

Dorota Cianciara

ZARZĄDZAĆ ZDROWIEM ALBO ROBIĆ RACHUNKI UMIERALNOŚCI – OTO JEST PYTANIE DO ZDROWIA PUBLICZNEGO W POLSCE

Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

STRESZCZENIE

W artykule omówiono ważne momenty w rozwoju zdrowia publicznego na świecie, przy założeniu, że powojenna ewolucja przebiegała w dwóch zasadniczych fazach: pierwszej – wydarzeń, które miały miejsce do proklamowania Karty Ottawskiej i wprowadzenia terminu „nowe zdrowie publiczne” oraz drugiej – zdarzeń, które nastąpiły po Ottawie aż do czasów współczesnych. Omówiono obecne wyzwania stojące przed zdrowiem publicznym w Polsce. Zaproponowano wyróżnienie dwóch wymiarów potencjału zdrowia publicznego: wewnętrznego (*ad intra*), który dotyczy siły środka, kondycji wewnątrz środowiska oraz zewnętrznego (*ad extra*), który odnosi się do relacji z otoczeniem i populacją oraz umożliwia dostarczenie trwałych świadczeń i programów. Wskazano możliwe strategie zwiększania potencjału *ad intra* w Polsce.

Słowa kluczowe: *zdrowie publiczne, promocja zdrowia, historia, prognoza, budowanie potencjału*

WSTĘP

Zdrowie jest zbyt ważne, aby zostawić je lekarzom, a zdrowie populacji pracownikom zdrowia publicznego. W Polsce nie przerobiono lekcji zdrowia publicznego równie starannie jak stało się to w krajach bardziej rozwiniętych. Zachodnie poglądy przenikały stopniowo, ale sporo nowości nie zostało zauważonych na czas. Dość powiedzieć, że do dzisiaj upowszechnia się model pół zdrowia, w dyskursie profesjonalnym nie mówi się o hipotezie *Wilkinsona*, nie analizuje prymatu interesu jednostki wobec interesu społeczeństwa, zapisanego w Europejskiej Konwencji Bioetycznej, a pierwszy krajowy raport poświęcony nierównościom w zdrowiu ukazał się pod koniec 2012 r. i nie pada w nim ani razu określenie „promocja zdrowia”. Dla porównania – w raporcie *Marmota „Fair Society Healthy Lives”* użyto go 19 razy w treści zasadniczej. Akademickie zdrowie publiczne jest zdominowane przez lekarzy, w środowisku pokutuje tzw. mentalność silosa (określenie używane coraz częściej w debatach Światowej Organizacji Zdrowia - ŚOZ) i oba problemy nieobce są instytucjom wykonawczym.

W Polsce powstało zdecydowanie za mało opracowań teoretycznych, poglądowych i dyskusyjnych, a część z tych, które upowszechniono jest spornej ja-

kości. Nie ma również forum wymiany myśli, ścierania się poglądów, korygowania błędów. Prowadzi się też za mało badań, a te realizowane są egzemplifikacją biomedycznego i behawioralnego podejścia do zdrowia.

W naszym kraju, zwłaszcza tutaj, aby pójść naprzód, warto spojrzeć wstecz. Celem tego artykułu jest: (a) przypomnienie najważniejszych wydarzeń w ewolucji zdrowia publicznego (ZP) na świecie; (b) omówienie obecnych wyzwań stojących przed ZP w Polsce oraz wskazanie możliwych strategii zwiększania jego potencjału wewnętrznego.

EWOLUCJA MYŚLI I DZIAŁAŃ ZDROWIA PUBLICZNEGO

ZP podlegało ewolucji o charakterze multiregionalnym – postępy z różnych miejsc, środowisk i okresów złożyły się na określony efekt końcowy. Kroki milowe, wybrane w sposób subiektywny, podano w tabeli I. Opisanie wszystkich wymienionych etapów rozwoju nowoczesnego ZP wykracza poza zakres tego opracowania, dlatego przytoczone będą tylko niektóre. W retrospekcji przyjęto założenie, że powojenna ewolucja przebiegała w dwóch zasadniczych fazach: pierwszej – wydarzeń, które miały miejsce do proklamowania Karty Ottaw-

skiej i wprowadzenia terminu „nowe zdrowie publiczne” (NZZ) oraz drugiej – zdarzeń, które nastąpiły po Ottawie aż do czasów współczesnych.

POWSTANIE NOWEGO ZDROWIA PUBLICZNEGO

Cezurą NZZ był rok 1986. W listopadzie, pod egidą ŚOZ, odbyła się w Ottawie (Kanada) pierwsza międzynarodowa konferencja poświęcona promocji zdrowia (PZ), na której przedstawiciele 38 najbardziej rozwiniętych państw proklamowali tzw. Kartę Ottawską ws. Promocji Zdrowia (1). Karta, nazywana obecnie biblią NZZ, dała uniwersalną pięcioskładnikową receptę na poprawę zdrowia w każdej sytuacji: (a) stworzyć politykę prozdrowotną, (b) zmienić środowisko, (c) upodmiotowić społeczność, (d) wykształcić umiejętności, (e) zmienić sposób działania sektora zdrowotnego / świadczeń.

Z upływem czasu dobitniej podkreślano, że głównym celem Karty była zmiana organizacji i działania dotychczasowego ZP, a zwłaszcza odnośnie do sfery wartości. Zarówno konferencja jak Karta nosiły podtytuł „w stronę nowego zdrowia publicznego”. W przemówieniu otwierającym konferencję dr *Halfdan Mahler*, ówczesny Dyrektor Generalny ŚOZ, powiedział m.in.: „przekaz »NZZ«: postrzeganie zdrowia przez pryzmat dobrostanu, a nie choroby oraz przypisanie takiego znaczenia słowu »publiczne«, w którym ludzie są autentycznie włączeni w formowanie swojego zdrowia” (2).

Koncepcja NZZ powstawała około pięciu lat, głównie w biurze europejskim ŚOZ w Kopenhadze. Z wypowiedzi uczestników tych prac wynika, że podłożem nowego podejścia były przede wszystkim tzw. raport *Lalonde’a*, Deklaracja z Alma Ata oraz strategia „Zdrowie dla wszystkich”.

Raport Lalonde’a. Raport pt.: „*A New Perspective on the Health of Canadians*” powstawał przez trzy lata i został opublikowany 1 maja 1974 r. jako zielona księga (3). Był dziełem kilkunastoosobowego zespołu, który pracował pod kierownictwem *Huberta Laframboise’a*. Raport firmował *Marc Lalonde*, z wykształcenia prawnik, który pełnił w tym czasie funkcję ministra zdrowia i opieki społecznej w rządzie liberalnym. W trakcie pracy uczestnicy zespołu wykonali liczne badania i opublikowali kilka prac, które złożyły się na ostateczny raport. Ważnym impulsem do poszukiwań były badania *Thomasa McKeowna*, który od 1955 r. kwestionował wiodącą rolę medycyny w zwiększaniu populacji i wydłużaniu życia ludzi.

W raporcie, materiale do dyskusji, postawiono tezę, że zdrowie populacji wyznaczają cztery pola zdrowia: czynniki biologiczne, środowisko bytowania, styl życia oraz opieka medyczna. W wersji oryginalnej

nie kwantyfikowano tych pól, a powszechnie znany podział (odpowiednio: 20/20/50/10) jest pochodną kalkulacji amerykańskich, dotyczących 10 głównych przyczyn zgonów w USA, rozpowszechnionych w 1979 r. Wśród pięciu strategii poprawy sytuacji zdrowotnej Kanadyjczyków na pierwszym miejscu wymieniono PZ, czyli „informowanie jednostek i organizacji, oddziaływanie na nie oraz pomaganie im, aby były bardziej odpowiedzialne i bardziej aktywne w sprawach, które mają wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne”. Jako potencjalne kierunki działania PZ wymieniono 23 szczegółowe metody, najczęściej ze wskazaniem konkretnej problematyki zdrowotnej. Wkrótce PZ zaczęło utożsamiać ze zmianą zachowań i oświatą zdrowotną.

Kanadyjska reakcja na raport była zróżnicowana (4). Przekaz krytykowano za sposób analizowania stylu życia i kwestii środowiskowych. Oponenti dowodzili, że postawienie wyraźnej granicy między polem środowiska i stylu życia jest błędne, ponieważ styl życia powstaje w określonym środowisku, jest społecznym odzworowaniem środowiska. Sprzeciw wywołało traktowanie stylu życia jako wyłącznej odpowiedzialności jednostki i swoistego ryzyka narzuconego sobie samemu. Podkreślano, że takie rozumowanie wykazuje podobieństwa do ideologii obwiniania ofiary (5), którą opisano na początku lat 70. XX w. jako mechanizm napędzający rasizm.

Niezależnie od krytyki raport był impulsem do rozwoju ośrodków PZ, centrów zdrowia społeczności, łączenia istniejących wcześniej szkół higieny z wydziałami lekarskimi. Sprowokował (nie tylko w Kanadzie) masę działań zmierzających do zmiany indywidualnego stylu życia. Z czasem liczne z nich okazały się mało skuteczne albo całkowicie nieskuteczne i powszechnie zawiodły oczekiwania twórców. Potwierdziły się też obawy przed obwinianiem ofiar. Jaskrawym przykładem była – już później – stygmatyzacja całych grup społecznych w początkach epidemii HIV/AIDS.

W 1984 r. w Toronto odbyła się międzynarodowa konferencja pt. „*Beyond health care*”, której sednem była idea polityki prozdrowotnej. *Trevor Hancock*, tłumacząc potrzebę zmian (*from public health policy to healthy public policy*) twierdził, że polityka zdrowia publicznego jest nastawiona na działania sektorowe, zdominowana przez działania twarde, skostniała. Prozdrowotna polityka publiczna zaś powinna być wielosektorowa, holistyczna i innowacyjna. Zaproponował też tzw. mandałę zdrowia – model ekosystemu człowieka (6), porównywalny do koncepcji *Urie’go Bronfenbrennera*. Niebawem społeczno-ekologiczny model uwarunkowań zdrowia stał się ideą przewodnią NZZ. W 1986 r. *Jake Epp*, kanadyjski minister zdrowia, mówił już językiem NZZ – o zdrowiu pozytywnym, jakości życia, nierównościach w zdrowiu, uczestnictwie i publicznej polityce na rzecz zdrowia (7). Późniejsze

wydarzenia w Kanadzie nie były już tak korzystne. Niemniej, raport przyczynił się do renesansu zdrowia publicznego. Można jednak powiedzieć, że nowe zdrowie publiczne i promocja zdrowia wyrosły w opozycji wobec raportu.

Tezę, że sektor leczniczy nie jest wyłącznie odpowiedzialny za zdrowie społeczeństwa dość szybko podchwycyła w krajach angielskojęzycznych, Wielkiej Brytanii i USA. Poza walorem naukowym i poznawczym miała ona inną zaletę. Przy rosnących kosztach opieki zdrowotnej legitymizowała decyzje polityczne, które zdążyły do ograniczania nakładów na opiekę medyczną. Propagując idee PZ rządu centralne chętnie przerzuciły odpowiedzialność za zdrowie na rządy lokalne i obywatele – twoje zdrowie w twoich rękach (8).

Deklaracja z Alma Ata. We wrześniu 1978 r., pod patronatem ŚOZ i UNICEF, w Alma Ata (ZSRR, obecnie Republika Kazachstanu) odbyła się konferencja poświęcona podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), na której aprobowano wizjonerską Deklarację z Alma Ata (9). Konferencja i Deklaracja odwołały się do zapisów z Konstytucji ŚOZ z 1946 r. i po trzydziestu latach odkrywały na nowo czym jest zdrowie oraz podkreśliły prawo do zdrowia. Stwierdzono, że osiągnięcie najwyższego możliwego poziomu zdrowia jest najważniejszym celem społecznym na świecie, a istniejące nierówności w zdrowiu nie mogą być akceptowane. Podkreślono, że rządy ponoszą odpowiedzialność za zdrowie ludzi, którzy mają przy tym prawo decydowania o kształcie opieki zdrowotnej. Za najważniejszy rodzaj opieki uznano POZ, która powinna być m.in. odpowiednia do potrzeb, wszechstronna, powiązana z innymi sektorami życia społecznego i trwała.

Realizacja tych założeń nigdy nie sprostала oczekiwaniom. Wkrótce po ogłoszeniu deklaracji na świecie wystąpił kryzys naftowy, który krajom biedniejszym uniemożliwił restrukturyzację systemów zdrowotnych. W większości krajów rozwiniętych politycy nie zaakceptowali zasady, aby społeczność decydowała o kształcie opieki podstawowej i nie dostrzegli potrzeby całościowej POZ. W krajach tych podążano zazwyczaj w kierunku POZ opartej o działania naprawcze i sterowane odgórnie (10). Pod koniec XX w. i obecnie reorganizację systemu POZ zastąpiono zaś powszechnie wdrożeniem mechanizmów rynkowych (11).

W 2008 r. ŚOZ podjęła starania ożywienia idei POZ, Deklaracja z Alma Ata uchodzi za busolę dla medycyny rodzinnej, a integracja ZP z POZ jest dzisiaj jednym z najbardziej oczekiwanych sposobów reagowania na kryzys ekonomiczny i niewydolność systemów zdrowotnych.

Zdrowie dla wszystkich do roku 2000 (ZDW). Globalna strategia ZDW powstawała etapowo od 1977 r. w wyniku prac ŚOZ przy wsparciu ONZ (12). Wynikała z wcześniejszych uzgodnień z Alma Ata i rodziła się

w klimacie optymizmu politycznego, który wówczas panował na świecie. Ostatecznie została aprobowana na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w 1981 r., a wkrótce pojawiło się widmo konfrontacji Wschodu z Zachodem. W skali globalnej odnotowano co prawda pewne sukcesy, ale populacja świata nie mogła przecież osiągnąć pożądanego poziomu zdrowia i początkowy entuzjazm wygasł z każdym rokiem. Niemniej, slogan „zdrowie dla wszystkich” wszedł do języka ZP, jako ilustracja idei równości i sprawiedliwości społecznej, a także symbol powszechnego dostępu do POZ.

Postępy naukowe. Na rozwój NZP, poza dokumentami o charakterze politycznym, istotny wpływ miały ustalenia z badań. Należy wymienić wyniki prowadzonego w latach 1948-1994 (i później) badania kohortowego *Framingham Heart Study*, w którym do końca lat 70. XX w. wyodrębniono czynniki ryzyka chorób serca i naczyń oraz wyniki *Alameda County Study* (13). Badanie prowadzone w wieloetnicznym hrabstwie *Alameda* w latach 1965-1999 wykazało np. istnienie związków między pożyciem w małżeństwie i interakcjami społecznymi a umieralnością. Wiosną 1985 r. *L. Breslow* jeden z głównych badaczy w *Alameda* napisał: „scena jest gotowa na nową rewolucję zdrowia publicznego” (14), co zapowiadało zmiany. W późniejszym okresie *Breslow* pisał, że rozwój PZ wynikał z wydłużenia przeciętnego trwania życia, co zrodziło zainteresowanie zdrowiem, a nie chorobą (15).

Znane było kohortowe badanie *Whitehall study I*, zainicjowane w 1967 r. przez *Donalda Reida* oraz *Geoffrey'a Rose'a*, którym objęto brytyjskich urzędników płci męskiej. Po ponad siedmiu latach obserwacji wykazano (16), że ryzyko zgonu z powodu choroby wieńcowej serca było 3,6 raza większe dla mężczyzn na najniższych stanowiskach pracy (gońcy) niż na najwyższych (kadra zarządzająca). W 1981 r. *G. Rose* zaproponował po raz pierwszy dwie strategie zapobiegawcze – tzw. wysokiego ryzyka, adresowaną do osób zagrożonych, i populacyjną, nakierowaną na populację generalną oraz sformułował tezę o paradoksie profilaktyki populacyjnej (17).

W sierpniu 1980 r. ukazał się raport powołanej do życia w 1977 r. w Wielkiej Brytanii *Working Group on Inequalities in Health*, która pracowała pod przewodnictwem *Douglasa Blacka* (1913-2002), znany pod nazwą *Black Report*. Wykazano w nim, że tzw. złe zdrowie i zgony nie są tak samo powszechne w różnych grupach społecznych, a różnice te pogłębiły się od chwili stworzenia w 1948 r. *National Health Service (NHS)*. Raport nie został szeroko upowszechniony – zlecony w trakcie rządów Partii Pracy, został ukończony w czasie urzędowania *Margaret Thatcher* z Partii Konserwatywnej. Kolejny brytyjski raport na ten temat pt.: „*The Health Divide. Inequalities in Health in 1980's*” ukazał się w marcu 1987 r. u schyłku rządu pani *Thatcher*.

Duże znaczenie miały prace *Aarona Antonovsky'ego*. W poszukiwaniu czynników, które decydują o tym, że jedni zapadają na choroby, a inni zachowują zdrowie, sformułował teorię salutogenezy (18).

NZP czerpało też z doświadczeń populacyjnych programów profilaktycznych ukierunkowanych na zapobieganie chorobom serca i naczyń, które wdrożono w późnych latach 60. i wczesnych 70. XX w. w krajach rozwiniętych. Najważniejsze z nich realizowano w Północnej Karelii (Finlandia) oraz w USA – w stanie Minnesota, mieście *Pawtucket (Rhode Island)* oraz w trzech społecznościach, a następnie pięciu miastach w okolicy *Stanford* (Kalifornia). W 1985 r. rozpoczął się program w Walii – *Heartbeat Wales*. W 1986 r. wiedziano już jak można wykorzystać liderów opinii i teorię dyfuzji innowacji do celów zdrowotnych (19).

Tło społeczne. Ponadto trzeba pamiętać o licznych wydarzeniach na arenie światowej ostatnich dekad XX w., np.: o wojnie w Wietnamie, nasilaniu się ruchów obywatelskich, kobiecych, rewolucji obyczajowej, zainteresowaniu kwestiami środowiska przyrodniczego (raport *U Thanta*, 1969) i zrównoważonego rozwoju (raport *Brundtland*, 1987), kryzysach naftowych (1973-1974, 1979-1981) i zadłużeniowych (od 1982 r.), pomocy charytatywnej dla głodującej Afryki (singiel *We Are the World*, 1985; koncert *Life Aid*, 1985), pojawieniu się epidemii HIV/AIDS (pierwsze przypadki opisane w USA w 1980 r.), wybuchu w elektrowni w Czernobylu (kwiecień 1986), rosnących kosztach opieki medycznej itp. Wszystkie wpływały na ogólny klimat społeczno-kulturowy i dążenie do zmiany *status quo*. Przyszedł czas na taki sposób postrzegania spraw zdrowia, który wcześniej prezentowali *Louis-René Villermé* (1782-1863), *Lemuel Shattuck* (1793-1859), *Edwin Chadwick* (1800-1890), *Fryderyk Engels* (1820-1895), *Rudolf Virchow* (1821-1902) czy *Henry Sigerist* (1891-1957), który w 1945 r. przypuszczalnie po raz pierwszy użył określenia „promocja zdrowia” w odniesieniu do zadań stojących przed medycyną, innych niż zapobieganie chorobom.

NOWE I STARE ZDROWIE PUBLICZNE

Zgodnie z definicją z 1986 r., NZP to: „profesjonalna i społeczna troska o całe środowisko dla zdrowia” (20). Podkreślono, że termin opiera się na starym znaczeniu ZP, zgodnie z którym, zwłaszcza w XIX w., usiłowano zredukować te czynniki ryzyka dla zdrowia, które płyną ze środowiska fizycznego. Obecnie obejmuje również środowisko społeczno-ekonomiczne, jak np. wysokie bezrobocie. Zwrócono uwagę, że termin ten powinien być stosowany do problemów środowiskowych z wyłączeniem zagadnień dotyczących jednostkowych świadczeń zdrowotnych, nawet zapobiegawczych, takich jak szczepienia ochronne oraz kontrola urodzeń. Sugeruje

to, że w pierwotnym zamyśle NZP chciało zerwać z tradycją i odciąć się od zwyczajowych działań ZP. Kilkanaście lat później w słowniku PZ (1998) utrzymano rozróżnienie „starego” i NZP, aczkolwiek stwierdzono, że w przyszłości może to być już niepotrzebne, jeśli nowe podejście zostanie włączone do głównego nurtu działania (21). Ponadto w piśmiennictwie istnieją inne definicje lub wykładnie NZP.

NZP zostało zaproponowane jako kontynuacja „starego”, a nie jego substytucja. Wprowadzenie nowego terminu było przede wszystkim wyrazem powrotu do źródeł (do maszyny społecznej i zdrowia). Zapisy o przynależnym z urodzenia prawie do zdrowia znajdziemy u *Winslowa*, w preambule Konstytucji ŚOZ i Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka. Ciekawe jest, że w wielu cytatach definicji ZP sformułowanej przez *Winslowa* pominięto ostatni fragment o prawie do zdrowia. Trudno wyrokować, czy wynika to z zawilej stylistyki, czy przyczyn aksjologicznych. W wielu późniejszych, popularnych definicjach ZP kwestia prawa do zdrowia nie jest artykułowana. Przykładem może być definicja *Donalda Achesona*, której obecnie używa *WHO EURO*. *Winslow* podkreślał też znaczenie maszyny społecznej (*social machinery*) na rzecz zdrowia. We wspomnieniach o nim podkreśla się, że nigdy nie akceptował barier między profilaktyką a leczeniem – ani organizacyjnych, ani w świadomości lekarzy (22).

Wprowadzenie nowego terminu służyło też stworzeniu perspektywy na przyszłość, aby przeciwdziałać problemom i wyzwaniom, które w rutynowym postrzeganiu nie należały do kwestii zdrowotnych. Była to również reakcja na niewielką efektywność dotychczasowych działań o charakterze biomedycznym i behawioralnym, realizowanych niemal wyłącznie w profesjonalnych strukturach sektora zdrowia.

Liderzy PZ kierowali uwagę na tzw. zdrowie pozytywne, a nie przeciwieństwo choroby, potrzebę szerszego spojrzenia na społeczne, ekonomiczne i kulturowe uwarunkowania zdrowia, wagę respektowania istotnych wartości (równości i sprawiedliwości w zdrowiu, jakości życia), konieczność wdrożenia nowych procesów (np. upodmiotowienia społeczności, procesów politycznych) oraz włączenia nowych aktorów/uczestników (sektorów innych niż zdrowotny oraz profesjonalistów z innych dziedzin). Ponadto w centrum zainteresowania znalazła się też jednostka, a nie tylko populacja.

ROZWÓJ NOWEGO ZDROWIA PUBLICZNEGO

Późniejsze definicje zdrowia publicznego. Aczkolwiek do dzisiaj używa się pojęcia NZP, to jednak dzieje się tak coraz rzadziej. Wprowadzono też inne

definicje ZP, np. używane przez poszczególnych interesariuszy na arenie międzynarodowej oraz w kontekstach krajowych. W analizie 15. definicji (23), które opublikowano w latach 1998-2011 uwidoczniły się znaczące różnice w ich treści pod względem: (a) zakresu uwzględnionych funkcji ZP oraz zadań dla pracowników, (b) podejścia (normatywne lub opisowe), (c) zakresu rozpatrywanych czynników społeczno-ekonomicznych, które powiązano ze zdrowiem (np. globalizacja, zmiana klimatu, bezdomność). Wcielenie do definicji kwestii uwarunkowań zdrowia na poziomie mezo i makro, pokazuje, że obecnie „stare” i NZP przenikają się, a granice między nimi stają się mniej ostre.

Współczesnym przykładem otwierania się ZP na nowe prądy i wyzwania są kwestie związane z wykorzystaniem badań genetycznych (genomika), pomimo obaw przed eugeniką i supremacją medycyny, czy przygotowaniem do katastrof i zarządzaniem kryzysowym. Innym – tzw. globalne ZP, które uwzględnia wpływ na zdrowie czynników na poziomie ponadnarodowym, takich jak globalizacja. Potwierdza to także propozycja z 2004 r. sformułowana przez *Roberta Beaglehole* i współautorów, aby przez ZP nowej ery, nowoczesne, rozumieć „zbiorowe działania, które zmierzają do trwałej poprawy zdrowia całej populacji”. Wraz z taką definicją autorzy nakreślili najważniejsze kierunki działań: (a) przywództwo w całym systemie zdrowotnym, (b) współpraca wszystkich sektorów społecznych, (c) wielodyscyplinarne podejście do wszystkich uwarunkowań zdrowia, (d) zaangażowanie polityczne w kreowaniu polityki zdrowia publicznego, (e) partnerstwo z populacjami, którym się służy (24). W 2012 r. *Tim Lang* i *Goef Rayner* zaproponowali zaś (nieco wysłużony już) termin „ekologiczne ZP”, który wyrasta z wcześniejszych podejść i integruje ZP w ujęciu sanitarno-środowiskowym, biomedycznym, społeczno-behawioralnym oraz techno-ekonomicznym (25).

Wydaje się, że taki rozwój wydarzeń najlepiej opisuje pogląd *Goeffrey'a Vickersa*. Pół wieku temu zauważył on dalekowzroczność ZP i docenił jego wpływ na różne mechanizmy społeczne. Pełniąc funkcję sekretarza *Medical Research Council* stwierdził, że: „Punkty zwrotne w historii politycznej, ekonomicznej i społecznej są momentami, kiedy pewne okoliczności przestają być dane i oczywiste, a zaczynają być trudne do tolerowania. Wierzę, że historia zdrowia publicznego może być opisana jako kronika następujących po sobie kroków redefiniowania tego, co nie jest możliwe do zaakceptowania” (26).

Progresja NZP. Ogólnie, w latach 90. w społeczności praktyków i badaczy ZP ugruntowało się przekonanie, że nowe zdrowie publiczne jest równoważne promocji zdrowia rozumianej zgodnie z Kartą Ottawską, aczkolwiek w USA ciągle widoczna jest kontynuacja rodzimych poglądów na PZ, nieco odmiennych od

Karty. Nie przeszkadzało to temu, aby w 1994 r. wśród podstawowych świadczeń ZP umieścić wątki PZ. Ponadto z USA wywodzi się wiele ważnych i rozwijanych propozycji oraz koncepcji, jak np.: model planowania PRECEDE-PROCEED, kompetencje zdrowotne czy syndemia, czyli współwystępowanie kilku epidemii. W 1999 r. *Lester Breslow* pisał o trzeciej rewolucji ZP, trzeciej erze zdrowia, która stawia sobie za cel dążenie do zdrowia, dobrostanu i poprawy jakości życia. Kontynuował on tym myśl *Milтона Terrisa* z 1985 r., że pierwsza rewolucja polegała na ograniczeniu chorób zakaźnych, druga zaś dążyła do ograniczenia chorób przewlekłych i zmiany zachowań (27).

Patrząc bardziej szczegółowo, w historii po Ottawie można odnotować dwie zasadnicze tendencje – rozbudowy bazy teoretycznej i empirycznej, konsolidacji i instytucjonalizacji NZP/PZ oraz przenikania tych idei i postępów do systemu zdrowotnego.

Wiele uwagi poświęcono kwestiom metodologii badawczej PZ. Ponieważ epidemiologia przestała być królową nauk, podkreślano konieczność prowadzenia badań nad wieloprzyczynowym kontekstem zdrowia oraz używania wielu instrumentów badawczych, takich jak np. metody jakościowe. Wielokrotnie omawiano konsekwencje odejścia od tzw. złotego standardu nauk biomedycznych, czyli badań eksperymentalnych z losowym przydziałem do grupy badanej i kontrolnej. Debatowano też nad m.in.: problematyką potencjału PZ, kwestiami etycznymi, zakresem kompetencji zawodowych, metodami realizacji i pomiaru efektów sztandarowych procesów promocji zdrowia – upodmiotowienia i uczestnictwa. Omawiano nowe wyzwania, takie jak prywatyzacja, komercjalizacja oraz indywidualizacja ochrony zdrowia czy zagrożenie wynikające z działalności wielkich międzynarodowych korporacji.

W Karcie dość schematycznie opisano działania w piątym obszarze – reorientacji sektora zdrowia / świadczeń zdrowotnych, którego celem było zwiększenie roli szeroko rozumianej profilaktyki oraz ukierunkowanie działań sektora zdrowia na efekty zdrowotne na poziomie populacji, a nie jednostki. Kwestię populacyjnych efektów opieki sygnalizował już w 1966 r. *Avedis Donabedian*. Zaskakujące jest, że żadna ze światowych konferencji promocji zdrowia nie była poświęcona temu zagadnieniu. Trudno ocenić, czy nie przywiązywano do tego dużej uwagi, czy też zabrakło wizji (odwagi?) zmian. Po latach uważa się, że najmniejsze postępy NZP/PZ uczyniono właśnie w tym obszarze. W poszukiwaniu sposobów wcielenia PZ do zachowawczych struktur tego sektora w 2009 r. nawet zaproponowano, żeby do prezentacji tej tematyki używać określenia „szczepionka przeciwko warunkom społecznym” (28), aby odwołać się do skojarzeń zawodowych.

Integracja NZP z systemem zdrowotnym. Przy wszystkich trudnościach związanych z ewaluacją

działań w licznych pracach wykazano skuteczność PZ (zwłaszcza podejścia behawioralnego) w osiąganiu celów związanych ze zdrowiem, w wielu także efektywność kosztową. Pomimo tego w skali świata prowadzi się zbyt mało działań zgodnych z pięcioskładnikową receptą Karty Ottawskiej.

Przy niedostatkach na poziomie operacyjnym, wiele idei PZ (wielosektorowość, polityka prozdrowotna) przeniknęło do systemów zdrowotnych. Zgodnie z Kartą z Tallina (2008) systemy zdrowotne, to nie tylko opieka medyczna, ale również programy zarządzania chorobami, profilaktyka, promocja zdrowia oraz prace zmierzające do oddziaływania na inne sektory, aby w swoich politykach uwzględniały kwestie zdrowotne (29). Procesy integracji z systemem zdrowotnym są też wyraźnie widoczne w podstawowych dokumentach strategicznych ŚOZ, takich jak np. „Zdrowie 21” i „Zdrowie 2020”. Stare pojęcie polityki prozdrowotnej (*healthy public policy*) zastąpiono sformułowaniem „zdrowie we wszystkich politykach” (*health in all policies*), a dzisiaj mówi się o „podejściu całego rządu i całego społeczeństwa” (*whole-of-governement and whole-of-society approach*) (30). We wrześniu 2012 r. rezolucja Komitetu Regionalnego ŚOZ dla Europy aprobowała 10 podstawowych działań ZP (31), wśród których samodzielną funkcję pełni PZ (tab. II).

POTENCJAŁ ZDROWIA PUBLICZNEGO I PROMOCJI ZDROWIA NA ŚWIECIE

Pod koniec ubiegłego wieku *Beaglehole* i *Bonita* postawili tezę, że zdrowie publiczne znajduje się na rozdrożu i nie może sprostać oczekiwaniom poprawy sytuacji zdrowotnej na świecie (32). Wśród przyczyn takiej sytuacji wskazali m.in.: powiększającą się strefę ubóstwa, degradację środowiska, globalizację, prywatyzację świadczeń zdrowotnych, rozdział płatnika od świadczeniodawcy oraz kwestie celów, tożsamości zawodowej i możliwości pracowników zdrowia publicznego. Trzeba dodać, że w poszczególnych krajach na przeszkodzie powszechnego wdrożenia funkcji ZP i PZ stanęły liczne bariery polityczne i ekonomiczne. W świecie polityki dominują perspektywy krótkoterminowe, rotacja na stanowiskach jest duża, a przeciętne trwanie życia politycznego wynosi około kilku lat. Tymczasem na rozwiązanie zadań związanych z poprawą zdrowia populacji potrzeba wielu lat, a nawet pokoleń. Potrzebne jest też przywództwo. Kolejne fale kryzysów ekonomicznych prowadziły do ustalenia priorytetów innych niż zdrowotne i utraty stabilizacji finansowej ochrony zdrowia. Rosnące koszty opieki medycznej sprzyjały alokacji środków na medycynę naprawczą. Było to tym łatwiejsze, że w świadomości społecznej

wysoką rangę ma leczenie, a nie profilaktyka. Było to również atrakcyjne dla lekarzy i świadczeniodawców.

POTENCJAŁ ZDROWIA PUBLICZNEGO I PROMOCJI ZDROWIA W POLSCE

Wydaje się, że w kraju wystąpiły wszystkie wymienione przeszkody rozwoju ZP. Wieloletnie doświadczenie sugeruje, że równie ważne było niezrozumienie idei NZP/PZ, utożsamianie ich z oświatą zdrowotną albo dyskredytowanie tejże. Być może działał tu mechanizm psychologiczny znany np. pod nazwą efektu rykoszetu. Zakłóca on zrozumienie przez audytorium podstawowych faktów, a ludzie wystawieni na racjonalne argumenty, przykładają większą wagę do swoich utrwalonych poglądów, nawet mylnych (33).

Cyklicznie od przynajmniej 10 lat ożywa w Polsce nadzieja uchwalenia ustawy o ZP, uregulowania zadań oraz struktur, ale projekty nigdy nie wyszły poza sferę interesów niektórych graczy. Nie było dotąd szerszej dyskusji polityków, badaczy i praktyków o tym, w jakim kierunku powinna iść i co zawierać. A stosowny powszechnie mechanizm konsultacji społecznych przy projektowaniu aktów prawnych, jak pokazały to liczne przykłady, jest zawodny.

Spowolnienie gospodarki jest faktem. W świecie polityki, w którym perspektywy długookresowe są rzadkie, sprzyja to decyzjom całkowicie doraźnym. Pokusa oszczędzania na ZP może być bardzo silna, ponieważ politycznie bardziej opłacalne jest danie (a zwłaszcza dodanie) pieniędzy na leczenie dzieci niż na programy zmiany zachowań, wsparcia społecznego, rozwoju społeczności, a nawet edukację pacjenta.

Wyzwaniem jest reforma nauki w Polsce zapoczątkowana 1 października 2010 r. Pozyskiwanie grantów na badania jest zależne od dotychczasowego dorobku wnioskodawcy, a zwłaszcza od liczby publikacji w czasopismach angielskojęzycznych, posiadających IF oraz indeksu Hirscha. Kryteria te nie przystają do aktualnego stanu nauki ZP w Polsce i rodzą mechanizm błędnego koła – żeby zrobić badania trzeba mieć IF, ale żeby go uzyskać trzeba robić badania. W wewnętrznych systemach oceny parametrycznej pracowników większą wagę mają publikacje oryginalne niż pogładowe. Listy i komentarze nie mają żadnej wymiernej wartości, toteż niemal nikt ich nie pisze, a dyskusja wędnie. Brakuje badań interdyscyplinarnych i transdyscyplinarnych. Zastanawia system oceny wniosków (także artykułów), ponieważ recenzenci ze świata biomedycznego mają kłopoty z oceną badań „miękkich”, a ci ze świata nauk społecznych z oceną aspektów „twardych”. Decydujący głos w środowisku ZP mają lekarze, którzy nie tylko wnoszą swój punkt widzenia na zdrowie, ale również aprobują, jako nieliczni w polskim środowisku nauko-

wym, sposoby numerycznej oceny pracy wszystkich kolegów badaczy. Trudno się temu dziwić, skoro system ten jest wyjątkowo korzystny dla nauk medycznych, co wykazano jednoznacznie na pouczającej konferencji w Polskiej Akademii Nauk (34). Skoro zaś ZP jest sztuką i praktyką, to rodzi się pytanie jak przenieść dorobek opisywany po angielsku do codziennej praktyki tych osób, które nie posługują się tym językiem, np. w samorządach lokalnych. A struktur i mechanizmów translacji wiedzy nie wypracowano. Pamiętając zaś o kulturowym podłożu ZP, nie można liczyć na zwykłą ekstrapolację wyników badań prowadzonych za granicą. Przy takich założeniach reformatorskich zdrowie publiczne w Polsce będzie – w najlepszym razie – nauką, ale bez sztuki.

PERSPEKTYWY NA ZWIĘKSZENIE POTENCJAŁU W POLSCE

Dzisiaj, w dobie kolejnego kryzysu widać, że aktualnie systemy zdrowotne stały się dysfunkcyjne i wymagają naprawy. Kontrola czynników ryzyka wymaga wiedzy, dlatego ludzie są na nie narażeni. Potrzebne jest niwelowanie tzw. przyczyn przyczyn (*sic*) złego zdrowia, czyli powrót do ZP i PZ, wolnych od przyzwyczajęń, uprzedzeń i konfliktu interesów.

Konieczność zwiększania potencjału ZP/PZ jest znakiem czasu. W licznych opracowaniach opisano już różne składowe (wymiary) potencjału oraz sposoby jego zwiększania (35).

Biorąc pod uwagę polski kontekst, zasadne wydaje się zaproponowanie jeszcze jednego wymiaru analizy – potencjału wewnętrznego i zewnętrznego. Potencjał wewnętrzny (*ad intra*) pokazuje siłę środka, kondycję wewnątrz środowiska, sprawność oraz wydajność organizacji i siły roboczej przynależnej do formalnych struktur ZP. Potencjał zewnętrzny (*ad extra*) odnosi się do relacji z otoczeniem i populacją, umożliwia dostarczanie trwałych świadczeń i programów oraz rozwiązywanie problemów zdrowotnych populacji. Podział ten nie wyklucza wszelkich form hybrydyzacji obu składowych w trakcie dostarczania świadczeń. Żeby realizować misję ZP, wyjść z atrakcyjną ofertą do populacji, realizować właściwe interwencje należy zacząć od uporządkowania własnych spraw. Konieczne jest wzmocnienie potencjału wewnętrznego. Bez tego pracownicy ZP nie będą w stanie przewodzić w systemie zdrowotnym, zarządzać zdrowiem. Zostanie nam tylko

wykonanie rachunków umieralności, ale te robiono w Anglii już od 1538 r. na podstawie parafialnych rejestrów chrztów i pogrzebów.

Co robić zatem? Jak zwykle, dobrą odpowiedź daje Karta Ottawska. Można zaproponować następujące strategie wzmocnienia wewnętrznego (*ad intra*) potencjału zdrowia publicznego:

1. Stworzyć politykę: wizja wyjścia z silosu; dyskusja w sprawie ustawy o ZP; polityka naukowa dla ZP; włączenie nauk społecznych, ekonomicznych itd. oraz ich przedstawicieli; ustalenie priorytetów badawczych oddających potrzeby; zabieganie o system preferencyjnych grantów badawczych dla ZP; dobrze zaplanowane interwencje; monitorowanie i ewaluacja postępów w celu gromadzenia argumentów.
2. Zmienić środowisko: planowe rzecznictwo w kwestiach zdrowotnych i społecznych; domaganie się stabilnych struktur i finansowania; własne realistyczne i sprawiedliwe kryteria oceny pracy badawczej i praktycznej; baza danych o dobrych praktykach; współpraca międzysektorowa; promocja wolontariatu.
3. Upodmiotowić społeczność: wypromowanie lidera zmian; ożywienie dyskusji; wpływ na decyzje polityczne; współpraca a nie konkurencja wśród profesjonalistów.
4. Wykształcić umiejętności: nowoczesne kształcenie przed i podyplomowe; lista kompetencji zawodowych; umiejętności interdyscyplinarne; uczenie się przez całe życie; translacja wiedzy; system akredytacji i certyfikacji.
5. Zmienić świadczenia zdrowotne: długofalowe wsparcie POZ; włączenie w proces projektowania masowych badań przesiewowych; współpraca z płatnikiem; czytelne wskazówki i przewodniki do pracy w sektorze zdrowia.

Otrzymano: 11.02.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 13.02.2013 r.

Adres do korespondencji:

Dorota Cianciara

Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa

e-mail: Dorota.Cianciara@cmkp.edu.pl

