

ZBIGNIEW WOŹNIAK

W STRONĘ ZDROWIA SPOŁECZNOŚCI – SOCJOLOGICZNY KONTEKST NOWEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ

W tytule znalazły się terminy mające obszerną literaturę oraz wiele stanowisk teoretycznych w ich opisie i wyjaśnianiu. Dla potrzeb tego artykułu konieczne jest syntetyczne przybliżenie przyjętego przez autora sposobu rozumienia pojęć: „zdrowie”, „społeczność” i „polityka” oraz wpisanie w te ogólne ramy konkretnych treści umożliwiających powiązanie kontekstu socjologicznego z polityką zdrowotną.

I. OD ZDROWIA JEDNOSTKI DO ZDROWIA ZBIOROWOŚCI

Pojęcie zdrowia, jako zjawiska o dużym ładunku subiektywizmu w ocenie oraz bez uniwersalnej normy (punktu odniesienia), skłania do wielości zróżnicowanych definicji, dopuszczających różnorodne treści (znaczenia) w zależności od tego, kto definiuje oraz kto interpretuje, czym zdrowie jest (podstawą może być medycyna, orzecznictwo lekarskie, wiedza i doświadczenie pojedynczego człowieka, kultura, prawo, instytucje ubezpieczeniowe itp.). Sposób rozumienia zdrowia i jego pomiaru zależy zatem od przekonań o jego źródłach, determinantach, siłach sprawczych i destrukcyjnych.

Przez wiele lat jedyną miarą zdrowia były zgony, wskaźniki biochemiczne zaś oraz statystyki zdrowotne służyły jako pośrednie miary chorobowości (np. hospitalizacja). Zainteresowanie pozabiologicznymi aspektami zdrowia wzrosło z chwilą opublikowania w 1946 r. propozycji Światowej Organizacji Zdrowia, w myśl której „zdrowie to całkowity dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny” (Konstytucja WHO). Od tego czasu wśród wielu definicyjnych atrybutów zdrowia znalazły się określenia stwierdzające, iż oznacza ono: pierwszą z wszystkich wolności, antytezę choroby, brak poczucia dyskomfortu psychofizycznego (ból, cierpienia), stan równowagi, zjawisko rozwojowe, zjawisko transcendentne, uprawomocnienie, całościowość, funkcjonalną zdolność (możliwość wypełniania wysoko cenionych społecznie ról i zadań), witalność (dobrą kondycję), dobrostan, dobrobyt rozumiany jako zapewnienie dostępności systemu opieki i leczenia, zasób życiowy (warunek i baza dla normalnego, codziennego funkcjonowania), wstępny warunek partycypacji społecznej i aktywności ekonomicznej, warunek wstępny utrzymania systemu społecznego, element porządku społecznego.

W ciągu ostatnich pięćdziesięciu lat obserwować można było istotną ewolucję, jaką przechodzą badacze definiujący i badający problem zdrowia: od postrzegania zdrowia w kategoriach przeżycia, poprzez fazę jego definiowania jako wolności od choroby, aż do zaakcentowania zdolności jednostki do wykonywania codziennych czynności oraz koncentrowania w ostatnich latach uwagi na pozytywnych aspektach zdrowia, takich jak szczęście, społeczny i emocjonalny dobrostan oraz jakość życia.

Można zatem powiedzieć, że klasyczna już dziś definicja Światowej Organizacji Zdrowia wpisała pojęcie zdrowia w koncepcję holistyczną zakładającą, iż całość jest czymś więcej niż sumą części. Istotą holizmu jest właśnie to „więcej niż...”, które musi być dodane, by poszczególne części złożyły się na całość. Są to pewne specjalne stosunki, połączenia, związki i zależności, które z wielości możliwych relacji generują „coś więcej” dla części lub całości. Owe prawidłowe stosunki części i całości określa się mianem synergii (współdziałania). Takie podejście teoretyczno-metodologiczne w definiowaniu zdrowia wywodzi się z hipokratejskiej tezy mówiącej: chcesz leczyć oko, musisz leczyć całego człowieka. W tej perspektywie ciało nie jest izolowane od osoby i jej społecznej oraz materialnej egzystencji oraz kontekstu społeczno-kulturowego jednostek i grup, stąd też organizm postrzegany jest jako system dynamiczny, kompleks pól energetycznych w określonych obszarach (np. w rodzinie, miejscu pracy, środowisku, kulturze, w określonej fazie życia itp.). Inaczej mówiąc, zdrowie to zarówno prawidłowa budowa, wydolność biologiczna, sprawne działanie organizmu (zdrowie osobnicze, fizyczne), jak i aktywność społeczna, prawidłowe relacje wzajemne członków populacji (społeczności), w tym zwłaszcza możliwość i zdolność prokreacji, pielęgnacji i opieki, wychowania nowych pokoleń (zdrowie zbiorowości).

Zdrowie jest zatem czymś więcej niż brakiem choroby i jednostkowym wymiarem warunków zdrowotnych. Stąd też nowa definicja wymagała nowych wskaźników mierzących wielopodmiotowy, całkowity dobrostan oraz tego wszystkiego, co pozwala określić zdolność posiadania i osiągania założonych celów, odpowiadania na osobiste potrzeby, a także radzenia sobie w codziennym życiu¹ (WHO, 1986).

Kluczowym momentem w rozwoju całościowej koncepcji zdrowia było wprowadzenie w badaniach socjomedycznych socjologicznego pojęcia analitycznego, jakim był (za T. Parsonsem): „funkcjonalny status oznaczający stopień, w jakim jednostka jest w stanie sprostać społecznym oczekiwaniom w kwestiach związanych z pełnieniem przypisanych jej ról społecznych i to bez ograniczeń fizycznych lub umysłowych”. Obudowany coraz to większą liczbą wskaźników status funkcjonalny obejmował trzy główne domeny²:

1) fizyczną – obejmującą:

- ograniczenie aktywności – ograniczenia w ruchu ciała (trudności w poruszaniu się, pochylaniu, skręcaniu itp.), ograniczenia mobilności (po-

¹ W połowie lat pięćdziesiątych XX w. w USA pojawiły się podstawowe badania populacyjne zbierające dane o chorobach i urazach oraz ich wpływie na poziom aktywności populacji.

² Na podstawie: M. Porter, B. Alder, Ch. Abraham, *Psychology and sociology applied to medicine*, Churchill Livingstone, London-New York-Oxford 1999, s. 38 i n.; *Gulf War Veterans: Measuring Health*, New York 1998, tab. 3-1, s. 41, 44 i n.

zostawanie w łóżku lub na wózku inwalidzkim, niemożność prowadzenia samochodu i/lub korzystania z komunikacji publicznej), zakłócenia w samoobsłudze (higiena osobista, mycie, ubieranie się, samodzielne jedzenie). Wśród wskaźników ograniczenia aktywności wymienia się: utracone dni robocze, absencję w szkole, dni obłożnej choroby, liczbę dni z ograniczoną aktywnością itp.;

– wydolność i wydajność – oceniane przez pryzmat energii, wytrzymałości, szybkości i korzystnych dla zdrowia rodzajów aktywności fizycznej (*fitness*). Indywidualne wskaźniki obejmują m.in. długość biegu na polu piłkarskim, szybkość biegu, marszu na określonym dystansie, wydolność w testach wytrzymałościowych itp.;

2) psychologiczną – z takimi wskaźnikami, jak:

– emocjonalne wskaźniki szczęścia, stresu, morale lub nastroju oraz aspekty poznawcze takie, jak czuwanie, gotowość, zażenowanie, zaburzenie myślenia i koncentracji;

– funkcjonowanie afektywne – ogólne miary stresu, narzędzia pomiaru stanów specyficznego nastroju, diagnozowania depresji i niepokoju itp.;

– funkcjonowanie poznawcze – zdolność/uszkodzenia procesu myślenia, pamięci i koncentracji, zdolność/ograniczenia funkcji intelektualnych niezbędnych w codziennej rutynie (pamiętanie nazwisk, adresów, telefonów, wykonywanie określonych prac i zadań itp.);

3) społeczną – oznaczającą zdolność jednostki do utrzymania stosunków społecznych z innymi ludźmi w różnych kontekstach społecznych (szkoła, praca, sąsiedztwo, rodzina itp.):

– ograniczenia w zwykle realizowanych rolach lub w głównych formach aktywności: utrzymanie pracy, uczęszczanie do szkoły, pełnienie roli rodzicielskiej, kierowanie gospodarstwem domowym, angażowanie się w zajęcia czasu wolnego i rekreację, utrzymywanie stosunków z przyjaciółmi itp.;

– integracja społeczna: uczestnictwo w życiu zbiorowym m.in. poprzez aktywność w organizacjach społecznych, współuczestnictwo w działaniach na rzecz wspólnoty, udział w rozwiązywaniu problemów społeczności itp.;

– kontakty społeczne: częstość odwiedzin przyjaciół lub krewnych, liczba spotkań i udział w imprezach organizowanych przez społeczność, rodzaje interakcji społecznych,

– prywatność/intymność/zazyłość: poziom izolacji i zaufania może być istotnym determinantem dobrostanu osób z ciężką lub terminalną chorobą. Kontakt społeczny i intymność nie wykluczają się – mogą być dostarczane przez te same osoby w sieci społecznej. Tutaj także włącza się funkcje i dysfunkcje seksualne.

Podsumowując ten fragment rozważań, można powiedzieć, że przyjmując koncepcję funkcjonalnego statusu, uznano warunki ograniczające jednostkową zdolność pełnienia ról i wykonywania zadań za zagrożenia dla zdrowia. Dzisiaj funkcjonalny status traktowany jest jako tylko jeden z komponentów zdrowia obok dobrostanu oraz zdrowia społecznego, jako zjawisk odrębnych

od zdrowia fizycznego i psychicznego, rozpatrywanych przez pryzmat przystosowania, wsparcia społecznego, jakości życia, a nawet szczęścia³.

Całość może stać się „czymś więcej niż sumą części”, jeśli są one różne i zakres tych różnic jest traktowany twórczo – bogactwo całości zależy zatem od różnorodności oraz niepowtarzalności jej części, nowe poziomy organizacji zaś i zjawisk mogą się wyłonić tylko z kombinacji rzeczy różnych w założeniach, funkcjach, punktach widzenia itp. W holistycznej koncepcji zdrowia od samego początku duże kontrowersje wśród badaczy i praktyków wzbudzało pojęcie dobrostanu (*well-being*), któremu zarzucano głównie trudności (niemożność) budowania efektywnych narzędzi pomiaru, aczkolwiek H. Dunn już w 1959 r. proponował, iżby przez dobrostan rozumieć „zintegrowaną metodę funkcjonowania zorientowanego na maksymalizowanie potencjału możliwego do osiągnięcia w środowisku życia jednostki i/lub grupy”⁴. Bardziej konkretną okazała się propozycja B. Hettlera, w myśl której dobrostan to „aktywny proces służący świadomym wyborom w dążeniu do osiągania coraz bardziej satysfakcjonującej egzystencji”⁵. Wybory te są pod silnym wpływem cech osobowościowych jednostki oraz kultury i środowiska, stąd też dobrostan należy rozpatrywać w wymiarze:

- a) intelektualnym – poziom zaangażowania zasobów intelektualnych w procesie generowania i stymulowania aktywności (zwłaszcza umysłowej). Jednostka z intelektualnym dobrostanem wykorzystuje dostępne zasoby w rozwijaniu i udoskonalaniu narzędzi i umiejętności na użytek własny i na potrzeby innych (globalny wskaźnik dobrego samopoczucia: poczucie spełnienia i rozwoju osobowego, zdolność uruchamiania twórczej wyobraźni, a także zdolność jej wyrażania);
- b) emocjonalnym – świadomość stanu swych uczuć, ich akceptacja i kontrola (zarówno emocji, jak i związanych z nimi zachowań) – pozytywne myślenie o własnym życiu oraz świadomość własnych ograniczeń (wskaźnik dobrego samopoczucia: uczucie zadowolenia i szczęścia);
- c) fizycznym – zachowania służące utrzymaniu siły i wydolności (zwłaszcza układu sercowo-naczyniowego), służące zachowaniu zdrowia (styl życia), zapobieganiu i wczesnemu wykrywaniu chorób (globalny wskaźnik dobrego samopoczucia: rozpoznawanie i unikanie sytuacji ryzykownych oraz zachowań mogących obniżyć poziom dobrostanu);
- d) społecznym – wkład jednostki w pomyślność zbiorową (intensywność i poziom wkładu), nacisk na wzajemną zależność jednostek, rodziny, społeczności i środowiska fizycznego (globalny wskaźnik dobrego

³ Robert Blondin na podstawie wyników badań międzynarodowych twierdzi, iż głównymi atrybutami szczęśliwych jednostek są: orientacja na innych, pewność kierowania sobą, otwartość na zmiany, umiejętność przyciągania innych do siebie, a zwłaszcza zaangażowanie w to, co perspektywiczne, nie zaś koncentrowanie uwagi na poszczególnych składnikach życiowych. Takie rozumienie szczęścia zbliża to pojęcie do pozabiologicznych aspektów zdrowia. Szersze przemyślenia na ten temat znaleźć można w: *Le Bonheur possible. Les gens heureux ont une histoire, les conclusions d'une vaste enquête*, Les Éditions de L'Homme, Montreal 1983.

⁴ H. Dunn, *High level wellness*, Arlington 1961, s. 84.

⁵ B. Hettler, *Wellness promotion and risk reduction on University Campus*, w: *Promotion health through risk reduction*, red. M. Faber, A. Reinhardt, Collier Macmillan Publishers, London 1982, s. 207 i n.

samopoczucia: dążenie do zapewnienia bezpieczniejszego i dostatniejszego życia dla siebie i innych, poczucie odpowiedzialności za innych);

- e) zawodowym – poziom zadowolenia z pracy i wzbogacania życia przez pracę (globalny wskaźnik dobrego samopoczucia: poczucie spełnienia, rozwój zawodowy);
- f) duchowym – włączenie w nurt poszukiwania sensu życia i istnienia człowieka, uznanie różnych dróg życia, poszerzanie przestrzeni życiowej, świadomość roli sił przyrody i wszechświata w kształtowaniu ludzkiej egzystencji (globalny wskaźnik dobrego samopoczucia: poczucie duchowej świadomości celu życia i przekonanie o tym, że życie samo w sobie jest wartością).

Tak rozumiane bio-psycho-społeczne komponenty zdrowia prowadzą do kolejnej ważnej konstatacji: nie ma zdrowia ogólnego bez zdrowa psychicznego, oznaczającego⁶:

- a) dobre samopoczucie,
- b) indywidualne zasoby obejmujące poczucie własnej wartości, kontroli i koherencji, a także optymizm,
- c) zdolność do podejmowania, rozwijania i utrzymania wzajemnie satysfakcjonujących, bezpośrednich, osobistych stosunków społecznych,
- d) zdolność radzenia sobie w życiu z przeciwnościami, trudnościami i kryzysami.

Zdrowie psychiczne to istotny składnik zasobów i jakości życia jednostek, rodzin, społeczności, a także społeczeństw globalnych – to warunek funkcjonowania ludzi i grup społecznych. Jest ono udziałem każdego człowieka, generowane w rutynowych czynnościach codziennego życia, w domu, szkole, na ulicy, w miejscu pracy i podczas wypoczynku; buduje potencjał zwiększający zdolność do efektywnego funkcjonowania jednostki w rodzinie, innych grupach społecznych i sieciach społecznych oraz w społeczności lokalnej i społeczeństwie globalnym.

Całość jest także „czymś więcej niż sumą części” nie tylko dzięki synergii między nimi, ale także dlatego, że poszczególne części mają wkład w całość, manifestując jej istotę, cel i funkcję (np. każdy organ i narząd ma specyficzną relację w odniesieniu do funkcji całego ciała). Ten stosunek biegnie dwoma drogami:

- całość ma specjalną relację z jej częściami,
- na najbardziej podstawowym poziomie całość jest przesłanką (racją) istnienia poszczególnych części.

W ten oto sposób integracja z jednej strony i zróżnicowanie z drugiej odzwierciedlają i generują holizm (całościowość) – inaczej mówiąc: całość kieruje, zarządza „życiem” części⁷. Jakiś system jest zatem „zdrowy”⁸, gdy

⁶ Syntetyczną wykładnię współczesnego rozumienia zdrowia psychicznego opracowali autorzy programu finansowanego przez Komisję Europejską, którego wyniki zaprezentowano w ramach European Conference on Promotion of Mental Health and Social Inclusion (Tampere, październik 1999 r.); patrz także: *Public Health Action Framework on Mental Health*, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Finnish Ministry of Social Affairs and Health, European Network on Mental Health Policy, 2000.

⁷ Zob. T. Atlee, *Using synergy, diversity and wholeness to create a wisdom culture* oraz *Six facets of wholeness*, The Co-intelligence Institute 2001; <http://www.co-intelligence.org/1-6partswholeness.html>.

⁸ Angielski wyraz *health* („zdrowie”) wywodzi się z tego samego pnia, co termin *whole* („całość”) – ze słowa *wholesome* („zdrowy”, „korzystny”).

wszystkie jego części pozostają we właściwych, prawidłowych relacjach wzajemnych i wobec systemu jako całości. W zdrowej całości, części mają zdrowe relacje między sobą i istnieje tam zarówno synergia całości, jak i części.

W tym kontekście kluczowym składnikiem dobrostanu okazuje się zdrowie społeczne, oznaczające poziom, na którym ludzie funkcjonują adekwatnie jako członkowie społeczności – społecznie zdrowe osoby powinny sprostać codziennym wyzwaniom. Osobowości jednostek mogą być determinowane jakością i ilością stosunków i interakcji, stąd też brak integracji w tej sferze może być źródłem stresu i pomniejszenia zasobów służących radzeniu sobie z tymi problemami (Bowling)⁹.

Także zdrowie rodziny nie jest prostą sumą zdrowia osobniczego jej członków, lecz stanem osiąganym w wyniku dynamicznego procesu, w ramach którego zachowania i stan zdrowotny któregoś z członków rodziny nie pozostają bez wpływu na zdrowie i działania pozostałych oraz na funkcjonowanie systemu rodziny jako całości. Tak więc wszystko, co w strukturze i funkcjach rodziny wspiera dobrostan członków pozostających we wspólnocie, tworzy równocześnie podstawę zdrowia rodziny (tabela 1).

Tabela 1

Elementy szacowania zdrowia rodziny

1. CZYNNIKI ZWIĄZANE ZE ZDROWIEM SOMATYCZNYM CZŁONKÓW RODZINY: - wiek - tempo i osiągnięty poziom rozwoju fizycznego - szczególne walory i możliwości fizyczne - korzystanie z zasobów systemu opieki zdrowotnej - wzory i zwyczaje żywieniowe – poziom odżywienia - przeszłe i aktualne problemy zdrowotne - poziom sprawności psychofizycznej i społecznej	2. CZYNNIKI ZWIĄZANE ZE ZDROWIEM PSYCHICZNYM CZŁONKÓW RODZINY: - poczucie kontroli nad własnym życiem - zdolność i umiejętność rozwiązywania problemów - osiągnięcia szkolne/w pracy - szczególne walory, umiejętności oraz możliwości psychiczne i intelektualne - poczucie humoru, własnej wartości i godności oraz poziom zaspokojenia potrzeb psychicznych - przeszłe i aktualne zaburzenia psychiczne oraz sprawność psychospołeczna
3. CZYNNIKI SPOŁECZNO-KULTUROWE: - tradycje i zwyczaje rodzinne, styl życia - wpływy etniczne, regionalne - religia - dominujące postawy (opinie, poglądy) i zachowania związane ze zdrowiem i chorobą, edukacją oraz życiem - metody, umiejętności i efekty wychowawcze	4. CZYNNIKI SOCJOEKONOMICZNE: - żywiciel(e) rodziny - status socjoedukacyjny rodziny - dochody i oszczędności - zawody i zatrudnienie członków rodziny - zarządzanie budżetem rodziny (w tym wydatki) - zasoby materialne - poziom zaspokojenia potrzeb
5. DYNAMIKA RODZINY: - interakcje wewnątrzrodzinne w bliskim i szerszym kręgu rodzinnym - władza w rodzinie i umiejętność podejmowania decyzji - style komunikowania się - zdolność do samoopieki i samoorganizacji - udział w wymianie społecznej - relacje rodzinne w rekreacji, zabawie, zagrożeniu i kryzysie	6. CZYNNIKI ŚRODOWISKOWE: - cechy oraz atmosfera domu, sąsiedztwa, dzielnicy - postawy społeczności wobec rodziny - jakość środowiska naturalnego – czynniki ryzyka w otoczeniu - otoczenie instytucjonalne i dostępność wsparcia - dostępność świadczeń i usług zdrowotnych

⁹ Gulf War..., s. 39.

Rodzina to swoisty zespół zdrowotny, zarówno w sensie pozytywnym (profilaktyka, krzewienie zdrowia, socjalizacja do roli chorego i pacjenta, przekaz kultury zdrowotnej itp.), jak i w znaczeniu negatywnym (rezerwuar chorób, czynnik ryzyka w chorobach, nieodpowiedni poziom higieny, kultury medycznej, zwłaszcza wiedzy o zdrowiu i chorobie itp.) oraz instytucja wypełniająca zadania opiekuńcze i pielęgnacyjne w procesie leczenia i rehabilitacji. Jeśli pozarodzinne instytucje odpowiedzialne za ochronę zdrowia obywateli nie wywiązują się ze swych zadań, wówczas szybko narastające się braki w postawach i zachowaniach zdrowotnych członków rodziny stają się dysfunkcjonalne wobec zdrowia populacji jako całości.

Z kolei społeczeństwo, by być zdrowym, potrzebuje części będących w synergicznych relacjach ze sobą, dzięki czemu możliwe jest w dość prosty sposób tworzenie wolnych zasobów przez takie ułożenie elementów składowych (ludzie, grupy, stosunki, role, instytucje, organizacje itp.), że uzupełniają one lub stymulują każdy z tych elementów z osobna. Lisa Berkman z Harvard Center for Society and Health twierdzi¹⁰, że społeczne determinanty zdrowia można odnaleźć w: stratyfikacji społecznej, sieciach społecznych, czynnikach biologicznych, które jednakże pozostają w relacji do społecznych warunków egzystencji i funkcjonowania jednostek w zbiorowościach oraz w czynnikach związanych z pracą i relacjami praca–rodzina. W dodatku determinanty te osadzone są w określonym społecznym kontekście – np. takie zachowania, jak konsumpcja alkoholu, tytoniu, wzory żywieniowe, aktywność fizyczna, tkwią głęboko w strukturze społecznej, co powoduje, iż zmiana tych zachowań (stylu życia) jest trudna bez odniesienia określonych działań do kontekstu społecznego, w którym takie zachowania mogą występować¹¹. Stąd też punktem wyjścia w procesie szacowania zdrowia społeczności są informacje umożliwiające identyfikowanie grup ryzyka, a więc takich, których członkowie znajdują się na progu utraty bezpieczeństwa zdrowotnego¹². Dla urzędów społecznych współczynnik bezpieczeństwa określają ich zasoby (ludzie, zdolności i umiejętności jednostek oraz możliwości materialno-organizacyjne, sieć powiązań społecznych), zaplecze instytucjonalne oraz możliwość i szybkość ich uruchomienia w sytuacjach krytycznych.

Można zatem przyjąć, że współczynnik bezpieczeństwa zdrowotnego zbiorowości stanowi wypadkową jej:

1) zasobów:

- ludzkich (liczba, jakość, stan zdrowia członków),
- materialnych (dochody, zasobność społeczności, gospodarstw domowych, systemu rodzinnego),
- strukturalnych (typy rodzin, konfiguracje stosunków społecznych w zbiorowościach),
- funkcjonalnych (statusy, role społeczne),

¹⁰ L. Berkman, I. Kawachi, *Social epidemiology*, Oxford University Press 2000, fig. 7-1, s. 79.

¹¹ Zob. D. Ayre, G. Clough, T. Norris, *What creates health?*, <http://www.communityinitiatives.com/trendbenders/chapter2.html>.

¹² „Bezpieczeństwo zdrowotne” oznacza stan, w którym czynniki ryzyka i warunki prowadzące do uszczerbku fizycznego, psychicznego lub społecznego są poddane kontroli, aby chronić zdrowie i dobrostan jednostek i społeczności – to niezbędny warunek prowadzenia normalnego życia i realizacji aspiracji (Światowa Organizacja Zdrowia, 1998).

- zdolności adaptacyjnych (wzory radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, odporność na kryzys itp.).
- 2) potencjału leżącego poza systemem grup pierwotnych w postaci:
 - zasięgu i sieci powiązań społecznych,
 - zaplecza instytucjonalnego,
 - systemu zabezpieczeń społecznych oraz innych systemów wsparcia społecznego,
 - systemu sygnałowego umożliwiającego szybkie reagowanie zasobów pozarodzinnych.

Określenie potencjału, a zwłaszcza progu bezpieczeństwa zdrowotnego społeczności i jej elementów składowych nie jest możliwe bez uwzględnienia kontekstu demograficznego, zdrowotnego *sensu stricto*, instytucjonalnego, kulturowego i stratyfikacyjnego (pozycje społeczne i statusy), a także sytuacji ekonomicznej społeczeństwa (społeczności). W miarę wyczerpujący model wyznaczania obszarów granicznych bezpieczeństwa socjalno-zdrowotnego uwzględniać zatem musi wieloczynnikową analizę wzajemnego warunkowania zdrowia oraz kompleksu cech i zjawisk współokreślających położenie człowieka i grup społecznych, do których jednostka przynależy.

Podsumujmy zatem: z jednej strony zdrowie oznacza pełną integrację ciała (brak jakichkolwiek objawów patologicznych, bólu, obniżonej sprawności – „niezauważalny organizm”), z drugiej zaś stan dynamicznej równowagi między jednostką, społeczeństwem i środowiskiem oparty na osobniczych możliwościach i pewnym nadmiarze zasobów w poszczególnych sferach niezbędnych (wystarczających) do pokonania potencjalnego napięcia (zmiana, konflikt, uszkodzenie, dezorganizacja itp.) mogącego doprowadzić do zaburzenia homeostazy bio-psycho-społecznej i duchowej.

O zdrowej społeczności można mówić, gdy zbiorowość ta zachowuje zdolność do trwania i funkcjonowania, mimo zachodzących zmian w jej obrębie i poza nią – to nie tylko możliwość wypełniania funkcji terażniejszych, lecz także przygotowanie się do przyszłości (zasoby, kultura zdrowotna, relacje wzajemne między członkami, elementami konstytuującymi, zdolność i możliwości prokreacji, pielęgnacji i opieki oraz wychowania nowych pokoleń)¹³.

II. OD TEORII DO PRAKTYKI – EPIDEMIOLOGIA I BADANIA SOCJOMEDYCZNE¹⁴ W SŁUŻBIE PROGRAMÓW OCHRONY ZDROWIA JEDNOSTEK I POPULACJI

Opis i poszukiwanie źródeł zdrowia jednostek i populacji wykracza dzisiaj daleko poza klasyczny paradygmat medyczny. Założeniem podstawowym holistycznej koncepcji zdrowia stała się teza, iż ma ono swój początek w miejscach, gdzie ludzie żyją, uczą się i pracują, a także odpoczywają.

¹³ Ten sposób myślenia autora ma swoje źródło w głoszonych jeszcze w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku poglądach przez R. Dubos i M. Manciaux; zob. *Family health and family planning*, Collection of papers published under sponsorship of the World Health Organization Regional Office for Europe, The International Children's Centre, Paris 1979.

¹⁴ Pod tym pojęciem kryją się zjawiska i procesy wyznaczone przez zdarzenia zdrowotne, chorobę, niesprawność i/lub wywołane przez system zdrowia, a uwikłane w struktury społeczne i ich funkcjonowanie.

Sfery te przenikają się wzajemnie, tworząc warunki życia i rozwoju pozostające w relacjach przyczynowo-skutkowych z kompleksem zagadnień zdrowie–choroba. Stąd też dla krzewienia (poprawy, zachowania) zdrowia konieczne są odpowiednie urządzenia społeczne, ludzie zaś muszą być zdolni do prowadzenia zdrowego życia i trzeba dostarczyć im narzędzi temu służących.

Instrumentarium badań socjomedycznych opartych na tak konceptualizowanym, nowym, społeczno-kulturowym, funkcjonalnym paradygmacie zdrowia jest wielodyscyplinarne i – jak każde racjonalne działanie – „żywi się” najpierw diagnozą: trzeba pytać (zidentyfikować potrzeby i stawiać pytania), potem zbierać dane (prowadzić badania i/lub wykorzystać istniejące wyniki) i zrozumieć (szacować, interpretować i syntetyzować dowody, świadectwa), a następnie wykorzystać to wszystko w praktyce (polityka i strategię, infrastruktura).

Znaczącym faktem w rozwoju badań w ramach nowego paradygmatu zdrowia było przyjęcie przez Komitet Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia następujących 12 grup czynników określających warunki zdrowotne: stan zdrowia (wraz z demografią), stan odżywienia i zaopatrzenie w żywność, poziom wykształcenia, zatrudnienie (rynek pracy), warunki pracy, spożycie zbiorowe i oszczędzanie, sytuacja mieszkaniowa, komunikacja i łączność, zaopatrzenie w odzież, możliwości wypoczynku, rekreacji i rozrywki, system zabezpieczenia społecznego, a także prawa i swobody obywatelskie.

Styl życia, zachowania zdrowotne, genetyka i warunki socjoekonomiczne okazują się dużo bardziej istotnymi determinantami zdrowia, niż sam dostęp do opieki zdrowotnej i jej jakość¹⁵. To, co przez wiele lat w dużym stopniu było intuicją, zostało dowiedzione. Z badań wynika, że status socjoekonomiczny antycypuje stan zdrowia jednostek i populacji. Trudne warunki socjoekonomiczne mają negatywny wpływ na zdrowie przez całe życie ludzi – badania nauk neurologicznych wskazują, iż złe warunki życia podnoszą ryzyko zaburzeń funkcjonowania w sferze poznawczej i emocjonalnej, skutkując różnicami w przebiegu nauki szkolnej i późniejszej kariery osoby dorosłej. Z kolei analizy epidemiologiczne dowiodły, że jednostki z niższych warstw hierarchii społecznej narażone są na dwukrotnie większe ryzyko poważnej choroby, absencji chorobowej i przedwczesnego zgonu niż przedstawiciele wyższych warstw społecznych. Poprzez spektrum socjoekonomiczne biegnie rosnące ryzyko zdrowotne, co oznacza, że np. przedstawiciele średniego szczebla zarządzania mają większe prawdopodobieństwo gorszych wskaźników zdrowia niż osoby z najwyższego szczebla kierowniczego (lepszą pracą, wyższy dochód, prozdrowotne zachowania, kontrola nad przebiegiem procesu pracy)¹⁶.

¹⁵ Wielokrotnie powtarzane pomiary dowiodły, że połowa czynników odpowiedzialnych za zdrowie to styl życia i związane z nim zachowania (używkii, dieta, wzory aktywności, substancje i czynniki toksyczne, zachowania seksualne, broń palna, pojazdy mechaniczne), 20% ma pochodzenie socjoekonomiczne, kulturowe i środowiskowe, kolejne 20% to uwarunkowania genetyczne, a tylko 10% związane jest z opieką zdrowotną; zob. J. M. Mc Ginnis i W. H. Foegen, *Actual causes of death in the United States*, „Journal of American Medical Association” 1993, nr 270 (18), s. 2207-2212.

¹⁶ D. Ayre, G. Clough, T. Norris, op. cit., s. 4.

Jakość stanu zdrowia rośnie monotonicznie wraz ze wzrostem statusu socjoekonomicznego w każdym bogatym społeczeństwie na świecie. Jeszcze na początku XX w. średnia długość życia ludzkiego mieściła się w relacji: im bogatszy kraj, tym wyższy wskaźnik. Po stu latach pojawiło się zróżnicowanie wśród państw najbogatszych, jakkolwiek populacje krajów o relatywnie zrównoważonym dochodzie nadal są zdrowsze niż społeczeństwa o nierównej dystrybucji dochodu. Ten wzór nie jest prostą różnicą między „zdrowym–bogatym” i „niezdrowym–biednym”, lecz oznacza, że stan zdrowia w każdej warstwie (klasie) w obrębie populacji jest lepszy niż przedstawicieli niższego piętra stratyfikacji społecznej. Zatem członkowie klasy średniej mogą, co prawda, żyć dłużej i w lepszym zdrowiu niż ludzie od nich biedniejsi, ale sami mogą znajdować się w gorszej kondycji zdrowotnej i żyć krócej niż ludzie stojący wyżej od nich w hierarchii statusu materialnego. Dawna, klasyczna relacja „bogactwo = zdrowie” jest nadal aktualna w odniesieniu do krajów najbiedniejszych¹⁷.

Przewlekły charakter większości chorób końca XX w. nie rokuje odwracalności ich skutków dla ogólnego stanu zdrowia, mimo stosowania coraz bardziej wyrafinowanych (i coraz droższych) metod, technik i środków leczniczych¹⁸. Nowymi chorobami społecznymi społeczeństw postindustrialnych, które będą problemem światowym w najbliższych dwóch dekadach XXI w., stały się – z wyboru jednostkowego i zbiorowego (styl życia, ekologia) – schorzenia prowadzące nie tylko do przedwczesnego zgonu, lecz także do niepełnosprawności (12-15% ludności świata w 2000 r.)¹⁹. Dotyczy to zwłaszcza chorób układu krążenia (głównie niedokrwienność serca, nadciśnienie tętnicze), depresji, wypadków i urazów będących przede wszystkim rezultatem wypadków komunikacyjnych, chorób naczyniowo-mózgowych, nadwagi, chorób odtytoniowych²⁰ (choroby układu oddechowego, zwłaszcza nowotwory płuc i krtani) i schorzeń związanych z uzależnieniami. Chorobami współczesnej kultury i życia zbiorowego są stres i brak kontroli nad własnym życiem (zwłaszcza pracą). To najgorszy prognostyk zdrowotny, bowiem osoby pracujące w reżimie wysokich wymagań i niskiej kontroli nad własną pracą wielokrotnie częściej zapadają na choroby układu krążenia i wykazują zaburzenia psychiczne²¹. Epidemiolodzy zwracają uwagę na wielce prawdopodobny z punktu widzenia warunków pracy i stylu życia, znaczący wzrost liczby osób z zaburzeniami psychicznymi i psychozami prowadzącymi do niepełnosprawności²².

¹⁷ C. Hertzman, *The social dimensions of public health*, w: A. Kazancigil, D. Makison, *World social science. Report 1999*, UNESCO Publishing – Elsevier, Paris 1999, s. 342 i n.

¹⁸ Koszty opieki medycznej nad przewlekle chorymi stanowią 60% ogółu wydatków na opiekę zdrowotną w krajach najbogatszych; por. The Robert Wood Johnson Foundation, *Annual Report 1994*; *Health – United States 1994*, s. 56.

¹⁹ Z 846 mln osób niepełnosprawnych 80% żyje w krajach rozwijających się: 300 mln w Azji, 50 mln w Afryce, 34 mln w Ameryce Łacińskiej; por. G. Albrecht, L. Verbrugge, *The global emergence of disability*, w: *Handbook of social studies in health and medicine*, red. G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, S. C. Scrimshaw, Sage Publication, London-Thousand Oaks-New Delhi 2000, s. 298.

²⁰ Zdaniem ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia w 2020 r. 9% ogółu schorzeń na świecie stanowić będą choroby odtytoniowe; ibidem.

²¹ Koszty opieki zdrowotnej ludzi ze stresem są o 46% wyższe niż w wypadku innych chorych, sami zaś ludzie z depresją wydają rocznie na leczenie 70,2% więcej niż osoby bez tej dolegliwości; ibidem.

²² Np. w USA zaburzenia te są czwartą w kolejności przyczyną choroby obłóżnej.

Podkreśla się także, że wiele urazów i będąca ich skutkiem niepełnosprawność są rezultatem zaniedbań epidemiologicznych – przykładem mogą być urazy w domu, zdarzające się już dzisiaj pięciokrotnie częściej niż w wypadkach drogowych nie kończących się zgonami²³.

Rosnącym zagrożeniem zdrowotnym jest rabunkowa eksploatacja zasobów naturalnych, a zwłaszcza degradacja i zmniejszanie się tzw. obszarów ekoproduktywnych. W latach 1950-1990 udział ekologicznie produktywnych ziem w najbogatszych krajach wzrósł z 2 ha do 4-6 ha na osobę, ale w tym samym czasie podaż ekologicznej produktywnie ziemi spadła z 3,6 ha do 1,7 ha na osobę, głównie w wyniku wzrostu populacji. Jeśli chcielibyśmy umożliwić biedniejszej części świata osiągnięcie poziomu konsumpcji krajów najbogatszych, trzeba byłoby posiadać na ziemi dwa razy więcej ekoproduktywnego arealu, niż mamy go obecnie. W tym stanie rzeczy specjaliści twierdzą, że imperatyw koncepcji globalnego zrównowżenia wymaga przededefiniowania „zdrowych społeczeństw”, uznając za takowe te, które generują najlepszy status zdrowotny swoich członków, a jednocześnie zawłaszczają minimum zasobów ekologicznie produktywnych. Pojawiała się nawet propozycja, by zastąpić dochód *per capita* miarami zawłaszczania ekologicznie produktywnie ziemi²⁴.

Stosunkowo nowym obszarem penetracji badawczej stały się ostatnio kwestie związane z rolą stosunków społecznych i stanem zdrowia. Z doniesień epidemiologów i socjologów wynika, że stosunki oparte na przyjaźni, dobre relacje społeczne z ludźmi i sieć wsparcia społecznego sprzyjają utrzymaniu dobrego zdrowia. Stwierdzono²⁵ m.in., że:

- 1) wyższemu poziomowi spójności społecznej (kohezji) w obrębie społeczności sprzyjają niskie współczynniki zachorowalności z powodu chorób układu krążenia (zwłaszcza zawału serca i tzw. wieńcówki), natomiast spadkowi spójności społecznej towarzyszy wzrost liczby chorób układu krążenia (pionierskie badania społeczności Roberta Putnama we Włoszech);
- 2) osoby z mniejszym wsparciem emocjonalnym są bardziej podatne na depresję, a kobiety z tej grupy reprezentują większe ryzyko komplikacji podczas ciąży oraz są bardziej niż inni zagrożone niepełnosprawnością po przebyciu choroby przewlekłej;
- 3) mieszkańcy spójnych społeczności cieszą się lepszym zdrowiem niż ludzie mieszkający w rejonach o niższym poziomie interakcji i mniejszym wsparciu w obrębie społeczności;
- 4) wśród kobiet żyjących w środowisku z dobrze współpracującą siecią społeczną:
 - spadało prawdopodobieństwo niskiej wagi urodzeniowej potomstwa;

²³ C. Michaud, *The global burden of disease and injuries*, 1990, „International Social and Science Journal Health Policies and Social Values, 161, September 1999, tab. 3-6, s. 292-293.

²⁴ Dla oszacowania takiego wskaźnika wiążącego poszanowanie energii wykonano badanie porównujące w skali międzynarodowej śmiertelność niemowląt i dalsze trwanie ludzkiego życia z konsumpcją energii na głowę. Wykazały one stosunki między nimi podobne do relacji z dochodem narodowym; por. C. Hertzman, op. cit., s. 348.

²⁵ D. Ayre, G. Clough, T. Norris, op. cit., s. 3 i n.

- odnotowano istotne różnice między dzielnicami wielkiego miasta w liczbie zabójstw i innych przestępstw, które można było wiązać z rozbieżnościami w spójności społecznej, poziomem zaufania i angażowania się w kwestie związane z dobrem wspólnym (Chicago 1997);
- 5) istnieją różnice w umieralności na obszarach o zróżnicowanym kapitale społecznym – np. stany USA o wyższym poziomie aktywności społecznej obywateli w społeczności mają niższe współczynniki zgonów ogółem i z powodu chorób układu krążenia oraz niektórych nowotworów – podobne różnice między regionami, miastami, a nawet dzielnicami miast z uwagi na kapitał społeczny stwierdzono w przypadku wskaźników poronień (1997).

Uogólniając dotychczasowe rozważania, należy stwierdzić, że analizy ekonomiczne i badania socjomedyczne dowodzą bezspornie, że status społeczny, dochód, poczucie kontroli nad własnym życiem i pracą, sieć wsparcia społecznego, edukacja, poczucie własnej wartości i aktywność obywatelska są czynnikami powodującymi rzeczywiste różnice w stanie zdrowia społeczności. Kanadyjski socjolog Marc Renaud²⁶ wzmacnia powyższe tezy, twierdząc, że zdrowie należy wywodzić z kompletności i prawidłowości stosunków społecznych, dlatego nie może być ono obszarem klasycznej interwencji medycznej: lepiej wydawać niewystarczające (kurczące się) zasoby, stymulując z korzyścią dla zdrowia wzrost i rozwój społeczny i ekonomiczny, poszerzając dostęp do edukacji i budując strategie przeciwdziałania ubóstwu, przestępczości i uzależnieniom, niż finansować na obecnym poziomie diagnozowanie i leczenie chorób. Okazuje się, że obywatele do pewnego stopnia, kreując i wzmacniając społeczność, poprawiają zdolność rozwiązywania spraw jednostkowych oraz reagowania na symptomy chorób społecznych. Ludzie stają się zdrowszymi, gdy reintegrują w codziennym życiu staromodne wartości współpracy, wspólnoty i sąsiedztwa. Społeczność może nas uczyć wielu umiejętności społecznych niezbędnych w konstruowaniu zdrowych modeli życia. Dowodów prawdziwości tego założenia dostarczają bardziej egalitarne społeczeństwa, które wykazują skłonność do posiadania wyższych standardów zdrowotnych – życie w ubóstwie, w silnie rozwarstwionym społeczeństwie sprzyja występowaniu problemów w sferze zdrowia psychosomatycznego, czyniąc człowieka podatnym na wykluczenie społeczne i ryzyko marginalizacji.

Rosnąca liczba empirycznych dowodów na temat związków zdrowia z kontekstem społecznym człowieka otwiera nowe perspektywy dla zasad rozdziału i alokacji zasobów publicznych. Systemy społeczne – od rządów i instytucji gospodarczych do infrastruktury instytucjonalnej i organizacji społecznych oraz sąsiedztwa i rodziny – nie są jednak jeszcze w pełni gotowe i/lub zdolne do właściwej odpowiedzi na te wyzwania.

Mimo wiedzy na temat wysokich kosztów klasycznej interwencji medycznej nie jesteśmy jeszcze gotowi na tworzenie programów o cechach prewencji wobec czynników socjokulturowych związanych ze zdrowiem. Także nasze instytucje i organizacje nie są przygotowane do tego, by zwracać się ku źródłom choroby społecznej o coraz bardziej czytelnym symptomach.

²⁶ Ibidem, s. 4.

Znając zagrożenia stanu zdrowia populacji na najbliższe dziesięciolecia, możliwości finansowe budżetu państwa i obywateli, zaawansowanie technologiczne medycyny i związane z tym koszty oraz ograniczenia, trzeba na nowo przemyśleć politykę w ramach opieki zdrowotnej. Stąd też priorytetem w organizowaniu opieki zdrowotnej w krajach wysoko rozwiniętych stała się dostępność oraz jakość świadczeń zdrowotnych, którym towarzyszy dążenie do budowania efektywnego i kompleksowego (nacisk na promocję zdrowia i profilaktykę), a także wydajnego ekonomicznie oraz sprawiedliwego systemu instytucjonalnego stwarzającego obywatelom możliwość wyboru usług (konsumencka wersja praw obywatelskich)²⁷.

III. SPOŁECZNE DETERMINANTY ZDROWIA PRZESŁANKĄ ZDROWIA PUBLICZNEGO

W poprzednich podrozdziałach autor dostarczał dowodów na poparcie tezy zakładającej, że zdrowie osobiste i zbiorowe jest w poważnym stopniu rezultatem warunków środowiskowych, statusu ekonomicznego (dochód) i wyborów, jakie podejmujemy jako członkowie różnych zbiorowości (indywidualnie i zbiorowo). Rodzi się zatem pytanie, jak czynić miejsca życia, pracy i wypoczynku bezpiecznymi zdrowotnie oraz jak zorganizować wysiłki zbiorowe służące promowaniu zdrowia, prolongowaniu życia i zapobieganiu chorobom. W tym sensie zdrowie to także dobro wspólne, ma charakter publiczny, czyli wspólny, powszechny, dotyczy bowiem całej społeczności oznaczającej skupisko ludzi i instytucji, w obrębie których jednostki i grupy mają możliwość wykonania pełnego obrotu koła życiowych działań, zrealizowania zróżnicowanych form indywidualnej aktywności życiowej, takich jak nauka, praca, rozrywka i wypoczynek, kontakty społeczne, zainteresowania, itp. Istotą funkcjonalnej społeczności jest jej zdolność stawiania i realizowania celów oraz potrzeb w taki sposób, by zapewnić rozwój, przeżycie i samorealizację członków. Musi ona posiadać pewne formy organizacyjne na użytek zróżnicowanych funkcji²⁸ oraz sieć wyspecjalizowanych instytucji²⁹ umożliwiających wyjście naprzeciw potrzebom swych członków. Każda społeczność wypracowuje także właściwe dla siebie systemy wsparcia, uruchamiane w wypadku pojawienia się określonych problemów lub wówczas, gdy jednostka lub grupa znajdzie się w trudnej sytuacji życiowej, której przeciętne wykracza poza ich własne środki, możliwości i uprawnienia. Istotne miejsce w tych systemach funkcjonalnych zajmuje współcześnie sfera zdrowia publicznego, obejmująca wiele aspektów życia jednostki i zbiorowości, które rzadko lub w ogóle nie są traktowane jako źródło zdrowia i przyczyna chorób, a które w konsekwencji wpływają na prawie każdy aspekt naszego życia.

²⁷ Zob. S. J. Williams, P. R. Torrens, *Introduction to health services*, Delmar Publishers Inc., New York 1988; D. White, *Consumer and community participation: A reassessment of process, impact, and value*, w: *Handbook...*, s. 465-480.

²⁸ Takich jak: produkcja-dystrybucja -konsumpcja, socjalizacja, kontrola społeczna, ułatwienia i możliwości uczestnictwa społecznego, wsparcie społeczne.

²⁹ Systemy instytucjonalne działające na rzecz gospodarki, zdrowia, bezpieczeństwa publicznego, edukacji, pomocy społecznej, wypoczynku, rekreacji, władzy lokalnej itp.

W wersji amerykańskiej misją zdrowia publicznego jest „zadośćuczynienie interesowi społeczeństwa, którym jest zapewnienie warunków, w jakich ludzie mogą być zdrowi”³⁰. Z kolei brytyjska Acheson Committee uznała, że zdrowie publiczne to „nauka i sztuka zapobiegania chorobie, prolongowania życia, promowania zdrowia poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa”³¹ (szczegółowy wykaz obszarów i form realizowania współczesnego zdrowia publicznego zawiera tabela 2)³².

Działalność w sferze zdrowia publicznego (rdzeniem jest epidemiologia) wymaga:

- tworzenia warunków zdrowotnych,
- odpowiedzialności za konsekwencje zdrowotne decyzji politycznych,
- tworzenia wspomagającego zdrowie i jego utrzymanie środowiska i otoczenia – budowa (wzmacnianie) potencjału społeczności (zasobów dla zdrowia),
- wspierania umiejętności społecznych i psychologicznych uzupełniających potencjał fizyczny jednostki,
- rzetelnej informacji wspomagającej decyzje dotyczące kwestii zdrowotnych jednostki i populacji,
- partnerstwa z podmiotami polityki zdrowotnej – współpracy międzysektorowej (zwłaszcza w profilaktyce i promocji zdrowia).

Wzrasta świadomość „deficytu demokracji” w systemie zdrowia³³, stanowiącego barierę autentycznego wzrostu udziału pacjentów i społeczności w procesie podejmowania decyzji w sprawach zdrowia. Medycynie nadal trudno zaakceptować rolę pacjenta jako eksperta w sprawach własnego zdrowia. W przywracaniu podmiotowości pacjentowi i społeczności w systemie zdrowia pojawił się w ostatnich kilkunastu latach nowy, bardzo skuteczny partner – organizacje sektora pozarządowego wspierające ludzi w procesie stawania się aktywnym podmiotem i partnerem w sprawach zdrowia i opieki zdrowotnej za pomocą właściwej informacji i poradnictwa. Towarzyszy temu intensywny proces przywracania utraconej roli w zinstytucjonalizowanym, zmonopolizowanym przez profesję systemie zaspokajania potrzeb takich zachowań, jak samoorganizacja, samopomoc i samoopieka, będąca działaniem określonym sytuacyjnie, osadzonym w określonej kulturze, obejmującym zdolność do działania i podejmowania decyzji, uwarunkowanym przez wiedzę, umiejętności, wartości, motywację, zogniskowanym na osiągnięciu kontroli działania i jego efektywności w tych aspektach zdrowotnych i socjalnych, które są w kompetencji (w zasięgu) jednostki, pod jej kontrolą (ryc. 1).

³⁰ The Institut of Medicine, *Committee for the study of the future of public health, division of health care services. The future of public health*, Washington, DC: National Academy Press, 1988.

³¹ R. F. Heller, T. D. Heller, S. Pattison, *Putting the public back into public health. Part I. A re-definition of public health*, „Public Health – Journal of the Royal Institute of Public Health” 2003, nr 117, s. 62.

³² http://www.fphm.org.uk/standards_committee.htm (accessed 18 April 2002).

³³ R. F. Heller, T. D. Heller, S. Pattison, *Putting the public back into public health. Part II. How can public health be accountable to the public?*, „Public Health – Journal of the Royal Institute of Public Health” 2003, nr 117, s. 66 i n.

Tabela 2

Standardy kompetencyjne w kształceniu z zakresu zdrowia publicznego

CELE	NARZĘDZIA
1. Obserwacja i szacowanie stanu zdrowia populacji	- wiedza metodologiczna ze statystyką, zarządzanie, analizowanie i interpretacja danych - determinanty zdrowia - stan zdrowia i nierówności statusu zdrowotnego - skutki zdrowotne - stała obserwacja i prognozowanie
2. Poprawa jakości i zarządzanie ryzykiem w warunkach stałej oceny	- szacowanie wyników efektywności interwencji w ramach opieki zdrowotnej i ich wykorzystanie w praktyce - poprawa jakości interwencji medycznej/zdrowotnej za pomocą audytu i technik ewaluacyjnych - zarządzanie zagrożeniami zdrowotnymi w populacji
3. Rozwijanie i prowadzenie badań	- szacowanie, planowanie i prowadzenie badań naukowych - rozwijanie i wdrażanie wyników badań w praktyce
4. Rozwijanie zdrowia społeczności; promocja i ochrona zdrowia populacji	- planowanie, monitorowanie, ewaluacja i zastosowania strategii promocyjno-profilaktycznych - planowanie, wdrażanie, monitorowanie i ewaluacja prewencji chorób oraz programów badań przesiewowych (skrining) - zarządzanie zagrożeniami i sytuacjami wywołanymi incydentalnymi i masowymi zjawiskami wywołanymi chorobami zakaźnymi i niezakaźnymi
5. Rozwijanie programów redukujących nierówności zdrowotne	- budowa, wdrażanie i ewaluacja programów oraz świadczeń i usług zdrowotnych - pomoce i udogodnienia służące redukowaniu nierówności w stanie zdrowia
6. Praca ze społecznością i dla społeczności	- włączanie podmiotów publicznych i społeczności w aktywne relacje partnerskie - pełnomocnictwo społeczności - rzecznictwo zdrowia społeczności
7. Partnerstwo i współpraca na rzecz zdrowia	- budowanie i utrzymywanie współpracy międzysektorowej, międzyresortowej - organizacje doradczo-informacyjne służące bezpośrednio zdrowiu i kwestiom z nim związanym - efektywna komunikacja z partnerami publicznymi
8. Rozwój i wdrażanie polityki oraz strategii	- kształt i rola polityki zdrowotnej - efektywne wdrażanie strategii polityki zdrowotnej - szacowanie efektów polityki zdrowotnej w sferze zdrowia publicznego
9. Strategiczne przywództwo na rzecz zdrowia	- rozwój, utrzymanie i wdrażanie zasad, celów i zadań służących zdrowiu (misja i wizja) - kierowanie zespołami i jednostkami
10. Etyka osobista i w kierowaniu ludźmi i zasobami	- zarządzanie rozwojem i kierowanie pracą innych - dostarczanie skutecznych świadczeń i usług służących poprawie zdrowia - rozwijanie wydajności oraz zdolności utrzymania i poprawy zdrowia

Można wyróżnić następujące typy samoopieki³⁴:

1) **regulacyjno-dostosowawcza**: obejmuje rutynowe działania służące zachowaniu zdrowia (higiena, sen, jedzenie), statusu materialnego, bezpieczeństwa socjalnego (praca, czynności codzienne w gospodarstwie domowym, na rzecz rodziny) itp.;

2) **profilaktyczna**: umiejętność przeciwdziałania potencjalnym czynnikom ryzyka w zdrowiu i położeniu społecznym; działania promujące warunki krzewienia zdrowia i ochrony statusu socjalnego umożliwiającego niezależne funkcjonowanie;

3) **reagująca**: indywidualne podejmowanie decyzji stanowiących odpowiedź na symptomy zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego i socjalnego;

4) **odbudowująco-wzmacniająca**: podejmowanie wspólnie z profesjonalistami działań służących wychodzeniu z kryzysu zdrowotnego, psychologicznego, socjalnego (poddanie się reżimom korekcyjnym).

Rycina 1

Modele opieki zdrowotnej (zmodyfikowana propozycja T. Fergusona, 1995)



³⁴ Supporting self-care: The contribution of nurses and physicians; <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pubs/selfcare.htm>.

Największe znaczenie w poprawie kondycji zdrowotnej populacji ma społeczna świadomość zagrożeń zdrowotnych i związana z tym odpowiedzialność jednostkowa i zbiorowa³⁵. Rozstrzygająca w budowaniu zdrowia jednostek i zbiorowości jest promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna, sama bowiem wiedza o czynnikach ryzyka nie wystarcza do zmiany zachowań – w tej sferze ważne są niemedyczne w swym charakterze działania społeczności i zachowania rówieśników (korzyści finansowe z promocji i profilaktyki prezentuje ryc. 2).

Wszelkie programy tego rodzaju są zorientowane:

- na jednostkę, służąc rozwijaniu umiejętności osobniczych i zmierzając do zmiany wiedzy, postaw i zachowań jednostek oraz stosunków jednostek z innymi ludźmi,
- na zbiorowość i jej środowisko, instytucje, systemy społeczne, organizacje i inne podmioty społeczne, dążąc do tworzenia kręgów wspierających zdrowie, wzmacniania aktywności społeczności lokalnej i reorientacja świadczeń zdrowotnych.

Strategie promocji zdrowia zmierzają do zmiany funkcjonowania grupy (np. rodzina, grupa koleżeńską, pracowniczą) lub systemu społecznego, instytucji i/lub organizacji (władze, system opieki zdrowotnej, sąsiedztwo, szkoła, zakład pracy). Przedmiotem szczególnej uwagi promotorów zdrowia jest i będzie przez wiele najbliższych lat pokolenie wstępujące i kobiety oraz pierwotne kręgi socjalizujące z rodziną na czele.

Mimo iż promocja zdrowia jest w swej istocie działaniem niemedycznym, to jednak dla powodzenia wspomnianych wcześniej przedsięwzięć konieczna jest także reorientacja samej medycyny. Dzisiaj nie wystarcza już koncentrowanie uwagi na wczesnym wykryciu choroby i zapobieganiu rozwojowi warunków sprzyjających zachorowaniom – konieczne jest podejmowanie prób przewidywania tego, co się może przytrafić potencjalnemu pacjentowi i zapobieganie tym właśnie zdarzeniom. To droga od medycyny retrospektywnej ku medycynie prospektywnej zorientowanej na wydarzenia w przyszłości, koncentrującej uwagę na tym, co może się przydarzyć pacjentowi, pytającej: co ja (pacjent, personel medyczny, otoczenie) mogę zrobić, by tym zdarzeniom zapobiec³⁶.

W kontekście poczynionych dotychczas rozważań niezwykle trafną jest teza C. Everetta Koopa mówiąca, że „opieka zdrowotna jest nam potrzebna czasami, zdrowie publiczne jest niezbędne każdemu i zawsze”³⁷, a także spostrzeżenie Sima i Mackiego, iż „zdrowie publiczne i podstawowa opieka zdrowotna są jeszcze nadal bardziej w wolnym związku, niż w relacjach

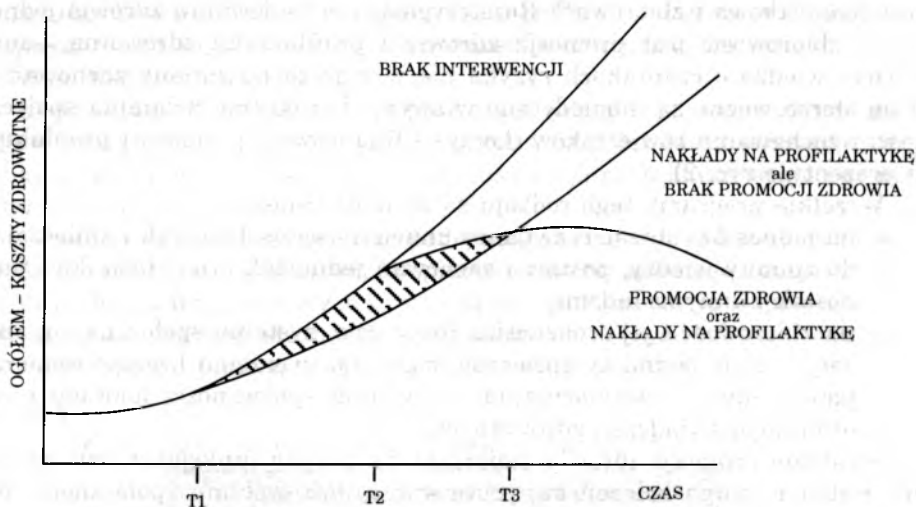
³⁵ Zob. J. D. Kasper, *Health-care utilization and barriers to health care*, w: *Handbook...*, s. 323-338; S. Lewis, M. Saulnier, M. Renaud, *Simple truths, complex solutions*, ibidem, s. 509-523.

³⁶ Zob. A. Faber, A. Reinhardt, *Promotion health through risk reduction*, Collier Macmillan Publishers, London-New York 1982, s. 41 i n.; J. Opatz, *A primer of health promotion. Creating healthy organizational cultures*, Oryn Publication, Inc., Washington 1985, s. 57 i n. oraz 99-115; D. Ansbaugh, G. Ezell, K. Goodman, *Teaching today's health*, Merrill Publishing Co., London-Toronto-Melburn 1987; *Promocja zdrowia*, pod red. J. Karskiego, Z. Słoniskiej, B. Wasilewskiego, Sanmedia, Warszawa 1994.

³⁷ Podaje za: W. El Ansari, J. Russel, W. Spence, E. Ryder, C. Chambers, *New skills for a new age: leading the introduction of public health concepts in healthcare curricula*, „Public Health – Journal of the Royal Institute of Public Health” 2003, nr 117, s. 81.

Rycina 2

Szacowany spadek kosztów opieki zdrowotnej po wprowadzeniu programów promocji zdrowia



Źródło: J. P. Opatz, *A primer of health promotion. Creating healthy organizational cultures*, Oryn Publications, Inc., Washington 1985, fig. 3.2, s. 30.

charakterystycznych dla zaaranżowanego związku małżeńskiego³⁸. Dlatego też Deklaracja Edynburska przejęta przez World Federation for Medical Education³⁹ oraz wiele rządów wzywa od kilku lat do głębokich zmian w kształceniu kadr medycznych, w celu umożliwienia absolwentom podejmowania takich działań, które przyczynią się do poprawy stanu zdrowia światowej populacji.

Dla wielu badaczy i specjalistów przyszłością zdrowia publicznego są zdrowe społeczności⁴⁰. Doświadczenia Ruchu Zdrowych Miast i Społeczności⁴¹ dostarczyły materiału umożliwiającego opracowanie listy kluczowych parametrów takowej społeczności⁴². Zdrowa społeczność wymaga jakościowego kształcenia, etycznych zachowań, pracy, zdrowego środowiska, mieszkania, realizowania potrzeb religijnych, rządzenia, transportu i rozwoju we wczesnym dzieciństwie, co jest równie ważne, jak dostęp do usług medycznych i opieki zdrowotnej. Każdy członek społeczności może

³⁸ F. Sim, P. Mackie, *Editorial: public health and primary care: arranged marriage or free love?*, „Public Health – Journal of the Royal Institute of Public Health” 2002, nr 116, s. 67.

³⁹ World Federation for Medical Education: *The Edinburgh Declaration*, „Lancet” 1988, nr 2, s. 464.

⁴⁰ *Collaborating to improve community health: workbook and guide*, red. T. Norris i in., The Health-care Forum, May 1997, w: T. Norris, G. Clough, D. Ayre, *Back to basic: Creating and sustaining healthy communities. Principales, community initiatives*, Boulder 2000, s. 12.

⁴¹ Jako pierwszy pojawił się z początkiem lat osiemdziesiątych ruch Zdrowych Miast (inicjatorzy: dr Len Duhl i dr Trevor Hancock) – początkowo brały w nim udział 34 miasta europejskie, dziś w ruchu zdrowych społeczności (The Healthy Communities Movement) uczestniczy ponad 3000 społeczności w 50 krajach. Ruch ten wykazuje niezwykłą dynamikę w USA, gdzie od 1996 r. funkcjonuje Coalition for Healthier Cities and Communities, obejmująca dzisiaj ponad 450 sieci organizacji lobbujących na rzecz polityki rozwoju ruchu – aktywnych jest ponad 1000 społeczności i 34 stanów, definiujących własne strategie lokalne (liderzy ruchu: dr Mary Pittman, Tyler Norris, John Kesler); zob. T. Norris, M. Pittman, *The healthy communities movement and the Coalition for Healthier Cities and Communities*, „Public Health Reports”, vol. 115, March/April and May/June 2000.

⁴² Dokumenty WHO z 1999 r. (autorzy: Duhl i Sanchez); www.who.dk/document/e67843.pdf.

i powinien być architektem i katalizatorem zmian w sferze zdrowia – zdrowe społeczności są silne wtedy, gdy uwalniają ludzki potencjał, budują zaufanie i stosunki między ludźmi, mobilizują kreatywność i zasoby na rzecz pewnej wizji przyszłości, zachęcają do przywództwa społecznego. Bardzo ważną kwestią jest zmiana myślenia organizacyjnego i sposobu alokowania zasobów przez struktury organizacyjne społeczności na rzecz właściwych rozwiązań służących zdrowiu, to zaś w wielu wypadkach wymaga przededefiniowania pracy wielu instytucji. Oznacza to również dla władz „przywództwo powiernicze”, którego rola polega na tym, by wykorzystać wartości, aktywa oraz aspiracje społeczności i mobilizować je dla działań na rzecz lepszego zdrowia. Rzeczywiste zaangażowanie władz w budowaniu zdrowej społeczności w ostatecznym rozrachunku widoczne jest w budżecie⁴³.

IV. NOWE WYZWANIA DLA POLITYKI ZDROWOTNEJ

Zasadniczymi przesłankami konieczności budowania nowej polityki⁴⁴ zdrowotnej są następujące zjawiska i procesy:

- 1) rozwój medycyny i rosnące koszty nowych technologii i procedur medycznych,
- 2) rosnąca ranga ochrony praw człowieka i ogólnie uprawnień jednostki,
- 3) zwiększona uwaga poświęcona bezpieczeństwu socjalnemu i zdrowotnemu (zwłaszcza zabezpieczeniom społecznym),
- 4) rosnący standard życia i oczekiwania poprawy jego jakości,
- 5) nowe style pracy⁴⁵, żywienia i wypoczynku nieobojętne dla zdrowia.
- 6) rozwój konsumeryzmu i utowarowienie zdrowia.

Dodać do tego należy, że rachunek ciągniony relacji nakłady–efekty w systemie opieki zdrowotnej krajów wysoko uprzemysłowionych wykazuje, iż powszechny dostęp do świadczeń medycznych i opieki zdrowotnej oraz szybki i duży wzrost wydatków na opiekę zdrowotną nie przekładają się wprost na poprawę stanu zdrowia populacji w zbliżonym do nakładów tempie (wskaźniki umieralności, śmiertelności niemowląt, trwanie ludzkiego

⁴³ *Collaborating...*, s. 20.

⁴⁴ Politykę tworzą zasady, którymi się ona kieruje oraz prawidła (normy), które wskazują sposób, w jaki zasady będą zastosowane w procesie kierowania lub zarządzania – generalnie: sprawowania władzy. W granicach tak wyznaczonych przez wartości polityka określa ogólne zasady wpływania na bieg wydarzeń, które władze publiczne (parlament, rząd, samorząd i ich agendy) stosują w procesie dokonywania wyborów i podejmowania decyzji w przewidywalnych oraz często nieznanych warunkach mogących pojawić się w przyszłości.

⁴⁵ W ramach globalizacji aktywności gospodarczej przenoszone są także formy organizacji pracy charakterystyczne dla krajów wysoko uprzemysłowionych, a wraz nimi rosnące problemy związane ze stresem pracy. Np. w USA 40% zatrudnionych określało w 1997 r. swoją pracę jako bardzo stresującą, zaś 29% twierdziło, że wykonuje pracę przy wysokim poziomie stresu; w krajach Unii Europejskiej stres pracy należy do najważniejszych problemów zdrowotnych związanych z zatrudnieniem – 28% pracowników uważało w 1996 r., że praca jest źródłem stresu; w Japonii proporcja osób wykazujących silny niepokój i stres związany z życiem zawodowym wzrosła z 53% w 1982 r. do 63% w 1997 r. *Karoshi* (śmierć z przepracowania) dotyczy nie tylko Japończyków – jest dzisiaj rosnącym zjawiskiem w Korei. Rośnie także zagrożenie zdrowotne związane z warunkami i wypadkami przy pracy w krajach przyspieszonego rozwoju ekonomicznego, korzystających z transferu kapitału i koncernów ponadnarodowych; por. *Work, stress and health* 99, National Institute of Occupational Safety and Health, materiały konferencyjne, marzec 1999, s. 11.

zycia itp.). Prognozy ekspertów Unii Europejskiej przewidują, że wśród zasadniczych kierunków przyszłej polityki społecznej znajdą się cztery obszary: promocja zdrowia i funkcjonalnej sprawności, wydłużanie okresu aktywności zawodowej, zapewnienie świadczeń i usług dobrej jakości oraz gwarantowanie bezpieczeństwa dochodowego. Nakłady z tego tytułu wymagać będą angażowania mniej więcej 30% produktu krajowego brutto (PKB) przez najbliższe 20 lat. Z danych Banku Światowego wynika, że nakłady na opiekę zdrowotną w krajach wysoko uprzemysłowionych kształtują się na poziomie 7-14% PKB (średnia: 8%), podczas gdy bardzo intensywnej opieki medycznej wymaga 2% ogółu obywateli, jednakże konsumują oni 41% wydatków na opiekę zdrowotną. Mniej niż jedna trzecia populacji tychże krajów nie korzysta z jakichkolwiek świadczeń i usług opieki zdrowotnej, natomiast 10% konsumuje 72% zasobów, jakimi dysponuje system opieki zdrowotnej⁴⁶.

Tempo i głębokość zasygnalizowanych zmian wymagają nie tylko określonego przeformułowywania polityki zdrowotnej, ale przede wszystkim przemyslenia na nowo sposobu jej definiowania (zasady, normy, wartości, cele) i realizacji (strategie, priorytety). Niewystarczającą z punktu widzenia możliwości przełożenia na cele i działania operacyjne jest definicja polityki zdrowotnej rozumiana jako różne formy interweniowania w naturalny przebieg zdarzeń wywołujących skutki zdrowotne⁴⁷.

Autor proponuje zatem, by przez politykę zdrowotną rozumieć zespół zaleceń, dyrektyw, określonych regulacji i rozwiązań organizacyjnych oraz prawnych, kierujących i zarządzających zdrowotnymi aspektami cyklu życiowego jednostek i populacji. Szerzej rzecz ujmując – należy stwierdzić, że polityka zdrowotna jest aktywną w formach ochroną zdrowia jednostek i populacji oraz tworzeniem podstaw bezpieczeństwa zdrowotnego we współpracy ze wszystkimi podmiotami operującymi w obszarach odpowiedzialnych pośrednio i bezpośrednio za zdrowotne warunki życia, pracy, nauki i wypoczynku oraz świadczenie usług zaspokajających potrzeby zdrowotne. Jest to działalność oparta na:

- potrzebach i oczekiwaniach oraz potencjale społeczności,
- aktualnej wiedzy medycznej i standardach leczenia,
- dostępnych zasobach,
- partycypacji⁴⁸ i kooperacji.

Uszczegółowioną wersję proponowanego rozumienia polityki zdrowotnej, obejmującą zasady, cele i priorytety zdrowotne, prezentuje tabela 3.

⁴⁶ Podaje za: D. Ayre, G. Clough, T. Norris, op. cit., s. 8.

⁴⁷ C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w państwie demokratycznym*, Wydawnictwo Vesalius, Łódź 1996, s. 89.

⁴⁸ Najpewniejszą ścieżką prowadzącą ku poprawie i utrzymaniu zdrowia jest umożliwienie członkowi społeczności podejmowanie decyzji w sprawach decydujących o jakości życia i czynnikach do tego prowadzących (uprawomocnienie), polityka społeczna zaś i wydatki publiczne odzwierciedlają zasady zdrowej społeczności.

Tabela 3

Zasady i cele polityki zdrowotnej

Polityka zdrowotna:	
To zorganizowane, celowe, kompleksowe i międzysektorowe działania władz publicznych oraz innych podmiotów, służące kształtowaniu, utrzymaniu, ochronie i poprawie zdrowia oraz sprawności ludzi, a także tworzeniu warunków zwiększających potencjał jednostkowy i zbiorowy oraz instytucjonalny, umożliwiający członkom populacji rozwój osobniczy, utrzymanie i/lub poprawę jakości życia oraz samodzielne i niezależne funkcjonowanie. To oparta na wartościach legislacyjno-instytucjonalna odpowiedź na zmiany w strukturze demograficznej i stanie zdrowia populacji, przejawia się w działaniach zmierzających do: • kształtowania ogólnych warunków rozwoju, zdrowej egzystencji oraz produktywności jednostek i zbiorowości, • tworzenia/utrzymania/poszerzania zasobów jednostkowych i społeczności służących ochronie i krzewieniu zdrowia, • rozwoju i wspierania środowiskowego partnerstwa oraz partycypacji społeczności w systemie ochrony zdrowia, • opracowania strategii dla zdrowia na podstawie warunków, potrzeb i zagrożeń zdrowotnych populacji, • wspomagania jednostek/grup i ich otoczenia w zapobieganiu zagrożeniom utraty zdrowia/sprawności oraz rozwiązywaniu problemów zdrowotnych ludzi chorujących i/lub niepełnosprawnych.	
Zasady ogólne:	Globalne cele:
• prawo człowieka do zdrowia, podmiotowości oraz godności w systemie opieki zdrowotnej • współodpowiedzialność jednostek za własne zdrowie, państwa za zdrowie obywateli, a podmiotów publicznych i niepublicznych za kształt i realizację polityki zdrowotnej • prawo pacjenta/chorego do informacji o stanie zdrowia i udziału w decyzjach dotyczących wyboru miejsca i sposobu zaspokajania potrzeb zdrowotnych • solidaryzm, sprawiedliwość i wyrównywanie szans w dostępie do urządzeń infrastruktury zdrowotnej oraz świadczeń i usług zdrowotnych • promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna przed interwencją medyczną w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych jednostek i populacji • decentralizacja, kooperacja zróżnicowanych sektorowo podmiotów polityki zdrowotnej, prymat opieki podstawowej (rodzinnej, domowej itp.) i środowiskowej w systemie opieki zdrowotnej jako wykładnik zasady pomocniczości państwa • kompleksowość, ciągłość i bezpieczeństwo oraz efektywność i jakość świadczeń i usług zdrowotnych • partycypacja i partnerstwo obywateli oraz społeczności w planowaniu, podejmowaniu decyzji i realizacji działań związanych z polityką zdrowotną • uniwersalizm oraz selektywność w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych • uznanie zdrowia za podstawowy czynnik rozwoju społecznego i ekonomicznego jednostek i populacji • przejrzystość i prostota struktur organizacyjnych oraz formuł uczestnictwa w systemie ochrony zdrowia	• tworzenie/rozwijanie/wspieranie otoczenia instytucjonalnego, gospodarczego i odpowiedniego środowiska społecznego służącego wdrażaniu koncepcji: zdrowa społeczność – zdrowi obywatele • rozwój/utrzymywanie międzysektorowej sieci partnerów realizujących zadania polityki zdrowotnej – nowe sojusze na rzecz zdrowia (zwłaszcza z organizacjami pozarządowymi) • ochrona/poprawa warunków i jakości życia zapewnieniających obywatelom poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego • ochrona prawna/wzmacnianie statusu pacjenta i chorego w systemie opieki zdrowotnej • rozwijanie/wdrażanie standardów usług i świadczeń zdrowotnych na poszczególnych poziomach referencyjnych systemu opieki zdrowotnej i w obrębie specjalności medycznych, zgodnie ze stanem wiedzy i technologii medycznej • zapewnienie odpowiednich ilościowo i jakościowo, standaryzowanych oraz adekwatnych do potrzeb i zasobów świadczeń oraz usług zdrowotnych i programów rehabilitacyjnych dostarczanych przez zróżnicowane sektorowo podmioty • likwidowanie barier organizacyjno-finansowych oraz redukowanie nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej • opracowywanie, budowa infrastruktury i wdrażanie programów promocji zdrowia, edukacji i profilaktyki zdrowotnej służących wzmacnianiu potencjału oraz zdolności osób i społeczności do samoopieki i samopomocy oraz racjonalnego korzystania z systemu opieki zdrowotnej • wspieranie inicjatyw i działań sprzyjających otwieraniu/poszerzaniu dostępu grup wysokiego ryzyka zdrowotnego i/lub zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem społecznym do niezbędnych świadczeń zdrowotnych • wspieranie rodziny i opiekunów osób przewlekłe chorujących i/lub niepełnosprawnych • promowanie/budowanie/upowszechnianie aktywności obywatelskiej w obszarze polityki zdrowotnej poprzez włączanie jednostek i społeczności w struktury planistyczno-decyzyjne i ciała doradczo-konsultacyjne rozstrzygające kwestie istotne dla zdrowia jednostek oraz populacji

Do priorytetów polityki zdrowotnej należy zaliczyć:

- eliminowanie/redukowanie zagrożeń zdrowotnych i ich skutków oraz źródeł utraty bezpieczeństwa zdrowotnego
- rozwijanie infrastruktury i programów opieki zdrowotnej dla rozwiązywania najistotniejszych problemów zdrowotnych (choroby-zabójcy) populacji oraz ścieżek szybkiego reagowania na sytuacje kryzysowe w sferze biofizycznej i psychoemocjonalnej na poziomie jednostki i środowiska – w tym opieki długoterminowej i hospicyjnej
- tworzenie infrastruktury prawno-instytucjonalnej, organizacyjnej, finansowej, dydaktycznej i badawczej służącej promocji zdrowia, profilaktyce zdrowotnej oraz rozwiązywaniu problemów zdrowotnych jednostek i populacji, zgodnej z osiągnięciami nauki oraz zaleceniami organizacji i struktur międzynarodowych zajmujących się zdrowiem
- budowa/rozwijanie zintegrowanej infrastruktury instytucjonalnej, wspomagającej przygotowywanie i wdrożenie programów promocji zdrowia, profilaktyki zdrowotnej i szeroko rozumianej ochrony zdrowia
- harmonizowanie polityki zdrowotnej z działaniami sektorów współodpowiedzialnych za kształtowanie warunków zdrowotnych oraz lobbying na rzecz zwiększania nakładów na prozdrowotne inwestycje w tychże sektorach
- budowanie/rozwijanie/wspieranie programów sprzyjających przejmowaniu przez obywateli i społeczności odpowiedzialności za zdrowie, a decydentów za skutki zdrowotne decyzji ekonomicznych i politycznych
- tworzenie warunków i infrastruktury służącej edukacji zdrowotnej oraz generowaniu zachowań prozdrowotnych i generalnie prowadzeniu zdrowego stylu życia
- tworzenie i wzmacnianie zasobów społeczności sprzyjających promowaniu zaradności i samodzielności w rozwiązywaniu jednostkowych i zbiorowych problemów zdrowotnych, zwłaszcza wykorzystywanie zróżnicowanych form usług i świadczeń zdrowotnych oferowanych przez organizacje pozarządowe
- budowanie struktur organizacyjnych, programów zdrowotnych oraz stosowanie procedur medycznych zgodnie z regułami gospodarności i efektywności
- wspieranie przedsięwzięć zwiększających/przyspieszających dostęp instytucji medycznych i pacjentów do najnowszych osiągnięć nauki i technologii medycznej

W realizacji zasad i celów oraz priorytetów polityki zdrowotnej autor proponuje stosować (w zależności od warunków) cztery podstawowe strategie⁴⁹: interwencyjną, asekuracyjną, kompensacyjną, partycypacyjną oraz integracyjną (ryc. 3). Tak skonstruowana rama koncepcyjno-realizacyjna polityki zdrowotnej stanowi stosunkowo najłatwiejszą drogę prowadzącą do

⁴⁹ Strategia to działanie związane z podejmowaniem decyzji – wzory działania z punktu widzenia celów organizacji, co pociąga za sobą dyslokację (rozmieszczenia) zasobów, by osiągnąć cel. Strategia ma dyktans perspektywiczny, odzwierciedla środki, za pomocą których cele określonej polityki będą osiągnięte, wskazuje drogę wprowadzania polityki i osiągania celów w danych warunkach i z wykorzystaniem posiadanych zasobów.

uzgodnienia w gronie decydentów i ich partnerów społecznych pewnego minimum i hierarchii zasad chronionych oraz preferowanych w programach zdrowotnych, zwłaszcza takich jak:

- 1) ochrona materialnych, fizycznych, emocjonalnych i duchowych zasobów zdrowia;
- 2) tworzenie warunków równego dostępu do świadczeń i usług zdrowotnych;
- 3) dostarczenie wiedzy i umiejętności umożliwiających jednostkom realne, a nie tylko prawne przejęcie odpowiedzialności za własny rozwój i późniejszy standard życia oraz miejsce w strukturze społecznej, stanowiące bazę warunków zdrowotnych i zdolność właściwego reagowania na zagrożenia zdrowotne;
- 4) kompensowanie deficytów zdrowotnych/intelektualnych służące utrzymaniu standardu życia w stopniu maksymalnie zbliżonym do stanu sprzed choroby/urazu (szczególnie w perspektywie wysokiego tempa starzenia się populacji);
- 5) udzielanie doraźnej pomocy osobom/grupom zagrożonym utratą zdrowia i życia niezależnie od położenia społecznego.

Obywatele powinni uczyć się od najmłodszych lat bezpośredniej odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie właściwych warunków zdrowotnych w otoczeniu, a także posiadać umiejętności pełnej lub częściowej samoopieki i samopomocy. Prawo do bezpieczeństwa zdrowotnego nie może być zatem realizowane wyłącznie poprzez system instytucji opieki zdrowotnej, wymaga także aktywności jednostkowej i zbiorowej. Rolą państwa i jego agend (rządowych, samorządowych) jest tworzenie warunków i możliwości działania oraz wspieranie aktywności indywidualnej służącej zdrowiu.

Rycina 3

Modelowe strategie polityki zdrowotnej



Źródło: opracowanie własne.

Zasadą generalną przy planowaniu i uruchamianiu programów zdrowotnych winno być:

- szeroko rozumiane partnerstwo podmiotów aktywnych w sferze zdrowia bez względu na ich status własnościowy, także z udziałem organizacji pozarządowych;
- aktywne, acz zgodne z możliwościami i procedurami medycznymi uczestnictwo adresatów programów polityki zdrowotnej (beneficjentów) w poszukiwaniu i uruchamianiu dostępnych zasobów oraz w toku rozwiązywania własnych problemów zdrowotnych.

Większość elementów polityki zdrowotnej jest pod presją bieżących zdarzeń, potrzeb i oczekiwań. Braki w promocji i profilaktyce powodują, że wysycenie potrzeb wymagających interwencji (często bardzo kosztownej) jest tak duże, iż nie starcza odwagi politycznej, by przekierować fundusze z leczenia na przeciwdziałanie chorobom i niesprawności. Dominuje interwencja, asekuracja pojawia się w miarę, jak opuszczamy fazę dzieciństwa i młodości i wchodzimy w późną dorosłość – we wszystkich fazach życia mogą pojawić się nakłady na intensywne leczenie związane z wypadkami i urazami.

„Podejmowane w ramach polityki zdrowotnej działania strategiczne pozostawać muszą w zgodzie z założeniami koncepcji zrównoważonego rozwoju, w świetle której zaspokajanie bieżących potrzeb społecznych oraz potrzeb przyszłych pokoleń traktowane będzie równoprawnie [...] i łączyć będzie w sposób harmonijny troskę o zachowanie dziedzictwa przyrodniczego i kulturowego narodu z postępem cywilizacyjnym, będącym udziałem wszystkich grup społecznych”⁵⁰.

W określaniu opcji w wyborze celów i ich hierarchizacji (według wartości) oraz roli i zakresu zaangażowania poszczególnych podmiotów włączanych w proces realizacji polityki zdrowotnej proponuje się stosowanie tzw. formuły suwaka (ryc. 4). Przesunięcia zadań i zaangażowania konkretnych zasobów dla ich realizacji na skali:

- norma–deficyty,
- partycypacja–wykluczenie,
- rozwój–degradacja,
- uprawnienia–ograniczenia,
- zależność–samodzielność itp.,

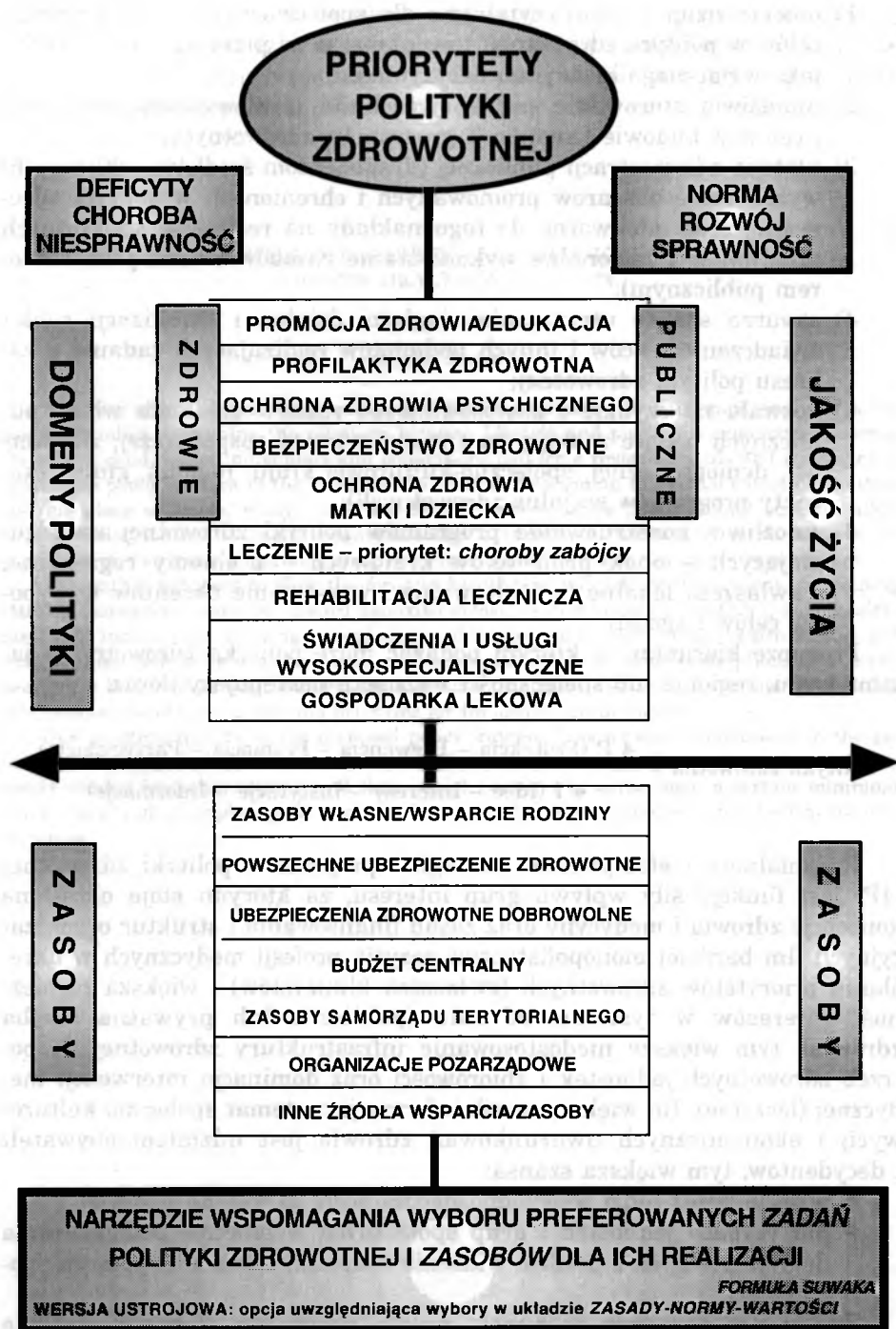
dokonywane są przez odwołanie się do przyjętych zasad polityki zdrowotnej, zaleceń organizacji międzynarodowych i struktur europejskich, których dokumenty są przez Polskę ratyfikowane lub politycznie aprobowane, uzgodnień władz publicznych z partnerami strategii zdrowotnej oraz preferencji/programów politycznych elit sprawujących obecnie władzę.

Walorem zastosowanego rozwiązania jest to, że po przyjęciu priorytetów polityki zdrowotnej preferencje w obrębie zasad wybiera się w drodze przesunięć w poziomie (opcje na wartości i zadania), bez naruszania pryncypiów umieszczonych w pionie (cele).

⁵⁰ *Strategia Zrównoważonego Rozwoju Polski do 2025 roku*, Warszawa 1999, rozdz. 1-3, s. 13 i n.

Rycina 4

Modele opieki zdrowotnej



Zaproponowana koncepcja polityki zdrowotnej i zastosowana formuła suwaka w wyborze celów i priorytetów:

- 1) obiektywizuje i czyni czytelnymi dla społeczności kryteria i wybory celów w polityce zdrowotnej, uwalniając je od przetargu politycznego jako wyłącznego kryterium decyzyjnego;
- 2) umożliwia stosowanie podobnej techniki przy wyznaczaniu zasad i celów w budowie i realizacji programów zdrowotnych;
- 3) ułatwia administracji publicznej (dysponentom środków publicznych) wyznaczenie obszarów promowanych i chronionych w polityce zdrowotnej oraz adekwatne do tego nakłady na realizację konkretnych programów i racjonalne wykorzystanie zasobów (także poza sektorem publicznym);
- 4) stwarza szansę utrzymania ciągłości działań i stabilizacji rynku świadczeniodawców i innych podmiotów realizujących zadania z zakresu polityki zdrowotnej;
- 5) pozwala na szybkie i dostosowane do realiów działania władz publicznych będące reakcją na zmiany sytuacji gospodarczej, zdrowotnej, demograficznej, społeczno-kulturowej kraju, regionu, gminy (korekty programów socjalno-zdrowotnych);
- 6) umożliwia konstruowanie programów polityki zdrowotnej uwzględniających – obok priorytetów krajowych – problemy regionalne, a zwłaszcza lokalne (zróżnicowanie i wyostrezenie akcentów w wyborze celów i zadań).

Prognozę kierunku, w którym podążać może polityka zdrowotna w jakimś kraju, regionie lub społeczności wyznacza następujący iloraz:

$$\text{Polityka zdrowotna} = \frac{4 \text{ P (Protekcja – Prewencja – Promocja – Partycypacja)}}{4 \text{ I (Idee – Interesy – Instytucje – Informacje)}}$$

Racjonalność i efektywność strategii i programów polityki zdrowotnej (4P) jest funkcją siły wpływu grup interesu, za którymi stoją określone koncepcje zdrowia i medycyny oraz zasad finansowania i struktur organizacyjnych. Im bardziej monopolistyczna pozycja profesji medycznych w określaniu priorytetów zdrowotnych (zwłaszcza klinicystów) i większa rozbieżność interesów w systemie zdrowia (publiczna lub prywatna służba zdrowia), tym większe niedostosowanie infrastruktury zdrowotnej do potrzeb zdrowotnych jednostek i zbiorowości oraz dominacja interwencji medycznej (leczenie). Im większy zasób informacji na temat społeczno-kulturowych i ekonomicznych uwarunkowań zdrowia jest udziałem obywateli i decydentów, tym większa szansa:

- wzięcia przez ludzi współodpowiedzialności za własne zdrowie
- partycypacji jednostek i grup społecznych w procesie podejmowania decyzji istotnych z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczności.

Zważywszy powyższy rachunek, należy stwierdzić, iż dopóki kwestie związków zdrowia z kontekstem społecznym życia jednostek i warunkami

zdrowotnymi zbiorowości nie staną się przedmiotem debaty publicznej, będziemy w najbliższych dziesięcioleciach płacić wysoką cenę tej ignorancji (zaniechania) zarówno w aspekcie zdrowotnym, jak i finansowym (koszty opieki zdrowotnej) oraz w dobrostanie i jakości życia obywateli. Polskie doświadczenia z ostatnich piętnastu lat dowodzą, że bez przyjęcia określonych ram koncepcyjnej polityki zdrowotnej kolejne próby zmiany części systemu zdrowia każdorazowo kończyć się będą fiaskiem.

TOWARD HEALTHY SOCIETY – SOCIOLOGICAL CONTEXT OF NEW HEALTHCARE POLICY

S u m m a r y

A survey of the contemporary concepts of health, supported by epidemiological and socio-medical studies concerning the relations between lifestyle and public life organization versus the health condition of individuals and populations call for a review of goals and strategies of healthcare policy. In view of the indisputable relation between an individual's health condition and his place of abode, study, work and leisure, a healthcare policy should suitably allow for the social context of health behaviours and a system of institutions in addition to an algorithm of distributing and allocating resources needed to meet healthcare requirements.

The author proposes to shift the focus in healthcare policy from the present intervening attitude (corrective medicine) toward assertive measures and health promotion (public healthcare) that includes the growing shared responsibility of public authorities (health safety) and citizens alike (self-knowledge, self-care, self-treatment, lifestyle). The assumptions of a "new" healthcare policy have been founded upon certain principles and values and then translated into detailed healthcare goals and priorities for the contemporary society.

One practical quality of the proposed policy framework is its solid foundations in the general social policy and the concept of sustainable development as well as well-prepared instruments needed for policy-makers and their social partners to agree upon a certain minimum and hierarchy of principles, goals and priorities protected and recommended in healthcare programmes.