

Miroslaw J. Wysocki

KEY ROLE OF PUBLIC HEALTH IN IMPROVING HEALTH SITUATION OF THE POPULATION

KLUCZOWA ROLA ZDROWIA PUBLICZNEGO W POPRAWIE SYTUACJI ZDROWOTNEJ LUDNOŚCI

National Institute of Public Health – National Institute of Hygiene in Warsaw

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

No country (and no national budget) in which there is no efficient public health system (disease prevention and health promotion) is able to cover the exponentially growing costs of medical care for the aging population (Z. Jakab (WHO / EURO), M.J. Wysocki (NIZP-PZH), Warsaw, 3.06, 2013). This opinion was stated at the meeting of the Public Health Committee of the Polish Academy of Sciences (PAN).

The notion of “Public Health” for the first time in r. 1920 was defined by C.E. Winslow, a professor at Yale University, as: *“the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health and efficiency through organized community effort for the sanitation of the environment, the control of communicable infections, the education of the individual in personal hygiene, the organization of medical and nursing services for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and for the development of the social machinery to insure everyone a standard of living adequate for the maintenance of health, so organizing these benefits as to enable every citizen to realize his birthright of health and longevity”*(1).

We now more frequently use the term succinctly defined in Acheson report in 1988: *“public health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through organized efforts of society”*. We are also talking about “new public health”, which focuses on the prevention of chronic non-communicable diseases also called civilization diseases (1).

In 2015, in Poland, which has a population of about 38 million, 395 thousand people died. The number of deaths in 2016 was 388,000. In both those years the number of live births was lower than the number of deaths (369 and 382,000, respectively) (2,3). It should be stressed that about 40% of male deaths and about 18% of female deaths occur before 65 years of age. This indicates that most of them can be prevented and thus extend the lives of tens of thousands of people.

Żaden kraj (i żaden budżet), w którym nie ma sprawnego systemu zapobiegania chorobom i promocji zdrowia (zdrowie publiczne), nie jest w stanie pokrywać w odpowiednim do oczekiwań i potrzeb stopniu, geometrycznie rosnących kosztów terapii starzejącej się ludności (Z. Jakab (WHO/EURO), M.J. Wysocki (NIZP-PZH), Warszawa, 3.06, 2013). Opinia ta została sformułowana w czasie posiedzenia Komitetu Zdrowia Publicznego PAN.

„Zdrowie Publiczne” po raz pierwszy w r.1920 zdefiniował C.E. Winslow, profesor Uniwersytetu Yale pisząc, że „jest to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia przez zorganizowane wysiłki społeczeństwa wyrażające się w działaniach na rzecz higieny środowiska, zwalczania chorób zakaźnych, nauczania higieny indywidualnej, organizację służb medycznych i pielęgniarskich ukierunkowanych na wczesne rozpoznawanie chorób i skuteczne zapobieganie ich rozwojowi, oraz utrwalanie mechanizmów społecznych zapewniających każdemu poziom bytowania umożliwiających utrzymanie zdrowia i długotrwałe życie” (1).

Obecnie posługujemy się częściej sformułowaną w r. 1988 zwięzłą definicją Achesona: „Zdrowie publiczne jest nauką i sztuką zapobiegania chorobom, przedłużania życia oraz promocji zdrowia poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa”. Mówimy też o „nowym zdrowiu publicznym”, które koncentruje swoje działania na zapobieganiu przewlekłym chorobom niezakaźnym nazywanymi też chorobami cywilizacyjnymi (1).

W roku 2015 w Polsce, której ludność liczy ok. 38 mln, zmarło 395 tysięcy obywateli. Liczba zgonów w r. 2016 wynosiła 388 tys., przy niższej niż liczba zgonów, liczbie urodzeń żywych (odpowiednio 369 i 382 tys.) (2,3). Należy podkreślić, że ok. 40% zgonów mężczyzn i ok. 18% zgonów kobiet wydarza się przed 65 r.ż., co wskazuje, że większości z nich można zapobiec i tym samym przedłużyć dziesiątkom tysięcy osób okres trwania życia. Głównym „killerem” w Polsce, który powoduje 45% zgonów są choroby układu krążenia. Druga przyczyna zgonów to nowotwory złośliwe (25%), a trzecia to wypadki, zatrucia i urazy (6-7%).

The main “killer” in Poland, which causes 45% of deaths are cardiovascular diseases. The second cause of death is malignancy (25%) and the third is accidents, poisonings and injuries (6-7%).

A separate problem is the group of illnesses that most frequently cause disability, although they may also cause death. This includes chronic non-specific respiratory diseases (asthma, chronic bronchitis and emphysema), mental illness (e.g. depression), degenerative brain disease (e.g. Alzheimer’s disease) and various forms of degenerative arthritis (e.g. coxarthrosis). To disabling diseases belongs also diabetes mellitus, which affects approximately 2.94 million Poles (4) and obesity, which is a disease and a risk factor for other diseases, found in many millions of adult Poles and hundreds of thousands of children.

Infectious diseases of childhood, which in the 1960s and 1970s generated a serious threat in our country, are now controlled by effective and safe vaccination program. The serious problem still creates hepatitis C, for which there is no vaccine, but is available very effective treatment. The number of people actively infected with HCV in Poland (with the presence of HCV RNA) is estimated at about 165 thousand. Approximately 125 thousand of these do not know about their illness and remain undiagnosed.

The National Institute for Public Health-NIH and its partners recently completed the project “Prevention of HCV infections” financed jointly by Swiss Federation and the Ministry of Health of the Republic of Poland. Based on the results of this project, the National Institute of Public Health has developed and presented to the Minister of Health in 7.08.2017 the document “Strategy for Prevention and Control of HCV Infections in Poland” (6).

This very simplistic and fragmentary assessment of the health of the Polish population leads to the conclusion that many of these deaths and disabilities can be prevented by promoting a healthy lifestyle, effective preventive programs and combating risk factors such as smoking, excessive consumption of alcohol, lack of exercise, unhealthy diet and obesity.

In the area of cardiovascular disease early recognition and adequate treatment of hypertension and hypercholesterolemia can help preventing coronary heart disease and heart failure. In the disease groups that I mentioned above only certain types of malignant tumors, depression, Alzheimer’s disease and type 1 diabetes can not be significantly affected by the use of effective preventive measures.

The Health Minister of Canada, Mark Lalonde, in 1974, indicated that the state of health of the population depends in 50% on the lifestyle and only in 10% on the functioning of the therapeutic medicine (7). Also Tarlov, in the study in the United States and

Odrębny problem to grupy chorób, które powodują najczęściej inwalidztwo, choć bywają również przyczyną zgonu. Należy tu zaliczyć przewlekłe nieswoiste choroby układu oddechowego (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli i rozedma płuc), choroby psychiczne (np. depresja) i degeneracyjne choroby układu nerwowego (np. choroba Alzheimera) oraz różne postaci artrozy, czyli zwyrodnieniowej choroby stawów (np. zwyrodnienie stawu biodrowego). Do chorób inwalidyzujących należy również cukrzyca, która dotyka ok. 2,94 mln Polaków (4) oraz otyłość, która będąc i chorobą i czynnikiem ryzyka dla innych chorób stwierdzana jest u wielu milionów dorosłych Polaków i setek tysięcy dzieci.

Choroby zakaźne, które jeszcze w latach 60. i 70. stanowiły w naszym kraju poważne zagrożenie, zostały opanowane, głównie dzięki skutecznym i bezpiecznym szczepieniom ochronnym. Głównym problemem pozostaje zapalenie wątroby typu C, przeciwko któremu nie ma szczepionki, jest natomiast dostępne bardzo skuteczne leczenie. Liczbę osób zakażonych wirusem HCV w Polsce (z obecnością HCV RNA) szacuje się na około 165 tys., przy czym ok. 125 tys. z tych osób nie wie o swojej chorobie i pozostaje niezdiagnozowanych(5).

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-PZH wraz z partnerami zakończył ostatnio realizację projektu „Zapobieganie zakażeniom HCV” finansowanego przez Swiss Contribution i Ministerstwo Zdrowia RP. Na podstawie wyników tego projektu Instytut opracował i przedstawił w dniu 7.08.17 Ministrowi Zdrowia projekt „Strategii zapobiegania i zwalczania zakażeń HCV w Polsce”(6).

Ta bardzo uproszczona i fragmentaryczna ocena stanu zdrowia ludności Polski upoważnia do wyciągnięcia wniosku, że wielu z tych zgonów i przypadków inwalidztwa można zapobiec przez promowanie sprzyjającego zdrowiu stylu życia, skuteczne programy prewencyjne i zwalczanie czynników ryzyka, takich jak m.in. palenie papierosów, nadmierne spożywanie alkoholu, brak ruchu, niezdrowy sposób żywienia i otyłość.

W obszarze chorób układu krążenia wczesne rozpoznawanie i odpowiednie leczenie nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii pozwala uniknąć choroby wieńcowej i niewydolności serca. W grupach chorób, które wymieniłem powyżej właściwie tylko na niektóre typy nowotworów złośliwych, depresję, chorobę Alzheimera i cukrzycę typu pierwszego nie można wpłynąć znacząco w zakresie stosowania skutecznych metod zapobiegawczych.

Już minister zdrowia Kanady – Mark Lalonde w r. 1974 wykazał, że stan zdrowia populacji zależy w 50% od stylu życia, a tylko w 10% od funkcjonowania medycyny terapeutycznej (7). Tarlov, z kolei, w wyniku swoich badań w USA i metaanalizy, wykazał w r. 1999, że sytuacja zdrowotna ludności zale-

meta-analysis, showed in 1999 that the health of the population depends in 40% on the socio-economic factors, in 30% on the lifestyle and 10% on the therapeutic medicine (8). This does not mean, of course, that we should not invest in hospitals, improve the work of family physicians and create conditions for innovative and effective therapies, because each of us, in case of illness, wants to be treated quickly, effectively and in a manner that respects our dignity and subjectivity.

That's why almost all EU countries of the, so-called Old Fifteen, base the activities of the ministers of health on the principles of public health, understood as the rational implementation, especially in local government units, of the 10 basic public health operations (functions) defined by WHO / EURO in 2012 and the appropriate coordination of these activities according to the needs of the population in the area (9).

In 2015 the Minister of Health of the Republic of Poland, Prof. Marian Zembala presented adequate Policy Paper (10) to the European Commission containing a strategy for improving the health of the population, which was based on analysis of the maps of national and local health needs developed by NIPH-NIH and the Ministry of Health. On the base of this data he negotiated fund of 12bln PLN, which included a considerable share for the development of public health at the central and provincial level in the years 2015-2020. Also we should remember the sum of more than 70bln PLN annually allocated and contracted mainly for remedial procedures by the National Health Fund in Poland.

I believe that there is time for policy-makers to consider the necessary spending on improving public health as an investment not as an expense that can be cut or saved in Poland, which has share of the GDP designed for health one of the lowest in Europe (4.7%).

Further improvement of the health of the population will be promoted not only by the gradual increase in health expenditure to 6% of GDP, already approved by the Government of the Republic of Poland, but also by the effective implementation of the provisions adopted and signed by the President at the end of 2015 "Public Health Act" (11) including the "National Health Program 2016–2020", which addresses 6 important areas related to the health of Poles and unlike previous versions, National Health Program has annual financing "no more than PLN 140 million" (12).

However, it is worrying that in the years 2006–2015 the share of health expenditures in the Territorial Self-Government Units (13) decreases. Although in voivodships, there are public health care plans for about 2 years, and some local governments have funded preventive actions such as vaccination against HPV or

ży w 40% od czynników społeczno-ekonomicznych, w 30% od stylu życia, a w 10% od medycyny terapeutycznej (8). Nie znaczy to oczywiście, że nie powinniśmy inwestować w szpitale, doskonalić pracy lekarza rodzinnego i stwarzać warunków do wprowadzania innowacyjnych i skutecznych terapii, każdy z nas bowiem w przypadku choroby chce być leczony szybko, skutecznie i w otoczeniu uwzględniającym naszą godność i podmiotowość.

Prawie wszystkie kraje Unii Europejskiej z tzw. starej piętnastki opierają działalność ministrów zdrowia na zasadach zdrowia publicznego, czyli na racjonalnym wdrażaniu, zwłaszcza w jednostkach samorządu terytorialnego, 10 podstawowych funkcji zdrowia publicznego określonych przez WHO/EURO w r. 2012 i odpowiedniej koordynacji tych działań w zależności od potrzeb ludności na danym terenie (9).

W r. 2015 Minister Zdrowia RP, Prof. Marian Zembala przedstawił Komisji Europejskiej tzw. „Policy Paper” (10) zawierający m.in. strategię poprawy zdrowia ludności opartą m.in. o analizę po raz pierwszy opracowanych w przy NIZP-PZH i Ministerstwie Zdrowia ogólnopolskiej i wojewódzkich map potrzeb zdrowotnych i wynegocjował On 12 mld PLN, w tym znaczną sumę na rozwój „public health”, na poziomie centralnym i wojewódzkim w latach 2015-2020. Należy też pamiętać o sumie ponad 70 mld PLN rocznie przeznaczonych i kontraktowanych jednak głównie na procedury medycyny naprawczej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Myślę, że nadszedł już czas, żeby decydenci różnych szczebli zaczęli traktować niezbędne wydatki związane z poprawą zdrowia ludności jako inwestycję a, nie jako koszt, który można obciąć, czy zaoszczędzić w Polsce, która charakteryzuje się jednym z najniższych w Europie odsetkiem PKB (wg Ministerstwa Zdrowia 4,7 %) przeznaczonym na zdrowie ludności.

Dalszej poprawie zdrowia ludności sprzyjać będzie nie tylko stopniowy i zatwierdzony już przez Rząd RP, wzrost nakładów na zdrowie do 6% PKB, ale również sprawne wdrażanie postanowień uchwalonej i podpisanej przez Prezydenta w końcu r. 2015 „Ustawy o zdrowiu publicznym” (11), jak również ”Narodowego Programu Zdrowia 2016–2020”, który adresuje 6 ważnych obszarów związanych ze zdrowiem Polaków i w odróżnieniu od poprzednich wersji NPZ posiada finansowanie w wysokości „rocznie nie więcej niż 140 mln zł” (12).

Niepokoje jednak fakt, że w latach 2006–2015 spada udział wydatków na zdrowie w Jednostkach Samorządu Terytorialnego (13). W województwach istnieją co prawda od ok. 2 lat ukierunkowane również na zdrowie publiczne Wojewódzkie Rady ds. Potrzeb Zdrowotnych, a niektóre samorządy finansują działania prewencyjne, jak np. szczepienia przeciw wirusowi HPV, czy szczepienia seniorów przeciw grypie, istnieje jednak potrzeba odpowiedniej promocji, koordy-

vaccination against influenza, but there is a need for proper promotion, coordination and evaluation of the effectiveness of these activities at central and local level.

This is why it is purposeful and necessary to appoint local public health coordinators at various levels, which should be occupied by well-qualified people, i.e. graduates from the Health Sciences Departments of medical universities or public health specialists. This was also the intention of the authors of the first version of the Public Health Act, which, however, did not consent to the then Ministry of Health. The issue of setting up such posts and the required criteria should be regulated legally in the form of a regulation serving to operationalize the functioning of the "Public Health Act".

nacji i ewaluacji skuteczności tych działań na szczeblu centralnym, wojewódzkim i powiatowym.

Wynika stąd celowość i konieczność powołania na różnych szczeblach samorządowych koordynatorów ds. zdrowia publicznego, które to stanowiska powinni zajmować ludzie posiadający odpowiednie kwalifikacje, czyli absolwenci Wydziałów Nauk o Zdrowiu Uniwersytetów Medycznych lub specjaliści w zakresie zdrowia publicznego. Taka też była intencja autorów pierwszych wersji Ustawy o Zdrowiu Publicznym, na którą jednak nie wyraziło zgody ówczesne Ministerstwo Zdrowia. Sprawa utworzenia takich stanowisk i wymaganych kryteriów powinna być uregulowana prawnie w postaci rozporządzenia służącego operacjonalizacji funkcjonowania „Ustawy o zdrowiu publicznym”.

REFERENCES

1. Tulchinski TH, Varavikova EA: The new public health. Academic Press, New York, 2000.
2. Główny Urząd Statystyczny; Mały Rocznik StatystycznyPolski2017 Warszawa:GUS 2017.
3. Główny Urząd Statystyczny: Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2016 r. Warszawa: GUS 2017.
4. Topor – Mądry R, Wojtyniak B, Strojek K, Rutkowski D, Bogusławski S, Ignaszewska – Wyrzykowska A, Jarosz – Chrobot P, Czech M, Kozierkiewicz A, Chlebus K, Jędrzejczyk T, Myśliwiec M, Polańska J, Wysocki MJ, Zdrojewski T. Prevalence of diabetes in Poland – the hard data from combined national sources (praca w druku).
5. Red: Wysocki MJ, Zieliński A, Gierczyński R : Projekt KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” jako przykład zintegrowanych działań w zdrowiu publicznym na rzecz ograniczenia zakażeń krwionośnych w Polsce”, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, Warszawa, 2017.
6. Projekt KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”; Założenia do dokumentu „Strategia Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń HCV w Polsce; Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, Warszawa, 2017.
7. Lalonde M. New Perspective on the Health of Canadians; Working Document: Information Canada; Ottawa 1974.
8. Tarlov AR. Public policy frameworks for improving population health. Ann N Y Acad Sci 1999; 896: 281-93.
9. 10 Essential Public Health Operations; WHO/EURO, RC 62, Malta, 2012.
10. „Policy paper” dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020. Krajowe ramy strategiczne. Narodowa Strategia Spójności, Ministerstwo Zdrowia, Unia Europejska, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, Warszawa, 2014.
11. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym; Dziennik Ustaw R.P. z 2015 r. poz. 1916 i z 2016 r. poz. 2003.
12. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020; Dziennik Ustaw R.P. Warszawa, 16 września 2016 r.
13. Instytut Zdrowia i Demokracji, Curulis, Supra Brokers: Wydatki JST na ochronę zdrowia – Raport 2017; Warszawa 2017.

Received: 5.11.2017

Accepted for publication: 14.11.2017

Otrzymano: 5.11.2017 r.

Zaakceptowano do publikacji: 14.11.2017 r.

Address for correspondence:

Adres do korespondencji:

Prof.dr hab.Miroslaw J.Wysocki

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-PZH

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego

ul.Chocimska 24,00-791 Warszawa

tel.+48 22 54 21 375

e-mail: MJWysocki@pzh.gov.pl