 r. najwyższą liczbę przypadków lekoopornych wynoszącą od 15 do 20% stwierdzono w Azerbejdżanie, Republice Mołdawskiej, na Ukrainie, w Rosyjskiej Federacji i Uzbekistanie. Przykładem dobrych efektów kontrolowanego leczenia może być Estonia i Łotwa, gdzie przed 13 laty notowano wysoki procent lekoopornych chorych, a obecnie notuje się wyraźny spadek. Warto dodać, że epidemia HIV/AIDS sprzyja szerzeniu się gruźlicy oraz powoduje cięższy przebieg i zwiększa śmiertelność [7, 14].

Należy również wspomnieć o nowym wariantcie choroby, Creutzfeldta-Jakoba (vCJD) *encefalopatii gąbczastej* u ludzi. Pierwszy zgon z powodu tej choroby zanotowano w Wielkiej Brytanii w 1995 roku. Jest ona powodowana spożyciem mięsa krów karmionych paszą z dodatkiem szczątków padłego bydła zakażonego czynnikami znanymi jako *priony* i wywołującymi tzw. *chorobę wściekłych krów*, czyli encefalopatię gąbczastą bydła (BSE – Bovine Spongiform Encephalopathy). Od października 1996 roku do listopada 2002 rozpoznano 29 przypadków tej choroby w Wielkiej Brytanii i Francji, a także pojedyncze przypadki we Włoszech, Kanadzie, Irlandii i Stanach Zjednoczonych.

Nowe Międzynarodowe Regulacje Zdrowotne – IHR 2005

Od czasu opublikowania w 1951 r. przez Światową Organizację Zdrowia pierwszych prawnie wiążących regulacji zapobiegających rozprzestrzenianiu się tzw. *kwarantannowych chorób zakaźnych*: cholery, dżumy, ospy prawdziwej, tyfusu, żółtej febry i nawracającej gorączki krwotocznej, zmieniła się filozofia działań zapobiegających przenoszeniu chorób zakaźnych. Obecne Międzynarodowe Regulacje Zdrowotne opracowane przez ŚOZ w 2005 roku odchodzą od pasywnych zabezpieczeń w portach lotniczych i morskich powodujących utrudnienia w podróżowaniu, w kierunku strategii aktywnego zapobiegania zagrożeniom przez możliwie najwcześniejsze wykrywanie ich źródeł i likwidowanie zanim staną się zagrożeniem na skalę międzynarodową. Temu celowi służy sieć krajowych ośrodków monitorujących zagrożenia zdrowotne i powiązanych ze Światową Organizacją Zdrowia. Oprócz chorób kwarantannowych jak wirusowe gorączki krwotoczne typu Ebola i Marburg, wirusowe zapalenie opon mózgowych i żółta febra, monitorowaniem objęte są również nowe i nawracające choroby zakaźne jak grypa, gruźlica, ptasia grypa, SARS HIV/AIDS, a także epidemie pokarmowe (salmonellozy, shigellozy, *escherichium coli* 157), katastrofy naturalne (trzęsienia ziemi, powodzie), wypadki chemiczne (zatrucie skażonym olejem, chemikaliami) i radioaktywne przypadkowe lub czynione celowo [12].

System monitoringu wsparty jest międzynarodową gotowością do reagowania gdziekolwiek występują zagrożenia i opiera się na krajowych i regionalnych centrach dysponujących zapasami materiałów sanitarnych, sprzętu medycznego, leków i szczepionek oraz sieci instytucji i puli ekspertów. Regulacje są prawnym instrumentem w osiąganiu możliwie najwyższego stopnia bezpieczeństwa przeciwko globalnemu szerzeniu się wszelkich zagrożeń zdrowotnych oraz ograniczania rozmiaru ich skutków.

W 1996 r. Światowa Organizacja Zdrowia zainicjowała System Globalnego Ostrzegania i Reagowania na Zagrożenia – GOARN (Global Outbreak Alert and Response Network) oparty na sieci 140 instytucji z 60 krajów współpracujących z ŚOZ oraz międzynarodowych ekspertów gotowych do udzielenia pomocy. Dzięki komunikacji elektronicznej dane o występujących za-

grożeniach na bieżąco docierają do ŚOZ i krajów członkowskich. Ma to duże znaczenie, bowiem wielokrotnie rządy wstrzymywały się z szybką informacją w obawie restrykcji handlowych czy turystycznych. W 2002 roku ŚOZ zorganizowała „siostrzany” System Ostrzegania i Reagowania na Zagrożenia Chemiczne ściśle współpracujący z GOARN. W sieci włączone są oprócz krajów uczestniczących w systemie również agencje systemu ONZ, organizacje pozarządowe, towarzystwa profesjonalne i naukowe, instytucje naukowo-badawcze, laboratoria oraz media. Działanie tych sieci wspomagane jest programem szkolenia personelu i są przykładem nowoczesnego podejścia do działań zdrowia publicznego w skali międzynarodowej [12].

Bibliografia

1. Bauman Zygmunt, *Globalizacja i co z tego dla ludzi wynika*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2000.
2. European Centre for Disease Prevention and Control; Daily Bulletin on H1N1 Pandemic (<http://ecdc.europa.eu>).
3. Guillochon Bernard, *Globalizacja, jeden świat – różne drogi rozwoju*. Mała Encyklopedia Larousse. Larousse Polska Wrocław 2003.
4. Hawley W. A. et al., „*Aedes albopictus*” in North America: Probable Introduction in Used Tires from Northern Asia, *Science* 236 (1987), 1114–16.
5. Kaul Inge, *Globalization and human development: challenges for a new century*; in „*Global Public Goods: International Cooperation in the Twenty first Century*”, Oxford University Press, New York 1999.
6. Karlen A. *Man and Microbes: Disease and Plaques in History and Modern Times*. New York Simon and Schuster, 1995.
7. Moore Pete, *Tajemnicze choroby współczesnego świata. Nowe zagrożenia wirusy, bakterie, zarazki*. Bellona Spółka Akcyjna, Warszawa 2009.
8. Sachs Jeffrey; *The end of poverty. How we can make it happen in our lifetime*, The Penguin Books Ltd London 2005.
9. Soros George, *Bubble of American Supremacy: The costs of Bush's War in Iraq*. Public Affairs, New York 2004 (p 83)
10. Stiglitz Joseph E., *Globalization and its Discontent*. Norton Company, New York, London 2002.
11. World Health Organization, *The Framework Convention on Tobacco Control: A Primer*; Geneva, World Health Organization 2000.
12. World Health Report 2007 *A Safer Future: Global Public Health Security in the 21st Century*. World Health Organization 2007.
13. Wojtczak Andrzej, *Zdrowie Publiczne, wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
14. York G., *A deadly strain of TB races toward the West*; *Globe and Mail* 24 March 1999.

Epidemiologia jako podstawowe narzędzie zdrowia publicznego. Determinanty zdrowia. Diagnozowanie sytuacji zdrowotnej

Marek Sanecki

*Pamięci mojego Nauczyciela i promotora
prof. dr. Jana Karola Kostrzewskiego (1915–2005)*

Wstęp

Metody epidemiologiczne mają fundamentalne znaczenie w zdrowiu publicznym, bowiem diagnozowanie czynników wpływających na stan zdrowia ludności, ocena wyników postępowania zapobiegawczego oraz wyników interwencji przeciwepidemicznych dotyczy z zasady dużych populacji ludzkich, a dopiero pośrednio pojedynczych osób. Dlatego też za te działania, organizowane na szeroką skalę, odpowiada państwo, gdyż wymagają one szerokiej współpracy międzynarodowej i międzysektorowej oraz udziału licznych instytucji państwowych i samorządowych. Warto przywołać w tym miejscu znane powiedzenie Johna Kennetha Galbraitha (profesora ekonomii Uniwersytetu Harvarda w Bostonie, Massachusetts, USA) dotyczące powyższych przedsięwzięć w krajach gospodarki wolnorynkowej: „tym wszystkim co mogłoby być produkowane i sprzedawane z zyskiem zajęli się prywatni biznesmeni, zaś te sprawy, którymi się oni nie zainteresowali, choć były one niemniej potrzebne, pozostały przy państwie”. I taka jest dziś pozycja zdrowia publicznego w większości krajów świata.

Dyscyplinie naukowej nazywanej epidemiologią (nazwa pochodzi od greckiego terminu *epi-demeion* czyli nawiedzające lud, pojęcia stosowanego w szkole Hipokratesa), przypisywane są trzy zasadnicze zbiory celów:

- Diagnozowanie i prognozowanie sytuacji zdrowotnej: Określanie rozpowszechnienia i natężenia problemów zdrowotnych (chorób, niepełnosprawności, inwalidztwa) w populacji, zarówno poprzez monitorowanie bieżącej sytuacji zdrowotnej, a także prognozowanie trendów (tendencji rozwojowych) aktualnie istniejących problemów zdrowotnych;
- Identyfikacja czynników etiologicznych: Poszukiwanie czynników chorobotwórczych i określanie ich roli w patogenezie poszczególnych problemów zdrowotnych społeczeństwa; identyfikacja czynników ryzyka (zarówno środowiskowych, jak i behawioralnych); identyfikacja grup ludności szczególnie narażonych na ryzyko zachorowań; identyfikacja tła społeczno-ekonomicznego schorzeń nękających populację;

- Dostarczanie danych dla procesu zarządzania systemem zdrowia, a mianowicie:
 - Stawianie diagnozy i opracowywanie prognozy potrzeb zdrowotnych danej społeczności, niezbędnych dla procesu planowania celów i zadań zdrowotnych w określonym horyzoncie czasowym;
 - Dostarczania niezbędnych danych do ustalania listy priorytetów dla programów zdrowotnych oraz danych niezbędnych dla procesu alokacji lub realokacji posiadanych zasobów zdrowotnych;
 - Ocena (ewaluacja) programów zapobiegania i zwalczania poszczególnych chorób; ocena efektywności strategii interwencyjnej, zarówno pod kątem efektów medycznych (*outcome*), jak i aspektów ekonomicznych (*output*);
 - Długofalowe monitorowanie konsekwencji zdrowotnych w populacji wynikających z podjętych decyzji politycznych wprowadzających zmiany systemowe w opiece zdrowotnej i w zdrowiu publicznym;
 - System nadzoru epidemiologicznego (*epidemiological surveillance*) nad rozwojem aktualnej sytuacji chorobowej oraz nad czynnikami środowiskowymi mogącymi powodować znaczące konsekwencje zdrowotne dla populacji.

Definicja epidemiologii

Jan Karol Kostrzewski, twórca polskiej szkoły epidemiologii i wychowawca powojennego pokolenia epidemiologów, tak definiował epidemiologię: „Epidemiologia jest to nauka i dział medycyny praktycznej poświęcony badaniu występowania wszelkich chorób i stanów patologicznych w zbiorowiskach ludzkich, badaniu czynników i warunków wpływających na ich powstawanie i rozmieszczenie oraz badań skuteczności środków i metod stosowanych dla zapobiegania im i ich zwalczania” [19].

Z kolei w podręczniku nauczania epidemiologii J. Kostrzewskiego, C. R. Lowe’a z udziałem Zb. J. Brzezińskiego w wydaniu polskim [20], znajdujemy następujące określenie: „Dla potrzeb tego podręcznika epidemiologię określamy jako naukę zajmującą się badaniem czynników wpływających na częstość występowania i na rozpowszechnienie się chorób w populacjach ludzkich. Dyscypliny kliniczne zajmują się zaburzeniami zdrowia poszczególnych osób, badając każdorazowo jeden przypadek. Epidemiologia zainteresowana jest badaniem zaburzeń zdrowia całych grup ludności – niekiedy małych grup ludzi, ale często dużych populacji”.

Współcześnie istnieje mnogość definicji różniących się od siebie albo uszczegółowieniem albo rozbudowaniem tematu. Wydaje się, że najbardziej trafna jest lakoniczna definicja epidemiologii Lasta [26] stosowana przez amerykańskie Centrum Zwalczania Chorób Zakaźnych (*CDC&P*, Atlanta, USA), która brzmi: „Epidemiologia to badanie rozprzestrzenienia stanów lub zdarzeń zdrowotnych w określonych populacjach i zastosowanie tych badań do opanowania problemów zdrowotnych”.

Rozwój historyczny nowożytnej myśli epidemiologicznej

Aby zapoznać się z ewolucją nowożytnej myśli epidemiologicznej, należy prześledzić kolejne etapy rozwoju historycznego epidemiologii. Na połowę XIX wieku przypadł początek ery wielkich epidemiologów intuicyjnych. Pierwsi pionierzy epidemiologii, dzięki swej spostrzegawczości i logicznemu myśleniu podejrzewali istnienie bliżej niesprecyzowanych czynników chorobo-

twórczych i nawet wskazywali na sposoby ich rozprzestrzeniania się. Wówczas jednak nie dysponowali odpowiednimi metodami, aby udowodnić swoje hipotezy. Do tej grupy epidemiologów intuicyjnych należeli:

- James Lind (1716–1794), lekarz brytyjskiej marynarki wojennej, który przeprowadził klasyczne badanie interwencyjne, manipulując różnymi składnikami diety. Wyniki badania opublikowane jeszcze w osiemnastym wieku (w 1753 roku) jednoznacznie wskazywały na to, że owoce cytrusowe są skutecznym lekiem i środkiem zapobiegawczym w zwalczaniu szkorbutu, który był wówczas poważnym problemem zdrowotnym wśród załóg statków handlowych i okrętów wojennych. Kwas askorbinowy (nazwany witaminą C) został dopiero wyizolowany w 1928 roku przez Węgry Alberta Szent-Gyorgyi. Następnym etapem było zsyntetyzowanie kwasu askorbinowego i udostępnienie jako leku od roku 1933.
- William Budd (1811–1880), lekarz angielski, który w 1873 roku opublikował charakterystykę epidemiologiczną duru brzuszego wraz ze szczegółowym opisem epidemii (1842). Podejrzał na długo przed wyizolowaniem pałeczek duru brzuszego przez Tadeusza Browicza, że w transmisji tej choroby bierze udział bliżej niesprecyzowany czynnik chorobotwórczy pochodzący z wody studziennej.
- John Snow (1813–1858), wiktoriański lekarz sanitarny, który na 30 lat przed wykryciem przez Roberta Kocha zarazka cholery (1883), dzięki naturalnemu eksperymentowi zidentyfikował źródło cholery w Londynie (1849) oraz wyjaśnił sposób szerzenia się choroby (1854), czym przyczynił się do likwidacji epidemii.
- Peter Ludwig Pannum (1820–1885), lekarz duński, który prześledził przebieg epidemii odry zawleczonej na Wyspy Owcze w roku 1846, po długim okresie jej nieobecności na Wyspach. Opisał drogi szerzenia się tej choroby, obliczył okres inkubacji, zauważył zjawisko trwałej odporności po przebyciu choroby oraz zwrócił uwagę na wpływ wieku pacjentów na ciężkość przebiegu choroby.
- Ignaz Phillipp Semmelweis (1818–1865) lekarz położnik, profesor uniwersytetu wiedeńskiego, który wykazał w roku 1847, że gorączka połogowa jest przenoszona z jednej położnicy na drugą poprzez brudne ręce i instrumenty lekarzy. Dokładne mycie rąk i narzędzi wodą chlorowaną zapobiegało przenoszeniu tej choroby, tym samym zapoczątkował on erę aseptyki w medycynie (1861). Ludwik Pasteur (1822–1895), potwierdził istnienie czynnika bakteryjnego w transmisji gorączki połogowej, izolując gronkowce i paciorkowce. Zainspirowany tymi odkryciami współczesny obu badaczom Joseph baron Lister (1827–1912) zapoczątkował praktyki antyseptyczne w chirurgii przez zastosowanie lizolu (1867).
- Generał W. C. Gorgas, Amerykanin działający na Kubie po wojnie amerykańsko-hispańskiej z 1898 roku, udowodnił, że za przenoszenie żółtej gorączki (dawniej zwanej żółtą febrą) odpowiedzialne są komary *Aedes aegypti*. Jego ustalenia zapoczątkowały działania prowadzące do opanowania transmisji tej groźnej choroby w Ameryce Północnej (śmiertelność w tym czasie na terytorium USA wynosiła 15–20%). Opracowanie produkcji szczepionki w 1932 roku definitywnie rozwiązało problem żółtej gorączki w społeczeństwach rozwiniętych.

Następnym etapem rozwoju epidemiologii było ostatnie 30-lecie XIX wieku określane jako era rozkwitu etiopozytywnego kierunku myślenia ówczesnych epidemiologów. Stało się to dzięki epokowym odkryciom czynników chorobotwórczych przez wielkich bakteriologów i wacynologów takich jak: Robert Koch (zarazki cholery, gruźlicy i węglik), Armauer Hansen (zarazki trądu), Tadeusz Browicz (duru brzuszego), Albert Neisser (rzeżączki), Friedrich Loeffler (błonicy), Artur Nicolaier (tęcza), David Bruce (brucellozy), Aleksander Yersin (dżumy), Kiyoshi Shiga (czerwonki) i inni. Ludwik Pasteur zapoczątkował także erę szczepionek (pierwsza była przeciw wściekliznie), czyli preparatów biologicznych zawierających inaktywowane lub atenu-

owane drobnoustroje lub ich fragmenty. Emil von Behring zapoczątkował erę zwierzęcych surowic odpornościowych (antytoksyny tężcowej i błoniczej).

Świat naukowy powszechnie zaakceptował tzw. postulaty Henlego i Kocha [4], które precyzowały wymogi wobec wykrytego nowego czynnika chorobotwórczego, tak aby można było go uznać za czynnik etiologiczny wywołujący daną chorobę:

- Zarazek powinien być obecny i możliwy do wyizolowania w każdym przypadku danej choroby (u osobnika z objawami danej choroby);
- Zarazek ten nie powinien być obecny i możliwy do wyizolowania w innych stanach chorobowych (u osobników chorych na inne choroby);
- Zarazek winien wykazać swoje cechy chorobotwórcze na zwierzętach doświadczalnych;
- Zarazek powinien być obecny i możliwy do wyizolowania u zwierząt zakażonych doświadczalnie.

Charles Nicolle w swojej znanej, wydanej w latach międzywojennej książce z przedmową Ludwika Hirszfelda pt. „Narodziny, życie i śmierć chorób zakaźnych” [32], przyrównał choroby zakaźne do istot żywych, które przychodzą na świat – pojawiają się na naszym globie, osiągają etap pełni rozwoju i w końcu schodzą samoistnie z areny z bliżej nieznanymi powodów lub giną z woli człowieka (proces kontroli przebiegu chorób; eradykacja, czyli wykorzenienie choroby, czego przykładem może być oспа prawdziwa).

Ugruntowało się pojęcie łańcucha (procesu) epidemicznego i wynikające stąd fundamentalne zasady postępowania przeciwepidemicznego:

- Należy identyfikować źródła zakażenia. Odkrycia bakteriologów wykazały, że rezerwuarem zarazków może być chory człowiek lub chore zwierzę, a także zdrowy człowiek lub zdrowe zwierzę – nosiciele zarazków chorobotwórczych w swoim organizmach. Zrodziło się pojęcie chorób odzwierzęcych zagrażających człowiekowi (antropozoonoz);
- Należy przecinać transmisję zakażeń po rozpoznaniu dróg szerzenia się poszczególnych zarazków chorobotwórczych. W rachubę wchodzi wszelkie przenośniki biologicznie czynne (jak owady: komary, pchły, kleszcze, wszy itp.) i przenośniki biologicznie bierne (jak zakażona żywność, woda, gleba, powietrze, przedmioty powszechnego użytku itp.);
- Należy uodpornić populację, aby nie była podatna na zakażenie zarazkami chorobotwórczymi. Epidemiolodzy otrzymali nowoczesną broń w postaci narzędzi uodpornienia czynnego, tj. szczepionek (zawierających unieczynnione bakterie, fragmenty bakterii lub ich produkty, np. endotoksyny) lub toksoidów (anatoksyn = unieczynnionych jądów bakteryjnych, np. tężca i błonicy), obok narzędzi uodpornienia biernego, tj. odpornościowych surowic zwierzęcych (antytoksyn otrzymywanych z krwi zwierząt – koni i bydła, uprzednio zaszczepionych zarazkami chorobotwórczymi, np. surowica przeciwżółciowa).

Kolejnym etapem rozwoju epidemiologii była era etionegatywnego sposobu myślenia, która przypadła na pierwszą połowę XX wieku. Była ona spowodowana coraz częstszymi niepowodzeniami przy poszukiwaniu dalszych czynników chorobotwórczych odpowiedzialnych za długi szereg istniejących wówczas chorób. Seria spektakularnych odkryć czynników chorobotwórczych spowodowała jednokierunkowy etiopozytywny sposób myślenia ówczesnych badaczy. Niespodzianką dla epidemiologów stało się odkrycie, że brak określonego czynnika w pożywieniu (stosowanej diecie) czy w wodzie pitnej może być przyczyną wielu schorzeń określanych jako choroby z niedoboru: witamin (szkorbut, *beri-beri*, pelagra itp.), z niedoboru minerałów (jod – wole endemiczne, fluor – próchnica, żelazo – anemia) czy z niedoboru białka (*kwashiorkor*, *marasmus*). Pionierami odkryć w tej dziedzinie byli:

- Kazimierz Funk, który w 1911 roku wyodrębnił po raz pierwszy tiaminę, której brak w polerowanym ryżu powodował endemiczne występowanie choroby układu nerwowego znaną jako *beri-beri* (*polyneuritis*) i nazwał ją witaminą B₁;

- Joseph Goldberger, który w 1914 roku doszedł do wniosku, na podstawie obserwacji epidemiologicznych, że endemiczne występowanie pellagry (włoskie *pelle* – skóra, *agra* – szorstka) na południu USA było związane z jednostajną dietą kukurydzianą u ludzi ubogich, więźniów, mieszkańców sierocińców itp. W diecie występował brak bliżej określonego czynnika, który nie był czynnikiem zakaźnym, gdyż nie spełniał postulatów Kocha. Wprowadzenie urozmaiconej diety likwidowało chorobę. Conrad Elvehjem zidentyfikował później tę substancję jako kwas nikotynowy, który nazwano witaminą PP (*pellagra preventive*).
- Theodor von Fellenberg, który wykrył w górzystej Szwajcarii przyczynę występowania wśród miejscowej ludności wola endemicznego i jego skrajnej formy w postaci niedorozwoju umysłowego – kretynizmu. Przyczyną schorzenia był niedobór jodu w zasobach wody pitnej w alpejskich obszarach górskich; wdrożono więc procedurę obowiązkowego jodowania sprzedawanej soli kuchennej.
- Henry Trendley Dean (1893–1962), amerykański dentysta, zainicjował przeprowadzenie w latach 1938–42 badania nad próchnicą zębów, co umożliwiło określenie związku pomiędzy zawartością fluoru w wodzie a częstotliwością występowania próchnicy. Było to zgodne z wynikami badań na zwierzętach Geralda J. Coxa (1939), które wykazały zapobiegawczy wpływ fluoru. Dało to początek w roku 1945 powszechnej akcji fluorkowania wody pitnej, pędzlowania fluorkami zębów u dzieci oraz masowej produkcji pasty do zębów zawierającej fluorki.

Kolejny etap rozwoju epidemiologii zawdzięczamy nowemu pokoleniu wirusologów – wakcynologów, którzy w drugiej połowie XX wieku dostarczyli epidemiologom szczepionek do walki z chorobami wirusowymi, dotąd niepoddającym się leczeniu z powodu braku skutecznych leków etiotropowych. Już przed wybuchem II wojny światowej opracowano szczepionkę przeciwko żółtej gorączce (1932) i szczepionkę inaktywowaną przeciwko grypie na zarodkach kurzych (1937). Pełen rozwój szczepionek przeciwko chorobom wirusowym przypadł po II wojnie światowej, gdy w roku 1949 trzech Amerykanów (Thomas H. Weller, Frederick Robinson i John F. Enders) opłano technikę hodowli tkankowej, co umożliwiło namnażanie wirusów na skalę laboratoryjną. Podłoża tego typu wykorzystał w roku 1954 Jonas E. Salk do produkcji inaktywowanej formaliną (zabitej) szczepionki przeciw poliomyelitowi (*IPV – inactivated polio vaccine*) używanej do szczepienia najmłodszych dzieci. W roku 1957 powstaje drugi rodzaj szczepionek: żywe, atenuowane szczepionki („oswojone” wirusy) przeciwko poliomyelitowi (*OPV – oral polio vaccine*) opracowane przez Sabina oraz Koprowskiego, używane do szczepienia starszych dzieci.

W drugiej połowie XX wieku opracowano liczne szczepionki przeciwko chorobom wirusowym wieku dziecięcego, powszechnie uważanym za obowiązkowe. Rok 1949 przyniósł nam atenuowaną szczepionkę przeciwko śwince (Smorodincew), rok 1960 przyniósł szczepionkę przeciwko odrze (Edmonton, Schwarz), rok 1962 szczepionkę przeciwko różyczce (Weller, Neva i Parkmann), rok 1966 nowy rodzaj szczepionki przeciwko śwince (Weibel, Buynach, Hilleman, Takahashi), rok 1973 szczepionkę przeciwko ospie wietrznej (Takahashi). W roku 1976 opracowano szczepionkę przeciwko WZW typu B (transmisja parenteralna wirusa WZW – Maupas, Hilleman), w roku 1992 szczepionkę przeciwko WZW typu A (transmisja pokarmowa wirusa WZW).

Współcześnie, na przełomie XX i XXI wieku, obserwujemy rozwój epidemiologii zorientowanej na identyfikację niebiologicznych czynników chorobotwórczych, czyli epidemiologii geograficznej i środowiskowej. Dzisiaj epidemiologia geograficzna jest definiowana jako współczesny wariant epidemiologii opisowej zajmującej się występowaniem chorób w czasie i przestrzeni. Wyniki opisów przedstawiane są w postaci map, które najlepiej oddają istotę rzeczy w ujęciu przestrzennym. Opracowuje się globalne i lokalne mapy występowania i rozprzestrzeniania się

chorób (*disease mapping*). Mapy mogą być, i często są, podstawą do wysuwania hipotez co do przypuszczalnych przyczyn opisywanych zjawisk, lecz rzadko prowadzą one same do znalezienia rzeczywistego czynnika etiologicznego, mimo licznych przykładów z przeszłości. Palm już w roku 1890 podejrzewał związek między krzywicą i niskim stopniem nasłonecznienia w krajach północnej Europy, analizując rozkład geograficzny występowania tej choroby. Z kolei Lancaster w 1956 roku po przeanalizowaniu map doszedł do przekonania, że istnieje związek pomiędzy częstością występowania czerniaka złośliwego a stopniem ekspozycji na promienie słoneczne w Australii i Południowej Afryce w porównaniu z Europą. Zauważył także, że w Australii, Nowej Zelandii i w USA chorobowość czerniaka wzrasta w miarę zmniejszania się szerokości geograficznej (zbliżania się do równika). Mapy ilustrujące rozmieszczenie i natężenie występowania poszczególnych chorób mają długą tradycję. Czołowe miejsce zajmują mapy rozmieszczenia nowotworów publikowane przez szwajcarski *Office Federal de la Statistique* w Bernie, przez francuski *INSERM* w Paryżu, skandynawską *Nordic Cancer Union*, przez *IARC (International Agency for Research on Cancer)* w Lyonie, a także Instytut Onkologii w Warszawie (zespół prof. W. Zatońskiego).

W badaniach pod szyldem epidemiologii geograficznej zwykle bierze się pod uwagę trojaki aspekty:

- Aspekty fizyczne takie jak szerokość geograficzna, wysokość n.p.m., strefy klimatyczne, warunki meteorologiczne, zasoby wody, charakterystykę gleb itp.;
- Aspekty biologiczne dotyczące występującej w danym rejonie flory i fauny, patologii występujących w świecie zwierząt (zoonozy) mogących zagrażać człowiekowi;
- Aspekty ludnościowe: grupy etniczne, warunki bytowe ludności, tło społeczno-kulturowe, zwyczaje, obyczaje, nawyki, wierzenia religijne ludności itp.

W polu zainteresowania epidemiologii geograficznej jest także zjawisko zmienności występowania poszczególnych chorób, w celu określenia czy mamy do czynienia z (nazewnictwo zgodne z [37]):

- Trendem sekularnym możliwym do zaobserwowania w bardzo długim okresie czasu (stąd nazwa) np. znaczne złagodzenie naturalnego przebiegu płonicy, która ma obecnie przebieg krótkotrwały, często bezgorączkowy, z niezauważalną wysypką trwającą zwykle kilka godzin, bez charakterystycznej cechy, jaką kiedyś było złuszczenie się po przebyciu choroby nabłonka dłoni i stóp;
- Trendem periodycznym, np. występowaniem biegunek dziecięcych w sezonie letnim, grypy w sezonie zimowym, kleszczowego zapalenia mózgu i boreliozy (choroby z Lyme) w okresie aktywności kleszczy itp.
- Zjawiskiem incydentalnym, wynikającym ze zbiegu sprzyjających okoliczności np. ogniska choroby legionistów (Legionellozy) za przyczyną zaniedbanych i źle konserwowanych urządzeń centralnej klimatyzacji; wystąpienie w Niemczech ogniska wad genetycznych u noworodków w wyniku podawania kobietom ciężarnym thalidomidu (conterganu) itp.

W epidemiologii geograficznej dominują trzy rodzaje badań:

- Badania topograficzne nad rozprzestrzenieniem terytorialnym chorób;
- Badania quasi-ekologiczne zwane także korelacyjnymi badaniami geograficznymi (do wyników tych badań należy podchodzić z ostrożnością);
- Badania nad ryzykiem związanym z ruchami migracyjnymi i konsekwencjami wynikającymi ze zmiany środowiska zamieszkania i pochodzenia migrantów.

Epidemiologia środowiskowa – ekologiczna [10, 14, 16] opisuje związki pomiędzy częstością występowania chorób a poziomem ekspozycji na określone czynniki fizyczne, np. twarde promieniowanie emitowane przez medyczną (diagnostyczną i leczniczą) aparaturę RTG oraz aparaturę izotopową, przez defektoskopy używane w przemyśle, np. do kontroli odlewów itp.

Istotną sprawą jest także ekspozycja na promieniowanie mikrofalowe (kuchenki mikrofalowe, telefony komórkowe, stacje bazowe telefonii komórkowej itp.), na promieniowanie ultrafioletowe (naturalne kąpiele słoneczne, solarium, lampy kwarcowe), na silne pole magnetyczne (tomografy rezonansu nukleomagnetycznego NMR), na intensywny hałas, wibrację itp. Do tego dochodzi szerokie spektrum substancji chemicznych będących w obrocie środowiskowym. Często łączy się to z zanieczyszczeniem (przypadkowym lub przestępczym) żywności, gleby, wody, artykułów powszechnego użytku w rozwiniętych przemysłowo krajach świata. Znane były przypadki celowego dodawania etylenowego glikolu w celu dosładzania kwaśnego wina, przypadki mieszania różnych roślinnych olejów jadalnych z olejami niejadalnymi (mineralnymi), używania substancji promieniujących w zabawkach i gadżetach. Udowodnione jest narażenie ludności krajów rozwiniętych ekonomicznie na środki ochrony roślin (insektycydy i herbicydy) używane w rolnictwie, ogrodnictwie, sadownictwie i w gospodarstwach domowych. Poważne konsekwencje zdrowotne są następstwem zanieczyszczenia powietrza tlenkiem węgla, związkami ołowiu, siarki, azotu. Występowanie fotochemicznego smogu w aglomeracjach wielkomiejskich spowodowane jest nasłonecznieniem atmosfery zanieczyszczonej węglowodorami, tlenkami azotu i ozonem. Obecność związków miedzi i kadmu istnieje od lat w łańcuchu pokarmowym krajów uprzemysłowionych. Zawartość azotynów i azotanów w warzywach uprawianych na glebach nawożonych sztucznymi nawozami azotowymi stanowi niebezpieczeństwo wywołania methemoglobinemii (np. u niemowląt karmionych marchwią dla celów leczniczych lub dietetycznych). Wreszcie powszechna obecność azbestu w pokryciach dachowych, co przy próbie ich rozbiórki stanowi zagrożenie pyłicą azbestową (azbestozą) i w jej następstwie rakiem płuc.

Niekorzystne efekty zdrowotne, spowodowane kontaktem człowieka z szeregiem czynników niebiologicznych, mogą być wynikiem:

- Narażenia na wyżej wymienione czynniki fizyczne oraz czynniki chemiczne, wprowadzane przez współczesną cywilizację (*man-made agents*) do obiegu w powietrzu (dymy i gazy), w żywności, w wodzie, w glebie. A także znajdujące się w obrocie środowiskowym związki chemiczne w postaci leków, kosmetyków, detergentów, insektycydów, herbicydów itp. o silnym działaniu uczulającym na organizm człowieka (cywilizacyjna pandemia alergii);
- Narażenia będącego następstwem osobistych zachowań: określonych rytuałów, zwyczajów, obyczajów, przyzwyczajeń, nałogów, stosowania określonej diety, palenia tytoniu, spożywania alkoholu, wreszcie poziomu kultury seksualnej itp.;
- Narażenia na czynniki naturalne środowiska, pozostające poza naszą kontrolą (promieniowanie kosmiczne, promieniowanie pochodzące z rud uranowych itp.).

Bradford Hill w roku 1965, w związku z badaniami nad skutkami palenia tytoniu określił kryteria przyczynowości zjawisk medycznych. Miały one także zastosowanie w późniejszych badaniach nad karcinogenami. Kryteria Bradford Hilla są następujące [4]:

- Siła związku;
- Stałość związku (powtarzalność w różnych badaniach);
- Swistość związku;
- Następstwo w czasie;
- Relacja dawka – odpowiedź (akcja–reakcja) pomiędzy ekspozycją i pojawieniem się choroby;
- Wiarygodność biologiczna – zgodność z aktualną wiedzą w danym przedmiocie;
- Zgodność logiczna ze znanymi faktami z historii naturalnej chorób;
- Potwierdzenie związku w badaniu eksperymentalnym (lub quasi-eksperymentalnym);
- Wnioskowanie przez analogię.

Epidemiologia środowiskowa jest niezbędna do wykazywania związków pomiędzy stanem środowiska a zdrowiem człowieka. Z kolei kontrola szkodliwych zanieczyszczeń w środowisku

jest niezbędna, aby chronić nasz ekosystem przed dewastacją. Niektóre formy zanieczyszczeń mogą zagrażać zdrowiu ludzi w przyszłości, a to wskutek postępującej akumulacji zanieczyszczeń w środowisku niepoddających się biodegradacji. Te ogniska zanieczyszczeń mają na szczęście charakter punktowy. Niemniej każde badanie wpływu środowiska na zdrowie człowieka powinno brać pod uwagę:

- Ogólną charakterystykę środowiska;
- Charakterystykę osób ekspozowanych;
- Długość i intensywność ekspozycji na czynniki środowiskowe;
- Interakcję pomiędzy zmiennymi środowiskowymi oraz tymi dotyczącymi osób ekspozowanych;
- Zmiany zdrowotne zaobserwowane u osób narażonych.

Aktualnie istnieje tendencja do rozszerzania badań epidemiologicznych celem określenia związków przyczynowo-skutkowych, stosując się m.in. analizę wieloczynnikową. Podsumowując, cele współczesnej epidemiologii środowiskowej na najbliższą przyszłość można określić jako [2, 36]:

- Identyfikacja nierozpoznanych dotychczas środowiskowych czynników podejrzanych o szkodliwe działania na człowieka (*hazard identification*);
- Określenie indywidualnego stopnia narażenia na te czynniki (relacja dawka/odpowiedź);
- Ocena populacji ekspozowanej na czynniki szkodliwe, dróg kontaminacji, intensywności, długości i okresu, kiedy nastąpiła ekspozycja;
- Charakterystyka ryzyka zdrowotnego na podstawie zintegrowanych informacji pochodzących z powyższych trzech punktów oraz ocena skuteczności metod prewencyjnych w stosunku do czynników szkodliwych.

Epidemiologia kliniczna dołączyła stosunkowo niedawno do słownika terminów epidemiologicznych, jako *up-grading* zbioru metod znanych kiedyś pod nazwą klinicznych badań kontrolowanych (w odróżnieniu od terenowych badań kontrolowanych), mających zastosowanie w populacjach zamkniętych takich, jak szpitale, sanatoria, prewentoria itp. W książce tak zatytułowanej Brzeziński i Szamotulska [5] omawiają eksperymenty kliniczne obok badań nieeksperymentalnych, ocenę testów diagnostycznych i ocenę jakości usług zdrowotnych, analizę podejmowania decyzji klinicznych, a nawet ekonomiczną ocenę skuteczności postępowania medycznego.

Epidemiologia społeczna niedawno dołączyła do puli określeń przymiotnikowych epidemiologii. Ten termin wszedł do szerszego obiegu na początku XXI stulecia (Jones). Ichiro Kawachi w swoich wywazeniach z roku 2002 [18] zwraca uwagę na wydarzenie sprzed 10 lat (czyli z 1992 roku), kiedy po zgłoszeniu tematu pracy doktorskiej swojego podopiecznego otrzymał zapytanie od przewodniczącego komisji ds. stopni naukowych: „Co to jest epidemiologia społeczna i czy coś takiego istnieje?”

Epidemiologia społeczna, która dzisiaj rozwija się bardzo dynamicznie, jest definiowana jako gałąź epidemiologii, która skupia się na społecznych interakcjach i zbiorowych działaniach społeczności oraz ich wpływie na zdrowie. Tak ogólna definicja pozwala analizować nie tylko wpływ czynników społecznych na efekty zdrowotne, ale także przyjrzyć się jak takie czynniki powstają i pozostają w trwałym obiegu w społecznościach [34]. Definicja Cwikel jest nieporównanie szersza: „Epidemiologia społeczna to systematyczne i wielowymiarowe badania nad zdrowiem, dobrostanem, warunkami społecznymi lub problemami społecznymi, nad chorobami i ich determinantami, używając metod epidemiologicznych i metod nauk społecznych, a to celem wypracowania sposobów interwencji, programów, polityki i instytucji, które mogą zredukować zakres, negatywny wpływ lub występowanie problemów zdrowotnych lub społecznych oraz promować zdrowie” [6]. Zakres zainteresowań epidemiologii społecznej jest bardzo szeroki, analizuje ona wpływ na zdrowie takich czynników jak: dyskryminacja określonych grup społecznych, nieprzestrzeganie praw obywatelskich, ubóstwo, degradacja społeczna, życie w stresie, przynależność do grup etnicznych lub klas społecznych, nierówność w dostępie do zdrowia itp. [21, 22].

Granice obszaru epidemiologii społecznej są nieostre i ciągle podlegają zmianom. Z jednej strony mamy do czynienia z szerokim wachlarzem zainteresowań obejmujących determinanty psychospołeczne [27], czyli odnoszące się do wpływu czynników społecznych na mentalność i zachowania osobnicze oraz do współzależności pomiędzy czynnikami behawioralnymi i społecznymi, a z drugiej strony z problematyką zahaczającą o zdrowie psychiczne analizując wpływ stanów emocjonalnych, depresji itp. na stan zdrowia populacji [3]. W klasycznej epidemiologii jest rzeczą oczywistą, że zwiększony poziom kwasu moczowego łączy się z występowaniem dny – podagry, natomiast nieznanym jest wpływ samotności lub izolacji na zdrowie. To jest przedmiotem badań epidemiologii społecznej [17].

Metody i techniki badań epidemiologicznych

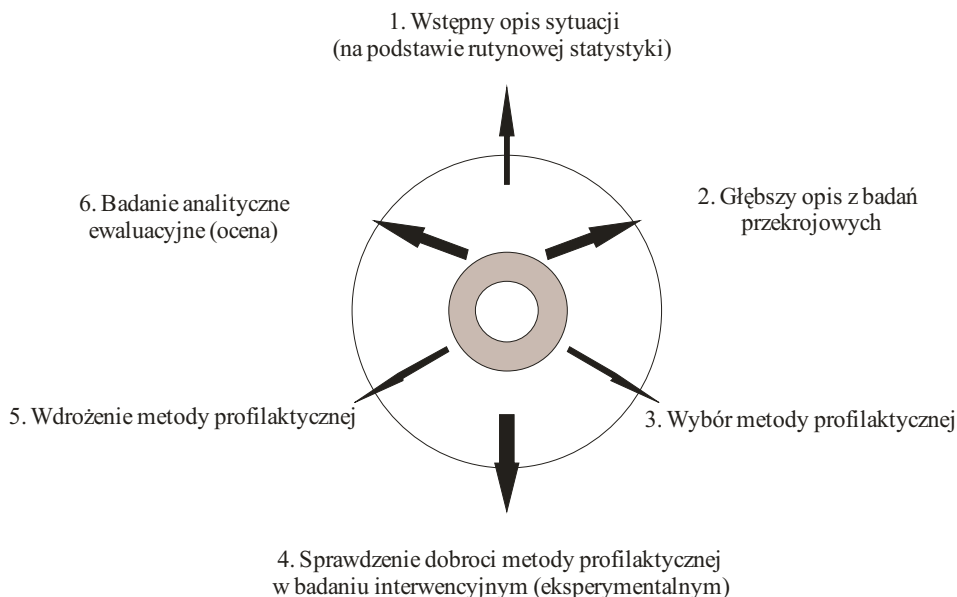
Epidemiologia jest podstawową dyscypliną i zbiorem metod niezbędnych w pracy menedżerów ochrony zdrowia, ponieważ jest głównym instrumentem stosowanym w rozpoznawaniu i pomiarach stanu zdrowia populacji, określeniu grup, które są szczególnie narażone na ryzyko zachorowania, oszacowaniu potrzeb zdrowotnych (bez względu na to jak są one definiowane), ustalaniu priorytetów oraz ewaluacji (oceny) działań zapobiegawczych oraz szeroko pojętej działalności służby zdrowia (zdrowia publicznego).

Przechodząc do przeglądu metod współczesnej epidemiologii należy wymienić następujące typy badań epidemiologicznych [1, 15]:

- Badania opisowe (deskryptywne), których celem jest przedstawienie rozprzestrzenienia, natężenia i dynamiki chorób w poszczególnych grupach płci i wieku populacji, w czasie i w przestrzeni. Do nich należą także badania przekrojowe (*cross-sectional surveys*) przyjmujące trojakią formę:
 - badań podmiotowych – różnych form wywiadów z pacjentami (*HIS – Health Interview Surveys*);
 - badań przedmiotowych – badań fizykalnych pacjentów (*HES – Health Examination Surveys*);
 - badań dokumentacji medycznej bez udziału pacjenta (*HRS – Health Record Surveys*).
- Badania interwencyjne lub eksperymentalne, których celem jest sprawdzenie skutków domniemanych czynników szkodliwych dla człowieka, a także skuteczności działania środków zapobiegawczych oraz leczniczych;
- Badania analityczne, poszukujące związków przyczynowo-skutkowych, sprawdzające hipotezy wysunięte w wyniku badań opisowych. W badaniach analitycznych stosuje się technikę retrospektywną (analizy wstecznej) lub technikę prospektywną (obserwacji długofalowej, longitudinalnej, kohortowej).

Poniższy schemat przedstawia sekwencję (zgodnie z ruchem wskazówek zegara), w jakiej najczęściej stosuje się poszczególne rodzaje badań epidemiologicznych (pozycje 2, 4, 6, zaznaczone grubymi strzałkami). Badania zostały wpisane w logiczny cykl postępowania zorganizowanego, stosowanego w epidemiologii zarządczej. (Ryc. 1)

Epidemiologia zarządcza spełnia zasadniczą rolę w zarządzaniu systemem zdrowia. Poprzez epidemiologię zarządczą rozumiemy proces prognozowania, planowania operacyjnego i strategicznego na podstawie danych epidemiologicznych a także proces oceny (ewaluacji) efektywności działań systemu zdrowia. Efektywność, jak powszechnie wiadomo, mierzy się zawsze stopniem realizacji celów. Wszelkie pozytywne cele populacyjne w postaci parametrów efektywności medycznej (odczytywanej najczęściej jako poprawa stanu zdrowia ludności) dokonuje się za pomocą metod epidemiologicznych.



Ryc. 1. Logiczny cykl postępowania zorganizowanego w epidemiologii zarządczej

Metody epidemiologii opisowej (deskryptywnej)

Metody te służą sporządzeniu dokładnego opisu sytuacji zdrowotnej danej populacji ludzkiej, w danym miejscu i w danym czasie. Z zasady dokonuje się opisu na tle uwarunkowań mikrootoczenia (np. warunków bytowych) i makrootoczenia (np. warunków klimatycznych, społecznych). Metody opisowe są proste, tanie i przydatne do formułowania wstępnych hipotez badawczych. Opisu dokonuje się według wzoru powszechnie stosowanej sekwencji zadawania pytań: Kto? Co? Gdzie? Kiedy?

Przystępując do opisu sytuacji zdrowotnej, należałoby wpierw zastanowić się nad tym, czym jest zdrowie, które, jak wiadomo, jest abstraktem. Natrafiamy więc na samym początku na trudności zarówno w pomiarze ilościowym (kwantyfikacji zdrowia), jak i w pomiarze jakościowym (kwalifikacji zdrowia). Współczesne spojrzenie na zdrowie odzwierciedla najlepiej paradygmat socjoekologiczny [33], w którym zawarta jest następująca konstrukcja zaproponowana niegdyś przez Herzlicha (bez wątplenia częściowo życzeniowa z niewątpliwym piętnem utopijności) [13]:

- Po pierwsze, nie być chorym i kalekim (określa się to jako „stan próżni”: *health-in-a-vacuum*) czyli legitymować się całkowitym brakiem chorób, kalectwa, wszelkiej niepełnosprawności, inwalidztwa itp.;
- Po drugie, posiadać potencjał zdrowia, czyli mieć określone „rezerwy zdrowia”, być wyposażony w „zasób zdrowia”, nie być obciążonym żadnym ryzykiem zdrowotnym (np. nie należeć do grupy ryzyka zachorowania na szereg schorzeń odtyniowych w konsekwencji wieloletniego palenia tytoniu);
- Po trzecie, utrzymywać równowagę zdrowotną, na którą składa się duży zasób sił witalnych, dobrostan fizyczny, brak zmęczenia, dobrostan psychiczny, stałość nastrojów, swoboda działań, skuteczność działań, dobre układy z ludźmi itp.

Podsumowując najważniejsze czynniki wpływające na zdrowie, zarówno poszczególnych osób, jak i całej populacji, można je scharakteryzować następującymi parametrami [24]:

- Cechy osobnicze, do których należy 1) system biologiczny (odporność, dobre odżywienie); 2) system poznawczy (pozytywny stosunek i dostateczna wiedza o zdrowiu); 3) cechy osobowościowe (równowaga emocjonalna, tężyzna fizyczna);
- Zachowania prozdrowotne, które obejmują 1) kultywowanie pozytywnych zwyczajów zdrowotnych, 2) satysfakcjonującą i niestresującą pracę, 3) odpowiednio długi sen, odpowiednio długi odpoczynek, rekreację itp.;
- System socjoekulturowy (najbardziej obszerne), na który składają się: 1) normy i wartości związane ze zdrowiem, styl życia, wierzenia religijne; 2) integracja i więzy społeczne; 3) łatwość zdobycia pracy, pozytywny klimat w miejscu pracy, zadowolenie z pracy; 4) łatwo dostępna opieka zdrowotna i usługi socjalne; edukacja zdrowotna; łatwo dostępne szkolnictwo wszystkich szczebli; 5) odpowiednie zasoby materialne i dochód, poczucie bezpieczeństwa socjalnego;
- Środowisko fizyczno-biologiczne, w którym mieści się 1) odpowiednie zaopatrzenie w żywność i inne dobra konsumenckie; 2) pozytywne mikrootoczenie: odpowiednie warunki mieszkaniowe (dostęp do wszystkich mediów: wody, energii itp.), utrzymywany wysoki poziom higieny komunalnej, transportu publicznego itp.; 3) pozytywne makrootoczenie: przebywanie w korzystnych strefach klimatycznych, w środowisku proekologicznym itp.

Powyższy paradygmat socjoekologiczny wywodzi się ze znanej definicji zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), w której można wyróżnić następujące składowe:

- 1) Stan całkowitego dobrostanu fizycznego, który jest utożsamiany z potencjałem zdrowia, zasobami zdrowia, rezerwami zdrowia, opisywanymi w epidemiologii poprzez mierniki pozytywne, takie jak mierniki antropometryczne (np. siatki centylowe wagi i wzrostu dzieci i młodzieży), mierniki samatometyczne (np. indeks masy ciała BMI), mierniki dojrzałości płciowej (wtórne cechy płciowe), dojrzałości fizycznej i psychicznej organizmu ludzkiego (np. wiek morfologiczny, wiek zębowy, wiek kostny), dojrzałości psychicznej – iloraz inteligencji (IQ), sprawności narządu słuchu (audiometria) oraz sprawność narządu wzroku (ostrość wzroku, siła akomodacji, widzenie barw, pole widzenia). Do mierników sprawności organizmu ludzkiego zaliczamy także mierniki wydolności układów oddechowego i sercowo-naczyniowego (zmienne spirometryczne; parametry sercowo-naczyniowe: pojemność wyrzutowa serca, liczba skurczów serca na minutę, ciśnienie tętnicze krwi, EKG). Najbardziej syntetyzującą miarą jest test maksymalnego zużycia tlenu, gdyż maksimum konsumpcji tlenu jest jednoznaczne z pułapem możliwości organizmu ludzkiego pracującego na najwyższych obrotach. Testowany jest cały system transportu tlenu w organizmie, począwszy od rezerwuaru powietrza atmosferycznego aż do poziomu komórkowego: drogi oddechowe, płuca, system sercowo-naczyniowy, krew oraz niektóre elementy biochemiczne na poziomie komórek. Podstawy testu maksymalnego zużycia tlenu zostały opracowane przez fizjologów pod auspicjami WHO w roku 1971 [24, 25]. Testu dokonuje się przy użyciu cykloergonometru (rower stacjonarny), bieżni z napędem elektrycznym lub stepera treningowego. Ścisłe rejestrowana ilość tlenu doprowadzana jest z worka Douglasa do otworu wdechowego maski, zaś powietrze wydychane trafia do pochłaniacza dwutlenku węgla. Pomiar ilości pobranego tlenu, jak i wydalanego dwutlenku węgla odbywa się automatycznie (telemetrycznie). Do pełni powyższego obrazu należy jeszcze określić stopień ryzyka wystąpienia określonych chorób u pozornie zdrowego osobnika, który jest narażony na działanie czynników chorobotwórczych, a ich działanie ujawnia się dopiero po pewnym czasie (efekt skumulowany lub odroczone). To zjawisko opisuje się w epidemiologii jako obecność czynników

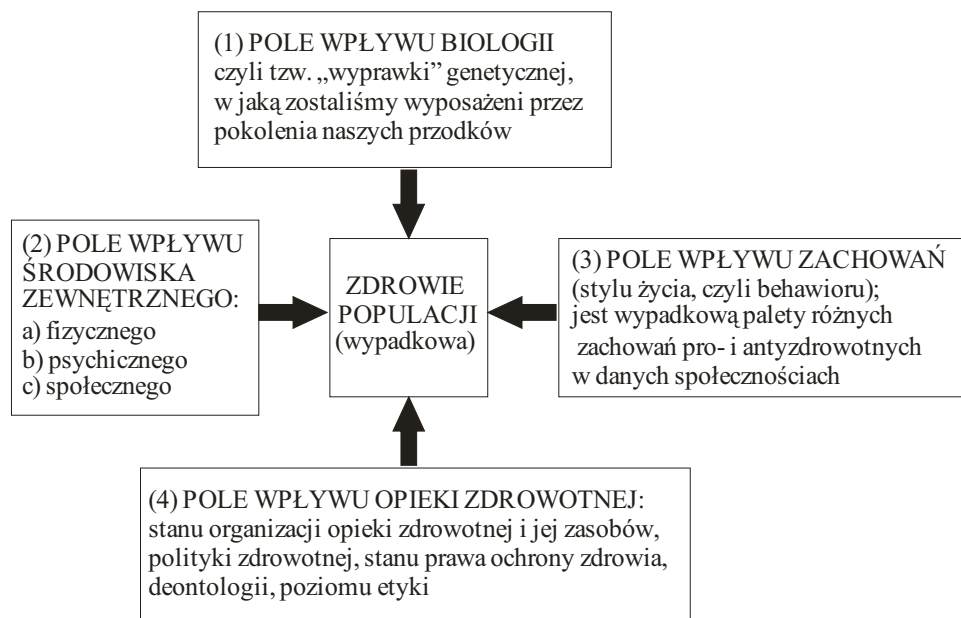
ryzyka wystąpienia choroby lub zgonu, rozumianych jako zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia danego zdarzenia na podstawie oceny powszechnie znanych i udowodnionych parametrów, jak np.: obciążenia genetyczne, palenie tytoniu, alkoholizm, nadwaga, poziom cholesterolu, stres, nadciśnienie tętnicze, uciążliwe i szkodliwe warunki pracy itp. Im właściwsze zachowania prozdrowotne (wpojęne przyzwyczajenia zdrowotne, brak szkodliwych nałogów, sprawna organizacja pracy, odpoczynek, sen, rekreacja), tym mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia szeregu chorób;

- 2) Stan całkowitego dobrostanu psychicznego. W mikroskali są to potrzeby ładu, miru domowego, miłości, przyjaźni, korzystnej atmosfery rodzinnej, poprawnych stosunków w pracy, a w makroskali to sprzyjająca sytuacja na rynku pracy, korzystna sytuacja finansowa, łatwy dostęp do szkolnictwa, do opieki zdrowotnej, nieograniczona swoboda przynależności do grup społecznych, etnicznych, religijnych itp. (dokonuje się opisu sytuacji w poszczególnych grupach – frakcjach społeczeństwa stosując arsenał metod psychosocjologicznych);
- 3) Stan całkowitego dobrostanu społecznego jest najczęściej utożsamiany z najwyższymi piętrami piramidy Masłowa. Jest to spełnienie potrzeb uznania wobec samego siebie i własnych osiągnięć, pozycji zawodowej i społecznej oraz uznania ze strony otoczenia zawodowego, społeczeństwa. Są to także spełnione potrzeby samorealizacji, czyli osiągnięcia tego, co jest możliwe w strefie osobistego rozwoju, jak i sferze materialnej (rozwój intelektualny, zamożność, zasobność, poczucie bezpieczeństwa, poszanowanie własności itp.). Tu także dokonuje się opisu sytuacji w poszczególnych grupach – frakcjach społeczeństwa. Kryteria opisu dobrostanu społecznego podlegają nieustannemu procesowi operacjonalizacji i są najtrudniejszym obszarem z merytorycznego punktu widzenia ze względu na ich relatywizm (inne w rozwiniętych krajach postindustrialnych, inne w krajach intensywnie rozwijających się, a inne w Trzecim Świecie);
- 4) A nie tylko brak chorób i kalectwa; aby wykazać dystans danej społeczności od tego utopijnego ideału, należy szczegółowo opisać aktualną sytuację zdrowotną, podać dane dotyczące występowania chorób oraz kalectwa (niepełnosprawności, inwalidztwa) w danej populacji, stosując ogólnie znane mierniki negatywne, takie jak: chorobowość, czyli prevalencja chorobowa punktowa i okresowa (*point & period prevalence*), zachorowalność, umieralność ogólna, proporcjonalna oraz swoista (specyficzna) w określonych jednostkach chorobowych wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) oraz w poszczególnych grupach populacji (według kryteriów takich jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania itp.). Szerszy opis sytuacji w tym obszarze włączający parametry socjologiczne i psychologiczne jest domeną demografii społecznej (np. poziom wykształcenia).

Ostatnie dekady zeszłego stulecia przyniosły nowe spojrzenie na zdrowie, które było odejściem od dotychczasowej tradycyjnej orientacji biomedycznej. W latach 80. pojawiło się pojęcie jakości życia jako syntezy dobrostanu, dobrobytu, satysfakcji i szczęśliwości, a nie tylko długości trwania życia, łączone z coraz bardziej popularnym miernikiem HRQOL (*health-related quality of life*). Popularność zdobyło porzekadło „dokładać życia do lat, a nie tylko lat do życia”. Patrick i Erickson [35] w sposób dość kontrowersyjny zdefiniowali w latach 90. syntetyczny miernik HRQOL jako wartość przypisaną do długości życia zmodyfikowaną przez wszelkie słabości, stany funkcjonalne, postrzeganie (percepcję) i okoliczności społeczne, na które ma wpływ choroba, zranienie, leczenie i polityka. Amerykańskie Centrum Zwalczenia Chorób Zakaźnych CDC&P (*Communicable Diseases Control & Prevention*) natomiast zaleca używanie prostego miernika pod postacią „zdrowych dni” w życiu człowieka (samooceńnianych). Pojawiła się mnogość innych syntetycznych mierników zdrowia populacji. Oto kilka przykładów: miernik DALY (*disability-adjusted life years*), który jest sumą straconych lat życia wskutek przedwczesnej śmierci i lat pełni zdrowia straconych z powodu niepełnosprawności. Należy wyjaśnić, że pojęcie trwania zdrowia (*health expectancy*) jest w swej wymowie analogiczne do trwania życia

(*life expectancy*) i oznacza, że zamiast liczby lat przeżytych, bierze się pod uwagę liczbę lat przeżytych w pełni zdrowia i bez niepełnosprawności. Pojęcie luki zdrowotnej (*health gap*) jest natomiast analogiczne do zjawiska przedwczesnej umieralności i wyraża liczbę utraconych potencjalnych lat życia. Lista dalszych mierników syntetycznych aktualnie używanych w świecie jest następująca: miernik DFLE (*disability-free life expectancy*); dalej miernik DALE (*disability-adjusted life expectancy*), który został następnie zastąpiony miernikiem HALE (*health-adjusted life expectancy*) [30, 31], a który różni się od miernika DFLE tym, że zdrowie i niepełnosprawność nie są w nim traktowane dychotomicznie, lecz są pozycjami na długiej liście stanów, którym zostały przypisane różne wagi. Jeden z powyższej listy mierników, a mianowicie DALY znalazł poczesne miejsce w Raporcie WHO z roku 2002. Należy nadmienić, że powyższe mierniki zostały poddane krytyce w fachowej literaturze przedmiotu głównie z powodu nadawania życiu ludzi niepełnosprawnych mniejszej wartości niż życiu ludzi będących w pełni zdrowia.

Nie podlega wątpliwości fakt, że zdrowie jest wypadkową oddziaływania długiego szeregu czynników warunkujących lub modyfikujących zdrowie. Czynniki te określamy jako determinanty zdrowia (przedstawione w poniższym schemacie w postaci pól nr (1), (2), (3), (4). Pierwsze trzy determinanty: pola nr (1), (2), (3) przeszły do historii pod nazwą Triady Blooma (genetyka, środowisko, zachowania), dodanie do tego schematu determinanty nr (4) organizacja opieki zdrowotnej, i wprowadzenie nazwy pól dla poszczególnych determinant oraz upowszechnienie całej konstrukcji myślowej zawdzięczamy kanadyjskiemu ministrowi zdrowia Markowi Lalonde, który opublikował ją w dokumencie roboczym w 1974 roku [23]. Rozwinięcie treści poszczególnych pól wraz z komentarzem pochodzi od autora rozdziału.



Ryc. 2. Koncepcja pól zdrowia Marka Lalonde (*Health Field Concept*, 1974) [23]

Marc Lalonde w swojej pierwotnej koncepcji pól zdrowia (*Health Field Concept*, 1974) [23] w następujący sposób objaśniał zawartość poszczególnych pól zdrowia:

1. Pole biologii człowieka dotyczy wszystkich aspektów zdrowia, zarówno fizycznych, jak i psychicznych, wynikających z programu rozwoju biologicznego organizmu ludzkiego.

Dotyczy to realizacji „wpisanego” programu genetycznego każdego przedstawiciela gatunku *homo sapiens*, procesu jego dojrzewania i starzenia się układów: szkieletowego (kostno-stawowo-mięśniowego), nerwowego, sercowo-naczyniowego, pokarmowego i gruczołów dokrewnych. Rzutuje to na zjawisko chorobowości i umieralności z przyczyn wielu chorób o charakterze przewlekłym, takich jak, choroby reumatoidalne, cukrzyca, miażdżycy, nowotwory itp. Problemy zdrowotne wynikające z wad programu genetycznego (wrodzone wady, wrodzone zniekształcenia, niedorozwoje umysłowe) powodują wiele nieszczęść w rodzinach i kosztują społeczeństwo miliardy dolarów (w domyśle kanadyjskich);

2. Pole wpływu środowiska zewnętrznego (otoczenia człowieka), na które człowiek z zasady ma niewielki wpływ lub nie ma go wcale. Do tej kategorii Lalonde zalicza sposoby zaopatrzenia w wodę i usuwania ścieków i odpadów, zanieczyszczenie powietrza, hałas, produkcję i dystrybucję żywności, leki, kosmetyki, artykuły powszechnego użytku znajdujące się w obrocie. Do tego pola należałoby zaliczyć jeszcze szybko zmieniające się otoczenie społeczne i jego wpływ na zdrowie;
3. Pole stylu życia odzwierciedla zagregowane indywidualne ryzyko pogorszenia się stanu zdrowia u poszczególnych osób, związane z nadużywaniem alkoholu, intensywnością palenia tytoniu, nadużywaniem leków (szczególnie psychotropowych) prowadzącym aż do lekomanii. Do tej kategorii zalicza się z jednej strony ryzyko związane ze stosowaniem nie zrównoważonej diety (z przewagą tłuszczów, szczególnie nasyconych) prowadzące do nadwagi, otyłości, miażdżycy naczyń (wraz z jej następstwami), a z drugiej strony ze stosowania diety niskokalorycznej lub przesadnie ubogiej prowadzącej do niedowagi (wraz z jej następstwami). Brak ruchu, spędzanie wielu godzin w pozycji siedzącej, unikanie spacerów, sportów prowadzi także do określonych konsekwencji zdrowotnych. Wybrane przez Sakowską i Wojtyniaka [38] czynniki ryzyka zdrowotnego związanego ze stylem życia (do których zaliczyli: palenie papierosów, nieprawidłową dietę, nadmierne spożycie alkoholu, otyłość oraz małą aktywność fizyczną), były odpowiedzialne w Polsce (wg szacunków WHO dla roku 2002) za ok. 55% zgonów i prawie 40% utraconych lat życia przeżytego w zdrowiu. Odsetek Polaków palących papierosy (37% mężczyzn i 23% kobiet) jest wyższy od przeciętnego dla krajów UE; natomiast wśród mężczyzn i wśród młodzieży liczba palaczy zmniejsza się. Niepokojące jest utrzymywanie się odsetka palących dorosłych kobiet na stałym poziomie. Spożycie alkoholu jest w Polsce niższe niż przeciętne dla krajów UE, natomiast zmieniła się struktura spożycia napojów alkoholowych na korzyść udziału napojów o niższej zawartości alkoholu. Aktywność fizyczna Polaków jest ogólnie niska, obserwuje się również spadek aktywności dzieci i młodzieży w starszych grupach wiekowych. Pod względem występowania otyłości i nadwagi Polska znajduje się poniżej średniej krajów UE. Problem otyłości i nadwagi dotyczy głównie mężczyzn, choć także w grupie dzieci i młodzieży (w młodszych grupach wiekowych) odnotowano wzrost tego zjawiska. Należy dodać, że spożycie owoców i warzyw jest w Polsce na niskim poziomie, a wśród młodzieży odnotowano dodatkowo spadek spożycia w ostatnich latach;
4. Pole organizacji opieki zdrowotnej dotyczy zarówno ilości, jakości i dostępności usług, jak i stanu zasobów opieki zdrowotnej: prywatnych gabinetów lekarskich, szpitali, domów opieki, stanu pielęgniarstwa, stanu zdrowia publicznego, służb ratownictwa medycznego, opieki dentystycznej itp. To pole jest ogólnie definiowane przez Lalonde’a jako system opieki zdrowotnej.

Reasumując, koncepcja pól zdrowia Marka Lalonde’a ustawiła 1) czynniki genetyczne („wyprawkę” genetyczną z jaką przychodzimy na świat), 2) oddziaływanie środowiska zewnętrznego („otoczkę” zewnętrzną), 3) styl życia (zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne) oraz 4)

oddziaływanie organizacji opieki zdrowotnej, w jednym szeregu jako cztery determinanty zdrowia społeczności. Nie oznacza to jednakowej siły oddziaływania poszczególnych składników; niektórzy autorzy stawiają na pierwszym miejscu zachowania (behawior), inni zaś oddziaływanie środowiska zewnętrznego. Mimo pozorów oddziaływanie systemu zdrowia ma drugorzędne znaczenie, podobnie jak uwarunkowania genetyczne. Koncepcja Lalonda przy ocenianiu stanu zdrowia zarówno danej populacji, jak i pojedynczych ludzi zwraca uwagę na konieczność brania pod uwagę zawsze wszystkich powyższych czynników.

Departament Zdrowia i Służb dla Ludności Stanów Zjednoczonych przygotował listę 10 wskaźników na nadchodzącą dekadę (rozpoczynającą się w roku 2010), którą należy się kierować przy ocenie stanu zdrowia danej populacji (inicjatywa „Zdrowi Ludzie 2010” [12]). Są one następujące:

1. Aktywność fizyczna
 - Proporcja osobników młodocianych, którzy wykonują energiczne ćwiczenia fizyczne, zapewniające ciężką fizyczną pracę mogącą zapobiegać schorzeniom układu sercowo-oddechowego, co najmniej 3 razy w tygodniu, każdorazowo po minimum 20 minut.
 - Proporcja osobników dorosłych, którzy uprawiają regularnie umiarkowane ćwiczenia fizyczne przez co najmniej 30 minut dziennie.
2. Nadwaga i otyłość
 - Proporcja otyłych osobników dorosłych z indeksem masy ciała (BMI) $>30 \text{ kg/m}^2$.
 - Proporcja dzieci i osobników młodocianych z nadwagą lub otyłych (powyżej 95 percentyla BMI siatki centylowej dla odpowiedniej grupy płci i wieku wg norm CDC);
3. Palenie tytoniu
 - Proporcja osobników dorosłych, którzy wypalili > 100 papierosów w swoim życiu i palili w niektóre dni lub we wszystkie dni zeszłego miesiąca.
 - Proporcja osobników dorosłych, którzy wypalili jeden lub więcej papierosów w ubiegłych 30 dniach.
4. Używanie alkoholu i nielegalnych (nieдозwolonych) środków
 - Proporcja osobników młodocianych, którzy nie używali alkoholu lub niedozwolonych środków w ciągu ostatnich 30 dni.
 - Proporcja osobników dorosłych, którzy brali udział w libacjach alkoholowych w ciągu ostatnich 30 dni.
 - Proporcja osobników dorosłych, którzy używali nielegalnych środków w ciągu ostatnich 30 dni.
5. Odpowiedzialne zachowanie seksualne
 - Proporcja młodocianych osobników, którzy wstrzymywali się od współżycia seksualnego lub używali prezerwatyw, jeśli byli seksualnie aktywni.
 - Proporcja dorosłych osobników seksualnie aktywnych używających prezerwatyw.
6. Zdrowie psychiczne
 - Proporcja osobników dorosłych z rozpoznaną depresją, którzy podlegali leczeniu.
7. Zranienia i przemoc
 - Umieralność z przyczyn wypadków komunikacyjnych i morderstw.
8. Jakość środowiska zewnętrznego
 - Proporcja osobników narażonych na powietrze nie spełniające norm zdrowotnych Agencji Ochrony Środowiska dla zawartości ozonu.
 - Proporcja osobników niepalących narażonych w środowisku na dym tytoniowy (tzw. palacze bierni).
9. Uodpornienie
 - Proporcja małych dzieci w wieku 19–35 miesięcy, które otrzymały wszystkie zalecane

szczepienia do powszechnego stosowania w ciągu ostatnich pięciu lat (błonica, tężec, krztusiec, polio, odra, świnka, różyczka, *Haemophilus influenzae* typu b, WZW B).

- Proporcja osobników dorosłych w wieku 65 lat i powyżej nieprzebywających w zamkniętych zakładach opieki, którzy otrzymali szczepionkę przeciw grypie w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz kiedykolwiek otrzymali szczepionkę przeciw pneumokokom.

10. Dostęp do opieki zdrowotnej

- Proporcje osobników poniżej 65. roku życia posiadających ubezpieczenie zdrowotne.
- Proporcja osobników we wszystkich grupach wieku, mająca dostęp do jakiejkolwiek podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).
- Proporcja kobiet ciężarnych, które zostały objęte opieką prenatalną w pierwszym trymestrze ciąży.

W komentarzu do powyższej listy zaznaczono, że punkty od (1) do (5), (8), (9) należy traktować jako determinanty zdrowia; punkty (2), (4), (6), (7) są wskaźnikami stanu zdrowia; a punkty (6), (9), (10) są wskaźnikami opieki zdrowotnej. Należy zwrócić uwagę na to, że niektóre wskaźniki należą do więcej niż jednej kategorii, np. otyłość jest wskaźnikiem stanu zdrowia i zarazem czynnikiem ryzyka dla wielu innych chorób. Uodpornienie jest zarazem wskaźnikiem działań służb zapobiegawczych i jednocześnie czynnikiem protekcyjnym przed zachorowaniem na choroby infekcyjne.

Opisu sytuacji zdrowotnej dla celów epidemiologicznych dokonuje się na jednym z czterech poziomów działań zdrowia publicznego: na poziomach mikro, mezo, makro lub mega (wg wielkości obszaru i skali zagadnień dotyczących tego obszaru):

- Poziom mikro dotyczy: rejonów lekarzy rodzinnych; szkół i przedszkoli, zgrupowań sportowych, obozów letnich, kolonii; małych zakładów pracy, małych statków pasażerskich itp.;
- Poziom mezo dotyczy: powiatów, dystryktów, hrabstw w Wielkiej Brytanii, USA itp.; obszarów działania zintegrowanych zespołów opieki zdrowotnej (typu dawnego ZOZ); dużych konglomeratów oświatowych takich jak miasteczka uniwersyteckie (kampusy) i zespoły szkół z internatami, miasteczka olimpijskie, koszary itp.; dużych zakładów pracy, dużych statków pasażerskich itp.;
- Poziom makro dotyczy: małych krajów w całości; dużych jednostek administracyjnych, na które są podzielone duże kraje: makroregionów, prowincji, regionów, województw, departamentów (we Francji) itp.; wysp i naturalnie izolowanych półwyspów, dolin walnych itp.;
- Poziom mega dotyczy: regionów działania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO); bloków ekonomicznych takich jak Unia Europejska (b. EWG, dawna Europejska Wspólnota Węgla i Stali), CEFTA, NAFTA; obszarów działania innych organizacji skupiających kraje członkowskie jak OECD, Rada Europy; obszarów traktatów militarnych takich jak NATO, SEATO, ANSUS itp.

W celu przybliżenia szerszego *spektrum* problemów, które mieszczą się w szczegółowym opisie sytuacji zdrowotnej, w aneksie nr 1 przedstawiono listę adaptowaną na podstawie publikacji Milтона Terrisa [28], którą autor zaleca brać pod uwagę oceniając sytuację zdrowotną na danym terenie. Podobnie w aneksie nr 2 przedstawiono listę zalecanych przez WHO mierników, zmodyfikowaną na kanwie publikacji WHO [7]. Lista ta została przygotowana pierwotnie w celu oceny postępu programu ZDW 2000. Na zakończenie w aneksie nr 3 przybliżono system zbierania informacji o opiece zdrowotnej, obowiązujący w naszym kraju, zmodyfikowany na podstawie publikacji Goryńskiego i Kuszewskiego [9].

System informacji o zdrowiu ludności opiera się na trzech podstawowych filarach informacyjnych:

- Pierwszym filarem systemu informacyjnego są oficjalne źródła danych pochodzących:
 - Z rutynowej statystyki ludnościowej (demograficznej), która składa się z działu statyki

rejestrującego dane o stanie i strukturze ludności wg płci, wieku, miejsca zamieszkania itp. oraz z działu dynamiki rejestrującego dane o ruchu naturalnym (urodzenia, zgony, małżeństwa, rozwody); oraz o ruchu wędrownym (emigracja i imigracja, zarówno transgraniczna jak i wewnętrzna),

- Z rutynowej statystyki zdrowotnej, do której należą: wykazy chorób podlegających międzynarodowemu obowiązkowi zgłoszenia; wykazy niektórych ostrych i przewlekłych chorób zakaźnych, które są rejestrowane w poszczególnych krajach; rejestry chorób nowotworowych, niedorozwojów i chorób psychicznych, następstw wypadków komunikacyjnych, chorób reumatoidalnych itp. (najczęściej będące w posiadaniu agend Ministerstwa Zdrowia i placówek naukowo-badawczych). N.B. Publikacja pt. „Sytuacja Zdrowotna Polski” [40] pod red. Wojtyniaka B., Goryńskiego P. NIZP-PZH, Warszawa, edycja 2008, dostępna jest także w wersji elektronicznej w witrynie Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny <http://www.pzh.gov.pl> (PZH_Raport_2008.pdf);
- Drugim filarem systemu informacyjnego są dane uzyskane z badań przekrojowych, sondażowych, zwanych także badaniami poprzecznymi (*cross-sectional study*, *prevalence study*, *static measurement study*), będące najczęściej w posiadaniu instytutów naukowo-badawczych. Badania przekrojowe są metodą szybką i względnie taną, dostarczają informacji o aktualnym występowaniu i natężeniu zjawisk chorobowych, czyli prevalencji punktowej (w danym momencie) lub prevalencji okresowej (w danym okresie). Badania te są szczególnie przydatne dla określania zjawiska chorobowości (chorób przewlekłych i niepełnosprawności), ale nie nadają się do określania zachorowalności (zapadalności) na ostre i krótkotrwałe choroby oraz na choroby rzadko występujące w populacji. Badania przekrojowe można przyrównać do robienia statycznych zdjęć fotograficznych. Powtarzając zdjęcia w tych samych warunkach, w określonym czasie możemy zauważyć tendencję rozwoju (animacja ruchu = trend).

Badanie przekrojowe przyjmuje kształt w zależności od celu, jakiemu ma służyć:

- Cel poznawczy: badanie przyjmuje najczęściej kształt badania reprezentacyjnego. Badając fakty (np. kiedy i z jakich przyczyn byłeś hospitalizowany), wiedzę (np. co wiesz o sposobach zapobiegania zawałom serca), opinię (np. jak oceniasz dzisiaj swój stan zdrowia), badanie przeprowadzamy na odpowiednio licznej, losowo wybranej próbce osób reprezentujących daną populację,
- Cel selekcyjny: badanie przesiewowe (skriningowe) przeprowadza się na całej badanej populacji (jest to tzw. badanie wyczerpujące), aby móc wyłowić wszystkie przypadki choroby. Przykłady skriningów selekcyjnych: aktualnie prowadzona akcja identyfikacji przypadków fenylketonurii i głuchoty u niemowląt, tuż po II wojnie światowej prowadzono na szeroką skalę skriningi celem wyłonienia osób chorych wenerycznie i osób zarażonych gruźlicą (w różnych stadiach choroby) itp.,
- Cel identyfikacyjny osób w grupach wysokiego ryzyka: badanie przyjmuje charakter badania celowanego (ukierunkowanego) w stosunku do osób z grup wysokiego ryzyka np. kobiet w ciąży zagrożonej, kobiet ciężarnych po 35. roku życia, generalnie populacji kobiet w wieku prokreacyjnym (15–44), niemowląt i małych dzieci, sędziwych starców, pracowników zatrudnionych na pewnych stanowiskach pracy, osób z kręgów określonej subkultury (narkomani, alkoholicy) itp.

Wyróżniamy trzy rodzaje badań przekrojowych – sondażowych – poprzecznych:

- Badania podmiotowe pacjentów (wywiady): medyczne i socjomedyczne oparte na technice ankietowej (*HIS – Health Interview Surveys*). Badania przeprowadzają odpowiednio przeszkoleni ankieterzy (*face-to-face interview*), którzy uzyskują od respondenta infor-

macje i umieszczają je w kwestionariuszu ankietowym. Badania także można prowadzić za pomocą zwrotnych kwestionariuszy bez udziału ankietów (ankieta pocztowa). Mankamentem badań pocztowych jest zawsze niski stopień zwrotności ankiet, zaletą zaś prostota. Przeprowadza się także badania ankietowe drogą telefoniczną lub drogą elektroniczną (e-mail). W polu szczególnego zainteresowania badaczy są osoby, które nie brały udziału w badaniu, bez względu na powody, jakie nimi kierowały. Ta grupa określona jako *non-respondents* może bowiem znamienne różnić się od tych, które brały udział w badaniu. Najczęściej obserwowane problemy w badaniach ankietowych to niejasne sformułowania pytań, pytania narzucające odpowiedzi, pytania dotyczące tzw. obszarów wrażliwych, zbyt liczne pytania, pytania budzące niepokój respondentów co do motywów ich zadawania (inne ukryte cele np. podatkowe),

- Badania przedmiotowe i przesiewowe (skriningowe) pacjentów (*HES-Health Examination & Screening Surveys*) są technicznie zamierzeniami nieporównywalnie bardziej skomplikowanymi. Wymagają sporych nakładów finansowych i zabiegów organizacyjnych. Z zasady sekwencja tych badań jest następująca: badania rozpoczyna się stosując uproszczone testy skriningowe, które służą do identyfikacji nierozpoznanych przypadków chorób. Technika skriningowa umożliwia przesianie populacji (ang. *screen* oznacza sito) i wychwycenie osób chorych. U tych osób stosuje się pogłębione badania kliniczne, celem potwierdzenia wstępnej diagnozy. Badania przedmiotowe mogą, ale nie muszą, być zawsze poprzedzane skriningami,
- Badania dokumentacji medycznej bez udziału pacjentów (*HRS - Health Record Surveys*). Dokumentację uzyskuje się ze szpitali i z gabinetów lekarskich, wykorzystując personel zatrudniony lokalnie (rejestratorki, sekretarki medyczne, pielęgniarki) lub za pomocą specjalnie delegowanych pracowników zorientowanych w zasobach dokumentacji medycznej. Warunkiem tych badań jest zachowanie pełnej tajemnicy lekarskiej i anonimowości pacjentów, od których pochodzi dokumentacja medyczna oraz gwarancja, że osoby te nigdy nie zostaną zidentyfikowane przez osoby trzecie (otoczenie), a fakty pochodzące z dokumentacji nie zostaną użyte do innych celów niż tzw. anonimowa masa statystyczna;
- Trzecim filarem systemu informacyjnego są źródła nieinstytucjonalne skąd czerpie się np. opinie ekspertów, szczególnie dotyczące zagadnień trudnych do kwantyfikacji (ujęcia ilościowego problemów), ale za to możliwych do kwalifikacji (ujęcia jakościowego problemów). Jest to obszar opinii nadzorców, opinii konsultantów, ekspertów wybitnych znawców przedmiotu itp. Opinie często dotyczą obszarów wrażliwych takich jak ocena morale personelu, obszaru etyki zawodowej, podejścia personelu medycznego do pacjentów, umiejętności operatorów aparatury diagnostycznej (np. technik obrazowania), stosowania w praktyce nowoczesnych technik leczniczych, operacyjnych i anesteziologicznych, walki z bólem, przyczyn zaniżonej lub zawyżonej rejestracji określonych stanów chorobowych, wszelkiej patologii funkcjonowania opieki zdrowotnej.

Metody epidemiologii analitycznej

Metody epidemiologii analitycznej służą ustalaniu związków przyczynowo-skutkowych. Badania analityczne odpowiadają na pytania: Jaki jest czynnik sprawczy określonego zjawiska chorobowego? Jaki jest wpływ warunków otoczenia, modyfikujący przebieg choroby? Badanie prowadzi się dwukierunkowo, albo 1) w retrospekcji, czyli w sekwencji od obserwowanych przez nas dzisiaj skutków w postaci choroby, do domniemyanych przyczyn tego zjawiska w zaszłości;

albo 2) w prospekcji, czyli w sekwencji od znanych dzisiaj przyczyn do spodziewanych skutków w przyszłości.

Epidemiologia analityczna wykorzystuje następująco poniższe techniki badawcze:

- Technika retrospektywna. Badanie retrospektywne (spojrzenie wstecz, cofanie się do przeszłości, badanie *ex post facto*) całkowicie jest zależne od stanu kiedyś wykonanej i zachowanej dokumentacji, która może być obecnie wykorzystana w badaniu. Badanie często przyjmuje formę obserwacji dwóch dobranych grup porównawczych w trybie *case-control study* (np. pacjentów palących i niepalących, osób ubezpieczonych i nieubezpieczonych itp.) i następnie prowadzi się żmudne dochodzenie detektywistyczne celem zdobycia dowodów na działanie domniemanych czynników przyczynowych, które miały miejsce w przeszłości. W braku trwałych dowodów z przeszłości sięga się do zasobów pamięci uczestników badania. Badania Dolla i współpracowników [8] nad umieralnością lekarzy brytyjskich są ilustracją tego typu postępowania. Wstępem do dobrowolnego uczestnictwa w badaniu lekarzy podlegających obowiązkowi rejestracji w Brytyjskim Rejestrze Medycznym (wyłącznie mężczyzn) było wypełnienie kwestionariusza odzwierciedlającego chronologicznie cały życiorys palacza od samego początku rozpoczęcia palenia tytoniu (prospekcja w retrospekcji). Poszczególne pytania dotyczyły okresów palenia tytoniu i rodzaju wyrobów tytoniowych (papierosy, cygaretki, cygara, fajka) oraz liczby wypalanych wyrobów tytoniowych na dobę. Kwestionariusz zawierał też wszystkie zapamiętane fakty z historii przebytych chorób i hospitalizacji, które, o ile to było możliwe, podlegały weryfikacji. Lekarze zostali następnie podzieleni na dwie grupy: tych z przeszłością palaczy i tych nigdy niepalących. Od tego momentu rozpoczęła się kontynuacja badania jako badania prospektywnego, kohortowego (*follow-up of a case-control study; prospective double cohort study*). Taki był początek 20-letniego okresu obserwacji zjawiska umieralności w dwóch grupach lekarzy brytyjskich – wyłącznie mężczyzn: w podziale na palących i niepalących;
- Technika prospektywna (zwana też techniką longitudinalną lub podłużną oznacza spojrzenie, wybieganie wprzód). Często badania prospektywne przyjmują formę kontynuacji badań przekrojowych, czyli poprzecznych (*follow-up of a cross-sectional study*). Osoby wyłonione w badaniu przekrojowym i zarejestrowane, są następnie obserwowane przez określony czas trwania badania. Badania prospektywne umożliwiają pomiar takich zjawisk jak początek choroby (zapadalność), rozwój choroby, pogorszenie przebiegu i wystąpienie powikłań, okresy remisji i zaostrzeń. W tym trybie prowadzono badania chorych na POChP, długotrwałe badania nad ofiarami wybuchów atomowych itp. Często badanie prospektywne przyjmuje formę badania kohortowego, w którym prowadzi się od określonego czasu (od określonego zdarzenia, od ekspozycji na określony czynnik itp.) dwie grupy osób chorych i osób wolnych od choroby, lub dwie grupy osób różniących się stopniem ekspozycji na czynnik narażenia. (Stosowana w epidemiologii nazwa kohorta została zapożyczona od nazwy jednostki wojskowej starożytnego Rzymu, w której od momentu utworzenia jednostki wojskowej nigdy nie uzupełniano składu osobowego. Kohorta istniała do momentu śmierci ostatniego żołnierza). Obecnie obok kohort klasycznych prowadzi się także kohorty uzupełniane (tzw. kohorty dynamiczne).

Klasycznym przykładem badania kohortowego było badanie chorobowości i umieralności w populacji ekspozowanej na wybuch atomowy w Hiroszynie i Nagasaki w 1945 roku. Utworzono w roku 1950 kohortę złożoną z 110 000 osób. Z tej liczby 51 000 osób stanowiły te osoby, które były w zasięgu bliższym niż 2000 metrów od epicentrum (grupa A), 32 000 osób stanowiły te osoby, które były w zasięgu dalszym niż 2500 metrów od epicentrum (grupa B), 27 000 osób stanowiły osoby, które były poza zasięgiem wybuchu i stanowiły kontrolę w postaci osób nienapromieniowanych (Grupa C) [41]. Badania prospektywne są drogie i czasochłonne, problemem

jest także wykruszanie się uczestników badania z powodów migracji ludności, oznacza to często utratę kontaktu z uczestnikami i rozmycie się kohorty.

Metody epidemiologii interwencyjnej (eksperymentalnej)

Metody te służą dokonaniu wyboru najskuteczniejszej procedury zapobiegawczej, procedury leczniczej lub procedury rehabilitacyjnej (a także środków leczniczych), które określonymi przez badających cechami różnią się w sposób pozytywny od pozostałych procedur lub środków leczniczych poddanych temu badaniu.

Badania interwencyjne, w zależności od celu, przyjmują kształt kontrolowanych badań klinicznych lub kontrolowanych badań terenowych. Istotą badania interwencyjnego jest starannie zaplanowany eksperyment, który musi spełniać następujące wymogi:

- Istotą badania interwencyjnego jest zawsze cel poznawczy, który osiąga się przez potwierdzenie lub obalenie hipotezy zerowej;
- Badanie kontrolowane składa się z minimum dwóch grup: grupy eksperymentalnej i grupy kontrolnej służącej porównaniu w pomiarze efektów (schemat dwupolowy), istnieje także rozbudowany schemat czteropolowy (tzw. schemat Solomona);
- Przy podziale na grupy obowiązuje randomizacja, czyli wybór (przydział) losowy osób do poszczególnych grup w badaniu interwencyjnym;
- W grupie eksperymentalnej dokonujemy świadomej interwencji (manipulacji z udziałem czynnika interweniującego) celem odczytania późniejszego efektu w porównaniu z grupą kontrolną (w której nie dokonuje się manipulacji, przy braku czynnika interweniującego).

Metody epidemiologii ewaluacyjnej (oceniającej)

Metody epidemiologii ewaluacyjnej (oceniającej) najczęściej są stosowane w epidemiologii zarządczej. Dzięki badaniom epidemiologicznym, które pomagają w sprecyzowaniu diagnozy aktualnych potrzeb zdrowotnych ludności oraz prognozy potrzeb zdrowotnych w przewidzianym horyzoncie czasowym, uwzględniającej problemy zdrowotne, jakie spodziewane są w przyszłości, decydenci polityczni i menedżerowie różnych szczebli dostają do ręki:

- Szerokie spectrum informacji umożliwiających im konstruowanie programów rozwiązujących określone problemy zdrowotne;
- Narzędzia pomagające ocenić skuteczność metod i efektywność programów zwalczania głównych zagrożeń zdrowotnych;
- Wiedzę o etiopatogenezie zjawisk chorobowych, ze wskazaniem na czynniki chorobotwórcze.

Diagnoza aktualnych potrzeb zdrowotnych, która jest wstępem do procesu planowania, powstaje po przeprowadzeniu wstępnych badań opisowych. Długofalową strategię działań w dziedzinie zdrowia publicznego opiera się natomiast na prognozach. Główne cechy strategii długofalowej to: odległy horyzont czasowy, efekty spodziewane po długim okresie czasu, oraz koncentracja wysiłków na wybranej, ważnej ale wąskiej wiązce celów. Aktywne formułowanie strategii nosi nazwę strategicznego planowania zdrowotnego, które jest sformalizowanym procesem planowania długofalowego. Przy prognozowaniu problemów zdrowotnych epidemiologia korzysta z trzech technik prognozowania:

- Prognozowanie metodą orientacyjną oparte na danych szacunkowych uzyskanych za pomocą wywiadów (badania ankietowe) i pochodzących z zasobów pamięciowych pracowników służby zdrowia wszystkich kategorii oraz pacjentów (ograniczona wiarygodność);
- Prognozowanie metodą historyczną oparte na danych archiwalnych uzyskanych z dostępnych systemów rejestrujących (rejestrów), dokumentacji ambulatoryjnej pacjentów, dokumentacji szpitalnej, dokumentacji służb zdrowia publicznego itp.;

- Prognozowanie metodą statystyczną wykorzystującą wieloczynnikową analizę statystyczną.

Metody epidemiologii ewaluacyjnej (oceniającej) służą dwojakim celom: 1) konstruowaniu technik i procedur oceniających (*evaluational study*) oraz 2) praktyce oceniania (*evaluative study*) systemu zdrowia, instytucji opieki zdrowotnej, programów zdrowotnych (zapobiegawczych, leczniczych, rehabilitacyjnych itp.). Proces długotrwałego uczestniczącego i systematycznego oceniania programów zdrowotnych (*built-in evaluation*) zamyka ewaluacja końcowa. Prowadzi się ją zawsze w dwóch płaszczyznach: oceny efektywności merytorycznej – medycznej (*outcome*) oraz nierozłącznej oceny efektywności ekonomicznej (*output*). Rola epidemiologii zarządczej w ocenie efektów działania opieki zdrowotnej jest zasadnicza. Efekt interwencji w obszarze działań zdrowotnych definiujemy jako różnicę, uwidocznioną za pomocą odpowiednich mierników, pomiędzy populacją objętą danym działaniem opieki zdrowotnej i populacją nieobjętą takim działaniem, np. populacją objętą szczepieniami ochronnymi i populacją nieobjętą szczepieniami przeciw chorobie X. Z zasady zakłada się pozytywne zmiany w stanie zdrowia populacji [11, 39]. Następująca seria pytań jest pomocna przy ocenie spodziewanych efektów [29]:

- Czy efektów naszych działań należy się spodziewać tylko po stronie stanu zdrowia populacji czy też w innych obszarach?
- Czy należy oczekiwać tylko efektów pozytywnych, czy także negatywnych? Jakich?
- Czy uzyskane efekty należy odnieść tylko do działań systemu opieki zdrowotnej, czy też do działań innych systemów (np. systemu edukacji)?
- Kto będzie beneficjentem spodziewanych zmian?
- Z jakimi czynnikami warunkującymi efekt mamy tu do czynienia? Są to z zasady: wielkość problemu w populacji (np. liczba zachorowań na odrę w populacji poddanej szczepieniom); zdolność operacyjna osób lub służb działających na tym obszarze; zasięg terytorialny (rozległość) tych działań.

Aneks nr 1: Co należy brać pod uwagę przy opisie sytuacji zdrowotnej na danym terenie? Adaptacja na podstawie publikacji Milтона Terrisa: „*The Health Situation in the Americas. International Health. A North South Debate. Human Resources Development Series no. 95, PAHO / WHO*, [28].

I. Charakterystyka społeczności

- Poziom rozwoju ekonomicznego na danym obszarze:
 - stopień uprzemysłowienia, poziom urbanizacji;
 - charakter i poziom rozwoju rolnictwa.
- Czynniki składające się na standard życia ludności:
 - poziom wykształcenia ludności;
 - stan odżywienia, stan zaopatrzenia w żywność;
 - sytuacja mieszkaniowa, standard mieszkań;
 - poziom zatrudnienia (lub poziom bezrobocia);
 - poziom i źródła dochodu ludności;
 - stan transportu, komunikacja, łączność;
 - możliwości i formy uprawiania wypoczynku;
 - lokalna aktywność społeczna.

II. Poziom ryzyka zdrowotnego

- Czynniki swojego ryzyka dla zdrowia ludności:
 - grupa chorób zakaźnych;
 - grupa chorób niezakaźnych;
 - wypadki, urazy, zatrucia;

- zagrożenia zawodowe i środowiskowe.
- Czynniki determinujące swoiste ryzyko:
 - pochodzące ze środowiska naturalnego;
 - uwarunkowania społeczno-ekonomiczne;
 - uszkodzenia genetyczne.

III. Poziom opieki zdrowotnej

- Dominujące polityczno-ideologiczne podejście do:
 - systemu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych;
 - działań zapobiegawczych (na kim spoczywa odpowiedzialność za te działania? kto płaci?);
 - działań leczniczych (bezpłatne? współpłatność? pełnopłatność? czy istnieje system refundacji?);
 - działań rehabilitacyjnych (lista pytań jak wyżej).
- Zakres działań zapobiegawczych przeciwko:
 - najważniejszym chorobom zakaźnym;
 - najważniejszym chorobom niezakaźnym;
 - wypadkom, urazom, zatruciom;
 - czynnikom środowiska naturalnego i pracy;
 - uzależnieniom wszelkiego rodzaju.
- Stan lecznictwa (zamkniętego i otwartego):
 - rodzaj i liczba personelu wg specjalności;
 - rodzaj placówek leczniczych i ich wyposażenie;
 - ocena jakości świadczeń (usług) medycznych;
 - dostępność do świadczeń (usług) medycznych.
- Zakres dostępnej rehabilitacji. Czy istnieje:
 - rehabilitacja medyczna (biologiczna, fizyczna);
 - rehabilitacja społeczna (resocjalizacja);
 - rehabilitacja zawodowa (readaptacja do pracy).

Aneks nr 2: Przykładowa lista zalecanych przez WHO mierników do oceny postępu programu ZDW 2000 – adaptacja na podstawie dokumentu ICP/SPM 043: „*The Use of Health Indicators*”, WHO EURO Workshop, Brussels, 1980 [7].

A. Mierniki trwania życia ludzkiego:

1. Dalsze trwanie życia ludzkiego w momencie urodzenia, w pierwszym roku życia, w 20., 40., 60. roku życia (w poszczególnych grupach płci);
2. Umieralność niemowląt (oraz umieralność wczesna – noworodkowa, i późna – ponoworodkowa);
3. Umieralność okołoporodowa kobiet;
4. Umieralność porównywalna w poszczególnych grupach wieku oraz grupach zawodowych lub klasach społecznych;
5. Umieralność z wybranych przyczyn np.: wypadki, samobójstwa.

B. Mierniki stylu życia:

1. Spożycie alkoholu (w przeliczeniu na 100% alk.) na głowę mieszkańca;
2. Konsumpcja wyrobów tytoniowych (w przeliczeniu na liczbę papierosów) na głowę mieszkańca;
3. Odsetek populacji palącej (lub niepalącej);
4. Ciężę przed 15. rokiem życia (na 1000 dziewcząt w wieku 12–14) włączając dokonane aborcje);

5. Odsetek populacji zaangażowanej w działalność sportową lub rekreacyjną;
- C1. Mierniki jakości życia, powiązane ze stanem zdrowia:
 1. Odsetek ludności niepełnosprawnej, w wybranych grupach wieku;
 2. Odsetek dzieci poniżej i powyżej ustalonych widełek normy wagi i wzrostu w poszczególnych grupach wieku;
 3. Waga urodzeniowa noworodków w poszczególnych klasach społecznych oraz grupach wieku matek;
 4. Odsetek populacji będącej na niezrównoważonej diecie;
 5. Samoocena stanu zdrowia w poszczególnych grupach płci i wieku;
 6. Odsetek populacji powyżej 70. roku życia niezdolnej do samopielęgnacji (lub będącej w stanie trwałego uzależnienia od pomocy osób trzecich).
- C2. Mierniki jakości życia, powiązane ze stanem środowiska:
 7. Zapadalność na choroby przenoszone przez wodę i żywność;
 8. Odsetek populacji zamieszkającej w gospodarstwach domowych bez dostępu do zaopatrzenia w zdrową wodę;
 9. Odsetek populacji zamieszkającej w gospodarstwach domowych bez dostępu do sieci kanalizacyjnej;
 10. Odsetek populacji narażonej na czynniki skażenia powietrza, gleby, wody i żywności;
- D. Mierniki finansowe i społeczno-ekonomiczne
 1. Wydatki na zdrowie jako odsetek PKB;
 2. Wydatki na zdrowie na głowę mieszkańca;
 3. Wydatki na zdrowie (procentowo), pochodzące ze źródeł:
 - Rządowych i samorządowych;
 - Obowiązkowych ubezpieczeń społecznych;
 - Ubezpieczeń prywatnych (alternatywnych i dodatkowych);
 - Opłat bezpośrednich z kieszeni pacjentów;
 - Koszt funkcjonowania opieki zdrowotnej w podziale na piony i placówki opieki zdrowotnej (a także wg wybranych jednostek chorobowych).
 4. Odsetek budżetów rodzinnych wydawanych na zdrowie.
- E. Mierniki rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)
 - a. Odsetek zatrudnionych w POZ:
 - Pielęgniarek;
 - Lekarzy;
 - Innych kategorii personelu.
 - b. Koszt przypadający na funkcjonowanie POZ (w procentach);
 - c. Inne usługi POZ (inne niż usługi lecznicze).
 - Planowanie rodziny;
 - Szczepienia ochronne;
 - Promocja zdrowia / oświata zdrowotna;
 - Programy szczególnej opieki.
- F. Funkcjonowanie, dostępność, akceptacja opieki zdrowotnej:
 - Klasyczne wskaźniki wg wzoru: stosunek zasobów do populacji; zasoby: lekarze, stomatolodzy, pielęgniarki, łóżka szpitalne itp.;
 - Upływ czasu pomiędzy zdarzeniem (wystąpieniem stanu naglącego) a interwencją medyczną (przybyciem pogotowia);
 - Odsetek populacji mającej łatwy dostęp do lekarzy POZ;
 - Liczba osób na listach oczekiwania (lub czas oczekiwania) na planowany zabieg chirurgiczny, przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, zakładu leczniczo-opiekuńczego itp.;

- Odsetek populacji zadowolonej z usług opieki zdrowotnej;
- G. Wykorzystanie opieki zdrowotnej:
 - Częstość kontaktów (wizyt) w różnych typach placówek np. POZ;
 - Odsetek dzieci zaszczepionych przeciw poszczególnym chorobom zakaźnym;
 - Długość pobytu w szpitalu.

Aneks nr 3: Polski system informacji o opiece zdrowotnej w Polsce; adaptacja na podstawie: Goryński P., Kuszewski K.: Uwagi dotyczące planowania zapotrzebowania na kadry w opiece zdrowotnej w Polsce – Lekarze; w publikacji: Metodologia planowania kadr w specjalizacjach medycznych – Raport z badań pod red. J. Opolskiego, CMKP Warszawa 2007, str. 168–169 [9].

1. Systemy dotyczące stanu zdrowia populacji
 - Systemy oparte na indywidualnych zapisach (dane zbierane w sposób ciągły)
 - Rejestry wybranych chorób – nowotworów złośliwych (Instytut Onkologii); chorób i niedorozwojów psychicznych (Instytut Neurologii i Psychiatrii); gruźlicy (Instytut Gruźlicy); HIV/AIDS (Instytut Wenerologii AM w W-wie); chorób zawodowych (Instytut Medycyny Pracy, Instytut Medycyny Wsi); (są to systemy wewnątrz sektora zdrowia).
 - Rejestracja chorób zakaźnych, w tym przenoszonych drogą płciową, indywidualne dane tylko na poziomie powiatu, a zagregowane na poziomie województw (sektor zdrowia).
 - Rejestracja zgonów i urodzeń (systemy GUS).
 - Baza danych osób wypisywanych ze szpitali (Ogólnopolskie Badanie Chorobowości Hospitalizowanej) – oddzielne systemy dla szpitali ogólnych i psychiatrycznych (sektor zdrowia).
 - Rejestr osób tymczasowo lub stale niezdolnych do pracy (system ZUS).
 - Systemy oparte na danych zbieranych corocznie z opieki ambulatoryjnej
 - System zbierania zagregowanych danych o pacjentach leczonych w ogólnych i specjalistycznych jednostkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oparty na wybranych grupach diagnostycznych (sektor zdrowia).
 - Systemy zbierania danych o obowiązkowych szczepieniach powszechnych (sektor zdrowia).
2. Systemy zbierania danych o środowiskowych zagrożeniach zdrowia i warunkach sanitarnych (sektor zdrowia, sektor ochrony środowiska)
 - Systemy zbierania danych o pracownikach ochrony zdrowia
 - Rejestr lekarzy i dentystów (Polska Izba Lekarzy i Dentystów).
 - System zbierania corocznie danych o pracownikach medycznych z sektora zdrowia i innych sektorów (sektor zdrowia i GUS).
3. Systemy zbierania danych o infrastrukturze ochrony zdrowia
 - Rejestr zakładów opieki zdrowotnej (sektor zdrowia i MSWiA)
 - System zbierania corocznie zagregowanych danych o szpitalach (sektor zdrowia, GUS 9 – ostatni raz w 2003)
 - System zbierania rocznych zagregowanych danych o usługach ratunkowych (GUS)
 - System zbierania corocznie zagregowanych danych o aptekach (GUS)
 - System zbierania corocznie zagregowanych danych o wysokospecjalistycznym sprzęcie (sektor zdrowia).
4. Systemy zbierania danych o działalności zakładów ochrony zdrowia
 - System zbierania rocznych zagregowanych danych o działalności szpitali (sektor zdrowia)

- System zbierania rocznych zagregowanych danych o działalności opieki ambulatoryjnej (sektor zdrowia, GUS)
 - Systemy zbierania corocznie zagregowanych danych o ośrodkach krwiodawstwa (sektor zdrowia)
5. Systemy informacyjne Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)
 1. Systemy zbierające informacje o usługach zdrowotnych zakontraktowanych przez NFZ.
 2. Obecnie powraca koncepcja RUM (Rejestr Usług Medycznych); jest zapisana w rozważanych przez rząd aktach prawnych dotyczących reformy systemu finansowania ochrony zdrowia.

Bibliografia:

1. Alderson M.: An Introduction to Epidemiology. The Macmillan Press. London, 1976.
2. Assessment and Management of Environmental Hazards. Document: WHO/PEP/89.6.
3. Berkman L., Kawachi I.: Social Epidemiology, New York, Oxford University Press, 2000.
4. Bradford Hill – US Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Public Health Service Publications No. 1103, Washington D.C.
5. Brzeziński Z. J., Szamotulska K.: Epidemiologia kliniczna. Wyd. med. PZWL, Warszawa, 1997.
6. Cwikel J. C.: Social Epidemiology: Strategie for Public Health Activism, New York, Columbia University Press, 2006.
7. Dokument ICP/SPM 043: „The Use of Health Indicators”, WHO EURO Workshop, Brussels, 1980.
8. Doll R., Peto R.: Mortality in relation to smoking; 20 years observation on male British doctors. British Med. J. 1976, 2, 1525–1536.
9. Goryński P., Kuszewski K.: Uwagi dotyczące planowania zapotrzebowania na kadry w opiece zdrowotnej w Polsce – Lekarze; w: Metodologia planowania kadr w specjalizacjach medycznych – Raport z badań pod red. J. Opolskiego, CMKP Warszawa 2007, str. 168–169.
10. Guidelines on Studies in Environmental Epidemiology; Environmental Health Criteria 27, WHO, Genewa, 1983.
11. Health programme evaluation. WHO, Health for All Series Nr 6, Geneva, 1981.
12. Healthy People 2010, U.S. Dept. of Health and Human Services; w: T. Kue Young: Population Health. Concepts and Methods, Oxford University Press, New York, 2005.
13. Herzlich. C.: Health and Illness, Academic Press, London, 1973.
14. Jędrychowski W., Krzyżanowski M. (red.): Host Factors in Environmental Epidemiology, Proceedings of the Conference and Workshop, Cracow, June 11–14, 1995.
15. Jędrychowski W.: Epidemiologia. Wprowadzenie i metody. PZWL, Warszawa, 1986.
16. Karvonen M.: Epidemiology in the context of occupational health; w: WHO Regional Publications, European Series No. 20; Copenhagen, 1986.
17. Kasl S. V., Jones B. A.: Social epidemiology: toward a better understanding of the field, Intern. J. Epidemiology, 2002, 31, 1094–1097.
18. Kawachi I.: What is Social Epidemiology? Editorial. Soc. Science & Medicine, 2002, 54, 1739–1741.
19. Kostrzewski J. K.: Przegląd Epidemiologiczny (rok 1968, tom XXII, nr 3, str. 283).
20. Kostrzewski J. K., Lowe C. R. (z udziałem Zb. Brzezińskiego w wersji polskiej): Epidemiology. A guide to teaching methods. Churchill Livingstone, Edinburgh and London, 1973; wydanie polskie PZWL, Warszawa, 1973.
21. Krieger N.: A glossary for social epidemiology, J. Epidemiol. Community Health, 2001, 55, 693–700.
22. Krieger N.: Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective, Intern. J. Epidemiology, 2001, 30, 668–677.

23. Lalonde M. (Minister of National Health and Welfare): A New Perspective on the Health of Canadians, a working document, Ottawa, April 1974.
24. Lange Andersen K. et al: Fundamentals of exercise testing. WHO, Geneva, 1971.
25. Lange Andersen K., et al.: Habitual physical activity and health. WHO Regional Publications, European Series no. 6, WHO EURO, Copenhagen, 1978.
26. Last I. M.: A Dictionary of Epidemiology, Oxford University Press, UK, 2001, str. 62.
27. Martikainen P., Bartley M., Lahelma E.: Psychosocial determinants of health in social epidemiology, Intern. J. Epidemiology, 2002, 31, 1091–1093.
28. Milton T.: „The Health Situation in the Americas. International Health. A North South Debate. Human Resources Development Series no. 95, PAHO/WHO.
29. Montoya-Aguilar C.: Appropriate provision and management of service; w: Measurement in health promotion and protection. WHO Regional Publications, European Series No. 22, Copenhagen, 1987.
30. Murray C.J.L., Lopez A.D.: Global Burden of Disease Study, Lancet, 1997, 349; 1269–76; 1347–52; 1436–42; 1498–1504.
31. Murray C.J.L.: Quantifying the burden of disease: The technical basis for disability-adjusted life years. Bull. WHO, 1994, 72, 429–45.
32. Nicolle Ch.: Narodziny, życie i śmierć chorób zakaźnych. Nakładem „Mathesis Polskiej”, Warszawa, 1936.
33. Noack H.: Concepts of health and health promotion. W: Measurement in health promotion and protection, WHO Regional Publications, European Series No. 22, WHO EURO, Copenhagen, 1987.
34. Oakes J. M., Kaufman J. S.: Methods in Social Epidemiology, San Francisco, Jossey-Bass/Wiley, 2006.
35. Patrick D. L., Ericson P.: Health Status and Health Policy: Quality of Life I Health Care Evaluation and Resource Allocation. Oxford University Press, New York, 1993.
36. Risk Assessment in the Federal Government: Managing Process. Document: US National Research Council, 1983.
37. Rouquette C., Schwartz D.: Methodes en epidemiologie, Editions Medicales Flammarion, Paris, 1970.
38. Sakowska I., Wojtyniak B.: Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia, w: Wojtyniak B., Goryński P. (red.): Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP-PZH, Warszawa, 2008 (str. 185–203).
39. White K.L. et al.: Health services concepts and information for national planning and management. WHO, Public Health Papers Nr 67, Geneva, 1977.
40. Wojtyniak B., Goryński P.(red.): Sytuacja zdrowotna Polski, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2008.
41. Zeldis L.J., Matsumoto Y. S.: JNII-ABCC pathology studies, Hiroshima-Nagasaki. Provisional Research Plan 1. Description and scope of program. ABCC Technical Report. 1961, 11–62.

Organizacja i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Narodowy Fundusz Zdrowia (stan na 31.12. 2009)

Marek Balicki

Wprowadzenie

W 2009 r. minęło dwadzieścia lat od rozpoczęcia przemian demokratycznych w Polsce. W ciągu dwóch dekad transformacji ustrojowej i gospodarczej system zdrowotny przeszedł wiele zmian. Część z nich, zwłaszcza zapoczątkowanych w 1999 r. wielkimi reformami¹ rządu Jerzego Buzka, miała wręcz rewolucyjny charakter i burzliwy przebieg. Ważnym wydarzeniem ostatnich lat był wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7 stycznia 2004 r.², w wyniku którego uchwalona została obowiązująca do dzisiaj ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³. Ustawa ta wraz z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r.⁴ wyznaczają podstawowe ramy prawne funkcjonowania opieki zdrowotnej. System zdrowotny w Polsce, tak jak systemy funkcjonujące w innych krajach, jest ukierunkowany na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych ludności. Jednakże jego stan, zarówno w opinii ekspertów, jak i członków społeczeństwa korzystających z usług zdrowotnych był i wciąż jest niezadowolający. Zmiany organizacyjno-prawne, które nastąpiły po transformacji ustrojowej i reformach z 1999 r. spowodowały wzrost udziału opinii negatywnych, zwłaszcza o dostępności i liczbie świadczeń otrzymywanych w ramach publicznej opieki zdrowotnej [20].

1) W końcu lat dziewięćdziesiątych rząd Jerzego Buzka rozpoczął wprowadzanie czterech reform: szkolnictwa, emerytalną, administracyjną oraz służby zdrowia (wprowadzającą kasy chorych). Dwie ostatnie dotyczyły zmian w systemie zdrowotnym.

2) Wyrok pełnego składu Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03, OTK-A, nr 1, poz. 1. Sentencja została ogłoszona dnia 15 stycznia 2004 r. w Dz.U Nr 5, poz. 37.

3) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz.U z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

4) Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz.U z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.). Część problematyki uregulowanej pierwotnie w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej jest obecnie objęta: ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.), ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U z 2009 r. Nr 52, poz. 418, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.). Ustawy te weszły w życie 5 czerwca 2009 r.

System opieki zdrowotnej przechodzi nadal wiele zmian i przekształceń. Ich zakres i kierunek może się zmieniać w zależności od przyszłych warunków politycznych⁵, społecznych i ekonomicznych, a także dalszego postępu w biologii i medycynie. Przedstawiony w niniejszym rozdziale stan obecny stanowi zatem pewien etap w trwającym procesie przeobrażeń.

Struktura i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce są określone wieloma aktami prawnymi, m.in. ustawami regulującymi zawody medyczne⁶, ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawą o służbie medycyny pracy, ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, prawem farmaceutycznym, ustawą o chorobach zakaźnych i zakażeniach, ustawą o publicznej służbie krwi, ustawą o ochronie zdrowia psychicznego, a także ustawami dotyczącymi trzech szczebli samorządu terytorialnego⁷, prawem zamówień publicznych czy ustawą o finansach publicznych. Ale dwie najważniejsze ustawy to: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Stanowią one podstawę funkcjonowania systemu określając zarówno warunki, zakres, zasady i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, zasady powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jak i funkcjonowanie Narodowego Funduszu Zdrowia (płatnika) oraz zakładów opieki zdrowotnej (głównego dostawcy świadczeń). Określają również zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnych oraz kwestie nadzoru nad podmiotami publicznymi. Te fundamentalne dla systemu zdrowotnego akty prawne są szerzej omówione w następnych częściach rozdziału.

Podstawowe pojęcia i cele systemu zdrowotnego

Powszechnie przyjmuje się, że ochrona zdrowia oznacza „wszelką społeczną działalność, której celem jest zapobieganie chorobom i ich leczenie, utrzymanie rozwoju psychicznego, fizycznego i społecznego człowieka, przedłużanie życia, zapewnienie zdrowego rozwoju następnym pokoleniom” [26]. Natomiast opieka zdrowotna oznacza system zakładów opieki zdrowotnej i świadczonych przez nie usług, których celem jest umacnianie i poprawa zdrowia jednostek i społeczeństwa przez zapobieganie chorobom, wczesne ich wykrywanie, leczenie i rehabilitację, a gdy to jest niemożliwe – zmniejszenie skutków choroby i łagodzenie dolegliwości [14, 26]. Wynika z tego, że pojęcie ochrony zdrowia jest szersze i obejmuje zarówno opiekę zdrowotną, jak i działalność innych sektorów mających wpływ na stan zdrowia ludności np. ochrony środowiska, edukacji, gospodarki żywnościowej, infrastruktury czy systemu podatkowego. System ochrony zdrowia obejmować więc będzie system opieki zdrowotnej oraz elementy innych systemów.

System zdrowotny (opieki zdrowotnej) definiowany jest jako zorganizowany i skoordynowany zespół działań, którego celem jest realizacja świadczeń i usług profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, także promocji zdrowia, prowadzących do zabezpieczenia i poprawy stanu zdrowia jednostki i zbiorowości [16]. Według Włodarczyka system zdrowotny „to koncepcyjnie wyodrębniona całość, której części współprzyczyniają się do powodzenia tej całości, a powodzenie to jest rozumiane jako realizacja misji polityki zdrowotnej” [27].

5) Trudno nie zgodzić się z Włodarczykiem, który wskazuje w [3] na dominację w polityce zdrowotnej ostatnich lat cech modelu inkrementalnego (odpowiedź na sytuację, gra polityczna, doraźność, uleganie interesom wpływowych grup, dziedziczenie celów) nad modelem racjonalnym (uporządkowane założenia, cele ustalane na podstawie rozpoznania sytuacji, działania podporządkowane celom, naukowe metody działania).

6) Do zawodów regulowanych ustawowo należą: lekarz, lekarz dentysta, felczer, pielęgniarz, położna, ratownik medyczny, diagnosta laboratoryjny, farmaceuta, psycholog.

7) Tj. samorządu gminy, powiatu i województwa.

W sensie ogólnym, jako cele każdego systemu zdrowotnego wskazuje się:

- dostępność opieki dla całej populacji, bez względu na różnicujące ją kryteria ekonomiczne, społeczne, kulturowe i demograficzne,
- jakość opieki medycznej z uwzględnieniem zasady jej ciągłości i kompleksowości,
- efektywność opieki zdrowotnej rozumiana jako produktywność, racjonalność i skuteczność,
- stałe wdrażanie zmian doskonalących system oraz umożliwiających satysfakcję zarówno użytkowników systemu (pacjentów), jak i personelu medycznego udzielającego świadczeń [16].

Interesujące, zwłaszcza w kontekście krajowych debat, są przywołane przez Włodarczyka wyniki dyskusji przeprowadzonej w połowie lat 90. przez dwunastu ministrów zdrowia w Szkole Zdrowia Publicznego Uniwersytatu Harvarda. Ministrowie, opierając się na normatywnych wizjach kierowanych przez siebie systemów, jednogłośnie doszli do wniosku, że celem systemów zdrowotnych jest możliwie największa poprawa stanu zdrowia, w ramach dostępnych limitów finansowych [13, 29].

Przywołany autor wyodrębnia trzy sfery oddziaływania systemu [16]:

- 1) „trzon” systemu – służba zdrowia obejmująca ogół instytucji powołanych do udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 2) instytucje administrujące i finansujące służbę zdrowia;
- 3) obszar tradycyjnego działania zdrowia publicznego.

Rozpowszechnione jest też podejście wyróżniające trzech głównych uczestników systemu: pacjentów (jako podmioty korzystające ze świadczeń), wytwórców świadczeń zdrowotnych (lekarze, zakłady opieki zdrowotnej i in. podmioty udzielające świadczeń) oraz płatnika publicznego, nazywanego również „płatnikiem trzeciej strony” (dysponującego środkami publicznymi).

Ewolucja tradycyjnych modeli systemów zdrowotnych

W literaturze przedmiotu wyróżnia się cztery tradycyjne modele systemu zdrowotnego: Bismarcka (ubezpieczeniowy); Beveridge’a (zabezpieczeniowy); rezydualny (rynkowy) i Siemaszki (funkcjonujący w krajach realnego socjalizmu) [4, 19, 27]. Modele te na przestrzeni lat podlegały wielu zmianom, spowodowanym najczęściej problemami występującymi w ich funkcjonowaniu, takimi jak np. narastająca nierównowaga finansowa, nierówność w dostępie do opieki czy zróżnicowanie jakości świadczeń, i nie są już dzisiaj traktowane jako rozwiązania wzorcowe⁸. Obserwuje się odejście od normatywnego traktowania modeli na rzecz funkcji porządkowania zjawisk i wskazywania możliwości rozwiązywania problemów. Reformowanie systemów opieki zdrowotnej stało się cechą charakterystyczną współczesnej polityki zdrowotnej. Towarzyszy temu zjawisko konwergencji systemów zdrowotnych, w wyniku którego systemy te coraz bardziej się do siebie upodabniają odchodząc od pierwotnych założeń [27].

Ciekawe z perspektywy polskiego obserwatora, a zarazem ilustrujące to zjawisko, są zmiany w systemie opieki zdrowotnej w Niemczech. Od 1 stycznia 2009 r. funkcjonuje Fundusz Zdrowia (niem. Gesundheitsfond), do którego, w ujednoliconej wysokości wpływają składki wszystkich ubezpieczonych w ustawowych kasach chorych. Środki te są następnie dzielone pomiędzy poszczególne kasy chorych proporcjonalnie do liczby ubezpieczonych z uwzględnieniem wieku, płci i rodzaju choroby, a gdy wydatki na ubezpieczonego są wyższe od przeciętnego o 50%, również w postaci tzw. dodatków chorobowych. Jednocześnie wprowadzono obowiązek posiadania ubezpieczenia zdrowotnego przez wszystkich mieszkańców Niemiec. Osoby, których dochód przekracza

8) Model Siemaszki został poddany w krajach wychodzących z realnego socjalizmu ostrej krytyce i jego odrzucenie stało się jednym z elementów transformacji ustrojowej. Patrz także rozdział o systemach zdrowia.

określony ustawowo poziom mogą ubezpieczyć się w ustawowej kasie chorych albo firmie prywatnej. Prywatne firmy ubezpieczeniowe nie będą mogły odmówić ubezpieczenia, w szczególności ze względu na ryzyko związane ze stanem zdrowia. Równolegle przyspieszeniu uległ proces łączenia kas ustawowych, dzięki któremu powstają duże, silne ekonomicznie podmioty⁹. Także w Stanach Zjednoczonych, gdzie funkcjonował dotąd model rezydualny i około 46 milionów mieszkańców, stanowiących ponad 15% ogółu populacji (2007) nie było objętych żadnym ubezpieczeniem zdrowotnym [5], została przygotowana wielka reforma zdrowotna polegająca m.in. na wprowadzeniu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego oraz powołaniu państwowego funduszu ubezpieczeniowego mającego być alternatywą dla prywatnych towarzystw ubezpieczeniowych¹⁰.

W ostatnich latach w literaturze formułuje się nowe podejście do cech ułatwiających klasyfikację systemów zdrowotnych i jednocześnie przedstawiających wielość problemów. Wśród tak pojętych cech wymienia się: zasady wynagradzania dostawców, stopień administracyjnej centralizacji, liczbę instytucji publicznych zaangażowanych w ochronę zdrowia, metody kontroli procesu udzielania świadczeń przez państwo, odsetek ludności uprawnionej, podstawy i źródła uprawnień, zakres świadczeń objętych uprawnieniami [27].

Zmiany w Polsce w ostatnich dwóch dekadach

Zmiany przed 1999 r.

System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej na przełomie lat 80. i 90. ubiegłego wieku – w momencie wejścia Polski w okres transformacji ustrojowej – miał wiele cech modelu Siemaszki i charakteryzował się: budżetowym finansowaniem, centralizacją, bezpłatnym dostępem do świadczeń zdrowotnych dla osób uprawnionych, integracją opieki podstawowej i specjalistycznej (ambulatoryjnej i szpitalnej) w ramach tzw. zespołów opieki zdrowotnej¹¹, rejonizacją dostępu do świadczeń związaną z miejscem zamieszkania. Państwowe placówki opieki zdrowotnej podlegały administracji rządowej i były finansowane z budżetu państwa za pośrednictwem

9) Obejmujące nawet ponad 20 mln ubezpieczonych, jak np. GKV-Spitzenverband.

10) Rząd Stanów Zjednoczonych przygotował w 2009 r. reformę systemu zdrowotnego. Poprzednia próba zasadniczych zmian za prezydentury Clintona zakończyła się niepowodzeniem. Za jedną z głównych wad amerykańskiego systemu opieki zdrowotnej uznaje się brak zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkim Amerykanom i groźba ruiny majątkowej w przypadku choroby dotycząca zwłaszcza osób nieubezpieczonych. Brak ubezpieczenia dotyczy przede wszystkim osób pracujących na własnym rozrachunku, które muszą same wykupować ubezpieczenia od firm prywatnych, albo pracowników drobnych przedsiębiorstw. Ponadto, w ocenie rządu amerykańskiego nieuzasadnione wysokie koszty usług zdrowotnych przyczyniają się do stałego powiększania deficytu budżetowego i utrudniają amerykańskim korporacjom, które ubezpieczają pracowników, konkurowanie z firmami zagranicznymi. Założenia reformy przewidują obowiązek wykupienia przez wszystkich Amerykanów ubezpieczenia zdrowotnego, przy czym osoby mniej zamożne będą otrzymywały na ten cel państwowe subwencje w postaci ulg podatkowych. Firmy ubezpieczeniowe nie będą mogły odmówić polisy nawet osobom już chorym, unikać pokrycia kosztów leczenia pod różnymi pretekstami albo ustalać arbitralnie limity pokrycia szkód na zdrowiu – co jest w Stanach Zjednoczonych powszechną praktyką. Aby stworzyć alternatywę dla prywatnych towarzystw ubezpieczeniowych, które dyktują wysokie ceny, ma być powołany państwowy fundusz ubezpieczeniowy na wzór Medicare (fundusz dla osób pow. 65. r.ż. i niepełnosprawnych).

11) Polski model zespołów opieki zdrowotnej, jako organizacyjnej formy zintegrowanej opieki medycznej, został wdrożony w wyniku reformy z 1973 r. skorelowanej ze zmianą struktur administracyjnych państwa (likwidacja powiatów i utworzenie 49 województw). Reforma ta integrowała szpitale (rejonowe i powiatowe), przychodnie rejonowe i obwodowe w miastach, ośrodki zdrowia na wsi, stacje pogotowia ratunkowego, stacjonarne placówki opieki zdrowotnej i pomocy społecznej [14].

województw lub ministerstw¹². Warto przy tym dodać, że wcześniej przez wiele lat istniały znaczące grupy osób nieubezpieczonych związanych z tzw. gospodarką nieuspołecznioną (np. ludność rolnicza do 1971 r.), a liczne gabinety prywatne i spółdzielnie lekarskie udzielały świadczeń za pełną odpłatnością. Po 1989 r. system podlegał licznym zmianom. Powstały korporacje zawodów medycznych¹³, sprywatyzowane zostały apteki, zmieniły się zasady odpłatności za leki¹⁴, rozpadły się w większości zintegrowane struktury zespołów opieki zdrowotnej, pewien zakres kompetencji uzyskały samorządy gminne, nastąpił rozwój sektora prywatnego. Szacowano, że w pierwszej połowie lat 90. w sektorze prywatnym pracowało około 80% lekarzy, z których większość łączyła zatrudnienie w sektorze publicznym [23]. W 1995 r. w wyniku tzw. ustawy o wielkich miastach¹⁵ 46 dużych miast przejęło od administracji rządowej zadanie prowadzenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej wraz ze środkami.

Ważnym wydarzeniem było skierowanie do Sejmu w połowie lat 90. dwóch konkurencyjnych projektów ustaw: rządowego i prezydenckiego¹⁶, których celem było wprowadzenie w Polsce powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych. Projekt rządowy przewidywał utworzenie 11 regionalnych kas ubezpieczenia zdrowotnego obejmujących 2–4 mln ubezpieczonych, powiązanych terytorialnie z akademiami medycznymi, zrzeszonych w Krajowym Związku Kas. Projekt przewidywał także możliwość utworzenia kas branżowych dla służb mundurowych na podstawie decyzji ministra zdrowia. Składka została określona na poziomie 9,6%. Jednocześnie z projektem ubezpieczeń rząd przedstawił projekt ustawy koszykowej¹⁷ określającej: zakres świadczeń gwarantowanych, zasady korzystania z tych świadczeń, w tym propozycje dopłat do świadczeń gwarantowanych oraz świadczenia ponadstandardowe. Projekt ten był traktowany jako rozwiązanie poprzedzające wprowadzenie ubezpieczeń zdrowotnych. Natomiast projekt prezydencki przewidywał utworzenie kilkudziesięciu kas chorych terytorialnych, z których każda obejmowałaby co najmniej 0,5 mln osób. Możliwe byłoby również tworzenie kas zakładowych lub międzyzakładowych dla co najmniej 10 tysięcy pracowników. Ceny świadczeń miały być negocjowane ze Zrzeszeniem Lekarzy Kas Chorych, a wysokość składki miała wynosić 11%. Oba projekty przewidywały obowiązkowy charakter ubezpieczeń. W projekcie rządowym, w porównaniu do prezydenckiego, przykładano dużą wagę do mechanizmów koordynacji i planowania. Natomiast w projekcie prezydenckim położono nacisk na samodzielność i samorządność kas. W dniu 6 lutego 1997 r. ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym¹⁸ została uchwalona w kształcie zbliżonym do projektu rządowego i z datą wejścia w życie ustaloną na 1 stycznia 1999 r. Do ustawy zostały włączone rozwiązania z projektu ustawy koszykowej. Jednak jeszcze przed wejściem

12) M.in. za pośrednictwem ministerstw finansowane były szpitale kliniczne akademii medycznych, placówki służby zdrowia PKP, MSW i MON.

13) Pierwsze wznowiły działalność izby lekarskie na podstawie ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U Nr 38, poz. 158, z późn. zm.).

14) Ustawa z dnia 27 września 1991 r. o zasadach odpłatności za leki i artykuły sanitarne (Dz.U Nr 94, poz. 422, z późn. zm.) – utraciła moc z dniem 31 grudnia 1998 r., jednak podstawowe zasady przetrwały do dnia dzisiejszego i są zawarte w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

15) Ustawa z dnia 24 listopada 1995 r. o zmianie zakresu działania niektórych miast oraz o miejskich strefach usług publicznych (Dz.U Nr 141, poz. 692, z późn. zm.) – uchylona 31 grudnia 1998 r. w związku z wejściem w życie reformy administracyjnej rządu Jerzego Buzka.

16) Rządowy projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (druk sejmowy nr 1167 z 19 lipca 1995 r.) oraz przedstawiony przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (druk sejmowy nr 1192 z 12 lipca 1995 r.) – przygotowany faktycznie przez Społeczną Komisję Zdrowia przy KK NSZZ „Solidarność”.

17) Rządowy projekt ustawy o świadczeniach zdrowotnych gwarantowanych przez państwo ze środków publicznych (druk sejmowy nr 1168 z 19 lipca 1995 r.).

18) Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U Nr 28, poz. 153, z późn. zm.) – utraciła moc z dniem 1 kwietnia 2003 r.

w życie ustawa została zmieniona w sposób zasadniczy na początku kolejnej kadencji Sejmu i stała się podstawą prawną przeprowadzenia jednej z czterech reform z 1999 r. (ustawa o kasach chorych)¹⁹.

Jednym z najistotniejszych wydarzeń tej dekady było także uchwalenie w 1991 r. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Ustawa ta umożliwiała prowadzenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie tylko w formie jednostki budżetowej lub zakładu budżetowego, ale także jako samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (dalej: SPZOZ)²⁰ będącego jednostką prowadzącą działalność gospodarczą nie dla zysku²¹. Ustawa wprowadziła także możliwość podpisywania przez dysponentów środków publicznych umów z prywatnie praktykującymi lekarzami i przedstawicielami innych zawodów medycznych, a także niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej²². Regulacje te miały tworzyć warunki dla rozwoju konkurencji o środki publiczne [23], co dokonało się w szerokim zakresie dopiero po wprowadzeniu ubezpieczeń zdrowotnych.

Reformy z 1999 r.

Reformy z 1999 r., tj. reforma służby zdrowia i reforma administracyjna²³, wprowadziły zasadnicze zmiany w organizacji i finansowaniu systemu opieki zdrowotnej, które w większości funkcjonują do dnia dzisiejszego. Objęły one zmianę źródeł i zasad finansowania, powołanie nowych instytucji publicznych pełniących funkcję płatnika (kasy chorych), wprowadzenie zasady swobody wyboru lekarza i szpitala, przekazanie znacznej części zadań z zakresu ochrony zdrowia wraz z publicznymi zakładami opieki zdrowotnej samorządom terytorialnym (wojewódzkim, powiatowym i gminnym), przekształcenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej w jednostki samodzielne (SPZOZ) oraz ograniczenie funkcji i zadań administracji rządowej. Od 1999 r. dominującym źródłem finansowania publicznej opieki zdrowotnej są środki pochodzące z obowiązkowej składki osób ubezpieczonych będącej formą podatku celowego. Pozostałe publiczne źródła finansowania to budżet państwa oraz budżety samorządów. Składki są pobierane za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), a w przypadku rolników opłacane przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) i w całości pokrywane są z dotacji budżetowej. Środki te są następnie dystrybuowane przez instytucję płatnika – początkowo kasy chorych²⁴, a od 2003 r. Narodowy Fundusz Zdrowia – na podstawie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawieranych zarówno z SPZOZ, jak i z placówkami niepublicznymi oraz praktykami lekarskimi²⁵. Umowy są zawierane po przeprowadzeniu konkursu ofert i obejmują finansowanie określonej liczby świadczeń (tzw. limity), z wyjątkiem podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie wielkość finansowania zależy od liczby pacjentów objętych opieką (wpisanych na listę). Po 1999 r. utrzymana została, z nielicznymi

19) Ustawa z dnia 18 lipca 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz zmianie niektórych ustaw (Dz.U Nr 117, poz. 756).

20) Odpowiednie zarządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej umożliwiające przekazywanie środków publicznych samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej na podstawie umów zostało wydane w 1995 r. Do końca 1998 r. zaledwie kilkadziesiąt publicznych zakładów opieki zdrowotnej zostało przekształconych w formę SPZOZ w ramach programu pilotażowego uruchomionego w 1995 r. przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.

21) Charakter „non profit” związany jest m.in. z podmiotowo-przedmiotowym zwolnieniem z podatku dochodowego w przypadku przeznaczenia zysku na cele statutowe [14].

22) Rozporządzenie umożliwiające realizację tych rozwiązań zostało wydane w 1993 r.

23) Wprowadzająca m.in. trójstopniowy podział terytorialny państwa (gminy, powiaty i województwa) oraz decentralizację administracji publicznej.

24) Funkcjonowało 16 regionalnych kas chorych i branżowa kasa chorych dla służb mundurowych.

25) Już w pierwszym kwartale 1999 r. umowy zawarte przez kasy chorych z podmiotami prywatnymi stanowiły 36,7% ogólnej liczby umów i 5,8% ich wartości. Warto zaznaczyć, że liczba i wielkość podmiotów publicznych w tym okresie nie uległa zmniejszeniu.

wyjątkami, zasada bezpłatnego dostępu do świadczeń dla osób ubezpieczonych²⁶. Podsumowując – najważniejsze elementy zmian z 1999 r. to: zmiana sposobu finansowania, przekazanie większości zadań z zakresu ochrony zdrowia samorządom, usamodzielnienie publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz możliwość przekazywania środków publicznych podmiotom prywatnym.

Ustawa o Narodowym Funduszu Zdrowia z 2003 r.²⁷

Liczne problemy i trudności, które pojawiły się w pierwszych latach funkcjonowania systemu kas chorych, wywołały powszechną krytykę. Podnoszono nieuzasadnione zróżnicowanie terytorialne zakresu i dostępu do świadczeń zdrowotnych, różne zasady kontraktowania w poszczególnych kasach chorych, konieczność uzyskiwania przez pacjentów indywidualnej zgody macierzystej kasy chorych w przypadku konieczności leczenia specjalistycznego na terenie innego województwa (tzw. promesy), limitowanie liczby udzielanych świadczeń, narzucanie przez kasy chorych świadczeniodawcom niekorzystnych warunków umów. Do istotnych, niedostrzeganych przez autorów reform z 1999 r., przyczyn trudności należało zlekceważenie problemu koordynacji i sterowania skomplikowanym publicznym systemem opieki zdrowotnej [4, 15, 29].

W efekcie w 2003 r. doszło do uchwalenia ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (ustawa o NFZ)²⁸, która zastąpiła dotychczas obowiązującą ustawę z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (ustawa o kasach chorych)²⁹. Główną zmianą była likwidacja 17 kas chorych i powołanie w ich miejsce jednej, scentralizowanej instytucji płatnika pn. Narodowy Fundusz Zdrowia. Zniesiono Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, a nadzór nad realizacją ubezpieczenia zdrowotnego powierzono ministrowi zdrowia. Wprowadzono planowanie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych na poziomie wojewódzkim i krajowym. Ujednolicono zostały zasady korzystania ze świadczeń oraz warunki zawierania umów. Większość pozostałych elementów systemowych wprowadzonych w 1999 r. nie uległa istotnym zmianom (składka, zasady korzystania ze świadczeń, konkursy ofert poprzedzające zawieranie umów, limity, sytuacja publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej). Ustawa już w trakcie prac nad projektem była poddana powszechnej krytyce. Była ona wynikiem nie tylko oceny przyjętych rozwiązań merytorycznych (centralizacja) i jakości legislacyjnej projektu, ale również niedoceny wartości płynących z dialogu i porozumienia w procesie tworzenia kluczowych regulacji prawnych. Ustawa o NFZ weszła w życie 1 kwietnia 2003 r. i w krótkim czasie została w całości zaskarżona przez grupę posłów opozycyjnych do Trybunału Konstytucyjnego pod zarzutem niezgodności z konstytucją.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego

W wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r.³⁰ po rozpatrzeniu wniosku w pełnym składzie Trybunał Konstytucyjny (dalej: TK) orzekł, że podstawowe przepisy ustawy o NFZ, dotyczące organizacji i zasad działania Narodowego Funduszu Zdrowia, zasad zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych,

26) Warto dodać, że w pierwotnym brzmieniu ustawy, o której mowa w odnośniku 15, przewidziano zryczałtowane dopłaty za zakwaterowanie i wyżywienie w szpitalu, do 10 dni w roku. Wysokość dopłat miał określać minister zdrowia, nie przekraczając 1/40 najniższego wynagrodzenia za dzień pobytu w szpitalu (2009 r. odpowiadałoby to kwocie ok. 32 zł). Przepis ten został uchylony przez dużą nowelizację ustawy z 1998 r. (por. ¹⁵).

27) Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391, z późn. zm.) – utraciła moc z dniem 1 października 2004 r.

28) Ustawa, o której mowa w odnośniku 27.

29) Ustawa, o której mowa w odnośniku 18.

30) Wyrok TK, o którym mowa w odnośniku 2.

organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, gospodarki finansowej oraz zasad nadzoru i kontroli wykonywania zadań NFZ, są niezgodne z konstytucją. TK nie zakwestionował jedynie poprawności mechanizmów kształtowania składek na ubezpieczenie zdrowotne. Warto dodać, że znaczna część zakwestionowanych przez TK przepisów ustawy o NFZ była w podobny sposób uregulowana w ustawie o kasach chorych³¹. TK odroczył do 31 grudnia 2004 r. termin utraty mocy obowiązującej przepisów ustawy o NFZ i zasygnalizował ustawodawcy, aby rozważył możliwość pilnego przygotowania nowej ustawy wskazując, że okres przejściowy związany z niepewnością co do przyszłego kształtu rozwiązań powinien być jak najkrótszy. Ustalony przez TK termin wejścia w życie wyroku oznaczał definitywną utratę mocy obowiązującej niekonstytucyjnych przepisów.

Wyrok TK stanowi jeden z najważniejszych aktów ostatnich wpływających na kształt zmian w tym systemie opieki zdrowotnej w przyszłości, gdyż wytyczył granice, w jakich może poruszać się ustawodawca. TK wskazał, że „norma art. 68 ust. 1 konstytucji³² nie przesądza konstrukcji tego systemu jako całości ani jego poszczególnych elementów: charakteru prawnego źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych, charakteru i struktury płatnika (płatników) tych świadczeń czy też struktury własnościowej świadczeniodawców. Pewne ograniczenia swobody ustawodawcy w tym zakresie mogą jednak wynikać z innych konstytucyjnych zasad lub wartości. Z obowiązku rzeczywistego zapewnienia przez władze publiczne warunków realizacji prawa do ochrony zdrowia, które nie może być traktowane jako uprawnienie iluzoryczne bądź czysto potencjalne, wynika jednak wymaganie, iż system ten – jako całość – musi być efektywny”.

TK wskazując na konsekwencje, jakie wynikają z art. 68 ust. 2 konstytucji³³ podkreślił, że:

- konieczne jest funkcjonowanie w ramach szeroko pojętego systemu opieki zdrowotnej mechanizmów pozwalających na gromadzenie, a następnie wydatkowanie na świadczenia zdrowotne środków publicznych;
- świadczenia finansowane z wyżej wymienionych środków mają być dostępne dla obywateli (a więc już nie dla „każdego”), przy czym nie chodzi o dostępność jedynie formalną, deklarowaną przez przepisy prawne o charakterze „programowym”, ale o dostępność rzeczywistą, stanowiącą realizację określonego w ust. 1 art. 68 konstytucji prawa do ochrony zdrowia;
- dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych musi być równy dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej; proklamowana w analizowanym przepisie równość w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej stanowi rozwinięcie wyrażonej w art. 32 konstytucji³⁴ zasady równości oraz koncepcji solidaryzmu społecznego; zasady korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie są niezależne od zakresu partycypacji poszczególnych członków wspólnoty obywatelskiej w tworzeniu zasobu środków publicznych stanowiących źródło ich finansowania;
- ustawa nie może pozostawiać wątpliwości co do tego, jaki jest zakres świadczeń medycznych przysługujących beneficjentom publicznego systemu opieki zdrowotnej wobec istnienia wyraźnego nakazu konstytucyjnego określenia tej materii, a w konsekwencji nie

31) Ustawa, o której mowa w odnośniku 18.

32) Art. 68 ust. 1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.

33) Art. 68 ust. 2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

34) Art. 32 ust. 1. Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. ust. 2. Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny.

może wprowadzać – w ramach tego systemu – modelu pozwalającego na dyferencjację świadczeń w wypadku występowania podobnych potrzeb zdrowotnych;

- obowiązek zapewnienia opisanego powyżej standardu dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych obciąża władze publiczne; mimo więc, że konstytucja nie określa szczegółowo sposobu zadośćuczynienia temu wymogowi, pozostawiając to ustawodawcy zwykłemu, ochrona zdrowia w tym zakresie stanowi ustrojowo przypisane zadanie władz publicznych.

System opieki zdrowotnej w Polsce

Polski system zdrowotny oparty jest na modelu ubezpieczeniowym. Obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego objęci są prawie wszyscy mieszkańcy Polski. Ustawowe pojęcie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wymaga kilku słów wyjaśnienia, zwłaszcza w kontekście różnic pomiędzy prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym a powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Prywatne ubezpieczenie zdrowotne regulowane jest prawem ubezpieczeniowym. W prywatnym ubezpieczeniu dokonuje się oceny ryzyka i w wyniku tej oceny ubezpieczyciel wylicza wysokość składki (w terminologii ubezpieczeniowej z jęz. ang. – risk-adjusted premium, czyli składka ubezpieczeniowa zależna od ryzyka). Prywatny ubezpieczyciel może też odmówić objęcia danej osoby ubezpieczeniem. W systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego obowiązuje zasada solidaryzmu społecznego i prawo nie przewiduje oceny ryzyka zdrowotnego w kontekście określania wysokości składki. Bez względu na wysokość opłacanej składki ubezpieczonemu (świadczeniobiorcy) zapewnia się i finansuje ten sam zakres świadczeń opieki zdrowotnej. Zakres ten określa ustawa. Mamy zatem do czynienia z tzw. społecznym ubezpieczeniem zdrowotnym (z jęz. ang. – social health insurance), istotnie różniącym się od typowego, komercyjnego ubezpieczenia zdrowotnego. Używane w obowiązującej ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁵ pojęcie ubezpieczenie zdrowotne, należy rozumieć jako społeczne ubezpieczenie zdrowotne. Szersze omówienie tej problematyki wykracza poza ramy niniejszego rozdziału.

Głównym źródłem finansowania systemu opieki zdrowotnej są składki na ubezpieczenie zdrowotne³⁶, które stanowią ponad 60% ogółu wydatków przeznaczanych na zdrowie. Z dochodów indywidualnych ludności³⁷ pochodzi ok. 25% ogółu środków. Pozostałe środki pochodzą z podatków ogólnych dystrybuowanych zarówno przez budżet centralny (8%), jak i budżety jednostek samorządu terytorialnego (4,5%) oraz ze środków zakładów pracy (2%). W ostatnich latach wzrasta udział środków pochodzących z funduszy Unii Europejskiej.

Z budżetu państwa opłacane są składki rolników³⁸, bezrobotnych bez prawa do zasiłku oraz osób pobierających: zasiłki wychowawcze, renty wojenne, niektóre świadczenia pomocy społecznej i świadczenia rodzinne. Łącznie z budżetu państwa w 2007 r. przeznaczono na sfinansowanie składek ok. 2,5 mld zł, co stanowiło ok. 7% przychodów NFZ. Z budżetu państwa finansowane

35) Ustawa, o której mowa w odnośniku 3.

36) Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru, z tego 7,75% jest rekompensowane odpowiednim obniżeniem podatku od dochodów osobistych.

37) Wydatki bezpośrednie, tj. ponoszone przez pacjenta w momencie korzystania z usługi (z jęz. ang. – out of pocket payments). Ponad 60% tych wydatków jest przeznaczanych na zakup artykułów farmaceutycznych.

38) Składka na ubezpieczenie zdrowotne rolników jest równa kwocie odpowiadającej cenie połowy kwintala żyta z każdego hektara przeliczeniowego użytków rolnych w prowadzonym gospodarstwie.

jest ponadto ratownictwo medyczne (2007 – 1,2 mld zł), procedury wysokospecjalistyczne (2007 – 0,4 mld zł) oraz koszty świadczeń zdrowotnych dla osób nieubezpieczonych.

Polska należy obecnie do grupy krajów o relatywnie wysokim udziale wydatków prywatnych (z dochodów ludności, środków zakładów pracy i organizacji pozarządowych) w wydatkach na ochronę zdrowia, wyższym niż średnio dla krajów OECD i jednocześnie niskim poziomie finansowania publicznego wynoszącym mniej niż 4,5% PKB³⁹ [18].

Świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych dostarczane są przez ok. 1,6 tys. samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ), ok. 15 tys. niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej (NZOZ)⁴⁰ oraz liczne indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, pielęgniarskie i położnych⁴¹. Rolę płatnika pełni NFZ oraz Ministerstwo Zdrowia (w zakresie procedur wysokospecjalistycznych). Programy zdrowotne mogą być realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego, Ministerstwo Zdrowia i NFZ. Nadzór nad świadczeniodawcami i NFZ sprawują odpowiednie władze publiczne.

Jak już wcześniej wspomniano, system kształtowany jest przez dwie podstawowe ustawy: ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴² oraz ustawę o zakładach opieki zdrowotnej⁴³. Najważniejsze elementy obu tych ustaw zostaną omówione w kolejnych częściach rozdziału.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Opracowanie projektu i uchwalenie nowej ustawy zostało przeprowadzone w czasie kilku miesięcy po ogłoszeniu wyroku TK⁴⁴, co zażegnało niebezpieczeństwo poważnego kryzysu związanego z brakiem regulacji prawnych po 31 grudnia 2004 r. Na uwagę zasługuje fakt, że opracowanie projektu zostało poprzedzone przygotowaniem założeń nowych podstaw prawnych funkcjonowania systemu zdrowotnego przez powołany przez ministra zdrowia wkrótce po ogłoszeniu wyroku przez TK Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia⁴⁵ [22].

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: UŚOZ)⁴⁶ weszła w życie z dniem 1 października 2004 roku, zastępując ustawę o NFZ na trzy miesiące przed terminem określonym przez TK. Taki termin wejścia w życie ustawy umożliwił sprawną implementację nowych przepisów i przygotowanie zawierania umów na rok 2005. Od tego czasu UŚOZ była wielokrotnie nowelizowana. Najważniejsze zmiany dotyczyły uregulowania mechanizmu tworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych oraz ustawowych ram funkcjonowania Agencji

39) Dla porównania wg danych OECD dotyczących 2005 r. finansowanie publiczne wynosiło: Czechy – 6,4%; Słowacja 5,3%; Włochy 6,8%; Hiszpania 5,9%; Irlandia 5,8%; Dania 7,7%; Niemcy 8,2%; Francja 8,9%.

40) Z tego ok. 100 NZOZ jest prowadzonych przez spółki kapitałowe z większościowym lub 100% udziałem jednostek samorządu terytorialnego. Nie wszystkie NZOZ-y z większościowym udziałem prywatnym mają podpisane umowy z NFZ.

41) Praktyki te działają odpowiednio: na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz.U z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.) albo ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn.: Dz.U z 2009 r. Nr 151, poz. 1217).

42) Ustawa, której mowa w odnośniku 3.

43) Ustawa, o której mowa w odnośniku 4.

44) Wyrok TK, o którym mowa w odnośniku 2.

45) Przedstawiona przez Zespół strategia zmian w systemie opieki zdrowotnej była ostatnim tego typu opracowaniem przygotowanym na zlecenie ministra zdrowia w ostatnich latach.

46) Ustawa, o której mowa w odnośniku 3.

Oceny Technologii Medycznych z 2009 r.⁴⁷, dwukrotnej zmiany zasad podziału środków na województwa z 2007 r. i 2009 r. oraz zmiany części przepisów dotyczących refundacji leków z 2007 r.⁴⁸. Ponadto od 2007 r. finansowanie zespołów ratownictwa medycznego przejął od NFZ budżet państwa⁴⁹.

Zakres przedmiotowy i podmiotowy

UŚOZ określa: warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: świadczeń), zasady i tryb ich finansowania, zasady i tryb kwalifikowania świadczeń jako świadczeń gwarantowanych⁵⁰, zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń, zasady powszechnego (obowiązkowego i dobrowolnego⁵¹) ubezpieczenia zdrowotnego, podstawy instytucjonalno-proceduralne do stosowania przepisów wspólnotowych dotyczących zasad udzielania opieki zdrowotnej osobom przemieszczającym się na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Szwajcarii⁵², zasady funkcjonowania, organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ) i Agencji Oceny Technologii Medycznych (dalej: AOTM)⁵³, oraz zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń.

Uprawnionymi do korzystania ze świadczeń zgodnie z UŚOZ są:

- ubezpieczeni, czyli osoby podlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, ubezpieczający się dobrowolnie oraz członkowie rodzin osób ubezpieczonych (zarówno obowiązkowo, jak i dobrowolnie);
- określone kategorie osób innych niż ubezpieczeni, tj.: osoby uprawnione do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (UE); osoby, które nie ukończyły 18 r.ż., kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu oraz osoby, które spełniają warunki uprawniające do świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej.

Na szczególną uwagę zasługuje wprowadzony po raz pierwszy w UŚOZ przepis, który daje prawo

47) Ustawa z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz.U Nr 118 poz. 989).

48) Ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U Nr 166, poz. 1172).

49) W wyniku uchwalenia ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.).

50) Dodane przez ustawę, o której mowa w odnośniku 47.

51) Osoby nieobjęte obowiązkiem ubezpieczenia mogą ubezpieczyć się w NFZ dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku. Podstawę wymiaru składki w przypadku tych osób stanowi kwota deklarowanego miesięcznego dochodu, nie niższa jednak od kwoty odpowiadającej przeciętnemu wynagrodzeniu. Objęcie ubezpieczeniem dobrowolnym jest ponadto uzależnione od wniesienia opłaty wstępnej, której wysokość zależy od długości okresu przerwy w ubezpieczeniu (w NFZ) i opłacania składek; np. w przypadku przerwy trwającej ponad 3 miesiące jest to kwota stanowiąca 20% podstawy wymiaru składki miesięcznej, a gdy przerwa trwa ponad 10 lat opłata ta wynosi 200% podstawy.

52) Chodzi tu o następujące rozporządzenia:

- 1) rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 149 z 05.07.1971, str. 2 i n., z późn. zm.);
- 2) rozporządzenie Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74 z 27.03.1972, str. 1 i n., z późn. zm.) oraz
- 3) rozporządzenie Rady (WE) nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzającego przepisy rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo (Dz. Urz. WE L 124 z 20.05.2003, str. 1 i n., z późn. zm.).

53) Dodane przez ustawę, o której mowa w odnośniku 47.

do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie także osobom nieubezpieczonym, które spełniają warunki uprawniające do świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej. Osoby te muszą posiadać obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, spełniać kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy o pomocy społecznej⁵⁴ oraz warunek, że nie stwierdzono w stosunku do nich okoliczności, o której mowa w art. 12 ustawy o pomocy społecznej⁵⁵. Świadczenia te są finansowane z budżetu państwa za pośrednictwem NFZ, na podstawie decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) przez 90 od dnia jej wydania. Rozwiązanie to jest wypełnieniem normy określonej w art. 68 Konstytucji.

Kolejnym novum zawartym w przepisach ogólnych UŚOZ jest określenie szczegółowych zadań władz publicznych (ministra zdrowia, wojewody oraz samorządu gminy, powiatu i województwa).

UŚOZ radykalnie ograniczyła krąg osób sprawujących funkcje państwowe uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na szczególnych warunkach z kilku tysięcy osób do kilkunastu osób: Prezydenta R.P., Marszałka Sejmu, Marszałka Senatu i Prezesa Rady Ministrów oraz małżonków tych osób wraz z członkami rodzin będącymi na ich utrzymaniu⁵⁶.

Koszyk świadczeń gwarantowanych

Świadczeniem gwarantowanym jest świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ustawie⁵⁷. Termin świadczenie opieki zdrowotnej obejmuje trzy kategorie: świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe oraz świadczenie towarzyszące. Świadczenie zdrowotne jest to działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania. Świadczenia zdrowotne rzeczowe są to związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, i środki pomocnicze. Świadczeniem towarzyszącym jest zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodzienniej oraz usługi transportu sanitarnego.

Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu:

- 1) podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- 3) leczenia szpitalnego;
- 4) opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
- 5) rehabilitacji leczniczej;
- 6) świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
- 7) leczenia stomatologicznego;
- 8) lecznictwa uzdrowiskowego;

54) Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn.: Dz.U z 2008. Nr 115, poz. 728, z późn. zm.).

55) Art. 12. W przypadku stwierdzonych przez pracownika socjalnego dysproporcji między udokumentowaną wysokością dochodu a sytuacją majątkową osoby lub rodziny, wskazującą, że osoba ta lub rodzina jest w stanie przezwyciężyć trudną sytuację życiową, wykorzystując własne zasoby majątkowe, w szczególności w przypadku posiadania znacznych zasobów finansowych, wartościowych przedmiotów majątkowych lub nieruchomości, można odmówić przyznania świadczenia.

56) Art. 5a. ustawy z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe (Dz.U Nr 20, poz. 101, z późn. zm.).

57) Przepis zmieniony przez ustawę, o której mowa w odnośniku 47. W poprzednim brzmieniu świadczenie gwarantowane definiowane było jako świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości ze środków publicznych, na zasadach i w trybie określonych w ustawie.

- 9) zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze;
- 10) ratownictwa medycznego;
- 11) opieki paliatywnej i hospicyjnej;
- 12) świadczeń wyspecjalistycznych;
- 13) programów zdrowotnych;
- 14) leków.

Szczegółowe wykazy świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach wymienionych w pkt 1–13 określa minister zdrowia w drodze rozporządzeń wraz z warunkami realizacji danego świadczenia⁵⁸ – mając na uwadze treść rekomendacji prezesa AOTM oraz uwzględniając kryteria określone w art. 31a ust. 1 UŚOZ⁵⁹. Inaczej mówiąc, kwalifikacji świadczenia jako świadczenia gwarantowanego będzie dokonywał minister zdrowia. Rozwiązanie to zostało wprowadzone przez nowelizację UŚOZ z 25 czerwca 2009 r.⁶⁰, zwaną ustawą koszykową. Pierwszy pakiet 13 rozporządzeń liczący ok. 1200 stron obejmujących dwa numery Dziennika Ustaw wszedł w życie 31 sierpnia 2009 r.⁶¹.

Świadczeniobiorcy nie przysługują orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wskazane w ustawie⁶² oraz świadczenia opieki zdrowotnej niezakwalifikowane jako gwarantowane. Przepisy UŚOZ nie naruszają przepisów innych ustaw, na podstawie których świadczeniobiorca ma prawo

58) Minister zdrowia określa również poziom współfinansowania w przypadku wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, kosztów wyżywienia i zakwaterowania w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej, sanatorium uzdrowiskowym oraz przejazdu środkami transportu sanitarnego. Zakres współpłacenia nie został ostatecznie zmieniony ustawą, o której mowa w odnośniku 41 (ustawa koszykowa), mimo wcześniejszych zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia.

59) Art. 31a. 1. Podstawą zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1–13, jest jego ocena uwzględniająca następujące kryteria:

1) wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu:

- a) priorytetów zdrowotnych określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 2,
- b) wskaźników zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określonych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej;

2) skutki następstw choroby lub stanu zdrowia, w szczególności prowadzących do:

- a) przedwczesnego zgonu,
- b) niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
- c) niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
- d) przewlekłego cierpienia lub przewlekłej choroby,
- e) obniżenia jakości życia;

3) znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności:

- a) ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia,
- b) ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia,
- c) zapobiegania przedwczesnemu zgonowi,
- d) poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość;

4) skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo;

5) stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego;

6) stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych;

7) skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

60) Ustawa, o której mowa w odnośniku 47.

61) Dz.U Nr 139 i 140 z dnia 31 sierpnia 2009 r.

62) Zgodnie z art. 16 ust. 1 pkt 1 nie przysługują: orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej, orzecznictwa o niepełnosprawności, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, dodatku z tytułu urodzenia dziecka lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka.

do bezpłatnych świadczeń⁶³. Świadczenia te, a także świadczenia udzielane osobom do 18 r.ż. oraz kobietom, które są w okresie ciąży, porodu i połogu, udzielane świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni są finansowane z budżetu państwa. Przepisów UŚOZ nie stosuje się⁶⁴ wobec osób skazanych, którym świadczenia zdrowotne są udzielane bezpłatnie, bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, na podstawie Kodeksu karnego wykonawczego⁶⁵.

W UŚOZ utrzymano finansowanie niektórych świadczeń wysokospecjalistycznych udzielanych wszystkim świadczeniobiorcom z budżetu państwa na podstawie umów zawieranych przez ministra zdrowia. Wykaz i zakres udzielania tych świadczeń określa minister zdrowia w drodze rozporządzenia. Obecnie jest to kilkanaście procedur, m.in. przeszczepianie narządów i wybrane procedury z zakresu kardiologii i kardiologii. Od 1999 r. obserwuje się systematyczne ograniczanie liczby procedur wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu.

Ustawa koszykowa, która wprowadziła mechanizm tworzenia katalogu świadczeń gwarantowanych (koszyk pozytywny) oraz uregulowała funkcjonowanie AOTM, dotyczy istotnych społecznie kwestii zakresu i dostępności do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych i niewątpliwie otwiera kolejny etap w przekształcaniach systemu zdrowotnego w Polsce. W opinii Ministerstwa Zdrowia zawarte w niej rozwiązania miały być jednym z kluczowych elementów w procesie porządkowania systemu ochrony zdrowia⁶⁶. Istota zmian, która polega na odejściu od koszyka negatywnego na rzecz koszyka pozytywnego (katalogu świadczeń gwarantowanych zawartego w 13 rozporządzeniach) wymaga krótkiego omówienia.

Koszyk negatywny był rozwiązaniem polegającym na funkcjonowaniu ustawowego wykazu świadczeń opieki zdrowotnej, które nie są finansowane ze środków publicznych. Oznaczało to, że pozostałe świadczenia były finansowane i przysługiwały świadczeniobiorcy. Takie rozwiązanie przyjęte w 2004 r. wypełniało wymogi określone przez TK. W wyroku z 2004 r.⁶⁷ TK stwierdził, że: „Zgodnie z wymaganiami konstytucyjnymi (art. 68 ust. 2) ustawa powinna określać bądź koszyk świadczeń gwarantowanych, bądź (od strony negatywnej) świadczenia ponadstandardowe, które są finansowe ze środków pacjenta”. Niewątpliwie za wyborem zasady koszyka negatywnego przemawiały względy pragmatyczne. TK dał niewiele czasu na uchwalenie nowej ustawy, a stworzenie

63) Są to następujące ustawy:

- w stosunku do osób uzależnionych – ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jedn.: Dz.U z 2007 r. Nr 70, poz. 473, z późn. zm.) oraz ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.);
- w stosunku do osób chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo – ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U Nr 111, poz. 535, z późn. zm.);
- w stosunku do cudzoziemców umieszczonych w strzeżonym ośrodku lub przebywających w areszcie w celu wydalenia – ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach (tekst jedn.: Dz.U z 2006 r. Nr 234, poz. 1694, z późn. zm.);
- w przypadku świadczeń zdrowotnych związanych ze zwalczaniem chorób, zakażeń i chorób zakaźnych – ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. (Dz.U Nr 234, poz. 1570);
- w stosunku do osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego – ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.);
- w stosunku do osób, którym przyznano Kartę Polaka w przypadku korzystania ze świadczeń w stanach nagłych – ustawa z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz.U Nr 180, poz. 1280, z późn. zm.).

64) Z wyłączeniem przepisów określających zasady i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej oraz przepisów określających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

65) Na podstawie art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U Nr 90, poz. 557, z późn. zm.¹¹⁾).

66) List ministra zdrowia do Prezydenta RP [dostęp: 14-10-2009]. Dostępny w Internecie: www.mz.gov.pl/www-files/ma_struktura/docs/listmz_16072009.pdf

67) Wyrok TK, o którym mowa w odnośniku 2.

krótkiej listy negatywnej jest nieporównanie łatwiejsze niż określenie pozytywnej listy świadczeń gwarantowanych zawierającej tysiące pozycji. Świadczenia niegwarantowane zostały określone w ustawie (art. 16 i 17 UŚOZ – w brzmieniu sprzed wejścia w życie ustawy koszykowej), a w szczególności w załączniku do ustawy, który zawierał dwie kategorie tych świadczeń. Pierwsza objęła te, które nie były finansowane z uwagi na zakres ich zastosowania (np. operacje zmiany płci, poradnictwo seksuologiczne czy autoszczepionki), a druga – niefinansowane w poszczególnych zakresach zastosowania (np. pozytonowa tomografia emisyjna z wyjątkiem przypadków wymienionych w załączniku). To dość proste i czytelne rozwiązanie oparte na koszyku negatywnym oznaczało, że teoretycznie można było z łatwością określić co przysługuje świadczeniobiorcy⁶⁸. W praktyce jednak takiej pewności nie było, gdyż w pewnym zakresie koszyk był kształtowany przez NFZ poprzez pozbawione podstawy prawnej zarządzenia prezesa NFZ. Teoretycznie zarządzenia te miały dotyczyć jedynie określenia przedmiotu umów, ale w praktyce definiowały one pozaustawowo zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Dotyczyło to głównie procedur innowacyjnych i kosztochłonnych, o których finansowaniu lub niefinansowaniu rozstrzygał prezes NFZ nie mając do tego żadnych podstaw prawnych. Działo to się w sytuacji braku skutecznych instrumentów prawnych do zakwestionowania przez świadczeniobiorców (pacjentów) i świadczeniodawców sposobu, w jaki NFZ dokonywał wyboru tego czym i na jakich zasadach leczy się ubezpieczonych. Opisane słabości związane z przyjętym rozwiązaniem koszyka negatywnego wynikały w części z braku wypracowania po 2004 r. trybu kwalifikowania nowych procedur jako gwarantowane [2, 3].

Ustawa koszykowa wprowadziła rozwiązanie oparte na koszyku pozytywnym. Konsekwencją przyjęcia takiego rozwiązania jest to, że świadczenia niewykazane w katalogu świadczeń gwarantowanych nie będą mogły być finansowane ze środków publicznych i w konsekwencji nie będą przysługiwać ubezpieczonym. Przyjęcie takiego rozwiązania powoduje, że sytuacja z perspektywy świadczeniobiorców powinna być zdecydowanie bardziej klarowna niż to było dotychczas.

Wprowadzone w ustawie koszykowej rozwiązanie powoduje jednak, że zakres świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a więc podstawowa część praw osób ubezpieczonych, nie jest określony ustawą. Ustawa przenosi warunki i cały zakres udzielania świadczeń do aktów pozaustawowych. Może to budzić wątpliwości natury konstytucyjnej, zwłaszcza że kryteria, o których mowa w art. 31a ust. 1 w większości nie są wystarczająco dookreślone, precyzyjne i jasne w kontekście ustalania zakresu świadczeń gwarantowanych [9]. Tymczasem zgodnie z uzasadnieniem do wyroku TK z 2004 r.⁶⁹ jeśli niemożliwe jest (ani od strony pozytywnej, ani od strony negatywnej) ustalenie warunków i zakresu udzielania świadczeń gwarantowanych w ustawie, „ustawa powinna wprowadzać co najmniej dostatecznie jasne jednoznaczne kryteria formalne, według których następować będzie „in casu” ustalenie zakresu należnych pacjentowi świadczeń w ramach odpowiedniej, ustalonej w prawie procedury”. TK krytycznie odniósł się też do pomysłu regulowania wykazu ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych w drodze rozporządzenia⁷⁰ w ustawie z 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ wskazując, że: „Regulacja taka prowadzi w istocie

68) W przypadku ograniczonej możliwości udzielenia gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej świadczenia te są udzielane według kolejności zgłoszeń, z wyjątkiem świadczeń w stanach nagłych, które powinny być udzielane niezwłocznie.

69) Wyrok TK, o którym w odnośniku 2.

70) Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 4 kwietnia 2003 r. w sprawie wykazu ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych (Dz.U Nr 62, poz. 575) wydane na podstawie art. 47 ust. 4 ustawy o NFZ zawierało wykaz ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych, który obejmował: zabiegi chirurgii plastycznej i zabiegi kosmetyczne w przypadkach niebędących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstw jej leczenia; operacje zmiany płci; świadczenia z zakresu stomatologii inne niż określone w wykazie podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych również świadczenia z zakresu akupunktury, z wyjątkiem świadczeń udzielanych w związku z leczeniem bólu.

do paradoksalnego rozwiązania prawnego. Ubezpieczony odprowadzający tzw. składkę zdrowotną nie wie, do jakiego typu świadczeń zdrowotnych ma prawo. W ustawie o NFZ nie przewidziano bowiem instytucji tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych”.

Inny problem, często podnoszony przez ekspertów, wiąże się ze specyfiką opieki zdrowotnej. Wynika z niej jednoznacznie, że żaden wykaz świadczeń czy lista procedur medycznych nie może uwzględnić każdego możliwego przebiegu choroby lub każdej możliwej ewentualności, w jakiej znajdzie się pacjent [8]. Dlatego za racjonalne uznaje się przyjęcie zasady, że niewpisanie jakiegoś świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych nie zamyka definitywnie drogi do jego uzyskania. Zawsze powinna istnieć możliwość oceny sytuacji przez lekarza, a rozwiązania ustawowe powinny umożliwiać podejmowanie indywidualnych decyzji o finansowaniu leczenia ze środków publicznych, i to w możliwie krótkim czasie. Takiego rozwiązania w ustawie koszykowej nie przewidziano, mimo że występuje ono w wielu systemach ubezpieczeń zdrowotnych, i w jakimś zakresie funkcjonowało w ramach dotychczasowych rozwiązań. Może to rodzić problemy i wydaje się, że stanowi cofnięcie w stosunku do praktyki ostatnich lat. Warto pamiętać, że w odniesieniu do placówek publicznych wydatkowanie środków publicznych niezgodnie z prawem, w tym przypadku niezgodnie z rozporządzeniami koszykowymi, stanowi naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

Listy oczekujących

W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są niezwłocznie. Natomiast inne świadczenia – w szpitalach oraz świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej – są udzielane wg kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę. Nowymi rozwiązaniami, które zostały zawarte w UŚOZ, są przepisy regulujące tworzenie i monitorowanie list oczekujących. Listy powinny być prowadzone w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi przez ministra zdrowia. Listy oczekujących podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu, ocenie zespołu oceny przyjęć powołanego przez świadczeniodawcę. Informację o listach oczekujących, liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania świadczeniodawcy co najmniej raz w miesiącu przekazują do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Oddział publikuje na stronach internetowych informacje o prowadzonych przez poszczególnych świadczeniodawców listach oczekujących, liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej oraz o możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto NFZ tworzy centralny wykaz informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania w poszczególnych oddziałach wojewódzkich na podstawie informacji przekazywanych przez oddziały.

W zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych nadzór nad tworzeniem i prowadzeniem list oczekujących prowadzi minister zdrowia, uwzględniając w szczególności zmiany terminu, zmiany kolejności i ich przyczyny. Minister zdrowia udostępnia na stronie internetowej ministerstwa informację o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia wysokospecjalistycznego i średnim czasie oczekiwania na te świadczenia⁷¹.

Celem ustawowego uregulowania tzw. kolejek – tj. ustawowo określonych zasad dostępu do świadczeń planowych, polegających na prowadzeniu przez świadczeniodawców list osób oczekujących na świadczenia z zapewnieniem pełnej, jawnej informacji o możliwości udzielenia świadczenia i czasie

71) Przepisów UŚOZ dotyczących list oczekujących nie stosuje się do świadczeń z zakresu przeszczepów udzielanych osobom, które są wpisane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie, zgodnie z przepisami o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

oczekiwania, a także o możliwości skorzystania ze świadczenia zdrowotnego u innego świadczeniodawcy – było zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej rozumianego jako dostęp rzeczowy, stanowiący realizację określonego w ust. 1 art. 68 konstytucji prawa do ochrony zdrowia. TK w wyroku z 7 stycznia 2004 r. zauważył, że: „konstytucyjne wymaganie określenia w ustawie zakresu świadczeń medycznych, dostępnych na zasadach równości zakłada zarazem istnienie takiego systemu organizacyjnego publicznej służby zdrowia, który umożliwi realizację tych zasad. Ustawowe ustalenie zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych należy bowiem uznać za niewystarczające, jeśli system jest dysfunkcyjny i przez to niezdolny do urzeczywistnienia formalnie gwarantowanej w konstytucji zasady równej dostępności do wyżej wymienionych świadczeń”.

Programy zdrowotne

Potrzeba regulacji dotyczącej programów zdrowotnych wynikała z negatywnej oceny realizacji programów przez NFZ w okresie obowiązywania uchylonej ustawy o NFZ. Dotyczyło to w szczególności tzw. programów lekowych. Programy te były wcześniej realizowane bez ustawowej podstawy prawnej oraz z pominięciem jasnych i przejrzystych zasad podejmowania decyzji w sprawie objęcia programami kolejnych leków.

Zgodnie z UŚOZ programy zdrowotne dotyczą w szczególności:

- ważnych zjawisk epidemiologicznych;
- innych istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania;
- wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.

Program zdrowotny może być opracowywany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministrów, jednostki samorządu terytorialnego lub NFZ. W przypadku programów zdrowotnych opracowywanych, wdrażanych, realizowanych i finansowanych przez NFZ, dokonuje on wyboru realizatora programu zdrowotnego i zawiera z nim umowy, na zasadach i w trybie określonych dla umów zawieranych ze świadczeniodawcami. W przypadku, gdy program zdrowotny jest opracowywany, wdrażany, realizowany i finansowany przez inny podmiot niż NFZ – wybór realizatora programu jest dokonywany w drodze konkursu ofert. Obecne regulacje prawne ograniczają podejmowanie decyzji przez NFZ w sposób dyskrecyjny w sprawie finansowania leczenia ubezpieczonych w ramach programów zdrowotnych.

Zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

Świadczeniobiorca ma prawo wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza dentystry, świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych oraz szpitala spośród podmiotów, które zawarły umowę z NFZ. Wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorca dokonuje w formie pisemnej wypełniając tzw. deklarację wyboru. W przypadku korzystania z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych (m.in. lekarza specjalisty), leczenia szpitalnego i rehabilitacji leczniczej wymagane jest posiadanie przez świadczeniobiorcę skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego⁷². Ustawa zawiera generalną zasadę, że skierowanie nie jest wymagane w stanach nagłych.

Warto w tym miejscu poświęcić kilka zdań zasadzie, iż ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne są udzielane na podstawie skierowania. Jest to rozwiązanie funkcjonujące w wielu krajach, gdzie lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, pełni rolę tzw. gatekeeper'a („odzwier-

72) Lekarzem ubezpieczenia jest lekarz lub lekarz dentysta, który zawarł umowę z NFZ albo jest zatrudniony u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z NFZ.

nego”) regulującego korzystanie ze świadczeń specjalistycznych (ambulatoryjnych i szpitalnych). Od zasady tej w UŚOZ przewidziane są liczne wyjątki. I tak, skierowanie nie jest wymagane do świadczeń: ginekologa i położnika, dentysty, dermatologa, wenerologa, onkologa, okulisty, psychiatry, dla osób chorych na gruźlicę, dla osób zakażonych wirusem HIV, dla inwalidów wojennych i osób represjonowanych oraz dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego oraz dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych i dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Od początku funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, tj. od 1999 r., lista ta jest systematycznie rozszerzana. Poszerzanie listy o kolejne wyjątki należy uznać za niekorzystne z punktu widzenia ogółu ubezpieczonych. Brak wymaganego skierowania np. do onkologa oznacza, że trafi do niego wielu pacjentów, którzy nie wymagają konsultacji onkologicznej i którym wystarczałaby porada lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Natomiast część pacjentów ze stwierdzonym przez lekarza pierwszego kontaktu podejrzeniem choroby nowotworowej może trafić do onkologa zbyt późno. Ujmując problem w kategorii ekonomicznej mamy do czynienia z klasycznym efektem wypychania (z jęz. ang. crowding out effect): pacjent zdrowy wypycha pacjenta chorego.

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)

NFZ jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną. W skład NFZ wchodzi: centrala oraz oddziały wojewódzkie. W centrali oraz w oddziałach wojewódzkich utworzone są komórki organizacyjne do spraw służb mundurowych. Jest to rozwiązanie funkcjonujące już w ustawie o NFZ i jest pozostałością po zniesionej w 2003 r. branżowej kasie chorych dla służb mundurowych. NFZ zarządza pozyskanymi środkami finansowymi. W zakresie środków pochodzących ze składek działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.

NFZ działa na podstawie ustawy i statutu. Statut NFZ nadaje Prezes Rady Ministrów, w drodze rozporządzenia, określając w szczególności strukturę organizacyjną NFZ, w tym centrali i oddziałów wojewódzkich oraz siedziby tych oddziałów.

Organami Narodowego Funduszu Zdrowia są: Rada NFZ, prezes NFZ, rady oddziałów wojewódzkich NFZ oraz dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ. W sprawach niezastrzeżonych do zakresy zadań pozostałych organów właściwym organem jest prezes NFZ. Warto zauważyć, że w UŚOZ status organów NFZ zyskali dyrektorzy i rady oddziałów wojewódzkich, co związane jest ze znacznym zwiększeniem kompetencji szczebla wojewódzkiego w porównaniu do ustawy o NFZ z 2003 r.

Rada NFZ składa się z 10 osób powoływanych przez Prezesa Rady Ministrów na pięcioletnią kadencję. Tylko połowa członków Rady reprezentuje administrację rządową. Po jednym członku powołuje się do Rady spośród kandydatów wskazanych przez rzecznika praw obywatelskich, przez stronę samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Radę Działalności Pożytku Publicznego, a dwóch spośród kandydatów wskazanych przez Trójstronną Komisję do Spraw Społeczno-Gospodarczych. Warto zauważyć, iż minister zdrowia sprawujący nadzór nad działalnością NFZ ma obecnie tylko jednego przedstawiciela w Radzie.

Do zadań Rady należy m.in. kontrolowanie bieżącej działalności NFZ, opiniowanie planu finansowego NFZ i przyjmowanie sprawozdania z wykonania planu finansowego oraz sprawozdań z działalności NFZ. Do nowelizacji UŚOZ z lipca 2006 r. do zadań Rady należało również powoływanie i odwoływanie prezesa i jego zastępców. Rozwiązanie to było zbliżone do trybu

powoływania zarządu w spółce prawa handlowego. Taki tryb zwiększał uniezależnienie prezesa od bieżących uwarunkowań politycznych oraz zapewniał większą stabilność obsady tego stanowiska. Rozwiązanie to zarazem, jak pokazała praktyka, ograniczało wpływ rządu na realizację zadań ustawowych NFZ. Mimo tego zastrzeżenia wydaje się, iż rozwiązanie to z perspektywy stabilności publicznego systemu ochrony zdrowia było racjonalne. Nowelizacją UŚOZ z lipca 2006 r.⁷³ przywrócono stan z ustawy o NFZ z 2003 r., zgodnie z którym prezes NFZ powołuje i odwołuje Prezes Rady Ministrów. Zastępców prezesa powołuje i odwołuje na wniosek prezesa NFZ minister zdrowia.

Prezes NFZ kieruje jego działalnością i reprezentuje go na zewnątrz. Do zakresu działania prezesa NFZ należy m.in. prowadzenie gospodarki finansowej NFZ, przygotowywanie i przedstawianie Radzie corocznych prognoz przychodów i kosztów, sporządzanie i realizacja rocznego planu finansowego NFZ, sporządzania okresowych i rocznych sprawozdań z działalności NFZ, powoływanie i odwoływanie dyrektorów oddziałów wojewódzkich, nadzór nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich. Prezes wykonuje swoje zadania przy pomocy trzech zastępców (w tym zastępcę ds. służb mundurowych).

W oddziałach wojewódzkich działają rady liczące dziewięciu członków powoływanych przez sejmik wojewódzki na analogicznych zasadach, jak Rada NFZ. Rady te są organami o charakterze opiniodawczo-nadzorczym, a ich kadencja trwa cztery lata. Rada oddziału wydaje opinię w sprawie powołania i odwołania dyrektora oddziału wojewódzkiego.

Oddziałem wojewódzkim NFZ kieruje dyrektor. Do jego zadań należy m.in.: efektywne i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi oddziału, przygotowanie i przedstawianie radzie oddziału prognoz wpływów i wydatków, przygotowywanie projektu planu finansowego oddziału, realizacja planu finansowego oddziału, sporządzanie sprawozdania z wykonania planu finansowego oddziału, sporządzanie okresowych i rocznych sprawozdań z działalności oddziału, przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych, dokonywanie wyboru realizatorów programów zdrowotnych, zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych, oraz zawieranie i rozliczanie umów o realizację programów zdrowotnych, kontrola i monitorowanie ordynacji lekarskich oraz realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanie kontroli świadczeniodawców i aptek.

Zwiększenie zakresu zadań oddziału wojewódzkiego oraz nadanie statusu organów radzie i dyrektorowi oddziału wojewódzkiego świadczy o znaczącej decentralizacji NFZ zawartej w UŚOZ w stosunku regulacji zawartych w uchylonej ustawie o NFZ z 2003 r.

Na zakończenie tej części warto wspomnieć, że UŚOZ ograniczyła możliwość podejmowania dodatkowego zatrudnienia przez pracowników NFZ oraz wprowadzono rozwiązania eliminujące możliwe konflikty interesów.

Gospodarka finansowa NFZ

NFZ prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w UŚOZ. Zgodnie z ustawą o finansach publicznych NFZ zalicza się do sektora finansów publicznych⁷⁴, a zatem szereg regulacji zawartych w ustawie o finansach publicznych odnosi się także do NFZ.

73) Ustawa z dnia 13 lipca 2006 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U Nr 143, poz. 1030).

74) Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz.U Nr 249, poz. 2104, z późn. zm.).

Przychodami NFZ są m.in.: należne składki na ubezpieczenie zdrowotne; środki przekazane na realizację zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie; dotacje z budżetu państwa (w tym celowe) oraz przychody z lokat. Środki finansowe NFZ mogą pochodzić również z kredytów i pożyczek.

Kosztami NFZ są m.in.: koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych oraz dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji; koszty refundacji cen leków, wyrobów medycznych, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych; koszty zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie; koszty działalności NFZ, koszty poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz koszt odszkodowań.

Podstawą gospodarki finansowej jest roczny plan finansowy NFZ. Plan finansowy zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów jest sporządzany corocznie przez prezesa NFZ na podstawie projektów planów finansowych oddziałów wojewódzkich. Projekt planu jest wcześniej opiniowany przez Radę NFZ i sejmowe komisje zdrowia i finansów publicznych. Plan finansowy jest zatwierdzany w terminie do 14 sierpnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy plan, przez ministra zdrowia w porozumieniu z ministrem finansów. UŚOZ zawiera regulacje dotyczące postępowania w sytuacji nieustalenia lub zatwierdzenia planu. Prezes NFZ może też dokonać zmiany planu w trybie określonym dla zatwierdzania planu.

W planie finansowym NFZ określa się wysokość:

- planowanych kosztów dla centrali, w tym kosztów realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji;
- planowanych kosztów poszczególnych oddziałów wojewódzkich, w tym kosztów finansowania działalności poszczególnych oddziałów;
- łącznych przychodów i kosztów NFZ.

Na rezerwę ogólną przeznaczają się 1% planowanych kosztów NFZ.

Podział środków na województwa

Całkowicie nową regulacją o istotnym znaczeniu systemowym są wprowadzone począwszy od planu finansowego na rok 2006 zasady i sposób podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie z uwzględnieniem:

- liczby ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim NFZ;
- wydzielonych, według struktury wieku i płci, grup ubezpieczonych oraz wydzielonych grup świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych;
- ryzyka zdrowotnego odpowiadającego danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej w porównaniu z grupą odniesienia.

Planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki nie mogą być niższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej zaplanowanych w planie finansowym dla danego oddziału w roku poprzednim. Szczegółowy tryb i kryteria podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie określa w drodze rozporządzenia minister zdrowia w porozumieniu z ministrem finansów, po zasięgnięciu opinii prezesa NFZ.

Określenie zasad podziału środków na województwa jest jednym z najważniejszych nowych rozwiązań zawartych w UŚOZ. Po 2004 r. zasady te były dwukrotnie zmieniane w wyniku podejmowanych działań o charakterze politycznym. Ostatnia została dokonana jesienią 2009 r. w wyniku inicjatywy poselskiej i nie była poprzedzona przedstawieniem jakiegokolwiek raportu uzasadniającego potrzebę zmian⁷⁵.

75) Ustawa z 25 dnia września 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 178, poz. 1374).

Zawieranie umów ze świadczeniodawcami

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ jest umowa zawarta między świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego NFZ. Zawieranie przez NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań, z wyj. umów zawieranych ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi. NFZ jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Nie można zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ. Świadczeniodawcy mogą zlecać podwykonawcom udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ, jeżeli umowa tak stanowi.

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są jawne. NFZ realizuje zasadę jawności umów poprzez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem rodzaju, liczby i ceny zakupionych świadczeń oraz maksymalnej kwoty zobowiązań NFZ wobec świadczeniodawcy wynikającej ze wszystkich zawartych umów.

Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa m.in.:

- rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- wymagania dla podwykonawców inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach;
- zasady rozliczeń pomiędzy NFZ a świadczeniodawcami;
- kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy (tzw. limit).

Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie może być zawarta na czas nieoznaczony. Zawarcie umowy na czas dłuższy niż 3 lata wymaga zgody prezesa NFZ.

Ogólne warunki umów

Nowym rozwiązaniem wprowadzonym w UŚOZ jest określanie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (OWU) w drodze rozporządzenia ministra zdrowia. Projekt przygotowuje prezes NFZ i następnie uzgadnia jego treść z Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnymi organizacjami świadczeniodawców w trybie określonym w ustawie. Projekt ten powinien zawierać w szczególności rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, sposób wyceny tych świadczeń oraz warunki ich udzielania. W przypadku niezgodnienia projektu w ustawowym terminie minister zdrowia określa OWU w drodze rozporządzenia kierując się dobrem świadczeniobiorców oraz koniecznością właściwej realizacji umów. OWU ustala się nie częściej niż raz na 2 lata. Zasada negocjowania OWU z reprezentantami świadczeniodawców jest pierwszym tego typu uregulowaniem dotyczącym powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego po 1999 r. i dotyczy podstawowego dokumentu wpływającego na treść umów. Do 2005 r. kwestie te były ustalane jednostronnie w drodze zarządzenia prezesa NFZ.

Nadzór

Nadzór nad działalnością NFZ sprawuje minister zdrowia, a w zakresie gospodarki finansowej sprawuje minister finansów na zasadach przewidzianych w UŚOZ i przepisach szczególnych, stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności. Minister zdrowia sprawuje także nadzór nad działalnością świadczeniodawców w zakresie realizacji umów z NFZ, podmiotów, którym NFZ powierzył wykonywanie niektórych czynności oraz aptek w zakresie refundacji leków. Minister zdrowia bada uchwały Rady NFZ oraz decyzje podejmowane przez prezesa NFZ i stwierdza nieważność uchwały lub decyzji, gdy narusza ona prawo lub prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Minister zdrowia może także badać decyzje podejmowane przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ oraz uchwały podejmowane przez radę oddziału wojewódzkiego NFZ.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej

Jedną z kluczowych ustaw regulujących system opieki zdrowotnej w Polsce jest ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r. (dalej: UZOZ)⁷⁶. W opinii Tymowskiej [25], współautorki ustawy, jej „główną ideą było odejście od formuły gospodarki finansowej jednostki budżetowej na rzecz zakładu publicznego samodzielnego”. Zakłady społeczne służby zdrowia funkcjonowały wówczas wyłącznie jako jednostki budżetowe⁷⁷, tworzone i utrzymywane przez organ administracji państwowej. Były one częścią tej administracji co powodowało, że nie miały motywacji do efektywnego gospodarowania. Deficyt tych jednostek był uzupełniany przez organ tworzący, a ewentualna nadwyżka zgodnie z ówczesnym prawem budżetowym była odprowadzana do budżetu państwa. Wielkości środków na płace oraz tabele wynagrodzeń były ustalane centralnie. Ponadto zgodnie z ustawą o zakładach społecznych służby zdrowia z 1948 r. zadania państwa w zakresie ochrony zdrowia mogły realizować tylko zakłady społeczne⁷⁸. Celem autorów UZOZ było odejście od tej zasady i umożliwienie realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych również przez zakłady niepubliczne (prywatne) w drodze umów cywilnoprawnych (kontrakty) oraz wprowadzenie konkurencji o kontrakty między jednostkami publicznymi i niepublicznymi [25]. Aby to umożliwić wprowadzono nową formę gospodarki finansowej dla jednostek publicznych nazwaną samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej (SPZOZ). Z dniem 1 stycznia 1999 r. w ramach wspomnianych wcześniej czterech reform z 1999 r.: służby zdrowia i administracyjnej wszystkie publiczne zakłady opieki zdrowotnej udzielające świadczeń zdrowotnych osobom uprawnionym i działające jeszcze w formie jednostek budżetowych zostały przekształcone w SPZOZ.

Zakres przedmiotowy i podmiotowy

UZOZ składa się z siedmiu działów. Dział I dotyczy zarówno publicznych, jak i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej (dalej: NZOZ). Uregulowane są w nim kwestie ogólne, sprawy związane

76) Ustawa, o której mowa w odnośniku 4.

77) Jednostka budżetowa – jednostka organizacyjna sektora finansów publicznych, która wszystkie swoje wydatki pokrywa bezpośrednio z budżetu państwa albo jednostki samorządu terytorialnego, a wszystkie dochody odprowadza na rachunek odpowiedniego budżetu.

78) Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz.U Nr 55, poz. 434, z późn. zm.) – uchylona z dniem 15 stycznia 1992 r.

z funkcjonowaniem szpitali i niektórych innych zakładów opieki zdrowotnej, rejestr usług zdrowotnych, a także czas pracy pracowników służby zdrowia. Natomiast w dziale II uregulowane są sprawy dotyczące publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w tym m.in.: formy prowadzenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej; tworzenie, statut, przekształcenie i likwidacja publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zarządzanie i zasady gospodarki, szczególnie uprawnienia pracowników zatrudnionych w SPZOZ. Pozostałe działy dotyczą zakładów opieki zdrowotnej publicznych i niepublicznych. Zawierają one przepisy: o kontroli, o ZOZ podlegających szczególnej regulacji, o transporcie sanitarnym, a także przepisy karne.

Kwestie ogólne

Zgodnie z UZUZ zakład opieki zdrowotnej (dalej: ZOZ) jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych, utworzonym i utrzymywanym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych. ZOZ może być również utworzony i utrzymywany w celu prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych oraz realizacji zadań dydaktycznych i badawczych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Zakładem opieki zdrowotnej jest m.in. szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, sanatorium, hospicjum, zakład rehabilitacji leczniczej, pogotowie ratunkowe, przychodnia i ośrodek zdrowia.

Pomieszczenia i urządzenia ZOZ powinny odpowiadać wymaganiom fachowym i sanitarnym określonym przez ministra zdrowia. Wyroby medyczne nabywane i stosowane przez ZOZ powinny odpowiadać wymaganiom przepisów o wyrobach medycznych⁷⁹. Świadczenia zdrowotne w ZOZ mogą być udzielane wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające określone w przepisach wymagania zdrowotne. Wymagania, które powinny spełniać osoby na stanowiskach kierowniczych określa minister zdrowia.

Ustrój ZOZ oraz inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania, które nie zostały uregulowane w UZOZ określa jego statut. ZOZ może rozpocząć działalność dopiero po uzyskaniu wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, który na obszarze województwa jest prowadzony przez wojewodę. Rejestr dla publicznych ZOZ utworzonych przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną⁸⁰ i Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego prowadzi minister zdrowia. ZOZ, który przestał spełniać określone w UZOZ wymagania, albo narusza przepisy UZOZ lub przepisy o wykonywaniu zawodów medycznych, albo w sposób rażący narusza swój statut, podlega wykreśleniu z rejestru, gdy nie usunie uchybień w terminie wyznaczonym przez organ prowadzący rejestr.

ZOZ jest zobowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁸¹.

Zgodnie z art. 7 ZOZ nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, które potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

Publiczny zakład opieki zdrowotnej

Publicznym zakładem opieki zdrowotnej jest zakład utworzony przez: ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego, publiczną uczelnię medyczną⁸² lub Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. ZOZ utworzone przez

79) Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych (Dz.U Nr 93, poz. 896, z późn. zm.).

80) Także publiczną uczelnią prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

81) Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.).

82) Patrz odnośnik 80.

inne instytucje i osoby są niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej. ZOZ, utworzony przez spółkę kapitałową, w której 100% udziałów ma jednostka samorządu terytorialnego jest w rozumieniu UZOZ niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej. Publiczny ZOZ udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń, nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością. Publiczny ZOZ prowadzony jest w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SPZOZ), który pokrywa z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i zobowiązań. Publiczny ZOZ może być także prowadzony w formie jednostki budżetowej lub zakładu budżetowego, jeżeli prowadzenie tego zakładu w formie SPZOZ byłoby niecelowe lub przedwczesne. W takiej sytuacji jego gospodarka finansowa jest prowadzona na zasadach określonych w ustawie o finansach publicznych⁸³. Odpowiedzialność za zarządzanie publicznym ZOZ ponosi kierownik zakładu. Kierownicze stanowiska medyczne (m.in. ordynator, naczelnia pielęgniarka, pielęgniarka oddziałowa) w publicznym ZOZ są obsadzone w wyniku konkursu. Przy publicznym ZOZ działa rada społeczna, która jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu, który utworzył zakład, oraz organem doradczym jego kierownika.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (SPZOZ)

SPZOZ posiada osobowość prawną i samodzielnie gospodaruje przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym (otrzymanym lub zakupionym). SPZOZ nie ma zdolności upadłościowej. Wniesienie majątku SPZOZ lub przysługującego mu do niego prawa w formie aportu do spółek, jego przekazanie fundacji lub stowarzyszeniu, których przedmiotem działalności jest świadczenie usług w zakresie ochrony zdrowia, jest zabronione. SPZOZ może uzyskiwać środki finansowe m.in.: z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie umowy⁸⁴, na realizację programów zdrowotnych w rozumieniu UŚOZ i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne, w tym na niezbędne do ich wykonania wydatki inwestycyjne lub zakup specjalistycznych wyrobów medycznych, na realizację programów współfinansowanych ze środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej oraz z wydzielonej działalności gospodarczej, jeżeli statut zakładu przewiduje prowadzenie takiej działalności. Głównym źródłem utrzymania SPZOZ są środki przekazywane przez NFZ. SPZPZ może także otrzymywać dotacje budżetowe od podmiotu, który utworzył zakład na: realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom lub innych programów zdrowotnych oraz promocję zdrowia; pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne oraz remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego. UZOZ szczegółowo określa zasady i tryb tworzenia, przekształcania, łączenia i likwidacji SPZOZ. Zobowiązania i należności SPZOZ po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami podmiotu tworzącego (Skarbu Państwa, jeśli podmiotem tworzącym był organ administracji rządowej lub właściwej jednostki samorządu terytorialnego, publicznej uczelni medycznej lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego).

Przekształcenia SPZOZ w spółki kapitałowe

SPZOZ dzięki uzyskanej samodzielności, prawu do dysponowania nadwyżką (zyskiem), odpowiedzialności podmiotu tworzącego za jego działalność finansową oraz konieczności konkuro-

83) Ustawa z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz.U Nr 249, poz. 2114, z późn. zm.).

84) Umowy mogą być również zawierane z zakładem ubezpieczeń działającym na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U Nr 124, poz. 1151, z późn. zm.), tj. prywatnym towarzystwem ubezpieczeniowym lub towarzystwem ubezpieczeń wzajemnych (non profit).

wania o środki publiczne z innymi SPZOZ oraz NZOZ miał stać się jednostką efektywną i dobrze zarządzaną. Jednakże w czasie pierwszych kilku lat funkcjonowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej w formule SPZOZ ujawniły się słabe strony tej formy gospodarki finansowej. Polegają one m.in. na: braku profesjonalnego nadzoru właścicielskiego ze strony podmiotów tworzących, paraliżu decyzyjnym, nadmiernej biurokratyzacji i upolitycznieniu, wymuszaniu funkcji społecznych, braku środków na inwestycje, braku możliwości pobierania opłat po wykonaniu umowy z NFZ (co mogły czynić niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej) oraz możliwości niekontrolowanego zadłużania się wynikającej z niepodlegania prawu upadłościowemu i naprawczemu [25]. W słabościach formuły SPZOZ upatrywano, obok niewystarczającego w stosunku do realizowanych zadań wartości umów z kasami chorych oraz tzw. ustawy 203⁸⁵ narzucającej SPZOZ dokonywanie podwyżek pracowników bez zapewnienia odpowiednich środków finansowych, jednej z przyczyn narastającego zadłużenia się zakładów publicznych po 1999 r.

W ostatnich latach kilkadziesiąt jednostek samorządu terytorialnego z powodu wysokiego zadłużenia prowadzonych przez nich SPZOZ, uniemożliwiającego realizowanie zadań statutowych, doprowadziło do ich likwidacji i utworzyło spółki kapitałowe celem prowadzenia NZOZ z wykorzystaniem majątku zlikwidowanego SPZOZ. Od 1999 r. zostało w ten sposób „przekształconych” 71 szpitali samorządowych [6]. Największe ryzyko dla spółki kapitałowej wiąże się z możliwością upadłości i z tego ma wynikać silna motywacja mająca zmienić zachowania zarówno samej spółki, jak i organu tworzącego oraz płatnika (NFZ). Inne oczekiwane korzyści wynikające z „przekształcenia” to: możliwość szybkiej restrukturyzacji, możliwość pobierania opłat od pacjentów po wykonaniu kontraktu z NFZ, możliwość pozyskania prywatnych inwestorów i ograniczenie roli związków zawodowych [25]. Wśród celów przekształceń można wskazać: zwiększenie kontroli właścicielskiej, lepsze mechanizmy zarządzania i kontroli, wprowadzenie profesjonalnego zarządu, dbającego nie tylko o medyczną działalność zakładu, ale także o jego wyniki finansowe, zwiększenie odpowiedzialności zarządzających zakładem opieki zdrowotnej za podejmowane decyzje, większa elastyczność działania, możliwość pozyskiwania dodatkowych środków, a także wstęp do prywatyzacji. Warto zaznaczyć, że dotychczasowe przekształcenia były dokonywane bez odpowiedniej podstawy ustawowej, na co wskazał w swoim wyroku z 2009 r. Naczelny Sąd Administracyjny⁸⁶. Odpowiedni rządowy projekt ustawy rządowym ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw przewidujący możliwość przekształcania SPZOZ w spółki użyteczności publicznej, z zagwarantowanym ustawowo większościovym udziałem właścicielskim podmiotów publicznych, został odrzucony przez Sejm w 2005 r.

Pakiet ustaw zdrowotnych z 2008 r. i tzw. plan B

W 2008 r. Sejm uchwalił pakiet sześciu ustaw zdrowotnych mających zastąpić UZOZ. Pakiet obejmował o zakładach opieki zdrowotnej; prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta; o pracownikach zakładów opieki zdrowotnej; o akredytacji w ochronie zdrowia; o konsultantach w ochronie

85) USTAWA z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. (Dz.U z 2001 r. Nr 5, poz. 45).

86) Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z 10 marca 2009 r. (II OSK 1623/08) stwierdził, że w orzekanej sprawie przekazanie publicznych zadań likwidowanego publicznego ZOZ nastąpiło do NZOZ, w wyniku czego doszło do prywatyzacji zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia. Prywatyzacja określonej kategorii zadań publicznych musi mieć natomiast podstawę prawną, której obecnie brak. Sąd uznał, że likwidacja jedyne-go publicznego szpitala w powiecie powoduje wyzbycie się zadań z zakresu ochrony zdrowia, gdyż w celu realizacji tych zadań przez powiat ustawodawca określił prawną formę działania w postaci publicznej-go zakładu opieki zdrowotnej (art. 8 UZOZ).

zdrowia oraz Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia. Głównym celem pakietu było obligatoryjne przekształcenie wszystkich SPZOZ w spółki kapitałowe. Największe związane z tym kontrowersje budziły trzy kwestie: obligatoryjność przekształceń w spółki kapitałowe (w terminie do końca 2010 r.), możliwość prywatyzacji przekształconych w spółki zakładów oraz wprowadzenie zasady maksymalizacji zysku do zakładów udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w szczególności szpitali [1]. W przyjętych ustawach nie przewidziano ponadto żadnych regulacji dotyczących procedur likwidacji oddziałów szpitalnych czy innych jednostek w poszczególnych specjalnościach. Sprawy te pozostawiono do wyłącznej decyzji organów spółki. Jednocześnie rząd zapowiedział odstąpienie od opracowania regulacji dotyczącej sieci szpitali. W efekcie nowe warunki sprzyjałyby rozmieszczaniu poszczególnych jednostek tam, gdzie można osiągnąć najlepszy wynik finansowy, a nie gdzie są największe potrzeby zdrowotne. Ostatecznie część pakietu ustaw zdrowotnych dotyczących przekształceń (ustawy: o zakładach opieki zdrowotnej, o pracownikach zakładów opieki zdrowotnej oraz Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia) zostały skutecznie zawetowane przez prezydenta.

W kwietniu 2009 r. został przyjęty w drodze uchwały Rady Ministrów program wieloletni pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”⁸⁷. Program, który ma być realizowany w latach 2009–2011, ma zachęcać jednostki samorządu terytorialnego do powoływania spółek kapitałowych świadczących usługi medyczne w miejsce likwidowanych SPZOZ. Program zakłada dobrowolny charakter przekształceń, a nowo tworzone spółki nie będą następcą prawnym SPZOZ. W ramach programu przewidziano spłatę części zobowiązań przejętych przez jednostki samorządu terytorialnego po zlikwidowaniu SPZOZ, głównie zobowiązań publicznoprawnych, stanowiących ok. 40% ogółu zobowiązań. Program w pierwszym roku funkcjonowania nie spotkał się z większym zainteresowaniem ze strony jednostek samorządu terytorialnego. Obok niewystarczających środków przeznaczonych na jego realizację niewątpliwą barierą w jego realizacji jest brak odpowiednich rozwiązań ustawowych.

Zakończenie

System opieki zdrowotnej w Polsce, podobnie jak w wielu innych krajach, podlega ciągłym przekształceniom. To, co charakteryzuje sytuację w Polsce, w odróżnieniu od innych państw, zwłaszcza europejskich, to brak sformułowanej w formie dokumentu strategii zmian w systemie opieki zdrowotnej⁸⁸. Strategia taka powinna zawierać diagnozę sytuacji oraz założenia, cele i sposoby jej realizacji oraz okresowej ewaluacji, a przed jej przyjęciem winna być przedmiotem szerokiej debaty publicznej z udziałem m.in. ekspertów, polityków i organizacji pozarządowych. W przeciwieństwie do tak zarysowanego racjonalnego modelu polityki zdrowotnej w ostat-

87) Uchwała Nr 58 /2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”.

88) Tak określonej roli nie pełnią przyjęte w ostatnich latach dokumenty rządowe: Strategia Rozwoju Kraju 2007–2015 czy Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia 2007–2013. Pierwszy z wymienionych dokumentów, określający cele i priorytety polityki rozwoju Polski w perspektywie najbliższych lat oraz warunki, które powinny ten rozwój zapewnić, stanowi punkt odniesienia dla innych strategii i programów rządowych oraz dla programów i strategii opracowywanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Natomiast sektorowa Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia stanowi przede wszystkim podstawę działań modernizacyjnych i rozwojowych finansowanych ze środków Unii Europejskiej, a współfinansowanych ze środków krajowych. Integralną częścią Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w zakresie zdrowia publicznego jest Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Jest on kolejną edycją międzysektorowego programu realizowanego od początku lat dziewięćdziesiątych.

nich latach dominuje raczej doraźność, gra polityczna, uleganie interesom wpływowych grup czy dziedziczenie celów⁸⁹. Podejście to utrudnia traktowanie reformy organizacji i finansowania opieki zdrowotnej jako proces rozłożony na etapy co, jak obserwujemy na przykładzie reform przeprowadzanych w innych krajach europejskich, przyczyniłoby się do lepszego osiągania zamierzonych celów.

Kornai i Eggleston trafnie wskazują, że reforma ochrony zdrowia jest procesem, a nowe instytucje muszą mieć czas na ewolucję, a obywatele na adaptację. O rezultatach decyduje nie tylko stan początkowy i cele, ale również to, co się stanie na ścieżce rozwoju. Rezultaty zależą także od jakości i sposobu realizacji procesu politycznego. Brak szerokich i konstruktywnych debat powoduje, że politycy i media często ograniczają się często do daleko idących generalizacji, które zacierają rozwiązania alternatywne i ogólny obraz sytuacji. Skutkuje to m.in. tym, że większość obywateli i pracowników służby zdrowia nie zna treści regulacji przyjmowanych przez parlament, co w efekcie utrudnia proces ich wdrażania [8].

Skrótowy z konieczności przegląd działań dotyczących opieki zdrowotnej opisanych w niniejszym rozdziale, może być ilustracją wielu z wyżej wskazanych słabości. Warto ponadto zwrócić uwagę na obserwowane w ostatnich kilku latach próby odchodzenia, wbrew głoszonym hasłom, od realizacji zawartych w konstytucji zasad solidarności i sprawiedliwości, a także odpowiedzialności władz publicznych za zapewnienie wszystkim obywatelom równego dostępu do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Wśród przykładów wskazujących na to zjawisko można wskazać próbę obligatoryjnego przekształcenia szpitali publicznych w spółki kapitałowe bez odpowiednich zabezpieczeń przed niekontrolowaną prywatyzacją oraz reorientacją szpitali w przedsiębiorstwa kierujące się osiągnięciem jak najlepszego wyniku finansowego. Odstąpiono jednocześnie od stworzenia ustawowych ram planowania sieci szpitali udzielających świadczeń gwarantowanych. Jednak największym zagrożeniem dla realizacji art. 68 konstytucji, w świetle wyroku TK z 2004 r. oraz ustaleń ministerialnego zespołu, który przygotował raport nt. finansowania ochrony zdrowia w Polsce „Zielona Księga II” [18], jest niedostateczny poziom finansowania systemu ze środków publicznych. Poziom ten w relacji do PKB ostatnich lat nie przekracza 4,5%, podczas gdy w większości krajów EU mieści się w granicach 6–9% PKB. Jak pisze Leowski [10], niski poziom finansowania publicznego oznacza dla większości obywateli ograniczenie dostępności do opieki medycznej lub co najmniej obniżenie jej jakości.

Jest oczywiste, że system opieki zdrowotnej wymaga dalszych przekształceń. Ważne jednak, aby kolejne działania były poprzedzone przyjęciem przez rząd długofalowej strategii polityki zdrowotnej i były zgodne z konstytucyjnymi wartościami i zasadami.

Bibliografia:

1. Balicki M.: Przekształcenia SPZOZ-ów w spółki kapitałowe (projekty ustaw). W: Prawo i Medycyna, 2008, Nr 4, s. 5–14.
2. Balicki M.: „Koszyk” świadczeń gwarantowanych – nowe regulacje. W: Prawo i Medycyna, 2009, Nr 3, s. 5–13.
3. Balicki M.: Legalizacja samowoli. W: Menedżer Zdrowia, 2009, Nr 7, s. 28–32.
4. Balicki M.; Koronkiewicz, A.: System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej. W: Prawo medyczne. Wrocław, 2003, s. 129–160.
5. Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007. Current Population Reports. U. S. Government Printing Office, Washington DC, 2008.
6. Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych

89) Patrz odnośnik 5.

- decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2008. Ministerstwo Zdrowia, 2009. [dostęp: 14 października 2009]. Dostępny w Internecie: www.ratujemyshpital.pl/templates/admin/userfiles/file/Informacja_przekształceniach.pdf
7. Koronkiewicz, A.: Dawno temu w... Polsce. Powszechne ubezpieczenia zdrowotne – historia nie powtarza się. W: Menedżer Zdrowia, 2007, Nr 7, s. 30–32.
 8. Kornai J.; Eggleston, K.: Solidarność w procesie transformacji. Reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej. Warszawa, 2002.
 9. Koszyk wbrew konstytucji. Medycyna Praktyczna OnLine z 8 sierpnia 2008 r. [dostęp: 14 października 2009]. Dostępny w Internecie: www.mp.pl/kurier/index.php?aid=39806&reply=28204&print=1
 10. Leowski J.: Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Warszawa, 2004.
 11. Marciniak J., Dudarewicz, D., Tymowska, K.: Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej – procedura tworzenia oraz projekty umów. Warszawa, 1996.
 12. Misiński W.: Modelowanie systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Wrocław, 2007.
 13. Murray C. J. L.: Towards an analytical approach to health sector reform. Health Policy, 1995, Vol. 32, nr 1-3, s. 93-109.
 14. Nowa encyklopedia powszechna PWN. T. 4. Warszawa, 1996, s. 653.
 15. Opieka zdrowotna w Polsce po reformie. Raporty CASE Nr 53. Warszawa, 2002.
 16. Poździoch S.: System zdrowotny. W: Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia. T. 1. Kraków, 2000, s. 127–144.
 17. Raport. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga. Raport. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, 2004. Dostępny w Internecie: www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/raport_zk_211204.pdf
 18. Raport. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II. Raport. Wersja trzecia. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, 2008. Dostępny w Internecie: www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zielona_ksiega_06012009.pdf
 19. Sanecki M.: Przegląd modeli opieki zdrowotnej i ubezpieczeń zdrowotnych w różnych krajach świata. W: Zdrowie publiczne – wybrane zagadnienia. Warszawa, 2008, s. 119–170.
 20. Skrzypczak Z.; Czech M.: Ocena funkcjonowania systemu ochrony zdrowia finansowanego ze źródeł publicznych w świetle sondaży ankietowych i doniesień prasowych. W: Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne. Warszawa, 2008, s. 43–53.
 21. Sobczak A.: Finansowanie ochrony zdrowia. Warszawa, 2007.
 22. Strategia zmian w systemie opieki zdrowotnej. Szansa przezwyciężenia kryzysu. Ministerstwo Zdrowia, Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia, Warszawa, 2004. [dostęp: 14-10-2009]. Dostępny w Internecie: www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/szwsoz_220304.pdf
 23. Tymowska K.: Zmiana relacji między publicznym a prywatnym sektorem opieki zdrowotnej w Polsce. W: System umów w opiece zdrowotnej w Anglii i Polsce. Warszawa, 1996, s. 85–89.
 24. Tymowska K.: Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej – nadzieje i obawy. W: System umów w opiece zdrowotnej w Anglii i Polsce. Warszawa, 1996, s. 118–125.
 25. Tymowska K.: Zmierzch publicznych zakładów samodzielnych. W: Szpital Polski, 2003, nr 9, s. 3–8.
 26. Wielka Encyklopedia PWN. T. 19. Warszawa, 2003, s. 303, s. 513.
 27. Włodarczyk W. C.: Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym. Łódź – Kraków – Warszawa, 1996.
 28. Włodarczyk W. C.: Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej. Kraków, 1998.
 29. Włodarczyk C.: Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot. Kraków, 2003.
 30. Włodarczyk W. C.: Polityka zdrowotna. W: materiały na kursy specjalizacyjne Medycznego Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2009. [dostęp: 14-10-2009]. Dostępny w Internecie: www.mckp.cmuj.krakow.pl/szkolenia09/wszystkie/specjalizacyjne/materiały2009/polityka_zdrowotna3.pdf

Choroby układu sercowo-naczyniowego w Polsce

Grzegorz Opolski, Tomasz Zdrojewski

Epidemiologia kliniczna

Choroby układu sercowo-naczyniowego pozostają najczęstszą przyczyną zgonów na świecie i w Polsce. Na pierwszym miejscu wśród nich znajduje się choroba niedokrwienna serca, a na drugim – udar mózgu. W najbliższych latach w związku ze starzeniem się populacji oczekuje się wzrostu częstości występowania niewydolności serca oraz migotania przedsionków.

Choroba niedokrwienna serca (ChNS). Zapadalność roczna w stabilnej chorobie wieńcowej szacowana jest na około 200-400/100 000 osób, a wskaźnik chorobowości wynosi 2000–4000/100 000. Dławica piersiowa dotyczy około 25% osób po 75. roku życia. Z Ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Zespołu Wieńcowego (OZW) wynika, że rocznie w Polsce OZW występuje u około 140 tys. osób, w tym u ponad 90 tys. świeży zawał serca.

Udar mózgu. Udar mózgu jest drugą, po chorobie niedokrwienną serca, przyczyną zgonów sercowo-naczyniowych. Szacuje się, że rocznie w Polsce dochodzi do około 70 tysięcy udarów mózgu. Współczynnik zapadalności na udary mózgu wynosi 170/100 000. Śmiertelność wewnątrzszpitalna nadal jest wysoka i kształtuje się na poziomie ok. 15%. Po roku od udaru mózgu umiera prawie 40% chorych. U połowy pacjentów utrzymują się trwałe objawy neurologiczne będące przyczyną inwalidztwa.

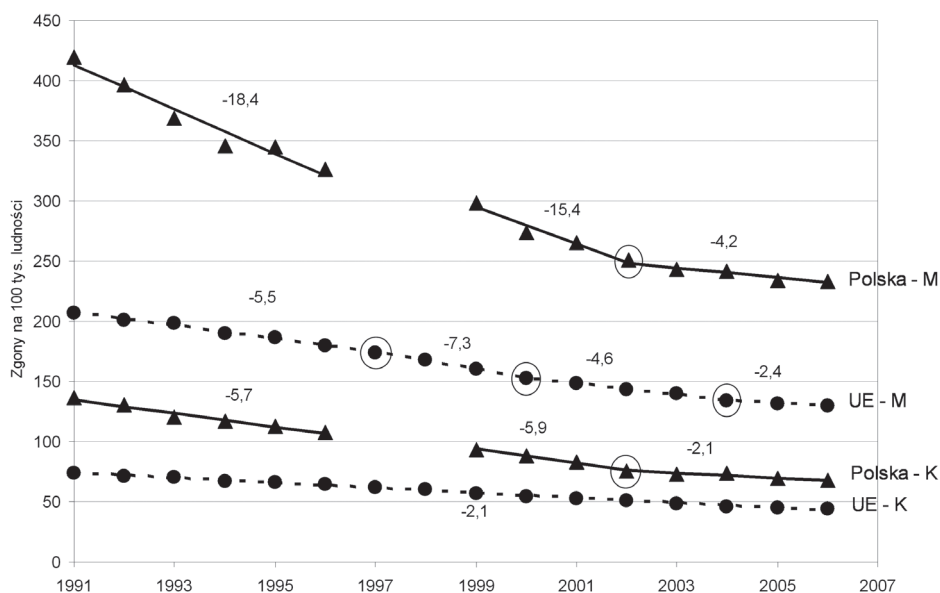
Niewydolność serca (NS). Szacuje się, że częstość występowania NS w populacji ogólnej wynosi w przybliżeniu 0,4–2%. Ocenia się, że w Polsce choruje ok. 700 tysięcy osób. Rocznie z powodu NS jest hospitalizowanych ponad 100 tys. chorych, w tym około 6 tys. z ciężką postacią tej choroby. NS dotyczy najczęściej osób w wieku podeszłym, można zatem przypuszczać, że obserwowane starzenie się naszej populacji i wydłużenie życia potencjalnie zwiększy liczbę chorych wymagających wielospecjalistycznej opieki. Leczenie niewydolności serca pochłania 1–2% budżetu na opiekę zdrowotną. Pomimo postępu, jaki dokonał się w ostatnich latach, rokowanie w NS nadal jest poważne, śmiertelność roczna chorych z ciężką postacią NS przekracza 20%.

Nagły zgon sercowy (NZS). Częstość występowania nagłych zgonów sercowych w populacji ogólnej szacuje się na około 1/1000/rok, można zatem przyjąć, że w Polsce dochodzi do ok. 38 tys. NZS rocznie. Jednocześnie NZS stanowią około 50% wszystkich zgonów z przyczyn

sercowo-naczyniowych. Zwiększone ryzyko wystąpienia NZS obserwuje się u chorych z NS, po przebytych zatrzymaniu krążenia i w grupach podwyższonego ryzyka po przebytych zawałach serca.

Migotanie przedsionków (MP). MP jest najczęstszą utrwaloną tachyarytmią, występującą u ok. 1% populacji osób dorosłych. Częstość MP zwiększa się wraz z wiekiem i dotyczy 0,5% osób między 50. a 60. rokiem życia oraz ponad 10% osób powyżej 80. roku życia. Liczba hospitalizacji z powodu MP jest znacznie większa niż z powodu innych arytmii serca.

Umieralność w Polsce z powodu chorób serca i naczyń. Umieralność z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce wzrosła gwałtownie w latach 70. i 80. ubiegłego wieku. Od połowy lat 80. ten niekorzystny trend uległ pewnemu zahamowaniu, a od początku lat 90. obserwuje się systematyczny spadek liczby zgonów sercowo-naczyniowych. Jednak w ostatnich latach tempo tych korzystnych zmian uległo spowolnieniu. Dobrze ilustrują to przedstawione na ryc. 1 trendy dotyczące umieralności przedwczesnej (tzn. zgonów, które wystąpiły przed 65. r.ż.) w latach 1991–2006 [11].

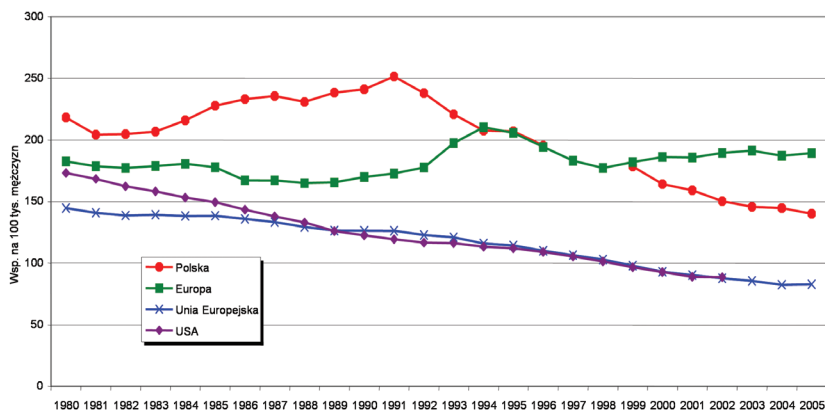


Ryc. 1. Trendy standardyzowanych współczynników zgonów z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego ogółem w wieku 25–64 lat oraz średnie roczne tempo ich zmian w Polsce i dla 27 krajów UE wg płci w latach 1991–2006. K – kobiety, M – mężczyźni, UE – Unia Europejska. (wg Wojtyniak B., Goryński P., [1], za zgodą)

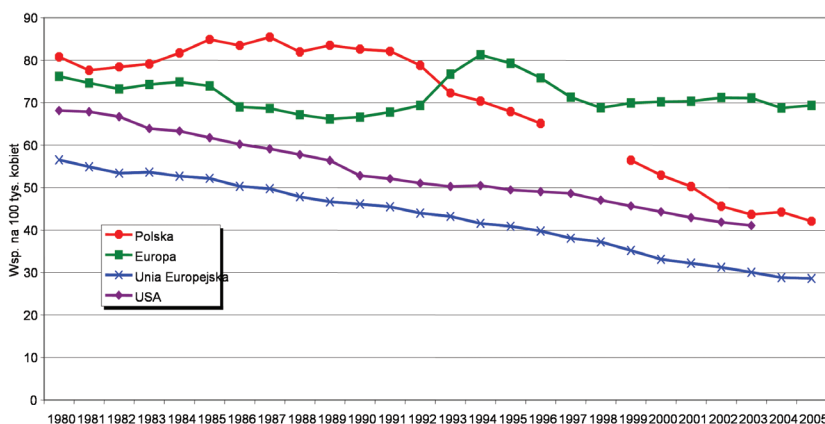
Choroby serca i naczyń są nadal najczęstszą przyczyną zgonów w naszym kraju. W 2006 r. zmarło ogółem 369,7 tys. osób, w tym 168,5 tys. z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, co stanowiło 45,6% wszystkich zgonów. Na przestrzeni lat 2000–2006 odsetek ten uległ tylko niewielkiemu obniżeniu, w 2000 r. wynosił bowiem 47,7% [4]. Rzeczywiste współczynniki zgonów w przeliczeniu na 100 tys. ludności wg płci w 2006 r. wynosiły 432,2 dla mężczyzn i 451,0 dla kobiet. Natomiast współczynniki standaryzowane (480,2 dla mężczyzn i 291,9 dla kobiet) wskazywały na utrzymywanie się „nadumieralności” mężczyzn [12].

Choroby układu krążenia są także główną przyczyną umieralności przedwczesnej. W 2006 r. zmarło w kraju 106,1 tys. osób w wieku od 25 do 64 lat, z czego 29,4 tys. (22,3 tys. mężczyzn; 7,1 tys. kobiet) z powodu chorób serca i naczyń. Stanowiło to 27,7% wszystkich przedwczesnych zgonów. W latach 2000–2006 odsetek ten uległ stopniowej redukcji. W roku 2000 wynosił 31,0% [4].

Pomimo poprawy sytuacji epidemiologicznej w dwóch ostatnich dekadach współczynniki umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym współczynniki umieralności przedwczesnej, są w Polsce w dalszym ciągu zdecydowanie zbyt wysokie. Duże różnice w porównaniu do krajów Unii Europejskiej (UE) uległy, co prawda redukcji, ale tempo zmian jest za wolne (ryc. 2, ryc. 3) [13].

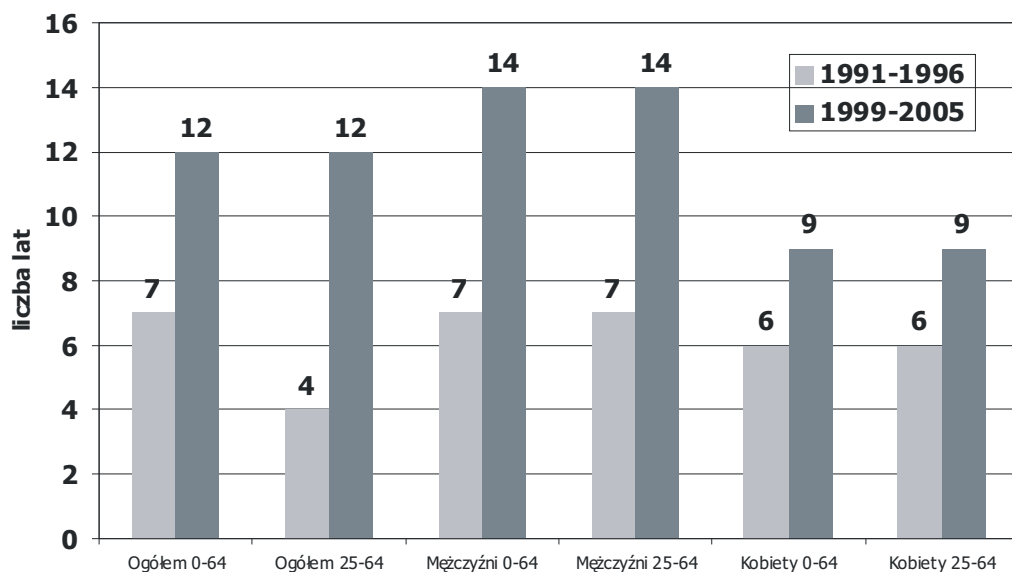


Ryc. 2. Standardyzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego poniżej 65 r.ż. w Polsce, krajach UE, całej Europie oraz USA, 1980-2005, mężczyźni. (wg Wojtyński B., Goryński P., [1], za zgodą)

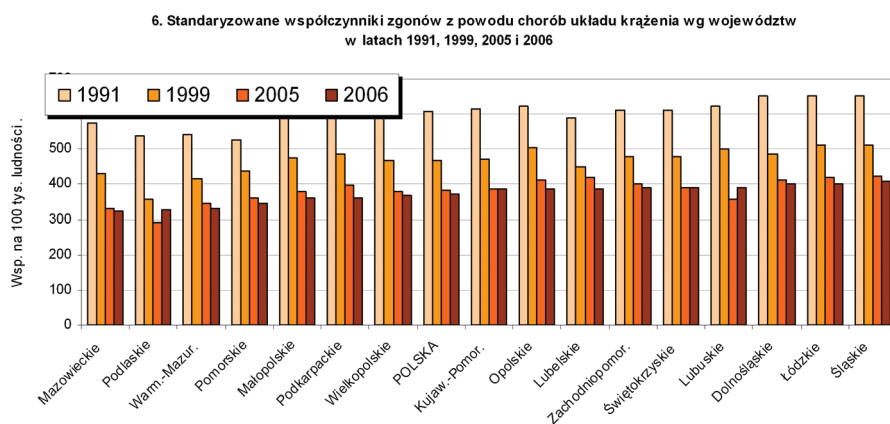


Ryc. 3. Standardyzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego poniżej 65 r.ż. w Polsce, krajach UE, całej Europie oraz USA, 1980-2005, kobiety (wg Wojtyński B., Goryński P., [1], za zgodą)

Szacunkowe obliczenia wskazują, że jeśli utrzymamy aktualne tempo redukcji umieralności przedwczesnej z przyczyn sercowo-naczyniowych (z lat 1999-2006), to osiągnięcie średnich wskaźników UE z 2005 r. nastąpi w przypadku mężczyzn po 14 latach (w 2019 r.), natomiast w przypadku kobiet po 9 latach (w 2014 r.), (ryc. 4). Polityka zdrowotna państwa powinna uwzględniać znaczne różnice terytorialne dotyczące umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego. Dobrą ilustracją tych różnic, które w 2006 r. wynosiły między niektórymi województwami 25%, oraz zmian w poszczególnych województwach po 1991 r. jest ryc. 5 [12].



Ryc. 4. Przewidywana liczba lat od 2005 r. potrzebna do osiągnięcia w Polsce poziomu wskaźnika przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w 15 krajach UE w 2004 r., przy tempie spadku współczynników zgonów w Polsce w okresie 1991–1996 oraz 1999–2005 (wg Wojtyniak B., Goryński P. [1], za zgodą)



Ryc. 5. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego według województw w latach 1991, 1999, 2005 i 2006 (wg Wojtyniak B., Goryński P. [1], za zgodą)

Najniższy średni wskaźnik umieralności wśród mężczyzn w latach 2001–2005 zaobserwowano w województwie podlaskim – 439/100 tys. (17% poniżej średniej krajowej), a najwyższy w województwie śląskim – 581/100 tys. (10% powyżej współczynnika ogólnopolskiego). U kobiet odpowiednie wartości wynosiły od 255/100 tys. w woj. podlaskim do 363/100 tys.

w woj. śląskim. Podsumowując, w kraju występuje tendencja do niższego zagrożenia zgonem sercowo-naczyniowym w województwach północno-wschodnich, a wyższego w województwach południowo-zachodnich i na południowym wschodzie.

Rozpowszechnienie i kontrola czynników ryzyka w Polsce

Analizy epidemiologiczne i działania prewencyjne powinny, zgodnie z aktualną wiedzą i rekomendacjami, opierać się na koncepcji globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego (5). Główne czynniki determinujące ryzyko zgonów i incydentów sercowo-naczyniowych są dobrze znane. W opublikowanym w 2004 r. wieloośrodkowym badaniu INTERHEART przeprowadzonym w 52 krajach wykazano, że sześć niezależnych czynników ryzyka (zaburzenia lipidowe, palenie, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość brzuszna i czynniki psychospołeczne) oraz trzy czynniki kardioprotekcyjne (konsumpcja warzyw i owoców, umiarkowane spożycie alkoholu oraz aktywność ruchowa) odpowiadają razem w 90% za ryzyko wystąpienia zawałów serca [15].

Podstawowym warunkiem dobrego planowania i monitorowania efektów dużych programów narodowych jest wiarygodna ocena rozpowszechnienia i kontroli czynników ryzyka [2], [15]. W Polsce do 2002 r. nie było kompleksowych programów badawczych na populacji ogólnokrajowej, jednak w ostatnich latach dokonano precyzyjnej oceny rozpowszechnienia i kontroli klasycznych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych na podstawie badań obejmujących reprezentatywne próby dorosłych mieszkańców: (NATPOL PLUS, WOBASZ, WOBASZ Senior [1], [7], [9], [16].

Nadciśnienie tętnicze. Nadciśnienie tętnicze jest jednym z najistotniejszych czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca, niewydolności serca oraz udarów mózgu. W Polsce nadciśnienie tętnicze dotyczy ponad 8 milionów osób dorosłych, a kolejne 8–9 milionów ma wartości ciśnienia uznane za wysokie prawidłowe. Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego wśród dorosłych Polaków w przedziale wiekowym 18–94 lat wynosi 29%, częstość występowania wzrasta z wiekiem. U osób przed 40. r.ż. wynosi ona 11% u mężczyzn i 3% u kobiet, między 40. a 59. r.ż. 34% u obu płci, powyżej 60. r.ż. nadciśnienie tętnicze stwierdza się u 60% kobiet i 54% mężczyzn. U około 30% chorych nadciśnienie nie zostało nigdy rozpoznane, a zaledwie ok. 1 mln chorych z nadciśnieniem tętniczym jest leczonych skutecznie. Aż 45% chorych pomimo leczenia nie uzyskuje zadowalającej kontroli ciśnienia tętniczego. Świadomość choroby jest wyższa u kobiet i szacuje się ją na około 73%, u mężczyzn na ok. 60%. Skuteczność leczenia chorych, u których udało się osiągnąć wartości ciśnienia tętniczego <140/90 mmHg, kształtuje się na poziomie 14% u kobiet i 10% u mężczyzn [7], [10], [17].

Zaburzenia lipidowe. Zaburzenia gospodarki lipidowej są najbardziej rozpowszechnionym czynnikiem ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, występują u ponad połowy dorosłych Polaków [6]. Podwyższony poziom cholesterolu w surowicy krwi obok nadciśnienia tętniczego i palenia tytoniu ma najsilniejszy związek z rozwojem choroby niedokrwiennej serca. Częstość występowania hipercholesterolemii wyraźnie wzrasta z wiekiem. Najczęstszym zaburzeniem gospodarki lipidowej jest podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego, stwierdzane u ok. 60% ogólnej populacji [16]. Stężenie cholesterolu LDL powyżej 115 mg/dl występuje w 55–60%, a obniżony poziom cholesterolu HDL w 15%–17% przypadków. Hipertriglicerydemię stwierdza się u 30% populacji [6], [16].

Palenie papierosów. Palenie tytoniu należy do najsilniejszych, potencjalnie odwracalnych czynników ryzyka wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego. Rozpowszechnienie palenia tytoniu w Polsce jest ciągle dość duże i dotyczy jednej trzeciej populacji ogólnej. Częstość

nałogu palenia jest istotnie większa wśród mężczyzn (42%) niż u kobiet (25%) w przedziale wiekowym 18–94 lat [16]. Odsetek palących zmniejsza się u osób powyżej 74. roku życia i wynosi odpowiednio 13% u mężczyzn i 7% u kobiet [7].

Zaburzenia węglowodanowe. Powikłania ze strony układu sercowo-naczyniowego są główną przyczyną zwiększonej przedwczesnej umieralności u chorych na cukrzycę, zwłaszcza typu 2. W naszym kraju choruje ok. 1,65 mln dorosłych mieszkańców, cukrzyca jest rozpoznawana u 6% kobiet i u 5,5% mężczyzn. Częstość występowania tzw. stanów przedcukrzycowych w ogólnej populacji: upośledzonej tolerancji glukozy i nieprawidłowej glikemii na czczo wynosi średnio 0,6% i 1,5%. Szczególnie duże jest rozpowszechnienie cukrzycy w grupie osób po 50. r.ż., szacowane na około 12,4%. Jednocześnie, co szósty chory na cukrzycę typu 2 nie jest świadomy swojej choroby [16].

Nadwaga i otyłość. Nadwaga i otyłość w populacji polskiej stanowią ogromny problem. Rozpowszechnienie tej grupy czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego jest bardzo duże. Nadwaga (BMI 25 – 30 kg/m²) występuje u około 40% mężczyzn i 28% kobiet. Otyłość z BMI $\geq$ 30 kg/m² jest nieznacznie częstsza u kobiet i rozpoznaje się ją w 19% przypadków, u mężczyzn w 18%. Otyłość trzewną mającą największe znaczenie w powstawaniu zwiększonego ryzyka sercowo-naczyniowego stwierdza się u 35% kobiet i 19% mężczyzn [16].

Zespół metaboliczny. Zespół metaboliczny określany jest jako współistnienie wzajemnie powiązanych czynników zwiększających istotnie ryzyko wystąpienia miażdżycy, cukrzycy typu 2 i ich powikłań naczyniowych. Występowanie zespołu metabolicznego nawet bez współistniejącej cukrzycy znacznie zwiększa ryzyko rozwoju choroby niedokrwiennej serca [3]. W populacji polskiej osób dorosłych rozpowszechnienie zespołu metabolicznego wynosi 20–23% u kobiet i 18–23% u mężczyzn, a częstość występowania tej jednostki chorobowej wyraźnie wzrasta z wiekiem. Jedynie u 23% osób nie wykryto żadnego z kryteriów zespołu metabolicznego [14], [16].

Niska aktywność fizyczna i czynniki psychospołeczne. Regularny wysiłek fizyczny jest jednym z czynników kardioprotekcyjnych. W populacji polskiej niską aktywność fizyczną deklaruje aż 56% kobiet i 49% mężczyzn w wieku 20–74 lat. Coraz większe znaczenie w etiologii choroby niedokrwiennej serca przypisuje się też czynnikom psychospołecznym. Przykładowo wykazano, że niski poziom wsparcia społecznego związany jest z nasileniem wskaźnika chorobowości i umieralności z powodu chorób serca. W warunkach polskich niski poziom wsparcia społecznego stwierdzono u 30% mężczyzn i 38% kobiet, a objawy depresji występowały odpowiednio w 24% i 34% przypadków [5].

Podsumowanie. Najbardziej rozpowszechnionym czynnikiem ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego są zaburzenia lipidowe. Występują u ponad połowy dorosłych Polaków. Drugim pod względem częstości czynnikiem ryzyka jest nadciśnienie tętnicze, które stwierdza się u ponad 8 mln dorosłych Polaków. Prawie 9 mln osób ma wysokie prawidłowe ciśnienie krwi. Niestety, co trzeci chory na nadciśnienie tętnicze nie wie o tym, a zaledwie u około 1 mln chorych jest ono leczone skutecznie. Równie ważnym problemem w kardiologii i neurologii jest cukrzyca, szczególnie typu 2, na którą choruje ok. 1,65 mln dorosłych Polaków. Ostatnie lata przyniosły w Polsce sukcesy w walce z paleniem tytoniu. Istotnie zmniejszyła się liczba osób palących, jednak papierosy pali co trzeci dorosły Polak.

Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego – POLKARD

Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego stanowi cel strategiczny nr 1 Narodowego Programu Zdrowia (NPZ)

na lata 2007–2015. Również w Narodowym Programie Zdrowia na lata 1996–2005 działania w kierunku poprawy kontroli czynników ryzyka chorób serca i naczyń stanowiły ważne cele operacyjne. Były one w tym okresie realizowane dzięki programom Ministerstwa Zdrowia, w tym Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego – POLKARD.

POLKARD jest oryginalną polską koncepcją programu koordynującego i integrującego działania środowiska kardiologicznego, kardiochirurgicznego i neurologicznego na rzecz wspólnej profilaktyki z kompleksowym podejściem do wszystkich czynników ryzyka oraz upowszechnienia nowoczesnych, zintegrowanych sposobów postępowania w chorobach sercowo-naczyniowych. Program POLKARD był kontynuatorem realizowanych wcześniej: Narodowego Programu Ochrony Serca oraz Narodowego Programu Leczenia Udaru Mózgu.

Głównym celem Programu POLKARD jest redukcja umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce, w tym zmniejszenie umieralności przedwczesnej w latach 2003–2012 o co najmniej 30%. Cel ten jest realizowany poprzez zwalczanie klasycznych czynników ryzyka miażdżycy, wprowadzanie nowoczesnych, skutecznych metod diagnostycznych i terapeutycznych oraz działania na rzecz wyrównywania powstałych w kraju dysproporcji w dostępie do wyspospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii, kardiologii dziecięcej, kardiochirurgii i neurologii (zakup sprzętu i szkolenie specjalistów). Istotnym i niezbędnym uzupełnieniem programu POLKARD jest monitorowanie i analiza wybranych problemów chorobowych w kraju (rycina 6).



POLKARD w kardiologii

- Programy prewencyjne
- Rejestry podstawowych chorób
- Ocena standardów postępowania
- Upowszechnianie nowoczesnych procedur
 - szkolenie kardiologów interwencyjnych i elektrofizjologów
 - sprzęt specjalistyczny

Ryc. 6. Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD 2003–2008 – cele szczegółowe

Dzięki programowi POLKARD udało się istotnie poprawić dostęp do nowoczesnej terapii kardiologicznej (pierwotna angioplastyka wieńcowa w świeżym zawale serca, elektroterapia zaburzeń rytmu, rehabilitacja kardiologiczna i telekardiologia), kardiochirurgicznej (np. mało inwazyjne zabiegi na naczyniach wieńcowych) i neurologicznej (tromboliza w udarze niedokrwienym, rehabilitacja neurologiczna oraz stentowanie tętnic szyjnych). Prowadzenie rejestrów najważniejszych chorób układu sercowo-naczyniowego pozwoliło poznać ich epidemiologię, róż-

nicowanie sposobów leczenia oraz wskaźniki śmiertelności wewnątrzszpitalnej i odległej.

W ramach Programu POLKARD powstało kilka dużych, wielośrodkowych i wieloletnich projektów profilaktycznych, takich jak POLKARD-Media, Szansa dla młodego serca (SMS), Polski projekt 400 miast (PP400M), (rycina 7, 8).



Ryc. 7. Polski Projekt 400 miast – obszary działań



„Pamiętaj o Sercu”

Poprawa wiedzy społeczeństwa o zagrożeniu, przyczynach powstawania, metodach profilaktyki i leczenia chorób układu krążenia

- Produkcja programów TV i radiowych
- Produkcja tzw. spotów TV i radiowych
- Programy edukacyjne dla TV
- Wydawnictwa specjalne, materiały informacyjne dla mediów
- Festyny , pikniki, Światowy Dzień Serca
- Konferencje prasowe
- **SONDAŻ WSTĘPNY i SONDAŻ KOŃCOWY**

Ryc. 8. Program „Pamiętaj o Sercu” – obszary działań

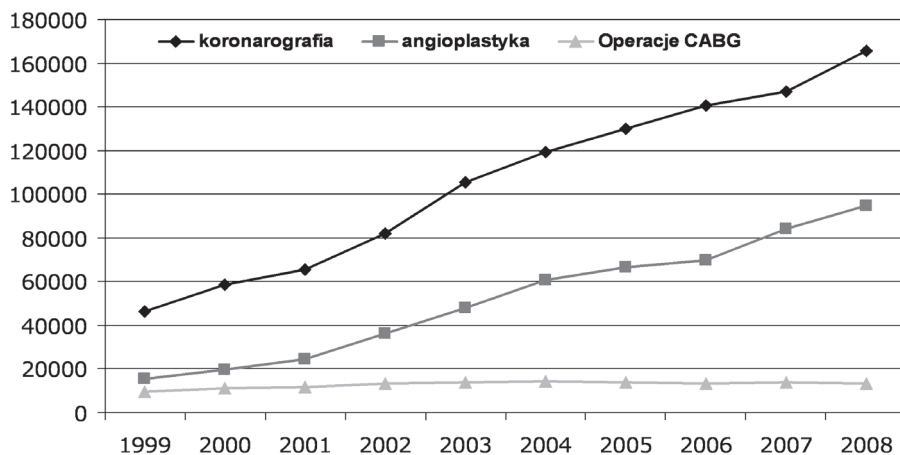
Celem tych działań była poprawa wykrywania i kontroli czynników ryzyka oraz wzrost świadomości i wiedzy społeczeństwa, w tym dzieci i młodzieży w zakresie czynników ryzyka zawału serca i udaru mózgu. Duży nacisk położono na edukację, zaczynając od szkół podsta-

wowych kończąc na obszernej kampanii medialnej z użyciem metod marketingu społecznego. PP400M był programem interwencyjnym w celu zwalczania czynników ryzyka w populacji mieszkańców małych miast (poniżej 8 tysięcy).

Na podkreślenie zasługują cztery ogólnopolskie projekty z zakresu epidemiologii klinicznej określające sytuację epidemiologiczną i potrzeby zdrowotne wynikające z dużego rozpowszechnienia i niedostatecznej kontroli głównych czynników ryzyka w populacji ogólnej oraz wśród pacjentów z chorobą wieńcową i niewydolnością serca: NATPOL PLUS, WOBASZ, POLKARD-SPOK (Standard Podstawowej Opieki Kardiologicznej), POLKARD – NIEWYDOLNOŚĆ SERCA. Ponadto w tych dwóch ostatnich programach oceniono zgodność leczenia z obowiązującymi wytycznymi.

W przyszłości Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego powinien stymulować i umożliwiać rozwój prewencji w kraju poprzez monitorowanie sytuacji epidemiologicznej, opracowanie efektywnych procedur i modeli programów, identyfikację czynników wpływających na ich efektywność, jakość i dostępność opieki, szkolenie podyplomowe, badania czynników określających zachowania zdrowotne, w tym różnic społeczno-ekonomicznych, komunikację z politykami, edukację społeczeństwa, szczególnie dzieci i młodzieży, wraz z uruchomieniem systemu informacyjnego dla administracji centralnej i lokalnej o zagrożeniach związanych z chorobami układu krążenia.

Opieka kardiologiczna w Polsce



46379	58600	65760	82000	105479	119246	129716	140548	146845	165367
15453	19580	24326	36000	48152	60508	66466	69920	84007	94569
9450	11000	11687	13361	13752	14443	13903	13175	13612	13440

Ryc. 9. Liczba wykonanych koronarografii, angioplastyk wieńcowych i operacji CABG w Polsce w latach 1999–2008
Kardiologia należy do najbardziej dynamicznie rozwijających się dziedzin medycyny w Polsce.

W ostatnich 15 latach nastąpiła znacząca poprawa opieki kardiologicznej w naszym kraju. Istotny wpływ na to miały programy wspierające rozwój kardiologii: Narodowy Program Ochrony Serca i Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego (dwie edycje 2003–2005 i 2006–2008) oraz specjalne finansowanie wybranych procedur wyspecjalizowanych przez Ministerstwo Zdrowia i wprowadzenie finansowania świadczeń kardiologicznych w ramach kas chorych, a następnie Narodowego Funduszu Zdrowia.

Poprawa opieki kardiologicznej dotyczy przede wszystkim dostępności do procedur wyspecjalizowanych kardiologii interwencyjnej, takich jak: badanie koronarograficzne, angioplastyka wieńcowa i leczenie inwazyjne świeżego zawału serca. Wskaźnik wykonywanych koronarografii i angioplastyk wieńcowych na 1 mln mieszkańców w 2008 roku wyniósł odpowiednio około 3,8 tysiąca i 2,2 tysiąca. Wskaźniki te odpowiadają średnim liczbom wykonanych procedur dla Unii Europejskiej.

Na rycinie 10 przedstawiono wzrastającą liczbę zabiegów koronarografii i angioplastyki wieńcowej oraz dla porównania liczbę operacji pomostowania aortalno-wieńcowego, która utrzymuje się od kilku lat na tym samym poziomie (rycina 9).

Na szczególne podkreślenie zasługuje postęp w dostępności do leczenia świeżego zawału serca za pomocą pierwotnej angioplastyki wieńcowej. Ponad 75% chorych ze świeżym zawałem serca z uniesieniem odcinka ST jest obecnie leczonych za pomocą pierwotnej angioplastyki wieńcowej. W 2008 roku wykonano około 57 tysięcy zabiegów angioplastyki w ostrych zespołach wieńcowych, z tego prawie połowę stanowiła pierwotna angioplastyka wieńcowa u chorych ze świeżym zawałem serca z uniesieniem ST. Na koniec 2008 roku całodobowy dyżur leczenia inwazyjnego chorych z ostrym zespołem wieńcowym prowadziło 89 ośrodków (rycina 10).

89 ośrodków z 24-godzinny dyżurem leczenia ostrych zespołów wieńcowych



Ryc. 10. Ośrodki z 24-godzinny dyżurem inwazyjnego leczenia ostrych zespołów wieńcowych w Polsce (stan na 2008 r.)

W ostatnich latach istotnie poprawiła się też dostępność do zabiegów elektroterapii, zwłaszcza w zakresie implantacji stymulatorów serca. Pomimo stałego wzrostu liczby wykonywanych

zabiegów, nadal niezadowalająca jest dostępność do procedur ablacji oraz implantacji kardiowerterów-defibrylatorów i stymulatorów resynchronizujących.

Na rycinie 12 przedstawiono liczbę zabiegów z zakresu kardiologii interwencyjnej i elektroterapii, które wykonano w 2008 roku (rycina 11).

Najważniejsze procedury kardiologiczne wykonane w 2008 roku

Procedury kardiologiczne	Koronarografie	PCI	Stymulatory	ICD	Ablacje
Liczba procedur	166 211	95 271	27 251	3559	4824
Liczba procedur /1mln mieszkańców	4353	2495	714	93	126

Ryc. 11. Najważniejsze procedury kardiologiczne wykonane w 2008 roku

Liczba kardiologów w przeliczeniu na 1mln. mieszkańców w roku 2008



Ryc. 12. Liczba kardiologów w przeliczeniu na 1mln mieszkańców w roku 2008

Niezadowalający jest też dostęp do rehabilitacji kardiologicznej oraz specjalistycznej opieki ambulatoryjnej. Dostępność do rehabilitacji kardiologicznej jest zróżnicowana w zależności od regionu (w woj. opolskim – 46%; w woj. kujawsko-pomorskim – 3%; dane uzyskane z rejestru przeprowadzonego w ramach programu POLKARD). Szacuje się, że tylko około 15% pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych kierowanych jest do rehabilitacji.

Liczba specjalistów z zakresu kardiologii w Polsce wynosi ponad 1900 osób. Na jeden milion mieszkańców przypada około 50 kardiologów. W krajach Unii Europejskiej wskaźnik ten jest ponad 1,5-krotnie wyższy. Sytuacja ta powinna ulec zasadniczej poprawie dzięki umieszczeniu kardiologii na liście specjalizacji podstawowych oraz realizacji programu dofinansowania szkolenia kardiologicznego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Rozmieszczenie specjalistów w poszczególnych województwach przedstawiono na rycinie 12.

Bibliografia

1. Broda G.; Rywik S.: Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności – projekt WOBASZ. Zdefiniowanie problemu oraz cele badania. *Kardiologia Pol.*, 2005, 63, Supl.4, s. 601–604.
2. Decyzja nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiająca drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013. *Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej* 2007, L 301/3 – L 301/13.
3. Grzeszczak W.: Zespół metaboliczny – definicja, rys historyczny, epidemiologia. W: Zespół metaboliczny, Mamcarz A. [red.]. Medical Education. Warszawa, 2008, s. 11–23.
4. Komitet Redakcyjny Głównego Urzędu Statystycznego: Rocznik Demograficzny 2008. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa, 2008.
5. Kozakiewicz K.; Tendera M.; Piwoński J.; [et al.]: Czynniki socjoekonomiczne i ich zróżnicowanie w populacji polskiej: wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Pol.*, 2005; 63, 6, supl. 4, s. S649–S654.
6. Pająk A.; Wiercińska, E.; Polakowska M.; [et al.]: Rozpowszechnienie dyslipidemii u mężczyzn i kobiet w wieku 20-74 lat w Polsce: wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Pol.*, 2005; 63, 6, Supl. 4, s. S620–S625.
7. Praca zespołowa: Założenia i wyniki programu WOBASZ – Senior 2007. Praca w przygotowaniu do druku. Wyniki do wglądu w Zakładzie Epidemiologii, Prewencji ChUK i Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii w Warszawie.
8. Pyorala K.; De Backer G.; Graham I.; [et al.]: Prevention of coronary heart disease in clinical practice: recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Atherosclerosis*, 1994, 110, s. 121–61.
9. Rywik S.; [et al.]: Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności – projekt WOBASZ. Założenia metodyczne oraz logistyka. *Kardiologia Pol.*, 2005, 63, Supl.4, s. 605–613.
10. Tykarski A.; Posadzy-Małaczyńska A.; Wyrzykowski, B; [et al.]: Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego oraz skuteczność jego leczenia u dorosłych mieszkańców naszego kraju: wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Pol.*, 2005; 63, 6, supl. 4, s. S614–S619.
11. Wojtyński B.; Goryński P.: Umieralność przedwczesna w Polsce na tle sytuacji w Unii Europejskiej. W: *Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny*. Warszawa, 2008, s. 73–81.
12. Wojtyński B.; Goryński P. [red.]: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny*. Warszawa, 2008.
13. Wojtyński B.; Goryński P.; Rabaczenko D.; [et al.]: Umieralność przedwczesna i ogólna z powodu chorób układu krążenia w Polsce na tle sytuacji w Unii Europejskiej, Europie i USA. [et al.]. *Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny*. Warszawa, 2007.

14. Wyrzykowski B.; Zdrojewski T.; Sygnowska E.; [et al.]: Epidemiologia zespołu metabolicznego w Polsce: wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Polska*, 2005, 63, 6, Supl. 4, s. S641–S644.
15. Yusuf S.; Hawken S.; Ounpuu S.; [et al.]: INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 2004, 364(9438), s. 937–52.
16. Zdrojewski T.; Bandosz P.; Szpakowski P.; Konarski R.; Manikowski A.; Wołkiewicz E.; [et al.]: Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki badania NATPOL PLUS. *Kardiologia Polska*, 2004, 61, Supl. IV, IV1–IV26.
17. Zdrojewski T.; Wyrzykowski B.; Szczęch R.; [et al.]: Epidemiology and prevention of arterial hypertension in Poland. *Blood Pressure*, 2005; 14, Suppl. 2, s. 10–16.

Epidemiologia chorób nowotworowych. Organizacja opieki onkologicznej w Polsce. Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych

Janusz Meder

Biorąc pod uwagę obecną sytuację epidemiologiczną i prognozy na najbliższe 10–20 lat pochodzące z raportów Światowej Organizacji Zdrowia i jej Agendy Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (IARC) oraz Międzynarodowej Unii Przeciwrakowej (UICC) – nowotwory staną się głównym zabójcą ludzi na całym świecie w XXI wieku. Widać to wyraźnie już dziś w USA i Australii, gdzie umieralność z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego zaczęła wyraźnie spadać na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat, a nowotwory stały się najczęstszą przyczyną zgonów.

Podobne trendy obserwuje się w całej Europie. W krajach Europy Środkowej i Wschodniej, a więc także w naszym kraju nowotwory są obecnie główną przyczyną zgonów u kobiet w młodym i średnim wieku (20–64 lat). Za 10 lat podobna sytuacja wystąpi u mężczyzn w analogicznej grupie wiekowej. Obecnie na świecie stwierdza się ponad 12,5 mln zachorowań na nowotwory rocznie oraz 7,6 mln zgonów z tego powodu.

Prognozy epidemiologiczne wskazują, że w ciągu najbliższych 10–15 lat nastąpi podwojenie tych liczb (w 2020 roku 20 mln zachorowań i 10 mln zgonów) [1, 3, 5].

W Polsce aktualnie rocznie na nowotwory złośliwe zachorowuje 160 tys. i umiera 90 tys. ludzi [7].

W krajach rozwijających się statystyki chorób nowotworowych przedstawiają się jeszcze bardziej dramatyczne a dynamiczny wzrost liczby nowych zachorowań związany jest przede wszystkim z przejmowaniem zachodniego stylu życia oraz występowaniem znaczącej liczby zakażeń wirusowo-bakteryjnych, które są przyczyną powstawania około 30% nowotworów. W krajach wysoko rozwiniętych mężczyźni najczęściej zapadają na raka prostaty, płuc i jelita grubego, natomiast w krajach rozwijających się na raka płuc, żołądka i wątroby. Inne nowotwory dominują u kobiet. W krajach wysoko rozwiniętych stwierdza się najczęściej raka piersi, jelita grubego i płuc, a w krajach rozwijających się raka piersi, szyjki macicy i żołądka.

W krajach Unii Europejskiej, gdzie obecnie rocznie zachorowuje 2,4 mln ludzi, a umiera z powodu nowotworów 1,2 mln, kolejność najczęstszych nowotworów u obu płci jest następują-

ca: rak płuc, jelita grubego, piersi, prostaty, żołądka, macicy, chłoniaki, rak jamy ustnej i gardła, białaczki oraz rak krtani i przełyku [1, 3, 5, 7, 8, 9].

Za powstawanie 1/3 wszystkich nowotworów odpowiedzialne jest palenie papierosów i inhalowanie się palaczy rakotwórczymi substancjami zawartymi w dymie tytoniowym. Nie robi na ludziach wrażenia napis ostrzegawczy umieszczony na opakowaniach papierosów. W populacji mężczyzn najczęstszym nowotworem złośliwym jest nowotwór płuc. W ostatnich 20–30 latach dzięki prowadzonej intensywnej kampanii antynikotynowej obserwuje się spadek zachorowań u mężczyzn na skutek obniżenia liczby palaczy tytoniu. W naszym kraju wieloletnie nagłaśnianie problemu w mediach przez profesora Witolda Zatońskiego wraz z zespołem współpracowników z Centrum Onkologii w Warszawie przyniosło spektakularny efekt spadku liczby zachorowań na raka płuc u mężczyzn. Niestety, w tym samym okresie w populacji kobiet gwałtownie rosną zachorowania i zgony z powodu nowotworów płuc. Liczba zgonów z tego powodu zaczyna przewyższać liczbę zgonów z powodu raka piersi. Więcej papierosów palą młode dziewczyny aniżeli ich rówieśnicy. Nie należy zapominać o innych nowotworach tytoniozależnych szczególnie takich jak: nowotwory jamy ustnej i gardła, krtani, przełyku, żołądka, trzustki, nerki, pęcherza moczowego i chłoniaki.

Za powstawanie 1/3 następnych nowotworów odpowiedzialny jest nasz tryb życia i nawyki żywieniowe. Największą dynamikę wzrostu zachorowań i zgonów wykazuje rak jelita grubego, drugi co do częstości występowania nowotwór u kobiet i mężczyzn.

Brak ruchu i stałej rekreacji fizycznej oraz dieta obfitująca w mięso, tłuszcze, cukier, sól, z dodatkami chemicznymi ulepszaczy i konserwantów, a uboga w ryby, świeże warzywa i owoce, produkty zbożowe, orzechy, sery i jogurty – sprzyjają lawinowemu narastaniu liczby zachorowań na nowotwory jelita grubego.

Spożywanie codziennie czerwonego mięsa jeszcze bardziej podwyższa to ryzyko. Zaobserwowano, że osoby które chorowały na raka jelita grubego a także kobiety, które chorowały na raka piersi jeśli nie zmieniają swoich nawyków nadmiernej konsumpcji mięsa czerwonego mają szybszy nawrót choroby nowotworowej i w rezultacie gorsze końcowe wyniki leczenia.

Nieprawidłowe odżywianie się oparte na częstym spożywaniu posiłków w restauracjach typu fast-food doprowadziło w wielu krajach do dramatycznego wzrostu odsetka populacji dorosłych i dzieci z otyłością typu brzuszego. Spowodowało to wzrost zachorowań na wiele schorzeń zaliczanych do zespołu metabolicznego i określanego mianem syndromu X.

Przeciwstawiając się tym niekorzystnym zjawiskom w USA, Kanadzie i wielu krajach Europy pod egidą prezydentów tych państw od wielu lat prowadzone są energiczne kampanie edukacyjne. Masowo wycofuje się ze szkół i klubów młodzieżowych automaty do sprzedaży chipsów, batonów, coca-coli i innych słodzonych i gazowanych napojów, zastępując te produkty owocami, sokami naturalnymi niesłodzonymi i wodą mineralną niegazowaną. Popularne sieci restauracji uzupełniają asortyment serwowanych dań o świeże warzywa, sałatki i owoce, dodając je w zestawach do hamburgerów i frytek.

W organizowanych, zbiorowych imprezach na świeżym powietrzu propaguje się: marsze, biegi, wycieczki rowerowe i inne formy rekreacji namawiając ludzi w każdym wieku do stałej aktywności fizycznej.

Nowotwory jamy ustnej, gardła, krtani, przełyku, wątroby, piersi oraz okrężnicy i odbytnicy są wyraźnie przyczynowo powiązane z nadmiernym spożywaniem napojów alkoholowych.

Trzecim nowotworem o stałym, dynamicznym przyroście wśród mężczyzn jest rak gruczołu krokowego, którego 3/4 zachorowań i 80–90% zgonów występuje w populacji mężczyzn po 60.–65. r. życia. W przeszłości w związku z krótszym okresem życia mężczyźni nie dożywali rozpoznania tego nowotworu, choć u wielu po wystąpieniu zgonu z powodu innych chorób, na sekcji znajdowano bezobjawowe za życia ognisko raka w prostatce.

W populacji kobiet najczęściej występującym nowotworem jest rak piersi. Od około 15 lat w wielu krajach nie obserwuje się wzrostu umieralności na ten nowotwór z powodu podwyższenia poziomu oświaty zdrowotnej, prowadzenia aktywnych populacyjnych badań przesiewowych i poprawy diagnostyki umożliwiającej wykrywanie choroby we wczesnych stadiach zaawansowania. Dużą rolę w edukacji kobiet odegrały media, w tym ilustrowane magazyny dla kobiet stymulowane przez organizacje kobiece zrzeszone w międzynarodowym ruchu Amazonek.

Wzrostowi zachorowań na raka piersi sprzyjają zmiany w zachowaniach współczesnych kobiet:

- odłożenie w czasie założenia rodziny i macierzyństwa,
- ograniczenie się do urodzenia 1 dziecka,
- skrócenie okresu karmienia dziecka piersią,
- stosowanie wieloletniej hormonalnej antykoncepcji przez kobiety będące nosicielkami mutacji genów BRCA-1 i BRCA-2,
- długotrwała hormonoterapia zastępcza (HTZ) bez ścisłego monitorowania badaniami mammograficznymi i przezpochwowym USG narządu rodno.

Co prawda obecnie ginekolodzy ordynując HTZ mają do dyspozycji tabletki o zmienionym składzie hormonów w minidawkach – ale na ile są one w pełni bezpieczne będzie można powiedzieć po następnych 20–30 latach obserwacji obecnego pokolenia kobiet. HTZ starszego typu z użyciem tabletek hormonalnych poprzedniej generacji doprowadziła niestety do zwiększonego ryzyka zachorowań na raka piersi, macicy i jajnika, co zostało udokumentowane w dużych badaniach przeprowadzonych w USA, Kanadzie i Wielkiej Brytanii.

Za powstawanie ostatniej 1/3 nowotworów odpowiedzialne są nierozpoznane albo rozpoznane i niewyleczone niektóre przewlekłe infekcje wirusowe lub bakteryjne. Jeszcze do niedawna sądzono, że infekcje mogą być przyczyną wyindukowania procesu nowotworowego jedynie w paru procentach. Obecnie znamy dobrze zdefiniowane zależności powstawania konkretnych nowotworów zależnie od typu wirusów lub bakterii.

Wirus Epsteina-Barr może być sprawcą chłoniaka Burkitta oraz raka nosowej i ustnej części gardła. Przewlekłe zakażenia *Helicobacter pylori* doprowadzają do powstawania raka lub chłoniaka żołądka. Następstwem infekcji HIV mogą być chłoniaki o bardzo agresywnym przebiegu. Bakterie Chlamydia sprzyjają powstawaniu raka szyjki macicy i płuc oraz chłoniaków. U podłoża raka pęcherza leży zakażenie dwóinką rzeżączki, a wirus opryszczki HHV-8 sprzyjać może powstawaniu raka prostaty i mięsaka Kaposiego. Przewlekłe zakażenia *E.coli*, *Enterococcus faecalis* i wirusem Cytomegalii sprzyja powstawaniu raka jelita grubego.

Wiemy, że wirus brodawczaka ludzkiego HPV przenoszony jest na drodze transmisji seksualnej przy braku bezpiecznych zachowań seksualnych i wiedzy w tym zakresie w społeczeństwie. Prezerwatywa może być niewystarczającym zabezpieczeniem, ponieważ wirus ten może być przenoszony poprzez skórę moszny u mężczyzny, szczególnie przy braku odpowiedniej higieny codziennej. W związku z ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, podejmowaniu współżycia seksualnego w coraz młodszych grupach wiekowych, częstą zmianą przypadkowych partnerów oraz powszechnymi przemianami w obyczajowości (seks oralny i analny) HPV nie tylko odpowiedzialny jest za powstawanie raka szyjki macicy, ale także nowotworów jamy ustnej, gardła, krtani, odbytnicy, prącia, sromu i skóry.

Szczepienie chroniące przed zakażeniem WZW B może uchronić przed rakiem wątroby, ale brak jeszcze szczepionki na WZW C. Wirusy te również mogą być przenoszone na drodze transmisji seksualnej podobnie jak HIV. Szczepienie chroniące przed zakażeniem HPV pokrywa główne, ale nie wszystkie szczepy onkogenne i dziś jeszcze nie wiadomo jak długo będzie występowało działanie ochronne szczepionki. Powszechne szczepienie dziewcząt i chłopców przed inicjacją seksualną nie zastąpi mądrej i powszechnej edukacji seksualnej w szkołach i obowiąz-

kowych badań cytologicznych umożliwiających wczesne wykrywanie stanów przedrakowych lub bardzo wczesnych raków szyjki macicy, łatwych do całkowitego wyleczenia. Największym wstydem polskiej medycyny pozostaje ciągle problem raka szyjki macicy, na który co roku w Polsce zachorowuje blisko 4000 kobiet i połowa z nich umiera z tego powodu ze względu na zbyt późne rozpoznanie. Pomimo że od 5 lat po raz pierwszy w historii powojennej Polski dzięki Narodowemu Programowi Zwalczenia Chorób Nowotworowych wprowadzono bezpłatny, aktywny, populacyjny skryning cytologiczny z indywidualnym zapraszaniem na badania – ciągle za mało kobiet korzysta z tej możliwości.

Prowadzone są intensywne kampanie edukacyjne, których celem jest zmiana w świadomości Polek, aby zechciały troszczyć się o swoje zdrowie i korzystać z możliwości bezpłatnych badań profilaktycznych.

W krajach skandynawskich, gdzie populacyjny skryning funkcjonuje od kilkadziesiąt lat i większość kobiet wykonuje systematycznie cytologię, nie widuje się kobiet z zaawansowanym rakiem szyjki macicy – rocznie umiera z powodu tego nowotworu zaledwie kilka kobiet. Ponad 20 letnie doświadczenie Centrum Onkologii w Warszawie, które prowadzi nieprzerwanie aktywny skryning populacyjny dla mieszanek dzielnic Ursynów i Mokotów – wskazuje, że można osiągnąć takie same rezultaty jak w Skandynawii.

Do fenomenów epidemiologicznych dotyczących takich nowotworów, które wykazują stałą i dość wysoką dynamikę przyrostu nowych zachorowań każdego roku, poza wspomnianymi już rakiem jelita grubego i rakiem prostaty, należą także czerniak i chłoniaki.

W związku ze zjawiskiem stałego powiększania się dziury ozonowej nad naszym globem promieniowanie słoneczne wykazuje dużą agresywność także w naszej szerokości geograficznej. Wystawianie ciała na ekspozycję słońca w godzinach jego największej aktywności, zaniechanie stosowania dobrej jakości kremów ochronnych o odpowiednich filtrach stosownie do karnacji skóry oraz nagminne korzystanie z solariów przez młode pokolenie kobiet i mężczyzn – przyczynia się do wzrostu ryzyka wyindukowania czerniaka z obecnych na naszej skórze znamion barwnikowych aż o 60–70%.

Jeśli chodzi o nowotwory układu chłonnego to co roku obserwuje się przyrost nowych zachorowań o 4–5% i stanowią one 5–6 przyczynę zgonów pośród chorób nowotworowych.

Według danych szacunkowych z uwzględnieniem zjawiska niedorejestrowania tych nowotworów w Krajowym Rejestrze Nowotworów, rocznie stwierdza się około 6000 nowych zachorowań na chłoniaki (dane z rejestru Polskiej Grupy Badawczej Chłoniaków).

Pomimo że nowotwory u dzieci w Polsce stanowią jedynie 1% wszystkich nowotworów, a wyniki leczenia są porównywalne z krajami Europy Zachodniej niepokojące są dane epidemiologiczne pochodzące z rejestrów w Wielkiej Brytanii. Zwiększa się bowiem liczba nowych zachorowań na białaczki, chłoniaki i nowotwory OUN wśród dzieci i młodzieży w przedziale wieku 13–19 lat (w roku 1980: 15/100000 a w roku 2000: 20/100000).

U młodych dorosłych (20–24 lata) stwierdza się dwukrotny przyrost zachorowań w ciągu ostatnich 20 lat na chłoniaki, czerniaki i nowotwory zarodkowe jądra.

W wielu krajach świata w związku ze stałym wydłużaniem się długości życia kobiet i mężczyzn, coraz większym skażeniem środowiska naturalnego, życiem w dużym tempie w przewlekłym stresie i udziałem w „wyścigu szczurów” już od najmłodszych lat życia – należy spodziewać się znaczącego wzrostu zachorowań na nowotwory i inne choroby cywilizacyjne. Powietrze, którym oddychamy, wszystko co pijemy i zjadamy przesycane jest coraz większą liczbą związków rakotwórczych. Jeśli dodać do tego konsumpcyjny i pospieszny sposób życia, odrzucenie dotychczas respektowanych wartości życiowych, społecznych i rodzinnych przekazywanych przez wieki z pokolenia na pokolenie oraz zmiany w obyczajowości wśród młodszego pokolenia – należy liczyć się z tym, że coraz częściej dochodzić będzie do powstawania nienaprawialnych mutacji

zachodzących w DNA komórek prawidłowych naszego organizmu prowadzących do inicjacji procesu nowotworowego [5, 6, 8, 9].

Przed paroma laty przeprowadzono ciekawą analizę trzech różnych populacji ludzkich żyjących w odległych od siebie częściach świata: mieszkańców Sardynii, Okinawy i społeczności religijnej adwentystów w USA.

W tych trzech populacjach większość ludzi dożywa wieku sędziwego, wolni są oni od chorób cywilizacyjnych i znajdują się w całkiem dobrej kondycji psychofizycznej. Warto zwrócić uwagę na styl ich życia i przestrzeganie pryncypialnych wartości życiowych, jakże odmiennych od naszych w dzisiejszym zagonionym i zwariowanym świecie.

Dlatego też od wielu lat w procesie edukacyjnym mieszkańców Europy propagowany jest tzw. Europejski Kodeks Walki w Rakiem [2].

Najnowsze dane dotyczące zachorowań i zgonów na nowotwory w Polsce za rok 2008 zostały już opublikowane [7].

Z badań tych wynika, że:

- nowotwory płuca, jelita grubego, gruczołu krokowego, pęcherza moczowego i żołądka stanowiły ponad połowę zachorowań na nowotwory u mężczyzn,
- u kobiet ponad połowę zachorowań stanowiły nowotwory piersi, jelita grubego, płuca, trzonu macicy, jajnika i szyjki macicy,
- nowotwory płuca są dominującą przyczyną zgonu: u mężczyzn stanowią 1/3 zgonów, u kobiet zaobserwowano porównywalny odsetek ze zgonami z powodu raka piersi,
- zbyt dużo kobiet umiera z powodu raka szyjki macicy.

Obecnie w Polsce możemy wyleczyć 35–50% chorych na nowotwory, w Europie zachodniej 50–60%, a w USA 65–70% [3, 5, 7, 8, 9].

Średnie wyniki leczenia chorych na nowotwory w Polsce ciągle odbiegają od tych osiągniętych w USA i Europie Zachodniej między innymi dlatego, że nieco ponad 50% chorych leczonych jest w sposób suboptymalny poza siecią pełnoprofilowych placówek onkologicznych. Pomimo wyraźnej poprawy wyników leczenia obserwowanej na przestrzeni ostatnich 10–15 lat około 70–80% polskich pacjentów zgłasza się do onkologa zbyt późno (opóźnienia od 6–18 miesięcy), kiedy choroba jest już znacznie zaawansowana, a możliwości skutecznej terapii ograniczone. Chorzy, którzy od początku choroby leczeni są w ośrodkach onkologicznych o najwyższym stopniu referencyjności, wyniki leczenia mają porównywalne z tymi najlepszymi na świecie.

Reasumując, w Polsce w okresie ostatnich 20 lat a szczególnie w pierwszej dekadzie XXI wieku dokonał się znaczący postęp w osiąganej długości życia osób ze schorzeniami onkologicznymi. Największy przyrost wskaźnika przeżyć obserwowany jest w nowotworach: prostaty, piersi, jelita grubego i jądra.

Organizacja opieki onkologicznej w Polsce i Narodowe Programy Zwalczenia Chorób Nowotworowych

Początki walki z rakiem w Polsce sięgają roku 1584, kiedy to Piotr Skarga założył Bractwo Miłosierdzia Bogurodzicy, które opiekowało się między innymi chorymi na raka, wspierając ich zarówno materialnie, jak i duchowo. W roku 1591 w Warszawie przy ulicy Mostowej powstał pierwszy w Europie szpital przeznaczony dla chorych na nowotwory, którym opiekowało się Bractwo Św. Łazarza, którego założycielem był również Piotr Skarga.

Dr Józef Jaworski 6 lutego 1906 roku na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego powołał „Komitet w celu badania i leczenia choroby związanej z rakiem”. Do działalności komitetu należało zbieranie danych epidemiologicznych, działalność edukacyjna i szerze-

nie oświaty zdrowotnej oraz organizowanie przychodni dla chorych na raka. Dr Józef Jaworski w 1912 roku przedstawił plan utworzenia w Warszawie zakładu do badań nad rakiem. Pierwsza przychodnia rozpoczęła działalność w Łodzi w roku 1917, a następna w Warszawie przy ulicy Karowej w roku 1923.

W 1921 roku powstał Polski Komitet do Zwalczania Raka (PKZR), który w roku 1924 zorganizował w Warszawie Pierwszy Zjazd Przeciwrakowy. Zaraz potem powstały komitety regionalne w Warszawie, Krakowie, Łodzi, Poznaniu, Wilnie i Lwowie.

23 grudnia 1923 roku w Paryżu Maria Skłodowska-Curie w czasie uroczystości 25-lecia odkrycia radu ogłosiła publicznie, że jej najgorętszym życzeniem jest powstanie Instytutu Radowego w Warszawie wzorowanego na paryskim Instytut du Radium.

Następnego dnia PKZR wystosował apel do społeczeństwa polskiego o składanie ofiar na, jak to określono, „Dar Narodowy dla Pani Marii Skłodowskiej-Curie”.

Na apel odpowiedziała znaczna część społeczeństwa. W styczniu 1924 roku powstał Komitet Organizacyjny „Daru Narodowego”, w skład którego weszły prominentne postaci Sejmu i Senatu, członkowie Rady Ministrów i inni przedstawiciele ważnych instytucji, towarzystw naukowych i duchowieństwa. Honorowym prezesem komitetu został Prezydent Rzeczypospolitej Stanisław Wojciechowski.

W Warszawie, 14 grudnia 1924 roku ogłoszony został I Program Walki z Rakiem w Polsce. Cele tego programu były następujące:

- utworzenie nowoczesnej placówki onkologicznej, w której odbywać się będzie prowadzenie badań naukowych, klinicznych i epidemiologicznych,
- opracowanie metod postępowania w chorobach nowotworowych oraz popularyzacja wiedzy o nowotworach i szerzenie oświaty zdrowotnej,
- inicjowanie budowy szpitali onkologicznych i organizowanie na terenie kraju sieci placówek, którym przekazywane byłyby zdobyte doświadczenia.

Kamień węgielny pod budowę Instytutu Radowego położono 7 czerwca 1925 roku w obecności prezydenta, najwyższych władz państwowych i Marii Skłodowskiej-Curie.

17 stycznia 1932 roku przyjęto do Instytutu Radowego pierwszego pacjenta. Oficjalna uroczystość otwarcia miała miejsce 29 maja 1932 roku.

Pierwszy dyrektor Instytutu Radowego Franciszek Łukaszczyk nakreślił plan rozwoju onkologii w Polsce opierając się na założeniach zgodne z I Programem Walki z Rakiem w Polsce.

Maria Skłodowska-Curie przekazała Instytutowi pierwszy gram radu ofiarowany przez Polonię amerykańską i kanadyjską.

Wybuch II wojny światowej zahamował na wiele lat dobrze zapowiadający się rozwój polskiej onkologii. Warszawski Instytut Radowy, jedna z pionierskich placówek tego typu w Europie, został zniszczony w czasie powstania warszawskiego. Odbudowa Instytutu rozpoczęła się w 1946 roku i w grudniu tego roku wznowiono działalność kliniczną.

Reaktywowano Polskie Towarzystwo Przeciwrakowe z siedzibą w Instytucie, które w listopadzie 1948 roku zorganizowało pierwszy po wojnie Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy. W roku 1950 Instytut Przeciwrakowy w Gliwicach został organizacyjnie związany z Instytutem w Warszawie, stając się jego oddziałem. Podobnie w roku 1951 oddziałem Instytutu Warszawskiego stał się Instytut w Krakowie.

W kwietniu 1951 Instytut Radowy zyskał rangę instytutu naukowo-badawczego.

W 1952 roku zmieniono nazwę Instytutu na Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie. W tym samym roku zespół Instytutu Onkologii opracował II Program Walki z Rakiem w Polsce (1952–1975) obejmujący rozwój badań naukowych podstawowych i klinicznych, epidemiologię, profilaktykę oraz stworzono tzw. sieć onkologiczną – ogólnopolską bazę leczniczą chorych na nowotwory w Polsce.

Od 1952 roku organizacja walki z rakiem w Polsce znajduje się pod metodyczno-organizacyjnym nadzorem Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie wraz z dwoma oddziałami w Gliwicach i Krakowie. Instytut Onkologii zajmując się w sposób kompleksowy wszystkimi aspektami chorób nowotworowych służy ministrowi zdrowia jako główny konsultant i organizator zwalczania nowotworów w Polsce.

Przez wiele lat w historii powojennej onkologii realizowano i coraz bardziej doskonalono walkę z rakiem w Polsce przez szeroko pojętą sieć leczenia onkologicznego, którego najważniejszymi obecnie placówkami są regionalne centra onkologiczne, szpitale specjalistyczne oraz przychodnie – zapewniające nowoczesną diagnostykę i terapię chorób nowotworowych.

Kompleksowa organizacja walki z rakiem obejmuje: epidemiologię i rejestr nowotworów; planowanie i kontrolowanie badań naukowych; nauczanie, oświatę zdrowotną i organizowanie stałej społecznej walki z chorobami nowotworowymi; zapobieganie, wykrywanie, diagnostykę i leczenie chorych na nowotwory złośliwe; rehabilitację psychofizyczną i opiekę terminalną; prowadzenie ciągłej dokumentacji i stałej opieki nad chorymi na nowotwory aż do końca ich życia oraz ocenę socjoekonomiczną rezultatów całej działalności w zakresie onkologii.

W połowie lat 60. na IX Kongresie Międzynarodowej Unii Przeciwrakowej (UICC) w Tokio przyjęto koncepcję organizowania na całym świecie odrębnych dedykowanych chorym na raka wielozadaniowych centrów onkologicznych (comprehensive cancer centers), gdzie pod jednym dachem w sposób kompleksowy mają zastosowanie wszystkie stosowane w zwalczaniu nowotworów metody prewencji, profilaktyki, diagnozy, leczenia, rehabilitacji oraz prowadzone są badania naukowe i nauczanie studentów, lekarzy i pielęgniarek.

Organizowanie centrów onkologicznych w wielu krajach świata odbywało się w znacznie wolniejszym tempie i utworzono je wiele lat później niż miało to miejsce w Polsce. Przykładem zorganizowania sprawnie działającej sieci centrów onkologicznych może być USA, gdzie mimo że doszło do tego o wiele później niż w Polsce, to dzięki wysokim nakładom finansowym zagwarantowanym przez Kongres i Senat tego kraju uzyskano wysoką efektywność opieki onkologicznej przekładającą się na najlepsze wyniki leczenia chorych na nowotwory.

Po Kongresie w Tokio pod egidą wielkiego polskiego onkologa profesora Tadeusza Koszarowskiego i jego współpracowników powstał projekt logistyczny wybudowania nowego Centrum Onkologii oraz nowych placówek w innych miastach w Polsce.

Stworzono koncepcję wizjonerską jak na owe czasy (1971) i pionierską, wyprzedzającą o siedem lat zalecenia UICC do tworzenia pełnoprofilowych centrów onkologicznych. Sprawy nabrały przyspieszenia w 1972 roku po objęciu funkcji dyrektora Instytutu Onkologii przez profesora Tadeusza Koszarowskiego.

W Warszawie na Ursynowie 19 lipca 1977 wmurowano akt erekcyjny pod nowe Centrum Onkologii, co w tych niełatwych, skomplikowanych politycznie i gospodarczo latach było niebywałym sukcesem [4].

Zespół kierowany przez prof. Tadeusza Koszarowskiego i prof. Jana Steffena stworzył nowy – III Rządowy Program Walki z Rakiem (PR-6) realizowany przez 15 lat w okresie 1976–1990 (od 1996 realizowany jako Centralny Program Badawczo-Rozwojowy, CPBR). W tym czasie zorganizowano 11 ośrodków onkologicznych z bazą 6000 łóżek oraz wykształcono 600 specjalistów onkologów. Obecnie działają w Polsce 22 ośrodki onkologiczne, w tym 16 regionalnych centrów onkologicznych i kilka klinik uniwersyteckich dysponujących zakładami radioterapii. System ten jest wspomagany przez kliniczne i szpitalne oddziały chirurgii, chemioterapii, hematologii i inne, które współpracują z placówkami wyposażonymi w zakłady radioterapii. Według danych z roku 2005, w Polsce znajduje się ponad 4000 łóżek onkologicznych, a potrzeby prognozowane na rok 2020 wskazują na konieczność zwiększenia tej puli o 1000 łóżek. Obecnie posiadamy ponad 1200 specjalistów w zakresie chirurgii onkologicznej, radioterapii onkologicznej, onkologii klinicznej

(chemioterapii), ginekologii onkologicznej i pediatrii onkologicznej, nie wliczając w to hematologów zaangażowanych w leczenie chorób rozrostowych układu krwiotwórczego i chłonnego. Biorąc pod uwagę prognozy epidemiologiczne należy w okresie najbliższych 10–15 lat dążyć do podwojenia liczby specjalistów w dziedzinach onkologicznych.

Niezwykle istotną rolę odgrywają lekarze POZ oraz lekarze pierwszego kontaktu innych specjalności medycznych, którzy powinni prowadzić stałą działalność edukacyjną dotyczącą proporcji postaw prozdrowotnych oraz w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej, i podstawowej diagnostyki niezbędnej w dążeniu do wczesnego wykrywania nowotworów.

Praktycznie zadania te są bardzo trudne do wykonania ze względu na małą liczbę lekarzy rodzinnych i obciążenie ich zbyt dużą liczbą pacjentów znajdujących się w rejestrze każdego z nich.

Diagnostyka poszerzona i leczenie skojarzone (chirurgia + radioterapia+ chemioterapia) oraz rehabilitacja chorych na nowotwory prowadzone są przez ośrodki sieci onkologicznej.

Opieka paliatywna i hospicyjna prowadzona jest przez lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej opierając się na sieci ośrodków medycyny paliatywnej i hospicjów całodobowych lub dziennych we współpracy z lekarzami POZ.

Konieczne jest stałe i rzetelne prowadzenie rejestru nowotworów, ponieważ ma to pryncypalne znaczenie dla programowania opieki onkologicznej i jej ewaluacji oraz analizy danych epidemiologicznych. W roku 1952 rozpoczęto tworzenie Krajowego Rejestru Nowotworów, jednego z pierwszych w świecie.

Do zadań Krajowego Rejestru Nowotworów działającego w Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Nowotworów przy Centrum Onkologii – Instytucje im. Marii Skłodowskiej-Curie należy: gromadzenie, przetwarzanie i analizy danych dotyczących zachorowań i zgonów z powodu nowotworów złośliwych na terenie Polski. Od 1999 roku po zmianie administracyjnego podziału kraju zmodyfikowana została organizacja rejestracji nowotworów. W stolicach województw działają wojewódzkie rejestry nowotworów z wyjątkiem województwa śląskiego, gdzie rejestr działa w oddziale Centrum Onkologii w Gliwicach.

Dane dotyczące zachorowań na nowotwory złośliwe zgodnie z obecnie obowiązującym Rozporządzeniem Rady Ministrów ws. badań statystycznych wykonywanych w ramach statystyki publicznej są co miesiąc nadsyłane do wojewódzkich rejestrów nowotworów przez wszystkie jednostki służby zdrowia (publiczne, niepubliczne oraz gabinety i praktyki prywatne) do 15 dnia każdego miesiąca za poprzedni miesiąc.

Podstawy prawne rejestracji nowotworów określa Ustawa o statystyce publicznej – Dz.U nr 88, poz. 439 z 1995 oraz corocznie wydawane Rozporządzenie Rady Ministrów ws. badań statystycznych statystyki publicznej.

Rejestry wojewódzkie przesyłają do Krajowego Rejestru Nowotworów zbiory roczne, które są tu łączone i analizowane.

Wojewódzkie Rejestry Nowotworów prowadzą także analizy zagrożenia nowotworami złośliwymi na terenie swojego województwa, które są prezentowane w biuletynach wojewódzkich.

Przypadki zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce są gromadzone na podstawie kart zgłoszenia nowotworów złośliwych (MZ/N-1a). Wojewódzkie rejestry nowotworów przesyłają zgromadzone dane na nośnikach magnetycznych do Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii Instytutu. Dane te są weryfikowane pod względem poprawności logicznej, a następnie łączone w ogólnopolski zbiór roczny. Zbiór roczny powstaje z danych nadesłanych przez rejestry wojewódzkie na dzień 31 grudnia danego roku.

Stopień kompletności informacji ogólnopolskich dotyczących zachorowania na nowotwory złośliwe poprawia się. W 2006 roku niedorejestrowanie zgłoszeń oszacowano na około 10% w skali całego kraju. W niektórych województwach niedorejestrowanie dochodzi do około 25%. Występują

nadal duże różnice w kompletności rejestracji pomiędzy poszczególnymi województwami, co uniemożliwia ocenę regionalnego zróżnicowania zachorowalności na nowotwory w Polsce [7].

Dane o liczbie zachorowań i zgonów, współczynniki zachorowalności i zapaadalności według umiejscowień, płci, grup wiekowych oraz województw dostępne są w internetowej bazie danych (<http://epid.coi.waw.pl/krnn>).

Ostatnie 10 lat intensywnych działań na rzecz poprawy walki z rakiem w Polsce dotyczą przede wszystkim przygotowań i wdrożenia do realizacji kolejnego narodowego programu. Dnia 22 września 1999 roku projekt IV Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych złożony został po raz kolejny w Komisjach Zdrowia Sejmu i Senatu, a dezyderat w tej sprawie został przekazany do rządu RP.

W dniach 3–4 lutego 2000 roku odbył się w Paryżu Światowy Szczyt Walki z Rakiem pod patronatem UNESCO. Podczas szczytu utworzono Paryską Kartę Walki z Rakiem, pod którą podpisy złożyli nie tylko prominentni naukowcy i lekarze onkolodzy, ale także prezydent Francji Jacques Chirac oraz dyrektor generalny UNESCO Koichiro Matura, a wraz z nimi reprezentanci rządów, środowisk naukowych oraz organizacji pozarządowych z całego świata.

Zapelowano do przywódców wszystkich krajów świata o wzmożenie wspólnych wysiłków na rzecz utworzenia w każdym kraju świata Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych i respektowania Paryskiej Karty Walki z Rakiem.

Ważniejsze postulaty zawarte w Paryskiej Karcie Walki z Rakiem to:

- ochrona i poszerzenie praw pacjenta chorego na raka,
- zwiększenie nakładów finansowych na umocnienie infrastruktury międzynarodowych badań naukowych – podstawowych i klinicznych,
- niwelowanie różnic w standardach i dostępie do profesjonalnej opieki medycznej,
- prowadzenie przez państwa całego świata polityki społecznej, która wspierałaby walkę z rakiem,
- wdrożenie promocji zdrowia jako formy prewencji,
- poprawa jakości życia pacjentów oraz osób po przebytej chorobie,
- partnerska relacja: lekarz – pacjent,
- współpraca naukowców i rządów w przekazie informacji odnośnie najnowszych osiągnięć naukowych w zakresie walki z rakiem,
- wzmocnienie roli organizacji pozarządowych jako instytucji czuwających, monitorujących i pomocnych we wdrażaniu zarówno profilaktyki zdrowotnej, nowych technik medycznych, jak i odpowiedniego ustawodawstwa.

Idąc śladem tych ważnych wydarzeń w dniach 2–4 czerwca 2000 roku odbył się w Poznaniu Międzynarodowy Kongres pt. „Nowotwory wyzwaniem XXI wieku” pod patronatem honorowym Prezydenta RP, podczas którego odbył się Polski Szczyt Walki z Rakiem i oficjalne powołanie Polskiej Unii Onkologii. Inicjatorami oraz pomysłodawcami idei utworzenia PUO byli: prof. Marek P. Nowacki i dr. Janusz Meder z Centrum Onkologii w Warszawie. Inspiratorem całego przedsięwzięcia i jego gorącym orędownikiem był prof. Tadeusz Koszarowski, który w przesłaniu skierowanym do organizatorów zawarł słowa aktualne do dziś. Odczytano również przesłanie od prof. Tadeusza Koszarowskiego, który nie mógł być osobiście obecny podczas szczytu onkologicznego w Poznaniu. W swoim liście prof. Koszarowski m.in. napisał:

„...Každy z nas, decydując się na poświęcenie się pracy w onkologii, zdaje sobie sprawę, jak trudny obowiązek przyjmuje. Spędzanie codziennego życia wśród chorych ludzi, ciężko dotkniętych fizycznym i psychicznym dramatem zagrożenia, a często i utratą zdrowia i życia – to wyzwanie i przyjęcie niełatwego losu.

Jednakże to również chwile wielkiej i prawdziwej radości, gdy kogoś uratuje się od choroby, kalectwa i śmierci. W naszych szpitalach onkologicznych jest ponad pięćdziesiąt parę procent le-

czonych chorych. Mówi się, że uratowanie życia jednemu człowiekowi to uratowanie całego świata. To poezja piękna i wzruszająca. Ale nasze zadanie to nie poezja – to twarda i uparta walka, stały trud w oparciu o rozległą i stale pogłębianą wiedzę, to ciągły wysiłek aby przy użyciu zdobytych wiedzy medycznej i postępu instrumentarium technicznego ten ratunek zdobywać. Trzeba za to płacić wielką cenę intelektualną, moralną, społeczną i materialną. Można te sukcesy osiągnąć w szerokim, społecznym zakresie tylko wspólnym wysiłkiem środowiska medycznego, politycznego, finansowego, mobilizującego świadomość społeczną świata nauki, kultury, mediów – mówiąc krótko całego społeczeństwa – starannego przemyslenia i rzetelnego, konkretnego, stałego skoordynowanego działania. Są tego przykłady i wzorce...

Potrzeba nam osiągnięć celowej, skoordynowanej akcji ogólnospołecznej, popartej adekwatnymi środkami finansowymi. Potrzebą chwili jest konieczność stworzenia nowej skutecznej struktury obejmującej i koordynującej ogólnonarodową akcję otwarcia nowych horyzontów w nowym stuleciu. Będzie to kolejny Narodowy Program Walki z Chorobami Nowotworowymi, dzieło Polskiej Unii Onkologii...”

W dniu 1 lipca 2005 roku uchwalono Ustawę o NPZChN na plenarnym posiedzeniu Sejmu RP. Sejm głosował w pełnym swoim składzie i ustawę uchwalono jednogłośnie. W dniu 20 lipca 2005 roku nastąpił historyczny moment uroczystego podpisania ustawy przez Prezydenta RP (Dziennik Ustaw z dnia 2 sierpnia 2005 r (Dz.U 05.143.1200), Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych”).

W ustawie ustanowiono wieloletni Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych, którego głównymi celami jest:

- 1) zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory;
- 2) osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów;
- 3) osiągnięcie średnich europejskich wskaźników skuteczności leczenia;
- 4) stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych;
- 5) utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i poszczególnych regionach kraju.

W ustawie zapisano, że w ramach Programu podejmuje się działania dotyczące w szczególności:

- 1) rozwoju profilaktyki pierwotnej nowotworów złośliwych, w tym zwłaszcza zależnych od palenia tytoniu i niewłaściwego żywienia;
- 2) wdrożenia populacyjnych programów wczesnego wykrywania, a w szczególności raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego oraz wybranych nowotworów u dzieci;
- 3) zwiększenia dostępności do metod wczesnego rozpoznawania oraz wdrożenia procedur zapewnienia jakości diagnostyki i terapii nowotworów;
- 4) standaryzacji procedur leczenia napromienianiem;
- 5) uzupełnienia oraz wymiany wyeksploatowanych urządzeń do radioterapii i diagnostyki nowotworów;
- 6) upowszechnienia metod leczenia skojarzonego;
- 7) rozwoju i upowszechniania współczesnych metod rehabilitacji chorych, ograniczania odległych następstw leczenia oraz opieki paliatywnej w onkologii;
- 8) rozwoju i upowszechnienia nauczania onkologii w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych;
- 9) poprawy działania systemu zbierania danych o stopniu zaawansowania nowotworów;

- 10) upowszechniania wiedzy w społeczeństwie na temat profilaktyki, wczesnego rozpoznawania i leczenia nowotworów.

Realizację programu powierzono ministrowi zdrowia, który:

- 1) określa wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu w kolejnych trzech latach;
- 2) opracowuje projekt harmonogramu zadań wykonywanych w ramach Programu na kolejny rok budżetowy oraz kierunki realizacji zadań Programu na następne dwa lata;
- 3) koordynuje współpracę między wszystkimi podmiotami realizującymi poszczególne działania wynikające z Programu;
- 4) dokonuje wyboru realizatorów działań wynikających z Programu;
- 5) kontroluje jakość świadczeń finansowanych w ramach Programu;
- 6) opracowuje roczne sprawozdania z realizacji Programu;
- 7) zapewnia obsługę administracyjną realizacji Programu.

Minister zdrowia przedstawia Radzie Ministrów projekt harmonogramu zadań wykonywanych w ramach Programu na kolejny rok budżetowy oraz kierunki realizacji Programu na następne dwa lata, a także roczne sprawozdanie z realizacji Programu. Rada Ministrów przyjmuje zaś w drodze uchwały harmonogram zadań wykonywanych w ramach Programu na kolejny rok budżetowy oraz kierunki realizacji Programu na następne dwa lata.

Zgodnie z Ustawą utworzono Radę do spraw Zwalczenia Chorób Nowotworowych, jako organ opiniodawczo-doradczy ministra zdrowia. Program jest finansowany z budżetu państwa i środków pozabudżetowych, a łączne nakłady na finansowanie Programu w całym okresie jego realizacji wyniosą trzy miliardy zł. Planowane nakłady z budżetu państwa na realizację działań przewidzianych w ramach Programu nie mogą być w poszczególnych latach mniejsze niż 250000 tys. zł. Realizatorami działań wynikających z Programu mogą być wszystkie podmioty prawne funkcjonujące w systemie ochrony zdrowia. Wyboru realizatorów działań wynikających z Programu, finansowanych z budżetu państwa, dokonuje się w trybie konkursu ofert przeprowadzonego przez ministra zdrowia. O przeprowadzeniu konkursu ofert minister zdrowia ogłasza co najmniej 30 dni przed wyznaczonym upływem terminu składania ofert.

Minister zdrowia przedstawia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej, nie później niż do dnia 31 maja, roczne sprawozdanie z realizacji Programu za poprzedni rok kalendarzowy, harmonogram zadań wykonywanych w ramach Programu na kolejny rok budżetowy oraz kierunki realizacji Programu na następne dwa lata.

Celem racjonalizacji wydatków przewidzianych na realizowanie NPZChN w dniu 7 lutego 2008 roku dokonano zmiany ustawy w punkcie mówiącym o planowaniu nakładów na realizację działań z zakresu wczesnego wykrywania chorób nowotworowych, po wprowadzonej poprawce muszą stanowić rocznie nie mniej niż 10% nakładów na Program.

Zakłada się, że realizacja NPZChN poprzez kompleksowe działania uwzględniające postęp wiedzy medycznej doprowadzi do zmniejszenia zachorowalności na nowotwory o około 10% oraz do poprawy skuteczności leczenia chorób nowotworowych w Polsce do poziomu osiąganego w krajach zachodniej i północnej Europy, czyli około 40% wyleczeń pięcioletnich u mężczyzn i około 50% wyleczeń u kobiet.

Realizacja NPZChN umożliwi intensyfikację działań w zakresie profilaktyki nowotworów w tym w szczególności ograniczenie palenia tytoniu i kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych. Systematyczne działania profilaktyczne o odpowiedniej jakości przyczynią się do zmniejszenia ryzyka zachorowań na nowotwory. Upowszechnienie i zachowanie ciągłości populacyjnych programów wczesnego rozpoznawania nowotworów i wykrywania stanów przedrakowych – zwłaszcza piersi, szyjki macicy oraz jelita grubego – zapewni zwiększenie odsetka wcześniej rozpoznawanych nowotworów, a tym samym większą skuteczność leczenia.

Ponadto, poprzez zakupy sprzętu diagnostycznego, aparatury do radioterapii onkologicznej, tomografii pozytonowej oraz intensyfikację diagnozowania i leczenia m.in. białaczek, chłoniaków, raka płuc oraz wielu nowotworów u dzieci, a także opieki paliatywnej – realizacja Programu ma na celu poprawę dostępności do specjalistycznych świadczeń, z użyciem ww. sprzętu i aparatury medycznej.

W ramach Programu realizowane są programy szczególne:

- 1) Prewencja pierwotna nowotworów
- 2) Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy
- 3) Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi
- 4) Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego
- 5) Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe (rak piersi, jajnika, jelita grubego i trzonu macicy)
- 6) Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów
- 7) Utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii
- 8) Tomografia pozytonowa (PET) – budowa sieci ośrodków
- 9) Program szkolenia lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej- jednolite minimum onkologiczne
- 10) Szkolenie lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym
- 11) Modyfikacja i wdrożenie programu nauczania onkologii w polskich uczelniach medycznych
- 12) Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii
- 13) Programy poprawy jakości diagnostyki i leczenia nowotworów u dzieci
- 14) Program doskonalenia diagnostyki białaczek ostrych u dorosłych z dostosowaniem do zaleceń Unii Europejskiej
- 15) Program wykrywania i rozpoznawania chłoniaków złośliwych
- 16) Program rozwoju opieki paliatywnej w onkologii
- 17) Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach

Bibliografia

1. Berrino F. De Angelis R. Sant M. i inni, Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995–99, results of the Eurocare-4 study, *Lancet Oncol* 2007, 8, 773–783.
2. Europejski kodeks walki z rakiem, wersja III 2003, pod red. W. Zatońskiego, COI, Warszawa, 2007.
3. Jemal A., Ward EM., Thun M. J., Epidemiology of cancer. Cancers statistics w: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg S., A., 7-th edition, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2005, 226–242.
4. Koszarowski T., Dać świadectwo prawdzie. Społeczny Komitet Budowy Centrum Onkologii w Warszawie, Agencja Poligraficzna Wydawnictwa GIMPO, Warszawa 1998.
5. MA X, Tucker MA, Epidemiology of cancer. Epidemiologic Methods w: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg S. A.; 7-th edition, Philadelphia: Lippincott Williams and ilkins 2005, 217–225.
6. Schrijvers D., Senn M. J., Mellstedt H., Zakotnik B., Informa UK Ltd, ESMO Handbook of Cancer prevention 2008
7. Wojciechowska U., Ditkowska J., Zatoński W., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2008, COI, Warszawa 2010 Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie.
8. Verdecchia A., Francisci S., Brenner H. i inni, Recent Cancer Survival in Europe: a 2000–02 period analysis of Eurocare-4 data, *Lancet Oncol* 2007, 8, 784–796.
9. Zatoński W., Didkowska J., Closing the gap: Cancer in central and eastern Europe (CEE), *Eur. J. Cancer* 2008, 44, 1425–1437.

Organizacja i funkcjonowanie Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Dariusz Rudaś

W 2009 roku obchodziliśmy uroczystość 55-lecia istnienia Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz 90-lecie istnienia służb sanitarno-epidemiologicznych w naszym kraju.

Od samego początku istnienia inspekcji jej celem była ochrona zdrowia ludzkiego przed wpływem czynników szkodliwych i uciążliwych, a w szczególności zapobieganie powstawaniu chorób zakaźnych i zawodowych. W 2003 roku działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej zostały rozszerzone o zadania związane z przeciwdziałaniem się atakom terrorystycznym z użyciem broni biologicznej oraz zwalczaniem skutków użycia takiej broni. Zadania Inspekcji obejmują obszar ochrony zdrowia publicznego w tym nadzór nad warunkami higieny środowiskowej, higieny pracy w zakładach, higieny radiacyjnej, procesów nauczania i wychowania, a także higieny wypoczynku i rekreacji. Pracownicy inspekcji nadzorują warunki zdrowotne żywienia, żywności oraz przedmiotów użytku, a także mają pieczę nad warunkami sanitarno-higienicznymi zakładów opieki zdrowotnej.

Zadania te realizuje 16 wojewódzkich, 318 powiatowych i 15 granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Państwowa Inspekcja Sanitarna podlega ciągłym zmianom, dostosowując swoje zadania i strukturę do zmieniających się zagrożeń, nowych technologii i uwarunkowań finansowych. Ostatnio dużym wyzwaniem jest włączenie inspekcji w skład rządowej administracji zespolonej i związane z tym zmiany sposobu finansowania, podległości kadrowej i fachowej.

Najważniejszym aktem prawnym regulującym zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jej organizację, zakres działania oraz uprawnienia jest ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. 1985 Nr 12 poz. 49)

Zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej

W pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obok działań nadzorczo-kontrolnych coraz większą rolę odgrywają działania oświatowe podnoszące świadomość zdrowotną naszego społeczeństwa oraz aktywny monitoring zagrożeń epidemicznych, środowiskowych czy żywieniowych. Oceniane jest ryzyko zdrowotne, a następnie podejmowane są działania zapobiegawcze. Opisa-

ne tu działania są podejmowane na wszystkich szczeblach organizacyjnych inspekcji. Dodatkowo Główny Inspektor Sanitarny jako organ centralny ustala ogólne kierunki działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W przypadku zagrożenia bezpieczeństwa sanitarnego kraju ustala szczegółowe zasady postępowania państwowych inspektorów sanitarnych, a także zasady współdziałania z innymi organami kontroli państwowej. Główny Inspektor Sanitarny monitoruje zagrożenia wynikające z sytuacji sanitarno-epidemiologicznej krajów sąsiednich oraz wprowadza na terenie kraju zalecenia Unii Europejskiej. Aktywnie uczestniczy w pracach legislacyjnych zmierzających do dostosowania naszego prawa do zmieniających się wymogów.

Zadaniem pracowników terenowych w trakcie wykonywanych czynności kontrolnych jest ustalenie źródła zagrożenia dla zdrowia i ich wyeliminowanie. Pracownicy ustalają populacje osób narażonych na oddziaływanie tych czynników i dążą do jej ograniczenia. Ponadto ich zadaniem jest zminimalizowanie siły oddziaływania tych czynników na ludzi.

Państwowa Inspekcja Sanitarna jest powołana do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności poprzez sprawowanie nadzoru nad warunkami:

- 1) higieny środowiska,
- 2) higieny pracy w zakładach pracy,
- 3) higieny radiacyjnej,
- 4) higieny procesów nauczania i wychowania,
- 5) higieny wypoczynku i rekreacji,
- 6) higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku,
- 7) higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne – w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych.

Wykonywanie zadań polega na sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska, a także na prowadzeniu działalności oświatowo-zdrowotnej.

Do zakresu działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w dziedzinie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego należy:

- 1) uzgadnianie projektów planów zagospodarowania przestrzennego województwa, miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego, studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy oraz ustalanie warunków zabudowy i zagospodarowania terenu pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych,
- 2) uzgadnianie dokumentacji projektowej pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych dotyczących:
 - a. budowy oraz zmiany sposobu użytkowania obiektów budowlanych, statków morskich, żeglugi śródlądowej i powietrznych,
 - b. nowych materiałów i procesów technologicznych przed ich zastosowaniem w produkcji lub budownictwie,
- 3) uczestniczenie w dopuszczeniu do użytku obiektów budowlanych, statków morskich, żeglugi śródlądowej i powietrznych oraz środków komunikacji lądowej,
- 4) inicjowanie przedsięwzięć oraz prac badawczych w dziedzinie zapobiegania negatywnym wpływom czynników i zjawisk fizycznych, chemicznych i biologicznych na zdrowie ludzi.

Do zakresu działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w dziedzinie bieżącego nadzoru sanitarnego należy kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, w szczególności dotyczących:

- 1) higieny środowiska, a zwłaszcza wody do spożycia, czystości powietrza atmosferycznego, gleby, wód i innych elementów środowiska,
- 2) utrzymania należytego stanu higienicznego nieruchomości, zakładów pracy, instytucji, obiektów i urządzeń użyteczności publicznej, dróg, ulic oraz osobowego i towarowego transportu kolejowego, drogowego, lotniczego i morskiego,
- 3) warunków produkcji, transportu, przechowywania i sprzedaży żywności oraz warunków żywienia zbiorowego, nadzoru nad jakością zdrowotną żywności,
- 4) warunków zdrowotnych produkcji i obrotu przedmiotami użytku, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, kosmetykami oraz innymi wyrobami mogącymi mieć wpływ na zdrowie ludzi,
- 5) warunków zdrowotnych środowiska pracy, a zwłaszcza zapobiegania powstawaniu chorób zawodowych i innych chorób związanych z warunkami pracy,
- 6) higieny pomieszczeń i wymagań w stosunku do sprzętu używanego w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych, szkołach wyższych oraz w ośrodkach wypoczynku,
- 7) higieny procesów nauczania,
- 8) przestrzegania przez osoby wprowadzające substancje lub preparaty chemiczne do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz przez użytkowników substancji lub preparatów chemicznych, przestrzegania przez podmioty wprowadzające do obrotu prekursorzy grupy IIA-R i IIB-R obowiązków wynikających z ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,
- 9) przestrzegania przez podmioty wprowadzające do obrotu prekursorzy kategorii 2 i 3 obowiązków wynikających z ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U Nr 179, poz. 1485), rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 273/2004 z dnia 11 lutego 2004 r. w sprawie prekursorów narkotykowych oraz rozporządzenia Rady nr 111/2005 z dnia 22 grudnia 2004 r. określającego zasady nadzorowania handlu prekursorami narkotyków pomiędzy Wspólnotą a państwami trzecimi,
- 10) wprowadzania do obrotu produktów biobójczych i substancji czynnych oraz ich stosowania w działalności zawodowej.

Do zakresu działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w dziedzinie zapobiegania i zwalczania chorób, należy:

- 1) dokonywanie analiz i ocen epidemiologicznych,
- 2) opracowywanie programów i planów działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej, przekazywanie ich do realizacji zakładom opieki zdrowotnej oraz kontrola realizacji tych programów i planów,
- 3) ustalanie zakresu i terminów szczepień ochronnych oraz sprawowanie nadzoru w tym zakresie,
- 4) wydawanie zarządzeń i decyzji lub występowanie do innych organów o ich wydanie – w wypadkach określonych w przepisach o zwalczaniu chorób zakaźnych,
- 5) wydawanie decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej lub decyzji o braku podstaw do jej stwierdzenia,
- 6) planowanie i organizowanie sanitarnego zabezpieczenia granic państwa,
- 7) nadzór sanitarny nad ruchem pasażerskim i towarowym w morskich i lotniczych portach oraz przystaniach,
- 8) udzielanie poradnictwa w zakresie spraw sanitarno-epidemiologicznych lekarzom okrętowym i personelowi pomocniczo-lekarskiemu, zatrudnionemu na statkach morskich, żeglugi śródlądowej i powietrznych,

9) kierowanie akcją sanitarną przy masowych przemieszczeniach ludności, zjazdach i zgromadzeniach.

Państwowy Graniczny Inspektor Sanitarny nie podlega merytorycznie, kadrowo czy finansowo pod Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego. Podlega w całości pod Głównego Inspektora Sanitarnego. PWIS, sprawuje nadzór jedynie nad inspektorami powiatowymi – merytorycznie. Starosta nie ma możliwości finansowania działalności PPIS.

Państwowa Inspekcja Sanitarna inicjuje, organizuje, prowadzi, koordynuje i nadzoruje działalność oświatowo-zdrowotną w celu ukształtowania odpowiednich postaw i zachowań zdrowotnych, a w szczególności:

- 1) inicjuje i wytycza kierunki przedsięwzięć zmierzających do zaznajamiania społeczeństwa z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia, popularyzowania zasad higieny i racjonalnego żywienia, metod zapobiegania chorobom oraz umiejętności udzielania pierwszej pomocy,
- 2) pobudza aktywność społeczną do działań na rzecz własnego zdrowia,
- 3) udziela porad i informacji w zakresie zapobiegania i eliminowania negatywnego wpływu czynników i zjawisk fizycznych, chemicznych i biologicznych na zdrowie ludzi,
- 4) ocenia działalność oświatowo-zdrowotną prowadzoną przez szkoły i inne placówki oświatowo-wychowawcze, szkoły wyższe oraz środki masowego przekazywania, zakłady opieki zdrowotnej, inne zakłady, instytucje i organizacje oraz udziela im pomocy w prowadzeniu tej działalności.

Do zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej należy również wydawane opinie co do zgodności z warunkami sanitarnymi określonymi przepisami Unii Europejskiej przedsięwzięć i zrealizowanych inwestycji, których realizacja jest wspomagana przez Agencję Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa ze środków pochodzących z funduszy Unii Europejskiej.

Sposób finansowania działalności PIS:

Minister finansów → Wojewoda → PWIS → PPIS

Minister Zdrowia → GIS → PGIS

Obecnie zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonują następujące organy:

- Główny Inspektor Sanitarny,
- Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny,
- Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny,
- Państwowy Graniczny Inspektor Sanitarny (dla obszarów przejść granicznych drogowych, kolejowych, lotniczych, rzecznych i morskich, portów lotniczych i morskich oraz jednostek pływających na obszarze wód terytorialnych).

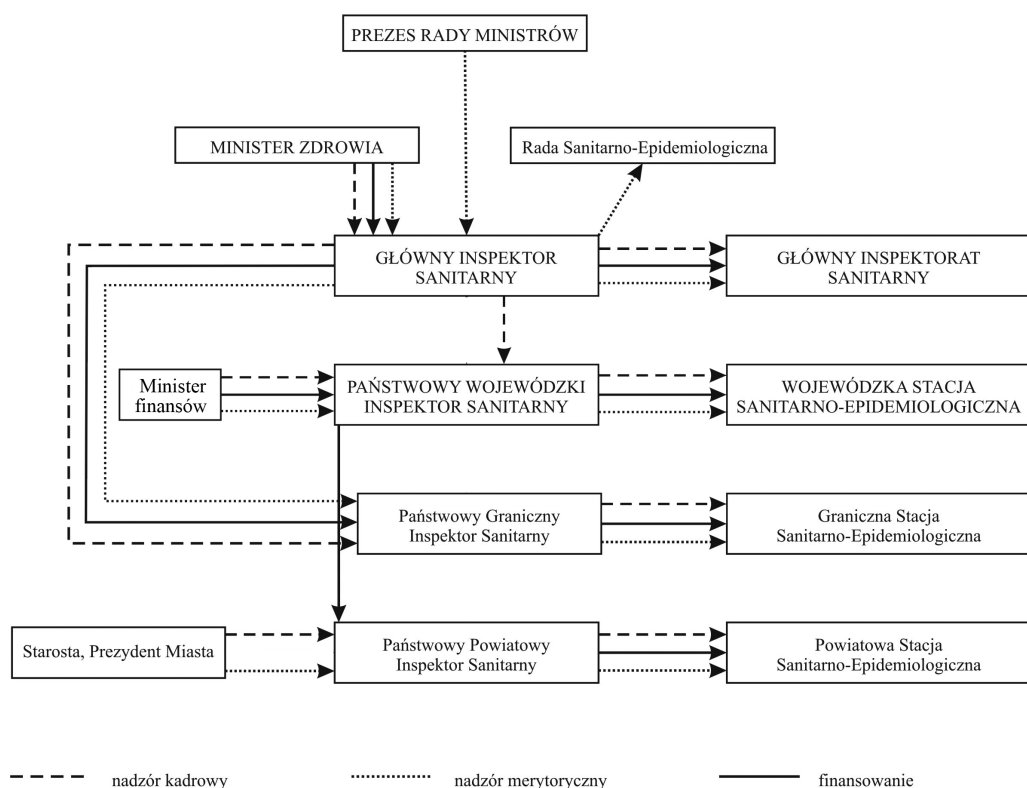
Główny Inspektor Sanitarny jest centralnym organem administracji rządowej podległym ministrowi zdrowia i opieki społecznej. Na stanowisko powołuje go prezes Rady Ministrów na wniosek ministra zdrowia i opieki społecznej. Wyłania się go w drodze konkursu. Kadencja głównego inspektora sanitarnego trwa 5 lat. Zastępców głównego inspektora sanitarnego w liczbie 2 powołuje i odwołuje minister zdrowia i opieki społecznej na wniosek głównego inspektora sanitarnego.

Organem doradczym i opiniodawczym głównego inspektora sanitarnego w sprawach objętych zakresem działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest Rada Sanitarно-Epidemiologiczna, powoływana na okres trzech lat. Rada Sanitarно-Epidemiologiczna składa się z przewodniczącego, sekretarza i 15 członków, których powołuje i odwołuje minister zdrowia i opieki społecznej na wniosek głównego inspektora sanitarnego, spośród pracowników nauki i osób posiadających wybitne przygotowanie praktyczne z dziedziny sanitarно-epidemiologicznej. W pracach Rady, na zaproszenie głównego inspektora sanitarnego, uczestniczą przedstawiciele centralnych organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego oraz związków zawodowych,

organizacji pracodawców i organizacji społecznych statutowo zajmujących się problemami sanitarno-epidemiologicznymi.

Państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego i jego zastępcę powołuje wojewoda po uzyskaniu pozytywnej opinii głównego inspektora sanitarnego. Państwowego powiatowego inspektora sanitarnego i jego zastępcę powołuje starosta po uzyskaniu pozytywnej opinii państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego. Natomiast państwowego granicznego inspektora sanitarnego i jego zastępcę powołuje główny inspektor sanitarny. Powołanie na stanowisko państwowego inspektora sanitarnego następuje na okres 5 lat. Organ samorządu może w każdym czasie odwołać państwowego wojewódzkiego oraz państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, jeżeli przemawia za tym interes służby, a w szczególności jeżeli działalność tego państwowego inspektora sanitarnego lub podległej mu jednostki może zagrozić prawidłowemu wykonywaniu zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej, a zwłaszcza naruszyć bezpieczeństwo sanitarne na terenie właściwości danej jednostki. Odwołanie w tym trybie następuje w drodze decyzji administracyjnej i wymaga szczegółowego uzasadnienia na piśmie.

Ryc. 1. Struktura organizacyjna Państwowej Inspekcji Sanitarnej od 01.01.2010 roku.



Państwowym inspektorem sanitarnym, zgodnie z art. 13 ustawy o Inspekcji Sanitarnej, może być osoba, która:

- jest obywatelem polskim,
- ma pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzysta w pełni z praw publicznych,

- jest lekarzem i uzyskała kierunkową specjalizację w trybie przewidzianym w odrębnych przepisach albo uzyskała specjalizację z dziedziny medycyny, lub ukończyła studia podyplomowe o kierunku zdrowia publicznego lub zarządzanie w służbie zdrowia,
- swoją postawą daje rękojmię należytego wykonywania zadań pracownika organu państwowego,
- posiada stan zdrowia pozwalający na zatrudnienie na określonym stanowisku.

Kwalifikacje wymagane od pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych określa rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 30 czerwca 2000 r. w sprawie organizacji i zasad działania stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz kwalifikacji wymaganych od pracowników tych stacji (Dz.U z 2000 r. Nr 56, poz. 677).

W tym miejscu należy powiedzieć, że największym problemem inspekcji jest brak wysoko kwalifikowanych pracowników posiadających specyficzne i wyjątkowe kwalifikacje zawodowe. W kraju nie ma uczelni, które kształciłyby pracowników na potrzeby inspekcji. Braki kadrowe występują głównie w oddziałach: Epidemiologii oraz Zapobiegawczym Nadzorze Sanitarnym.

Główny inspektor sanitarny kieruje pracą głównego inspektoratu sanitarnego, który jest centralnym urzędem administracji rządowej. W jego strukturach funkcjonują następujące departamenty:

1. Departament Zdrowia Publicznego i Promocji Zdrowia;
2. Departament Bezpieczeństwa Żywności i Żywnienia;
3. Departament Przeciwepidemiczny;
4. Departament Higieny Środowiska;
5. Departament Prawny;
6. Departament Ekonomiczno-Administracyjny;
7. Departament Nadzoru i Kontroli;
8. Biuro Głównego Inspektora;
9. Biuro Dyrektora Generalnego;
10. Wydział Informatyzacji.

Departamenty Zdrowia Publicznego i Promocji Zdrowia, Bezpieczeństwa Żywności i Żywnienia, Przeciwepidemiczny oraz Higieny Środowiska mają swoje odpowiedniki we wszystkich stacjach sanitarno-epidemiologicznych pracujących na terenach województw i powiatów. Ich odpowiednikami są oddziały odpowiadające za merytoryczne wykonanie zadań.

Szczegółowe zadania poszczególnych oddziałów przedstawiają się następująco.

Oddział Nadzoru Higieny Komunalnej

Prowadzi działalność w zakresie sprawowania kontroli na podstawie przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne dotyczące:

- jakości wody przeznaczonej do spożycia (wodociągi, ujęcia),
- jakości wody w basenach i kąpieliskach,
- czystości powietrza atmosferycznego (monitoring),
- stanu higienicznego nieruchomości,
- stanu sanitarnego obiektów i urządzeń użyteczności publicznej (zakłady usługowe, obiekty rekreacyjne, placówki służby zdrowia itp.),
- stanu higienicznego środków transportu publicznego.

Trudno jest przecenić znaczenie tego działu. Higiena środowiska, w którym przebywamy, ma kluczowe znaczenie dla naszego samopoczucia i zdrowia. Szczególną uwagę zwraca się na jakość wody przeznaczonej do spożycia. Jest to monitorowane codziennie przez pobieranie próbek u końcowego odbiorcy. Dzięki temu, iż otrzymuje się od służb odpowiedzialnych za do-

stawy wody wyniki badań próbek pobieranych z głównych kolektorów, można bardzo szybko określić przyczyny i źródło ewentualnej awarii oraz podjąć odpowiednie działania.

Oddział Nadzoru Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku

Prowadzi działalność w zakresie bieżącego nadzoru nad:

- warunkami higieniczno-sanitarnymi zakładów i ich wyposażenia,
- wymaganiami w zakresie przestrzegania zasad higieny w procesie produkcji i obrocie żywnością,
- dozwolonymi substancjami dodatkowymi używanymi w produkcji i obrocie żywnością z wyłączeniem środków spożywczych pochodzenia zwierzęcego,
- wyrobami i materiałami przeznaczonymi do kontaktu z artykułami żywnościowymi,
- w opiniowaniu projektów nowo budowanych obiektów żywieniowo-żywnościowych,
- w odbiorach ww. obiektów,
- w opracowaniach ognisk zatruc pokarmowych,
- opracowuje decyzje stwierdzające spełnienie wymagań koniecznych do zapewnienia higieny w procesie produkcji lub obrocie żywnością (dopuszczające do rozpoczęcia działalności),
- opracowuje decyzje nakazujące wykonanie obowiązków w celu poprawy stanu sanitarnego,
- ocenia sposób żywienia w placówkach żywienia zamkniętego (ocena racji pokarmowych).

Ten dział jako jeden z pierwszych został włączony do europejskiego systemu nadzoru nad bezpieczeństwem żywności – Rapid Alert System for Food and Feed (RASFF). System ten działa we wszystkich krajach Unii Europejskiej, a jego zadaniem jest wczesne ostrzeganie o niebezpiecznych produktach spożywczych i środkach żywienia zwierząt. Obejmuje całą żywność i wszystkie środki żywienia zwierząt. W ramach systemu dokonywana jest ocena stopnia zagrożenia dla zdrowia konsumentów jeżeli na rynku pojawiają się środki spożywcze niebezpieczne dla zdrowia lub nieprawidłowo oznakowane. Informuje także o podjętych w trybie pilnym środkach zaradczych.

Oddział Nadzoru Higieny Pracy

Prowadzi działalność w zakresie nadzoru bieżącego nad warunkami środowiska pracy w celu zapobiegania chorobom zawodowym i innym związanym z warunkami pracy poprzez:

- typowanie czynników szkodliwych (fiz., chem., biol.) występujących na stanowiskach pracy,
- ocenę zgodności warunków pracy z obowiązującymi normatywami higienicznymi,
- kontrolę nad przestrzeganiem przepisów ustawy przez osoby wprowadzające substancje lub preparaty niebezpieczne do obrotu i stosujące je w działalności zawodowej,
- kontrolę wyposażenia zakładu w środki ochrony zbiorowej i indywidualnej,
- kontrolę wykonania profilaktycznych badań lekarskich zatrudnionych pracowników,
- ocenę stanu sanitarno – higienicznego zakładu,
- wydawanie decyzji w sprawach chorób zawodowych.

Dział ten pracuje w systemie REACH (ang. Registration, Evaluation and Authorisation of Chemicals) – dotyczącego bezpiecznego stosowania niebezpiecznych substancji chemicznych poprzez ich rejestrację, ocenę oraz w niektórych przypadkach udzielanie zezwoleń i ograniczenia handlu oraz ich stosowania. System ten działa we wszystkich krajach Unii Europejskiej, integrując ich działania w tym zakresie.

Oddział Nadzoru Epidemiologii

Prowadzi działalność w zakresie:

- nadzoru sanitarnego związanego z zapobieganiem i zwalczaniem chorób zakaźnych mogących szerzyć się epidemicznie, w tym m.in. przeprowadzanie wywiadów epidemiologicznych, rejestracje chorób i działania prewencyjne,
- dystrybucji szczepionek oraz nadzoru nad wykonywaniem szczepień ochronnych,
- sprawowania nadzoru nad placówkami służby zdrowia, w tym kontroli nad sterylizacją, dezynfekcją, dezynsekcją, deratyzacją, oraz prawidłowego postępowania z odpadami medycznymi,
- opiniowania i współdziałania w otwieraniu nowych placówek służby zdrowia,
- kontroli poprawiających stan sanitarny nadzorowanych placówek.

Oddział Nadzoru Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia

Prowadzi działalność oświatowo-szkoleniową której celem jest kształtowanie właściwych postaw i zachowań zdrowotnych. W szczególności:

- wirusowego zapalenia wątroby typu A,
- profilaktyki próchnicy,
- radzenia sobie ze stresem,
- nowotworów piersi,
- pierwotnej profilaktyki wad cewy nerwowej,
- czynnego i biernego palenia tytoniu,
- profilaktyki zakażeń HIV/AIDS,
- profilaktyki astmy.

Działalność tego działu ukierunkowana jest na prowadzenie akcji oświatowych głównie w placówkach szkolnych oraz zakładach opieki zdrowotnej. Od kilku lat organizowana jest wyjątkowa impreza – festiwal piosenki o zdrowiu. Ta inicjatywa skierowana jest przede wszystkim do szkół podstawowych i ponadpodstawowych.

Oddział Nadzoru Higieny Dzieci i Młodzieży prowadzi działalność w zakresie:

- bieżącego nadzoru sanitarnego nad stałymi placówkami nauczania i wychowania oraz nad przebiegiem zimowego i letniego wypoczynku dzieci i młodzieży w placówkach sezonowych,
- bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu dzieci i młodzieży w szkołach i placówkach z uwzględnieniem stanu technicznego pomieszczeń i urządzeń, właściwego oświetlenia, ogrzania i wentylacji pomieszczeń,
- warunków procesu nauczania i wychowania z uwzględnieniem planu zajęć dydaktyczno-wychowawczych oraz dostosowania mebli szkolnych do wymagań ergonomii,
- żywienia i dożywiania dzieci i młodzieży w szkołach i placówkach,
- wydawania opinii sanitarnych na wniosek jednostek prowadzących działalność oraz dokonywanie kwalifikacji w placówkach sezonowych przed rozpoczęciem akcji „Zima w mieście” i „Lato w mieście”,
- podejmowania interwencji w związku z zaistniałymi nieprawidłowościami w placówkach na podstawie wpływających skarg, zażaleń i wniosków.

Oddział Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego prowadzi działalność w zakresie:

- uzgadniania miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego, wydawania opinii w sprawie konieczności sporządzania raportu o oddziaływaniu na środowisko przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko,

- uzgadniania ww. przedsięwzięć przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach zgody na realizację przedsięwzięcia,
- wydawania decyzji w sprawach warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie,
- wydawania opinii o zakładach fryzjerskich, kosmetycznych, tatuażu i odnowy biologicznej,
- uczestnictwa w dopuszczeniu do użytkowania obiektów budowlanych,
- wydawania opinii sanitarnych o lokalach nowo uruchamianych aptek ogólnodostępnych, punktów aptecznych oraz hurtowni farmaceutycznych, wymaganych przy ubieganiu się o koncesje na prowadzenie ww. obiektów,
- wydawania opinii sanitarnych o warunkach bezpieczeństwa i higieny w budynkach szkół i placówek publicznych wymaganych przy ubieganiu się o zezwolenie na założenie ww. placówki,
- wydawania opinii sanitarnych o lokalach nowo uruchamianych szkół i placówek niepublicznych wymaganych przy ubieganiu się o wpis do ewidencji placówek,
- uzgadniania dokumentacji projektowej pod względem spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych.

W tym dziale pracują wyłącznie osoby z wykształceniem technicznym, budowlanym z tytułem inżyniera. Każda inwestycja dla celu publicznego wymaga pozytywnej opinii sanitarnej. Występuje tu szczególna odpowiedzialność, bowiem prawidłowe wykonanie wszystkich instalacji i spełnienie norm budowlanych wpływa bezpośrednio na bezpieczeństwo sanitarne osób, które w przyszłości będą korzystały z nowo budowanego obiektu.

Przedstawionych powyżej zadań nie można wykonać, jeśli inspektor nie będzie posiadał odpowiednich uprawnień i kompetencji.

Uprawnienia państwowego inspektora sanitarnego:

- 1) jest uprawniony do kontroli zgodności budowanych obiektów z wymaganiami higienicznymi i zdrowotnymi,
- 2) ma prawo wstępu do:
 - a) zakładów pracy oraz wszystkich pomieszczeń i urządzeń wchodzących w ich skład,
 - b) obiektów użyteczności publicznej, obiektów handlowych, ogrodów działkowych i nieruchomości oraz wszystkich pomieszczeń wchodzących w ich skład,
 - c) środków transportu i obiektów z nimi związanych, w tym również na statki morskie, żeglugi śródlądowej i powietrzne,
 - d) obiektów będących w trakcie budowy,
- 3) żądania pisemnych lub ustnych informacji oraz wzywania i przesłuchiwanie osób,
- 4) żądania okazania dokumentów i udostępniania wszelkich danych,
- 5) pobierania próbek do badań laboratoryjnych,
- 6) wstępu do mieszkań w razie podejrzenia lub stwierdzenia choroby zakaźnej, zagrożenia zdrowia czynnikami środowiskowymi, a także jeżeli w mieszkaniu jest lub ma być prowadzona działalność produkcyjna lub usługowa.

W razie stwierdzenia naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych nakazuje, w drodze decyzji, usunięcie w ustalonym terminie stwierdzonych uchybień. Jeżeli naruszenie wymagań spowodowało bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia ludzi ma prawo unieruchomić zakład pracy lub jego część (stanowisko pracy, maszynę), zamknąć obiekt użyteczności publicznej, wyłączyć z eksploatacji środek transportu, wycofać z obrotu środek spożywczy, przedmiot użytku, materiał i wyrób przeznaczony do kontaktu z żywnością. Decyzje w tych sprawach podlegają natychmiastowemu wykonaniu.

Państwowemu inspektorowi sanitarnemu przysługuje prawo zgłoszenia sprzeciwu przeciwko uruchomieniu wybudowanego lub przebudowanego zakładu pracy lub innego obiektu bu-

dowlanego, wprowadzeniu nowych technologii lub zmian w technologii, dopuszczeniu do obrotu materiałów stosowanych w budownictwie lub innych wyrobów mogących mieć wpływ na zdrowie ludzi – jeżeli w toku wykonywanych czynności stwierdzi, że występuje zagrożenie życia lub zdrowia ludzi.

Trzeba pamiętać, że kto utrudnia lub udaremnia działalność organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej podlega karze aresztu do 30 dni, ograniczenia wolności albo grzywny.

Na koniec warto powiedzieć, że praca w inspekcji jest bardzo ciekawa. Każda sprawa, którą się zajmujemy, jest wyjątkowa i niepowtarzalna. Zasadnicza część pracy wykonywana jest w terenie i przynosi ogromną satysfakcję, tym większą, że towarzyszy jej duża odpowiedzialność. Każda osoba szukająca pracy nieszablonowej, dającej wyzwania i umożliwiającej kontakt z innymi ludźmi będzie na pewno zadowolona z jej wykonania.

Psychospołeczne problemy zdrowia i choroby

Krzysztof Puchalski

Wstęp. Co to są psychospołeczne problemy zdrowia i choroby?

Mówiąc o problemach psychospołecznych możemy mieć na myśli przynajmniej trzy sprawy. Pierwsza – gdy problem rozumiemy jako temat lub pytanie skłaniające do podjęcia badań naukowych – zwracamy uwagę na zagadnienia badane przez dyscypliny psychologiczne i społeczne, na zjawiska będące w sferze ich dociekań. Druga – gdy problem pojmujemy w znaczeniu potocznym, jako coś, co nas niepokoi i nam doskwiera – przedmiotem badań czynimy to, co wywołuje dyskomfort psychiczny u zwykłych ludzi i całych zbiorowości społecznych (czyli „to, z czym mamy problem”), a także różne przejawy i efekty takiego dyskomfortu. Trzecia – kiedy problem ujmujemy tak, jak rozumiany jest w naukowej teorii problemów społecznych – wówczas koncentrujemy się na tych zjawiskach, które spełniają jednocześnie trzy kryteria: (a) przez znaczącą grupę ludzi (tzn. posiadającą władzę, wpływową, liczną) oceniane są jako zagrożenie dla podstawowych wartości i dążeń, (b) uznawane są za modyfikowalne, możliwe do opanowania lub uniknięcia oraz (c) skłaniają do podjęcia działań likwidujących lub ograniczających ich negatywne konsekwencje.

W tym ostatnim znaczeniu problemy mogą być określane zarówno przez ekspertów, jak grupy lobbingowe, media czy wreszcie samych obywateli lub ich organizacje (przy czym strony te nie zawsze są jednomyślne). Gdy owe problemy ustalane są w kontekście celów zdrowia publicznego, mogą zostać przyjęte dwie strategie postępowania. Zgodnie z pierwszą, określaną mianem „od problemów do ludzi”, problemy wymagające uwagi, zbadania czy rozwiązania ustalane są przez profesjonalnych ekspertów. W drugiej strategii, nazwanej „od ludzi do problemów”, wychodzi się od problemów określanych i zgłaszanych przez reprezentantów grup i społeczności, których one dotyczą. Spory o wybór „słusznej” strategii wiążą się z pytaniem, czy problemy istnieją i mogą być rozwiązywane obiektywnie, niezależnie od tego, co myślą o nich ludzie, czy może jest inaczej, a więc że dane zjawiska stają się problemem dopiero wtedy, gdy ludzie zaczynają je traktować jako „problemowe”, a do ich rozwiązania niezbędne staje się zaangażowanie owych ludzi dostrzegających (czy lepiej: konstruujących) problem¹⁾

1) To drugie stanowisko określane jest mianem konstruktywizmu (lub konstrukcjonizmu) społecznego [18]. Można oczywiście godzić oba stanowiska przyjmując m.in., że gdy problemy definiują eksperci, powinni oni uwzględnić przekonania osób, których dotyczy określony przez nich problem, a także mobilizować opinię publiczną do zaakceptowania eksperckich punktów widzenia i do włączenia się społeczności w działania służące rozwiązaniu owego problemu.

W medycynie i naukach o zdrowiu pojęcie psychospołecznych problemów pojawiło się wraz z uznaniem faktu, że tematyka zdrowotna nie ogranicza się jedynie do zjawisk z obszaru przyrody, że dla pełniejszego wyjaśnienia i technicznego opanowania tych zjawisk potrzeba sięgnąć do wiedzy o psychice człowieka i o społeczeństwie. Dostrzeżono, że na stan zdrowia wpływa to, co ludzie czują i co myślą (również o zdrowiu i chorobie), a także co w związku z tym robią (lub czego nie robią). Wpływa również to, w jakim żyją społeczeństwie i w jakim miejscu jego struktury są ulokowani. Wyrazem tego było chociażby powstanie psychosomatyki jako obszaru badań medycznych, albo takich dyscyplin, jak m.in. psychologia i socjologia zdrowia, antropologia medyczna czy epidemiologia społeczna. Jednocześnie w naukach tych podjęto próby redefinicji pojęć zdrowia i choroby, sięgając do ich znaczeń obecnych w starożytnej tradycji [13], ale także we współczesnych teoriach systemowych [4] oraz w kulturze popularnej [17]. O ile dla zdrowia publicznego – jako dyscypliny w równym stopniu społecznej, co medycznej – kwestie te mogą wydawać się oczywiste, podobnie jak dla wielu lekarzy humanistów, o tyle w biotechnologicznie zorientowanej medycynie cały czas nie znajdują jeszcze należnego sobie miejsca².

Odniesienie psychospołecznych problemów do zagadnień zdrowia i choroby nadaje temu pojęciu wiele nowych i szczegółowych znaczeń.

Po pierwsze, są to kwestie wieloaspektowego zdefiniowania zdrowia i choroby, odmienne od ujęć biomedycznych – wynikające z faktu pojawienia się dyscyplin psychospołecznych w ochronie zdrowia i wprowadzenia w ów obszar punktów widzenia właściwych dla psychologii, socjologii czy innych nauk z tej grupy.

Po drugie, są to te zjawiska psychiczne i społeczne, które zostają wykorzystane do oceny stanu zdrowia populacji – i które traktowane są bądź to jako pełnoprawne elementy zjawiska określanego mianem stanu zdrowia (gdy jego definicja wykracza poza aspekty biomedyczne), bądź tylko jako jego wskaźniki. Ta druga sytuacja ma miejsce wówczas, gdy zakres zdrowia ograniczony zostaje do zjawisk świata przyrody, ale w ich miejsce bada się skorelowane z nimi zjawiska psychospołeczne (np. symptomy zgłaszane przez pacjentów lub samoocenę stanu zdrowia), bo te przyrodnicze są trudne do bezpośredniego rozpoznania w badaniach naukowych (prowadzonych np. za pomocą ankiet w dużych populacjach).

Po trzecie, problemy te obejmują niepokoje zwykłych ludzi, dotyczące stanu ich zdrowia (m.in. odczuwane dolegliwości, postrzegane ryzyko zdrowotne), a także tego typu potrzeby zdrowotne, które są określane i odczuwane przez laików.

Po czwarte, w najbardziej rozpowszechnionym sensie, problemy te dotyczą wpływu zjawisk, cech i procesów psychicznych oraz społecznych na biomedycznie (lub szerzej) pojmowany stan zdrowia człowieka lub populacji – w tym zarówno czynniki i mechanizmy ryzyka w etiologii chorób, jak też potencjały dobrego zdrowia.

Po piąte, psychospołeczne problemy zdrowia i choroby oznaczają psychiczne i społeczne konsekwencje zaburzeń bądź przemian zachodzących w stanie zdrowia, także efekty zastosowanego leczenia (np. radzenie sobie po uzyskaniu niepokojącej diagnozy medycznej, codzienne

2) Zastosowanie tam pojęcia psychospołecznych problemów ma ambiwalentne konsekwencje. Z jednej strony dowartościowuje problematykę psychospołeczną w opanowanej przez nauki przyrodnicze dziedzinie zdrowia, generując zapotrzebowanie na współpracę z psychologią oraz socjologią lub innymi jeszcze dyscyplinami tego typu. Z drugiej natomiast, wpisanie tej problematyki w określone granice pojęciowe pozwala niektórym środowiskom marginalizować ją jako coś dodatkowego w zasadniczym nurcie ochrony zdrowia (i ewentualnie usunąć jak chorą tkankę). Warto zauważyć, że medycyna nie używa raczej określeń takich jak przyrodnicze lub somatyczne problemy zdrowia/choroby, gdyż traktuje je jako najważniejsze w problematyce zdrowotnej, a niekiedy nawet jako wypełniające jej całość.

funkcjonowanie osób z ograniczoną sprawnością), rozpatrywane w odniesieniu do poszczególnych osób lub zbiorowości (np. liczne efekty procesu starzenia się społeczeństwa).

Po szóste, w najszerszym znaczeniu, są to problemy dotyczące psychospołecznych uwarunkowań funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i jego poszczególnych elementów (w tym m.in. uwarunkowań skuteczności przekształceń tego systemu, stymulowania przemian stylu życia społeczeństwa czy wdrażania programów promocji zdrowia w różnorodnych środowiskach [8]). Innymi słowy, są to uznane za najważniejsze, najpilniejsze lub najtrudniejsze sprawy do rozwiązania w tej sferze.

Spróbujemy w ograniczonych ramach krótkiego rozdziału zasygnalizować kluczowe zagadnienia wchodzące w wybrane obszary.

Aspekty psychospołeczne w definicjach zdrowia i choroby

Szeroką drogę dla ujmowania zdrowia i choroby w kategoriach zjawisk psychicznych i społecznych otworzyła w połowie minionego wieku definicja zdrowia ogłoszona w konstytucji WHO. Wskazywała ona wprost na dobrostan psychiczny i społeczny jako równoprawne (obok fizycznego) elementy stanu zdrowia oraz mówiła, że to, co nazywamy zdrowiem nie ogranicza się wyłącznie do braku choroby, że zdrowie dotyczy innego typu zjawisk niż choroba. W ten sposób problematyka zdrowotna uległa znacznemu rozszerzeniu i jednocześnie skomplikowaniu³.

Magdalena Sokołowska, pionier socjologii medycyny w Polsce, ukazała te komplikacje w książce „Granice medycyny” [30]: „Największe znaczenie – zarówno teoretyczne, jak empiryczne i praktyczne – miało stwierdzenie, że nie jest możliwe określenie zdrowia jako pojęcia abstrakcyjnego, w oderwaniu od konkretnych warunków. Kryteria zdrowia są historyczne, zmieniają się wraz z sytuacją społeczną, warunkami środowiskowymi, z normami i zwyczajami określonych zbiorowości społecznych. Są zależne od dążeń i wartości, jakie kierują życiem ludzi. W związku z tym ocena zdrowia i choroby zmienia się w zależności od jednostki, gdyż jest uwarunkowana bardzo indywidualnymi potrzebami subiektywnymi i reakcjami. Słowa: zdrowie i choroba nie mogą być więc precyzowane w sposób uniwersalny czy statyczny. Mają one sens tylko wtedy, gdy dotyczą określonej osoby, przebywającej w określonym środowisku fizycznym i społecznym (...) – słowem, jest to „zróżnicowane zdrowie”, pojęcie względne, mające różne znaczenie dla różnych ludzi”.

Różnorodność i zmienność znaczeń zdrowia i choroby ukazać można w wielu aspektach, wśród których warto zasygnalizować⁴:

- (1) międzykulturowy – odmienne rozumienie tych pojęć w odrębnych, współwystępujących kulturach (m.in. różnice w definiowaniu zdrowia występujące pomiędzy kulturą Wschodu i cywilizacją Zachodu, nauką medycyną a kulturą popularną nowoczesnych społeczeństw, pomiędzy tradycyjnymi kulturami etnicznymi);
- (2) historyczny – różnice sposobów pojmowania zdrowia ujawniające się wewnątrz danej kultury w różnych okresach jej rozwoju (m.in. przemiany paradygmatu zdrowia w euroamerykańskiej medycynie XX wieku, zmiany kulturowego wzoru zdrowo wyglądającego ciała czy przekształcenia poglądów naukowej medycyny odnośnie uznania homoseksualizmu za chorobę lub czynnik ryzyka);

3) W związku z tym system opieki medycznej broni się przed takimi komplikacjami, zajmując się nie tyle zdrowiem, co chorobą.

4) Pomijam tutaj, z braku miejsca, ich szersze omówienie, ograniczając się jedynie do wskazania możliwych aspektów analizy zróżnicowań oraz zmienności znaczeń zdrowia/choroby.

- (3) społeczno-strukturalny – odmienny sposób widzenia zdrowia oraz choroby przez osoby lub grupy zajmujące odmienne pozycje w społeczeństwie (m.in. różnice pojmowania zdrowia występujące pomiędzy kobietami i mężczyznami, młodzieżą a seniorami, zamożnymi i ubogimi, pomiędzy lekarzem i pacjentem, rodzicem a dzieckiem), a także różnice ujawniające się w strukturze instytucji (m.in. pomiędzy założeniami programu polityki zdrowotnej a praktyką działania instytucji ochrony zdrowia);
- (4) interpersonalny – różnice w sposobach widzenia zdrowia/choroby występujące pomiędzy osobami o podobnej pozycji społecznej, znajdującymi się w podobnej sytuacji (m.in. różna tolerancja na objawy decydujące o uznaniu się za osobę chorą, odmienny sposób pojmowania zdrowia jako celu własnych dążeń lub różne kryteria uznania kogoś za okaz zdrowia);
- (5) sytuacyjny – różne pojmowanie zdrowia bądź choroby przez tę samą osobę, ujawniające się w odmiennych okolicznościach i społecznych środowiskach, w których znajdzie się ta osoba (m.in. gdy znajdzie się ona w uświadomionej sytuacji podwyższonego ryzyka lub choroby, w okolicznościach nieskrępowanej zabawy, w roli rodzica edukującego dziecko, pod wpływem konformizmu wobec grupy);
- (6) teoretyczno-pragmatyczny – stosowanie przez profesjonalistów odmiennych pojęć zdrowia/choroby w związku z różnymi celami, w jakich mają one zastosowanie (m.in. różne koncepcje zdrowia w poszczególnych dyscyplinach naukowych, inne dla potrzeb diagnozy medycznej, a inne w celach marketingu produktów „zdrowotnych”, odmienne kryteria oceny stanu zdrowia osób „zdrowych” i z ograniczoną sprawnością). W tym kontekście warto wskazać, że w języku angielskim odnajdziemy trzy różne określenia choroby: *disease* – jako objawy lub procesy patologiczne występujące w organizmie, *illness* – jako stan samopoczucia związany z zaburzeniami funkcjonowania oraz *sickness* – jako ograniczone możliwości działania, wypełniania swych ról i zadań oraz związane z tym uzależnienie od innych.

Przyjęty sposób rozumienia zdrowia/choroby wyznacza cele i treść działań podejmowanych „dla zdrowia” przez różne podmioty – nie tylko instytucje medyczne systemu ochrony zdrowia, bo także m.in. przez pacjentów i podopiecznych tego systemu, polityków, lobby różnych sfer przemysłu i usług związanych ze zdrowiem, reprezentantów różnorodnych „terapii alternatywnych”, etc. Wyznacza także kryteria, które służą do oceniania tych działań oraz ich efektów, akceptowania ich lub odrzucania, decydowania o korzystaniu lub niekorzystaniu z oferowanych usług.

W powyższym kontekście szczególnie istotne jest pytanie czy obywatele pojmują chorobę i zdrowie w podobny sposób, jak czynią to zazwyczaj instytucje systemu jego ochrony? Badania na dużych i reprezentatywnych próbach prowadzone w różnych krajach, także w Polsce, pokazują, że często występują tu duże rozbieżności. Przykładowo, tylko nieliczne osoby wiążą pojęcie zdrowia z długim życiem [6]. W Polsce zdrowie najczęściej pojmowane jest jako: a) dobry nastrój i samopoczucie, b) ogólnie określona energia i chęć do życia, a także c) brak dolegliwości odczuwanych jako uciążliwe i poważne. Znacznie już rzadziej wiązane jest z dobrymi wynikami badań medycznych [22]. Większość obywateli myśląc o zdrowiu zwraca więc główną uwagę na nieco inne sprawy niż te, na których koncentrują się lekarze i medycyna. W związku z tym w inny sposób określa też swoje potrzeby zdrowotne. Zatem interwencje medyczne (ich ukierunkowanie, przebieg, efekty) ocenia w innych aspektach niż czynią to profesjonalści ochrony zdrowia. Może to prowadzić do rozmiłania się oferty systemu z oczekiwaniami społeczeństwa, co otwiera drogę dla rozwoju różnych komplementarnych oraz alternatywnych usług zdrowotnych – zarówno w znaczeniu sektora gospodarki (organizacje spoza sektora zdrowia, biznesowe oraz obywatelskie), jak przedmiotu i metod oferowanych świadczeń (m.in. działalność „uzdrowicieli”, terapie medycyny innych kultur) [21].

W ogólnie pojętej kulturze popularnej pojęcie zdrowia zmierza współcześnie w kierunku następujących treści:

- 1) cielesność i vitalność – akcent na sprawność i atrakcyjność ciała (także seksualną), która umożliwiać ma doświadczanie przyjemności, odbiór coraz to nowych i bardziej wyszukanych doznań [17];
- 2) duchowość i sens życia – dążenie do wewnętrznej harmonii (często w łączności z bogiem lub innym absolutem), do rozwoju mentalnego (intelektualnego, emocjonalnego);
- 3) jakość życia – wyrażająca się sprawnością i stopniem zaspokajania własnych potrzeb (związanych bardziej z uczestnictwem w życiu społecznym niż z poziomem konsumpcji), funkcjonalną niezależnością od innych, a także subiektywnym poczuciem tej jakości;
- 4) szczęście i dobrostan – jako wielce niejednoznaczne stany, ale podkreślające subiektywizm odczuwania zdrowia i jego doznaniowy, afektywny charakter.

Z kolei w naukach psychospołecznych współczesne tendencje pojmowania zdrowia zmierzają w kilku, nie zawsze zgodnych, kierunkach. Po pierwsze, na zdrowie spogląda się tak, jak widzą je i jak je rozumieją zwykli ludzie. Oznacza to z jednej strony odwołanie się do wskazanych wyżej ujęć charakterystycznych dla kultury popularnej, ale opracowanych już jako kategorie naukowe⁵. Z drugiej strony jest to zainteresowanie ustalaniem potocznych sposobów definiowania zdrowia i choroby oraz rozpowszechnionymi w świadomości społecznej przekonaniami na temat uwarunkowań tych stanów, ocenami tych stanów, wartościowaniem [21]. Po drugie, coraz wyraźniej relatywizuje się to pojęcie do indywidualnej sytuacji danej osoby i do jej doświadczeń oraz ocen („każdy może być zdrowy na swój własny sposób”), zamiast posługiwać się jakąś uniwersalną normą (stąd m.in. mowa o zdrowiu osób chorych i niepełnosprawnych). Po trzecie, coraz większą uwagę zwraca się na zasoby dobrego zdrowia niż na jego deficyty. Ten sposób myślenia zapoczątkował izraelski socjolog Aaron Antonovsky w swojej teorii „salutogenezy” (czyli źródeł pozytywnego zdrowia – a nie przyczyn choroby, czym zajmują się teorie patogenezy). Postawił on pytanie, jak to jest możliwe, że niektórzy ludzie potrafią zachować dobre zdrowie do późnego wieku, pomimo życia w skrajnie niesprzyjających warunkach? Oprócz roli zgeneralizowanych zasobów odpornościowych w utrzymywaniu dobrego zdrowia wskazał tu również zespół czynników osobowościowo-afektywnych, nazwany przez niego poczuciem koherencji, który mobilizuje lub demobilizuje pozostałe zasoby [1]. Po czwarte, zdrowie ujmuje się jako relację osoby do jej środowiska, w tym jako zdolność konstruktywnego radzenia sobie z wyzwaniami. Tu wykorzystywane są rozliczne psychospołeczne teorie stresu [32], w tym m.in. Stevana Hobfolla teorię gospodarowania zasobami, zgodnie z którą zdobywanie, utrzymywanie, ochrona i pomnażanie różnego typu zasobów (przedmiotów, warunków, właściwości osobistych, źródeł energii) jest warunkiem zachowania dobrego zdrowia – ochroną przed negatywnym dystresem i wsparciem dla pozytywnego eustresu [11]. Z kolei akcent położony na środowisko, a nie zasoby indywidualne, odnajdziemy np. w społecznej koncepcji niepełnosprawności. Niepełnosprawność ujmuje się w niej nie tyle jako cechę człowieka, co raczej charakterystykę społeczeństwa, które tworząc fizyczne i kulturowe bariery dla funkcjonowania osób z deficytami, zamiast odpowiednich warunków i możliwości, czyni je w ten sposób niepełnosprawnymi [36]. Tu także, zazwyczaj w nawiązaniu do koncepcji dalekowschodnich, zdrowie ujmowane jest jako proces osiągania dynamicznej równowagi pomiędzy różnymi potencjałami prozdrowotnymi i czynnikami ryzyka, zachodzący wewnątrz holistycznie pojętego systemu człowiek–środowisko [19]. Po piąte, wraz z rozwojem nauk biomedycznych, zwłaszcza badań genetycznych i neurologicznych oraz biotechnologii, zdrowie na powrót sprowadza się do mechanizmów przyrodniczych – czyniąc jednak zjawiska psychospołeczne istotnymi korelatami jego stanu (uwarunkowaniami, skutkami). Po szó-

5) Cielesność i vitalność stała się przedmiotem wyodrębnionych subdyscyplin, takich jak psychologia, antropologia czy socjologia ciała [16, 30], z kolei jakość życia związana ze zdrowiem oraz zdrowie duchowe i relacje zdrowia do szczęścia [5, 10, 32] to także dynamicznie rozwijane dziedziny osobnych studiów – tak analiz pojęciowych i teoretycznych, jak empirycznych badań.

ste, następuje specjalizacja i dzielenie pojęcia zdrowia na aspekty przedmiotowe, takie jak m.in. zdrowie psychiczne, duchowe, seksualne i reprodukcyjne, środowiskowe oraz, co warto podkreślić, e-zdrowie (wieloznaczny termin, grupujący wszelkie kwestie dotyczące wzajemnych relacji zdrowia i nowoczesnych technologii, zwłaszcza informacyjnych, a więc znacznie szerzej niż tylko zastosowanie owych technologii w ochronie zdrowia) – w których znaczącą rolę odgrywają zjawiska psychospołeczne. Wreszcie po siódme, zdrowie w ujęciu psychospołecznym to kwestie związane z indywidualnym doświadczaniem choroby, bólu, cierpienia, śmierci, a także budowaniem tożsamości osoby znajdującej się w takiej trudnej sytuacji [35].

Psychospołeczne uwarunkowania stanu zdrowia

Mówiąc o psychospołecznych uwarunkowaniach stanu zdrowia, uporządkować je można na pięciu płaszczyznach: a) personalnej – gdzie analizuje się cechy i zjawiska z obszaru psychiki jednostki, także jej kompetencje poznawcze, b) interakcyjnej – gdzie bierze się pod uwagę jej relacje z innymi ludźmi, c) strukturalnej – na której istotne są cechy ulokowania osoby w strukturze społeczno-demograficznej populacji, d) środowiskowo-kulturowej – gdzie znaczenie mają nie tyle cechy człowieka, ile społeczności, w której żyje ów człowiek i e) behawioralnej – która grupuje bardziej lub mniej utrwalone sposoby postępowania ludzi wobec swojego zdrowia, a także związany ze zdrowiem styl życia.

Uwarunkowania, o których mowa dotyczą zarówno: 1) deficytów zdrowia, a więc czynników odpowiadających za przedwczesne zgony (spowodowane określoną przyczyną lub ujęte ogólnie), także za choroby (wyodrębnione jednostki patologiczne lub ich typy albo ogół zachorowań) i inne dysfunkcje, również gorsze efekty leczenia, jak też 2) zasobów zdrowia, to znaczy zjawisk i cech odpowiedzialnych za dłuższe życie (w ogóle lub bez ograniczeń sprawności), lepszą jego jakość (ocenianą wskaźnikami obiektywnymi lub jej poczuciem), szybsze zdrowienie w przypadku zachorowania, lepsze samopoczucie, wyższy poziom ogólnej energii organizmu, większą tolerancję na ból i dolegliwości, a także wpływających na lepsze parametry fizjologiczne, związane z pracą poszczególnych układów organizmu (m.in. krążenia czy immunologicznego)⁶. I chociaż wyniki badań prowadzonych w tym zakresie nie zawsze są jednoznaczne i różnią się w ustaleniach szczegółowych, to można wskazać wiele generalnych prawidłowości.

Na płaszczyźnie personalnej wśród psychospołecznych czynników odpowiedzialnych za stan zdrowia wymienia się przede wszystkim niektóre cechy afektywne i osobowościowe. Deficyty zdrowia wiążą się lub wywoływane są m.in. przez takie cechy jak lęk, depresyjność, niska samoocena, zewnętrzne ulokowanie kontroli (czyli przekonanie, że to, co się dzieje z człowiekiem,

6) Dane na temat związków badanych czynników psychospołecznych ze stanem zdrowia (w wymiarze somatycznym) pochodzą zarówno z badań korelacyjnych, jak i przyczynowo-skutkowych (eksperymentalnych, dłuższych). W pierwszych ustala się prawdopodobieństwo współwystępowania danego czynnika ze zjawiskami służącymi pomiarowi stanu zdrowia, określając w ten sposób potencjały dobrego zdrowia lub czynniki ryzyka, natomiast w drugich identyfikuje się zjawiska i cechy będące przyczynami zdrowia lub patologii. Wyniki tych wszystkich badań nie są jednoznaczne. Zależą w dużej mierze m.in. od sposobu pomiaru stanu zdrowia (m.in. jaka jednostka patologiczna brana jest pod uwagę), a także od sposobu zoperacjonalizowania zmiennych niezależnych, czyli czynników wpływających na zdrowie (np. czy wsparcie społeczne definiowane jest przez liczbę posiadanych znajomych, przyjaciół, częstość utrzymywanych kontaktów towarzyskich, typ tych kontaktów, uczestnictwo w organizacjach społecznych, infrastrukturę instytucji wspierających, subiektywne poczucie posiadania wsparcia lub możliwości jego otrzymania, identyfikację z grupami odniesienia czy w jeszcze inny sposób [26, 15]). Są także zróżnicowane z zależności od badanej grupy społecznej (m.in. terytorium, płci) i oczywiście od stosowanego metodologicznego schematu badania.

zależy głównie od zewnętrznych okoliczności, a nie od niego samego, że on sam nie ma żadnego wpływu na własny los). Z kolei po stronie zasobów zdrowia przywołać trzeba przede wszystkim wszelkie pozytywne emocje (w tym m.in. poczucie szczęścia, sensu życia), które mogą wpływać bezpośrednio, jak również chronią prawdopodobnie przed patogennym oddziaływaniem wielu innych czynników. Inne zasoby to także niski poziom reaktywności, jak też bardziej złożone cechy, obejmujące umiejętności specyficznej oceny doświadczanych wydarzeń, specyficznego sposobu patrzenia na rzeczywistość – m.in. wspomniane już poczucie koherencji czy zdolność elastycznego dystansowania się od negatywnych doświadczeń i konstruktywnego adaptowania do sytuacji trudnych, określana jako „sprężystość (*resiliency*)”⁷. Wiele mówi się także o złożonych wzorach osobowościowo-behawioralnych odpowiedzialnych za niektóre choroby, jak np. powszechnie przywoływany „wzór zachowania A”, uznawany za sprzyjający chorobie wieńcowej⁸. O ile większość spośród tych czynników raczej trudno jest modyfikować poprzez programy zdrowia publicznego (choć oczywiście można włączać w te programy interwencje psychologii klinicznej i oddziaływania pomocowe), o tyle na uwagę ekspertów zdrowia publicznego zasługują przede wszystkim wszelkie możliwości wdrażania działań psychoedukacyjnych, budowania pozytywnych relacji społecznych i kreowania takich warunków społeczno-środowiskowych, w tym infrastruktur, które sprzyjać będą doświadczaniu przez jednostki i grupy wspomnianych pozytywnych emocji [25].

Analizy uwarunkowań stanu zdrowia na płaszczyźnie interakcyjnej kierują uwagę przede wszystkim na zjawiska wsparcia społecznego. Niski jego poziom, czyli izolacja społeczna, to na ogół czynnik odpowiedzialny za deficyty zdrowia i zwiększone ryzyko chorób, z kolei wysokie wsparcie to zazwyczaj zasób zdrowia. Wsparcie społeczne rozumiane jest jako sieć powiązań międzyludzkich (m.in. posiadanie przyjaciół, utrzymywanie kontaktów ze znajomymi) oraz jako oparcie w instytucjach społecznych (usługi pomocowe, wymiar sprawiedliwości, administracja). To obiektywny stan rzeczy, ale także poczucie lub przekonanie o możliwości jego uzyskania. Może polegać na podtrzymaniu emocjonalnym w sytuacjach trudnych, a także pomocy instrumentalnej (informacje jak rozwiązać problem, pomoc rzeczowa). Wymaga od jednostki otwarcia się na przyjęcie wsparcia oraz umiejętności korzystania z niego [26].

Wysoki poziom wsparcia nie zawsze jest korzystny dla zdrowia. Wiele lat temu (w latach 60. i 70. ubiegłego wieku) zwrócił na to uwagę Eliot Freidson w koncepcji *lay referral system* [zob. 34]. Koncepcja ta mówi, że większość osób odczuwających dyskomfort, podejrzewających u siebie chorobę czy nawet zdiagnozowanych już przez lekarza jako chore, w pierwszej kolejności wykazuje tendencję do poszukiwania interpretacji swojego stanu, potwierdzenia lub osłabienia własnego niepokoju, szukania rad co do dalszego postępowania we własnej intuicji oraz wśród swoich bliskich, kolegów, sąsiadów. Dopiero gdy interpretacje te i porady wskazują na potrzebę kontaktu z lekarzem, wówczas „domowe” czy zasłyszane „sprawdzone” metody rozwiązywania problemu (lub próby zaprzeczania mu) schodzą na plan dalszy. W zintegrowanych społecznościami ta tendencja do opóźniania kontaktu z oficjalnym systemem opieki medycznej jest zazwyczaj silniejsza.

Wpływ zjawisk kolejnego poziomu analiz, to znaczy społeczno-strukturalnych, dotyczy związku ze stanem zdrowia takich cech jak m.in. płeć, wiek, wykształcenie czy status ekonomiczny. Nie idzie przy tym wyłącznie o biologiczne aspekty płci oraz wieku (które w naturalny sposób

7) Szczegółowy opis tych cech odnaleźć można w nowych podręcznikach psychologii zdrowia [10].

8) Wzór ten odróżniany jest od wzoru zachowania B, opisującego ludzi uległych i wyciszonych. Charakteryzuje osoby o nasilonych ambicjach, przejawiające agresję, wrogo ustosunkowane do innych, dążące do sprawowania nad innymi kontroli, żyjące pod ciągłą presją czasu. Ostatnie ustalenia metaanalizy podają ten związek w wątpliwość sugerując, że choroba wieńcowa jest raczej związana z niektórymi elementami tej złożonej zmiennej (gł. wrogość), a nie z syndromem zjawisk opisujących cały wzór zachowania [29].

wiążą się z niektórymi chorobami, poziomem energii, oczekiwaną długością życia) czy samą moc nabywczą zawartości portfela, ale o psychospołeczną charakterystykę bycia kobietą lub mężczyzną, młodzieńcem lub seniorem, bogatym lub biednym⁹.

Na podstawie licznych badań można generalnie przyjąć, że wyższy poziom wykształcenia (pojętego ogólnie, a nie samej wiedzy o zdrowiu, tzw. świadomości zdrowotnej), jak również wyższy dochód (zasobność finansowa, materialna) poszczególnych osób sprzyja ich lepszemu zdrowiu, natomiast deprywacja w tych obszarach sprzyja jego deficytom¹⁰. Obie te cechy często ujmowane są łącznie jako status ekonomiczno-społeczny [28].

Badania dotyczące związków zdrowia i statusu ekonomiczno-społecznego ukazują, że wpływa on na zdrowie nie tylko jako cecha przynależąca jednostce, określająca jej położenie w strukturze społecznej. Co ważne, jego wpływ ujawnia się ponadto na poziomie społeczno-kulturowym. Innymi słowy, osoby żyjące w społeczeństwach o wyższym statusie mają generalnie większe szanse na lepszy stan zdrowia (częściowo niezależnie od tego, jaki status same posiadają). Szanse te wzmacnia ponadto mniejsza rozpiętość statusu, to znaczy mniejsze nierówności w tym obszarze pomiędzy poszczególnymi warstwami społeczeństwa, nawet jeżeli cała społeczność nie należy do najbardziej zamożnych. Mówiąc jeszcze inaczej, przypuszcza się, że lepszemu zdrowiu i poczuciu dobrostanu sprzyja większa spójność społeczna [36]. Spójność ta to nie tylko małe rozwarstwienie statusu, ale także rozpowszechnione cechy, wzory i treści kulturowe: wspólnota i typ podzielanych wartości, wzajemne zaufanie, etos [3]. Zatem gdy mówimy o psychospołecznych uwarunkowaniach zdrowia, trzeba zwrócić uwagę także na środowisko społeczne – i to nie tylko w przywołanym wymiarze kulturowym, ale także w aspekcie tworzonej przez człowieka infrastruktury technicznej oraz społecznej (sieci transportu, nowoczesnych technologii komunikacyjnych, form organizacji pracy, czy systemu zabezpieczeń socjalnych i opieki zdrowotnej, *etc.*) [9], a także na wpływ tej infrastruktury na emocje, sposoby myślenia, więzi i relacje międzyludzkie (w tym nierówności społeczne związane m.in. z dostępnością do tej infrastruktury), wreszcie jej wpływ na styl życia i zachowania życia codziennego.

Ostatnią z wyróżnionych grup uwarunkowań są właśnie czynniki behawioralne, czyli przede wszystkim utrwalone sposoby postępowania jednostek i grup społecznych, opisywane jako prozdrowotny oraz ryzykowny dla zdrowia styl życia. Te ostatnie w społeczeństwach rozwiniętych obejmują głównie: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, niektóre wzory odżywiania się (m.in. nadmierną konsumpcję w ogóle czy nadmiar cukrów, tłuszczów nasyconych, soli kuchennej w diecie), ale także ryzykowne kontakty seksualne i takie samo prowadzenie pojazdów. Wśród prozdrowotnych wymienia się zwłaszcza: umiarkowaną aktywność fizyczną, zbilansowany sposób odżywiania, konstruktywne radzenie sobie ze stresem, regularne kontrolowanie własnego stanu zdrowia. Według klasycznych już szacunków wywodzących się z głośnego raportu Lalonde'a, czynniki te wyjaśniają ponad 50% zmienności tradycyjnie stosowanych mierników zdrowia populacji, podczas gdy dostępność i jakość opieki medycznej wyjaśnia zaledwie kilka procent. Nazwanie ich stylem życia, zgodnie z ugruntowanym w naukach społecznych znaczeniem tego

9) Gdy, przykładowo, bierze się pod uwagę płeć (rozumiejąc ją przy tym w znaczeniu ang. *gender*) – wówczas zwraca się uwagę na to, jaka tożsamość, specyfika ról społecznych, sposób widzenia świata, a w nim spraw zdrowia, kryje się za byciem kobietą lub mężczyzną. Jeżeli mówimy tu, że płeć wyjaśnia różnice w stanie zdrowia, to mamy na myśli nie tyle efekt posiadania takich lub innych drugorzędnych cech płciowych i różnic biochemicznych, ile skutek odmiennych sposobów odczuwania, myślenia i działania wynikających ze specyfiki kulturowej danej płci. Być może w niedalekiej przyszłości, ze względu na zacieranie się wielu społeczno-kulturowych różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami, różnice stanu zdrowia mężczyzn i kobiet ulegać będą zmniejszeniu.

10) Nie jest to zazwyczaj zależność prostopadła. Przykładowo, systematyczny przyrost indywidualnych dochodów powoduje znaczącą poprawę stanu zdrowia do momentu osiągnięcia poziomu optymalnego, natomiast po jego przekroczeniu, wraz z dalszym wzrostem zamożności, efekt zdrowotny jest już nieznaczny.

pojęcia [27], zwraca uwagę zarówno na powtarzalność i względną trwałość takich zachowań, jak też na ich związek z położeniem społecznym i kontekstem kulturowym osób je realizujących.

Czynniki behawioralne to oczywiście nie tylko ugruntowany w społecznej codzienności styl życia, ale również wiele innych, często okazjonalnych działań, podejmowanych w okolicznościach związanych ze zdrowiem. To m.in. reakcje w sytuacjach podwyższonego ryzyka, stosowanie się do zaleceń medycznych w sytuacji choroby czy reagowanie na wszelkie inne komunikaty dotyczące spraw zdrowia. Tutaj ogromnego znaczenia nabierają kwestie postaw wobec ryzyka [7], jego źródeł i dostępnych form pomocy, jak również problemy uwarunkowań procesów komunikacji, w tym zdolności obywateli do rozumienia i krytycznego posługiwania się treściami zawartymi w komunikatach o zdrowiu (*health literacy*) [12], co obecnie urasta do rangi jednego z kluczowych problemów zdrowia publicznego.

Styl życia, uwarunkowany wieloma spośród przywołanych wcześniej czynników psychospołecznych [23], jest jednym z głównych mechanizmów transmisji ich wpływu na stan zdrowia¹¹. Innym kluczowym mechanizmem transmisyjnym jest reakcja stresowa – wraz z psychospołecznymi uwarunkowaniami samego jej wystąpienia, charakterystyki oraz przebiegu, jak i konstruktywnych lub destruktywnych sposobów radzenia sobie z nią. Te zagadnienia wymagałyby jednak osobnego omówienia w szerszej formule.

Przemiany psychospołecznych problemów zdrowia i choroby

Współcześnie zagadnienia zdrowia przestały być izolowanym obszarem działań systemu opieki medycznej i coraz silniej wkomponowują się w całokształt życia społecznego. Stąd Ilona Kickbusch, zaliczana do czołowych strategów WHO, nazywa współczesne społeczeństwa społeczeństwami zdrowia. Społeczeństwo takie charakteryzuje sześć cech. Pierwszą są radykalne przemiany sytuacji demograficznej, objawiające się w krajach rozwiniętych m.in. spadkiem liczby urodzeń, wzrostem realnej i oczekiwanej długości życia w dobrym zdrowiu oraz rosnącą liczebnie populacją osób w wieku senioralnym – ze wszelkimi medycznymi, ale także ekonomicznymi, społecznymi i psychologicznymi konsekwencjami tych zjawisk. Druga to ekspansywny rozwój systemu opieki medycznej i ochrony zdrowia, która pochłania coraz większą część PKB poszczególnych krajów, a także ma coraz większy udział w ogólnych wydatkach z dochodów indywidualnych osób. Trzecią jest rozrastający się i różnicujący rynek wiedzy oraz informacji, produktów oraz usług w różny sposób powiązanych ze zdrowiem (m.in. zagrażających mu, sprzyjających, rekomendowanych i reklamowanych jako zdrowe), ulokowany zarówno wewnątrz systemu medycznego, jak i poza jego granicami. Czwarta to rosnąca ranga zagadnień zdrowia w szerszym dyskursie publicznym, dotyczącym m.in. ogółu priorytetów społecznych i politycznych, rozwiązań prawnych, rozłożenia odpowiedzialności za zdrowie pomiędzy różnymi aktorami społecznej sceny itp. Kolejna to wzrastające znaczenie zdrowia w obszarze osobistych dążeń, celów, wartości i preferencji jednostek. Szósta dotyczy eksponowania prawa do zdrowia wśród innych kluczowych wartości zawartych w nowoczesnej pojętej idei demokracji i praw obywatelskich [14].

Myśl tę można oczywiście rozwijać, wskazując kolejne zjawiska i procesy łączące zmiany społeczne z problemami zdrowia i choroby. Można chociażby przywołać nieobojętne dla zdrowia

11) Stąd w zdrowiu publicznym pojawia się potrzeba rozpoznawania zjawisk generujących i wspierających zdrowy styl życia (dla późniejszego wzmocnienia tych zjawisk), a także czynników wyzwalających i utrwalających zachowania ryzykowne dla zdrowia (dla ich eliminowania). Z drugiej strony rozpoznania wymagają też bariery dla zachowań prozdrowotnych (dla ich osłabiania i eliminowania) oraz czynniki niesprzyjające antyzdrowotnemu stylowi życia (by wzmocnić te czynniki).

przemiany dotyczące pracy zawodowej [24]. Jest to zarówno wpływ na zdrowie samego posiadania pracy, jak dobrego w niej funkcjonowania. Ze społecznego punktu widzenia efektywne wykonywanie pracy staje się ekonomiczną koniecznością wobec procesów starzenia się populacji i złożonych skutków tego zjawiska (w tym obciążeń dla systemów zabezpieczenia społecznego). Stąd potrzeba przedłużania indywidualnej zdolności do aktywności zawodowej oraz wydłużania okresu jej realizacji. Wiąże się to z procesami dostosowywania pracy do potrzeb i możliwości starzejącej się siły roboczej, a z drugiej strony z mechanizmami udzielania pomocy pracującym w dostosowaniu się do dynamicznie zmieniających się technologii, form i warunków pracy, sposobów jej wykonywania. Zmiany te to m.in. zanikanie tradycyjnych profesji i pojawianie się w ich miejsce nowych, zmniejszanie się zakresu występowania klasycznych narażeń zawodowych związanych z pracą fizyczną, a w to miejsce rozwój zagrożeń psychospołecznych, globalizacja rynku pracy oraz związane z nią migracje siły roboczej i problemy adaptacji kulturowej, zmiany w formach zatrudnienia (m.in. telepraca, zatrudnienie w ramach krótkoterminowych kontraktów, płynność czasu pracy), niepewność zatrudnienia oraz problemy bezrobocia, wzrost udziału kobiet w rynku pracy, dążenie do zwiększenia aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych, przemiany procesów technologicznych (trudności adaptacyjne, wymagania dotyczące kompetencji), przemiany w koncepcjach zarządzania oraz inne liczne wyzwania wynikające z procesów konkurencji w gospodarce i dążeń do wzrostu efektywności.

Inne godne uwagi przemiany to m.in. przekształcające się relacje pomiędzy medycyną a jej podopiecznymi, wynikające z przemian świadomości (oczekiwań, wiedzy medycznej, pojmowania i wartościowania zdrowia) tych drugich, a także z charakteru dominujących chorób, których leczenie i profilaktyka wymaga współpracy lekarza z pacjentem [20]. To także psychospołeczne problemy wynikające z rozwoju nowoczesnych technologii informacyjnych i ich zastosowań w dziedzinie zdrowia, postępu genetyki i biotechnologii, urynkowania spraw zdrowia i związanej z tym walki potężnych interesów ekonomicznych, *etc.* To także coraz większe komplikowanie się różnych tworzonych przez społeczeństwo abstrakcyjnych systemów (energetycznych, komunikacyjnych, finansowych), których działanie jest niezrozumiałe dla przeciętnego obywatela i które wymykają się spod kontroli ekspertów – co skłoniło prominentnego niemieckiego socjologa Ulricha Becka do nazwania współczesnego społeczeństwa „społeczeństwem ryzyka” [2]. Te i inne jeszcze społeczne przemiany zmieniają też jednostkowe sposoby odczuwania świata, gdzie człowiek coraz częściej staje się „kolekcjonerem doznań”, na własne życzenie wikłającym się w coraz to nowe formy ryzyka. Z innej strony liczne osoby nie z własnej woli stają się ofiarami wspomnianych procesów i nie znajdując w nich miejsca dla siebie, nie rozumiejąc ich lub nie godząc się z nimi, ulegają społecznej traumie i marginalizacji. Jednocześnie wiele innych osób korzysta z dobrodziejstw rozwoju technologicznego, poprawiających się warunków życia, lawinowo wzrastającej dostępności wiedzy i informacji, poziomu opieki medycznej, *etc.* Zatem rozwój ten z jednej strony rodzi coraz to nowe problemy, z drugiej natomiast dostarcza możliwości coraz lepszego radzenia sobie z nimi.

Zakończenie

Człowiek jest istotą bio-psycho-społeczną, stąd nie sposób oddzielić jego biologii (i zdrowia widzianego na tym poziomie) od wpływu zjawisk i procesów pochodzących z dwóch kolejnych poziomów. Ponadto wszelkie działania służące promocji i ochronie zdrowia realizowane są przez bio-psycho-społecznych ludzi i odbywają się w uwikłaniu społeczno-kulturowym. Nie sposób więc mówić o ich przebiegu, skuteczności, efektywności, organizacji, uwarunkowaniach i zarządzaniu nimi pominąwszy te fakty. By jednak mówić o nich w sposób racjonalny, podporządkowany rygorom naukowym i zasadom prakseologii nie wystarczy odwołać się do przyrodniczej

wiedzy o zdrowiu, ale potrzebna jest także równie profesjonalna wiedza o podmiotach tego zdrowia, ich psychice i działaniach w otoczeniu innych ludzi, a także o wzajemnych powiązaniach tych elementów. Zakres, siła, skomplikowanie i dynamika powiązań zjawisk psychicznych i społecznych ze zdrowiem sprawiają, że współczesny ekspert zdrowia publicznego nie może pozostać ekspertem w sprawach zdrowia, nie będąc jednocześnie ekspertem nauk psychospołecznych. Co ważne, teza ta coraz częściej głoszona jest przez przedstawicieli dyscyplin medycznych [29].

Przedstawienie powyższych zagadnień było jedynie próbą zasygnalizowania kilku kluczowych dla zdrowia publicznego wątków związanych z psychospołeczną problematyką zdrowia i choroby. Jest to niezwykle rozległa problematyka, stąd nie sposób było przedstawić ją wyczerpująco lub choćby całościowo w tej skondensowanej formie. Stąd Czytelnik zainteresowany tematem zmuszony będzie podjąć dalsze samodzielne studia. Dlatego przywołane tu odniesienia literaturowe na ogół celowo odsyłają w pierwszej kolejności do przystępnych opracowań szerzej omawiających, a jednocześnie syntetyzujących poszczególne poruszane tu wątki. W nich z kolei odnaleźć można dalsze odniesienia do licznych prac oryginalnych, prezentujących wyniki rzetelnych badań ukazujących, że mamy tu do czynienia z nauką opartą na faktach, a nie publicystyką społeczną.

Bibliografia:

1. Antonovsky A., Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować, IPiN, Warszawa 2005.
2. Beck U., Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności, Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa 2004.
3. Boski P., Kulturowe ramy zachowań społecznych. Podręcznik psychologii międzykulturowej. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2009.
4. Capra F., Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura, PIW, Warszawa 1987.
5. Czapiński J. (red.), Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2008.
6. D'Houtaud A., Field M. G., The image of health: variations in perception by social class in a French population, „Sociology of Health and Illness”, 1984, 6; s. 30-59.
7. Gasparski P., Psychologiczne wyznaczniki gotowości do zapobiegania zagrożeniom, Wyd. IP PAN, Warszawa 2003.
8. Grossmann R., Scala K., Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny, Warszawa 1997.
9. Haglund B. J. A., Finer D., Tillgren P., Pettersson B. (red.), Creating supportive environments for health, WHO, Geneva 1996.
10. Heszen I., Sęk H., Psychologia zdrowia, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2007.
11. Hobfoll S.E., Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu, GWP, Gdańsk 2006.
12. Iwanowicz E., Health literacy jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego, „Medycyna Pracy”, 2009, 5, s. 427-437.
13. Jaeger W., Paideia, t.2, Wyd. PAX, Warszawa 1964.
14. Kickbusch I., The Health Society: Importance of the new policy proposal by the EU Commission on Health and Consumer Affairs. „Health Promotion International”, 2005, 20, s. 101-103.
15. Korzeniowska E., Grupy odniesienia jako subiektywne determinanty działań w sferze zdrowia, W: W. Piątkowski, W. A. Brodński (red.), Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna, Wyd. WSS-G, Tyczyn 2005, s. 119-134.
16. Malacrida C., Low J., Sociology of the body. A reader, Oxford University Press, 2008.
17. Melosik Z. (red.), Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji, Wyd. Edytor, Toruń-Poznań, 1999.
18. Moskalewicz J., Świątkiewicz G., Nadużywanie substancji psychoaktywnych na tle innych problemów społecznych w Polsce, W: W. Piątkowski, W. A. Brodński (red.), Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna, Wyd. WSS-G, Tyczyn 2005, s. 203-216.
19. Noack H., Concepts of health and health promotion. W: T. Abelin, Z. J. Brzeziński, V. D. Carstairs (red.).

- Measurement in health promotion and protection, WHO Regional Publications, Copenhagen 1987.
20. Ostrowska A., Relacja pacjent – lekarz: nowa jakość?, „Promocja zdrowia. Nauki społeczne i medycyna”, 2001, 21, s. 109–121.
 21. Piątkowski W., Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność. Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2008.
 22. Puchalski K., Zdrowie w świadomości społecznej, IMP, Łódź 1997.
 23. Puchalski K., Uwarunkowania aktywności zdrowotnej w kontekście promocji zdrowia – szkic socjologicznego modelu, W: I. Heszen, J. Życińska (red.), Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji, Wyd. SWPS Academica, Warszawa 2008, s. 205–222.
 24. Pyżalski J., Puchalski K., Korzeniowska E., Promocja zdrowia psychicznego w miejscu pracy w Polsce, W: K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski (red.), Promocja zdrowia psychicznego w Polsce. IPiN, Warszawa 2008, s. 27–44.
 25. Sęk H., Udział pozytywnych emocji w osiąganiu zdrowia, W: I. Heszen, J. Życińska (red.), Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji, Wyd. SWPS Academica, Warszawa 2008, s. 73–88.
 26. Sęk H., Cieślak R. (red.), Wsparcie społeczne, stres i zdrowie, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2004
 27. Siciński A., Styl życia, kultura, wybór, IFiS PAN, Warszawa 2002.
 28. Skrzypek M., Status socjoekonomiczny (SES) jako podstawowa kategoria socjomedyczna w badaniach nad chorobą wieńcową z perspektywy stanu zdrowia społeczeństwa, W: W. Piątkowski (red.), Zdrowie. Choroba. Społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny, Wyd. UMCS, Lublin 2004.
 29. Skrzypek M., Psychospołeczne uwarunkowania ryzyka choroby wieńcowej w świetle ustaleń grupy badawczej Statuskonferenz Psychokardiologie. W stronę kardiologii behawioralnej opartej na faktach, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2008, 3, s. 316–321.
 30. Sokołowska M., Granice medycyny, WP, Warszawa 1980.
 31. Szpakowska M., (red.), Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów, Wyd. UW, Warszawa 2008.
 32. Terelak J. F., Człowiek i stres. Koncepcje – źródła – reakcje – radzenie sobie – modyfikatory, Oficyna Wydaw. Branta, Bydgoszcz 2008.
 33. Trzebińska E., Lepsze zdrowie dzięki większemu szczęściu, W: I. Heszen, J. Życińska (red.), Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji, Wyd. SWPS Academica, Warszawa 2008.
 34. Twaddle A. C., Hessler R. M., A sociology of health, Macmillan, New York 1987.
 35. Uramowska-Żyto B., Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1992.
 36. Woźniak Z., Niepełnosprawność i niepełnosprawni w polityce społecznej. Społeczny kontekst medycznego problemu, Wyd. SWPS Academica, Warszawa 2008.

Promocja zdrowia. Zakres i działania.

Organizacja promocji zdrowia

w Polsce i na świecie. Stan prawny 31.10.2009

Dorota Cianciara

Definicje promocji zdrowia

Uważa się, że cezurą promocji zdrowia jest rok 1986, kiedy pod egidą Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ) na międzynarodowej konferencji w Ottawie proklamowano tzw. Kartę Ottawską nt. promocji zdrowia [34]. W dokumencie tym promocja zdrowia została opisana jako proces, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad zdrowiem, a dzięki temu jego poprawę. Słowo „kontrola” ma tu szerokie znaczenie i obejmuje panowanie nad sytuacją życiową i zdrowotną, a także kierowanie nią z pożytkiem dla zdrowia. Aby proces ten mógł zaistnieć należy: (1) ułatwiać zmiany (*enable*), (2) pośredniczyć między różnymi grupami (mediować – *mediate*) oraz (3) przemawiać za zdrowiem (orędownać, być rzecznikiem zdrowia – *advocate*). Należy przy tym podążać w pięciu podstawowych kierunkach (można je uznać za cele promocji zdrowia). Są to:

- kreowanie polityki prozdrowotnej,
- tworzenie wspierającego środowiska,
- wzmocnienie działań społeczności,
- kształtowanie zachowań indywidualnych,
- zmiana zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz sposobu ich udzielania.

Każdy z wymienionych kierunków działania był następnie scharakteryzowany. I tak – istotą tworzenia polityki prozdrowotnej jest podnoszenie rangi zdrowia we wszystkich obszarach życia społecznego i gospodarki. Odpowiedzialność za zdrowie powinna spoczywać na barkach wielu podmiotów, a nie tylko instytucji i pracowników tzw. służby zdrowia. Wszystkie polityki, plany i programy sektorowe (np. dotyczące mieszkalnictwa, transportu, ochrony środowiska, polityki monetarnej i podatkowej) powinny uwzględniać zdrowotne aspekty przedsięwzięć podejmowanych na danym polu. Kierunek ten opisywany jest także jako międzysektorowe działania na rzecz zdrowia, a współcześnie jako zdrowie we wszystkich politykach [18].

Tworzenie wspierającego środowiska, czyli drugi kierunek działania, polega na zapewnieniu społeczeństwom takich warunków życia, pracy i wypoczynku, które są bezpieczne oraz stymulujące i które przynoszą satysfakcję, a także radość życia. Ma to polegać na ochronie zasobów naturalnych oraz udoskonaleniu różnych technologii, sposobów wytwarzania energii, urbani-

zacji oraz materialnych i społecznych warunków życia i pracy. Kierunek ten może być opisany zdaniem: decyzje korzystne dla zdrowia powinny być najłatwiejsze.

Trzeci kierunek, czyli wzmocnienie działań społeczności – usamodzielnienie, upodmiotowienie polega na tym, aby społeczności mogły same prowadzić działania na rzecz poprawy zdrowia. Powinny mieć możliwość dokonywania wyboru priorytetów, podejmowania decyzji, planowania kierunków przemian oraz wdrażania tych zamysłów w życie. Powinny mieć też poczucie, że są to ich własne dążenia i wysiłki (*ownership*). Wolność wyboru celów i wolna ręka przy wyborze rodzaju działań służy zwiększaniu kontroli nad sytuacją życiową.

Czwarty kierunek dotyczy zwiększania umiejętności indywidualnych w trakcie całego życia ludzi, co umożliwi im dostosowanie się do różnych okoliczności i postępujących zmian w stanie zdrowia. Powinno odbywać się to poprzez informację, edukację i trening umiejętności w szkole, domu, miejscu pracy oraz innych siedliskach.

Piąty zaś – zmiana zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz sposobu ich udzielania, czyli reorientacja usług zdrowotnych ma polegać na włączeniu się instytucji oraz personelu opieki medycznej w zadania inne niż medycyna naprawcza. Sektor zdrowotny powinien wykazywać większą wrażliwość na potrzeby użytkowników. Pożądane zmiany wymagają współpracy instytucji i pracowników udzielających świadczeń zdrowotnych, rządów, a także różnych grup w społeczności i całego społeczeństwa.

Podsumowując powyższą charakterystykę należy odnotować, że termin „promocja zdrowia” (*health promotion*) stanowi nowy związek frazeologiczny. Jest takim połączeniem wyrazów, którego sens nie wynika ze znaczenia poszczególnych słów, ani w języku angielskim, ani polskim. Nie jest prostym odpowiednikiem podnoszenia rangi zdrowia, pomnażania zdrowia czy zwiększania jego popularności. Nie jest zatem ekwiwalentem często używanego, potocznego określenia „promowanie zdrowia” (zwrot „*promotion of health*” występuje na przykład w Preambule Konstytucji ŚOZ z 1946 r. [49]).

Trzeba też zaznaczyć, że termin „promocja zdrowia” nie pojawił się po raz pierwszy w Karcie Ottawskiej. Wcześniej, w znaczeniu niekonwencjonalnym i odmiennym od potocznego, zaczęto go stosować w USA. Po raz pierwszy użyto go w 1975 r., kiedy uchwalono „Ustawę o Informacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia”, w której pojęcie to było mniej więcej równoważne edukacji zdrowotnej. Chociaż Ustawa ta powołała do życia odpowiednie Biuro, to pierwsze definicje robocze i oficjalne powstały dopiero w 1979 r. W raporcie *Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention* powiedziano, że „promocja zdrowia zaczyna się wśród osób w zasadzie zdrowych i dąży do stworzenia społecznych i indywidualnych środków pomocnych w podejmowaniu stylu życia, który może utrzymać lub zwiększyć dobrostan” [15]. Wkrótce stwierdzono, że promocja zdrowia, to: „każda forma łączenia oświaty zdrowotnej z działaniem interwencyjnym, o charakterze organizacyjnym, politycznym i ekonomicznym, mającym na celu przyczynianie się do zmian behawioralnych i środowiskowych, sprzyjających zdrowiu”. W 1989 r. w czasopiśmie *American Journal of Health Promotion* podano zaś definicję rozszerzoną [27]: „Promocja zdrowia jest nauką i sztuką pomagania ludziom w zmianie ich stylu życia, aby osiągać stan optymalnego zdrowia. Optymalne zdrowie wynika z równowagi zdrowia fizycznego, emocjonalnego, społecznego, duchowego oraz intelektualnego. Zmiany stylu życia mogą być ułatwiane poprzez połączenie wysiłków zmierzających do zwiększania świadomości, zmiany zachowania oraz stworzenia środowisk, które wspierają dobre praktyki zdrowotne. Z trzech wymienionych czynników trzeci – wspierające środowisko, ma przypuszczalnie największy wpływ na wywołanie trwałych zmian”.

Równolegle daje się odnotować istnienie innych opisów czy interpretacji promocji zdrowia. Zarazem stanowisko Karty Ottawskiej i ŚOZ staje się coraz bardziej powszechne i akceptowa-

ne. Zgodnie z tą linią i nowszą definicją z 1998 r. za promocję zdrowia uznaje się „proces, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad determinantami zdrowia, a dzięki temu poprawę zdrowia” [33].

Rozwój idei promocji zdrowia

Rodowodu promocji zdrowia można doszukać się w czasach starożytnych, renesansie czy w wieku XIX – w reformach sanitarnych Edwina Chadwicka w Wielkiej Brytanii oraz Lemuela Shattucka w Massachusetts. W Polsce jej ślady można znaleźć w działaniach lekarzy higienistów w okresie rozbiorów [7]. Decydujący wpływ na jej rozwój miała ewolucja poglądów na zdrowie i jego uwarunkowania, zapoczątkowana w 1946 r. powstaniem definicji zdrowia zamieszczonej w preambule Konstytucji ŚOZ [49]. Duże znaczenie miały różnorodne ustalenia naukowe oraz wydarzenia kulturowe, społeczne i polityczne lat 60., 70., i 80. XX wieku, które zmieniły generalne zasady i normy regulujące wzajemne stosunki między organami państwa, partiami politycznymi oraz organizacjami i reprezentantami społeczeństwa obywatelskiego, zarówno w wymiarze krajowym, jak międzynarodowym. Znaczący wpływ miała również transformacja epidemiologiczna (spektrum chorób przesunięte w kierunku chorób przewlekłych) oraz pojawienie się nowych problemów zdrowotnych, takich jak np. skażenie promieniotwórcze po katastrofie reaktora atomowego w Czarnobylu (1986) czy epidemia HIV/AIDS. Nie sposób nie wymienić tu znaczącego wkładu ŚOZ, wyspecjalizowanej ds. zdrowia agencji Organizacji Narodów Zjednoczonych. Wraz z ogólną poprawą sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych, ŚOZ starała się odpowiadać na nowe potrzeby zdrowotne, jednoczyć różne poglądy i osiągnięcia oraz wspierać wysiłki w celu poprawy sytuacji zdrowotnej na świecie. Przez lata pod egidą ŚOZ podejmowano liczne i różnorodne działania, z których wymienić należy chociażby konferencję na temat podstawowej opieki zdrowotnej (Ałma Ata, 1978) oraz sformułowanie światowej strategii „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000” zaaprobowanej przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia w 1979 r. (rezolucja WHA 32.30) [11]. Jednak najważniejszym krokiem w rozwoju promocji zdrowia było utworzenie w 1984 r. nowego programu promocji zdrowia w Biurze Regionalnym ŚOZ dla Europy z siedzibą w Kopenhadze. Dzięki wsparciu ówczesnego dyrektora generalnego ŚOZ Hafdana Mahlera zawiązała się tam grupa robocza ds. opracowania założeń nowoczesnej strategii umacniania zdrowia. Pierwsze spotkanie tej grupy odbyło się w lipcu 1984, a owocem narady był dokument *Concept and Principles of Health Promotion* [2].

W konsekwencji takiego splotu wydarzeń w dniach 17–21 listopada 1986 r. na konferencji w Ottawie (Ontario, Kanada) społeczność międzynarodowa była gotowa do zaprezentowania światu spójnej, choć jeszcze niedojrzałej koncepcji. W kolejnych latach idee zawarte w Karcie Ottawskiej były precyzowane i rozwijane, a odbywało się to pod nieustannym protektorem ŚOZ. Spośród najważniejszych momentów przełomowych w rozwoju promocji zdrowia należy wymienić:

- wdrożenie pod koniec lat 80. projektu Zdrowe Miasta, największego poligonu doświadczalnego promocji zdrowia, który zrodził światowy ruch zdrowych wysp, gmin, suburbiów (miast obrzeżnych) itd.; obecnie w Regionie Europejskim ŚOZ istnieje 29 krajowych sieci Zdrowych Miast, w których uczestniczy ponad 1300 miast różnej wielkości;
- kolejne międzynarodowe konferencje nt. promocji zdrowia (od 2005 r. pod nazwą Konferencji Światowych, co m.in. było odpowiedzią na zarzut europocentryzmu promocji zdrowia) w:
 - Adelajdzie (1988) na temat polityki prozdrowotnej,
 - Sundsvallu (1991) o wspierającym środowisku,

- Dżakarcie (1997) o efektywności promocji zdrowia i partnerstwie,
- Meksyku (2000) o nierównościach w zdrowiu,
- Bangkoku (2005) na temat globalizacji,
- Nairobi (2009) dedykowana poprawie wdrożenia promocji zdrowia oraz wspieraniu rozwoju światowego;
- opublikowanie zmodernizowanego słownika promocji zdrowia (pierwszy powstał w 1986 r.), w którym poprawiano definicję promocji zdrowia i stwierdzono, że jest to: „proces, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad determinantami zdrowia, a poprzez to poprawę zdrowia” [33];
- ogłoszenie w 1999 r. przez ŚOZ uaktualnionej i zmodernizowanej polityki zdrowotnej dla Regionu Europejskiego pt. „Zdrowie w 21 wieku” (*Health 21*) [14], która jest kontynuacją „Zdrowia dla wszystkich do roku 2000” i w wielu aspektach opiera się na poglądach, celach i metodach promocji zdrowia.

Ważnym momentem sankcjonującym myśl zawartą w Karcie Ottawskiej było też podpisanie w 1997 r. traktatu z Amsterdamu (wszedł w życie w 1999 r.), zmieniającego traktat o Unii Europejskiej. W tytule XIII „Zdrowie publiczne”, w artykule 152 (uprzednio tytuł X, artykuł 129 traktatu z Maastricht), w punkcie 1. stwierdza on, że: „Przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Wspólnoty zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego”. Stanowi to dobitne podkreślenie znaczenia podstawowego kierunku działania promocji zdrowia.

Promocja zdrowia a edukacja zdrowotna

Promocja zdrowia jest bardzo często utożsamiana z edukacją zdrowotną. Być może dlatego, że wśród pionierów promocji zdrowia i jej orędowników było wiele osób zajmujących się wcześniej zawodowo edukacją zdrowotną. Stawianie znaku równości jest jednak nieuprawnione.

W ostatnich latach w języku polskim coraz częściej używa się określenia „edukacja zdrowotna”, które wywodzi się bezpośrednio z języka angielskiego. Wcześniej używano innych pojęć, takich jak: wychowanie higieniczne, oświata sanitarna, oświata zdrowotna, wychowanie zdrowotne, pedagogika zdrowia, krzewienie kultury zdrowotnej. Niektóre z nich, takie jak np. oświata zdrowotna, używane są do dzisiaj. Edukacja zdrowotna ma bardzo mocne podwaliny w naukach takich jak pedagogika czy psychologia, długą historię i mocną pozycję, zwłaszcza w USA. W piśmiennictwie podaje się wiele definicji edukacji zdrowotnej [55], niemniej wszystkie skupiają się wokół stwierdzeń, że są to procesy lub czynności, które dążą do prozdrowotnej zmiany zachowania indywidualnego oraz działania społecznego ludzi.

Promocja zdrowia jest natomiast szerokim planem działania na rzecz zdrowia, który obejmuje pięć kluczowych kierunków pracy (polityka, środowisko, społeczność, zachowania, świadczenia zdrowotne) realizowanych za pomocą trzech newralgicznych, ogólnych strategii (ułatwiać zmiany, pośredniczyć między grupami, być rzecznikiem zdrowia). Edukacja zdrowotna jest tu narzędziem, metodą, która może wspierać zarówno wskazane kierunki, jak strategie promocji zdrowia. Wszystko zależy od konkretnych potrzeb danej interwencji. Należy podkreślić, że edukacja zdrowotna może być wykorzystywana nie tylko w promocji zdrowia, ale również w innych sferach systemu zdrowotnego – w profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji albo opiece medyczno-społecznej. Z tym jednak, że będzie tam stawiać sobie inne cele i przybierać inne formy.

Zawsze jednak należy zachować należyłą ostrożność w formułowaniu informacji i zaleceń. Edukacja zdrowotna może zmieniać wiele czynników, które mają wpływ na zachowania ludzi – m.in. wiedzę, postawy (stosunek) wobec jakichś zjawisk lub inne motywy, a także umiejętności. Nie zawsze jednak zmiany na poziomie tych czynników są wystarczające do uzyskania nadrzęd-

nego celu – zmiany zachowania i stylu życia. Ten bowiem zależy nie tylko od wiedzy, osobistych chęci i decyzji, ale jest pod silną kontrolą otoczenia – tego, co robią inni ludzie i w jakich żyją okolicznościach. Co gorsza – działania edukacyjne, które abstrahuje od szerszego kontekstu życiowego i są wypreparowane z tła społecznego np. ubóstwa, zazwyczaj kończą się porażką. Mogą również prowadzić do tzw. obwiniania ofiary (*blaming the victim*), a więc szukania przyczyn niepowodzenia w adresatach: chorujesz na własne życzenie i (lub) z głupoty [52]. Trzeba też podkreślić, że stosowanie tzw. apelu lękowego, czyli straszenie ludzi dotkliwymi skutkami zdrowotnymi aktualnych zachowań jest przeceniane pod względem swojej siły sprawczej. Zazwyczaj nie prowadzi to do zakładanych zmian zachowania, a może być nawet szkodliwe i uniemożliwiać zmianę zachowania. Dużo większe znaczenie ma ukazywanie zysków i strat wynikających z danego zachowania oraz budowanie poczucia własnej skuteczności (poradzę sobie z nowym sposobem zachowania) [48].

Promocja zdrowia a profilaktyka chorób

W medycynie zapobiegawczej (gałąź medycyny, której ogólnym celem jest utrzymywanie ludzi w zdrowiu i zabezpieczanie przed chorobami), która stanowi odrębną specjalizację medycyny np. w USA, wyróżnia się trzy poziomy takich zabezpieczeń, czyli trzy poziomy profilaktyki. Koncepcja faz profilaktyki składających się na działania współczesnej ochrony zdrowia została usystematyzowana przez dr. Bogdana Kleczkowskiego i po raz pierwszy opisana w czasopiśmie „Zdrowie publiczne” [21]. Profilaktyka pierwotna, nazywana inaczej profilaktyką I fazy albo I rzędu lub I stopnia, a także zapobieganiem I fazy/I rzędu/I stopnia, polega na działaniach ukierunkowanych na jednostki oraz środowisko bytowania ludzi w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia chorób lub zaburzeń zdrowia. Profilaktyka wtórna (II fazy/II rzędu/II stopnia) polega na wczesnym wykrywaniu chorób i szybkich działaniach naprawczych w celu powstrzymania rozwoju choroby. Profilaktyka III fazy polega na działaniach leczniczych i rehabilitacyjnych podejmowanych w czasie, gdy choroba jest już w pełni rozwinięta. Działania te mają na celu ograniczanie skutków choroby oraz zmniejszanie ryzyka jej nawrotów [41].

Profilaktyka pierwotna (częściowo także wtórna), czyli tzw. wczesne zapobieganie oraz promocja zdrowia są komplementarnymi strategiami umacniania zdrowia. W wielu działaniach praktycznych używa się jednocześnie obu tych strategii, aby zwiększyć uzyskiwane efekty zdrowotne. Konglomerat ten opisywany jest wtedy zwrotem „promocja zdrowia i profilaktyka chorób”. Bywa że występuje jako skrótowiec „HPDP” (*health promotion, disease prevention*). Nie ma jednak przeciwwskazań, aby strategie te stosować rozłącznie. Zarówno promocja zdrowia, jak profilaktyka mogą być wykorzystywane niezależnie od siebie.

W USA stawia się czasem znak równości między profilaktyką I fazy i promocją zdrowia, które postrzegane są wtedy jako jedno narzędzie zmiany stylu życia [9]. Niemniej przeważa pogląd, że są to dwie odmienne strategie. Można to zilustrować w następujący sposób: wyobraźmy sobie jakąś grupę ludzi, na przykład mieszkańców pewnej miejscowości – społeczność lokalną. Albo nauczycieli oraz innych pracowników szkoły, uczniów i ich rodziny, czyli uczestników życia szkoły – społeczność szkolną, wyróżnioną wg kryterium funkcjonalnego, a nie terytorialnego. Będą to osoby różnej płci, w różnym wieku i różnego stanu zdrowia. Społeczność ta ma jakieś określone (zastane) warunki, w których żyje, pracuje i odpoczywa. Pomimo istotnych podobieństw wynikających z zamieszkania w tej samej miejscowości albo uczestnictwa w życiu szkolnym, warunki te mogą być odmienne dla poszczególnych jednostek czy nawet grup osób. Różnice mogą dotyczyć np. ścisłego sąsiedztwa własnego domu, warunków mieszkaniowych, posiadanego wykształcenia i statusu społeczno-ekonomicznego, dostępu do fachowej opieki zdrowotnej itd.

Szeroko rozumiane warunki życia i pracy mają wpływ na daną społeczność – jej codzienne funkcjonowanie i stan zdrowia. Równocześnie jednak członkowie danej społeczności mają wpływ na owe warunki, a przynajmniej na niektóre z nich.

Członkowie społeczności mają też swoje indywidualne nawyki oraz specyficzne wzorce działań społecznych i zachowań związanych ze zdrowiem. Pełne spektrum zachowań (styl życia jednostki) ma istotny wpływ na stan zdrowia własnego i zdrowia innych osób, chociaż trzeba pamiętać, że nie ma jednego optymalnego wzorca postępowania, który byłby dobry dla wszystkich. Styl życia zatem, taki czy inny, formuje ludzi. Ale jest też zależność odwrotna – członkowie społeczności mogą dążyć do zmiany stylu życia, również z powodów zdrowotnych. Ponieważ styl życia zależy nie tylko od indywidualnych decyzji, ale również wielu interakcji społecznych i warunków życia, zmiana stylu wymaga nierzadko kompleksowej zmiany w otoczeniu ludzi. Ogólnie zatem omawiane powiązania są wzajemne – styl życia oraz warunki życia stanowią uwarunkowania zdrowia i wywierają wpływ na ludzi, którzy w różnym stopniu i ze zmiennym szczęściem mogą kształtować owe uwarunkowania.

Przyjmując, że wspomniane uwarunkowania zdrowia ułożą się pomyślnie, społeczność będzie w dobrej kondycji i zadowalającym stanie zdrowia. Jeśli jednak uwarunkowania te będą niekorzystne, przyczyni się to do powstania czynników ryzyka określonych chorób, a po jakimś czasie dojdzie do ich rozwoju. Ten oczywisty bieg zdarzeń jest inaczej interpretowany przez profilaktykę medyczną i promocję zdrowia. Inne też mają sposoby przeciwdziałania niebezpieczeństwu.

Profilaktyka ogniskuje się wokół chorób, zaburzeń czy problemów zdrowotnych. Spojrzenie przez pryzmat leczenia w pełni rozwiniętej choroby charakteryzuje profilaktykę III fazy. Profilaktyka II fazy poszukuje czynników ryzyka i stara się je eliminować. Oba wymienione rodzaje profilaktyki są podstawowymi i najczęściej stosowanymi metodami pracy lekarzy oraz zakładów opieki zdrowotnej. Nierzadko prowadzi się też profilaktykę I fazy, czyli sięga do modyfikacji stylu życia i (lub) niektórych czynników przyrodniczych oraz kulturowych w otoczeniu ludzi. Działania takie realizowane są jednak rękami specjalistów od spraw zdrowia, którzy robią to dla ludzi, na ich rzecz. Ale bez ludzi, bez ich udziału. Niejednokrotnie są to działania arbitralne z elementami władztwa.

Promocja zdrowia patrzy zaś z innej strony – przez pryzmat zdrowia. Choć jest świadoma etiologii chorób i znaczenia czynników ryzyka, wcale się na nich nie koncentruje. Interesuje się natomiast warunkami życia ludzi, również ich stylem życia, ale nade wszystko samymi ludźmi, którzy mogą modyfikować szeroko rozumiane uwarunkowania zdrowia. Stara się zmobilizować ich do przejęcia kontroli nad determinantami zdrowia, dlatego robi to z nimi i poprzez nich. Tak więc w centrum zainteresowania promocji zdrowia są ludzie i warunki ich życia. Promocja zdrowia obejmuje całą populację w takich okolicznościach, w jakich toczy się jej codzienne życie. Z tego powodu opiera się często na tzw. podejściu siedliskowym (przykładami są szkoły, zakłady pracy czy miasta). Punktem wyjścia jest pogląd, że problemy zdrowotne powstają w ściśle określonym kontekście życiowym – w miejscach, gdzie ludzie żyją, pracują, bawią się i odpoczywają, gdzie tworzą się normy, systemy wartości i zwyczaje, gdzie powstają więzi, pozycje i role społeczne, gdzie wytwarza się system komunikacji. Wszystkie te czynniki mogą przyczyniać się do powstania problemów zdrowotnych, ale mogą też być pomocne w ich rozwiązywaniu, a także przeciwdziałaniu im. Dlatego promocja zdrowia rozumiana jako proces dokonywania zmian i kierowania nimi w prozdrowotną stronę powinien być łatwiejszy i bardziej efektywny, jeśli toczy się w środowisku bytowania – siedlisku.

Podsumowując najważniejsze różnice – profilaktyka w czystej postaci podejmuje działania pod kątem chorób, a promocja zdrowia przez pryzmat uwarunkowań zdrowia, zwłaszcza czynników środowiskowych, społecznych i ekonomicznych. Profilaktykę realizują najczęściej profesjonalści (lekarze, pielęgniarki, nauczyciele itp.), a działania mają charakter odgórny (tzw. podejście

„z góry na dół”, *top-down*). Promocja zdrowia stara się mobilizować członków społeczności do działań własnych, oddolnych (tzw. podejście „z dołu do góry”, *bottom-up*). Profilaktyka wychodzi z założenia, że jej twórcy wiedzą co jest dobre dla społeczności i dlatego ma z góry ustalone cele działania. Promocja zdrowia wynika z przekonania, że trzeba pracować z ludźmi, a nie dla nich, dlatego akceptuje cele wyznaczone przez zainteresowaną społeczność. Sukces prewencji mierzony jest w kategoriach zdrowotnych (np. zmniejszenie umieralności czy zapadalności na daną chorobę), a sukces promocji zdrowia najczęściej w kategoriach społecznych (np. samodzielność, asertywność) albo organizacyjnych (np. prozdrowotna zmiana funkcjonowania instytucji). Trzeba jednak przyznać, że w wielu interwencjach praktycznych różnice te nie są aż tak wyczuwalne.

Teoria promocji zdrowia

Kluczowy dokument promocji zdrowia – Karta Ottawska – bazował na ambitnej idei „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000” sformułowanej przez ŚOZ w latach 70. XX w. i nadał jej bardziej wymierny charakter w postaci pięciu podstawowych kierunków działania. Jakkolwiek Karta wynikała z ważkich przemyśleń i obiecujących doświadczeń, to promocja zdrowia powstawała bez mocnych podwalin teoretycznych. Miało to istotny wpływ na jej rozwój w następnych latach.

Promocja zdrowia powstawała latami, w wielu miejscach na świecie, jako odpowiedź na odmienne potrzeby i możliwości. Wykorzystywano przy tym różnorodne zasoby, różne doświadczenia, a nawet specjalistów z różnych dziedzin, którzy wnosili sobie właściwą wiedzę naukową z obszaru edukacji, psychologii, psychologii społecznej, socjologii, antropologii, komunikacji, marketingu społecznego, polityki społecznej czy epidemiologii i medycyny. Tworząc niezwykle konglomerat podejść i metod, w większym stopniu korzystano z nauk społecznych niż medycznych. Podejmowano również liczne próby transpozycji doświadczeń z innych krajów. Zajmowano się nie tylko zmianą zachowań jednostek, ale także sposobami organizacji społeczeństw i politykami, które leżą u podstaw organizacji społecznej. W efekcie mamy do czynienia z ogromnym dorobkiem, nieźle udokumentowanym, ale bardzo zróżnicowanym i trudnym do systematyzacji.

W ostatniej dekadzie rozpoczął się proces porządkowania naukowego, teoretycznego obszaru promocji zdrowia. Wyrazem poszukiwania ładu jest m.in. tendencja do tworzenia promocji zdrowia opartej na dowodach (*evidence based health promotion*) [19, 40, 46]. Tym samym dołączono do innych pokrewnych dyscyplin (np. medycyna, stomatologia, opieka zdrowotna, zdrowie publiczne, polityka zdrowotna), które zabiegają o twarde dane na temat swojej sprawności. Zapoczątkowało to szeroką dyskusję nad ewaluacją i charakterem dowodów w promocji zdrowia [17, 26, 37]. Ale bodaj jedynym wspólnym stanowiskiem jest coraz częściej wyrażany pogląd o konieczności odstąpienia od prymatu dowodów typowych w naukach biomedycznych – zbieranych na podstawie randomizowanych badań z grupą kontrolną (*RCTs*) [29, 51].

Pomimo trudności, porządkowanie zgromadzonej wiedzy ma duże znaczenie dla praktyki [38]. Coraz większe znaczenie przypisuje się rozważnemu wyborowi teorii naukowych, które będą podłożem do planowanej zmiany zachowania czy zmiany w środowisku ludzi. Wśród teorii, które znalazły praktyczne zastosowanie w zmianie zachowań jednostek i niewielkich grup osób można wymienić m.in.: model przekonań zdrowotnych, model stadiów motywacji do zmiany, teorię uzasadnionego działania i teorię planowanego zachowania, teorię społeczno-poznawczą. W działaniach ukierunkowanych na całe społeczności efektywnie wykorzystywano m.in. dyfuzję innowacji oraz teorie dotyczące komunikacji.

Ponadto ciągle powstają nowe teorie dotyczące zachowań, ale stosowane są z dużą ostrożnością. Poza tym promocja zdrowia sięga do stosunkowo nowych konstruktów, takich jak kapitał

społeczny czy spójność społeczna. Nasila się nurt marketingu społecznego i wykorzystania teorii kompetencji medialnych. Wzrasta zainteresowanie kwestiami etyki. Wskazane przykłady nie wyczerpują jednak listy wszystkich ustaleń naukowych, jakie są stosowane w promocji zdrowia.

Praktyka promocji zdrowia

Pod szyldem promocji zdrowia prowadzono tysiące interwencji o różnym charakterze, nie wszystkie były jednak odzwierciedleniem jej podstawowych założeń. Zastosowane podejścia można pogrupować według wielu różnych kryteriów, ale nadrzędny jest sposób, w jaki twórcy danej interwencji postrzegają zdrowie i jego uwarunkowania. Osoby zaangażowane w poprawę i umacnianie zdrowia, między innymi z powodu wykształcenia i rodzaju wykonywanej pracy, mają inne sposoby patrzenia na świat – na jego bolączki i sposoby ich usuwania. Reprezentanci świata medycyny są bardziej ekspertami od chorób niż zdrowia. Łatwo wtedy postrzegać zdrowie jako antynomię choroby, stan bez dolegliwości fizycznych i psychicznych oraz bez bólu, co świadczy, że cały organizm lub jego części funkcjonują normalnie. Przedstawicielom zawodów niemedyceńskich bliższa jest definicja ŚOZ z 1946 roku, która stwierdza, że „zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brakiem choroby lub kalectwa”. Kolejne lata wносиły dodatkowe aspekty dotyczące wymiarów i znaczeń zdrowia. Dodatkowe perturbacje stwarza odmienne postrzeganie uwarunkowań zdrowia. Różnice w poglądach na determinanty decydują bowiem o wyborze drogi dochodzenia do zdrowia. W konsekwencji postrzeganie istoty zdrowia stało się punktem wyjścia do powstawania głębokich różnic w podejściu do praktyki, ale też teorii promocji zdrowia.

Obserwacja działań skłaniała do wniosku, że promocja zdrowia podzieliła się na trzy podstawowe nurty: biomedyczny, behawioralny i strukturalny (tab. 1) [20]. Zaproponowana taksonomia jest wyrazem kompromisu i eklektycznego widzenia promocji zdrowia. Wobec braku jednego przejrzystego kryterium wyboru słusznej drogi w promocji zdrowia, stanowisko to akceptowało celowość różnych podejść. Nie wszyscy jednak godzą się na takie rozumowanie, zwłaszcza obecnie. Fundamentalisci uważają, że jedynym wyróżnikiem promocji zdrowia jest praca w społeczności i z tego powodu odrzuciliby podejście biomedyczne i znaczny odłam działań behawioralnych.

Jako przykłady działań praktycznych promocji zdrowia można wymienić przede wszystkim ogólnościatowe projekty realizowane w ścisłej współpracy ze ŚOZ:

- Zdrowe Miasta (*Healthy Cities*),
- Szkoły Promujące Zdrowie (*Health Promoting Schools*),
- Szpitale Promujące Zdrowie (*Health Promoting Hospitals*),
- Promocja zdrowia w miejscu pracy/Przedsiębiorstwo promujące zdrowie (*Workplace Health Promotion*),
- Bezpieczne Społeczności (*Safe Communities*).

Cztery pierwsze projekty realizowane są w Polsce, a podstawowe zasady przystąpienia do nich opisane są przez ośrodki zajmujące się koordynacją prac. I tak informacje o projekcie Zdrowe Miasta można znaleźć na internetowej stronie Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich (<http://www.szmp.pl>), informacje o Szkołach Promujących Zdrowie na stronie Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej (<http://www.cmppp.edu.pl>), o Szpitalach Promujących Zdrowie na stronie Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (<http://www2.wum.edu.pl/hph/>), a Zakładów Pracy Promujących Zdrowie na stronie Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy przy Instytucie Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera (<http://www.imp.lodz.pl>).

Ostatni z wymienionych projektów – Bezpieczne społeczności – jest realizowany w Tarnowskich Górach. Stosowne informacje można znaleźć na stronie *WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion* ulokowanym w Karolinska Institutet w Sztokholmie (<http://www.phs.ki.se/csp/>).

Tabela 1. Charakterystyka podejść do promocji zdrowia (wg poz. piśmiennictwa [20])

Kryterium różnicujące	Rodzaj podejścia		
	Biomedyczne (tradycyjne)	Behawioralne	Społeczno-środowiskowe (strukturalne)
Percepcja zdrowia	Brak choroby i (lub) kalectwa	Dobrostan, zasób, zdolność funkcjonowania, styl życia	Relacje z bliskimi i społecznością, radzenie sobie, posiadanie kontroli
Problematyka działań	Choroby, czynniki ryzyka, fizjologiczne odstępstwo od normy (np. Ch.U.K., nadciśnienie)	Ryzyko behawioralne (np. palenie, złe zwyczaje żywieniowe, poddanie się stresowi)	Ryzyko psychospołeczne wynikające z warunków społecznych i środowiskowych (np. zanieczyszczenie, warunki życia i pracy)
Strategie działania	Chirurgia, farmakoterapia, <i>screening</i> , opieka zdrowotna, zmiana zachowań indukowana przez specjalistów, edukacja pacjenta, posłuszeństwo (<i>compliance</i>)	Edukacja zdrowotna, marketing społeczny, orędownictwo (<i>advocacy</i>) na rzecz polityk wspierających (np. zakazy palenia, żywność niskotłuszczowa, ścieżki rowerowe)	Rozwój małych grup, rozwój społeczności, budowanie koalicji, akcja polityczna, orędownictwo, zmiana społeczna
Adresat/obiekt	Jednostki obciążone chorobą lub wysokim ryzykiem	Grupy przejawiające zachowania ryzykowne albo podatne na nie, dzieci, młodzież	Społeczności, społeczeństwo, warunki społeczne wysokiego ryzyka
Charakter działania	Zindywidualizowany	Zindywidualizowany, elementy społeczne	Strukturalny, ukierunkowany na organizację i rozwój społeczności, sektorowe polityki prozdrowotne
Twórcy działań	Lekarze, pielęgniarki, specjaliści od zdrowia	Pracownicy zdrowia publicznego, grupy rzeczników (np. towarzystwa naukowe i profesjonalne), rządy	Obywatele, organizacje społeczne, ruchy polityczne, partie polityczne

Ponadto ważną ilustracją możliwości promocji zdrowia jest Projekt Północnokarelski (*North Karelia Project*), który rozpoczął się w 1972 roku i trwał 25 lat. Zakończył się spektakularnym sukcesem – spadkiem umieralności mężczyzn o 68% z powodu chorób układu krążenia (Ch.U.K.)

oraz o 71% z powodu raka płuca. Jakkolwiek powstał w czasach, kiedy nie znano jeszcze terminu promocja zdrowia i zasad tej strategii, to wśród wielu specjalistów uchodzi za wzorzec z Sèvres. Dla przykładu – liderzy projektu wyszli z założenia, że obserwowana wyjściowa wysoka umieralność mężczyzn z powodu Ch.U.K. jest sygnałem równomiernej dystrybucji czynników szkodliwych dla zdrowia w całej populacji i nie dotyczy tylko tzw. grup ryzyka. Wbrew panującym tendencjom uznali, że należy zapewnić zdrowsze warunki życia wszystkim członkom społeczności, a nie tylko poprawiać zdrowie poszczególnych, zagrożonych osób. Projekt był dobrze zaplanowany, mocno osadzony w teoriach behawioralnych i łączył pracę profesjonalistów oraz laików. Wiele innowacyjnych pomysłów było dziełem mieszkańców, a nie ekspertów wyszkolonych w opiece zdrowotnej i zdrowiu publicznym. Piekarze obmyślali sposób wypieku chleba z mniejszą ilością soli, a masarze dodali grzybów do kielbas. Powstały receptury odtłuszczonych produktów mleczarskich i przepisy na lżejsze potrawy. Przez lata wielu ludzi odnalazło swój sposób na wykorzystanie posiadanych umiejętności i talentów na rzecz wspólnoty [24, 31].

Synteza cech współczesnej promocji zdrowia

Dwie, a nawet trzy dekady – biorąc pod uwagę doświadczenia z USA – rozwoju promocji zdrowia jako idei i sposobów jej urzeczywistnienia doprowadziły ją do takiego stanu, który ma już własne, zdecydowane wyróżniki. Do najważniejszych atrybutów współczesnej promocji zdrowia należą:

1. Aprobata dla idei równości w zdrowiu.
2. Koncentracja na społecznych determinantach zdrowia.
3. Zainteresowanie salutogenezą.
4. Skupienie się na samodzielności.
5. Zogniskowanie na społecznościach.
6. Uczestnictwo i posiadanie.
7. Partnerstwo, międzysektorowość i wielotorowość.
8. Planowanie.
9. Odpowiedzialność i trwałość.
10. Efektywność i opłacalność.

Aprobata dla idei równości w zdrowiu

Promocja zdrowia wspiera równość w zdrowiu, sprawiedliwość społeczną i solidarność w działaniu. Nie akceptuje nierówności w zdrowiu, czyli różnic w stanie zdrowia, które są wynikiem niesprawiedliwości społecznej, nierównej dystrybucji dochodu czy dyskryminacji z powodu wieku, płci albo kultury. Dostrzega, że nierówności te mają negatywny wpływ na funkcjonowanie grup mniej uprzywilejowanych oraz życie całego społeczeństwa. Nierówności w zdrowiu występują powszechnie i dotyczą różnic między krajami i między różnymi grupami w poszczególnych krajach. Grupy silniejsze społecznie cieszą się lepszym zdrowiem, dzięki czemu stają się jeszcze bardziej uprzywilejowane. Grupy słabsze są w gorszej kondycji zdrowotnej, przez co stają się jeszcze bardziej pokrzywdzone.

Koncentracja na społecznych determinantach zdrowia

Promocja zdrowia interpretuje zdrowie jako skutek różnorodnych uwarunkowań. Szczególną troskę wykazuje o społeczne determinanty zdrowia i nierówności w zdrowiu. Do analizy przyczyn sytuacji zdrowotnej używa różnych schematów (tzw. modeli zdrowia), w tym popularnego modelu autorstwa Dahlgrena i Whitehead (1991), ale nie stosuje diagramu czterech pól zdrowia wg Lalonde'a (1974) [1, 53]. Adresatem promocji zdrowia powinny być przede wszystkim grupy w obiektywnie trudnej sytuacji życiowej.

Model zdrowia Dahlgrena i Whitehead przedstawiony został graficznie w postaci łuków tęczy, które obrazują bliższe i dalsze uwarunkowania zdrowia. W modelu tym, w centralnym punkcie umieszczono wiek, płeć i inne czynniki biologiczne, które zalicza się do najbliższych bezpośrednich uwarunkowań zdrowia. Kolejne bliskie uwarunkowania wynikają z indywidualnego stylu życia, który jest pierwszym łukiem tęczy. W łukach coraz bardziej odległych od środka schematu umieszczono następne – dalsze – uwarunkowania zdrowia: (1) oddziaływania z sieci społecznej, (2) warunki bytowe i związane z pracą zawodową (np. wykształcenie, bezrobocie, warunki sanitarne i mieszkaniowe, stan środowiska naturalnego, rolnictwo i produkcja żywności, świadczenia zdrowotne) oraz (3) ogóle uwarunkowania społeczno-ekonomiczne, kulturowe i środowiskowe. Istota modelu polega na tym, że każdy łuk zewnętrzny implikuje naturę i siłę oddziaływania łuku wewnętrznego. W modelu tym największy wpływ na stan zdrowia wywierają zatem czynniki społeczno-ekonomiczne, które odpowiadają za nierówności w zdrowiu, czyli gorsze parametry zdrowotne grup o niższym statusie społeczno-ekonomicznym.

Zainteresowanie salutogenezą

Termin salutogeneza wprowadził w 1979 r. socjolog Aaron Antonovsky. Zakłada on, że zdrowie ma związek z rodzajem i poziomem stresu, ale w prostej linii zależy od uogólnionych zasobów odpornościowych (*Generalized Resistance Resources – GRRs*) oraz poczucia koherencji (*Sense of Coherence – SOC*). Poczucie koherencji – pojęcie kluczowe w tej teorii – składa się z trzech wymiarów: zrozumiałość (*comprehensibility*), sterowalność (*manageability*) oraz sensowność (*meaningfulness*). W wielu późniejszych badaniach udowodniono, że poczucie koherencji wykazuje związek ze zdrowiem psychicznym. Podejście salutogenetyczne (przez pryzmat czynników, które zdrowie budują) i patogenetyczne (pod kątem czynników, które zdrowie rujną) uważane są obecnie za równoprawne podwaliny do działania promocji zdrowia [6, 10].

Skupienie się na samodzielności

W opracowaniu tym pojęcie samodzielność jest używane jako tłumaczenie angielskiego słowa *empowerment*. Trzeba jednak przyznać, że w języku polskim nie ma wyrazu, który byłby dobrym odpowiednikiem tego pojęcia. Dlatego używane są także inne określenia, takie jak upodmiotowienie czy wzmocnienie. Samodzielność traktowana jest jako podstawowy cel, a zarazem bezpośredni skutek promocji zdrowia. Ogólna wykładnia obejmuje posiadanie mocy, sprawowanie władzy oraz kontroli nad swoim życiem, jednakże od lat toczy się dyskusja o wymiarach tego stanu, sposobach jego osiągania, a także metodach pomiaru. Zgromadzone dotychczas dowody naukowe wskazują jednakże, że działania zmierzające do zwiększenia samodzielności grup nieuprzywilejowanych czy wykluczonych społecznie są bardzo pomocne w poprawie jakości ich życia [54].

Proces wzmacniania się, nabywania samodzielności nie polega na tym, że ktoś darowuje ludziom moc, aby władali swoim życiem. Kto chce być samodzielny, musi to zrobić sam – zdobyć się na to. Nie jest to zatem wzmacnianie od zewnątrz, ale autowzmacnianie – kolejne próby zmierzające do panowania nad różnymi sytuacjami [22]. Rolą promocji zdrowia jest zatem dostarczanie informacji, pomoc w kształtowaniu umiejętności oraz katalizowanie zmian w środowisku, które ułatwiają proces nabywania siły i władzy, a także towarzyszenie w tym procesie.

Zogniskowanie na społecznościach

Społeczność to grupa ludzi, między którymi występuje trwała więź oraz istnieją interakcje społeczne. Jeśli jest to społeczność lokalna, charakteryzuje się ponadto zamieszkaniem wspólnego terytorium [42]. Społeczność jest podmiotem działania promocji zdrowia – populacją docelową, ponieważ więzi i interakcje społeczne są zarówno napędem, jak hamulcem zmian stylu życia, a także warunków życia. Promocja zdrowia stara się modyfikować wsparcie społeczne, a także – ostatnio – kapitał społeczny. Jakkolwiek istnieją dowody, że wsparcie i kapitał społeczny mają pozytywny związek ze zdrowiem, nie ma pewności czy jest to efektem wpływu bezpośredniego, czy pośredniego, wynikającego z szerszych uwarunkowań społeczno-ekonomicznych [45].

Uczestnictwo i posiadanie

Udział obywateli w życiu publicznym (tzw. drabina uczestnictwa) obejmuje [3]: (1) manipulację, (2) terapię, (3) informowanie, (4) konsultację, (5) łagodzenie animozji i braku zaufania, (6) partnerstwo, (7) przyznanie władzy oraz (8) kontrolę obywatelską. Stopnie 1 i 2 oznaczają brak partycypacji społecznej; stopnie 3–5 mają znaczenie symboliczne i stanowią swoistą dekorację obywatelską dla działalności organów administracji publicznej. Dopiero stopnie 6–8 są dowodem na udział obywateli we władzy. Jakkolwiek czasem trudno to osiągnąć, promocja zdrowia faworyzuje najwyższe stopnie uczestnictwa, które oznaczają również posiadanie kontroli nad przedsięwzięciem (*ownership*). Promocję zdrowia można postrzegać jako demokratyzację życia publicznego. Perspektywa ta jest jednoznaczna z podejściem „z dołu do góry”, w którym populacja docelowa ma istotny głos i jest siłą napędową zmian. Nierzadko stosuje się równocześnie podejście „z dołu do góry”, a także „z góry na dół”. Należy też zwrócić uwagę, że uczestnictwo jest jednym z pierwszych kroków do uzyskania samodzielności.

Partnerstwo, międzysektorowość i wielotorowość

Zmiana warunków bytu i (lub) stylu życia zazwyczaj wymagają interwencji w różne obszary życia społecznego – w sektor przemysłowy, ochrony środowiska, edukacji, pracy, finansowy itd. Potrzebna jest partnerska współpraca instytucji i organizacji, które reprezentują sfery życia odpowiednie do celów danej interwencji. Międzysektorowość promocji zdrowia dotyczy także współpracy podmiotów wyróżnionych zgodnie z podziałem na sektor publiczny, prywatny oraz społeczny, obywatelski. Współdziałanie zainteresowanych stron, interesariuszy (*stakeholders*) odbywa się m.in. poprzez zawiązywanie koalicji (alians różnych podmiotów, np. szkoła i obiekt sportowy) oraz tworzenie sieci (związek podobnych podmiotów, np. kilka szkół). Pomimo znacznego nacisku na partnerstwo w promocji zdrowia, rzadko jest ono przedmiotem badań, zwłaszcza w aspekcie jego związku z uzyskiwanymi efektami zdrowotnymi [43].

Partnerstwo jest w stanie zapewnić wielotorowość działań, a więc wykorzystanie zróżnicowanych strategii oraz metod, którym przyświeca wspólny cel. Dzięki temu zainteresowana społeczność będzie miała na przykład lepszy dostęp do udogodnień, więcej źródeł informacji do wyboru oraz więcej okazji do nabywania umiejętności. Zapewniona będzie powtarzalność komunikatów i trudniej będzie przejść obojętnie wobec nowej idei czy przedsięwzięcia.

Planowanie

W licznych badaniach wykazano, że planowanie zwiększa efektywność promocji zdrowia i z tego powodu jest to dzisiaj niewzruszony kanon [16]. Schemat planowania służy pomocą zarówno w trakcie przygotowań, jak realizacji interwencji. Pomaga wyróżnić istotne kroki do wykonania, przemyśleć je i dopasować do okoliczności oraz sprawdzić czy wszystko zastało uwzględnione. Pozwala myśleć w kategoriach czasu potrzebnego na interwencję oraz ustawiać zadania w logicznej i realnej sekwencji. Umożliwia również zaprojektowanie sposobów monitorowania i oceniania działań. Dzięki temu można zapobiec stworzeniu interwencji nietrafionej, nieefektywnej i frustrującej wszystkich wykonawców. Istnieje kilka schematów planowania, które znalazły najwięcej zastosowań w praktyce i sprawdziły się jako dobre narzędzia planowania promocji zdrowia (np. PRECEDE-PROCEED, ABC) [8, 36]. Wybór metody planowania zależy od twórców interwencji oraz oczekiwań donatorów. Nierzadko łączy się elementy różnych modeli, aby nie zgubić z pola widzenia niektórych czynników, które lepiej osadzono w innym wzorcu planowania.

Odpowiedzialność i trwałość

Odpowiedzialność w promocji zdrowia oznacza dobrą jakość i solidność oraz gotowość do ponoszenia konsekwencji za swoje działania [12]. Jedno i drugie można osiągnąć różnymi metodami, na przykład poprzez stosowanie teorii, modeli i podejść o udowodnionej efektywności.

Można przy tym trzymać się linii postępowania wskazanej w europejskim instrumencie do oceny jakości promocji zdrowia (*European Quality Instrument for Health Promotion – EQIUHP*) [5] lub jego uproszczonej polskiej wersji. Kluczowym elementem odpowiedzialności jest ewaluacja, czyli analiza i ocena przebiegu oraz efektów interwencji. Ewaluacja jest procesem analitycznym, który odpowiada na pytania: co udało się osiągnąć, a co nie wyszło i dlaczego tak się stało? Równie istotne jest rozpowszechnienie tych informacji, nie tylko w kręgach władzy czy profesjonalistów, ale także w populacji generalnej. Tym samym ważne miejsce zajmuje tu transparentność oraz dialog z różnymi grupami w społeczeństwie [39]. W ewaluacji stosuje się metody jakościowe i ilościowe. Bada i analizuje się wkład do procesu (*input*), sam proces, czyli przebieg działań, oraz jego bezpośredni produkt – rezultat (*output*), efekt (*outcome*) oraz wpływ (*impact*) [28]. Należy zwrócić uwagę, że nazwy nadawane kolejnym stopniom ewaluacji, a nawet liczba pięter ewaluacji mogą się różnić. Ważne jest, aby nie poprzestawać na ocenie wkładu, procesu i produktu. Jest to co prawda najłatwiejsze z metodologicznego i organizacyjnego punktu widzenia, ale niewiele mówi o realnym zakresie zmian wywołanych przedsięwzięciem. Odpowiedzialność to także pomiar efektów oraz (o ile to możliwe) wpływu krótko- i długoterminowego. To zaś oznacza, że konieczne jest posiadanie precyzyjnych danych wyjściowych, a więc odpowiednie zdiagnozowanie sytuacji przed rozpoczęciem działań.

Przejawem odpowiedzialności jest również trwałość działania (*sustainability*). Wszystkie procesy promocji zdrowia, czy to zmiana zachowania, czy zmiana organizacyjna i w środowisku, wymagają czasu. Ludzie potrzebują czasu na przemyślenie dalszych kroków, powinni mieć czas na eksperymentowanie oraz ostatecznie – na utrzymanie nowego, czym by nie było. Promocja zdrowia powinna umożliwiać ten proces, ale również uczestniczyć w nim do końca. Niestety, w życiu codziennym trudno jest to osiągnąć. Nie ma też jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, jak długo powinna trwać interwencja promocji zdrowia [23].

Efektywność i opłacalność

Podstawą pomiaru sprawności promocji zdrowia jest ocena efektywności (*effectiveness*) przedsięwzięcia, a więc ocena stopnia, w jakim osiągnięto zakładane zmiany w danej populacji. Podobnie jak w programach farmakoklinicznych, jest to ocena efektu (*outcome*) i (lub) wpływu (*impact*), czyli rzeczywistego, stosunkowo odległego w czasie oraz trwałego oddziaływania interwencji. Pojęcie efektywności odnosi się do realnych warunków naturalnych. Inną metodą oceny interwencji prozdrowotnej jest ocena skuteczności klinicznej (*efficacy*), a więc stopnia, w jakim dana procedura czy sposób leczenia przynosi korzyści w idealnych warunkach eksperymentalnych. Pomiar skuteczności promocji zdrowia jest bardzo problematyczny, ponieważ działania te nigdy nie odbywają się w ściśle kontrolowanych warunkach. Niemniej, w promocji zdrowia obowiązuje dobra praktyka, aby każdą interwencję wypróbować w mniejszej skali. Nazywane jest to pretestem i stanowi rodzaj badania skuteczności.

Ponadto można zastosować inne metody, w tym analizy ekonomiczne mające wykazać opłacalność podejmowanych działań. Zainteresowanie rachunkiem kosztów jest umiarkowane i dotyczy głównie behawioralnego nurtu promocji zdrowia [46]. W obszarze promocji zdrowia nie dyskutuje się (na razie?) o progu opłacalności nakładów, rozumianym jako przeliczenie np. trzykrotności PKB *per capita* na uzyskane QALY (*quality adjusted life years*), DALY (*disability adjusted life years*) albo LYG (*life year gained*) czy HYL (*healthy years lived*) [25]. Przeciwnie, panuje przekonanie, że ocena ekonomiczna danej interwencji prozdrowotnej nie może być podstawowym mechanizmem oceny jej znaczenia czy przydatności. Nadrzędnym kryterium jest zdolność interwencji do wywołania zamierzonych, korzystnych efektów zdrowotnych.

Promocja zdrowia raczej rzadko ocenia efekty swoich działań za pomocą wskaźników epidemiologicznych (np. umieralność czy chorobowość) i klinicznych (np. wartość ciśnienia tętniczego). Zazwyczaj posługuje się wskaźnikami pośrednimi – deklarowaną lub obserwowaną zmianą zwyczaj-

jów żywieniowych lub związanych z aktywnością fizyczną, zwiększeniem samooceny, umiejętności asertywnych albo zmianami strukturalnymi w systemach społecznych. Takie dowody efektywności często uznawane są jednak za zbyt miękkie, aby przekonać o słuszności tych działań, a zwłaszcza konieczności finansowania ich. Niemniej w wielu krajach przeprowadzono wiele analiz, które wykazują, że planowa, profesjonalna promocja zdrowia jest efektywna oraz przynosi oszczędności w nakładach na opiekę zdrowotną. Wiąże się to z poprawą jakości życia i stanu zdrowia ludzi, co ma z kolei korzystny wpływ na mikro- i makroekonomię. Jakkolwiek badania i analizy dotyczące wpływu zdrowia na kondycję ekonomiczną jednostek i społeczeństw są jeszcze niekompletne i powinny być rozszerzane, wiadomo że w krajach bogatszych, obciążonych przede wszystkim chorobami przewlekłymi, wpływ ten odbywa się za pośrednictwem kilku podstawowych interakcji: (1) zdrowie zwiększa wydajność pracy; (2) zwiększa gotowość do podjęcia pracy; (3) zwiększa umiejętności potrzebne w pracy, poprzez ułatwianie edukacji i szkolenia; a także (4) zwiększa zarobki i generowanie kapitału oraz oszczędności [44]. Ekonomiczny zwrot promocji zdrowia nie jest powszechnie aprobowany, ale stał się faktem i współlistnieje z nurtem tzw. inwestowania dla zdrowia.

Organizacja promocji zdrowia w Polsce i na świecie

Zgodnie z tzw. Kartą z Tallina z 2008 r. opracowaną pod egidą ŚOZ i noszącą tytuł „Systemy zdrowotne na rzecz zdrowia i dobrobytu” (*Health Systems for Health and Wealth*) systemem zdrowotnym jest [35, 50]: „zespół wszystkich publicznych i prywatnych organizacji i instytucji oraz zasobów, które służą poprawie, zachowaniu lub przywracaniu zdrowia; systemy zdrowotne świadczą usługi na rzecz jednostek i całej populacji oraz prowadzą działania, których celem jest oddziaływanie na polityki i działalność innych sektorów, aby modyfikować społeczne, środowiskowe oraz ekonomiczne determinanty zdrowia”. A zatem, zgodnie ze stanowiskiem ŚOZ, system zdrowotny to nie tylko opieka medyczna, ale również zapobieganie chorobom oraz promocja zdrowia wraz z międzysektorową współpracą na rzecz zdrowia. Pogląd ten jest spójny z wcześniejszymi opisami systemu zdrowotnego dokonywanymi przez ŚOZ.

Strukturę, organizację i sposób finansowania promocji zdrowia w poszczególnych krajach cechuje duża różnorodność. Chociaż miejsce promocji zdrowia i jej ranga w systemie zdrowotnym zdają się być wyraźnie określone, to jednak w większości krajów obserwujemy znaczącą asymetrię rozwoju poszczególnych elementów systemu zdrowotnego, z wyraźnym niedorozwojem promocji zdrowia. Dla przykładu, zgodnie z danymi *OECD*, dotyczącymi najbardziej rozwiniętych krajów świata, w 2006 roku nakłady na zdrowie były najwyższe we Francji, Szwajcarii, Niemczech, Austrii, Belgii i Kanadzie i wynosiły odpowiednio: 11,0; 10,8; 10,5; 10,2; 10,0 oraz 10,0% PKB. Nakłady na prewencję oraz świadczenia zdrowia publicznego wynosiły zaś odpowiednio: 0,2; 0,2; 0,4; brak danych dla Austrii; 0,4 oraz 0,6% PKB. A zatem w krajach tych udział nakładów na szeroko rozumianą prewencję w ogólnych wydatkach na zdrowie wynosił odpowiednio: 2,2; 2,2; 3,3; brak danych dla Austrii; 3,4 oraz 6,5%. W Polsce nakłady na zdrowie wynosiły 6,2% PKB, na prewencję zaś – 0,1% PKB, co stanowiło 2,3% całkowitych nakładów [13].

Współcześnie uważa się, że do efektywnego wdrożenia promocji zdrowia niezbędnych jest 6 czynników [4]:

- silny i zaangażowany urząd ds. zdrowia na poziomie rządowym, z dużymi umiejętnościami administracyjnymi i odpowiednią wiedzą, która pozwala na opracowanie nowych polityk, programów oraz mechanizmów finansowania,
- sieci organizacji pozarządowych oraz stowarzyszeń profesjonalnych, które są innowacyjne i posiadają zasoby, aby przemawiać na rzecz nowych rozwiązań, a także towarzyszyć we wdrożeniach programów,

- pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy posiadają odpowiednie umiejętności oraz motywację, aby świadczyć właściwe usługi dla całej populacji i osób szczególnie zagrożonych oraz wychodzić naprzeciw ich potrzebom,
- organizacje zajmujące się badaniami stosowanymi oraz rozwojem, aby monitorować postęp, tworzyć rozwiązania oparte na dowodach i wspierać efektywne rozpowszechnianie oraz wykorzystanie takich informacji,
- instytucje kształcenia i doskonalenia zawodowego, które reagują na potrzeby i są nastawione na rozwój wiedzy o najlepszej praktyce, rozwijają umiejętności praktyczne i przywódcze oraz doświadczenie w kontaktach z przemysłem,
- społeczności i przedstawiciele społeczeństwa obywatelskiego (interesariusze), którzy są poinformowani i samodzielni, aby uczestniczyć w procesie poprawy zdrowia oraz dobrostanu.

Zgodnie z obecnym stanem prawnym w Polsce promocja zdrowia i (lub) związane z nią strategie i metody pracy jednoznacznie należą do zakresu działania następujących struktur:

- samorząd gminny,
- samorząd powiatowy,
- samorząd wojewódzki,
- Państwowa Inspekcja Sanitarna,
- szkoły wszystkich typów.

Podstawową jednostką samorządu terytorialnego jest gmina, a samorząd gminny jest zobowiązany do zaspokajania potrzeb wspólnoty poprzez realizację tzw. zadań własnych. Zadania własne gminy obejmują m.in. następujące sprawy: ochrona zdrowia, ochrona środowiska, wodociągi i zaopatrzenie w wodę, kanalizacja, usuwanie i oczyszczanie ścieków komunalnych, utrzymanie czystości i porządku, utrzymanie urządzeń sanitarnych, wysypisk i unieszkodliwianie odpadów komunalnych, pomoc społeczna – w tym ośrodki i zakłady opiekuńcze, edukacja publiczna, kultura fizyczna i turystyka – w tym tereny rekreacyjne i urządzenia sportowe, zieleń gminna i zadrzewienia, porządek publiczny i bezpieczeństwo obywateli, ochrona przeciwpożarowa i przeciwpowodziowa oraz polityka prorodzinna – w tym zapewnienie kobietom w ciąży opieki socjalnej, medycznej i prawnej (Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym. Dz.U Nr 16, poz.95 z późn. zm.).

Samorząd terytorialny stopnia powiatowego wykonuje zadania publiczne o charakterze ponadgminnym, m.in. w zakresie: promocji i ochrony zdrowia, edukacji publicznej, pomocy społecznej, polityki prorodzinnej, wspierania osób niepełnosprawnych oraz ochrony praw konsumenta. Pozostałe zadania mają związek z wymienionymi zadaniami gminy (Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym. Dz.U Nr 142, poz.1592 z późn. zm.).

Samorząd wojewódzki wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim, w szczególności w zakresie m.in.: promocji i ochrony zdrowia, edukacji publicznej, w tym szkolnictwa wyższego, pomocy społecznej, polityki prorodzinnej oraz ochrony praw konsumentów (Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa. Dz.U Nr 142, poz.1590 z późn. zm.). Należy odnotować, że zakresy odpowiedzialności samorządów terytorialnych zazębiają się, ale też występują w nich istotne luki (np. wspieranie osób niepełnosprawnych należy tylko do zadań szczebla powiatowego). W urzędach miast i gmin, starostwach i urzędach marszałkowskich istnieją odpowiednie struktury (o różnych nazwach), które wykonują zadania ze wskazanych obszarów [32].

Państwowa Inspekcja Sanitarna (PIS) jest aktualnie organem administracji rządowej o charakterze resortowym, ale od stycznia 2010 r. będzie ponownie częścią administracji zespolonej na szczeblu województwa i powiatu. Zgodnie z artykułem 6. wielokrotnie nowelizowanej i utrzymującej się w mocy Ustawy o PIS (Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. Dz.U nr 90 poz. 575 z późn. zm.)

PIS inicjuje, organizuje, prowadzi, koordynuje i nadzoruje działalność oświatowo-zdrowotną w celu ukształtowania odpowiednich postaw i zachowań zdrowotnych, a w szczególności:

- a) inicjuje i wytycza kierunki przedsięwzięć zmierzających do zaznajamiania społeczeństwa z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia, popularyzowania zasad higieny i racjonalnego żywienia, metod zapobiegania chorobom oraz umiejętności udzielania pierwszej pomocy;
- b) pobudza aktywność społeczną do działań na rzecz własnego zdrowia;
- c) udziela porad i informacji w zakresie zapobiegania i eliminowania negatywnego wpływu czynników i zjawisk fizycznych, chemicznych i biologicznych na zdrowie ludzi;
- d) ocenia działalność oświatowo-zdrowotną prowadzoną przez szkoły i inne placówki oświatowo-wychowawcze, szkoły wyższe oraz środki masowego przekazywania, zakłady opieki zdrowotnej, inne zakłady, instytucje i organizacje oraz udziela im pomocy w prowadzeniu tej działalności.

Państwową Inspekcją Sanitarną kieruje Główny Inspektor Sanitarny przy pomocy Głównego Inspektoratu Sanitarnego, w którego strukturze działa Departament Zdrowia Publicznego i Promocji Zdrowia z Wydziałem Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia. Ustawowe zadania PIS wykonują państwowi inspektorzy sanitarni: wojewódzki, powiatowy oraz graniczny, którym podlegają stacje sanitarno-epidemiologiczne (SSE). W SSE sześćbła wojewódzkiego oraz powiatowego istnieją oddziały oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia.

Zgodnie z nową podstawą programową kształcenia ogólnego we wszystkich typach szkół (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół. DzU Nr 7 z 2009 r., poz.17) edukacja zdrowotna jest obowiązkowa i odbywa się w ramach przedmiotu wiodącego – wychowania fizycznego. Dodatkowe treści dotyczące zdrowia włączone są do wielu innych przedmiotów, z których najważniejsze to: przyroda, biologia, wychowanie do życia w rodzinie, edukacja dla bezpieczeństwa oraz język obcy nowożytny. Tym samym zniknęła tzw. ścieżka pod nazwą edukacja zdrowotna [56].

Do końca 2008 r. w poszczególnych województwach działały także odrębne jednostki organizacyjne podległe wojewodom – Wojewódzkie Centra Zdrowia Publicznego. Niektóre z nich w swojej strukturze posiadały dział promocji zdrowia. Aktualnie jesteśmy świadkami kolejnej reorganizacji administracji państwowej, a wyrazem tego są m.in. zmiany w strukturze i organizacji byłych wojewódzkich centrów zdrowia publicznego. Pewna ich część weszła bezpośrednio w skład urzędów wojewódzkich i w wielu przypadkach jest to połączone ze zmianą profilu prac.

Udział zakładów opieki zdrowotnej oraz fachowego personelu ochrony zdrowia w działaniach promocji zdrowia, wynikający z przepisów prawa, jest określony enigmatycznie. Wielokrotnie nowelizowana Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej (Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. DzU Nr 91, poz. 408 z późn. zm.) oraz Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. DzU Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) stwierdzają ogólnie, że „świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia (...)”, które to świadczenia są udzielane w odpowiednich placówkach. Wskazywałoby to na obligację do uczestnictwa w działaniach promocji zdrowia, zwłaszcza potrzebne byłoby w podstawowej opiece zdrowotnej. Niestety, w samodzielnych zakładach opieki zdrowotnej tworzenie stanowisk pracy ds. edukacji zdrowotnej i (lub) promocji zdrowia (na mocy statutów zatwierdzanych przez organ założycielski) nie jest rutyną. Nie ma też ogólnokrajowych danych na temat liczby osób zatrudnionych w ten sposób.

Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. DzU z 1997 r. Nr 28, poz.152 z późn. zm.) stwierdza natomiast, że wykonywanie zawodu lekarza polega na „udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu

chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich” (art. 2, ust.1). Ponadto za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także prowadzenie przez lekarza prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia oraz nauczanie zawodu lekarza (art. 2, ust. 3). Prawo nie jest zatem jednoznaczne, ale zdrowy rozsądek podpowiada, że lekarze powinni uczestniczyć w procesie promocji zdrowia.

Należy zauważyć, że wiodący dokument polityki zdrowotnej państwa – Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015, przyjęty uchwałą Rady Ministrów Nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r. [30], jest wyraźnie inspirowany promocją zdrowia. Jego misją jest „Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu”. Kierunki działania i strategię promocji zdrowia znalazły się w propozycjach realizacji licznych celów strategicznych i operacyjnych. Ponadto 15. cel operacyjny „Zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej” kładzie nacisk na rozwój potencjału promocji zdrowia. Tylko wtedy bowiem będzie mogła efektywnie wspierać realizację poszczególnych celów NPZ.

Piśmiennictwo

1. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, draft [online]. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health, April 2007. [dostęp: 3.11.2009]. Dostępny w Internecie: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
2. A Discussion Document on the Concept and Principles of Health Promotion [online]. Copenhagen: World Health Organization, 9–13 July 1984. [dostęp: 03-11-2009]. Dostępny w Internecie: <http://www.euro.who.int/document/e90607.pdf>
3. Arnstein S. R.: A Ladder of Citizen Participation. JAIP, 1969,35 (4), s. 216–224. [dostęp: 03.11.2009]. Dostępny w Internecie: <http://lithgow-schmidt.dk/sherry-arnstein/ladder-of-citizen-participation.html>
4. Catford J.: Advancing the ‘science of delivery’ of health promotion: not just the ‘science of discovery’. Health Promotion International, 2008, 24 (1), s. 1–5.
5. Cianciara D.: Europejski instrument do oceny jakości promocji zdrowia. Przegląd Epidemiol, 2006, 60, s. 813–21.
6. Davies J.K.: Zaangażowanie społeczeństwa obywatelskiego. Wzrost znaczenia promocji zdrowia w Europie. Zdrowie publiczne, 2006, 116 (3), s. 387–391.
7. Demel M.: Z dziejów promocji zdrowia w Polsce. Kraków, Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie, 2000, T I–II.
8. De Vries H.: Oświata zdrowotna i promocja zdrowia. teoria i praktyka. W: Miller M.; Cianciara D. red.: Metodyka pracy w oświacie zdrowotnej i promocji zdrowia. Warszawa, Zakład Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny, 1999, s. 38–81.
9. Edelman C.L.; Mandle C.L.: Health promotion throughout the life span. Wyd. 6. Mosby, Elsevier, 2006, s. 19. [dostęp: 03.11.2009]. Dostępny w Internecie: <http://books.google.pl/books?id=Xy-XNXXwa4M-C&pg=PP1&dq=Health+promotion+throughout++the+life+span#v=onepage&q=&f=false> ISBN 032305966X, 9780323059664.
10. Eriksson M.; Lindstrom B.: A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. Health Promotion International, 2008, 23 (2), s. 190–199.
11. Global strategy for Health for All by the Year 2000 [online]. Geneva: World Health Organization, 1981 [dostęp: 03.11.2009]. Dostępny w Internecie: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>
12. Haglund B.J.A.; Jansson B.; Pettersson B.; Tilgren P.: A quality insurance instrument for Practitioners. W: Davies J.K.; MacDonald G. red.: Quality, evidence and effectiveness in health promotion: striving

- for certainties. Routledge, 1998, s. 93-116. [dostęp: 03-11-2009]. Dostępny w Internecie: http://books.google.pl/books?id=miLWwF_JQHMC&printsec=frontcover&source=gbs_navlinks_s#v=onepage-&q=&f=false. ISBN 978-0-415-17966-1
13. Health Health Statistics, OECD Health Data, Health expenditure. System of Health Accounts, Total health expenditure by function [online]. Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD) [dostęp 03.11.2009]. Dostępny w Internecie: <http://stats.oecd.org/index.aspx>
 14. Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region [online]. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1999 [dostęp: 03.11.2009]. Dostępny w Internecie: <http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heeng.pdf>
 15. Healthy People. Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention [online]. United States Public Health Service, 1979, Chapter 10, s. 1. [dostęp: 03.11.2009]. Dostępny w Internecie: http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/G/X/_/nnbbgx.pdf
 16. Heward S.; Hutchins C.; Keleher H.: Organizational change – key to capacity building and effective health promotion. Health Promotion International, 2007, 2 (2), s. 170–178.
 17. Judd J.; Frankish C.J.; Moulton G.: Setting standards in the evaluation of community-based health promotion programmes. Health Promotion International, 2001, 16 (4), s. 367–380.
 18. Kickbusch I.; McCann W.; Sherbon T.: Adelaide revisited: from healthy public policy to health in all policies. Health Promotion International, 2008, 23 (1), s. 1–4.
 19. Krajewski-Siuda K.; Kaczmarek K.: Promocja zdrowia oparta na dowodach. Przegląd Epidemiol, 2006, 60, s. 823–833.
 20. Raphael D. Introduction to health studies. Health promotion I [online]. Supercourse – Epidemiology, the Internet and Global Health. [dostęp: 04.11.2009]. Dostępny w Internecie: <http://www.cmkp.edu.pl/~super1/lecture/lec8451/001.htm>
 21. Kleczkowski B.M.: Zakres działania współczesnej ochrony zdrowia. Próba systematyzacji pojęciowej. Zdr. Publ., 1967, 4, s. 401–409.
 22. Laverack G.; Wallerstein N.: Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. Health Promotion International, 2001, 16 (2), s. 179–184.
 23. Leger L.S.: Questioning sustainability in health promotion projects and programs. Health Promotion International, 2005, 20 (4), s. 317–319.
 24. Lignowska I.: Projekt Północnokarelski – przykład modelowego projektu promocji zdrowia w społeczności lokalnej. Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 2001, 8 (20), s. 145–159.
 25. Łanda K.: Limitowanie świadczeń zdrowotnych a poczucie sprawiedliwości społecznej. W: Evidence-Based Health Care. Racjonalne podstawy reform. Kraków, III Międzynarodowe Sympozjum. CEESTAHC, 2008, s. 16–38.
 26. McQueen D.V.: Strengthening the evidence base for health promotion. Health Promotion International, 2001, 16 (3), s. 261–268.
 27. Mittelmark M.B.; Kickbusch I.; Rootman I.; Scriven A.; Tones K.: Health Promotion. W: Heggenhougen H.K.; Quah S. red.: International Encyclopedia of Public Health. Amsterdam, Elsevier, Academic Press, 2008, Tom 3, s. 225–240.
 28. Monitoring & Evaluation: Some Tools, Methods & Approaches [online]. Washington: World Bank World, Bank Operations Evaluation Department, 2004 [dostęp: 03.11.2009]. Dostępny w Internecie: http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/WB_Evaluation_ME_Tools_2004.pdf
 29. Morris M.: Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. Health Promotion International, 2006, 21 (1), s. 55–65.
 30. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 [online]. [dostęp: 03.11.2009]. Dostępny w Internecie: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf
 31. North Karelia Project [online]. National Institute for Health and Welfare [dostęp: 03.11.2009]. Dostępny w Internecie: http://www.ktl.fi/portal/english/research_people_programs/health_promotion_and_chronic_disease_prevention/projects/cindi/north_karelia_project
 32. Nosko J.; Marcinkiewicz A.: Ochrona i promocja zdrowia w strukturach formalnych starostw powiatowych i urzędów miast na prawach powiatu, Med. Pr., 2009, 60 (2), s. 131–136.
 33. Nutbeam D.: Health Promotion Glossary [online]. Geneva: World Health Organization, 1998. [dostęp: 03.11.2009]. Dostępny w Internecie: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

34. Ottawa Charter for Health Promotion [online]. World Health Organization World Health Organization, 1986. [dostęp: 03.11.2009]. Dostępny w Internecie: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
35. Piotrowicz M.; Cianiara D.; Wysocki M.J.: Systemy zdrowotne dla zdrowia i dobrobytu – Karta z Tallina. *Przegl Epidemiol*, 2009, 63, s. 321–324.
36. Przewoźniak L.: Promocja zdrowia – zagadnienia ogólne. W: Bik, B.; Henzel-Korzeniowska A.; Przewoźniak L.; Szczerbińska K.: Wybrane zagadnienia promocji zdrowia. Kraków, Szkoła Zdrowia Publicznego CMUJ, 1996, s. 45–52.
37. Raphael D.: The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International*, 2000, 15(4), s. 355–367.
38. Rimer B.K.; Glanz K.: Theory at a Glance. A Guide For Health Promotion Practice. Wyd. 2. [online]. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, 2005, s. 3–7. [dostęp: 03.11.2009]. Dostępny w Internecie: <http://www.cancer.gov/PDF/481f5d53-63df-41bc-bfaf-5aa48ee1da4d/TAAG3.pdf>
39. Rootman I.; Goodstadt M.; Potvin L.; Springett J.: A framework for health promotion evaluation. W: Rootman I.; Goodstadt M.; Hyndman B.; McQueen D.V.; Potvin L.; Springett J.; Ziglio. E. red.: Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. World Health Organization, WHO Regional Publications, European Series no 92, 2001, s. 7–38.
40. Rychetnik L.; Wise M.: Advocating evidence-based health promotion: reflections and a way forward. *Health Promotion International*, 2004, 19 (2), s. 247–257.
41. Sharrar R.G.: General Principles of Epidemiology. W: Cassens, B.J.: Preventive medicine and public health. Philadelphia, Harwal Publishing, 1992, s. 1–2.
42. Słoińska Z.: Społeczność lokalna. W: Słoińska Z.; Woynarowska B. red.: Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej. Warszawa, Zakład Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego, 2002, s. 31–39.
43. Smith K.E.; Bamba C.; Joyce K.E.; Perkins N.; Hunter D.J.; Blenkinsopp E.A.: Partners in health? A systematic review of the impact of organizational partnerships on public health outcomes in England between 1997 and 2008. *Journal of Public Health*, 2009, 31 (2), s. 210–221.
44. Suhrcke M.; McKee M.; Sauto Arce R.; Tsołova S.; Mortensen J.: The contribution of health to the economy in the European Union. European Communities, Health and Consumer Protection DG, 2005, s. 14–73.
45. Szreter S.; Woolcock M.: Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 2004, 33 (4), s. 650–667.
46. Tilford S.: Evidence-based health promotion. *Health Education Research*, 2000, 15 (2), s. 659–663.
47. Tan-Torres Edejer T.; Baltussen R.; Adam T.; Hutubessy R.; Acharya A.; Evans D.B.; Murra C.J.L.: Making Choices in Health: WHO Guide to Cost-effectiveness Analysis [online]. Geneva, World Health Organization, 2003, s. 93–95. [dostęp: 03.11.2009]. Dostępny w Internecie: http://www.who.int/choice/publications/p_2003_generalised_cea.pdf
48. Taylor S.: Stimulus estimation and the overprediction of fear; a comment on two studies. *Behaviour Research and Therapy*, 1995, 33 (6), s. 699–700.
49. The Constitution of the World Health Organization [online]. World Health Organization, 1946, s. 1. [dostęp: 03.11.2009]. Dostępny w Internecie: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
50. The Tallin Charter: Health Systems and Health and Wealth [online]. World Health Organization, WHO European Ministerial Conference on Health Systems, Tallin, Estonia, 25–27 June 2008. [dostęp: 03.11.2009]. Dostępny w Internecie: http://www.euro.who.int/document/hsm/6_hsc08_edoc06.pdf
51. Tones K.; Green J.: Health Promotion: Planning and Strategies. London, SAGE, 2004, s. 14. [dostęp: 03.11.2009]. Dostępny w Internecie: http://www.google.com/books?hl=pl&lr=&id=vGW4-dGfU-QC&oi=fnd&pg=PR10&dq=Tones+Keith+Green+Jackie+Health+promotion+&ots=xWousHLu-M_&sig=hsS_EJwSZQmmb0JtrF3i3bMjYeg#v=onepage&q=&f=false. ISBN 0-7619-7449-0
52. Tones K.; Tilford S.: Health Education. London, Chapman & Hall, 1994, s. 17–22.
53. Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinant of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Draft. [online]. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health, 5 May 2005. [dostęp:

- 03.11.2009]. Dostępny w Internecie: <http://www.acphd.org/healthequity/healthequity/documents/WHOConceptualFrame-1.pdf>
54. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? [online]. World Health Organization, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), February 2006. [dostęp: 03.11.2009]. Dostępny w Internecie: <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>
55. Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, s. 102.
56. Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna w szkole w Polsce. Zmiany w ostatnich dekadach i nowa propozycja. Probl Hig Epidemiol, 2008, 89 (4), s. 445–452.

Promocja zdrowia w chorobach układu krążenia

Zofia Słońska

Powstanie promocji zdrowia było w znacznym stopniu odpowiedzią na konieczność stworzenia strategii pozwalającej na opanowanie w krajach rozwiniętych nowych jakościowo problemów zdrowotnych, które po okresie sukcesów w zwalczaniu chorób zakaźnych, mniej więcej w połowie ubiegłego stulecia, zdominowały obraz priorytetów stojących przed opieką zdrowotną i zdrowiem publicznym. Chodzi tu przede wszystkim o epidemie chorób przewlekłych, w tym szczególnie chorób układu krążenia. Dziś wiemy ponad wszelką wątpliwość, że ich występowanie pozostaje w silnym związku ze stylem życia oraz warunkującymi go wpływami środowiskowymi, m.in. środowiska kulturowego, społecznego i społeczno-ekonomicznego.

Pojawienie się stylu życia będącego ze swej natury kategorią społeczną, w roli zasadniczego wyznacznika stanu zdrowia populacji, uniemożliwiło, działającym zgodnie z paradygmatem (modelem) biomedycznym: medycynie naprawczej i tzw. staremu zdrowiu publicznemu, osiągnięcie w skali makrospołecznej znaczących rezultatów w zakresie ograniczenia rozmiaru zależnych od tego czynnika epidemii chorób przewlekłych, w tym epidemii chorób układu krążenia.

Konieczność zajęcia się obszarami wpływów istotnych z punktu widzenia kształtowania stylu życia i zdrowia, tj. uwarunkowań kulturowych, społecznych i społeczno-ekonomicznych wymagało stworzenia nowego paradygmatu. Stał się nim paradygmat socjoekologiczny zarządzający nowym zdrowiem publicznym i jego składową – promocją zdrowia. Zanim jednak przejdziemy do szczegółowej analizy wspomnianych wyżej dwóch paradygmatów biomedycznego i socjoekologicznego, z punktu widzenia ich przydatności dla zwalczania epidemii chorób układu krążenia, zajmiemy się kwestią stylu życia oraz pozycji społeczno-ekonomicznej jako kategorii społecznych o podstawowym znaczeniu dla zwalczania epidemii tych chorób.

Styl życia i jego uwarunkowania a choroby układu krążenia

Warto przypomnieć, że właśnie za sprawą badań dotyczących choroby niedokrwiennej serca zwrócono uwagę na znaczącą rolę stylu życia w wyznaczaniu zmienności w stanie zdrowia. W roku 1948 badacz polskiego pochodzenia W. B. Kannel zapoczątkował we Framingham w Stanach Zjednoczonych badania poświęcone identyfikacji czynników predysponujących do

wystąpienia choroby niedokrwiennej serca, a także zgonu z jej powodu [12, 13]. W badaniach tych stwierdzono, że osoby, które cechował wysoki poziom cholesterolu we krwi, podwyższone ciśnienie tętnicze, nadwaga, cukrzyca, palenie tytoniu i siedzący tryb życia częściej niż osoby pozbawione tych cech zapadały na i umierały z powodu choroby niedokrwiennej serca. Czynniki predysponujące do choroby niedokrwiennej nazwano czynnikami ryzyka. Bliższe przyjrzenie się naturze tych czynników wyraźnie wskazuje na ich silne związki ze stylem życia – niektóre z nich, jak np. palenie papierosów czy siedzący tryb życia to ludzkie zachowania inne jak np. poziom cholesterolu zależne są od zachowań, tj. między innymi od sposobu żywienia, aktywności fizycznej czy umiejętności radzenia sobie z negatywnymi emocjami.

Wysoką rangę stylu życia jako czynnika warunkującego stan zdrowia potwierdziły jednoznacznie w połowie lat 70. dane zawarte w dokumencie „New Perspectives on the Health of Canadians” znanym powszechnie jako Raport Lalonde’a [15]. W dokumencie tym wykazano, na podstawie wyników analizy uwarunkowań przedwczesnych zgonów w populacji Kanady, że styl życia może być traktowany jako zasadniczy czynnik sprawczy w odniesieniu do głównych kategorii zgonów. Odebrano tym samym wiodącą rolę w tym względzie opiece zdrowotnej. Późniejsze szacunki, dokonane przez innych autorów w odniesieniu do wyróżnionych w raporcie pól uwarunkowań zdrowia, tj. biologii człowieka, środowiska, stylu życia i opieki zdrowotnej potwierdzają stwierdzoną w raporcie Lalonde’a dominującą rolę stylu życia, jako głównego czynnika warunkującego zdrowie. Jego udział w wyznaczaniu zmienności w stanie zdrowia ocenia się na około 50%, a udział opieki zdrowotnej jedynie na około 10%. Mimo upływu lat poglądy te nie uległy zasadniczej zmianie [22, 26].

Także badania późniejsze potwierdziły silny związek stylu życia ze zdrowiem, w tym zdrowiem układu sercowo-naczyniowego. Stwierdzono na przykład, że wysoka aktywność fizyczna wpływa na zmniejszenie ryzyka nadciśnienia tętniczego poprzez zmniejszenie poziomu katecholamin w osoczu krwi oraz poprzez wpływ na redukcję masy ciała [3], a sposób odżywiania i palenie tytoniu poprzez wpływ na poziom cholesterolu w osoczu krwi są istotnie związane z poziomem umieralności z powodu choroby wieńcowej.

Jak pokazały badania przeprowadzone w Finlandii, za 36% pięćdziesięciopięcioprocentowego spadku umieralności z powodu choroby wieńcowej [24], który dokonał się w ciągu 20 lat w tym kraju, odpowiadały: spadek średniego poziomu cholesterolu w osoczu krwi o 13%, osiągnięty w wyniku zastąpienia masła przez miękkie margaryny, wysokotłuszczowych produktów mlecznych niskotłuszczowymi oraz kawy gotowanej – kawą filtrowaną, a także spadek o 16% częstości palenia tytoniu w populacji.

Jak wszyscy wiemy, sposób zachowania się ludzi w codziennym życiu jest bardzo zróżnicowany. Prawdopodobnie ta dotyczy także zachowań istotnych z punktu widzenia zwalczania chorób układu krążenia. Wbrew częstym, obiegowym opiniom autonomia jednostki w procesie podejmowania decyzji o określonym zachowaniu, w tym będącym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia, jest często ograniczona. Efekt procesu decyzyjnego w postaci konkretnego zachowania jest bowiem rezultatem nie tylko woli i gotowości człowieka do jego podjęcia, ale także wynikiem możliwości jego realizacji w konkretnych warunkach wyznaczonych przez otoczenie, w którym dana osoba żyje. Można więc powiedzieć, że zarówno zachowania zapobiegające, jak i sprzyjające chorobom układu krążenia są rezultatem nie tylko indywidualnych preferencji i planów, ale także rezultatem wpływu czynników zewnętrznych, głównie tradycji kulturowych, warunków społecznych i społeczno-ekonomicznych, które decydują o tym, do jakiego zachowania ostatecznie dochodzi. Trudno więc za zachowania niekorzystne dla zdrowia obarczać odpowiedzialnością wyłącznie ludzi, którzy je podejmują. Brak zasadności takiego postępowania udowodnił między innymi socjolog William Ryan w szeroko znanej pracy „Oskarżanie ofiary” [„Blaming the victim”, 23].

Ponadto należy pamiętać, że zachowania zaliczane do czynników ryzyka chorób układu krążenia, np. niski poziom aktywności fizycznej, palenie papierosów, nadmierne picie alkoholu bądź zachowania sprzyjające ich występowaniu np. nadmierne jedzenie prowadzące do otyłości, występują często jako desperacka reakcja na napotykanne problemy życiowe wywołane czynnikami środowiskowymi, najczęściej społecznej lub społeczno-ekonomicznej natury. Chodzi tu o takie problemy, jak: trudności w życiu rodzinnym, izolację lub wykluczenie społeczne czy bezrobocie. W sytuacjach, gdy ludzie nie radzą sobie z konstruktywnym rozwiązaniem problemów, będących źródłem negatywnych emocji, powyższe zachowania pełnią funkcje obronne. Są one bowiem uznawane przez jednostki, głównie za sprawą wywołanych tymi zachowaniami reakcji fizjologicznych, za działania umożliwiające poprawę własnej kondycji psychicznej. To, że w dłuższej perspektywie prowadzą do komplikacji zdrowotnych nie jest wtedy najważniejsze. Można więc przyjąć, że zachowanie antyzdrowotne może być oczywiście w pewnych przypadkach przejawem złej woli, ale także bardzo często bywa przejawem bezradności.

W kontekście powyższych rozważań wydaje się oczywiste, że próba zmiany zachowania będącego czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia bądź z tym ryzykiem związanego, bez poznania jego przyczyn indywidualnych i środowiskowych, a także w sytuacji braku dostępu do zasobów niezbędnych dla takiej zmiany nie może zakończyć się powodzeniem, zarówno na poziomie jednostki, jak i zbiorowości.

Status społeczno-ekonomiczny a choroby układu krążenia

Status społeczno-ekonomiczny mierzony jest za pomocą różnych wskaźników, poczynając od klasy społecznej, poprzez wykształcenie, dochód, zawód, warunki życia, nierówności w dochodach oraz innych związanych ze społeczno-ekonomicznymi aspektami życia. W badaniach epidemiologicznych najczęściej stosowanym wskaźnikiem statusu społeczno-ekonomicznego jest wykształcenie, zaś w badaniach społecznych pozycja społeczno-zawodowa.

Rola statusu społeczno-ekonomicznego w wyznaczaniu szans na zdrowie związana jest z kwestią związku między pozycją społeczną, której status społeczno-ekonomiczny jest bardzo istotnym wymiarem a dostępem do zasobów istotnych z punktu widzenia zdrowia, takich jak wiedza, zasoby materialne czy zasoby społeczne. Im niższa pozycja społeczna, tym mniejszy dostęp do tych zasobów, a tym samym mniejsze szanse na zdrowie.

W raporcie z 1993 roku, podsumowującym wyniki badań związku między statusem społeczno-ekonomicznym a chorobami układu krążenia, zatwierdzonym przez Science Advisory Committee, American Heart Association uznano jednoznacznie, iż status społeczno-ekonomiczny jest ważnym czynnikiem w etiologii i rozwoju chorób układu krążenia [12].

Istnieją dowody empiryczne [12] wskazujące na to, że status społeczno-ekonomiczny może oddziaływać na chorobowość i umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca między innymi przez fakt współwystępowania z innymi czynnikami ryzyka. Związek między statusem społeczno-ekonomicznym a występowaniem czynników ryzyka chorób układu krążenia stwierdzono w wielu badaniach, w tym dotyczących statusu społeczno-ekonomicznego i nadciśnienia, statusu społeczno-ekonomicznego i cukrzycy, statusu społeczno-ekonomicznego i otyłości, statusu społeczno-ekonomicznego i aktywności fizycznej. Zgromadzony materiał empiryczny potwierdza prawidłowość, że im niższy status społeczno-ekonomiczny, tym większe ryzyko pojawienia się nie tylko pojedynczych, ale także i wielu czynników ryzyka chorób układu krążenia równocześnie.

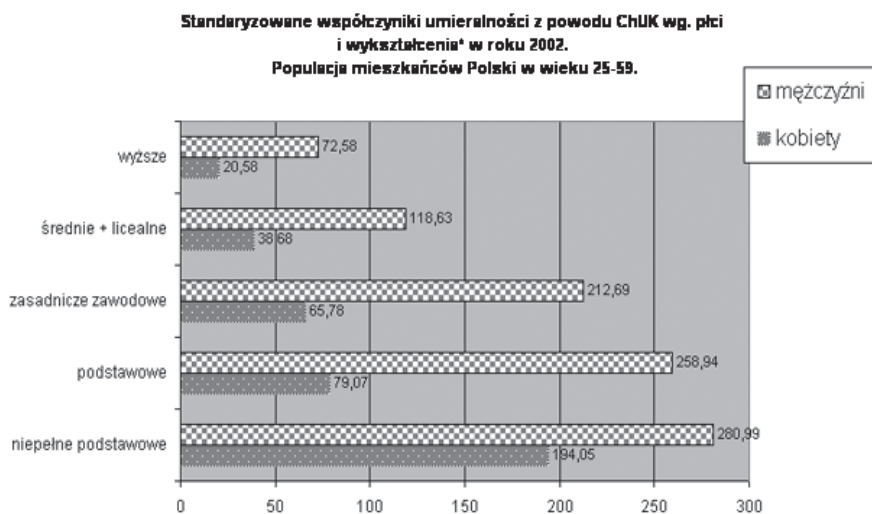
Szacunki przeprowadzone przez Wilkinsona i Marmota [25] wskazują, że w przypadku osób zajmujących dolne szczeble drabiny społecznej prawdopodobieństwo zachorowania na poważną

chorobę lub przedwczesny zgon, jest co najmniej dwa razy większe niż w przypadku osób zajmujących górne szczeble drabiny społecznej. Prawdopodobnie ta dotyczy oczywiście także zagrożenia spowodowanego przez choroby układu krążenia.

Negatywny wpływ na zdrowie niskiego statusu społeczno-ekonomicznego tłumaczy się między innymi jego związkiem z antyzdrowotnym stylem życia [18], wyższą ekspozycją na negatywne działanie stresu [m.in. 25], niskim poziomem wsparcia społecznego [5], niskim poziomem wiedzy zdrowotnej [1], a także ograniczonym dostępem do usług zdrowotnych [21], szczególnie specjalistycznych. Wszystkie te czynniki mają, jak wiemy, istotne znaczenie dla powstawania i rozwoju chorób układu krążenia

Cechy umieralności polskiej populacji jednoznacznie potwierdzają wspomnianą wcześniej prawidłowość stwierdzoną przez Wilkinsona i Marmota [25]. Dane zawarte w rycinie 1, obejmujące standaryzowane ze względu na wiek współczynniki umieralności przedwczesnej spowodowanej chorobami układu krążenia w grupach płci i wykształcenia (miara statusu społeczno-ekonomicznego), jednoznacznie wskazują na istnienie w polskim społeczeństwie zjawiska nierówności szans zdrowotnych. Osoby zajmujące niższe obszary drabiny społecznej – mowa tu o ludności posiadającej wykształcenie zasadnicze zawodowe i niższe, mają ponad trzykrotnie większą szansę na przedwczesny zgon spowodowany chorobami układu krążenia, w porównaniu z osobami o najwyższym statusie społeczno-ekonomicznym (osoby z wyższym wykształceniem).

Rycina 1



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

* Wykształcenie - dane ze Spisu Powszechnego 2002. Brak danych późniejszych.

Możliwość redukcji społecznych nierówności w stopniu narażenia na zachorowanie lub przedwczesny zgon spowodowany chorobami układu krążenia stwarza odejście od paradygmatu biomedycznego i stosowanie w ramach ich zwalczania założeń składających się na paradygmat socjoekologiczny.

Paradygmat biomedyczny versus paradygmat socjoekologiczny a skuteczność zwalczania epidemii chorób układu krążenia

Bezpośrednim warunkiem skutecznej walki z epidemią chorób układu krążenia jest upowszechnienie prozdrowotnych stylów życia w populacji osób zdrowych oraz redukcja występowania zachowań będących czynnikami ryzyka bądź wpływających na ich pojawianie się u osób chorych na te choroby. Modyfikacja stylu życia w przypadku osób dotkniętych chorobami układu krążenia zmierza do wydłużenia w czasie, pozytywnych efektów zdrowotnych osiąganych dzięki działaniom medycyny naprawczej.

Ograniczenia paradygmatu biomedycznego w odniesieniu do zwalczania epidemii chorób układu krążenia stają się zrozumiałe, jeśli przyrzeć się modelowi uwarunkowań tych chorób stworzonemu przez Labonte [14]. W modelu tym ilustrującym powiązania przyczynowo-skutkowe między determinantami chorób układu krążenia autor zwrócił uwagę nie tylko na honorowaną w ramach paradygmatu biomedycznego zależność między fizjologicznymi i behawioralnymi czynnikami ryzyka, ale także wyodrębnił społeczne, społeczno-ekonomiczne i psychospołeczne uwarunkowania stylu życia. Tym samym wskazał, że działania interwencyjne mające na celu zmianę behawioralnych czynników ryzyka chorób układu krążenia powinny uwzględniać modyfikację wpływów środowiskowych, warunkujących w istocie tę zmianę.

W myśl założeń paradygmatu biomedycznego działania zmierzające do zmiany stylu życia ograniczają się do edukacyjnego wpływu na pojedynczych ludzi, z pominięciem oddziaływania na czynniki społeczne i społeczno-ekonomiczne. Tego rodzaju ograniczenie wynika między innymi z faktu, że w ramach tego paradygmatu zdrowie jest pojmowane zgodnie z tzw. negatywną definicją. W myśl powyższej definicji zdrowy człowiek to ten, u którego nie stwierdzono choroby bądź innych zaburzeń w stanie zdrowia. W przypadku problemów zdrowotnych mających korzenie społeczne, a z taką sytuacją mamy do czynienia w odniesieniu do chorób układu krążenia, powyższy sposób rozumienia zdrowia odwraca uwagę od konieczności traktowania zdrowia jako zasobu i nie sprzyja tym samym podejmowaniu w populacji ludzi zdrowych bardzo wczesnych działań zapobiegawczych o charakterze przyczynowym, tj. zorientowanych na środowiskowe determinanty behawioralnych czynników ryzyka. Wynikająca z korzystania z negatywnej definicji zdrowia koncentracja na chorobach i innych zaburzeniach w stanie zdrowia wywołuje bowiem zarówno na poziomie pojedynczego człowieka, jak i systemu ochrony zdrowia postawę wyczekiwania. Czeka się na problem, a potem podejmuje się działania naprawcze. Jak wiemy, choroby układu krążenia rozwijają się na podłożu miażdżycowym. Proces miażdżycowy rozpoczyna się już we wczesnych fazach życia [19], a zewnętrzne symptomy jego przebiegu pojawiają się po wielu latach. Podstawowa trudność polega na tym, że mamy do czynienia z procesem zewnętrze niedostrzegalnym, o przesuniętych w czasie konsekwencjach, a przy tym jego dynamika jest silnie związana z ludzkimi zachowaniami i ich środowiskowymi determinantami. Z myślą o przyszłych następstwach w postaci masowych zachorowań i zgonów trzeba podejmować bardzo wczesne kompleksowe działania wobec czynników pozamedycznych (styl życia i jego społeczne determinanty), w sytuacji, kiedy konkretny problem zdrowotny jeszcze nie istnieje.

Wobec powyższej wiedzy o konieczności wczesnych i rozległych środowiskowych interwencji staje się jasne, że stosowanie paradygmatu biomedycznego, przy występującym w jego ramach braku zainteresowania zdrowiem jako zasobem oraz środowiskowymi uwarunkowaniami stylu życia z założenia powinno być traktowane jako mało skuteczne, zarówno wtedy, gdy zabiegamy o zdrowie całych populacji, jak i wtedy, gdy zależy nam na długotrwałym wyleczeniu pojedynczych osób.

Po pierwsze, korzystanie z tego paradygmatu jako podstawy do budowania strategii zwalczania chorób układu krążenia nie daje możliwości równomiernej redukcji występowania zachowań

będących czynnikami ryzyka chorób układu krążenia na poszczególnych poziomach struktury społecznej, na co wskazują opisane wcześniej znaczne różnice w występowaniu czynników ryzyka tych chorób w zależności od statusu społeczno-ekonomicznego. Tym samym, przy istnieniu w danym społeczeństwie znacznych nierówności społecznych i braku środowiskowych działań zapobiegawczych możliwość uzyskiwania sukcesów w zwalczaniu tych chorób związana jest głównie z górnymi obszarami drabiny społecznej, co pośrednio potwierdzają dane zaprezentowane w rycinie 1.

Po drugie, działanie w ramach paradygmatu biomedycznego skraca czas utrzymywania się pozytywnych skutków zdrowotnych osiągniętych w wyniku zakończonych sukcesem interwencji medycznych. Nieprawidłowe zachowanie chorego po zabiegu kardiochirurgicznym w codziennym życiu, wynikające z wpływu czynników kulturowych, społecznych, społeczno-ekonomicznych oraz psychospołecznych może znacznie skrócić okres oddziaływania pozytywnych skutków chirurgicznej interwencji. Powracający do szpitali pacjenci z restenozą wspierają powyższą tezę.

Ze względu na to, że większość chorych dotkniętych chorobą układu krążenia żyje z nią przez znaczną część życia, istnieje konieczność nauczania ich nie tylko właściwego stosowania się do procesu terapii, ale przede wszystkim wyposażenia ich w umiejętności i możliwości wbudowania terapii w codzienne życie. Osiągnięcie tego celu wymaga współpracy interdyscyplinarnej i międzysektorowej.

Bezpośrednie wspomaganie pacjenta to zadanie lekarzy, psychologów, socjologów, pracowników pomocy społecznej oraz reprezentantów organizacji pozarządowych. W ramach działań opartych na paradygmacie biomedycznym tego rodzaju współpraca, choć się zdarza, nie osiąga pożądanego poziomu, ponieważ paradygmat ten zakłada lokowanie odpowiedzialności za zdrowie w placówkach służby zdrowia, a wykonawstwo zadań powierza głównie służbom medycznym – lekarzom i pielęgniarkom. Ta cecha paradygmatu biomedycznego może być traktowana jako kolejne źródło niskiej skuteczności tego paradygmatu w zwalczaniu epidemii chorób układu krążenia.

Warunkujące sukces oddziaływanie na środowiskowe uwarunkowania behawioralnych czynników ryzyka chorób układu krążenia wymaga wyjścia poza sektor zdrowia i włączenia do współpracy innych sektorów. Wymaga ono także aktywnej postawy społeczeństwa wobec działań na rzecz zdrowia. Realizacja tych wymogów w ramach paradygmatu biomedycznego jest niemożliwa, ponieważ zwalczanie epidemii chorób układu krążenia zgodnie z tym paradygmatem oznacza lokowanie odpowiedzialności za rozwiązanie powyższego problemu w sektorze opieki zdrowotnej, przy założeniu centralizacji i nadzoru, a także oznacza traktowanie społeczeństwa jako biernego odbiorcy świadczeń. Mamy w tym przypadku do czynienia z hierarchicznym układem zależności.

Przeciwieństwem paradygmatu biomedycznego jest paradygmat socjoekologiczny. Jak już wspomniano, obejmuje on podstawowe założenia, na których opiera się nowe zdrowie publiczne, a w jego ramach promocja zdrowia. Już sam fakt, że powstanie tego paradygmatu wynikało z potrzeby zajęcia się środowiskowymi determinantami zdrowia w sposób naturalny kieruje ku wykorzystaniu założeń tego modelu, jako punktu wyjścia przy opracowaniu, a następnie wdrażaniu strategii zwalczania epidemii chorób układu krążenia.

Powyższy paradygmat, w przeciwieństwie do paradygmatu biomedycznego, zakłada możliwość ograniczającego wpływu szeroko pojętego środowiska fizycznego, kulturowego, społecznego i socjoekonomicznego na poziom autonomii pojedynczych osób w zakresie podejmowania decyzji o określonym zachowaniu zdrowotnym. Podążenie za założeniami tego modelu powoduje, że staje się oczywiste, iż pojawianie się behawioralnych czynników ryzyka chorób układu krążenia to często nie tyle efekt złej woli człowieka, który z racji, iż jest ich bezpośrednim autorem bywa o złą wolę oskarżany, ile wpływów środowiskowych decydujących o przebiegu procesu podejmowania przez niego decyzji o podjęciu bądź nie danego zachowania.

Stąd, jeśli profilaktyka chorób układu krążenia ma być efektywna, zarówno na poziomie populacji, jak i pojedynczych pacjentów, należy uznać za konieczność identyfikację indywidualnych i środowiskowych przyczyn pojawiania się behawioralnych czynników ryzyka, a następnie podejmowanie działań zmierzających do modyfikacji w kierunku prozdrowotnym, negatywnych wpływów zarówno indywidualnych, jak i środowiskowych.

Ze względu na zasadnicze znaczenie indywidualnego zachowania dla wczesnego zapobiegania występowaniu czynników ryzyka chorób układu krążenia w populacji ludzi zdrowych oraz ich eliminacji bądź ograniczenia oddziaływania w populacji osób chorych, paradygmat socjoekologiczny zakłada potrzebę identyfikacji elementów świadomości społecznej, kluczowych dla sposobu rozumienia zdrowia oraz dróg jego wzmacniania i ochrony. Konsekwentnie w ramach opisywanego modelu należy także przypisywać znaczną wagę kwestii doskonalenia samoopieki, rozumianej jako zestaw podstawowych umiejętności służących kształtowaniu pożądanego z punktu widzenia chorób układu krążenia stylu życia.

Z myślą o skutecznym oddziaływaniu na style życia i ich determinanty w skali całego społeczeństwa w ramach paradygmatu socjoekologicznego, a tym samym promocji zdrowia:

- zakłada się konieczność uruchomienia międzysektorowej współpracy na rzecz zdrowia, z zachowaniem wiodącej roli sektora zdrowia,
- wykonawstwo działań prozdrowotnych powierza się nie tylko lekarzom i pielęgniarcom, ale także innym grupom zawodowym, w tym spoza sektora zdrowia,
- zakłada się decentralizację działań, co oznacza powierzenie nadzoru nad rozwiązywaniem problemów zdrowotnych nie tylko rządowi, ale także władzom samorządowym,
- przypisuje się podmiotową rolę społeczeństwu w działaniach na rzecz zdrowia,
- za kwestię priorytetową uznaje się redukcję społecznych nierówności w zdrowiu.

Przedstawione wyżej założenia mają podstawowe znaczenie dla skutecznej redukcji występowania behawioralnych czynników ryzyka chorób układu krążenia.

Akceptacja założeń paradygmatu socjoekologicznego jako punktu wyjścia dla strategii zwalczania epidemii chorób układu krążenia oznacza konieczność uruchomienia działań edukacyjnych i środowiskowych z zakresu promocji zdrowia przede wszystkim w populacji osób zdrowych. Ważne jest jednak także, aby podstawowe założenia, kierunki działania oraz metody promocji zdrowia znalazły odbicie w działalności z zakresu opieki zdrowotnej, w ramach działań zorientowanych na pacjenta i jego najbliższe otoczenie.

Wyzwania stojące przed promocją zdrowia w odniesieniu do zapobiegania i zwalczania chorób układu krążenia oznaczają przede wszystkim podjęcie na różnych poziomach i w różnych sferach życia społecznego działań, prowadzących w ostatecznym rozrachunku do znaczącej redukcji występowania behawioralnych czynników ryzyka tych chorób oraz ich indywidualnych i środowiskowych determinantów. Z myślą o wyrównywaniu szans zdrowotnych działania te powinny szczególnie uwzględniać potrzeby jednostek i zbiorowości zajmujących niskie szczeble drabiny społecznej, a tym samym szczególnie narażonych z przyczyn społecznych na występowanie czynników ryzyka.

Kierunki i zakres działań zmierzających do redukcji występowania behawioralnych czynników ryzyka chorób układu krążenia wynikają z obszarów przypisanych promocji zdrowia [20] i obejmują wiele sfer, poczynawszy od sfery polityki publicznej, poprzez działania środowiskowe, upowszechnianie wiedzy i umiejętności zdrowotnych jednostek, grup i zbiorowości, aktywizację społeczeństwa, a w jego ramach społeczności lokalnych na rzecz zdrowia aż po reorientację świadczeń zdrowotnych.

Zajmiemy się teraz zagadnieniem roli promocji zdrowia w zwalczaniu epidemii chorób układu krążenia na poziomie działań populacyjnych oraz działań zorientowanych na chorego i jego otoczenie.

Promocja zdrowia i profilaktyka chorób układu krążenia – działania populacyjne

Z racji faktu, iż choroby układu krążenia rozwijają się na podłożu miażdżycowym, a proces miażdżycowy rozpoczyna się we wczesnych fazach życia [19], podstawowym zadaniem promocji zdrowia w zakresie redukcji występowania chorób układu krążenia jest doprowadzenie, w drodze edukacji i zmiany warunków życia, do upowszechnienia w populacji, prozdrowotnych stylów życia osłabiających dynamikę procesu miażdżycowego. Ważne jest, by działania edukacyjne i środowiskowe zmierzające do tego celu obejmowały całą populację, poczynając od jak najmłodszych segmentów społeczeństwa.

Za podstawę edukacyjnych działań z zakresu promocji zdrowia zorientowanych na populację należy uznać wyrabianie w jednostkach, grupach i zbiorowościach umiejętności dostrzegania oraz adekwatnej oceny związku między codziennym życiem a ryzykiem zachorowania na choroby układu krążenia. Chodzi także o kształtowanie umiejętności i woli przeciwdziałania dostrzeżonemu zagrożeniu. Działania te zgodnie z założeniami promocji zdrowia powinny być adresowane przede wszystkim do jednostek, grup i zbiorowości o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, mając na uwadze ich szczególne narażenie na zachorowanie i przedwczesny zgon z powodu chorób układu krążenia. Zgodnie z ideą promocji zdrowia należy uznać, że wiedza o ryzyku zdrowotnym i możliwościach jego redukcji oraz dostęp do zasobów umożliwiających tę redukcję, to podstawa aktywizacji społeczeństwa na rzecz przeciwdziałania epidemii chorób układu krążenia. Nie wystarczy bowiem budowanie podaży usług z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki. Dzięki upowszechnianiu wiedzy oraz, co należy podkreślić, zwiększaniu dostępu do zasobów, trzeba i można budować na nie popyt.

Nie ulega wątpliwości, iż łatwość w dostępie do zasobów odgrywa istotną rolę w upowszechnianiu prozdrowotnych stylów życia. Szansa na prozdrowotne zachowanie pojawia się dopiero wówczas, gdy w zasięgu jednostek, grup i zbiorowości znajdują się podstawowe zasoby, takie jak pożywienie, ubranie, mieszkanie, wiedza, w tym zdrowotna, czy świadczenia zdrowotne. Podstawowym wrogiem równości szans w dostępie do zasobów są nierówności społeczne, które jak wcześniej pokazano przekładają się na nierówności w zdrowiu.

O dystrybucji zasobów, jako że są one dobrami konsumpcyjnymi, ludzie dowiadują się z doświadczenia, nie muszą być informowani, aby wiedzieć, że je mają lub nie [2]. Jeśli nie mam pracy, wiem, że jej nie mam. Nie dość często jednak uświadamiają sobie fakt, że dystrybucji zasobów towarzyszy dystrybucja ryzyka, w tym zdrowotnego. Ludzie wiedzą na przykład, że są zagrożeni utratą pracy, ale niekoniecznie muszą zdawać sobie sprawę z tego, że bycie w sytuacji takiego zagrożenia niesie ze sobą ryzyko zagrożenia zdrowia. Badania wykazały, że ryzyko utraty pracy przyczynia się między innymi do wzrostu poziomu cholesterolu, trójglicerydów oraz spadku frakcji HDL u mężczyzn w średnim wieku [16].

Zgodnie z założeniami paradygmatu socjoekologicznego stanowiącego zaplecze teoretyczne dla promocji zdrowia, drogą do likwidacji społecznych nierówności w zdrowiu jest uruchomienie współpracy międzysektorowej. W Polsce formalne ramy dla rozwoju takiej współpracy stanowi Narodowy Program Zdrowia.

Zgodnie z teorią promocji zdrowia, a także doświadczeniami praktycznymi z tego obszaru najskuteczniej aktywizuje się społeczeństwo do działań środowiskowych na rzecz zdrowia poprzez programy realizowane w i przy udziale społeczności lokalnych. Zadaniem takich programów jest maksymalizacja poprzez budowanie partnerstwa między jednostkami, grupami i organizacjami lokalnymi, uczestnictwa społecznego w działaniach na rzecz zmiany warunków środowiskowych na prozdrowotne, a także podnoszenie wiedzy i umiejętności zdrowotnych. Na podstawie przeglądu kilkudziesięciu programów środowiskowych można uznać, że im większa

reprezentacja i aktywność społeczności w promocji zdrowia, tym większe i trwalsze zyski z podejmowanych działań [8].

Skuteczność podejścia środowiskowego w zwalczaniu nierówności zdrowotnych potwierdzają wyniki interwencyjnych programów kardiologicznych, realizowanych w społecznościach lokalnych, takich jak The North Karelia Project, The Minnesota Heart Survey czy The Stanford Five – City Project, które wskazują, że prawidłowo prowadzone programy środowiskowe pozwalają poprawić sytuację zdrowotną we wszystkich grupach statusu społeczno-ekonomicznego [12].

Istnieją również badania, które wspierają słuszność stosowania podejścia środowiskowego poprzez wskazanie niewielkiej skuteczności programów interwencyjnych, obliczonych jedynie na modyfikację czynników ryzyka u pojedynczych osób za pomocą metod edukacyjnych i leczniczych [6, 7].

W ramach działań z zakresu promocji zdrowia podejmowanych z myślą o profilaktyce behawioralnych czynników ryzyka chorób układu krążenia w populacji z wykorzystaniem edukacji i zmiany warunków środowiskowych stosuje się różne podejścia. Ich wybór zależy od założonych celów podejmowanych przedsięwzięć. Najbardziej skomplikowanym podejściem jest tzw. organizowanie społeczności, które utożsamia się z „zaplanowanym procesem pobudzania społeczności do wykorzystania jej własnych struktur społecznych i wszystkich dostępnych środków (wewnętrznych i zewnętrznych) w celu zrealizowania celów tej społeczności, określonych przede wszystkim przez jej przedstawicieli oraz uwzględniających lokalne wartości. Celowe działania interwencyjne prowadzące do zmian społecznych organizowane są przez jednostki, grupy lub organizacje wywodzące się z danej społeczności po to, aby osiągnąć, a następnie utrzymywać korzystne zmiany w społeczności i/lub powstałe nowe możliwości [4]. Celem organizowania społeczności jest wspieranie procesu włączania działań z zakresu promocji zdrowia do rutynowej pracy instytucji i organizacji reprezentujących w danej społeczności różne sektory: biznes, władzę, edukację, organizacje pozarządowe.

Bardzo skutecznym podejściem sprawdzającym się w konkretnych środowiskach, takich jak: przedsiębiorstwa, szkoły, przedszkola, miejsca kultu religijnego, placówki służby zdrowia jest tzw. podejście siedliskowe. Opiera się ono na jednym z podstawowych założeń paradygmatu socjologicznego nakazującego uwzględnianie wpływów środowiskowych na głównych adresatów działań. Na przykład, jeśli program promocji zdrowia i profilaktyki chorób układu krążenia jest adresowany do uczniów szkoły, działaniami objęci są nie tylko uczniowie, ale także materialne i organizacyjne środowisko szkoły, nauczyciele, personel administracyjny szkoły i rodzice. Ponadto nawiązywana jest współpraca z instytucjami i organizacjami działającymi w otoczeniu szkoły i mającymi istotne znaczenia dla przebiegu programu.

Z innych podejść promocji zdrowia możliwych do wykorzystania w profilaktyce chorób układu krążenia wymienić należy organizowanie konkursów i zawodów, stymulowanie powstawania programów samopomocowych, prowadzenie kampanii medialnych oraz interwencji polegających na zmianie konkretnych elementów środowiska, np. oznaczanie produktów żywnościowych w supermarketach czy dań rekomendowanych w menu restauracyjnym.

Z punktu widzenia pacjentów dotkniętych chorobami układu krążenia niezwykle istotne jest stwarzanie na poziomie makrospołecznym warunków prawnych, organizacyjnych i finansowych niezbędnych dla reorientacji opieki zdrowotnej, będącej jednym z pięciu obszarów promocji zdrowia.

W ramach zreformowanej w duchu promocji zdrowia opieki zdrowotnej klientami zakładów opieki zdrowotnej powinni być nie tylko pacjenci, ale także ich rodziny, osoby odwiedzające pacjentów szpitalnych oraz członkowie społeczności lokalnej, na terenie której działa dana placówka służby zdrowia. Ponadto chodzi o podniesienie jakości świadczeń zdrowotnych, posze-

zenie ich zakresu o edukację i wielodyscyplinarne poradnictwo (co oznacza jego rozwój), a także zwiększenie dostępności do świadczeń, w szczególności specjalistycznych. Osiągnięcie tych celów wymaga obok zmiany wspomnianych wcześniej warunków prawnych, organizacyjnych i finansowych także dokonania zmian profilu kształcenia kadr medycznych i paramedycznych w kierunku jego humanizacji.

Promocja zdrowia i profilaktyka chorób układu krążenia – działania zorientowane na chorego i rodzinę

Z punktu widzenia celów promocji zdrowia, związanych ze zwalczaniem epidemii chorób układu krążenia na poziomie opieki zdrowotnej, podstawowe znaczenie ma uzupełnienie świadczeń medycznych o wysokiej jakości, odpowiadające potrzebom chorych i ich rodzin, łatwo dostępne usługi zdrowotne, obejmujące świadczenia edukacyjne i doradczo-konsultacyjne o interdyscyplinarnym charakterze.

Zbiorowość chorych na choroby układu krążenia, z racji powiązania tych chorób z procesem miażdżycowym, wymaga szczególnej troski nie tylko w sferze zapewnienia łatwego dostępu do szybkiej diagnostyki, interwencji chirurgicznych, ale także zapewnienia farmakoterapii i kontroli poprawności jej przebiegu, oraz kontroli i modyfikacji częstości występowania przyczyniających się do rozwoju miażdżycy behawioralnych czynników ryzyka. Eliminacja występowania behawioralnych czynników ryzyka w przypadku osób dotkniętych chorobami układu krążenia jest niezwykle istotna i zmierza do wydłużenia w czasie pozytywnych efektów zdrowotnych, osiągniętych dzięki interwencjom kardiochirurgicznym i farmakoterapii. Chociaż największa moc sprawcza w dziedzinie zapobiegania występowaniu behawioralnych czynników ryzyka chorób układu krążenia leży po stronie tych działań z zakresu promocji zdrowia, które mają charakter populacyjny, niemało w tym względzie pozostaje do wykonania w systemie opieki zdrowotnej.

Warunkiem wstępnym sukcesu w sferze opieki zdrowotnej jest wysoka jakość relacji lekarz-pacjent. Bariere w prawidłowym jej przebiegu stanowi fakt, iż opieka zdrowotna w wielu krajach, także w Polsce, funkcjonuje na podstawie paradygmatu biomedycznego operującego negatywną definicją zdrowia. Nadal mimo interwencji części autorytetów medycznych [m.in. 10] obiektem zainteresowania personelu medycznego najczęściej nie jest człowiek w kontekście jego codziennego życia, ale objawy chorobowe, które u niego stwierdzono. Lekarze zbyt często posługują się językiem medycznym, nie zabiegając o to, by być zrozumianymi [11]. Ponadto analizują sytuację zdrowotną pacjenta przede wszystkim w kategoriach medycznych, zbyt często pomijając psychospołeczne i socjoekonomiczne aspekty problemu zdrowotnego. Ze względu na ograniczony czas, lekarz stara się jak najszybciej zmierzać do uzyskania informacji istotnych z medycznego punktu widzenia, unikając dygresji i kwestii nieistotnych. Jak wynika z badań, pacjenci są bardzo wrażliwi na oceny lekarzy dotyczących tego, co jest a co nie jest istotne, i wycofują się z prezentacji problemu z ich własnej perspektywy [17]. Jak pokazują między innymi badania norweskie, lekarze w niewystarczającym stopniu postrzegają problemy psychospołeczne pacjentów. W badaniach tych stwierdzono, że znajomość problemów pacjentów wśród lekarzy wahała się od 53%, w odniesieniu do stresujących warunków w pracy, do 19%, w odniesieniu do przypadków przemocy oraz zagrożeń. Lekarze więcej częściej dostrzegali problemy swoich pacjentów niż lekarze działający na terenach miejskich i podmiejskich [9].

Edukacja lekarzy i pielęgniarek w zakresie umiejętności oddziaływania na behawioralne czynniki ryzyka chorób układu krążenia z uwzględnieniem wpływu czynników środowiskowych, to nie jedyny warunek uzyskiwania sukcesów w trwałej zmianie tych zachowań. Personel me-

dyczny musi mieć zorganizowane wsparcie w postaci interdyscyplinarnego poradnictwa w zakresie behawioralnych czynników ryzyka. Zadaniem lekarza jest przede wszystkim właściwe zdiagnozowanie problemu, udzielenie pomocy medycznej, a w przypadku wystąpienia problemów związanych z behawioralnymi czynnikami ryzyka skierowanie pacjenta do innych specjalistów. Współpraca lekarza z innymi specjalistami powinna być formalnie wymagana i stać się elementem rutynowej praktyki lekarskiej.

Ważnym zadaniem lekarzy jest także udzielanie pacjentowi pomocy w uzyskaniu społecznego wsparcia emocjonalnego, poznawczego, organizacyjnego czy wreszcie materialnego, koniecznego w sytuacji poważnej przewlekłej choroby. Służy temu edukacja pacjenta, jego rodziny, organizacja grup pacjentów oraz współpraca z instytucjami wsparcia, takimi jak system opieki zdrowotnej czy system poradnictwa.

Uwagi końcowe

Fakt utrzymywania się w polskiej populacji społecznych nierówności w poziomie umiarkowania przedwczesnej spowodowanej chorobami układu krążenia wskazuje na konieczność uruchomienia współpracy międzysektorowej na rzecz wyrównywania szans osób o różnej pozycji społecznej na eliminację czynników ryzyka tych chorób. Ważne jest także, by założenia paradygmatu socjoekologicznego były wykorzystywane nie tylko w odniesieniu do działań populacyjnych realizowanych w ramach zdrowia publicznego, ale także by były aplikowane w tych obszarach opieki zdrowotnej, które mają znaczenie dla kształtowania zdrowych stylów życia.

Bibliografia

1. Andersson P.; Leppert J.: Men of low socio-economic and educational level possess pronounced deficient knowledge about risks factors related to coronary heart disease. *Journal of Cardiovascular Risk*. 2001. no 6, 371–377.
2. Beck U.: *Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*. Warszawa, 2002.
3. Blair S. N.; Jacobs, D.R.; Powell, K.E.: Relationships between exercise or physical activity and other health behaviors. *Public Health Reports*. 1985, vol.100, no 2, s. 172–180.
4. Bracht N.F.; Kingsbury L.: Community Organization Principles in Health Promotion. A five-stage model. In: Bracht N.F. (ed.) *Health promotion at the community level*. London Sage Publications, 1990 s. 66–68. Tłumaczenie cytowane za Miller M., Cianciara D.: *Metodyka pracy w oświacie zdrowotnej i promocji zdrowia*. Warszawa, 1997.
5. Droomers M.; Schrijvers C.T.M.; Mackenbach J.P.: Why do lower educated people continue smoking? Explanations from the longitudinal GLOBE study. *Health Psychology*. 2002. vol. 21, no 3, pp. 263–272.
6. Ebrahim S.; Smith G.D.: Systematic review of randomized controlled trials of multiple risk factor intervention for preventing coronary heart disease. *British Medical Journal*, 1997, no. 314, pp. 1666–1674.
7. Gibbins R. L.; Riley M.; Brimble P.: Effectiveness of programme for reducing cardiovascular risk for men in one general practice. *British Medical Journal*, 1993, no 306, pp. 1652–1656.
8. Gillies P. 1998: Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health promotion International*, vol. 13 no 2, pp. 99–120.
9. Gulbrandsen P.; Hjortdahl P.; Fugelli P.; General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: Multipractice questionnaire survey. *British Medical Journal*, 1997 no 314, pp. 1014–1018.
10. Indulski J.: Przedmowa do wydania polskiego. W: Kaplun A. (red.) *Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych. Odkrywanie nowej jakości zdrowia*, Łódź. 1997.

11. Johanson M.; Larsson, U.S.; Säljö, R. [et al]: Addressing life style in primary health care. *Social Science & Medicine*, 1996, vol. 43 no 3, pp. 389–400.
12. Kaplan G. A., Keil, J.E.: Socioeconomic factors and cardiovascular disease: A review of the literature. *AHA Medical/Scientific Statement. Special Report. Circulation* 1993 vol. 88. no 4. Część I, pp. 1973–1997.
13. Kuch J.: Promocja zdrowia a choroba niedokrwienna serca. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*. R. nr 3–4, s. 36–45.
14. Labonte R.: Heart health inequalities in Canada: Models, theory and planning. *Health Promotion International*, 1992, vol. 7, no 2, pp. 119–128.
15. Lalonde M.: A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa, 1978.
16. Mattiasson L.; Lindgärde F.; Nillson E.[et.al.]. Threat of unemployment and cardiovascular risks factors: Longitudinal study of quality of sleep and serum cholesterol concentration in men threatened with redundancy. *British Medical Journal*, 1990, no 301, pp. 461–466.
17. Mechanic D. Sociological dimensions of illness behaviour. *Social Science and Medicine*, 1995:41 9. 1207–1216.
18. Mulatu M.S.; Schooler C. Causal connections between socio-economic status and health: Reciprocal effects and mediating mechanisms. *Journal of Health and Social Behavior*, 2002, vol. 43, no 1, pp. 22–41.
19. Newman W. P. III, Freedman D. S. Voors A.W. [et.al.]; Relation of serum lipoprotein levels and systolic blood pressure to early atherosclerosis: Bagalusa heart study. *New England Journal of Medicine*.1986, vol. 314, no 3, pp. 138–141.
20. Ottawa Charter for Health Promotion. Ontario,1986.
21. Pell J.P., Pell A.C.H., Norrie J., Ford I., Cobbe S.M. Effect of socioeconomic deprivation on waiting time for cardiac surgery: Retrospective cohort study. *British Medical Journal* 2000. Vol. 3 no 20, pp. 15–19.
22. Włodarczyk W.C.: *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*. Łódź /Kraków/Warszawa, 1994.
23. Ryan W.: *Blaming the victim*. New York 1971.
24. Vartiainen E.; Puska P.; Pekkanen J. [et.al.]: Changes in risk factor explain changes in mortality from ischaemic heart disease in Finland. *British Medical Journal*, no 309, s. 23–27.
25. Wilkinson R. ;Marmot M.: *Social determinants of health. The solid facts*. Copenhagen, 1998.
26. Wysocki M. J.; Miller, M.: Paradygmat Lalonde’a; Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2003: nr 57: 505–512.