

*Maria Miller**, *Miroslaw J. Wysocki***, *Dorota Cianciara**

PROMOCJA ZDROWIA
WOBEC REFORM SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Państwowy Zakład Higieny
Dyrektor: Jan K. Ludwicki
* Zakład Promocji Zdrowia
** Studium Zdrowia Publicznego

Rozwój promocji zdrowia jest uwarunkowany określoną, zmienną w czasie sytuacją zdrowotną społeczeństwa. Impulsem dla rozwoju współczesnych metod promocji zdrowia stało się narastanie w latach 70-tych XX wieku problemu chorób cywilizacyjnych, chorób silnie zdeterminowanych stylem życia, tzw. chorób behawioralnych. Promocja zdrowia w Polsce mimo znacznego dorobku, w fazie konceptualizacji programów natrafia na trudności w ich realizacji z powodu braku odpowiednich rozwiązań strukturalnych oraz zasad finansowania tej ważnej dziedziny zdrowia publicznego.

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, promocja zdrowia, system ochrony zdrowia, zdrowie publiczne, organizacja

Key words: health education, health promotion, health care system, public health, organisation

PROMOCJA ZDROWIA – RÓŻNICE INTERPRETACJI

Promocja zdrowia, mimo znacznego już dorobku, także w Polsce, pozostaje wciąż pojęciem różnie, a niekiedy błędnie interpretowanym. Owa różnorodność wynika w znacznym stopniu z samej istoty promocji zdrowia jako dziedziny kompleksowej, która realizuje się na różnych poziomach organizacyjnych a obserwowane różnice mają swój szeroki kontekst: społeczny, polityczny, ekonomiczny, kulturowy, obyczajowy (1, 2, 3). Może nie najszczęśliwiej nadużywamy niekiedy słowa „promocja” w miejsce ang. *promotion*, co oznacza dosłownie przede wszystkim awans, podniesienie na wyższy poziom. Odpowiednik rosyjski (*ukrieplenie zdorowia*) czy też niemiecki (*gesundheitförderung*) oznacza dosłownie „wspieranie zdrowia” (1, 4).

Niejednoznaczność pojęcia: promocja zdrowia sprawia, iż jest ono rozumiane przez edukatorów jako koncepcja edukacji zdrowotnej, przez polityków jako koncepcja nowej polityki zdrowotnej, przez naukowców wreszcie jako dość hermetyczna dyscyplina dla wtajemniczonych.

Wieloaspektowość promocji zdrowia wynikająca ze złożoności uwarunkowań zdrowia powoduje określone trudności w jej zdefiniowaniu. Wśród wielu definicji promocji zdro-

wia najbardziej przejrzysta oraz charakteryzująca praktyczny zakres tej dziedziny wydaje się definicja znana pod nazwą amerykańskiej: „*Promocja zdrowia jest połączeniem działań edukacyjnych oraz różnego rodzaju sprzyjającego zdrowiu wsparcia: środowiskowego, społecznego, politycznego, ekonomicznego, prawnego, taktycznego*” (Green i Kreuter, 1999).

Promocja zdrowia jest w tym ujęciu połączeniem edukacji zdrowotnej i polityki zdrowia publicznego (5, 3).

Promocja zdrowia dąży do rozwoju takich działań zbiorowości i jednostek, które mogą pomóc ludziom w nabyciu stylów życia, które z kolei mogą utrzymać i umacniać stan ich dobrego samopoczucia.

Podkreślenia wymaga fakt, iż wprawdzie metodologia promocji zdrowia czerpie w dużym stopniu z dorobku psychologii, socjologii, a także prawa, nauk ekonomicznych i innych dziedzin aktywnych na gruncie zdrowia publicznego – to dziedzina ta jest jednoznacznie osadzona w systemie ochrony zdrowia (1, 6, 7, 8). System ochrony zdrowia musi obejmować następujące sfery działania (6, 7, 9): medycynę leczniczą (opieka zdrowotna), ochronę zdrowia – zespół działań na rzecz zdrowia realizowany przez różne sektory życia społeczno-gospodarczego oraz struktury zarządzania, źródła i drogi finansowania działań na rzecz zdrowia. Wynika stąd konieczność funkcjonowania w ramach systemu dwóch działów: indywidualnej opieki zdrowotnej (służb medycznych) i zbiorowej ochrony zdrowia (służb zdrowia publicznego).

Rozwój promocji zdrowia łączony jest z ideą nowego zdrowia publicznego, którego początek wyznacza się na lata 70-te XX wieku. Wówczas to rodziła się koncepcja działań na rzecz zdrowia, u której podstaw znalazły się ustalenia dotyczące znaczenia zachowań (stylu życia) dla utrzymania i rozwoju zdrowia. Lata 70-te ubiegłego wieku wyznaczała określona sytuacja zdrowotna społeczeństw charakteryzująca się narastaniem tzw. chorób cywilizacyjnych (chorób stylu życia). Człowiek zaczął być postrzegany jako twórca własnego zdrowia a znaczenie jego wyborów dotyczących zdrowia stało się sprawą wielkiej wagi (9, 8).

U podstaw tego podejścia były ponadto obserwacje demograficzno-epidemiologiczne, które doprowadziły do stwierdzenia, iż mimo wyraźnie rosnących nakładów na rzecz zdrowia nie uzyskuje się poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństw. Wyraziło się to (np. w USA) brakiem pożądanego spadku współczynnika umieralności w latach 1955-1970 mimo dynamicznie rosnących nakładów na leczenie (1). Wówczas to pojawiły się także obserwacje dotyczące uwarunkowań nierówności w zdrowiu.

Byłoby jednak błędem uznać, że owa II-ga rewolucja zdrowotna, która charakteryzuje się narastaniem chorób cywilizacyjnych stała się początkiem działań wielosektorowych na rzecz zdrowia. Działania wielosektorowe na rzecz zdrowia i (lub) ograniczania chorób są obecne w historii medycyny od zawsze. Zmieniały się jedynie metody uzależnione bezpośrednio od określonej sytuacji zdrowotnej (3, 9, 10). W czasach I. rewolucji zdrowotnej (przełom XIX i XX w.) działania priorytetowe musiały być ukierunkowane na neutralizację zagrożeń w środowisku człowieka, które było odpowiedzialne za szerzenie się chorób zakaźnych. Edukacja zdrowotna pełniła wówczas ważną lecz uzupełniającą rolę. Warto wspomnieć, iż John Graunt swoje opracowanie „Przyrodnicze i polityczne obserwacje nad umieralnością w Anglii” opublikował w 1662 r., a głównym celem medycyny starożytnej było dostarczanie wskazań jak postępować, aby jak najdłużej zachować zdrowie. Lekarz był przede wszystkim strażnikiem zdrowia, a nie przede wszystkim jego ratownikiem. To wówczas rozwinął się dział medycyny profilaktycznej „HIGIENA”, której przedmiotem

była DIETA, co u starożytnych Greków oznaczało tryb życia służący zdrowiu (Gniazdowski, 2000). Należy podkreślić, iż w praktyce działań służących zdrowiu, w praktyce promocji zdrowia, edukacja zdrowotna jest bardzo istotnym, choć niewystarczającym elementem. Celem edukacji zdrowotnej jest, jak wiadomo, nie tylko dostarczanie wiedzy, lecz przede wszystkim kształtowanie pożądaných, prozdrowotnych postaw i zachowań. Możliwość ich realizacji wymaga jednakże koniecznego kontekstu społeczno-ekonomicznego (8). Nawet metodycznie poprawna, profesjonalna edukacja zdrowotna ma słaby wpływ na sytuację zdrowotną uwarunkowaną w bardzo silnym stopniu czynnikami społeczno-ekonomicznymi. Zróżnicowanie społeczno-ekonomiczne jest jak wiadomo, główną przyczyną nierówności w zdrowiu, a ubóstwo głównym jego zagrożeniem (8, 11, 12).

Trudno byłoby wskazać programy promocji w praktyce realizowane w Polsce, które uwzględniałyby zespół czynników ekonomicznych, środowiskowych, behawioralnych i biologicznych sprzyjających zdrowiu; taką próbą jest niewątpliwie program „Szkoła promująca zdrowie”, a także program „Zdrowe miasto” istniejący w większym stopniu w fazie konceptualizacji niż praktyki.

PROMOCJA ZDROWIA – WARUNKI REALIZACJI W POLSCE

Czy w naszym kraju są tworzone warunki do podejmowania celów promocji zdrowia? Czy proces reformowania systemu ochrony zdrowia w Polsce stwarza nadzieję na klarowną wizję systemowych rozwiązań dla promocji zdrowia? Próba włączenia świadczeń z zakresu promocji zdrowia, a w istocie jedynie z zakresu edukacji zdrowotnej w praktykę lekarza rodzinnego, a więc próba kontraktowania świadczeń tego typu poprzez kasy chorych na zasadach podobnych jak innych świadczeń medycznych wydawała się błędna w swoich założeniach (13), mimo jednostkowych pozytywnych przykładów cząstkowej realizacji (8). Koncepcja ta była błędem nie tylko dlatego, iż w praktyce obejmować mogła jedynie tę część edukacji zdrowotnej, która ukierunkowana jest na chorobę, a ewentualnie także na eliminację czynników ryzyka (jak wiadomo we współcześnie rozumianej promocji zdrowia duże znaczenie nadaje się edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na zdrowie i jego umacnianie).

Koncepcja ta była błędem przede wszystkim dlatego, że wprawdzie we współczesnej medycynie profilaktyka i promocja zdrowia są uznawane powszechnie za bardzo istotne dziedziny utrzymania zdrowia, jednakże to uznanie ma jedynie deklaracyjny charakter. Przegrywają one z medycyną leczniczą, gdy chodzi o alokację nakładów na ochronę zdrowia. Trudno uznać za słuszną koncepcję, aby skutecznym płatnikiem świadczeń (działań) w zakresie promocji zdrowia, także innych działów zdrowia publicznego, mógł być ten sam płatnik, który ma ponosić koszty świadczeń w zakresie medycyny naprawczej tym bardziej, że potrzeby w zakresie medycyny naprawczej uznawane są nadal za bezdyskusyjne, a więc także priorytetowe mimo, iż istnieje w deklaracjach powszechna zgoda nt. opłacalności inwestowania w profilaktykę i opłacalności inwestowania w zdrowie. Opłacalność ta może występować jedynie w skali systemu i trudna jest do wskazania bezpośredniego, bieżącego.

Natomiast koszty świadczeń medycznych wciąż rosną wraz z dynamicznym rozwojem technologii diagnostycznych i terapeutycznych. Ten proces z kolei powoduje narastanie oczekiwań społecznych na realizację wciąż rosnących wyrażanych potrzeb zdrowotnych. Drugim powodem rosnących wciąż potrzeb na świadczenie medyczne jest proces starzenia się społeczeństw, obserwowany także w Polsce.

Uważa się, że obecnie nie ma na świecie państw, które są w stanie sprostać rosnącym oczekiwaniom w zakresie świadczeń medycyny naprawczej. Było więc błędem oczekiwanie, że wobec bardzo ograniczonych środków przeznaczonych na świadczenia medyczne w naszym kraju będzie możliwe wygospodarowanie puli środków na działania prewencyjne, w tym na prowadzenie programów promocji zdrowia.

Nabywcą, płatnikiem świadczeń z zakresu promocji zdrowia i innych działań zdrowia publicznego może być jedynie państwo. Uzasadnienie dla takiego podejścia zawarte jest w podstawowych dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia, które stanowią o strategicznych kierunkach polityki zdrowotnej (*Zdrowie dla wszystkich 2000* oraz *Zdrowie dla wszystkich w 21 wieku*). U podstaw strategii WHO jest koncepcja zdrowia jako zasobu bogactwa dla indywidualnych ludzi oraz społeczeństwa. Posiadanie owego zasobu gwarantuje rozwój społeczny i ekonomiczny; tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne, kulturowe, rozwijać się, osiągać odpowiednią jakość życia. Wśród fundamentalnych wartości, na których opiera się strategia *Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*, zdrowie traktowane jest jako podstawowe prawo człowieka, a miarą skuteczności polityki społecznej powinny być parametry charakteryzujące stan zdrowia społeczeństwa. „Skuteczność polityk powinna być mierzona jej wpływem na zdrowie” („Zdrowie 21”).

Nadzieję na racjonalną politykę w zakresie możliwości rozwoju w Polsce promocji zdrowia oraz innych dziedzin zdrowia publicznego stwarzają zapisy dokumentu „Narodowa Ochrona Zdrowia – strategiczne kierunki działań Ministra Zdrowia w latach 2002–2003”. Na stronie 10. tego dokumentu czytamy: „... politykę zdrowotną winny prowadzić władze publiczne, nie zaś płatnik systemu. Kluczowymi kierunkami polityki zdrowotnej państwa, które powinny znaleźć swe odzwierciedlenie w planach zdrowotnych samorządów wojewódzkich winny być:

1. Poprawa stanu sanitarnego kraju, a w szczególności dążenie do:
 - ograniczenia zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego;
 - ochrony wód i gleby;
 - poprawy warunków sanitarnych w miejscu zamieszkania, nauki i wychowania oraz w środowisku pracy, w tym także rolników;
 - ograniczenia chorób związanych z żywnością i żywieniem, w tym także wprowadzenia poradnictwa zdrowego odżywiania.
2. Ograniczanie występowania chorób cywilizacyjnych, społecznych, niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności, poprzez profilaktykę i leczenie, a w szczególności:
 - otoczenie ciągłą i skuteczną opieką pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym, chorobą wieńcową, cukrzycą, osteoporozą, chorobami nowotworowymi oraz osób z grup podwyższonego ryzyka występowania tych schorzeń,
 - poprawę opieki medycznej nad kobietami w ciąży, matką i dzieckiem,
 - przywrócenie opieki profilaktycznej w środowisku nauki i wychowania,
 - skuteczne zapobieganie chorobom zakaźnym, między innymi dzięki powszechności szczepień ochronnych,
 - ograniczenie narkomanii, palenia tytoniu i spożywania alkoholu.
3. Promowanie aktywnego, zdrowego trybu życia.”

Wskazane jest priorytetowe znaczenie konieczności zachowania i kontroli podstawowych warunków dla zdrowia (p. 1.). Wątpliwość budzi tak szerokie (p. 2.) wyznaczenie problemów priorytetowych w zakresie chorób. Całkowicie niezrozumiały jest zapis w p. 3., gdyż aktywność w dziedzinie promocji zdrowia oraz edukacji zdrowotnej jest związana nie-

rozerwalnie i w sposób oczywisty z profilaktyką wszystkich problemów zawartych w p. 2. dokumentu, a także w dużym zakresie w p. 1. Ponadto nie można ograniczać działu promocji zdrowia jedynie do upowszechniania aktywnego trybu życia, a takie sformułowanie nasuwa przypuszczenie nieuwzględnienia całościowego rozumienia promocji zdrowia.

Na stronie 11. wspomnianego dokumentu znalazła się deklaracja, iż „Minister Zdrowia będzie finansował i realizował programy zdrowotne związane z kreowaniem polityki zdrowotnej i profilaktyką, natomiast Narodowy Fundusz Zdrowia finansował będzie zakup świadczeń ze środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a także realizował na zlecenie Ministra Zdrowia ze środków budżetu państwa procedury wysokospecjalistyczne oraz programy zdrowotne związane z realizacją świadczeń zdrowotnych”.

Należy mieć nadzieję, iż w istocie oznacza to tak pożądane oddzielenie finansowania działalności programowej w ochronie zdrowia od działalności leczniczej i profilaktycznej w zakresie świadczeń medycznych (szczepienia, badania w zakresie wczesnej diagnostyki). Bardzo pozytywnie należy odnieść się do nałożonego poprzez Ministra Zdrowia (Rozporządzenie z dn. 6.08.2001) obowiązku szkolenia w zakresie promocji zdrowia wszystkich lekarzy specjalizujących się w specjalnościach podstawowych.

Wyrazem polityki zdrowotnej państwa są zapisy Narodowego Programu Zdrowia (1999–2005). Celami strategicznymi Narodowego Programu Zdrowia są:

1. Stwarzanie warunków oraz kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia, a także podejmowania działań na rzecz zdrowia własnego i innych
2. Kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki
3. Zmniejszanie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych.

Autorzy Narodowego Programu Zdrowia słusznie mogą mieć poczucie dumy i satysfakcji, gdyż zapisy w nim zawarte, po raz pierwszy w Polsce eksponują działania ku zdrowiu jako priorytet polityki zdrowotnej, jednakże należy się zgodzić z krytyczną oceną warunków do jego realizacji (12, 13, 14, 15).

Poprawa praktyki promocji zdrowia w Polsce wymaga, jak się wydaje, nie tylko finansowych ale także strukturalnych i kompetencyjnych rozwiązań. Ustawa o Państwowej Inspekcji Sanitarnej stanowi, iż w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, do zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej należy w szczególności: „... inicjowanie, wspomaganie, monitorowanie działalności oświatowo-zdrowotnej prowadzonej przez: zakłady opieki zdrowotnej, szkoły wszystkich szczebli, placówki wychowawcze, organizacje pozarządowe i zawodowe, środki masowego przekazu oraz inne jednostki uczestniczące w promocji zdrowia.”

Ustawa ta w niewystarczającym zakresie uwzględnia możliwość realizacji kompleksowych programów promocji zdrowia, a ponadto wydaje się, iż ze względu na brak uzgodnień międzyresortowych i odpowiednich rozporządzeń szczegółowo precyzujących kompetencje, zależności i alokację środków, zapis ten nie jest realizowany w pełnym zakresie.

Obecnie zadania edukacji zdrowotnej, a także promocji zdrowia są realizowane w następujących strukturach:

- struktury MEN – edukacja zdrowotna jako integralna składowa edukacji dzieci i młodzieży,
- działy oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych,
- ośrodki promocji zdrowia w miejscu pracy – Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w miejscu pracy,
- Centra Zdrowia Publicznego oraz Zakłady Opieki Zdrowotnej,

- towarzystwa, stowarzyszenia, fundacje, konsorcja, organizacje różnego typu,
- środki masowego przekazu różnego typu i różnej jakości.

Reasumując należy podkreślić, iż brak jest w naszym kraju całościowej wizji świadczeń zdrowotnych państwa w zakresie zdrowia publicznego, w tym bardzo istotnej jego części jaką jest promocja zdrowia; brak klarownego i stabilnego systemu finansowania działalności w tym charakterze; brak systemu rozwoju zasobów ludzkich i materialnych; brak rozwiązań strukturalnych precyzujących wzajemne relacje różnych podmiotów realizujących edukację zdrowotną i promocję zdrowia; brak krajowego systemu koordynacji, nadzoru, monitorowania i oceny agend i ich działań oraz brak kompetencji formalnych.

Dla zbudowania warunków do racjonalnej realizacji zadań promocji zdrowia należy uznać, iż:

- zdrowie, edukacja, bezpieczeństwo, kultura to ważne elementy rozwoju społeczno-gospodarczego państwa,
- zdrowie pojmowane być musi jako zasób – posiadanie go jest warunkiem nie tylko dobrej jakości życia, lecz umożliwia tworzenie dóbr, także dóbr ekonomicznych,
- gwarancję szeroko rozumianego bezpieczeństwa zdrowotnego zapewnić może tylko państwo.

Na koniec autorzy pragną przypomnieć bardzo nowoczesną definicję zdrowia, uwzględniającą behawioralne, społeczne i ekonomiczne aspekty zdrowia, której Autorem jest wybitny polski lekarz, filozof i higienista Marcin Kacprzak (1888–1968): „*Zdrowie to skarb największy. Z niego płynie radość życia, energia, wiara w siebie, pogoda i zadowolenie. Ono jest bronią dającą nam możliwość owocnej pracy i służby dla najbliższych, dla społeczeństwa i dla ludzkości*”.

M Miller, MJ Wysocki, D Cianciara

HEALTH PROMOTION AND HEALTH CARE SYSTEM REFORM IN POLAND

SUMMARY

The development of health promotion is determined by the defined changes of health situation of population, which occur in time. Contemporary methods of health promotion were initiated in 1970's, when the problem of increase of civilisation (behavioural) diseases strongly related to lifestyles, was noticed. Health promotion programmes in Poland in spite of many achievements in the conceptualisation phase, encounter difficulties in implementation, because of lack of appropriate structural solutions and financial support for this important public health area.

PIŚMIENNICTWO

1. Gniazdowski A. Edukacja zdrowotna; rozdział w książce „Zdrowie Publiczne”, red. Indulski J, Jethon Z, Dawydzik LT. Instytut Medycyny Pracy, Łódź, 2000.
2. Karski JB. Promocja zdrowia; Wyd. III, Ingis, Warszawa, 1999.
3. Miller M, Zieliński A. Zdrowie Publiczne – misja i nauka. Przegl Epidemiol 2002;56:547–57.
4. Gniazdowski A. Promocja zdrowia; rozdział w książce „Zdrowie Publiczne”; red. Indulski J, Jethon Z, Dawydzik LT. Instytut Medycyny Pracy, Łódź, 2000.
5. Bik B. Koncepcja promocji zdrowia; rozdział w książce „Zdrowie Publiczne”, red.: Czupryna A, Poździoch S, Ryś A, Włodarczyk C. Wydawnictwo Vesalius, Kraków, 2001.
6. Leowski J. Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia. Prawo i Medycyna, 2000;2:6–7.
7. Leowski J. Funkcja zdrowia publicznego. Zdr Publ 2001;111:382–6.

8. Słońska Z. Promocja zdrowia w Polsce rozwiązania systemowe a rzeczywistość. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna*, 2000;19:18–33.
9. Demel M. *Z dziejów promocji zdrowia w Polsce*. Wyd. AWF, Warszawa, 2000.
10. Demel M. Polskie ślady na drogach (do) promocji zdrowia. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna* 2000;19:7–17.
11. Domański H, Ostrowska A, Rychard H. *Jak żyją Polacy*. Wyd. IFiSPAN, Warszawa, 2000.
12. Goryński P, Wojtyniak B. *Monitoring oczekiwanych efektów i korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji Narodowego Programu Zdrowia 1996–2005*. Ministerstwo Zdrowia, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 1999.
13. Słońska Z. Reforma opieki zdrowotnej a promocja zdrowia. *Polityka Społeczna*, 1996;23,(4):8–12.
14. Słońska Z. Promocja zdrowia – zarys problematyki. *Promocja zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna* 1994;13;1–2.
15. Woynarowska B. „Narodowy program Zdrowia w Polsce. Geneza, historia, ewolucja koncepcji i możliwości realizacji”, *Promocja Zdrowia i Nauki Społeczne, Medycyna* 2000;19:34–45.

Adres autorów:

Maria Miller

Zakład Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

email: mmiller@pzh.gov.pl