

Maria Miller, Andrzej Zieliński

ZDROWIE PUBLICZNE - MISJA I NAUKA

Zakład Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny
Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny

Artykuł w części wstępnej zawiera opis historyczny rozwoju nauki i zorganizowanej działalności praktycznej w dziedzinie zdrowia publicznego. Następnie autorzy podają definicje i zakres problematyki zdrowia publicznego jako dziedziny wiedzy oraz działalności praktycznej. Określona jest pozycja zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia, podstawowe kierunki oraz warunki skuteczności działań w dziedzinie zdrowia publicznego.

Słowa kluczowe: zdrowie publiczne, warunki dla zdrowia, potrzeby zdrowotne
Key words: public health, health conditions, health needs

POWSTANIE I ROZWÓJ ZDROWIA PUBLICZNEGO JAKO AUTONOMICZNEJ DZIEDZINY WIEDZY I DZIAŁALNOŚCI PRAKTYCZNEJ

Już starożytni Grecy... W tym przypadku nie można tego pominąć. Dwa i pół tysiąca lat temu, gdy innym narodom choroby zsyłał Bóg, z zasady na obcych, ale czasem również i na swoich, jako karę za nieposłuszeństwo, Hipokrates napisał rozprawę „Powietrza, wody, miejsca” (1), w której ze zdumiewającą trafnością obserwacji powiązał stan zdrowia ludności z warunkami środowiska w jakim ludzie żyli. Między innymi ze stojącymi wodami skojarzył występujące w porze letniej epidemie biegunek i malarii. W jego szkole na wyspie Kos zaczęto w stosunku do chorób używać określeń *epidemeion* (odwiedzać ludzi) i *endemeion* (przebywać wśród ludzi), z których powstały pojęcia epidemii i endemii.

W ciągu stuleci, które upłynęły od tego czasu wiele chorób „odwiedzało ludzi” i więcej jeszcze „przebywało wśród ludzi”, ale wyjaśnienia tego stanu rzeczy rzadko wychodziły poza metafizykę w kierunku obserwacji empirycznych. Jednak na długo zanim nauka o zdrowiu publicznym usystematyzowała swą problematykę, i wypracowała swe metody badań, zaczęły pojawiać się ważne obserwacje dotyczące powstawania oraz zwalczania rozmaitych typów masowo występujących chorób, w tym chorób z niedoboru substancji odżywczych, a także chorób zakaźnych jeszcze przed wyjaśnieniem ich zakaźnego charakteru.

Dokonana w końcu osiemnastego wieku obserwacja Linda, że skorbut dotyka żeglarzy atlantyckich, a żeglarze śródziemnomorscy są od niego wolni, stworzyła pod-

stawy do przeprowadzenia badania stanowiącego prototyp klinicznego badania kontrolowanego. W wyniku tego badania Lind wykazał, że picie soku z cytrusów zarówno zwalcza skorbut jak i mu zapobiega. Będąc następstwem tego badania wprowadzenie cytrusów do żywienia we flocie brytyjskiej stanowi interwencję z dziedziny zdrowia publicznego w całym tego słowa znaczeniu (2). W podobnym czasie Casal opisał występowanie i podał dietetyczne zasady zwalczania pelagry (*mal de la rosa*) w hiszpańskiej Asturii (3). Casal wyprzedził o ponad sto lat badania Goldbergera, który wyjaśnił przyczyny powstawania pelagry w przeprowadzonych badaniach epidemiologicznych (4, 5). Około roku 1906 Takaki porównał rolę diety z łuskanego i nie łuskanego ryżu w występowaniu zachorowań na beri-beri u marynarzy floty japońskiej (6). Jednak kropkę nad „i” postawił dopiero w 1912 r. Kazimierz Funk izolując tiaminę i wprowadzając pojęcie choroby niedoborowej oraz termin „*vitaminum*”. Prace w tym zakresie Funk kontynuował w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie, który szczyci się pionierstwem w jednej z kluczowych dla zdrowia publicznego dziedzin jaką jest, szeroko dziś rozbudowana, nauka o żywności i żywieniu.

Od zarania ludzkości do lat dwudziestych ubiegłego stulecia choroby zakaźne stanowiły najważniejszy problem zdrowia publicznego. Miarą tego znaczenia była wysoka zachorowalność na choroby zakaźne oraz udział zgonów powodowanych przez te choroby wśród wszystkich zgonów. Choć przenoszenie chorób z człowieka na człowieka było obserwowane od wieków, i stanowiło podstawę do praktycznych działań z dziedziny zdrowia publicznego takich jak wariolizacja czy stosowanie kwarantanny, to spór między zwolennikami zakaźnej i miazmatycznej teorii epidemii został rozstrzygnięty dopiero w połowie dziewiętnastego wieku. Teoria miazmatyczna głosiła, że przyczyną takich chorób jak cholera, dżuma czy ospa jest „morowe powietrze” - miazmaty wydobywające się z wnętrzości ziemi. Natomiast teoria zakaźna przyjmowała istnienie czynników, które przenoszą choroby z jednego człowieka na drugiego w bezpośrednim kontakcie, za pośrednictwem wody, jedzenia lub powietrza. W czasie epidemii cholery w Londynie w roku 1842 Snow przeprowadził badanie mogące służyć jako prototyp badania kliniczno-kontrolnego (7). Stwierdził on, że osoby, które zachorowały na cholere w znacznie większym odsetku korzystały z wody wodociągowej pobieranej z Tamizy poniżej ujścia ścieków, a osoby, które nie chorowały - z wodociągów pobierających wodę powyżej miasta. Zauważył też, że chorzy mieszkańcy okolic Broad Street korzystali ze wspólnej studni na tej ulicy. Po usunięciu rękojeści pompy tej studni, liczba zachorowań w okolicy Broad Street znacznie się zmniejszyła. Nie miazmaty Londynu, a picie zanieczyszczonej wody było przyczyną epidemii. Wykrycie bakterii przez Kocha i Pasteura stanowiło przypiecztowanie zwycięstwa teorii zakaźnej.

Jednak zwolennicy teorii miazmatycznej wysnuli swe błędne wnioski z wielkiej liczby cennych obserwacji dotyczących warunków w jakich żyli chorzy ludzie i częstości występowania chorób w różnych grupach społecznych. Przeciwnik Snowa Farr zaobserwował, że w czasie epidemii częściej chorują ludzie z biednych, niżżej położonych dzielnic miast niż bogaci - mieszkający wyżej. On też zwrócił uwagę na to, iż górnicy żyją krócej, i że „jest to jakoś zależne od warunków w jakich wykonują swą pracę” (8). Wcześniej jeszcze przejęci ideami Rewolucji lekarze społecznicy francuscy Guillotin i Pinel, a szczególnie Villerme, zwrócili uwagę na zależność umieralności od warunków życia i pracy (9). Dotyczyło to szczególnie robotników przemysłowych. Nieco później

bardzo dobitnie przedstawił to niemiecki patolog Virhoff badający warunki życia i stan zdrowia robotników na Górnym Śląsku. Wiedząc już o bakteriach wywołujących gruźlicę protestował przeciw sprowadzaniu przyczyn występowania tej choroby tylko do obecności czynnika zakaźnego. W jego opinii, to warunki życia i pracy na równi z bakteriami stwarzają okoliczności konieczne do powstania i rozwoju choroby. Żądał poprawy warunków życia ludzi z niższych warstw społecznych. Opinii Virhoffa nie były podzielał Chadwick, angielski twórca systemu opieki zdrowotnej opartej na poradniach i szpitalach prowadzonych przez fabryki. Przedtem zdrowiem ubogich obywateli zajmowały się parafie. System Chadwicka był pierwszym w świecie zintegrowanym systemem ochrony zdrowia, ale przy okazji załatwiał ważną sprawę w interesie pracodawców. Aby mieć zapewnioną opiekę lekarską należało pracować w przemyśle. Chadwick pisał wprost, że ponieważ młodzi są skłonni do rebelii i strajków, a starsi pracownicy są spokojniejsi i bardziej potulni należy dbać o długowieczność robotników (10).

Dziś znamy wiele mechanizmów, poprzez które ubóstwo oraz warunki życia, pracy i środowiska wpływają na zdrowie jednostek i całych populacji, ale droga do ich poznania nie była wcale łatwa. Pył, hałas, promieniowanie, czynniki toksyczne i rakotwórcze, czynniki zakaźne, stres psychiczny, charakter pracy i czasu spędzanego poza pracą, wysiłek fizyczny, ale i jego niedostatek wpływają na odporność lub bezpośrednio na stan zdrowia i mogą ograniczać czas przeżycia. Lista ta jest o wiele dłuższa i obejmuje bardzo wiele nie wymienionych tu czynników. Druga, równie długa lista obejmuje czynniki chroniące zdrowie, zwiększające komfort życia, sprawność funkcjonowania i przedłużające czas przeżycia. Należy jednak pamiętać, że każdy z tych czynników zanim został rozpoznany jako problem zdrowia publicznego był przedmiotem wielu, nieraz bardzo trudnych badań epidemiologicznych i dopiero w ich wyniku mógł być uznany za przyczynę choroby, zmian podatności na chorobę lub za czynnik zmniejszający prawdopodobieństwo zachorowania. Historia zdrowia publicznego opiera się w równym stopniu na tworzeniu naszego zasobu wiedzy o czynnikach wpływających na zdrowie jednostek i populacji, co na rozwoju metod badań epidemiologicznych pozwalających rozstrzygnąć, co zdrowiu szkodzi, a co zdrowie wspiera. Kluczową rolę odegrały tu osiągnięcia Mantela i Henszela, którzy do epidemiologii chorób przewlekłych, szczególnie nowotworów, wprowadzili metody pozwalające z wielu współwystępujących czynników wyłowić te, których związek z badaną chorobą lub stanem może stanowić podstawę do ustalenia jego przyczyny (11). Warto uzmysłowić sobie, że nie trzeba być dziś bardzo starym, aby w ciągu swojego życia zmieścić daty badań, które potwierdziły rolę wielu znanych czynników rakotwórczych. Wpływ palenia tytoniu na powstawanie raka płuc został wykazany w roku 1950 (12), a rola azbestu w powstawaniu raka płuc w 1955 (13). Aby nie mnożyć przykładów zauważmy tylko, że określenie czynnika etiologicznego jest w wielu przypadkach koniecznym warunkiem skutecznego zapobiegania chorobie. Nie jest jednak warunkiem wystarczającym.

O szkodliwym wpływie palenia tytoniu wiedzą wszyscy, a mimo to przedsiębiorstwa zajmujące się produkcją i sprzedażą papierosów zarabiają krocie. Nie wystarczy zatem wiedzieć, aby postępować racjonalnie. Zainicjowana w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku, rozległa dziedzina zdrowia publicznego - promocja zdrowia, zajmuje się tą właśnie problematyką. Wyrosła ona z doświadczeń socjologii, psychologii i pedago-

giki, a posługuje się głównie edukacją zdrowotną. Celem jej jest jednak nie tylko dostarczenie wiedzy, lecz uzyskanie zmiany zachowań.

Wiedza o zdrowiu publicznym, aby mogła pretendować do miana nauki musiała wytworzyć narzędzia pomiaru, a w konsekwencji również porównywania stanu zdrowia jednostek i całych grup społecznych. Metody pomiaru stanu zdrowia populacji zostały zapoczątkowane w postaci rejestrów chorób i zgonów. Warunkiem wstępnym powstania systemu nadzoru epidemiologicznego, który mógłby być podstawą oceny stanu zdrowia społeczeństwa, było wdrożenie systemu ochrony zdrowia nadzorowanego przez stabilny rząd. Początki takiego systemu występowały już w starożytnym Rzymie, ale dopiero nowożytny rząd europejski był w stanie stworzyć je na nowo.

Praktyka zdecydowanie wyprzedzała tu teorię. Zarządzenia sanitarne dla miast dotyczące wywożenia nieczystości, poboru wody i grzebania zmarłych były początkowo sposobem pozbywania się uciążliwości, a nie świadomym działaniem na rzecz zdrowia ludności. Dopiero w 1680 r. niemiecki filozof Leibnitz wezwał do stworzenia rady zdrowia i zastosowania analizy umieralności do planowania systemu ochrony zdrowia. Niemal w tym samym czasie John Gaunt opublikował w Anglii książkę „Natural and Political Observations Made upon the Bills of Mortality”, w której podał pewne fundamentalne zasady nadzoru epidemiologicznego m.in. określił liczby zgonów z powodu różnych chorób oraz umieralność i wprowadził pojęcie wzorców chorobowych - pierwowzór definicji chorób. Dalszy postęp stanowiło wprowadzenie przez Johanna Petera Francka w Prusach w 1766 r. zasad nadzoru państwowego nad zdrowiem ludności i warunkami dla zdrowia, który obejmował nadzór nad zdrowiem uczniów w szkołach, zapobieganie wypadkom, opiekę nad matką i dzieckiem oraz nadzór nad źródłami wody i odprowadzaniem ścieków.

Jednak początki współczesnego systemu nadzoru epidemiologicznego zostały stworzone przez Lemuela Shatucka i Williama Farra. Shatuck w 1880 r. opublikował raport Komisji Sanitarnej stanu Massachusetts, w którym powiązał liczbę zgonów, umieralność niemowląt i ich matek oraz występowanie chorób zakaźnych z warunkami bytowymi. Farr, pełniący funkcje superintendenta w departamencie statystyki w biurze „Registrar General” dla Anglii i Walii zbierał dane statystyczne dotyczące zgonów i zachorowań, poddawał je analizie i dostarczał wyniki władzom administracyjnym, ale także publikował je, czyniąc dostępnymi dla szerokich kręgów ludzi (10).

Historia nadzoru epidemiologicznego oraz nadzoru nad zespołem czynników określanych jako warunki dla zdrowia - słowem nauki i praktyki zdrowia publicznego w Polsce jest ściśle związana z powstaniem i działalnością Państwowego Zakładu Higieny, do którego znacznie później, już po drugiej wojnie światowej, dołączyły inne kolejno powstające instytucje zajmujące się poszczególnymi dziedzinami zdrowia publicznego. Cechą, która przez blisko 100 lat charakteryzowała działalność Państwowego Zakładu Higieny było ukierunkowanie „ku zdrowiu”, zaś u podstaw działalności - szerokie, wielosektorowe pojmowanie uwarunkowań zdrowia.

Druga połowa dwudziestego wieku przyniosła intensywny rozwój nauki o zdrowiu publicznym. Okres ten charakteryzował się wprzęgnięciem do praktyki i teorii zdrowia publicznego wyników innych nauk na niespotykaną dotychczas skalę. Jednocześnie z nauki o zdrowiu publicznym zaczęły się wyodrębniać autonomiczne dziedziny oparte na własnych przesłankach metodologicznych. Należą tu, prócz tradycyjnych, wymienio-

nych wyżej specjalności, organizacja i zarządzanie systemami opieki zdrowotnej, ich ekonomika oraz ekonomika działań prozdrowotnych.

Podstawowym narzędziem zdrowia publicznego pozostaje nadal epidemiologia - jest ona głównym narzędziem pomiaru sytuacji zdrowotnej, potrzeb zdrowotnych, uczestniczy więc w formułowaniu priorytetów zdrowotnych, pozwala wreszcie oceniać skuteczność podejmowanych działań. Choć wielka intuicyjna spostrzegawczość pozwoliła Bakerowi, już w osiemnastym wieku, związać endemiczne występowanie kolki jelitowej w hrabstwie Devonshire z piciem cydru sporządzanego w naczyniach zawierających ołów (14), to dopiero rozwój epidemiologii współczesnej pozwolił na identyfikację przyczyny oraz objęcia kontrolą jednej z pierwszych epidemii schorzenia wywołanego przez skażone środowisko - chorobę Minamata. Była to pierwsza znana epidemia zatrucia metylortęcią i jedna z najlepiej udokumentowanych chorób środowiskowych (Japonia, 1950 r.) (15). Bez szeroko stosowanych technik epidemiologii obserwacyjnej niemożliwe byłyby skoordynowane działania, które doprowadziły do eliminacji ospy w świecie. Realizacja programu eliminacji ospy stanowi klasyczny przykład skoordynowanego programu zdrowia publicznego, którego ocena - jedynie w kategoriach finansowych - wyraża się całkowitymi wydatkami ok. 200 mln dolarów a oszczędności oszacowano na 1,5 mld dolarów każdego roku. Podkreśla się, iż do sukcesu tego programu przyczyniło się wiele czynników: powszechna polityczna aprobata, wyraźnie zdefiniowany cel, ścisłe terminy jego osiągnięcia, kompetentny personel, elastyczne strategie. Są to warunki konieczne do realizacji każdego programu prozdrowotnego (16, 17, 18, 19).

ZDOWIE PUBLICZNE, A SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

Krótki wgląd w historię medycyny wskazuje, iż myślenie kategoriami zdrowia publicznego obecne było w systemach ochrony zdrowia od zawsze, jednakże ewaluowało w zależności od zmieniającej się sytuacji zdrowotnej społeczeństw oraz jej przyczyn i uwarunkowań, a także w zależności od rozwoju i zasad organizacji oraz finansowania opieki zdrowotnej.

W Polsce do początku lat 90-tych, czyli do chwili wprowadzenia nowych zasad finansowania świadczeń medycznych, zdrowie publiczne rozumiano jako powszechną ochronę zdrowia obejmującą całe społeczeństwo. Całość świadczeń miało zapewnić państwo, także w zakresie doskonalenia warunków środowiskowych i całego kompleksu problemów pozamedycznych składających się na zbiór **warunków dla zdrowia**.

W warunkach centralnego finansowania całego systemu ochrony zdrowia traci uzasadnienie termin *zdrowie publiczne*, a także „publiczna służba zdrowia” stosowane w świecie (także w Polsce do 1948 roku) dla odróżnienia organizacji i świadczeń służb państwowych (rządowych i samorządowych) na rzecz zdrowia publicznego - od organizacji i świadczeń instytucji pozarządowych, prywatnych, na rzecz zdrowia indywidualnego.

Reforma finansowania świadczeń medycznych, która dokonała się w naszym kraju i podlega dalszym modyfikacjom, wymusza wyraźne wskazanie miejsca oraz zakresu i organizacji zdrowia publicznego w całym *systemie ochrony zdrowia* w Polsce (17, 18, 20, 21).

System ochrony zdrowia obejmuje następujące sfery działania:

- opieka zdrowotna - medycyna lecznicza,
- ochrona zdrowia - zespół działań na rzecz zdrowia publicznego realizowany przez różne sektory życia społeczno-gospodarczego,
- struktury zarządzania opieką zdrowotną i ochroną zdrowia,
- źródła i drogi finansowania całokształtu działań na rzecz zdrowia.

Cele szczegółowe systemu ochrony zdrowia są następujące:

1. Zaspokajanie indywidualnych potrzeb zdrowotnych, z których najważniejsze są potrzeby wynikające z chorób, niedomagań, wypadków, czyli tzw. wyrażone potrzeby zdrowotne, choć system powinien brać pod uwagę istnienie również tzw. rzeczywistych potrzeb zdrowotnych, nie zawsze ujawniających się dostatecznie wcześniej i zaspokajając je z własnej inicjatywy.
2. Zapewnienie zbiorowych potrzeb zdrowotnych, tj. takich warunków życia, pracy, mieszkania, odżywiania, wypoczynku, a nawet chorowania i wszelkich innych aspektów życia zbiorowego, które minimalizują, jeśli nie eliminują, jakiegokolwiek ryzyko utraty zdrowia.

Wskazuje to z kolei na konieczność funkcjonowania w ramach systemu ochrony zdrowia dwóch działów:

- indywidualnej opieki zdrowotnej, czyli służb medycznych,
- zbiorowej ochrony zdrowia, czyli służb zdrowia publicznego.

Tak więc zespół działań składający się na zdrowie publiczne jest jednoznacznie osadzony w systemie ochrony zdrowia i stanowi jego podstawę. Pojęcie *ochrona zdrowia* zawiera następujące podstawowe składowe:

- ochrona przed chorobami - zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych, chorób niezakaźnych o dużym znaczeniu społecznym i innych chorób oraz niepełnosprawności w ramach systemu opieki medycznej;
- ochrona przed zagrożeniami środowiska przyrodniczego i środowiska pracy;
- ochrona przed zagrożeniami wynikającymi z niekorzystnych warunków społecznych (ubóstwo, patologie społeczne, bezrobocie i inne) w ramach polityki społecznej świadczeń w zakresie pomocy społecznej.

ZDROWIE PUBLICZNE - DEFINICJE I ZAKRES DZIEDZINY

Tak wytyczone miejsce zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia sprawia, iż wciąż aktualna jest definicja zdrowia publicznego Winslowa z 1920 roku: *„Zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego poprzez wysiłek społeczności, higienę środowiska, kontrolę zakażeń, nauczanie zasad higieny indywidualnej, organizację służb medycznych i pielęgniarских ukierunkowaną na zapobieganie chorobom i wczesną diagnozę, rozwój mechanizmów społecznych zapewniających każdemu indywidualnie i społeczności, warunki życia pozwalające na utrzymanie zdrowia,,.*

Na przełomie XIX i XX wieku, kiedy głównym celem działań prozdrowotnych było ograniczenie chorób zakaźnych, człowiek był obiektem działań. Głównym celem było neutralizowanie środowiskowych zagrożeń zdrowia.

W latach 70. XX wieku zrodziła się idea tzw. Nowego Zdrowia Publicznego. U podstaw idei Nowego Zdrowia Publicznego zawarta jest owa filozofia zmienności

metod w zakresie zdrowia publicznego z zachowaniem głównego celu działań. Lata 70. to okres narastania chorób cywilizacyjnych, w których podstawowe znaczenie ma zespół zachowań ludzkich składający się na styl życia, a także na tworzenie warunków dla zdrowia. W znacznym zakresie człowiek, także zespoły ludzi, ich decyzje i wybory stają się twórcami własnego zdrowia. Celem działań staje się spowodowanie zmiany zachowań na pożądane. Ten nurt łączy się z rozwojem metod socjologii, pedagogiki, które wykorzystywane są w edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia, w szeroko rozumianej profilaktyce.

Nowa definicja zdrowia publicznego jest pozornie prosta (może lapidarna), jednakże jest ona ogromnie pojemna (20, 22):

„Zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia, promowania zdrowia, poprzez zorganizowane wysiłki społeczne”.

Wydaje się, że jest ona w istocie podsumowaniem klasycznej definicji Winslowa z 1920 r. Nie zawsze zasadny wydaje się wymóg czy oczekiwanie, aby definicja była krótka, zwięzła i ogólna. Wśród wielu cytowanych, najpełniejsza, najbardziej wyczerpująca i przekonująca, wydaje się definicja Frenkego: *„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 i organizowaniu skoordynowanych wysiłków instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych w celu osiągania pożądanych standardów zdrowia. Cel ten uzyskuje się poprzez 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”* (22).

Taka koncepcja zdrowia publicznego wskazuje dwa obszary działania: wymaga gromadzenia danych i informacji charakteryzujących całokształt warunków determinujących zdrowie populacji a także staje się obszarem mobilizowania i uruchamiania zasobów koniecznych do realizacji celów zdrowotnych. Wielość istniejących definicji zdrowia publicznego wprowadza pewną dezorientację i oczekiwania na sformułowanie nowej, obowiązującej wszystkich definicji. Ale nie ma takiej potrzeby. Definicje zdrowia publicznego różnią się w sformułowaniach i w szczegółach, ale nie różnią się zasadniczo co do treści i zakresu. Innymi słowy, to co stanowi zdrowie publiczne według definicji Winslowa pozostaje w zakresie definicji Frenkego. Obszerniejsze definicje wypunktowują szczegóły, które w bardziej lapidarnych definicjach mieszczą się w określeniach ogólnych.

Dla celów praktycznych identyfikuje się podstawowe funkcje zdrowia publicznego. Wyróżnić je należy w dwóch grupach (18, 23).

Działania na rzecz ogółu ludności

1. Monitorowanie stanu zdrowia populacji; walka z chorobami o znaczeniu społecznym, wypadkami i urazami;
2. Identyfikacja i zwalczanie zagrożeń zdrowotnych w środowisku, miejscu zamieszkania, pracy, w żywności i wodzie;

3. Nadzór epidemiologiczny, kontrola laboratoryjna chorób zakaźnych - w tym zawleczonych z zagranicy - oraz zagrożeń środowiskowych;
4. Promocja zdrowia, organizacja aktywnego współuczestnictwa społeczeństwa w działaniach na rzecz zdrowia, determinanty zdrowia i choroby;
5. Zarządzanie opieką zdrowotną, ekonomika zdrowia, systemy organizacji i finansowania ochrony zdrowia;
6. Ocena jakości świadczeń zdrowotnych, zagadnienia prawne w medycynie, bioetyka, orzecznictwo lekarskie.

Działania na rzecz indywidualnych osób

1. Profilaktyka indywidualna, organizacja służb zapobiegawczych, np. szczepienia ochronne, profilaktyka zakażeń szerzących się drogą kontaktów seksualnych, planowanie rodziny;
2. Profilaktyka i leczenie chorób o znaczeniu społecznym: choroby zakaźne w tym AIDS, gruźlica, choroby psychiczne, uzależnienia, wybrane choroby cywilizacyjne (np. cukrzyca);
3. Organizacja czynnego poradnictwa dla grup wysokiego ryzyka zachorowania;
4. Podstawowa opieka zdrowotna, pomoc medyczna dla bezdomnych i innych osób pozbawionych dostępu do świadczeń zdrowotnych;
5. Organizacja opieki zdrowotnej finansowanej przez instytucje pozarządowe.

Wymieniona lista obejmuje te funkcje i zadania zdrowia publicznego, których finansowanie spoczywać musi na państwie, bez względu na skalę wprowadzonych do systemu ochrony zdrowia mechanizmów rynkowych regulujących sposób finansowania świadczeń medycznych. Poza państwem brak bowiem nabywców indywidualnych czy instytucjonalnych, funkcjonujących w oparciu o mechanizmy rynkowe, mogących akceptować ponoszenie nawet części kosztów tej grupy działań. W większości krajów odpowiedzialność za realizację podstawowych funkcji zdrowia publicznego - w szczególności tych, które dotyczą ogółu ludności - spoczywa na powołanych przez państwo i finansowanych z budżetów centralnych narodowych instytutach zdrowia publicznego i innych wyspecjalizowanych agendach rządowych (sieci). Część podstawowych funkcji zdrowia publicznego, które dotyczą indywidualnych osób, choć pozostaje w gestii odpowiedzialności państwa, realizowana jest z reguły przez terenową administrację państwową oraz samorządy lokalne. Do zadań ministerstw zdrowia należy opracowywanie szczegółowych regulacji prawnych określających poziom i zakres odpowiedzialności poszczególnych instytucji za realizację podstawowych funkcji zdrowia publicznego, stanowiących bazę bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Zapewnienie kompleksowej opieki medycznej, w pełni dostępnej i ukierunkowanej również na zapobieganie chorobom, bardzo wzmacnia poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego, lecz nie jest w stanie zastąpić bazy tego bezpieczeństwa, którą stanowią działania na rzecz zdrowia ogółu ludności.

Należy przypomnieć, iż nakłady na zdrowie publiczne są najniższe w systemie finansowania poszczególnych sektorów ochrony zdrowia, a równocześnie stanowią najtańszą inwestycję w zdrowie społeczeństwa (19).

Zakres realizacji poszczególnych funkcji zdrowia publicznego może być różny w zależności od skali wyzwań i zagrożeń stojących przed społeczeństwem. W każdym jednak przypadku określenie przez państwo zakresu działań na rzecz zdrowia publicznego jest głównym wyznacznikiem jakości polityki zdrowotnej i skuteczności wprowadzanych reform systemu ochrony zdrowia, w tym reform w zakresie funkcjonowania i finansowania opieki medycznej.

Światowa Organizacja Zdrowia w dokumentach *Zdrowie 2001* postuluje, iż skuteczność polityki rządów powinna być oceniana poprzez parametry zdrowotne (19).

CZY W POLSCE ISTNIEJE PRZEJRZYSTY SYSTEM STRUKTUR UMOŻLIWIAJĄCYCH REALIZACJĘ ZADAŃ ZDROWIA PUBLICZNEGO?

Z dorobku Pierwszej Ogólnopolskiej Konferencji Towarzystwa Zdrowia Publicznego (Łódź, 29-30.X.01.) wynika potrzeba Ustawy o Zdrowiu Publicznym, która stwarzałaby ramy prawne, a także wskazała metody finansowania działań (24). Teraz **zdrowie publiczne** jest obecne jedynie w ustawie z 24.08.2001 r. *O zmianie ustawy o inspekcji sanitarnej* (Dz. U. Nr 128 poz. 1407).

Inspekcja Sanitarna jest powołana do realizacji zadań w zakresie zdrowia publicznego poprzez sprawowanie nadzoru nad warunkami dla zdrowia w kontekście:

- 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) z wymaganiami higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne w celu chronienia zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych.

Wskazany zakres praktyki zdrowia publicznego choć na pewno podstawowy, nie wyczerpuje jego szerokiej problematyki. Główne obszary praktyki zdrowia publicznego w Polsce są wg Nosko następujące (21):

1. Ochrona zdrowia i zwalczanie chorób zakaźnych i niezakaźnych o dużym wymiarze społecznym w ramach systemu publicznych świadczeń medycznych.
2. Ochrona zdrowia i przewyżczanie skutków zagrożeń biologicznych, chemicznych i fizycznych w ramach koncepcji zdrowia środowiskowego i ochrony zdrowia populacji osób pracujących.
3. Ochrona zdrowia przed zagrożeniami wynikającymi z niekorzystnych warunków społecznych w ramach polityki społecznej oraz publicznego i niepublicznego systemu pomocy społecznej.
4. Promocja zdrowia rozumiana jako system umacniania i rozwoju potencjału zdrowotnego jednostek i grup społecznych poprzez zmianę stylu życia.
5. Sprawność i skuteczność organizacji i dystrybucji świadczeń medycznych w zapewnieniu równego dostępu do nich oraz poczucia bezpieczeństwa w trudnych sytuacjach chorobowych.

Reasumując należy stwierdzić, iż najbardziej charakterystyczną cechą dziedziny *zdrowie publiczne* jest jej wielosektorowość. Wynika ona w oczywisty sposób z rozlicznych i złożonych uwarunkowań zdrowia jako kategorii biologicznej, fizycznej, psychologicznej, społecznej, duchowej - ale także ekonomicznej (zdrowie jako zasób) i społeczno-politycznej.

Pojęcie „warunki zdrowotne” rozumiane jest coraz szerzej i obecnie w rosnącej liczbie krajów przyjmuje się, iż składają się na nie następujące elementy: żywność, żywienie, wykształcenie, warunki pracy, zatrudnienie (rynek pracy), transport, komunikacja, warunki mieszkaniowe, odzież, wypoczynek, ubezpieczenia społeczne, swobody obywatelskie (23).

Komitet Ekspertów IV Światowego Kongresu Promocji Zdrowia (Dżakarta '97) wyznacza następujące warunki dla zdrowia ludności świata: pokój, schronienie, zabezpieczenie społeczne, żywność, dochód, uprawnienia kobiet, ekosystem, wykorzystanie środków bez niszczenia zasobów, sprawiedliwość społeczna, respektowanie praw człowieka i równości. Jednocześnie uważa się, iż głównym zagrożeniem zdrowia jest ubóstwo, które dotyka ponad 20% ludności świata (24, 25).

M Miller, A Zieliński

PUBLIC HEALTH - MISSION AND SCIENCE

The authors present an outline of historical development of the ideas of public health and its practical introduction to modern societies. They discuss the range and contents of modern definitions of public health as well as different models of organization and financing of public health institutions and programs. The article stresses importance of state supported public health system as the most efficient measure to improve conditions of health in the society.

PIŚMIENNICTWO

1. Hipokrates, *Airs, Waters, Places*, wyd. W.H.S. Jones. Cambridge, Harvard University Press, 1948.
2. Lind J. *A Treatise of The Scurvy in Three Parts, Containing Inquiry into the Nature, Causes and Cure of That Disease, together with a Critical and Chronological View of What has been published on the subject*. Edinburgh: Sands Murray and Cochran 1753.
3. Casal G. *Memorias de la Historia Natural y Medica de Asturias*, wyd. Alegre B, Alvares RS. Oviedo, Escuela Tipographica del Hospicio, 1900.
4. Goldberger J, Waring CH, Tanner WE. Pellagra prevention by diet among institutional inmates. *Public Health Reports* 1923;38:2361-8.
5. Goldberger J, Wheeler GA, Sydenstricker E. A study of the relation of family income and other economic factors to pellagra incidence in seven cotton-mill villages of South Carolina in 1916. *Public Health Reports* 1920;35:2673-714.
6. Takaki B. The preservation of health amongst the personnel of the Japanese navy and army. *Lancet* 1906;1369-71.
7. Snow J. *On the mode of communication of cholera*, w: *Snow on cholera*. Cambridge: Harvard University Press, 1949.
8. Farr W. Mortality of miners, 1884-1853, Cornwall, w: *The challenge of epidemiology* wyd. Buck C i in. Washington: Pan American Health Organization, 1988.
9. Villerme LR. *Tableau de L'Etat Phisique et Moral des OuOuvries Employes dans les Manufactures de Coton, de Laine et de Soie*. Paris : Houles Renouard et Cie Libraries, 1840.

10. The challenge of epidemiology wyd. Buck C i in. Washington: Pan American Health Organization, 1988.
11. Mantel N, Haenszel W. Statistical aspects of the analysis of data from retrospective studies of disease. *Journal of National Cancer Institute* 1959;22:719-47.
12. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung: preliminary report. *British Medical Journal* 1950; Sept 30:739-48.
13. Doll R. Mortality from cancer in asbestos workers. *British Journal of Industrial Medicine* 1955;12:81-6.
14. Baker G. An essay concerning the cause of endemial colic in Devonshire. London: J Hugs, 1777.
15. WHO Mercury, Geneva, World Health Organization (Environmental Health Criteria, No 1), 1976.
16. Fenner FH i in. Small pox and its eradication. Geneva: World Health Organization, 1988.
17. Izdebski H. Podstawy prawne ustroju zdrowia publicznego w Polsce. *Zdr Publ* 2001;111:387-9.
18. Leowski J. Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia. *Prawo i Medycyna* 2000;2:6-7.
19. WHO Health 21. The Health for All. Policy Framework for the WHO European, 1998.
20. Leowski J. Funkcje zdrowia publicznego. *Zdr Publ* 2001;111:382-6.
21. Nosko J. O potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym. *Zdr Publ* 2001;111:75-80.
22. Frank J, Bobadilla JL, Sapielveda J, Rosenthal J, Ruelas E: A conceptual model for Public Health Research; *PAHO Bulletin* 1988;22:60-71.
23. Bettcher DW, Sapir S, Goon EHT. Essential public health functions: results of the international Delphi Study *World Health Statistics Quarterly* 1998;51:1.
24. Lustrzykowski A. Państwo a zdrowie publiczne. *Zdr Publ* 2001;111:387-9.
25. Włodarczyk C. Zdrowie publiczne a polityka zdrowotna. *Zdr Publ* 2001;111:414-21.
26. Visschedijk JI, Simeant S. Targets for health for all in the 21-st century. *World Health Statistics Quarterly* 1998;51:56-67.

Adresy autorów:

Maria Miller

Zakład Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

Andrzej Zieliński

Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa