

Maria Piotrowicz, Dorota Cianciara, Mirosław J Wysocki

SYSTEMY ZDROWOTNE DLA ZDROWIA I DOBROBYTU – KARTA Z TALLINA

THE TALLINN CHARTER: HEALTH SYSTEMS FOR HEALTH AND WEALTH

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

STRESZCZENIE

W artykule przedstawiono najważniejsze zagadnienia zawarte w Karcie z Tallina z 2008 roku z zakresu funkcjonowania systemów zdrowotnych oraz ich wpływu na zdrowie i dobrobyt społeczeństwa. Systemy zdrowotne w poszczególnych krajach wprowadzić są zróżnicowane, spełniają jednak podobne zadania. Ich skuteczne działanie przyczynia się nie tylko do poprawy zdrowia obywateli, ale także do ich aktywniejszego uczestnictwa w rynku pracy, jak również do społeczno-ekonomicznego rozwoju kraju.

Słowa kluczowe: *systemy zdrowotne, funkcje systemów zdrowotnych, świadczenia zdrowotne, dobrobyt*

ABSTRACT

The article presents main issues of Tallinn Charter (2008) that concerns functioning health systems, their influence on health and wealth of society. Health systems are diverse, but share common set of functions. Their effective performance contribute, not only to improving health, but also to participation in labour market and socioeconomical development of country.

Key words: *health systems, functions of health systems, health services, wealth*

WSTĘP

Wzmacnianie systemów zdrowotnych w poszczególnych krajach należy do zadań Światowej Organizacji Zdrowia, które wynikają z jej Konstytucji (Rozdział II Konstytucji ŚOZ – Funkcje; artykuł 2 (c): *"to assist Governments, upon request, in strengthening health services"*) (1). Momentem przełomowym na skalę światową w dziedzinie usprawnienia systemów zdrowotnych była konferencja poświęcona podstawowej opiece zdrowotnej, która odbyła się 6-12 września 1978 roku w Alma-Ata (2). Od tego czasu ŚOZ podejmuje wiele inicjatyw zmierzających do badania skuteczności opieki i ochrony zdrowia oraz usprawnienia ich działania. Wśród najważniejszych dokumentów strategicznych związanych z usprawnieniem systemów zdrowotnych należy wymienić: Kartę z Lublany nt. reformowania opieki zdrowotnej (1996) (3), Zdrowie 21 (1999, 2005) (4), Światowy Raport Zdrowia „Systemy zdrowotne: poprawa działania” (2000) (5), Milenijne Cele Rozwoju (2000) (6), Światowy Raport Zdrowia „Podstawowa Opieka Zdrowotna: teraz bardziej niż kiedykolwiek” (2008) (7), a także Karty i Deklaracje powstałe w Ottawie (1986), Dżakarcie (1997) i Bangkoku (2005) (8,9,10).

Biorąc pod uwagę wiele współczesnych uwarunkowań społecznych, epidemiologicznych, demograficz-

nych i ekonomicznych, krajowe systemy zdrowotne nigdy jeszcze nie były poddane ani tak wielkiej próbie, ani tak silnej presji poprawy skuteczności swojego działania. Wyrazem dążenia do poprawy funkcjonowania systemów i ich wzmocnienia jest Karta z Tallina „*Health Systems for Health and Wealth*”, podpisana w czerwcu 2008 roku przez ministrów zdrowia z krajów regionu europejskiego ŚOZ (11).

Zawarta w Karcie definicja systemu zdrowotnego (*health system*) przyjmuje, że jest to zespół wszystkich organizacji i instytucji (publicznych i prywatnych) oraz wszelkich zasobów, które służą poprawie, zachowaniu lub przywracaniu zdrowia, niezależnie od otoczenia (politycznego, instytucjonalnego), w które system jest wpisany. Systemy zdrowotne to nie tylko opieka zdrowotna; obejmują one także zapobieganie chorobom, promocję zdrowia oraz międzysektorową współpracę na rzecz zdrowia. Systemy zdrowotne świadczą usługi dla jednostek i populacji oraz prowadzą działania we współpracy z innymi sektorami, aby modyfikować społeczne, środowiskowe i ekonomiczne uwarunkowania zdrowia. Powyższa definicja systemu zdrowotnego jest zgodna z koncepcją przyjętą w Światowym Raporcie Zdrowia z 2000 r. na temat poprawy działania krajowych systemów zdrowotnych. Raport wzbudził duże zainteresowanie, ale także liczne kontrowersje

dotyczące przyjętych w nim założeń. Kontrowersje te dotyczyły m.in. granic systemu zdrowotnego. Według definicji zawartej w raporcie system zdrowotny obejmuje wszelkie działania, których podstawowym celem jest promowanie, odzyskiwanie lub zachowanie zdrowia. Działania, dla których zdrowie nie jest celem pierwotnym, znalazły się poza granicami systemu, nawet jeśli mają niezaprzeczalny wpływ na zdrowie społeczeństwa (5, 12). Trzeba zarazem podkreślić, że w Polsce w odniesieniu do „systemu zdrowotnego” (*health system*) zazwyczaj stosowany jest zwrot „system ochrony zdrowia” (13, 14) albo „system opieki zdrowotnej”. Kwestie te nie są ujednocnione, ani pod względem nazewnictwa, ani zakresu pojęcia. Różnice w nazewnictwie odzwierciedlają inne spojrzenia na cele i sfery działania systemów zdrowotnych.

Karta z Tallina liczy cztery strony, składa się z preambuły oraz dwóch rozdziałów: „Zobowiązanie do działania”, „Wzmacnianie systemów zdrowotnych: od wartości do działań”. Konsekwentnie, zgodnie z wszelkimi rekomendacjami ŚOZ, w Karcie Tallińskiej podkreśla się przywiązanie do podstawowych praw i wartości - zdrowie stanowi podstawowe prawo każdego człowieka, a działania systemów zdrowotnych powinny opierać się na zasadach sprawiedliwości, solidarności oraz uczestnictwa.

WZMACNIANIE SYSTEMÓW ZDROWOTNYCH

Systemy zdrowotne poszczególnych krajów są różnicowane, w zależności od regionu oraz politycznego, ekonomicznego i historycznego kontekstu, w którym rozwijają się i działają. Niezależnie od powyższych uwarunkowań funkcje systemów zdrowotnych w różnych krajach są podobne. Wszystkie systemy zdrowotne spełniają następujące zadania: dostarczanie świadczeń zdrowotnych (*delivering health services*), finansowanie (*financing the system*), tworzenie zasobów (*creation of resources*), gospodarowanie/zarządzanie (*stewardship*) (11).

Podstawową funkcją systemu jest zapewnienie świadczeń zdrowotnych dla jednostek i całej populacji. Zgodnie ze stanowiskiem ŚOZ, świadczeniami zdrowotnymi (*health services*) są wszelkie usługi, które przyczyniają się do poprawy zdrowia lub do diagnozowania, leczenia i rehabilitacji chorych (4). W polskim ustawodawstwie używa się pojęcia „świadczenie opieki medycznej”, do którego zalicza się: (a) świadczenia zdrowotne (działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia), (b) świadczenia zdrowotne rzeczowe (leki, wyroby medyczne, środki pomocnicze) oraz (c) świadczenia

towarzyszące (wyżywienie, zakwaterowanie, transport sanitarny) (15).

Rozdział nt. usprawnienia pracy systemów porusza kilka kluczowych zagadnień. Podkreśla, że poszczególne państwa powinny dążyć do dobrostanu społeczeństwa i ponoszą odpowiedzialność za skuteczne i wydajne funkcjonowanie systemów zdrowotnych. Zasadniczą część rozdziału stanowią szczegółowe rozważania (wskazówki) dotyczące czterech podstawowych funkcji systemów. Poniżej przedstawiono wybrane, najistotniejsze treści Karty z Tallina.

Świadczenia zdrowotne, organizowane i dostarczane w ramach systemu zdrowotnego, powinny odpowiadać potrzebom wszystkich obywateli, w szczególności grup podatnych na wykluczenie społeczne i (lub) mających ograniczony dostęp do świadczeń. Oznacza to, że do zadań systemu należy także zmniejszanie nierówności w zdrowiu poprzez tworzenie dostępu do stosownych świadczeń oraz kształtowanie właściwego stylu życia grup szczególnie podatnych na zaburzenia zdrowia.

Odbiorcą świadczeń są pacjenci, którzy oczekują świadczeń skutecznych i bezpiecznych. Liczą na opiekę o dobrej jakości, wynikającą z aktualnej wiedzy medycznej, wykorzystującą odpowiednie technologie. Ponadto pacjenci życzą sobie właściwych relacji z personelem medycznym, poszanowania prywatności, godności i zachowania dyskrecji. Karta z Tallina podkreśla zatem bardzo ważny dla pacjenta niemedyceński aspekt świadczeń. W ten sposób ŚOZ ponownie podnosi znaczenie wrażliwości (*responsiveness*) systemu, jego zdolności reagowania na oczekiwania pacjentów, także dotyczące niemedyceńskiej strony funkcjonowania systemu (5).

Zapewnienie pacjentom równego dostępu do świadczeń zdrowotnych o najlepszej jakości oraz satysfakcji z usług wymaga poprawy działania systemu, a także dostosowywania go do zmieniających się warunków i potrzeb. Przede wszystkim należy uwzględnić zjawiska takie jak: starzenie się społeczeństwa, rozwój chorób cywilizacyjnych, pogłębiające się różnice dochodowe, rozwój technologiczny, wzrastające oczekiwania społeczeństwa. Systemy zdrowotne wymagają całościowego podejścia do świadczeń, czyli włączenia działań z zakresu promocji zdrowia, zapobiegania chorobom oraz programów leczenia i zarządzania chorobami. Wymaga to koordynacji pracy różnych świadczeniodawców, zapewniających różne usługi, oraz wielu instytucji i całego otoczenia, niezależnie od tego, czy podmioty te należą do sektora publicznego czy prywatnego.

Zasadnicze znaczenie dla promowania powyższych celów ma skuteczna podstawowa opieka zdrowotna. Powinna ona stanowić płaszczyznę porozumienia wszystkich zainteresowanych: rodzin, społeczności, świadczeniodawców. Tutaj powinno dochodzić do współpracy międzysektorowej i interdyscyplinarnej na rzecz promocji zdrowia (2, 11). Należy zauważyć,

że ostatni Światowy Raport Zdrowia z 2008 roku jest poświęcony podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) i nawiązuje do koncepcji sprzed 30 lat, z Alma-Ata. Celem koncepcji jest wzmocnienie roli POZ po to, aby zapewnić bardziej sprawiedliwy dostęp do opieki zdrowotnej oraz lepiej wykorzystywać zasoby.

Obecnie w wielu krajach obserwujemy kryzys systemów zdrowotnych, które nie spełniają dostatecznie swoich zadań. Nieustannie wzrastają koszty działania systemów, co sprawia, że ich finansowanie staje się podstawowym problemem i priorytetem w wielu krajach. Usprawnienie systemu wymaga spójnego podejścia do wszystkich zadań, bowiem doświadczenia wskazują, że działania skoncentrowane na jednym zadaniu (czy jednym kierunku naprawy) mają małe prawdopodobieństwo postępu i zazwyczaj nie przynoszą oczekiwanych rezultatów.

Podział zasobów finansowych powinien zachować odpowiednie proporcje pomiędzy nakładami na opiekę zdrowotną, na zapobieganie chorobom oraz promocję zdrowia. Powinien uwzględniać bieżące i przyszłe potrzeby zdrowotne populacji, ponieważ planowanie wydatków motywuje do efektywnej organizacji i dostarczania świadczeń zdrowotnych. Jedną z istotnych zasad rozdziału i wykorzystania środków jest przejrzystość, a także odpowiedzialność.

Tworzenie i wykorzystanie różnego rodzaju zasobów (wiedzy, infrastruktury, technologii, zasobów ludzkich), w odpowiedzi na zmieniające się potrzeby opieki zdrowotnej oraz modele dostarczania świadczeń, wymaga planowania długoterminowego i inwestycji. Ważny jest również rozwój badań oraz etyczne wykorzystanie innowacyjnych technologii.

Każde państwo członkowskie jest odpowiedzialne za gospodarowanie (zarządzanie) systemem zdrowotnym, a do zadań ministerstw zdrowia należy tworzenie prawa i regulacji, polityk i narzędzi, monitoring, ewaluacja oraz współpraca międzysektorowa. Ministrowie zdrowia powinni zabiegać o włączenie kwestii zdrowia do wszystkich polityk.

ZOBOWIĄZANIE DO DZIAŁANIA

Kraje Członkowskie ŚOZ, sygnujące Kartę Tallińską, podjęły następujące zobowiązania:

1. Promowanie wspólnych wartości, jak solidarność, sprawiedliwość i uczestnictwo poprzez odpowiednie polityki zdrowotne, właściwy podział zasobów oraz inne działania ukierunkowane na potrzeby ludzi ubogich i innych grup podatnych.
2. Inwestowanie w systemy zdrowotne oraz rozwijanie inwestycji w sektorach, które mają wpływ na zdrowie, przy czym inwestowanie to powinno odbywać się w oparciu o dane, które potwierdzają związek społeczno-ekonomicznego rozwoju ze zdrowiem.

3. Promowanie zasady przejrzystości i odpowiedzialności w działaniach systemu zdrowotnego, dzięki czemu można uzyskać efekty dające się zmierzyć. Podejmowanie decyzji powinno opierać się na przejrzystych, czyli jasno określonych zasadach tak, aby możliwe było uzasadnienie oraz ocena określonych działań.
4. Dostosowanie systemów zdrowotnych do potrzeb, preferencji i oczekiwań ludzi, z zachowaniem ich praw i obowiązków wobec własnego zdrowia.
5. Włączanie zainteresowanych stron w tworzenie i wdrażanie polityki.
6. Rozwijanie mechanizmów wzajemnego uczenia się i współpracy pomiędzy krajami w planowaniu i wdrażaniu reform systemów zdrowotnych na poziomach krajowych i regionalnych.
7. Zapewnienie, aby systemy zdrowotne były przygotowane na kryzysy i zdolne do reagowania na nie oraz aby istniała wzajemna współpraca pomiędzy krajami i umacniały się Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (IHR).

Światowa Organizacja Zdrowia oraz organizacje i instytucje z całego świata (Fundusz Narodów Zjednoczonych Pomocy Dzieciom - *UNICEF*, Rada Europy, Bank Światowy) oraz inni współpracujący partnerzy, zobowiązali się do współpracy z Krajami Członkowskimi, aby pomóc we wzmacnianiu krajowych systemów opieki zdrowotnej i ochrony zdrowia.

PODSUMOWANIE

System zdrowotny jest jednym z ważnych czynników, który ma wpływ na zdrowie (16). System zdrowotny, który dobrze spełnia swoje zadania i jest skuteczny, przyczynia się nie tylko do zdrowia obywateli, ale również do ich aktywniejszego uczestnictwa w rynku pracy oraz rozwoju ekonomicznego kraju. Wydatki na systemy zdrowotne są fragmentem szerszej działalności nazywanej inwestowaniem dla zdrowia - stanowią inwestycję i w tych kategoriach powinny być rozpatrywane. Inwestowanie w system jest inwestowaniem w rozwój ludzki, pomyślność i dobrobyt (17, 18). Lepsze zdrowie obywateli przyczynia się do rozwoju ekonomicznego państwa. Zdrowie równa się dobrobyt (19).

PIŚMIENNICTWO

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO; 1948. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006: 2 http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

2. World Health Organization: Alma-Ata 1978, Primary Health Care. Geneva: WHO; 1978.
3. World Health Organization. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. Ljubljana: WHO; 1996. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_5
4. World Health Organization. Health 21 – Health for All in the 21st Century. Copenhagen: WHO; 1998: 213.
5. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO; 2000: 5-7, 23-25.
6. European Commission Report on Millennium Development Goals 2000-2004. Brussels: WHO; 2004.
7. World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary Health Care – Now More Than Ever. Geneva: WHO; 2008.
8. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: 1986.
9. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. International Conference on Health Promotion “New Players for New Era”. Jakarta: 1997.
10. World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Bangkok: WHO; 2005.
11. World Health Organization. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. Tallinn: WHO; 2008. <http://www.euro.who.int/document/E91438.pdf>
12. Kocot E. Dyskusja wokół koncepcji oceny funkcjonowania systemów zdrowotnych zaproponowanej przez WHO. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2004; 2(2): 45-55.
13. Leowski J. Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Wyd. 2. Warszawa: CeDeWu.pl; 2008: 19-20, 71.
14. Włodarczyk C. Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym. Kraków: Uniw. Wydaw. Med. „Ve-salius”; 1996: 287.
15. Ustawa z dnia 27 sierpnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz.U. Nr 210, poz. 2135, 2004 r. z późniejszymi zmianami.
16. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document. Information Canada. Ottawa: 1974.
17. Figueras J, McKee M, Lessof S, i in. Health systems, Health and wealth: assessing the case for investing in Health systems in the WHO European Region. Tallinn: WHO; 2008. http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_eBD3.pdf
18. Suhrcke M, McKee M, Sauto Arce R, i in. The contribution of health to the economy in the European Union. Public Health 2006; 120 (11): 994-1001.
19. Byrne D. Health equals Wealth. European Health Forum. Bad Gastein; 3 October 2003. Speech/03/443. <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=SPEECH/03/443&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>

Otrzymano: 11.02.2009 r.

Zakwalifikowano do druku: 24.03.2009 r.

Adres do korespondencji:

Maria Piotrowicz

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy

Zakład Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

tel. (0-prefix-22) 5421363,

e-mail: mpiotrowicz@pzh.gov.pl