ZDROWIE PUBLICZNE

SŁOWNIKI SPOŁECZNE

seria pod redakcją

Wita Pasierbka i Bogdana Szlachty

ZDROWIE PUBLICZNE

redakcja Iwona Kowalska-Bobko, Wit Pasierbek i Michał Zabdyr-Jamróz

dotychczas ukazały się:

PEDAGOGIKA RELIGII, redakcja Zbigniew Marek i Anna Walulik
POLITYKI PUBLICZNE, redakcja Artur Wołek
ETYKA POLITYCZNA, redakcja Piotr Świercz
GEOPOLITYKA, redakcja Jacek Kloczkowski
PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ, redakcja Wit Pasierbek i Krzysztof Wach
WIELOKULTUROWOŚĆ, redakcja Bogdan Szlachta
GLOBALIZACJA I WSPÓŁZALEŻNOŚĆ, redakcja Alicja Malewska i Mateusz Filary-Szczepanik
STUDIA KULTUROWE, redakcja Leszek Korporowicz, Agnieszka Knap-Stefaniuk i Łukasz Burkiewicz
BEZPIECZEŃSTWO PUBLICZNE, redakcja Tomasz Grabowski
SPORY MORALNE, redakcja Piotr Duchliński
HUMANISTYKA WSPÓŁCZESNA, redakcja Bogusława Bodzioch-Bryła
POLITYKA HISTORYCZNA, redakcja Joanna Lubecka i Maciej Zakrzewski
KOGNITYWISTYKA, redakcja Józef Bremer
EKONOMIA MIĘDZYNARODOWA, redakcja Wit Pasierbek i Krzysztof Wach
ETYKA WSPÓŁCZESNA, redakcja Anna Bugajska i Piotr Świercz
SOCJOLOGIA I PSYCHOLOGIA POLITYKI, redakcja Krzysztof Łabędź
BIOETYKA, redakcja Bogdan Szlachta
KOMUNIKACJA SPOŁECZNA, redakcja Mirosław Lakomy i Tomasz W. Grabowski
NAUKOZNAWSTWO, redakcja Paweł Kawalec i Jacek Poznański

SŁOWNIKI SPOŁECZNE

ZDROWIE PUBLICZNE

REDAKCJA
Iwona Kowalska-Bobko
Wit Pasierbek
Michał Zabdyr-Jamróz

WYDAWNICTWO NAUKOWE
UNIWERSYTETU IGNATIANUM W KRAKOWIE

KRAKÓW 2025

© Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, 2025

Publikacja finansowana w ramach zadania zleconego
ze środków Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego
UMOWA Nr MEiN/2021/DPI/178

Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Recenzenci
prof. dr hab. Aldona Frączkiewicz-Wronka
prof. dr hab. Włodzimierz Włodarczyk

Redakcja i korekta
Klaudia Bień
Projekt okładki
Studio Photo Design – Lesław Sławiński
Typografia i łamanie
Jacek Zaryczny

ISBN 978-83-7614-665-2 (Print)
ISBN 978-83-7614-657-7 (Online)

Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Ignatianum w Krakowie
ul. Kopernika 26 • 31-501 Kraków
tel. 12 39 99 620
wydawnictwo@ignatianum.edu.pl
http://wydawnictwo.ignatianum.edu.pl

Druk i oprawa: HORN PRINT S.J. • Poznań

Spis treści

Słowo wstępu 7

Wprowadzenie 9

IWONA KOWALSKA-BOBKO
Wprowadzenie do zdrowia publicznego. Definicje, koncepcje i zakresy 15

MICHAŁ ZABDYR-JAMRÓZ
Zdrowie we wszystkich politykach 37

MAGDALENA KOZELA
Determinanty zdrowia 63

MARIUSZ DUPLAGA
Kompetencje zdrowotne 81

BARTOSZ BALCERZAK
Zdrowie środowiskowe 99

RAFAŁ HALIK
Zmiana sytuacji zdrowotnej w Polsce w początkach XXI wieku 119

SEBASTIAN SIKORSKI
Prawo do ochrony zdrowia 145

CHRISTOPH SOWADA
Ekonomika zdrowia 161

PAWEŁ KAWALEC, JUDYTA SZEWCZYK
Ocena technologii medycznych 183

IWONA A. BIELSKA
Badania nad usługami zdrowotnymi 199

ALICJA DOMAGAŁA
Migracje personelu medycznego 215

MAŁGORZATA GAŁĄZKA-SOBOTKA
Value Based Healthcare (VBHC) 235

TOMASZ HOLECKI
Podstawowa opieka zdrowotna 255

KATARZYNA BADORA-MUSIAŁ
Koordynowana opieka zdrowotna 273

ESTERA WIECZOREK
Opieka przejściowa 289

MARTA PODHORECKA
Długowieczność i starzenie się w zdrowiu publicznym 307

JUSTYNA KLINGEMANN
Stygmatyzacja osób chorych i osób z niepełnosprawnościami 329

MICHAŁ BUJALSKI
Uzależnienia i używanie substancji psychoaktywnych 347

MARIA SALOMEA LIBURA
Choroby rzadkie jako zadanie zdrowia publicznego 369

ROBERT NĘCEK
Zdrowie dobrem wspólnym w świetle katolickiej nauki społecznej 385

Wykaz autorów 403

Słowo wstępu

W roku 2019 wśród członków zespołu z „Ignacjańskiego Forum Społecznego" zrodziła się myśl kontynuowania niegdysiejszego dzieła *Słownik społeczny* z roku 2004, w którym ponad stu uczonych zarówno z ośrodków krajowych, jak i zagranicznych, zaprezentowało w obszernych esejach dorobek nauk humanistycznych i społecznych zgromadzony do początków XXI wieku.

Nowy projekt zakrojony jest szerzej niż tamten: w liczącej ponad dwadzieścia tomów publikacji zaprezentowany zostanie stan wiedzy humanistycznej i społecznej trzeciej dekady XXI stulecia; wiedzy dotyczącej człowieka rozwijającego się w zróżnicowanych cywilizacjach, kulturach i społeczeństwach, wyznającego rozmaite religie i honorującego różne wzorce postępowania. Poszczególne tomy, podobnie jak pierwsze cztery wydane już w dwóch wersjach językowych (po polsku i angielsku), dostępne również w wersji elektronicznej, traktują o polach badawczych, które obejmują zagadnienia uznawane za szczególnie ważne w naukach humanistycznych i społecznych, związane tak z pojmowaniem człowieka i jego otoczenia społecznego, jak i spraw politycznych i publicznych czy stosunków międzynarodowych. Ich analiza uwzględniająca różne podejścia badawcze pozwala pełniej zaprezentować problemy znajdowane zasadniczo w ramach jednej z dyscyplin i znakomicie poszerzyć horyzont poszukiwań podejmowanych przez wykonawców projektu. Każdy z nich szuka „klucza interpretacyjnego", przy użyciu którego prezentuje najistotniejsze zagadnienia kojarzone z głównymi kategoriami – kontrowersyjnymi niekiedy lub budzącymi

dyskusje wśród naukowców – wykorzystywanymi w poszczególnych polach badawczych decydujących o tytułach nadawanych poszczególnym tomom nowego a wielotomowego *Słownika społecznego*. „Klucz interpretacyjny" nie byłby istotny, gdyby hasła ogłaszane w poszczególnych tomach traktowane były „zdawkowo", na podobieństwo haseł encyklopedycznych; staje się on istotny, jeśli opracowania mają formę rozbudowanych esejów liczących około dwudziestu stronic znormalizowanego maszynopisu; esejów zbudowanych wedle jednolitego schematu, prezentujące rozważania o istocie analizowanej kategorii, o jej dziejach, o głównych treściach z nią związanych, i – wreszcie – o zagadnieniach, które wiążą się z nią w praktyce. Całość opracowana jest na bazie refleksji teoretycznej, wzmacnianej namysłem nad praktyczną stroną, prezentowaną w dwudziestu hasłach przygotowywanych przez polskich uczonych reprezentujących nie tylko różne ośrodki i różne dyscypliny naukowe, ale także różne „wrażliwości badawcze". Do „klucza interpretacyjnego" włączyliśmy także katolicką naukę społeczną, bowiem nie sposób pominąć dwudziestowiekowej spuścizny i bogactwa chrześcijaństwa.

Mamy nadzieję, że lektura prezentowanego tomu zadowoli Czytelników, dając Im nie tylko okazję zapoznania się z naukowymi ujęciami ważnych problemów, z którymi zmaga się współczesny człowiek i zmagają się współczesne państwa oraz społeczeństwa, ale także wgląd w trudne niekiedy zagadnienia współczesności dokonywany z perspektywy katolickiej. Mamy też nadzieję, że docenią Oni trud polskich uczonych podejmujących oryginalny namysł nad nimi, nie ograniczających się do prezentowania cudzych jedynie przemyśleń, bo świadomych wagi dorobku intelektualnego rodzimej nauki.

Redaktorzy serii
Wit Pasierbek i Bogdan Szlachta

Wprowadzenie

Szanowni Czytelnicy, oddajemy w Państwa ręce kolejny tom Słownika Społecznego, tym razem poświęcony zdrowiu publicznemu. Jest on owocem pracy czołowych specjalistów z całego kraju. Jednak krakowska lokalizacja – zarówno Ignacjańskiego Forum Społecznego (czyli wydawnictwa Słowników), jak i Instytutu Zdrowia Publicznego UJCM (pierwszej w Polsce szkoły zdrowia publicznego), przy którym afiliowani jesteśmy jako redaktorzy naukowi – uzmysławia nam, jak wiele Kraków wniósł do zdrowia publicznego. Przypomina nam choćby o wkładzie, jaki wniósł pewien zasłużony obywatel tego miasta.

Julian Aleksandrowicz (1908–1988) był wybitnym krakowskim lekarzem i filozofem medycyny. Był też żołnierzem polskiego ruchu oporu przeciwko nazizmowi. „Doktor Twardy" to jego pseudonim z AK. Z ogromnym balastem doświadczenia XX wieku – będąc naocznym świadkiem zarówno imponującego postępu, jak i najstraszniejszych zbrodni – pisał o zdrowiu, łącząc „twardą" naukę i głęboką humanistykę.

Z tej pozycji – autentycznego autorytetu medycznego i moralnego – przekonywał w 1982 roku, że przyczyn chorób poszukiwać powinniśmy „w kulturowo uwarunkowanych formach naszych związków ze środowiskiem biofizycznym i psychospołecznym", żeby „przyczynić się do podporządkowania różnych przejawów życia istniejących w danej kulturze ludzkiemu zdrowiu jako wartości nadrzędnej" (Aleksandrowicz, 1982, s. 21). I choć pisał wtedy o funkcji medycyny, to zdecydowanie odnosił się do tego jej rozumienia, jakie tkwiło w pojęciu „medycyny społecznej". W tych słowach wyrażał aspiracje zdrowia publicznego.

Aleksandrowicz nawet w swoich pionierskich badaniach onkologicznych łączył leczenie somatyczne z kompleksową psychoterapią i środowiskową prewencją raka. Wyraźnie wyłamywał się z tego tradycyjnego podziału, jaki opisał René Dubos (1962, s. 116–151): na tradycję Asklepiosa – „medycynę naprawczą" zorientowaną na indywidualne reperowanie zepsutego zdrowia – i tradycję Higiei – zdrowie publiczne, które (jak ten „lepszy lekarz") przychodzi, zanim zdrowie się zepsuje. „Doktor Twardy" łączył oba podejścia, dostrzegając ich wzajemne uzupełnianie się. Ale też wyraźnie dostrzegał i dobitnie akcentował moralny oraz polityczny wymiar zdrowia – jego aksjologiczną głębię.

Zdrowie jest jedną z podstawowych wartości ludzkich, więc będzie przyciągało zajadłe spory nawet o samą jego definicję (szczególnie w obszarach brzegowych). Debaty te – ich dialektyka (zderzenie stron, a potem synteza) – napędzają ewolucję pojęcia, które odzwierciedla historyczne przemiany społeczne. Dlatego o zdrowie toczą się spory zarówno polityczne, jak i akademickie, a także wszystko to, co pomiędzy. Zupełnie jak w przypadku innych wartości – wolności, sprawiedliwości, bezpieczeństwa, ojczyzny, wiary, dobrego życia itd. – współczesne rozumienie zdrowia jest częścią tego, co filozof Charles Taylor (2010) nazwał „nowoczesnym imaginarium społecznym". A wykuwało się ono raz to w powolnej ewolucji wartości społecznych i postępu wiedzy naukowej; albo – innym razem – w burzy rewolucji społecznych, politycznych i gospodarczych.

Rezultatem tej ewolucji i częścią nowoczesnego imaginarium społecznego jest słynna „społeczna" definicja zdrowia WHO, jako „stanu pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko braku choroby czy niepełnosprawności". Oznaczała ona odejście od redukcyjnego rozumienia zdrowia jako mierzalnego stanu statystycznej normy – definiowania go negatywnie jako „braku wybrakowania".

W rzeczywistości definicja WHO z 1946 r. przypieczętowała odchodzenie od redukcyjnego rozumienia zdrowia – nadała trajektorię procesowi, który zajął dekady, a gdzieniegdzie jeszcze się nie zakończył. Jeszcze w roku 1982 Aleksandrowicz (s. 17) ubolewał nad tym, że medycyna deklaratoryjnie reprezentuje

> oficjalny pogląd, zgodnie z którym istnieje jedność somatopsychiczna, ale instytucje medyczne zachowują się nierzadko tak, jakby człowiek stanowił jedynie somatyczną, precyzyjną, biologiczną „maszynę". Jest to następstwo obrania

> drogi najmniejszego oporu. Łatwiej bowiem poruszać się w ramach mechanistycznej wizji człowieka, upatrującej sens medycyny w czynnościach podobnych do naprawiania uszkodzonej części maszyn, na podstawie precyzyjnej diagnozy morfologicznej, elektrycznej lub biochemicznej niż w czynnościach uwzględniających istnienie rozlicznych więzi, których poznanie wiedzie do profilaktyki ujmującej człowieka w jego historii i w jego rozwoju somatopsychicznym, uwarunkowanym środowiskiem biologicznym i kulturowym.

Oczywistą wadą redukcyjnej definicji zdrowia było postrzeganie dowolnych odstępstw od normy statystycznej (nawet leworęczności) jako „choroby", „zaburzenia" – z wszelkimi tego społecznymi, prawnymi i politycznymi konsekwencjami. Takie mechanistyczno-opisowe rozumienie zdrowia – potencjalnie użyteczne w pewnych wąskich, specjalistycznych kontekstach – miało fatalne przełożenie na rzeczywistość społeczną, w której pojęcie „zdrowia" zawsze ma balast aksjologiczny. Skutkowało to nagminnie tzw. błędem naturalistycznym, czyli wadliwym logicznie przekładaniem „tego, jak jest", na to, „jak być powinno".

Dobitną krytykę takiego podejścia przedstawiono w przewrotnym artykule Roberta Bentalla z 1992 r. opublikowanego na łamach „Journal of Medical Ethics". Autor postulował w nim, żeby „szczęście zostało sklasyfikowane jako zaburzenie psychiczne i uwzględnione w przyszłych wydaniach głównych podręczników diagnostycznych pod nową nazwą: główne zaburzenie afektywne, typ przyjemny". Bentall wyjaśniał:

> W przeglądzie odpowiedniej literatury wykazano, że szczęście jest statystycznie nieprawidłowe, składa się ze specyficznego zbioru objawów, jest związane z szeregiem nieprawidłowości poznawczych i prawdopodobnie odzwierciedla nieprawidłowe funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego.

Tekst ten stanowił oczywiście żart akademicki (całkiem niegdyś popularny gatunek bioetyki filozoficznej). Na zasadzie *reductio ad absurdum* rozprawiał się ze stronnikami negatywnej definicji zdrowia.

W praktyce podejście „mechanistyczne" utrudniało choćby aktywizację i społeczną inkluzję osób z niepełnosprawnościami, jako skazanych na „rolę społeczną chorego" (czyli wykluczenie społeczne jako „kalek" czy „inwalidów" – stąd odchodzi się od tych dwóch ostatnich pojęć jako stygmatyzujących). Definicja WHO zwraca uwagę na związek zdrowia z odgrywaniem ról społecznych i wsparciem społecznym – z partycypacją, uznaniem, samorealizacją i poczuciem sensu.

Zwięźle objaśnia to Aleksandrowicz (1982, s. 17–18) na przykładzie kierowcy autobusu czy chirurga, którzy stracili sprawność ręki i nie mogą prowadzić wozu lub operować:

> Czy ci ludzie są zdrowi, czy chorzy? Wychodząc z założenia czysto morfologicznego, określającego uszkodzenie narządu jako chorobę, należy stwierdzić, iż ludzie ci są chorzy. Jeśli zaś przyjmiemy jako układ odniesienia ich [rolę] społeczną, możemy powiedzieć, że pierwszy, pełniąc funkcję instruktora na kursach samochodowych, a drugi wykładowcy chirurgii – są zdrowi.

Właśnie w tym ostatnim zdaniu zawiera się sedno hasła i tytułu książki „Doktora Twardego": *Nie ma nieuleczalnie chorych*.

Zdrowie publiczne – jako „nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia […] oraz promowania zdrowia […]" – w całej swojej tradycji przyjmuje właśnie takie holistyczne, społeczne i duchowe rozumienie zdrowia. Ten głęboki etos czyni je nadzwyczaj urozmaiconym i intelektualnie płodnym forum zderzenia i współpracy najprzeróżniejszych perspektyw. Nie da się tego bogactwa ująć w pełni w tylko jednym zbiorze. Ale tradycja Słowników Społecznych – czyli tej encyklopedii, która docenia i akcentuje filozoficzno-dialektyczny charakter pojęć, ich „pola problematyzacji" – sprawia, że niniejsze łamy nadają się szczególnie, żeby tę rozmaitość i ewolucję zdrowia publicznego przynajmniej szkicowo zobrazować.

Niniejszy zbiór rozpoczyna *Wprowadzenie do zagadnień zdrowia publicznego* autorstwa Iwony Kowalskiej-Bobko, która prezentuje bogactwo i ewolucję tegoż jako nauki i sztuki. Następnie Michał Zabdyr-Jamróz przedstawia koncepcję zdrowia we wszystkich politykach (razem z jej praktycznym ucieleśnieniem w metodzie oceny skutków zdrowotnych), służącą politycznej i administracyjnej instytucjonalizacji zdrowia publicznego w ramach demokratycznego państwa prawa. Po tym Magdalena Kozela pisze o determinantach zdrowia – obrazując złożoność dowodów o jego społecznych, ekonomicznych, czy środowiskowych uwarunkowaniach. Rozwijając te wątki, Mariusz Duplaga omawia kwestie kompetencji zdrowotnych, a Bartosz Balcerzak zajmuje się tematem zdrowia środowiskowego. Następnie Rafał Halik prezentuje najnowsze informacje na temat zmian w sytuacji zdrowotnej w Polsce w początkach XXI wieku.

Kolejna partia tekstów rozwija zagadnienia instytucjonalnego umocowania zdrowia publicznego: Sebastian Sikorski pisze o prawie do

ochrony zdrowia, a Christoph Sowada – o ekonomice zdrowia. Paweł Kawalec i Judyta Homoncik prezentują mechanizmy oceny technologii medycznych, służące systematycznej transmisji dowodów naukowych do praktyki: od ogólnych decyzji politycznych po konkretne interwencje. Badania nad usługami zdrowotnymi omawia Iwona Bielska, zaś Alicja Domagała pochyla się nad migracjami personelu medycznego.

Rozważania nad bardziej efektywną i opartą na dowodach organizacją systemów zdrowotnych rozpoczyna Małgorzata Gałązka-Sobotka, poświęcając uwagę koncepcji systemu zdrowotnego opartego na wartościach. Tomasz Holecki opisuje problematykę podstawowej opieki zdrowotnej jako bramy do systemu i kluczowego zwornika tradycyjnej medycyny naprawczej z profilaktyczną rolą zdrowia publicznego. Ich integracja nie jest możliwa bez koordynowanej opieki zdrowotnej, którą przedstawia Katarzyna Badora-Musiał. Wreszcie Estera Wieczorek opisuje nie mniej ważne zagadnienia opieki przejściowej.

Zdrowie publiczne nie zapomina też o grupach wrażliwych. Stąd Marta Podhorecka omawia zagadnienia długowieczności i starzenia się – od profilaktyki po solidarność społeczną. Justyna Klingemann pisze o stygmatyzacji osób chorych i niepełnosprawnych, a Michał Bujalski o uzależnieniach i używaniu substancji psychoaktywnych. Maria Libura prezentuje zagadnienia chorób rzadkich, pokazując, jak zdrowie publiczne orientuje się na gwarancje zdrowia nie tylko w skali populacyjnej, ale autentycznie dla wszystkich. Na koniec – by uwzględnić historycznie i socjologicznie znaczący dla Polski kontekst – Robert Nęcek pisze o problematyce zdrowia w ujęciu katolickiej nauki społecznej.

Oto krótki przegląd treści, jakie zaplanowaliśmy dla niniejszego słownika. Mamy nadzieję, że posłuży on nie tylko w kształceniu personelu systemu zdrowotnego i edukatorów zdrowotnych, ale że przyda się też otoczeniu społecznemu: praktykom polityki publicznej, decydentom, a także zainteresowanym laikom. Z tą nadzieją oddajemy w Państwa ręce niniejszy tom, życząc mnóstwa inspiracji i dużo zdrowia.

Redaktorzy tomu:
Iwona Kowalska-Bobko
Wit Pasierbek
Michał Zabdyr-Jamróz

Bibliografia

Aleksandrowicz, J. (1982). *Nie ma nieuleczalnie chorych*. Warszawa: Iskry.

Dubos, R. (1962). *Miraże zdrowia. Utopie, postęp i zmiany biologiczne*. Przeł. T. Kielanowski. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Taylor, C. (2010). *Nowoczesne imaginaria społeczne*. Przeł. A. Puchejda & K. Szymaniak. Kraków: Znak.

Iwona Kowalska-Bobko
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
https://orcid.org/0000-0003-3728-2323
https://doi.org/10.35765/slowniki.581

Wprowadzenie do zdrowia publicznego. Definicje, koncepcje i zakresy

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Mimo licznych definicji zdrowia publicznego wciąż brak jednej uniwersalnie przyjętej, co odzwierciedla złożoność i interdyscyplinarny charakter tego pojęcia; w praktyce największe znaczenie zyskała definicja Donalda Achesona z 1988 roku, ujmująca zdrowie publiczne jako naukę i sztukę zapobiegania chorobom, wydłużania życia i promowania zdrowia poprzez zorganizowane działania społeczne.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Zdrowie publiczne, wywodzące się z praktyk sanitarnych starożytności, w XIX i XX wieku ukształtowało się jako interdyscyplinarna dziedzina skoncentrowana na poprawie zdrowia populacji. Obecnie odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu chorobom, redukcji nierówności zdrowotnych oraz wzmacnianiu systemów ochrony zdrowia poprzez działania oparte na dowodach i analizie determinant zdrowia.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Funkcje zdrowia publicznego stanowią kluczowy element współczesnych systemów ochrony zdrowia, tworząc ramy dla monitorowania stanu zdrowia populacji, identyfikacji zagrożeń oraz wdrażania i oceny interwencji opartych na dowodach. Sprzyjają one prewencji, promocji zdrowia, sprawiedliwej alokacji zasobów i wzmacnianiu zdolności systemu do reagowania na zmieniające się potrzeby zdrowotne społeczeństw.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Zdrowie publiczne odgrywa zasadniczą rolę w ochronie i promocji

zdrowia populacji, a jego znaczenie wzrasta wobec wyzwań związanych ze starzeniem się społeczeństw, chorobami przewlekłymi, zagrożeniami środowiskowymi i nierównościami zdrowotnymi. Skuteczność tej dziedziny opiera się na adaptacji do zmieniających się uwarunkowań oraz na działaniach zakorzenionych w dowodach naukowych i zasadach etycznych.

Słowa kluczowe: zdrowie publiczne, polityka zdrowia publicznego, funkcje zdrowia publicznego, wyzwania zdrowia publicznego

Definicja pojęcia

W ostatnich dekadach zdrowie publiczne odnotowało dynamiczny rozwój instytucjonalny i finansowy, często realizowany w ramach współpracy międzynarodowej, co przyczyniło się do poprawy stanu zdrowia populacji w wielu krajach. Mimo to jego społeczna rozpoznawalność, a także świadomość znaczenia i zakresu tej dziedziny pozostają relatywnie niskie. Jedną z przyczyn są trudności w precyzyjnym definiowaniu i interpretowaniu samego pojęcia, co szczególnie uwidocznił kryzys zdrowia publicznego w obliczu pandemii COVID-19.

Amerykańskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego (APHA) definiuje zdrowie publiczne jako dziedzinę, która „promuje i chroni zdrowie wszystkich ludzi oraz ich społeczności". Opiera się ona na dowodach naukowych i dąży do zapewnienia każdemu bezpiecznego miejsca do życia, nauki, pracy i wypoczynku. Z kolei brytyjska Narodowa Służba Zdrowia (NHS) podkreśla, że zdrowie publiczne koncentruje się na pomaganiu ludziom w zachowaniu zdrowia oraz ochronie przed zagrożeniami zdrowotnymi. Działania te obejmują zarówno wsparcie dla jednostek, jak i dla większych grup społecznych, takich jak grupy wiekowe, etniczne czy lokalne społeczności. Pomimo tych jasno sformułowanych definicji termin „zdrowie publiczne" nadal bywa mylony z indywidualną opieką zdrowotną, co może prowadzić do niedoceniania jego roli w kształtowaniu polityk zdrowotnych i społecznych. Zwiększenie świadomości społecznej na temat zdrowia publicznego jest kluczowe dla skutecznego wdrażania programów profilaktycznych i promowania zdrowego stylu życia na poziomie populacyjnym.

Ze względu na różnorodność podejść na etapie początkowym korzystne jest przyjęcie definicji, która cieszy się stosunkowo szeroką akceptacją. Takim kryteriom odpowiada definicja Donalda Achesona, według której zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, promowania zdrowia populacji oraz wydłużania życia poprzez skoordynowane działania społeczne. W tym ujęciu zawarte są elementy klasycznej koncepcji C. Winslowa, której pierwotna wersja sięga 1887 roku.

Ramka 1. Definicja C.E.A. Winslowa

Zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia oraz promowania zdrowia fizycznego i sprawności poprzez zorganizowane wysiłki społeczności na rzecz higieny środowiska, kontroli zakażeń społecznych, edukację jednostki w zakresie zasad higieny osobistej, organizowanie usług medycznych i pielęgniarskich w celu wczesnej diagnozy i profilaktycznego leczenia chorób oraz rozwój mechanizmu społecznego, który zapewni każdej jednostce w społeczności poziom życia odpowiedni do utrzymania zdrowia. Organizowanie tych świadczeń w taki sposób, aby każdy obywatel mógł zrealizować swoje przyrodzone prawo do zdrowia i długowieczności.

Źródło: Winslow, 1920.

Pojęcie zdrowia publicznego jest rozumiane w sposób zbliżony lub tożsamy w licznych dokumentach organizacji międzynarodowych, takich jak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oraz Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Definicje te zostały również przyjęte przez wiele instytucji odpowiedzialnych za zdrowie publiczne na poziomie krajowym i regionalnym, a także szeroko wykorzystywane przez organizacje pozarządowe i środowiska naukowe. WHO w preambule swojej konstytucji definiuje zdrowie jako „stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności", co stanowi fundament międzynarodowego podejścia do zdrowia publicznego (WHO, 2005a). Z kolei CDC wskazuje, że zdrowie publiczne to „nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia oraz promowania zdrowia poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa, organizacji (zarówno publicznych, jak i prywatnych), społeczności oraz jednostek" (CDC, 2024). W definicji tej podkreśla się znaczenie działań takich jak promocja zdrowego stylu życia, badania nad prewencją chorób i urazów, a także monitorowanie i reagowanie na zagrożenia zdrowotne.

Oba podejścia podkreślają, że zdrowie publiczne koncentruje się na ochronie i poprawie zdrowia całych populacji – zarówno tych lokalnych, jak i globalnych – uwzględniając przy tym czynniki społeczne, środowiskowe i behawioralne wpływające na zdrowie zbiorowości. Można zatem uznać, że przyjęta definicja wpisuje się w nurt utrwalonej tradycji. Przeszła test przydatności, była i jest stosowana w licznych poważnych analizach. Współcześnie jest wykorzystywana w wielu dokumentach i opracowaniach, także przez organizacje międzynarodowe. W przedstawionych definicjach zdrowia publicznego istnieje możliwość

kładzenia nacisku na różne aspekty, w zależności od tego, które elementy są uznawane za kluczowe w danej analizie. W podejmowaniu decyzji dotyczących zdrowia publicznego często konieczne jest uwzględnianie sposobu zarządzania ograniczonymi zasobami. Takie decyzje są podejmowane zarówno w codziennym funkcjonowaniu systemu zdrowia publicznego, jak i w sytuacjach kryzysowych, gdzie ich znaczenie staje się szczególnie istotne. Drastycznym przykładem tego problemu były niedobory zasobów w systemach ochrony zdrowia, które ujawniły się w wielu krajach podczas pandemii COVID-19 (Włodarczyk, 2024).

Interesującą perspektywę definicyjną zdrowia publicznego zaproponowała Ilona Kickbusch, wskazując, że Karta Ottawska, będąca fundamentem promocji zdrowia, zapoczątkowała „trzecią rewolucję zdrowia publicznego". Na początku XXI wieku, w stosunkowo stabilnym okresie, podejście utożsamiające zdrowie publiczne z promocją zdrowia wydawało się szczególnie atrakcyjne – zwłaszcza w krajach rozwiniętych, gdzie choroby zakaźne nie były wówczas postrzegane jako poważne zagrożenie (Baum i in., 2014).

W rozważaniach nad zdrowiem publicznym istotne jest także uwzględnienie roli procesów politycznych, bez których skuteczność działań w tej dziedzinie byłaby ograniczona, ponieważ w dużej mierze są one zależne od decyzji podejmowanych przez władze. Zagadnienie to zostało podkreślone w Raporcie WHO z 1998 roku, który wskazywał na bezpośredni wpływ rządów na stan zdrowia publicznego. Procesy polityczne ujawniają także różnorodne konflikty wartości, stwarzając przestrzeń do ich rzetelnego rozstrzygania. Wielowymiarowy charakter zdrowia publicznego został trafnie ujęty w jednej z definicji zawartych w podręczniku oksfordzkim. Określa ona zdrowie publiczne jako proces mobilizowania i wykorzystywania zasobów na poziomie lokalnym, krajowym i międzynarodowym w celu stworzenia warunków sprzyjających zdrowiu. Zakres niezbędnych działań zależy od rodzaju i skali problemów wpływających na zdrowie społeczności, natomiast ich możliwości realizacyjne wynikają z dostępnej wiedzy naukowej i zasobów. Ostateczny kształt podejmowanych działań jest jednak uwarunkowany aktualnym kontekstem społecznym i politycznym (Azari & Borisch, 2023).

W definicjach zdrowia publicznego istotne miejsce zajmuje pojęcie „zbiorowości", co jednoznacznie wskazuje na publiczny, wspólnotowy

charakter zdrowia oraz działań podejmowanych na jego rzecz. Ten wymiar zdrowia publicznego został trafnie uchwycony przez Julia Frenka, uznanego badacza w tej dziedzinie, którego interpretacja została przypomniana i pogłębiona m.in. przez Huntera i współautorów (2010). Frenk zwraca uwagę, że przymiotnik „publiczne" w kontekście zdrowia może mieć kilka uzupełniających się znaczeń. Oznacza nie tylko odpowiedzialność instytucji publicznych – przede wszystkim rządowych – za działania zdrowotne, lecz także wskazuje na konieczność podejmowania interwencji obejmujących całe społeczeństwo, a nie wyłącznie jednostki. Dodatkowo zdrowie publiczne koncentruje się na świadczeniach i programach skierowanych do społeczności lub środowisk, różniąc się tym samym od klasycznej opieki indywidualnej. Ważnym aspektem pozostaje także szczególne ukierunkowanie działań na grupy narażone na największe ryzyko zdrowotne i społeczne. Wreszcie, zdrowie publiczne odnosi się do problemów uznawanych w danym miejscu i czasie za priorytetowe z punktu widzenia zdrowia populacji – od historycznych wyzwań, takich jak gruźlica czy HIV/AIDS, po współczesne zagrożenia, takie jak pandemia COVID-19 (Frenk & Gómez-Dantés, 2022).

Frenk uważał, że różne interpretacje terminu „publiczny" powinny być traktowane w sposób uzupełniający się mimo wcześniejszych sporów dotyczących tego, który aspekt zdrowia publicznego jest najistotniejszy. Takie komplementarne podejście jest uzasadnione zarówno koncepcyjnie – ze względu na szeroko akceptowane modele uwarunkowań zdrowotnych uwzględniające wiele zróżnicowanych czynników – jak i praktycznie, biorąc pod uwagę konieczność wielosektorowej koordynacji jako kluczowego elementu skutecznych działań. Biorąc pod uwagę, jak często podkreśla się potrzebę interdyscyplinarnego podejścia do problemów zdrowia publicznego, taka perspektywa wydaje się w pełni uzasadniona. Pomimo upływu lat od sformułowania tego postulatu jego znaczenie nie straciło na aktualności – wręcz przeciwnie, świadomość złożoności problemu jedynie wzrosła.

Odniesienie do zbiorowości kieruje uwagę także na tych, którzy podejmują działania na rzecz realizacji celów zdrowia publicznego. Grupę tę często określa się mianem „systemu zdrowia publicznego" (*public health system*). Według definicji zaproponowanej przez CDC obejmuje on wszystkie publiczne, prywatne i dobrowolne podmioty

zaangażowane w świadczenie podstawowych usług zdrowia publicznego dla ludności zamieszkującej dany obszar. Choć jest to najczęściej przywoływana definicja, w literaturze istnieje wiele innych ujęć. Jedna z analiz doprowadziła do sformułowania koncepcji systemu jako zbiorowego przedsięwzięcia (*collective capacity*), obejmującego zarówno instytucje rządowe, jak i prywatne oraz inne podmioty, które wspólnie wspierają realizację misji i kluczowych funkcji zdrowia publicznego. System ten, oddziałując na zdrowie populacji, wykorzystuje dostępne zasoby, infrastrukturę oraz programy, które służą poprawie i ochronie zdrowia publicznego (Włodarczyk, 2024).

System zdrowia publicznego to złożona struktura, składająca się z wielu różnych elementów. Jest to zrozumiałe, biorąc pod uwagę szeroki zakres zadań, jakie przed nim stoją. Jednym ze sposobów ich przedstawienia jest zaprezentowane poniżej zestawienie.

Tabela 1. Typologia instytucji w systemie zdrowia publicznego

Obszar funkcjonalny	Typ instytucji/decyzji
Zarządzanie (*Governance*)	Instytucje ustalające politykę zdrowotną (decydenci polityczni) Instytucje projektujące organizację systemu Instytucje regulujące kwestie zawodowe Organy odpowiedzialne za relacje z interesariuszami i obywatelami
Finansowanie (*Financial*)	Instytucje planujące i organizujące system finansowania Płatnicy przekazujący środki Instytucje wypłacające wynagrodzenia Instytucje kontraktujące świadczenia Instytucje oddziałujące na zachowania świadczeniobiorców
Świadczenia (*Delivery*)	Instytucje organizujące proces udzielania świadczeń Jednostki określające status świadczeniodawców Instytucje ustalające miejsce udzielania świadczeń Instytucje wspierające świadczenia (np. IT, logistyka, edukacja)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Jarvis, Cylus, Mackenbach, Suhrcke, & Rechel, 2020.

Nie ulega wątpliwości, że kluczową rolę w każdym systemie zdrowia publicznego odgrywają wyspecjalizowane jednostki odpowiedzialne za realizację jego funkcji i zadań. Są one rozmieszczone na różnych szczeblach administracyjnych i to one kształtują specyfikę danego systemu. W Polsce taką funkcję pełni Inspekcja Sanitarna (Główny Inspektor Sanitarny), a jej odpowiedniki działają w wielu innych krajach: w USA to Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (Centers for Disease

Control and Prevention – CDC), w Szwecji – Agencja Zdrowia Publicznego (Public Health Agency of Sweden – PHAS; Folkhälsomyndigheten), analogiczna instytucje we Francji (Santé publique France), Instytut Roberta Kocha w Niemczech (The Robert Koch Institute – RKI), w krajach Zjednoczonego Królestwa (np. Public Health England), w Niderlandach Krajowy Instytut Zdrowia Publicznego i Środowiska (National Institute for Public Health and the Environment – RIVM) i inne (Golinowska i in., 2022).

Wielodyscyplinarny charakter zdrowia publicznego

Współczesne zdrowie publiczne obejmuje działania od profilaktyki chorób zakaźnych po promocję zdrowego stylu życia i monitorowanie czynników ryzyka środowiskowego. Złożoność wyzwań wymaga interdyscyplinarnego podejścia, współpracy wielu sektorów oraz aktywnego udziału społeczeństwa (Public Health 3.0, 2022). Skuteczność tej dziedziny opiera się na czerpaniu z różnych nauk – od analizy zjawisk i prognozowania po projektowanie i wdrażanie interwencji. Jak podkreślają Tulchinsky i Varavikova (2023), zdrowie publiczne stale się rozwija, integrując perspektywy nauk stosowanych, społecznych, edukacyjnych, ekonomicznych i zarządczych. Takie zintegrowane podejście pozwala lepiej koordynować działania i efektywniej wspierać dobrostan jednostek i społeczności.

W klasycznym podręczniku *Oxford Textbook of Global Public Health* (wyd. 6, 2015) zaproponowano trójdzielny podział zdrowia publicznego na wymiary: teoretyczny, metodologiczny i praktyczny. Tom pierwszy omawia podstawy dyscypliny, determinanty zdrowia oraz kwestie polityki, prawa i etyki. Tom drugi koncentruje się na metodologii, obejmując systemy informacyjne, epidemiologię, biostatystykę, techniki nauk społecznych i nauki o środowisku. Tom trzeci ukazuje praktyczny wymiar zdrowia publicznego poprzez analizę problemów zdrowotnych, strategii profilaktycznych i realizacji kluczowych funkcji systemu. Całość tworzy kompleksowe ujęcie tej interdyscyplinarnej dziedziny, łączącej różne podejścia i metody badawcze, choć nie zawsze wprost wskazano dyscypliny leżące u podstaw proponowanych analiz. Proponowana przez *Oxford Textbook of Global Public Health* struktura odzwierciedla zarówno wielowymiarowość problemów zdrowotnych, jak i potrzebę ich systemowej analizy oraz

skutecznej interwencji. Widać, że jedynie w niektórych przypadkach autorzy jednoznacznie wskazali wykorzystywane dyscypliny, takie jak techniki nauk społecznych czy nauki o środowisku. W innych sytuacjach przekaz jest bardziej pośredni, opierający się na założeniu, że czytelnicy posiadają wiedzę na temat odpowiednich dyscyplin, które należy zastosować przy badaniu potrzeb zdrowotnych populacji.

Wielodyscyplinarność zdrowia publicznego przejawia się w szerokim zakresie działań i zawodów wchodzących w skład tego systemu. Praca specjalistów obejmuje m.in. profilaktykę problemów zdrowotnych, edukację, realizację programów zdrowotnych, świadczenie usług i prowadzenie badań nad zdrowiem populacji, a także działania na rzecz redukcji nierówności i poprawy dostępności opieki zdrowotnej. Amerykańskie Stowarzyszenie Zdrowia Publicznego (2025) wskazuje wśród kluczowych profesji m.in. ratowników, edukatorów, badaczy, dietetyków, epidemiologów, pracowników socjalnych, lekarzy i pielęgniarki zdrowia publicznego, specjalistów ds. BHP, decydentów politycznych oraz ekspertów ds. sanitarnych. Należy przy tym podkreślić, że w obrębie zdrowia publicznego niektóre dyscypliny zajmują szczególnie uprzywilejowaną pozycję (patrz: tabela 2).

Tabela 2. Wielodyscyplinarność zdrowia publicznego

Dyscyplina	**Rola w zdrowiu publicznym**
Epidemiologia	Wzmacnia zdrowie publiczne, dostarczając dowodów naukowych niezbędnych do identyfikacji problemów zdrowotnych, określania czynników ryzyka, oceny skuteczności interwencji oraz planowania polityk i działań profilaktycznych. Umożliwia podejmowanie decyzji opartych na danych i skuteczną reakcję na zagrożenia zdrowotne.
Socjologia	Dostarcza koncepcji, modeli teoretycznych i metod do badania wpływu czynników społecznych (np. statusu społeczno-ekonomicznego, nierówności, stylu życia) na zdrowie populacji.
Ekonomika	Wspiera proces podejmowania decyzji umożliwiający efektywne wykorzystanie zasobów i maksymalizację korzyści zdrowotnych przy minimalnych kosztach alternatywnych.
Etyka	Stanowi podstawę do oceny wartości, które leżą u podstaw działań zdrowotnych, w tym interwencji takich jak kampanie szczepień czy restrykcje pandemiczne. Świadomość jej roli pozostaje jednak ograniczona.
Nauki polityczne	Podkreślają polityczną naturę zdrowia publicznego – stan zdrowia populacji oraz interwencje zdrowotne zależą od decyzji politycznych. Jej włączenie zwiększa potencjał intelektualny i praktyczny zdrowia publicznego.

Źródło: Opracowanie własne.

Zakładając, że jednym z kluczowych obszarów współczesnego zdrowia publicznego jest promocja zdrowia, warto wskazać dyscypliny naukowe, które odgrywają szczególną rolę w kształtowaniu jej teoretycznych podstaw. Do najważniejszych z nich, określanych jako „główne dyscypliny wspierające" (*primary feeder disciplines*), należą psychologia, socjologia, epidemiologia. Istotne znaczenie mają również inne dziedziny, takie jak polityka społeczna, nauki polityczne, ekonomika, etyka, filozofia oraz nauki o komunikacji.

Analiza historyczna pojęcia

Już w najdawniejszych cywilizacjach podejmowano działania na rzecz ochrony zdrowia społeczności. W starożytnym Egipcie, Indiach i Chinach istniały podstawowe reguły higieny i izolowania chorych. W Grecji Hipokrates (V/IV w. p.n.e.) wskazywał na związek zdrowia z otoczeniem – klimat, jakość wody i żywności – co opisał w traktacie *O powietrzu, wodach i miejscach* (Tulchinsky & Varavikova, 2014). Grecy i Rzymianie rozwinęli systemy sanitarne: budowano akwedukty doprowadzające czystą wodę, kanalizacje odprowadzające ścieki, łaźnie publiczne i urządzenia do usuwania odpadów. W starożytnym Rzymie istniały urzędy dbające o czystość ulic i wodociągi, a także zapewniano opiekę medyczną ubogim i legionistom (Tulchinsky & Varavikova, 2014). Działania te świadczą, że idea zapobiegania chorobom poprzez poprawę warunków życia ma korzenie sięgające antyku.

W średniowieczu postęp medycyny i zdrowia publicznego był ograniczony, jednak wobec wielkich epidemii zaczęto stosować zorganizowane środki zaradcze. Największym wyzwaniem była czarna śmierć – pandemia dżumy w XIV w., która zdziesiątkowała populację Europy. Szacuje się, że w latach 1347–1351 zmarła nawet 1/3 mieszkańców kontynentu (Tognotti, 2013). W obliczu szerzącej się zarazy miasta podejmowały radykalne kroki: ograniczano zgromadzenia publiczne, a także wykształciła się instytucja kwarantanny. Zaobserwowano, że izolacja przybyszów z terenów objętych morowym powietrzem może uchronić lokalną ludność przed epidemią. Już w XIV w. porty włoskie zaczęły przetrzymywać statki i ich załogi przez pewien czas poza portem. Początkowo był to okres 30 dni (tzw. *trentina*), wydłużony następnie do

40 dni – stąd nazwa „kwarantanna" (Tognotti, 2013). Za jedno z pierwszych udokumentowanych zarządzeń kwarantanny uchodzi edykt władz miasta Ragusa (Dubrownik) z 1465 r., a w 1485 r. podobne regulacje wprowadziła Wenecja (Tognotti, 2013). W innych krajach także eksperymentowano z izolacją – np. w Nowogrodzie w XVI w. zakazano urządzania pogrzebów podczas moru, by ograniczyć zgromadzenia. Choć ówczesne rozumienie przyczyn chorób było ograniczone (dominowały wyjaśnienia religijne i teoria miazmatów, czyli „złego powietrza"), praktyka odosobnienia chorych i potencjalnie zakażonych okazała się skuteczna w zmniejszaniu zasięgu epidemii (Tognotti, 2013). Można to uznać za zalążek nowoczesnych interwencji zdrowia publicznego – działanie zbiorowe nakierowane na ochronę całej społeczności.

Okres renesansu i wczesnej nowożytności (XVI–XVII w.) przyniósł powolne postępy w organizacji opieki zdrowotnej na poziomie społeczności. W miastach włoskich powoływano stałe urzędy zdrowia (magistraty sanitarne), które czuwały nad przestrzeganiem kwarantanny, czystością ulic i nadzorowały pochówek zmarłych podczas epidemii. Jednak wdrażanie środków zdrowotnych często napotykało opór – znany jest przypadek Florencji, gdzie w 1630 r. członkowie urzędu zdrowia zostali ekskomunikowani przez Kościół za próby izolowania chorych na dżumę, co uznano za naruszenie obrzędów religijnych. Mimo to idee higieny publicznej powoli się umacniały, wspierane przez rozwój nauki. Już w 1546 r. Girolamo Fracastoro wysunął hipotezę o „nasieniu choroby" (*seminaria morbi*), sugerującą istnienie czynników zakaźnych przenoszących się między ludźmi – przedsmak koncepcji drobnoustrojów chorobotwórczych (Tognotti, 2013).

Przełom nastąpił w XIX wieku, w okresie tzw. rewolucji sanitarnej. Szybka urbanizacja i industrializacja doprowadziły w miastach Europy do katastrofalnych warunków sanitarnych – przeludnienie, brak kanalizacji i zanieczyszczenie wody skutkowały epidemiami (np. nawracające fale cholery od lat 30. XIX w.). W odpowiedzi narodził się ruch społeczny na rzecz poprawy zdrowotności miast. W Wielkiej Brytanii pionierem zdrowia publicznego był Edwin Chadwick, który w 1842 r. opublikował raport *The Sanitary Condition of the Labouring Population*. Wykazał w nim, opierając się na danych statystycznych, że ubóstwo i złe warunki bytowe – zanieczyszczona woda czy obecność nieczystości na ulicach – prowadzą do wysokiej śmiertelności i niskiej oczekiwanej

długości życia. Publikacja wzbudziła duży rezonans społeczny i doprowadziła do uchwalenia w 1848 r. pierwszej Ustawy o Zdrowiu Publicznym (Public Health Act), na mocy której powołano General Board of Health z Chadwickiem na czele oraz wprowadzono system lokalnych rad zdrowotnych odpowiedzialnych za warunki sanitarne w miastach. Równolegle w Wielkiej Brytanii uchwalono także szereg ustaw dotyczących zatrudnienia i warunków pracy (m.in. 1802, 1833, 1847), które istotnie wpłynęły na poprawę zdrowia robotników i dzieci. Do rozwoju nowoczesnej epidemiologii przyczyniły się także przełomowe badania Johna Snowa nad epidemią cholery w londyńskim Soho w 1854 r., w których wykazał wodnopochodne szerzenie się choroby, oraz wcześniejsze wprowadzenie szczepień przez Edwarda Jennera w 1796 r., uznawane za podstawę profilaktyki chorób zakaźnych (Riedel, 2005).

Druga połowa XIX wieku to czas mikrobiologicznej rewolucji. Dzięki rozwojowi technik laboratoryjnych (mikroskop, hodowle) potwierdzono istnienie drobnoustrojów wywołujących choroby zakaźne, co ostatecznie obaliło starą teorię miazmatów. Francuski chemik Louis Pasteur oraz niemiecki lekarz Robert Koch stali się liderami tego przełomu. Pasteur udowodnił teorię zarazków (*germ theory*) – wykazał, że fermentacje i zakażenia są powodowane przez mikroby; opracował też metody ich zwalczania (wynalazł pasteryzację wina i mleka) (Tulchinsky & Varavikova, 2014). Prowadził badania nad odpornością, rozwijając pierwsze szczepionki laboratoryjne (przeciw wąglikowi 1881, przeciw wściekliźnie 1885) (Riedel, 2005). Koch z kolei udoskonalił metody hodowli bakterii na pożywkach stałych i odkrył prątka gruźlicy (1882) oraz przecinkowca cholery (1883). Sukcesy te ugruntowały bakteriologiczną rewolucję, która przyniosła ogromne korzyści medycynie i zdrowiu. Od tej pory zwalczanie chorób zakaźnych mogło opierać się na naukowych podstawach: identyfikacji drobnoustroju, jego eliminacji w środowisku (dezynfekcja, sterylizacja) lub w organizmie (antyseptyka, antybiotyki pod koniec XIX w.), a przede wszystkim – szczepieniach ochronnych. Idea szczepień, zapoczątkowana jeszcze przez Jennera (ospa prawdziwa), zyskała nowe życie dzięki badaniom Pasteura i innych. W wielu krajach w XIX w. wprowadzano szczepienie przeciw ospie jako obowiązkowe, co stopniowo zmniejszało zapadalność na tę śmiertelną chorobę. Pod koniec XIX stulecia większość państw europejskich miała już struktury administracyjne zajmujące się zdrowiem publicznym (np. we

Francji Generalna Dyrekcja Służb Sanitarnych, w Anglii lokalne Boards of Health). Dzięki temu ludzkość weszła w XX wiek uzbrojona w podstawowe narzędzia kontroli chorób zakaźnych i poprawy warunków sanitarnych (Tulchinsky & Varavikova, 2014).

W XX wieku zdrowie publiczne stało się zadaniem nie tylko lokalnym czy narodowym, ale także międzynarodowym. Doświadczenia I wojny światowej i pandemia grypy „hiszpanki" z 1918 r. (która pochłonęła ok. 50 mln ofiar) uświadomiły potrzebę współpracy między krajami. Już w 1920 r. w ramach Ligi Narodów powołano Organizację Zdrowia (League of Nations Health Organisation, LNHO). Jej dyrektorem został polski bakteriolog dr Ludwik Rajchman, który wcześniej wsławił się zwalczaniem epidemii tyfusu w Europie Wschodniej. LNHO koordynowała międzynarodowe działania przeciw epidemiom, standaryzowała szczepionki i prowadziła wymianę wiedzy o zdrowiu publicznym w latach 20. i 30. XX w. (Brown & Fee, 2014). Po II wojnie światowej utworzono nową, wyspecjalizowaną agendę ONZ – Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, WHO). Jej konstytucja weszła w życie 7 kwietnia 1948 r., stąd data ta obchodzona jest jako Światowy Dzień Zdrowia (WHO, 2025). W pierwszych latach działalności WHO skoncentrowała się na walce z największymi zagrożeniami zdrowotnymi globu: malaria, gruźlica, choroby weneryczne oraz wysoka śmiertelność matek i dzieci, które zostały uznane za priorytety już na pierwszym Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w 1948 r. (WHO, 2025). Rozpoczęto także masowe programy szczepień ochronnych na świecie.

Szczepienia stały się w XX wieku jednym z największych osiągnięć zdrowia publicznego. Dzięki globalnym kampaniom eliminacyjnym prowadzonym pod auspicjami WHO udało się całkowicie wyplenić ospę prawdziwą – w 1980 r. ogłoszono oficjalnie eradykację tej choroby, pierwszy raz w historii ludzkości udało się pokonać chorobę zakaźną na całym świecie (WHO, 2025). Również poliomyelitis (choroba Heinego-Medina) była przedmiotem międzynarodowej mobilizacji: w 1988 r. WHO zainicjowała Globalny Program Eradykacji Polio, który pozwolił zredukować zachorowania o ponad 99% (WHO, 2025). Mimo że do pełnej eliminacji polio jeszcze nie doszło (pozostały nieliczne ogniska w kilku krajach), sukcesy te pokazują potęgę skoordynowanych działań profilaktycznych. Obok tego w drugiej połowie XX w. zdrowie publiczne poszerzyło swój zakres o choroby przewlekłe (kardiologiczne,

onkologiczne), bezpieczeństwo żywności, higienę pracy, promocję zdrowego stylu życia i ochronę środowiska. Pod auspicjami WHO rozwinięto koncepcję zdrowia dla wszystkich (deklaracja z Ałma-Aty 1978 r. dotycząca podstawowej opieki zdrowotnej) oraz promocji zdrowia (Karta Ottawska, 1986). W wielu krajach ustanowiono systemy monitorowania sytuacji zdrowotnej i czynników ryzyka (np. rejestry epidemiologiczne, badania przesiewowe). Organizacje międzynarodowe odgrywały kluczową rolę: poza WHO również UNICEF (Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci, założony w 1946 r. z istotnym udziałem Ludwika Rajchmana) (Brown & Fee, 2014) czy później UNAIDS (program ONZ ds. HIV/AIDS) i inne agencje specjalizowane. W skali globalnej zdrowie publiczne przyczyniło się w XX w. do imponujących osiągnięć: średnia długość życia wzrosła z ~50 lat w 1900 r. do ponad 70 lat pod koniec stulecia w skali światowej, co wynikało głównie z opanowania chorób zakaźnych, poprawy warunków sanitarnych i żywieniowych oraz rozwoju systemów ochrony zdrowia.

Mimo wielkiego postępu zdrowie publiczne w XXI wieku stoi przed nowymi wyzwaniami. Pandemia COVID-19, wywołana koronawirusem SARS-CoV-2, która wybuchła na przełomie 2019 i 2020 roku, pokazała, jak groźne mogą być nowe patogeny w zglobalizowanym świecie. Pandemia ta zachwiała systemami ochrony zdrowia nawet w najbogatszych krajach i uwidoczniła znaczenie przygotowania oraz międzynarodowej koordynacji w sytuacjach kryzysowych. Wiele tradycyjnych narzędzi zdrowia publicznego musiało zostać zastosowanych na bezprecedensową skalę – dystansowanie społeczne, kwarantanna, izolacja chorych, ograniczenie przemieszczania się ludności (lockdowny) i masowe kampanie szczepień (opracowanie nowych szczepionek mRNA w rekordowym czasie) stały się codziennością. Jednocześnie pandemia obnażyła słabości: braki w systemach nadzoru epidemiologicznego, niewystarczające rezerwy sprzętu ochronnego, a także krążenie dezinformacji podważającej zaufanie do działań zdrowotnych. COVID-19 przypomniał światu, że zagrożenia zdrowia nie znają granic, a zdrowie publiczne musi łączyć siły globalnie. W odpowiedzi WHO w 2020 r. zainicjowała programy przyspieszające badania nad szczepionkami (COVAX) i wezwała do wzmocnienia Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, aby skuteczniej reagować na przyszłe epidemie. W nadchodzących latach zdrowie publiczne będzie musiało godzić tradycyjne zadania

(szczepienia, higiena, nadzór epidemiologiczny) z nowymi obszarami, takimi jak zdrowie psychiczne, starzenie się populacji czy nierówności zdrowotne (Włodarczyk, 2024).

Ujęcie problemowe pojęcia

Funkcje zdrowia publicznego

Zdrowie publiczne w klasycznym ujęciu obejmuje złożone interwencje społeczne i administracyjne, w tym monitorowanie sytuacji zdrowotnej populacji, reagowanie na zagrożenia zdrowotne, ochronę zdrowia środowiskowego, kształtowanie prozdrowotnych postaw i zachowań, a także wczesną detekcję i prewencję chorób.

Znaczenie podstawowych funkcji zdrowia publicznego było podkreślane zarówno w literaturze amerykańskiej, jak i w dokumentach międzynarodowych. Szczególne znaczenie miał raport *The Future of Public Health* Instytutu Medycyny (1988), w którym sformułowano misję systemu zdrowia publicznego i wskazano trzy podstawowe funkcje – ocenę stanu zdrowia (*assessment*), rozwój polityki zdrowotnej (*policy development*) oraz zapewnienie dostępności świadczeń (*assurance*). Raport zwracał także uwagę na potrzebę wzmacniania kompetencji technicznych, politycznych i zarządczych kadr zdrowia publicznego. Do dalszych dyskusji nad koncepcją funkcji zdrowia publicznego przyczyniła się również inicjatywa WHO z 1998 r., a następnie rezolucja Światowego Zgromadzenia Zdrowia z 2016 r. (WHA69.1), w której uznano potrzebę wzmocnienia *essential public health functions* (EPHFs) jako fundamentu skutecznej realizacji idei powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (UHC) i budowy odpornych systemów ochrony zdrowia (WHO, 2016).

W regionie europejskim Światowa Organizacja Zdrowia (WHO Europe) rozwinęła koncepcję dziesięciu podstawowych operacji zdrowia publicznego (*essential public health operations*, EPHOs), które stanowią ramę analityczno-operacyjną dla oceny zdolności systemów zdrowia publicznego. Zidentyfikowane działania obejmują: (1) nadzór nad zdrowiem i dobrostanem populacji; (2) monitorowanie zagrożeń zdrowotnych oraz reagowanie kryzysowe; (3) ochronę zdrowia (w tym zdrowie środowiskowe, bezpieczeństwo żywności, zdrowie zawodowe);

(4) promocję zdrowia; (5) prewencję chorób i wczesną detekcję; (6) zarządzanie systemowe (*governance*) w ochronie zdrowia; (7) rozwój zasobów ludzkich; (8) zapewnienie stabilnych ram instytucjonalnych i finansowych; (9) rzecznictwo, komunikację społeczną i mobilizację wspólnot; (10) badania naukowe wspierające zdrowie publiczne (WHO Regional Office for Europe, 2012). Wskazane funkcje zostały usystematyzowane w Europejskim Planie Działań dla Zdrowia Publicznego, przyjętym jako instrument implementacyjny strategii „Health 2020". Funkcje 1–5 odgrywają rolę kluczową (*core functions*), natomiast funkcje 6–10 mają charakter wspierający (*support functions*) i tworzą kompleksową strukturę dla działań zdrowia publicznego w państwach członkowskich regionu europejskiego WHO.

Na marginesie warto wskazać, że inne organizacje międzynarodowe również proponują ujęcia systemowe funkcji zdrowia publicznego. Światowa Federacja Stowarzyszeń Zdrowia Publicznego (World Federation of Public Health Associations, WFPHA), we współpracy z WHO opracowała Kartę Globalną dla Zdrowia Publicznego (Global Charter for the Public's Health), która klasyfikuje funkcje zdrowia publicznego, dzieląc je na operacyjne (ochrona, promocja i prewencja) oraz wspierające (zarządzanie, rzecznictwo, rozwój kompetencji, informacja) (WFPHA, 2016). Podobne podejście reprezentuje Centers for Disease Control and Prevention (CDC), identyfikując dziesięć podstawowych usług zdrowia publicznego (*Essential Public Health Services*), które stanowią operacjonalizację klasycznych funkcji zdrowia publicznego w warunkach amerykańskich (CDC, 2021).

W dokumentach strategicznych WHO funkcje zdrowia publicznego są trwale integrowane z celami systemów zdrowotnych oraz z globalnymi zobowiązaniami państw, w tym z realizacją Agendy Zrównoważonego Rozwoju (SDG 3). Rezolucja WHA69.1 nakłada na państwa członkowskie obowiązek tworzenia odpowiednich struktur instytucjonalnych umożliwiających wdrożenie EPHFs w sposób spójny, trwały i oparty na dowodach naukowych (WHO, 2016). W 2021 roku WHO opublikowała szczegółowy dokument ramowy dotyczący operacjonalizacji EPHFs, wskazując na konieczność integracji funkcji zdrowia publicznego z planowaniem strategicznym, budową potencjału kadrowego, tworzeniem adekwatnej infrastruktury oraz rozwojem systemów monitorowania i ewaluacji (WHO, 2021).

Na poziomie implementacyjnym funkcje zdrowia publicznego przekładają się na konkretne polityki i działania instytucji zdrowia publicznego. Monitorowanie zdrowia populacji (EPHO 1) realizowane jest poprzez krajowe systemy nadzoru epidemiologicznego. Ochrona zdrowia środowiskowego (EPHO 3) obejmuje kompleksowe regulacje prawne i administracyjne w zakresie jakości powietrza, wody, żywności oraz warunków pracy. Promocja zdrowia (EPHO 4) realizowana jest poprzez programy edukacyjne, interwencje międzysektorowe i kampanie społeczne. Prewencja chorób (EPHO 5) obejmuje szczepienia ochronne, badania przesiewowe oraz działania w zakresie zmniejszania ryzyk behawioralnych. *Governance* dla zdrowia (EPHO 6) oznacza tworzenie trwałych i przejrzystych ram prawnych, instytucjonalnych i politycznych dla zdrowia publicznego. Wszystkie te funkcje wspierane są przez kompetentne kadry, stabilne finansowanie, działalność badawczo-rozwojową oraz aktywne zaangażowanie społeczne.

Strategiczne dokumenty WHO Europe jednoznacznie wskazują, że odporne i sprawne systemy zdrowotne muszą być oparte na solidnych fundamentach zdrowia publicznego. Doświadczenia pandemii COVID-19 uwypukliły zasadnicze znaczenie EPHFs – państwa dysponujące rozbudowaną infrastrukturą zdrowia publicznego wykazały większą skuteczność w zakresie wykrywania, ograniczania transmisji wirusa oraz zarządzania kryzysowego i komunikacją ryzyka (WHO Regional Office for Europe, 2021).

Reasumując, funkcje zdrowia publicznego według WHO i WHO Europe stanowią nieodzowny komponent współczesnej architektury systemów ochrony zdrowia. Umożliwiają one systematyczne i zintegrowane działanie na rzecz poprawy zdrowia populacji, realizację priorytetów globalnych (SDGs), a także wzmacnianie odporności systemów wobec zagrożeń zdrowotnych i kryzysów społecznych.

Wyzwania zdrowia publicznego

Współczesne zdrowie publiczne mierzy się równocześnie z chorobami zakaźnymi i niezakaźnymi. Pandemia COVID-19 obnażyła słabości systemów ochrony zdrowia i pogłębiła globalne nierówności. Choroby zakaźne nadal stanowią istotne obciążenie – w 2019 r. 85 patogenów

odpowiadało za 704 mln DALYs (28% globalnego obciążenia chorobami, CIDRAP, 2023), a antybiotykooporność była bezpośrednią przyczyną 1,27 mln zgonów (WHO, 2022b).

Zakłócenia wywołane pandemią zwiększyły również zgony z powodu gruźlicy. Równocześnie choroby niezakaźne, głównie układu krążenia, nowotwory i schorzenia metaboliczne, odpowiadały w 2021 r. za 75% zgonów niezwiązanych z COVID-19, w tym 18 mln przedwczesnych (WHO, 2022). Główne czynniki ryzyka to palenie, dieta, brak aktywności fizycznej i zanieczyszczenie powietrza (WHO, 2023a), a prognozy przewidują, że do 2050 r. NCDs będą odpowiadać za niemal 80% wszystkich DALYs (IHME, 2023).

Globalizacja intensyfikuje przepływ ludzi i dóbr, wspierając transfer innowacji i współpracę badawczą, ale zarazem sprzyja rozprzestrzenianiu patogenów i dystrybucji szkodliwych produktów, co WHO określa jako „globalizację ryzyka zdrowotnego" (WHO, 2023a). Przykładem jest marketing koncernów spożywczych w krajach o niskim i średnim dochodzie, przyczyniający się do epidemii otyłości. Pandemia uwidoczniła także zróżnicowanie w dostępie do szczepień i działań prewencyjnych; The Lancet Public Health (2022) podkreśla, że kryzysy zdrowotne mają „nierównomierny rozkład", szczególnie w populacjach defaworyzowanych.

Zmiany klimatu stają się jednym z najpoważniejszych zagrożeń zdrowotnych – ocieplenie o 1,14°C względem epoki przedindustrialnej już wiąże się z utratą życia i środków do życia (Lancet Countdown, 2023). Nasilają one transmisję chorób wektorowych i ryzyko chorób sercowo-naczyniowych oraz oddechowych (WHO, 2023a). Kolejnym wyzwaniem jest starzenie się populacji – do 2050 r. liczba osób powyżej 60. roku życia sięgnie 2,1 mld, z czego większość w krajach o niskim i średnim dochodzie (WHO, 2023c), co zwiększy zapotrzebowanie na opiekę długoterminową, geriatrię i wsparcie środowiskowe. Dynamiczny rozwój technologii cyfrowych i AI przekształca systemy zdrowotne, poprawiając dostęp i diagnostykę, ale rodząc wyzwania etyczne, prawne i związane z wykluczeniem cyfrowym (WHO, 2023d).

Podsumowując, przyszłość zdrowia publicznego wymaga wielosektorowych działań integrujących politykę zdrowotną, środowiskową i społeczną, a także inwestycji w prewencję, równość i cyfryzację systemów, co stanowi warunek zrównoważonego rozwoju zdrowotnego w XXI wieku.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Zdrowie publiczne jawi się jako dynamicznie ewoluująca dziedzina, ukształtowana na przecięciu nauk przyrodniczych, społecznych, humanistycznych i politycznych, która uzyskała status integralnego komponentu nowoczesnych systemów ochrony zdrowia. Zarówno jego historyczny rozwój, jak i współczesne ujęcia definicyjne ukazują proces profesjonalizacji, normatywne ukierunkowanie na dobro wspólne oraz rosnącą zdolność do reagowania na złożone wyzwania zdrowotne w wymiarze lokalnym i globalnym.

Koncepcje funkcji zdrowia publicznego wypracowane przez WHO, WHO Europe oraz inne instytucje międzynarodowe tworzą spójne ramy analityczno-operacyjne, które pozwalają identyfikować kluczowe działania i kompetencje instytucjonalne. Funkcje te konstytuują nie tylko architekturę instytucjonalną zdrowia publicznego, ale również jego epistemologiczną tożsamość jako dziedziny opartej na sprawiedliwości społecznej, solidarności zdrowotnej i dowodach naukowych.

Jednakże współczesne zdrowie publiczne stoi wobec poważnych ograniczeń wynikających ze strukturalnego konfliktu z medycyną naprawczą, obejmującego zarówno walkę o zasoby finansowe i kadrowe, jak i rywalizację o prestiż oraz uwagę opinii publicznej i decydentów politycznych. Wieloletnie niedoinwestowanie i deficyty kadrowe ujawniły się szczególnie w obliczu pandemii COVID-19, prowadząc do paraliżu wielu działań zdrowia publicznego. Następstwem kryzysu pandemii stało się również osłabienie zaufania do naukowych podstaw zdrowia publicznego, masowe nasilenie ruchów antyszczepionkowych oraz rozpowszechnianie dezinformacji, co obecnie należy postrzegać jako jedno z najpoważniejszych wyzwań dla tej dziedziny.

W obliczu procesów globalizacji, zmian klimatycznych, przyspieszenia technologicznego i pogłębiających się nierówności społecznych zdrowie publiczne wymaga nie tylko adaptacyjnych zdolności systemowych, ale także redefinicji paradygmatów postrzegania zdrowia jako dobra wspólnego. Wymaga to wielosektorowej koordynacji polityk publicznych, integracji wiedzy z wielu dyscyplin oraz zwiększenia uczestnictwa obywatelskiego w procesach decyzyjnych.

Zdrowie publiczne powinno zostać trwale zakotwiczone w systemie wartości i strategiach rozwoju państwa jako infrastruktura społeczna równoważna z edukacją, bezpieczeństwem i ochroną środowiska. Realizacja polityki w tym obszarze musi bazować na danych empirycznych, analizie ryzyka i mechanizmach partycypacji, odpowiadających na potrzeby różnych grup społecznych. Edukacja zdrowotna i wzrost świadomości powinny stanowić fundament strategii, wzmacniając odpowiedzialność zbiorową i relację między obywatelem a państwem.

Skuteczność zdrowia publicznego, rozumianego zarazem jako nauka i praktyka działania, opiera się na dwóch filarach: stabilnym zapleczu naukowo-instytucjonalnym, gwarantującym rozwój badań i kadr, oraz konsekwentnej aktywności władz publicznych, tworzącej regulacyjne i społeczne warunki sprzyjające zdrowiu. Brak takich ram prawnych w obszarze kontroli dostępności alkoholu stanowi przykład systemowej słabości.

Podsumowując, zdrowie publiczne jest dziś nie tylko domeną nauki i praktyki, ale także strategicznym obszarem polityki publicznej, warunkującym zdolność społeczeństw do przetrwania, rozwoju i zachowania spójności wobec współczesnych kryzysów zdrowotnych, społecznych i ekologicznych. Konieczne jest konsekwentne wzmacnianie jego instytucjonalnych podstaw, odbudowa zaufania społecznego oraz polityczne uznanie dla jego kluczowej roli w zapewnianiu zdrowia jako fundamentalnego prawa człowieka

Bibliografia

American Public Health Association (APHA) (2025). *What is Public Health?* Pobrano z: https://www.apha.org/what-is-public-health (dostęp: 25.08.2025).

Ashton, J. (2016). Oxford Textbook of Global Public Health. *Journal of Public Health*, *38*(3). DOI: 10.1093/pubmed/fdv134

Azari, R., & Borisch, B. (2023). What is public health? A scoping review. *Archives of Public Health*, *81*(1). DOI: 10.1186/s13690-023-01091-6

Baum, F., Lawless, A., Delany, T., Macdougall, C., Williams, C., Broderick, D., Wildgoose, D., Harris, E., McDermott, D., Kickbusch, I., Popay, J., & Marmot, M. (2014). Evaluation of Health in All Policies: Concept, theory and application. *Health Promotion International*, *29*. DOI: 10.1093/heapro/dau032

Big Think (2023). *How pandemics have shaped human history*. Pobrano z: https://bigthink.com (dostęp: 07.04.2025).

Brown, T.M., & Fee, E. (2014). Ludwik Rajchman (1881–1965): World leader in social medicine and director of the League of Nations Health Organization. *American Journal of Public Health*, *104*(9), e10–e20. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302081

Centers for Disease Control and Prevention (2021). *10 Essential Public Health Services*. Pobrano z: https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/ (dostęp: 25.08.2025).

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2024). *Introduction to Public Health*. Pobrano z: https://www.cdc.gov/training-publichealth101/php/training/introduction-to-public-health.html (dostęp: 25.08.2025).

CIDRAP (2023). *Global burden of infectious diseases*. University of Minnesota. Pobrano z: https://www.cidrap.umn.edu (dostęp: 25.08.2025).

Detels, R., Gulliford, M., Karim, Q.A., & Tan, C.C. (Red.). (2015). *Oxford Textbook of Global Public Health* (6th ed.). Oxford: Oxford University Press.

Ellis-Stoll, C.C. (1997). Epidemiology for Public Health Practice. *AORN Journal*, *66*(1). DOI: 10.1016/s0001-2092(06)62875-5

Frenk, J., & Gómez-Dantés, O. (2022). Conceptual foundations of the new public health. *Salud Publica de Mexico*, *64*(6). DOI: 10.21149/13974

Greer, S.L., Bekker, M.P.M., Azzopardi-Muscat, N., & McKee, M. (2018). Political analysis in public health. Middle-range concepts to make sense of the politics of health. *European Journal of Public Health*, 28. DOI: 10.1093/eurpub/cky159 https://www.who.int (dostęp: 25.08.2025).

Hunter, D.J., Marks, L., & Smith, K.E. (2010). The public health system in England. *Sociology of Health & Illness*, *32*(6), 970–972. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2010.01264_4.x

Lancet Countdown (2023). *2023 Report of the Lancet Countdown on Health and Climate Change*. Pobrano z: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)01859-7/abstract (dostęp: 25.08.2025).

National Health Service (NHS). (b.d.). *What is public health?* Pobrano z: https://www.healthcareers.nhs.uk/working-health/working-public-health/what-public-health (dostęp: 25.08.2025).

Riedel, S. (2005). Edward Jenner and the history of smallpox and vaccination. *Proceedings (Baylor University Medical Center)*, *18*(1), 21–25. DOI: 10.1080/08998280.2005.11928028

Tognotti, E. (2013). Lessons from the history of quarantine, from plague to influenza A. *Emerging Infectious Diseases*, *19*(2), 254–259. DOI: 10.3201/eid1902.120312

Tulchinsky, T.H., Varavikova, E.A., & Cohen, M.J. (2023). The New Public Health, Fourth Edition. In *The New Public Health, Fourth Edition*. DOI: 10.1016/C2019-0-04675-4

WHO Regional Office for Europe. (2021). *Public health and emergency preparedness: Lessons from the COVID-19 pandemic*. Pobrano z: https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/public-health--and-emergency-preparedness-lessons-from-the-covid-19-pandemic-2021 (dostęp: 25.08.2025).

Winslow, C.E.A. (1920). The untilled fields of public health. *Science*, *51*(1306), 23–33. DOI: 10.1126/science.51.1306.23

Włodarczyk, W. (2024). *Szkice o zdrowiu publicznym w trudnych czasach*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Włodarczyk, W.C., & Juszczyk, G. (2022). *Zdrowie publiczne 3.0: Wnioski po pandemii COVID-19. Perspektywa globalna. Policy Paper*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy. DOI: 10.32394/niph.002

World Federation of Public Health Associations (2016). *A Global Charter for the Public's Health*. Pobrano z: https://www.wfpha.org/ (dostęp: 25.08.2025).

World Health Organization (2006). *Constitution of the World Health Organization – Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement*. Geneva: World Health Organization. Pobrano z: https://www.who.int/about/governance/constitution (dostęp: 25.08.2025).

World Health Organization (2016). *Strengthening essential public health functions in support of the achievement of universal health coverage (WHA69.1)*. Pobrano z: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R1-en.pdf (dostęp: 25.08.2025).

World Health Organization (2021). *Operational framework for essential public health functions: Executive summary*. Pobrano z: https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349 (dostęp: 25.08.2025).

World Health Organization (2022). *Noncommunicable diseases*. Pobrano z: https://www.who.int (dostęp: 25.08.2025).

World Health Organization (2023a). *Globalization and public health risks*. Pobrano z: World Health Organization (2023b). *Health inequities: Closing the gap*. Pobrano z: https://www.who.int (dostęp: 25.08.2025).

World Health Organization (2023c). *Ageing and health*. Pobrano z: https://www.who.int (dostęp: 25.08.2025).

World Health Organization (2023d). *Digital health strategy 2023–2027*. Pobrano z: https://www.who.int (dostęp: 25.08.2025).

World Health Organization (2025). *History of WHO – Founding of the Organization*. Pobrano z: https://www.who.int/about/history (dostęp: 07.04.2025).

Michał Zabdyr-Jamróz
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
https://orcid.org/0000-0002-3203-7954
https://doi.org/10.35765/slowniki.593

Zdrowie we wszystkich politykach

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Zdrowie we wszystkich politykach (HiAP) to postulat uwzględniania zdrowia w dowolnych obszarach polityki, które mogą na to zdrowie wpływać. Opiera się na: (1) społecznym ujęciu zdrowia; (2) postulacie redukcji nierówności zdrowotnych; oraz (3) uwzględnianiu ich społeczno-ekonomicznych i środowiskowych determinantów. Sprawdzoną metodą realizacji HiAP jest ocena skutków zdrowotnych (HIA). Czerpie ona z wkładu ekspertów i interesariuszy-laików w holistyczną analizę konsekwencji decyzji – dla redukcji jej negatywnego i maksymalizacji pozytywnego wpływu na zdrowie.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: HiAP i HIA są symptomem naukowej dojrzałości i politycznej asertywności zdrowia publicznego. Wymagają odpowiedzialności za zdrowie od liderów wszystkich sektorów. Pozwalają badać nieprzewidziane negatywne uboczne skutki zdrowotne różnych polityk – nawet tych, które z założenia miały zdrowie poprawiać.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Innowacyjność HIA polega na syntezie perspektywy eksperckiej i obywatelskiej w duchu demokracji deliberatywnej. Imperatyw redukcji nierówności zdrowotnych prowadzi do wciąż politycznie kontrowersyjnego postulatu zmniejszania nierówności społeczno-ekonomicznych.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Praktyczna realizacja HIA nieuchronnie natrafia na szereg wyzwań technicznych i politycznych. Kluczowe dla jej sukcesu jest wypracowanie takiej demokratycznej woli politycznej, która opiera się na dowodach

i uwzględnia lokalne uwarunkowania. Tekst podsumowuje syntetyczna prezentacja kluczowych rekomendacji i zaktualizowanych etapów HIA wraz z opisem przykładowego przebiegu.

Słowa kluczowe: zdrowie we wszystkich politykach (HiAP), ocena skutków zdrowotnych (HIA), determinanty zdrowia, nierówności zdrowotne, polityka zdrowotna

Definicja pojęcia

Zdrowie we wszystkich politykach (HiAP)

Zdrowie we wszystkich politykach – w skrócie: HiAP (ang. *Health in All Policies*) – to postulat uwzględniania zdrowia w obszarach polityki, które na to zdrowie wpływają, nawet jeśli nie są na nie zorientowane. Wynika on z tego, że

> wiele z determinantów zdrowia oraz nierówności zdrowotnych ma społeczne, środowiskowe i ekonomiczne korzenie, które sięgają dalej niż tylko bezpośredni wpływ sektora zdrowotnego i polityki zdrowotnej (WHO, 2014, s. 7).

Zasadniczym celem HiAP jest monitorowanie, interwencja i korekta dowolnej działalności ludzkiej, która w swoich skutkach ubocznych wpływa na zdrowie populacji – tak aby nie tylko mu nie szkodziła, ale też by to zdrowie poprawiała (Włodarczyk, 2017).

Koncepcję zdrowia we wszystkich politykach uznać można za ukoronowanie dorobku zdrowia publicznego (zob. w niniejszym zbiorze: Iwona Kowalska-Bobko, *Wprowadzenie do zdrowia publicznego*), a nawet jego wcześniejszych korzeni sięgających co najmniej XIX wieku. Stanowi zwieńczenie jego tradycji: interdyscyplinarności jako „nauki" i międzysektorowości jako „sztuki". HiAP jest jednak też dla zdrowia publicznego jego polityczną emancypacją. Przejawia się to w asertywnym stawianiu granic innym politykom (gdyby realizowały swoje cele kosztem zdrowia) oraz we współdecydowaniu o całokształcie strategii rozwoju wspólnoty.

Koncepcja wyrasta z szeregu wzajemnie się wspierających przesłanek, stanowiących dorobek nauki i praktyki zdrowia publicznego. Najzwięźlej można je ująć w trzech wątkach: (1) definiowania zdrowia w ujęciu społecznym; (2) postulatu redukcji nierówności zdrowotnych; oraz (3) uwzględniania społeczno-ekonomicznych i środowiskowych determinantów zdrowia.

1. Zdrowie definiowane jest „społecznie" jako „stan pełnej fizycznej, psychicznej i społecznej pomyślności [dobrostanu], a nie tylko braku choroby czy ułomności [niepełnosprawności]" według Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 1946 r. (obowiązującej od 1948 r., tłum. za Dz.U. 1948 nr 61 poz. 477).

2. Uznanie moralnej i politycznej powinności zapewnienia zdrowia dla wszystkich (ang. *Health For All*), a w związku z tym zwalczanie nierówności w zdrowiu, jako celu systemowego (Deklaracja z Ałma-Aty, 1978) oraz gwarancji równości szans życiowych jednostek (Ottawska Karta Promocji Zdrowia, 1986).
3. Synteza empirycznej wiedzy naukowej o społeczno-ekonomicznych i środowiskowych determinantach zdrowia (ujęta m.in. w tzw. tęczy determinantów zdrowia, 1992).

Wszystko to wskazuje, że zdrowie publiczne nie może ograniczać się tylko do polityki zdrowotnej, lecz w gruncie rzeczy powinno dopominać się o zdrowie we wszystkich tych politykach, które mogą mieć dla zdrowia konsekwencje: w edukacji, ekonomii, transporcie, mieszkalnictwie i planowaniu przestrzennym, rolnictwie, bezpieczeństwie publicznym, energetyce i wielu innych. Sugeruje też, że zwalczanie nierówności zdrowotnych wymaga m.in. redukcji nierówności majątkowych i dochodowych.

Z konwergencji tych i wielu innych trendów zrodził się koncept „zdrowia we wszystkich politykach". Pojęcie to zostało po raz pierwszy użyte oficjalnie podczas prezydencji Finlandii w Radzie Unii Europejskiej w 2006 r. Fińskie Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia opublikowało wówczas raport pt. *Health in All Policies. Prospects and potentials* (Ståhl i in., 2006). Jego autorzy przekonywali do tego, aby zdrowie znalazło wyższą rangę w agendzie Unii Europejskiej jako kluczowa inwestycja. Omawiali oni własne krajowe doświadczenia współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia, szczególnie zainicjowany w 1972 roku projekt Północnej Karelii – pierwszy na świecie tego rodzaju międzysektorowy i środowiskowy (oparty na społeczności, ang. *community-based*) program profilaktyki chorób układu krążenia. Podążając tym tropem, w 2013 r. – podczas 8. Światowej Konferencji Promocji Zdrowia – WHO ogłosiła Deklarację helsińską nt. zdrowia we wszystkich politykach (WHO, 2014).

Doświadczenia te wiodą do idei wielopasmowego rządzenia dla zdrowia (*Governance for Health*). Jest to:

> usiłowanie rządów lub innych aktorów, by ukierunkować wspólnoty, państwa czy grupy państw na dążenie do zdrowia jako integralnego dla dobrostanu przez podejście całościowe zarówno w przypadku rządu [*whole-of-government*], jak i społeczeństwa [*whole-of-society*]. […] Rządzenie dla zdrowia promuje wspólne działania dla zbiorowego interesu sektorów zdrowotnego i pozazdrowotnego,

> sektorów publicznego i prywatnego, a także obywateli. Wymaga synergicznego zestawu polityk, z których wiele ulokowanych jest w sektorach innych niż zdrowie, a także sektorów poza strukturami rządowymi, które muszą być wspierane przez struktury i mechanizmy umożliwiające współpracę (Kickbusch & Gleicher, 2012, s. vi).

Takie podejście ma szereg zalet i oferuje wielkie nadzieje, ale wiąże się też z istotnymi barierami i niebezpieczeństwami. Postulat uwzględniania wszelkiej dostępnej wiedzy i wszystkich kluczowych interesariuszy, by działać w każdej z istotnych polityk, jest bardzo ambitny. Wystawia na zarzut nierealistyczności, braku praktycznego zastosowania. Rozwiewają go sami autorzy fińskiego raportu, którzy obszerne fragmenty poświęcają sprawdzonej metodzie organizacyjnej: HIA.

Ocena skutków zdrowotnych (HIA)

Ocena skutków zdrowotnych (lub ocena wpływu na zdrowie) – w skrócie: HIA (od ang. *Health Impact Assessment*) – to „połączenie procedur, metod i narzędzi, za pomocą których można ocenić potencjalny wpływ polityki, programu lub projektu na zdrowie populacji oraz rozkład tych skutków w populacji" (ECHP, 1999, s. 4). HIA realizowana jest na okoliczność i potrzeby planowanych decyzji – jako ich wsparcie merytoryczne – przy czym (standardowo) ma ona charakter konsultacyjno-doradczy: powstałe w jej wyniku rekomendacje są dla tych decyzji formalnie niewiążące.

> [HIA] może być narzędziem, które pomaga decydentom przewidzieć, jak różne opcje wpłyną na zdrowie, a zatem uwzględnić konsekwencje zdrowotne przy wyborze między opcjami. Poprzez przestrzeganie systematycznej serii procesów ma ona na celu zmniejszenie prawdopodobieństwa niespodzianek, uniknięcie wystąpienia nieoczekiwanych negatywnych skutków dla zdrowia podczas wdrażania polityki i umożliwienie maksymalizacji pozytywnych skutków dla zdrowia (Ståhl i in., 2006, s. 186).

Ocena skutków zdrowotnych traktowana jest jako praktyczne ucieleśnienie idei zdrowia we wszystkich politykach. Nie wyczerpuje katalogu sposobów, procedur i instytucji, w jakich HiAP może się przejawiać. Stanowi natomiast wzorową technikę jej systematycznego wdrażania

w praktyce dobrego rządzenia. Nie przypadkiem autorzy koncepcji HiAP poświęcają HIA ponad jedną czwartą swojego raportu (Ståhl i in., 2006, s. 189–268). W rzeczywistości to zdrowie we wszystkich politykach jest (w pewnej mierze) „uteoretycznieniem" i ekstrapolacją istniejącej wcześniej praktyki oceny skutków zdrowotnych – oficjalnie rekomendowanej już w *Konsensusie goteborskim* (*Gothenburg Consensus Paper*) przygotowanym kilka lat wcześniej przez Europejskie Centrum Polityk Zdrowotnych WHO (ECHP, 1999).

Ocena skutków zdrowotnych składa się z szeregu etapów, które oryginalnie wyszczególniono w następujący sposób:

1. *Screening* ('przesiewanie') – ustalanie, czy dalsze etapy HIA są potrzebne.
2. *Scoping* ('zakreślanie') – identyfikowanie kwestii wymagających oceny.
3. Ocena – badanie właściwe i przygotowywanie rekomendacji na potrzeby decyzji.
4. Decyzja – rozstrzygnięcie (formalnie niezależne od HIA), w którym rekomendacje powinny zostać uwzględnione (przynajmniej częściowo).
5. Wdrażanie i monitoring oraz ewaluacja i dalsze rekomendacje.

Etapy te – nieco inaczej uporządkowane przez wzgląd na dorobek późniejszej literatury – zostaną bardziej szczegółowo omówione razem z praktycznymi ich przykładami pod koniec (we wnioskach i rekomendacjach).

HIA ma dokładnie te same fundamenty w nauce i praktyce zdrowia publicznego co HiAP. W praktyce HIA inspirowało się instrumentami zdrowia środowiskowego (wywalczonymi przez ruchy ekologiczne), które zinstytucjonalizowano w ramach metod oceny skutków środowiskowych (EIA, ang. *Environmental Impact Assessment*), a także technikami analiz epidemiologicznych i toksykologicznych (Harris-Roxas & Harris, 2011).

Innowacyjność (i oryginalna unikatowość) oceny skutków zdrowotnych obejmowała co najmniej trzy istotne aspekty: (a) orientację na maksymalizację skutków pozytywnych dla zdrowia, a nie tylko redukcję tych negatywnych; (b) łączenie demokracji z wiedzą naukową; (c) adaptacyjność i pragmatyzm (kompromisowość, skalowanie). Warto odnotować, że z czasem szereg innowacji, jakie HIA wprowadzało, zaczęto wtórnie zaszczepiać do tych wcześniejszych eksperckich metod oceny wpływu (takich jak EIA).

Analiza historyczna pojęcia i jego problemowe ujęcie

Wszystkie dziedziny ludzkiej aktywności

Definicja zdrowia WHO prowokuje pewne retoryczno-demarkacyjne zastrzeżenie:

> […] jeśli zdrowie byłoby zdefiniowane szeroko jako dobre samopoczucie, systemy opieki zdrowotnej, włączając w to ministerstwa zdrowia, byłyby postrzegane jako odpowiedzialne za wszystkie dziedziny ludzkiej aktywności (Kraj, 2010, s. 26–27, cyt. za: Robert Nęcek, *Problematyka zdrowia w ujęciu katolickiej nauki społecznej* [w niniejszym zbiorze]).

Odpowiedź na nie brzmi: tak. Dokładnie takie jest przesłanie zdrowia we wszystkich politykach.

W polskich realiach HiAP oznacza – z jednej strony – że „minister właściwy ds. zdrowia" jest odpowiedzialny za uwzględnianie zdrowia przez inne resorty. Z drugiej – nakłada odpowiedzialność za zdrowie także na ministrów innych działów administracji publicznej. Postulaty te od lat powoli znajdują (przynajmniej normatywne) uznanie i regulacyjną operacjonalizację. Na przykład Narodowe Programy Zdrowia są uchwalane w drodze rozporządzenia całej Rady Ministrów, a nie wydawane tylko przez ministra zdrowia (Ustawa o zdrowiu publicznym z 2015 r., Dz.U. 2015 poz. 1916). Daje to przynajmniej podstawę do tego, żeby różne działy administracji wspomagały realizację tych programów i uwzględniały je w swoich innych politykach (zakładając, że przynajmniej urzędnicy ministerstwa sprawdzają, co minister podpisuje). W polskich realiach barierą dla HiAP wciąż pozostaje dominacja „silosowości" polityk, a to wymaga budowania praktyk tzw. dobrego rządzenia (*good governance*).

Jak wyjaśnia Włodarczyk (2015, s. 3):

> Głównym założeniem koncepcji zdrowia we wszystkich politykach jest postulat przyporządkowania odpowiedzialności za zdrowotne konsekwencje ich działań wszystkim podmiotom, których aktywności mogą do takich konsekwencji prowadzić. Szeroka dystrybucja odpowiedzialności jest traktowana jako niezbędny warunek pozytywnych oddziaływań na zdrowie i przyczyniania się do zmniejszania nierówności w zdrowiu.

HiAP ma jednak też odwrotny dylemat – w tym jak realizowane ma być w praktyce, metodą oceny skutków zdrowotnych. W niektórych rekomendacjach znaleźć można takie rozstrzygnięcie, że HIA „nie należy mylić z procesami tworzenia polityki lub orędownictwa mającymi na celu ochronę zdrowia" (St-Pierre, 2015). Takie założenie pomija jednak całkiem realne ryzyko, że polityki ukierunkowane na zdrowie mogą mieć dla zdrowia nieprzewidziane negatywne skutki uboczne.

Pandemia COVID-19 dobitnie unaoczniła ten problem. Bardzo szybko zauważono, że tzw. lockdowny – czyli „niefarmaceutyczne interwencje zdrowia publicznego" – mogą mieć wtórnie niepożądane skutki dla zdrowia. Unieczynnione szkoły, przedsiębiorstwa, ośrodki życia towarzyskiego i duchowego należą wszakże do społeczno-ekonomicznych i środowiskowych determinantów zdrowia. I właśnie tu przydaje się HIA: żeby nie dać się zaskoczyć skutkom ubocznym i odpowiednio wcześnie zastosować środki łagodzące. Dlatego powstał raport pt. *Ocena skutków zdrowotnych „polityki pozostawania w domu i dystansu społecznego" w Walii w odpowiedzi na pandemię COVID-19* – przygotowany przez tamtejszy oddział Narodowej Służby Zdrowia (Green i in., 2020).

To dobry przykład na to, że HIA i jej narzędzia pomagają w autorefleksji na temat samych polityk zdrowotnych. Jest to o tyle ważne, że wciąż wiele reform zdrowotnych, promocji zdrowia, a nawet medycyny i farmacji opiera się nie na dowodach, a bardziej na nawykach zawodowych, przestarzałych teoriach i potocznych opiniach. A wiele z nich to fabrykacje działów marketingowych i charyzmatycznych „influencerów zdrowotnych".

Z drugiej strony, HIA – dzięki holistycznemu ujęciu – pozwala uniknąć „scjentystycznego krótkowidztwa", które postulat „polityki opartej na dowodach" interpretowałoby skrajnie, jako zakaz działania, gdy dowody zostawiają choćby odrobinę wątpliwości. Nawołania do pogłębionej debaty naukowej czy zebrania pewniejszych dowodów (same w sobie słuszne) są instrumentalizowane w złej wierze, by wywołać „paraliż przez analizę" (Zabdyr-Jamróz, 2023, s. 121–129, 345). To naczelna strategia „siewców zwątpienia" (zob. *Merchants of Doubt* autorstwa Oreskes i Conwaya), którzy – z pozycji rzekomej troski o poprawność wnioskowania o korelacjach i przyczynowości a w istocie wbrew przytłaczającym dowodom – przez dekady opóźniali m.in. działania na rzecz zwalczania negatywnych skutków palenia tytoniu.

W ostatnich latach strategia ta przybrała formę „metodolatrii" – instrumentalizacji zasadnego postulatu najwyższych standardów metodologicznych, żeby torpedować sprawdzone, oparte na dowodach polityki zdrowotne. Przykładem tego może być domaganie się randomizowanych badań z placebo dla wszystkich nowych szczepionek (postulat znanego ze „sceptycyzmu szczepionkowego" sekretarza zdrowia USA, Roberta F. Kennedy'ego Jr. z 2025 r.). Dla laika taki standard wydaje się rozsądny, jednak eksperci obawiają się, że będzie używany do spowolnienia dostępu do przebadanych już szczepionek, które są wyłącznie aktualizowane do nowych szczepów grypy czy innych endemicznych chorób sezonowych.

Zdrowie: indywidualny zasób, ale systemowy cel

Zdrowie we wszystkich politykach (HiAP) zakłada moralną i polityczną powinność zwalczania nierówności w zdrowiu. Historycznie postulat ten umocowany jest na dwóch założeniach. Pierwszy ma wymiar systemowy i zawarty został w Deklaracji z Ałma-Aty z 1978 r. nt. podstawowej opieki zdrowotnej. Zapewnianie zdrowia dla wszystkich (ang. *Health For All*) uznano za cel systemów społecznych (politycznych, gospodarczych), a nie jedynie środek dla maksymalizacji ich innych celów. Drugi ma wymiar jednostkowy, a zaakcentowany został w Ottawskiej Karcie Promocji Zdrowia z 1986 r. Polega na dostrzeżeniu, że dla każdego człowieka zdrowie jest „zasobem w codziennym życiu": prerekwizytem, warunkiem samorealizacji i twórczego uczestnictwa jednostki w życiu zbiorowości (kulturowym, gospodarczym czy politycznym).

Społeczna definicja zdrowia WHO, wraz z jej dalszymi konceptualizacjami, wiedzie do wniosku, że – z perspektywy indywidualnego uczestnictwa w życiu zbiorowym (kulturowym, gospodarczym, politycznym) – zdrowie jest nie tylko skutkiem (wynikiem), ale też zasobem (szansą). Z tej perspektywy nierówności w zdrowiu rozumiane są jako niesprawiedliwe – strukturalne i możliwe do uniknięcia – różnice w zdrowotnych wynikach i szansach między różnymi grupami w społeczeństwie. Obejmują one zarówno nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej (np. bariery finansowe, terytorialno-komunikacyjne), jak i nierówności w stanie zdrowia (oczekiwanej długości życia) oraz w ryzykach zdrowotnych (ekspozycji na czynniki chorobotwórcze) itd.

Splątanie wątków systemowego i indywidualnego traktowania zdrowia – z jednej strony jako celu dla systemu, a z drugiej jako środka (zasobu) dla jednostek – może prowadzić do pewnego zamieszania w rozumieniu sedna HiAP. Dostrzegalne jest to choćby w tym, jak zdrowie we wszystkich politykach definiowane jest w polskim dokumencie strategicznym pt. Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu… z 2021 r. (s. 6):

> Oznacza ona, że wszyscy czerpią korzyści z dobrego zdrowia, ponieważ poprawia ono wydajność pracowników, zwiększa zdolność do nauki, wzmacnia rodziny i społeczności, wspiera samowystarczalne siedliska i środowiska oraz przyczynia się do poprawy bezpieczeństwa, zmniejszenia ubóstwa i lepszego zabezpieczenia społecznego (zał. do uch. Rady Ministrów nr 135, 196/2021).

Właściwa koncepcja HiAP akcentuje dokładnie odwrotne ukierunkowanie – parafrazując: poprawa bezpieczeństwa, zmniejszenie ubóstwa i lepsze zabezpieczenie społeczne przekładają się na poprawę zdrowia. Samo w sobie stwierdzenie to (że zdrowie wspomaga rozwój gospodarczy) nie jest oczywiście nieprawdziwe. Tyle że nie takie jest sedno HiAP. Możliwe, że zapis ten wprowadzono dla zwiększenia perswazyjnej siły koncepcji – dla przekonania ministrów innych działów administracji do uwzględniania zdrowia w ich politykach: pokazując zbieżność z ich resortowo-politycznymi interesami. Taka retoryka byłaby dobrym przykładem dyplomatycznej czy retorycznej „polityczności" zdrowia. Podobne wątki obecne są w oryginalnym raporcie fińskiej prezydencji w UE. „Jego autorzy" przekonywali europejskich decydentów o znaczeniu „kapitału ludzkiego":

> Inwestowanie w zdrowie i utrzymywanie oraz podnoszenie stanu zdrowia populacji europejskich przyczyni się nie tylko do wzrostu dobrobytu, ale także do stabilności gospodarczej i rozwoju. To z kolei może wzmocnić finansową stabilność systemów opieki zdrowotnej. W efekcie produktywna inwestycja w zdrowie jest szansą na rozpoczęcie *virtuous cycle* [serii pozytywnych sprzężeń zwrotnych] (Ståhl i in., 2006, s. xxiv).

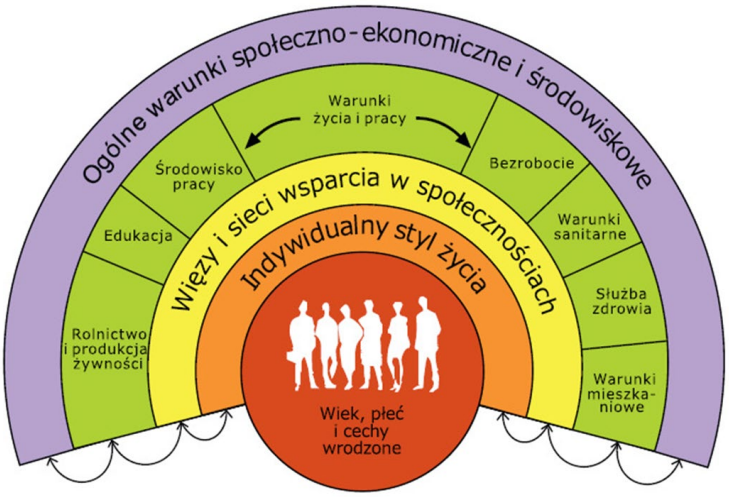
Retoryka „systemowej użyteczności zdrowia" ma uzasadnienie. Ale nie jeśli stanowi „wyłączne" objaśnienie HiAP. Traktowanie go jako (przede wszystkim) środka do „poprawy wydajności pracowników" sugeruje, że celem wyższego rzędu jest rozwój gospodarczy.

Taka instrumentalizacja zdrowia pozwala spychać je na dalszy plan, np. gdyby (z jakichś powodów) uznano, że dana reforma na jego rzecz spowolni wzrost PKB. Tymczasem dla HiAP zdrowie ludzi powinno być strategicznym celem wszystkich polityk – tak jak każdy człowiek jest deontologicznie celem samym w sobie. Zdrowie może tu być ujęte jako środek, ale tylko dla samych jednostek, jako ich „zasób w codziennym życiu".

Nierówności

Skoro imperatywem HiAP jest redukcja nierówności zdrowotnych, pozostaje ustalenie: co powoduje te nierówności i jakie polityki mogą im zaradzić. Z pomocą przychodzi dorobek nauki nt. determinantów środowiskowych i społeczno-ekonomicznych zdrowia. Ten dorobek nie zawsze uwalnia od wątpliwości (zob. w niniejszym zbiorze: Magdalena Kozela, *Determinanty zdrowia*), ale pozwala porządkować istotne zależności i ujmować je w przystępne modele. Co istotne, modele te są aktualizowane wraz z postępem wiedzy i ewolucją praktyk.

Rys. 1. Tęcza determinantów zdrowia



Źródło: Dahlgren & Whitehead (1992, s. 11); pol. tłum. nieznanego autorstwa.

Słynny model pól zdrowia Lalonde'a (1974) pokazał, że znaczenie dla zdrowia mają nie tylko genetyczne predyspozycje, warunki materialne i świadczenia zdrowotne, ale też styl życia oraz środowisko społeczne i fizyczne, w tym naturalne (zob. Bartosz Balcerzak, *Zdrowie środowiskowe* [w niniejszym zbiorze]). Z kolei tęcza determinantów Dahlgrena i Whitehead (1992) lepiej sygnalizuje, że styl życia jednostki nie jest tylko kwestią wiedzy i silnej woli, ale jest niejako „zanurzony" w „architekturze wyboru", jaką tworzą: styl życia otoczenia, przestrzeń publiczna, dostępna cenowo na rynku żywność, warunki pracy i mieszkania, system gospodarczy itd. (patrz: rys. 1).

Różne modele determinantów wskazują, że dla zdrowia istotną rolę odgrywają też nierówności społeczno-ekonomiczne. Tradycja tzw. „starego" zdrowia publicznego wskazywała, że zdrowiu szkodzi bieda bezwzględna – niezaspokojenie fundamentalnych potrzeb: głód i niedożywienie, brak dostępu do wody i kanalizacji, złe warunki mieszkania i pracy. Z tej perspektywy priorytetem było zapewnienie pewnego minimum egzystencji, infrastruktury i świadczeń dla eradykacji chorób zakaźnych czy dla redukcji umieralności niemowląt.

Jednak wraz z rozwojem społeczno-gospodarczym – redukcją biedy bezwzględnej – wyraźniejszym zagrożeniem dla zdrowia stały się tzw. choroby cywilizacyjne. Tak rozwinęło się nowe zdrowie publiczne i jego wielodyscyplinarne badania. A te wskazują coraz wyraźniej, że stan zdrowia ludności jest zależny nie tylko od sytuacji materialnej, ale i kontekstu pozycji społeczno-ekonomicznej (SE). Przełomowe były tu badania Richarda Wilkinsona (1973), oparty na nich brytyjski Raport Blacka (DHSS, 1980) i seria pionierskich, prowadzonych od 1967 r., tzw. badań Whitehall pod przewodnictwem Michaela Marmota (1984).

Istotna okazała się nie tylko bieda bezwzględna (przejawiająca się w głodzie, braku higieny itp.), ale także ta relatywna – rozwarstwienie dochodowe, majątkowe, edukacyjne. I to nawet pomimo zaspokojenia minimum egzystencji. Badanie Whitehall dotyczyło pracowników brytyjskiej służby cywilnej (nie zestawiano w nim ludzi żyjących w ubóstwie z bogatymi). W porównaniu do urzędników najwyższych rangą ci najniżsi stopniem „mieli trzykrotnie wyższą śmiertelność z powodu choroby wieńcowej serca, z wielu innych przyczyn i ze wszystkich przyczyn łącznie" (Marmot i in., 1984).

Nierówności SE i zdrowotne okazują się skorelowane (współwystępujące) i powiązane ze sobą. Pytanie, do jakiego stopnia jedne stanowią przyczyny sprawcze drugich – zarówno jako istotne uwarunkowania (czynniki wzmacniające, zwiększające narażenie), jak i kluczowe determinanty. Jeśli zachodzi tu relacja przyczynowości, to należy zapytać, jaki jest zwrot jej wektora oraz na czym ta przyczynowość polega (jaki jest mechanizm). W samym Raporcie Blacka – prócz hipotezy ekonomicznej (bogatszych stać na lepszą opiekę zdrowotną i warunki bytowe) i edukacyjnej (lepsze wykształcenie przekłada się na zdrowszy styl życia) – odnotowywano też tzw. hipotezę selekcji, według której to osoby o lepszych predyspozycjach zdrowotnych osiągają wyższą pozycję SE.

Zgromadzone współcześnie dowody coraz wyraźniej wskazują na mechanizmy tego, jak różnice statusu SE przekładają się na zdrowie. Kluczowy okazuje się wymiar społecznych relacji, podmiotowości i władzy: kontroli nad własnym życiem. Przykładowo Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (Vissere i in., 2021) w swoich wytycznych jako najistotniejsze czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych wymienia: niski status socjoekonomiczny, brak wsparcia społecznego (wykluczenie społeczne) oraz stres w pracy i życiu osobistym (np. powodowany prekarną sytuacją ekonomiczną).

Stąd wniosek i postulat redukowania nierówności społeczno-ekonomicznych – dla zapewnienia zdrowia dla wszystkich. To, jak sprawę widzą pionierzy HiAP, wyraża dobitnie tytuł książki Wilkinsona, napisanej z Kate Pickett (2011): *Duch równości. Tam gdzie panuje równość, wszystkim żyje się lepiej*. Jednak podążanie za tymi wspartymi na dowodach wnioskami sprawia, że zdrowie publiczne nie tylko wtrąca się w inne sektory polityki, ale i włącza w kluczowy spór doktrynalny współczesności, wystawiając na silną krytykę polityczno-ideologiczną.

Demokracja deliberatywna na rzecz zdrowia

Innowacyjność oceny skutków zdrowotnych (HIA) względem wcześniejszych metod takich jak ocena skutków środowiskowych dotyczyła trzech istotnych wymiarów.

a. Pierwszym wyróżnikiem było to, że HIA miało na celu nie tylko minimalizowanie negatywnych skutków zdrowotnych, ale też

maksymalizację skutków pozytywnych (szczególnie redukcji nierówności zdrowotnych). Służyło to przestawieniu myślenia o zdrowiu z negatywnego na pozytywny – z traktowania go jako bariery, ograniczenia czy wręcz balastu dla rozwoju, na ujmowanie go jako wartości, celu i inspiracji w procesie projektowania tego rozwoju. Aspektem tego jest całościowe, wielodyscyplinarne i wielowymiarowe podejście do zdrowia – wynikające z uwzględnienia społeczno-ekonomicznych jego determinantów; wiedzy zarówno ilościowej, jak i jakościowej.

b. Drugą innowacją było dodanie aspektu demokratycznej partycypacji obywatelskiej przy zachowaniu wkładu eksperckiego. Wcześniej te wymiary demokracji traktowano jako sprzeczne – zakładano fundamentalny antagonizm między powszechną wolą ludu a kompetencją ekspertów. HIA oferowało unikatową możliwość konfrontacji, rozpatrzenia i syntezy: z jednej strony rzetelnej wiedzy naukowej oraz – z drugiej – autentycznych lokalnych doświadczeń, potrzeb i praktyk. Pozwalało to zapobiegać niepowodzeniom przez (niestety dość typowe) niedopasowanie rozwiązań – owszem, opartych na dowodach, ale sprawdzonych w innych kontekstach gospodarczych, kulturowych, geograficznych.

c. Trzecia specyfika to nacisk na elastyczność podejścia, jego adaptacyjność i kompromisowość:

> lepiej przygotować nawet niedoskonałą analizę HIA, która jest użyteczna w procesie podejmowania decyzji, niż stracić możliwość uwzględnienia aspektów zdrowotnych w danej polityce sektorowej (ECHP, 1999).

Oznacza to skalowanie procesu oceny do zasobów i możliwości oraz unikanie „paraliżu przez analizę".

Na rozwinięcie zasługuje połączenie (a) reorientacji na podejście pozytywne oraz (b) łączenia demokracji z wiedzą naukową. Ta pierwsza – czyli maksymalizacja pozytywnych skutków dla zdrowia zamiast skupienia się wyłącznie na redukcji ryzyk – ma zaskakująco złożone podłoże w filozofii nauki. HIA ilustruje tu zwrot w myśleniu o zdrowiu środowiskowym według propozycji, jaką opisał Bruno Latour (2009) – francuski socjolog, antropolog i filozof nauki – w jego koncepcji „polityki natury" (fr. *politiques de la nature*).

Zwrot ten polega na odejściu od tradycyjnie modernistycznego założenia, że działalność ludzka jest z zasady antagonistyczna dla natury (ekosystemu i samoistnych procesów zdrowotnych). Założenie to sugerowało, że ochrona natury wymaga nade wszystko działań ograniczających – swoiście „antymodernistycznych" (nawet jeśli opartych na nowoczesnej wiedzy naukowej). Sugerowało antagonizm między modernistyczną „wielką narracją" nauki (dogmatycznie nieomylnej) a anty- czy postmodernistycznym pluralizmem „małych narracji" (zakładającym nieredukowalną mnogość prawd). Latourowski zwrot przełamuje ten antagonizm, porzuca próżny dualizm: człowiek vs. natura. Polega na „postmodernistycznym" dostrzeżeniu ograniczeń nauki, ale bez jej degradacji w duchu postprawdy. Zamiast nalegać na negatywną (blokującą) funkcję wcześniejszych instrumentów oceny skutków, akcentuje ich konstruktywną rolę – wsparcia w procesie projektowania inwestycji i polityk. Z nauki czyni język upodmiotowienia natury – wskazując na współtwórczy potencjał tej ostatniej w relacji do człowieka i jego „sztuki".

To otwiera nowe horyzonty dialogu między ludźmi i naturą oraz syntezy nauki i lokalnych doświadczeń mieszkańców. Nauka przestaje być traktowana jako narzędzie – z jednej strony – antropocentrycznego podboju przyrody oraz – z drugiej – technokratycznego uciszania czy ugłaskiwania obywateli-laików. W tym ujęciu nauka stanowi język, w jakim natura może się komunikować z człowiekiem. Eksperci, naukowcy przyjmują rolę tłumaczy i rzeczników: objaśniają, co natura może i czego potrzebuje. Natura ujmowana jest jako podmiot domagający się troski i szacunku, ale też otwarty na kompromisy i wzajemność, a nie tylko integralny (esencjalnie niezmienny) byt, dla którego człowiek może być tylko wrogiem i niszczycielem.

To wzmacnia ideę połączenia wkładu eksperckiego z tym demokratycznym (b) – akcentuje konsens i uczciwy kompromis także między nimi. Teorie naukowe (modele determinantów) przestają być przedstawiane jako „twarde fakty", z którymi nie da się negocjować i które ludzie mogą tylko przyjąć do wiadomości. Nauka przestaje być traktowana jak świecki zamiennik dogmatów religijnych (nieomylne źródło scjentystycznych prawd absolutnych – zawsze odgórnych, lekceważących dla głosów oddolnych). Dostrzegane są jej ograniczenia epistemiczne i metodologiczne (zob. kryzys replikacji, tzw. *publication bias* itp.) – to, że jest ewoluującą (samonaprawiającą się) instytucją ludzkich starań

w lepszym zrozumieniu świata. Nauka przestaje być ezoterycznym narzędziem „fabrykowania zgody" przez instrumentalizujących ją technokratów i lobbystów. Ma być natomiast wsparciem dla wspólnoty w dążeniu do zdrowia jako wartości społecznej – do dobrostanu przez tę wspólnotę wybranego (zob. definicja WHO) – a nie jako jedynie mechanistycznie rozumianego stanu morfologicznej czy biochemicznej normy statystycznej.

Ujmując to bardziej konkretnie, w idealnej postaci, metoda HIA pozwala unikać zarówno scjentystycznego dogmatyzmu, jak i antymodernistycznej post-prawdy. Przełamuje antagonizm między obiektywną „wielką narracją" nauki a subiektywnymi „małymi narracjami" lokalnie zakorzenionych wspólnot. Zamiast tego oferuje włączenie partykularnych doświadczeń obywateli w ramy intersubiektywnej metody naukowej i inkluzyjnego procesu demokratycznej decyzji.

Właśnie dlatego HIA zaliczana jest do technik tzw. demokracji deliberatywnej. Istotne jest, że zaangażowani w nią eksperci mają nie tylko rzetelnie informować obywateli, ale też sami od nich się uczyć. Unikatową cechą HIA jest więc szerokie uwzględnianie wiedzy obywateli-laików czy wiedzy obywatelskiej (*civic knowledge*) w ramach tzw. nauki obywatelskiej (*citizen science*). Założeniem HIA jest też „etyczne wykorzystanie nauki", czyli szczególna orientacja na problemy nierówności w zdrowiu, zagadnienia integracji i zwalczania wykluczenia społecznego, sprawiedliwość środowiskowa itd. (Kemm, 2013; Papadopoulos, 2012; Irwin, 2001, zob. Zabdyr-Jamróz, 2023, s. 329–336).

Wykorzystywane narzędzia partycypacji – głównie oceny jakościowej – to wywiady zogniskowane i ankiety, konsultacje publiczne czy praca w ramach grup roboczych. Istotne jest, że upodmiotowienie mieszkańców realizuje się nie tylko przez uczestnictwo w konsultacjach społecznych. One same bowiem nagminnie przyjmują kształt ugłaskiwania (tzw. tokenizmu czy partycypacji fasadowej). Celem HIA tymczasem jest budowanie demokratycznej woli politycznej na rzecz polityk opartych na dowodach, a nie domyślne przełamywanie jej przez założenie nieuniknionej sprzeczności między nimi. Znaczenie ma zapobieganie sytuacji konfliktu interesów, kiedy to ocena wykonywana byłaby na zlecenie tylko jednego z interesariuszy (Fehr i in., 2014, s. 101).

W HIA akcentuje się zaangażowanie obywateli, którzy mieliby dopełniać wkład ekspercki przez dostarczenie wiedzy o lokalnym kontekście.

Oznacza to coś więcej niż tylko odchodzenie od odgórnie i technokratycznego prowadzenia polityki. Koncepcyjnie HIA przełamuje tradycyjną dychotomię między „obywatelskim" (*citizen-driven*) a „eksperckim" (*expertise-driven*) modelem urzędniczej responsywności w demokracji. Z dialektyki obu wydobywa syntezę – model „pragmatyczny" (Liao, 2018, zob. Zabdyr-Jamróz, 2023).

Model obywatelski to demokracja jako rządy „przez lud" (*by the people*). Zakłada „całkowicie służebną rolę urzędników, których zadaniem jest realizowanie postulatów i nastrojów obywateli" – według ich zagregowanych zastanych preferencji, niezależnie od tego, jak są umotywowane. Model ekspercki ucieleśnia demokrację jako rządy „dla ludu" (*for the people*). Tutaj urzędnicy realizują interesy obywateli, ale według obiektywnie mierzalnych wskaźników i swojego profesjonalnego rozeznania. Trzecim modelem jest pragmatyczny lub demokratyczno-deliberatywny. Stawia urzędników „w roli koordynatorów […] i rzeczników wspólnoty". Zleca im moderowanie dialogu między ekspertami a obywatelami-laikami, żeby rekomendacje tych pierwszych pasowały do lokalnych realiów, a preferencje obywateli uwzględniały dowody (Zabdyr-Jamróz, 2023, s. 91–92).

Na sam koniec refleksji nad problemami i wyzwaniami – zarówno dla oceny skutków zdrowotnych, jak i szerszej idei zdrowia we wszystkich politykach – warto zaznaczyć jeszcze jedną kwestię. HiAP i HIA stanowią dorobek demokratycznego państwa prawa, które aktywnie realizuje trzecią generację praw człowieka (tj. prawa socjalne, w tym prawo do zdrowia) i które systematycznie czerpie z osiągnięć nowoczesnej nauki. I jako takie nie są w stanie funkcjonować w klimacie politycznym, który cechuje: instrumentalizowanie procesów demokratycznych przez wąskie grupy interesów; tolerowanie rosnących nierówności zdrowotnych; osłabianie profesjonalizmu administracji publicznej; demontowanie instytucji nauki oraz monitorowania sytuacji zdrowotnej; programowe naruszanie praworządności i metodyczne dezinformowanie opinii publicznej.

Demokracja, podział władzy, profesjonalna służba cywilna, niezależna akademia i rzeczowa debata publiczna stanowią niezbędne prerekwizyty – fundamenty – dla skutecznej realizacji omawianych tu idei i metod. Ale HIA i HiAP stanowią też zaawansowane narzędzia pielęgnowania i uzdrawiania tych fundamentów. Są odpowiedzią na współczesne wyzwania i dostrzegalne mankamenty tradycyjnych modeli demokracji

(Zabdyr-Jamróz, 2023). Zdrowie we wszystkich politykach – i jej wzorowe praktyki – nie są tylko kolejnym technokratycznym balastem. Stanowią dorobek wieloletnich starań nad umacnianiem i wierniejszym realizowaniem naszych wartości cywilizacyjnych – praw i wolności człowieka do zdrowia jako fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, który jest potencjałem indywidualnej samorealizacji w społeczeństwie.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Cechy HIA

Ocena skutków zdrowotnych (HIA) to praktyczne i sprawdzone narzędzie realizacji zdrowia we wszystkich politykach (HiAP). Ma służyć lepszemu zrozumieniu zdrowotnych konsekwencji i dostępnych opcji dla decyzji ws. dowolnej interwencji, programu, kampanii, inwestycji, polityki czy regulacji. Zakłada syntezę wielodyscyplinarnej wiedzy eksperckiej z pogłębionym rozpoznaniem lokalnego kontekstu – łączy wiedzę ilościową i jakościową; dowody naukowe i opinie interesariuszy (mieszkańców, użytkowników, laików). Jest procesem usystematyzowanym i docelowo partycypacyjnym na wszystkich etapach, który łączy ideały demokracji – władzy sprawowanej „przez lud" i kompetentnej polityki „dla ludu". Pozwala wypracować społeczną sankcję i demokratyczną legitymizację dla działań opartych na dowodach naukowych. Dostarcza rekomendacji dla decyzji, zanim zostaną podjęte i zanim zainwestowane w nie zostaną zasoby. Ma zapobiegać niespodziankom – minimalizować negatywne i maksymalizować pozytywne skutki dla zdrowia.

Oto katalog cech charakterystycznych HIA. Jako że jest ona metodą skalowalną i – z założenia – ma być adaptowana do okoliczności, katalog ten niekoniecznie musi być realizowany w pełni w każdym możliwym przypadku. Cechy te stanowią rekomendacje co do wzorca idealnej oceny skutków zdrowotnych we wszystkich politykach (Kemm, 2013). W najpełniejszej postaci HIA charakteryzuje:

- kontekst decyzji i prospektywne (odpowiednio wczesne) jej rozpatrywanie;

- zastosowanie wobec decyzji, które:
  - (typowo) nie są nakierowane na zdrowie,
  - lub (w nowszym podejściu) są nakierowane na zdrowie, ale mogą mieć nieprzewidziane skutki zdrowotne;
- uwzględnianie pełnego spektrum determinantów zdrowia – podejście całościowe, wielowymiarowe i multidyscyplinarne;
- ukierunkowanie na redukcję nierówności zdrowotnych i ich społeczno-ekonomicznych oraz środowiskowych uwarunkowań;
- uporządkowanie procesu w szereg konsekwentnych etapów;
- partycypacja obywateli według założeń demokracji deliberatywnej;
- wykorzystanie lokalnie ukontekstowionych dowodów naukowych – zbieranie rzetelnych informacji od ekspertów oraz lokalnych interesariuszy (obywateli);
- uwzględnianie efektów negatywnych oraz pozytywnych (wykraczanie poza rutynowe analizy ryzyka) – dla maksymalizacji tych drugich;
- elastyczność – adaptacyjność i skalowanie zakresu do możliwości i zasobów oraz dla zapobiegania „paraliżowi przez analizę".

Wyzwania, rekomendacje i etapy HIA

Z perspektywy ćwierćwiecza po *Konsensusie goteborskim* ważne jest podsumowanie nagromadzonych doświadczeń. Skuteczność HIA, a następnie wdrażanie jej zaleceń całkowicie zależy od woli politycznej, rozumianej zarówno jako wola decydentów (polityków czy urzędników), jak i społeczności czy ruchów społecznych.

W najnowszych analizach zauważa się, że „pomimo udowodnionej skuteczności [HIA], jej stosowanie na całym świecie jest niespójne, a tylko kilka krajów korzysta z niej systematycznie" (Haigh i in., 2025). Ich autorzy zwracają uwagę na następujące priorytety badawcze dla rozwoju metody: (1) instytucjonalizacja i konsekwentne stosowanie w różnych kontekstach; (2) wzmacnianie sprawiedliwości i partycypacji; (3) ulepszanie narzędzi zrozumienia i komunikowania determinantów zdrowia; oraz (4) wzmacnianie mechanizmów wpływu na decydentów i interesariuszy.

Najtrudniejszym warunkiem dla powodzenia HIA – szczególnie wdrożenia zaleceń – jest niezbędna odpowiednia infrastruktura

instytucjonalna, wsparcie i polityczna wola działania (Fehr i in., 2014). Wszystko to w celu zbudowania koalicyjnej woli politycznej wokół rozwiązań opartych na dowodach. Dla ich zapewnienia – odnośnie do wzmiankowanych priorytetów – wyróżnić można następujące zalecenia:

1. Dla lepszej instytucjonalizacji – w nawiązaniu do wątku adaptacyjności metody (ad „Demokracja deliberatywna na rzecz zdrowia", pkt. c) – rekomendowane jest wbudowywanie czy „podpięcie" HIA do już istniejących procedur decyzyjnych i konsultacji społecznych. Możliwości zastosowania rozciągają się od poziomu legislacji krajowej – np. oceny skutków regulacji (Włodarczyk, 2017, s. 19–58) – po lokalne inwestycje budowlane i planowanie przestrzenne – np. w ramach miejscowego planu rewitalizacji (Zabdyr-Jamróz & Badora-Musiał, w: Włodarczyk, 2017, s. 455–492).
2. Dla wzmocnienia sprawiedliwości i partycypacji rekomenduje się zaangażowanie i współpracę możliwie szerokiego grona interesariuszy. Jest to kluczowe dla reprezentatywności i responsywności – uwzględnienia różnorodnych, często niedostrzeganych potrzeb i wypracowania uczciwego kompromisu między sprzecznymi interesami. Jednocześnie istotne jest zapobieganie „paraliżowi przez analizę" (Zabdyr-Jamróz, 2023, s. 204) – szczególnie w trosce o grupy najbardziej wrażliwe, które ponoszą większe koszty bezczynności. Zdarza się coraz częściej, że działający w złej wierze interesariusze manipulują partycypacją społeczną np. przez tzw. astroturfing (dosł. „kładzenie sztucznej trawy") – sponsoringiem pozorując oddolne (*grassroots*) ruchy społeczne. Projektowanie HIA powinno więc uwzględniać zarówno ryzyko jednostronności (braku reprezentatywności) procesów decyzyjnych, jak i ich szkodliwej obstrukcji. Istotne jest zarówno przemyślenie działań – unikanie decyzji pochopnych, słabo umotywowanych, opartych na dezinformacji czy przestarzałej wiedzy – jak i zapobieganie „paraliżowi przez analizę" – prowokowanej przerostem oczekiwań, scjentystyczną „metodolatrią" oraz pseudodemokratycznym „astroturfingiem".
3. Zalecane jest wsparcie informacyjno-edukacyjne, tak żeby możliwie szerokie grono uczestników procesu rozumiało pełen zakres determinantów zdrowia i możliwości oddziaływania. To wspomaga realizację sprawiedliwości i partycypacji (ad 2),

bo potencjalnie pozwala wyjść poza ramy zastanego sporu – w stronę nie tylko kompromisu, ale i konsensu. Wielodyscyplinarna wiedza poszerza spektrum dostrzegalnych rozwiązań – także o te, które godziłyby sprzeczne interesy i miały charakter „integratywny" (typu *win-win*) (Zabdyr-Jamróz, 2023, s. 135).

4. Żeby HIA przekładała się na realne decyzje, nie wystarczy osadzenie instytucjonalne. Nawet w ramach ustawowych konsultacji społecznych (ad 1) same rekomendacje HIA będą formalnie niewiążące. Dlatego istotne jest nadanie im wagi autorytatywnej i legitymizacyjnej, która sprawi, że dla decydentów będą trudne do zignorowania. Autorytatywność zapewniona ma być przez połączenie wkładu eksperckiego (ad 3) z reprezentatywną partycypacją (ad 2). Demokratyczna legitymizacja wymaga natomiast politycznej mobilizacji.

Przez swój partycypacyjny charakter ocena skutków zdrowotnych może być postrzegana jako narzędzie politycznej mobilizacji obywatelskiej do działań opartych na dowodach. Ma mobilizować szczególnie tych interesariuszy (obywateli, organizacji lokalnych, grup społecznych czy zbiorowości osób należących do danej kategorii), którzy mogliby ponieść szkody zdrowotne w wyniku jakiejś decyzji. Ma służyć włączeniu tych interesariuszy w procesy decyzyjne przez ich uświadomienie – dostarczenie rzetelnej wiedzy i unaocznienie faktycznej stawki różnych rozstrzygnięć. Tym samym HIA umożliwia mobilizację konstruktywną (współtworzenie, *co-creation*), a nie tyko obstrukcyjną (na zasadzie blokowania), oraz mobilizację opartą na dowodach – a nie na „infodemii" manipulacyjnej postprawdy (dezinformacji, demagogii i erystyki). Innymi słowy, otwiera ścieżki zaangażowania obywatelskiego do pozytywnego – wspartego wiedzą (ad 3) – wspólnego namysłu nad właściwymi kierunkami rozwoju wspólnoty.

Co więcej, mobilizacja społeczności tworzy i utrzymuje polityczną wolę zastosowania rekomendacji raportu HIA. Przekłada się na uwagę mediów i aktywizację wyborców, którzy nie byli wcześniej zainteresowani sprawą. Zapewnia polityczny nacisk na decydentów (np. władze miejskie), żeby konsekwentnie stosowali zalecenia. Z tego względu metoda HIA powinna uwzględniać także wkład emocjonalny polityki, który – przy odpowiedniej moderacji – ma potencjał mobilizacji wokół rozwiązań opartych na dowodach (Zabdyr-Jamróz, 2023, s. 235–266).

Tabela 1. Etapy oceny skutków zdrowotnych (HIA)

Fazy:	Etapy:	Opis:	Możliwy przebieg i techniki:
I. OCENA PROSPEKTYWNA	1. *SCREENING* (przesiewanie)	Wstępne ustalenie znaczenia danej polityki dla zdrowia – odpowiedź na pytanie: „Czy HIA jest w tym przypadku potrzebne?”	• Utworzenie projektu przedsięwzięcia przez podmiot inicjujący. • Przekazanie do zaopiniowania dyżurnym interesariuszom (np. wytypowanym w regulacjach prawnych). • Udostępnienie do zaopiniowania interesariuszom potencjalnie chętnym (przez dowolne możliwe kanały komunikacji). • Zbieranie rekomendacji i zgłoszeń do uczestnictwa. • Określenie zasadniczych zagadnień do analizy (na podstawie wytycznych HIA i wskazań interesariuszy).
	2. *SCOPING* (zakreślanie)	2a. Identyfikacja kluczowych zagadnień, problemów i grup docelowych: identyfikacja ryzyka i potencjalnych korzyści. 2b. Konsultacja z interesariuszami w celu zaplanowania HIA.	• Powołanie KOMITETU STERUJĄCEGO – skład na podstawie zgłoszeń interesariuszy. • Ustalenie planu i harmonogramu oceny. • Ustalenie zakresu oceny. • Akceptacja planu HIA przez komitet i podmiot inicjujący. • Prace przygotowawcze i badanie wstępne.
	3a. OCENA	Badanie właściwe skutków zdrowotnych przy pomocy dostępnych danych oraz zbieranie informacji od interesariuszy. Zależnie od zasobów może być: • szybka (*rapid*), lub • pogłębiona (*in-depth*).	• Badanie literatury przedmiotu (*desk research*). • Badanie społeczne, np.: –ankiety korespondencyjne; –ankiety obserwacyjne (*observational survey*); –grupy fokusowe (*focus group interview*); –„herbatki sąsiedzkie” (*neighborhood teas*); –deliberatywne panele obywatelskie (minipubliki).
	3b. REKOMENDACJE	Opracowanie rekomendacji – praktycznych rozwiązań do wdrożenia przy uwzględnieniu zasobów i ograniczeń.	• Analiza danych i opracowanie rekomendacji. • Zatwierdzenie rekomendacji przez KOMITET STERUJĄCY.

	4. RAPORTOWANIE	Udostępnienie rekomendacji w formie raportu decydentom, interesariuszom i społeczności.	• Przedstawienie wyników i rekomendacji planistom/ urzędnikom/decydentom. • Przedstawienie przez planistów projektu przedsięwzięcia decydentom (np. radzie gminy). • Przedstawienie i omówienie najistotniejszych wyników HIA decydentom; udostepnienie im raportu. • Udostepnienie wyników HIA (raportu) obywatelom/ interesariuszom. • Podjęcie decyzji dot. inicjatywy.
	DECYZJA		
II. OCENA RETROAKTYWNA	4. RAPORTOWANIE C.D.		
	5. MONITORING & EWALUACJA	Monitorowanie i ewaluacja implementacja polityki: oddziaływań zdrowotnych; ocena skuteczności zastosowanych rekomendacji HIA.	• Monitorowanie realizacji rekomendacji przez KOMITET STERUJĄCY. • Dalsze upowszechnianie wyników. • Wywieranie społecznego nacisku na decydentów.
	KOREKTA DECYZJI		
	5. MONITORING & EWALUACJA C.D.		

Opracowanie: własne na podstawie WHO (2013) [za:] M. Zabdyr-Jamróz (2023, s. 332).

Względy politycznej mobilizacji wokół zaleceń HIA mają istotne przełożenie na strukturę samego procesu i kolejności jego etapów (zob. tab. 1). Oznacza to, że decyzja – nawet uwzględniająca rekomendacje – nie powinna kończyć zaangażowania i raportowania. Bardzo ważne jest obserwowanie nie tylko prognozowanych, ale także faktycznych skutków danej interwencji. Istotne jest też to, czy rekomendacje rzeczywiście i konsekwentnie są wdrażane.

Dlatego konieczne jest, by autorzy i interesariusze HIA kontynuowali proces raportowania, czyli intensywnego informowania i promowania rekomendacji (wśród np. wyborców) także po podjęciu decyzji. To pozwala podtrzymywać mobilizację polityczną, a tym samym utrzymać presję na decydentów i wykonawców projektu – na rzecz rzetelnej i konsekwentnej realizacji zaleceń przyjętych czy uwzględnienia tych pominiętych. Powyższe refleksje i doświadczenia uwzględnia tabela 1. Pozwala prześledzić w zarysie poszczególne etapy i fazy HIA. Zawiera też przykłady tego, jak mogą być realizowane.

Bibliografia

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1992). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe*. Stockholm: Institute for Futures Studies (Institutet för Framtidsstudier).

DHSS (1980). [*The Black Report*] *Inequalities in health. Report of a research working group*. London: Department of Health and Social Security.

ECHP (1999). *Gothenburg Consensus Paper. Health Impact Assessment. Main concepts and suggested approach*. European Centre for Health Policy, WHO/Europe.

Fehr, R., Viliani, F., & Martuzzi, M. (2014). *Health in Impact Assessments. Opportunities not to be missed*. Copenhagen: WHO/Europe.

Green, L., Morgan, L., Azam, S., Evans, L., Parry-Williams, L., Petchey, L., & Bellis, M.A. (2020). *A Health Impact Assessment of the 'Staying at Home and Social Distancing Policy' in Wales in response to the COVID-19 pandemic. Executive Summary*. Cardiff: Public Health Wales NHS Trust.

Haigh, F., Green, L., Hirono, K., Mekel, O.C.L., & Douglas, M. (2025). Global priorities in HIA research. A new agenda for the next decade. *BMC Public Health*, *25*(1), 791.

Harris-Roxas, B., & Harris, E. (2011). Differing forms, differing purposes: A typology of health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review*, *31*(4), 396–403.

Kemm, J. (2013). *Health Impact Assessment. Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress*. Oxford: OUP Oxford.

Kickbusch, I., & Gleicher, D. (2012). *Governance for Health in the 21st Century*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Latour, B. (2009). *Polityka natury. Nauki wkraczają do demokracji*. Przeł. A. Czarnacka. Warszawa: Krytyka Polityczna.

Marmot, M.G., Shipley, M.J., & Rose, G. (1984). Inequalities in death – Specific explanations of a general pattern? *Lancet*, *1*(8384), 1003–1006.

Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (2006). *Health in All Policies. Prospects and Potentials*. Finnish Ministry of Social Affairs and Health.

St-Pierre, L. (2015). *When to perform a health impact assessment (HIA)? Briefing Note*. Montréal: National Collaborating Centre for Healthy Public Policy.

Vissere, F.L.J., Mach, F., Smulders, Y.M., Carballo, D., Koskinas, K.C., Bäck, M., Benetos, A., Biffi, A., Boavida, J.-M., Capodanno, D., Cosyns, B., Crawford, C., Davos, C.H., Desormais, I., Angelantonio, E.D., Franco, O.H., Halvorsen, S., Hobbs, F.D.R., Hollander, M., … Williams, B. (2021). Wytyczne ESC 2021 dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej. *Zeszyty Edukacyjne Kardiologii Polskiej*, *5*.

WHO (2014). *The Helsinki Statement on Health in All Policies. Framework for Country Action. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013*. World Health Organization.

Wilkinson, R.G. (1973). *Poverty and Progress: An Ecological Model of Economic Development*. London: Methuen.

Wilkinson, R.G., & Pickett, K. (2011). *Duch równości. Tam gdzie panuje równość wszystkim żyje się lepiej*. Przeł. P. Listwan. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.

Włodarczyk, W.C. (2015). Zdrowie we wszystkich politykach. Nowy wymiar polityki zdrowotnej. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, *13*(1), 1–16.

Włodarczyk, W.C. (Red.). (2017). *Model oceny wpływu regulacji prawnych i instytucjonalnych na zdrowie. Health Impact Assessment*. Kraków: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego–Państwowy Zakład Higieny.

Zabdyr-Jamróz, M. (2023). *Wszechstronniczość. O deliberacji w polityce zdrowotnej z uwzględnieniem emocji, interesów własnych i wiedzy eksperckiej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Magdalena Kozela
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
https://orcid.org/0000-0001-7769-5355
https://doi.org/10.35765/slowniki.526

Determinanty zdrowia

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Skuteczne interwencje z zakresu zdrowia publicznego możliwe są wtedy, kiedy znane są przyczyny chorób oraz możliwości ich modyfikacji na poziomie populacyjnym.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Ewolucja stanu zdrowia populacji w ostatnim wieku przyczyniła się do ewolucji w postrzeganiu oraz metodach oceny czynników warunkujących zdrowie. Niezależnie jednak od tego, czy dotyczy to chorób zakaźnych czy przewlekłych chorób cywilizacyjnych, poszukiwanie przyczyn zachorowań jest złożonym wysiłkiem badawczym najczęściej wielu zespołów ekspertów.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Choć w badaniach naukowych dotyczących determinantów zdrowia kładzie się duży nacisk na uwzględnienie możliwie najszerszego kontekstu badanych zależności, trzeba pogodzić się z tym, że opisywalny jest wyłącznie wycinek rzeczywistości – fragment skomplikowanej sieci powiązań czynników warunkujących zdrowie. W konsekwencji, badając czynniki ryzyka, często nie opisuje się ostatniego ogniwa, które bezpośrednio prowadzi do choroby, ale inny stan, silnie powiązany z bezpośrednią przyczyną choroby.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Świadomość tego, że wiedza o determinantach zdrowia – a w szczególności o współzależnościach pomiędzy nimi – jest niepełna, powinna implikować daleko idącą uważność. Po pierwsze, na poziomie językowym dobrą praktyką zdaje się używanie słów „ekspozycja", „narażenie", „cecha

związana z (chorobą)" zamiast słowa „przyczyna", a także użycie słów „związek", „zależność", „korelacja" zamiast słów „wpływ" czy „powodowanie" – do czasu aż przyczynowość zostanie potwierdzona w wiarygodnym cyklu badań. Po drugie, w sferze praktyki: podejmowanie działań i interwencji na podstawie takich dowodów naukowych, które w sposób wiarygodny określają czynniki ryzyka chorób i determinanty zdrowia.

Słowa kluczowe: czynniki ryzyka, przyczyny chorób, związek przyczynowo-skutkowy, zdrowie populacji

Definicja pojęcia

Zgodnie z klasyczną definicją Charlesa E. Winslowa działalność z zakresu zdrowia publicznego obejmuje takie aktywności odnoszące się do całych populacji, które prowadzą do zapobiegania zachorowaniom i wzmacniania potencjału zdrowia, w konsekwencji przyczyniając się do przedłużania życia ludzi. Podejście takie zakłada znajomość czynników wpływających na stan zdrowia, czyli posiadanie wiarygodnej wiedzy naukowej dokumentującej to, że ograniczenie oddziaływania pewnych czynników na organizm człowieka lub też wprowadzenie innych oddziaływań może zmniejszyć ryzyko zachorowań u ludzi. Zatem kluczowe dla zdefiniowania determinantów zdrowia w perspektywie zdrowia publicznego jest pytanie: „od czego zależy stan zdrowia?". Otwiera ono szeroką perspektywę różnorodnych czynników, cech i procesów opisywanych przez nauki empiryczne.

W licznych badaniach obserwacyjnych i eksperymentalnych opisano zależności pomiędzy tysiącami czynników fizycznych, chemicznych, biologicznych, behawioralnych czy psychospołecznych a stanem zdrowia. Wyniki tych badań wskazują cechy, które powiązane są istotnie statystycznie z występowaniem chorób. Jednak stwierdzenie w nawet najlepiej zaprojektowanym i przeprowadzonym badaniu naukowym związku pomiędzy określoną cechą (narażeniem, ekspozycją) a konkretną chorobą nie daje ostatecznej odpowiedzi na pytanie, czy konkretny czynnik jest tym, który „determinuje", „wywołuje", „prowadzi do powstania", „wpływa" czy „wywołuje skutek zdrowotny".

Analiza historyczna pojęcia

W przypadku chorób zakaźnych określenie przyczyny współcześnie wydaje się stosunkowo łatwe. Tymczasem tylko półtora wieku temu odkrycia Ludwika Pasteura z 1861 r. ostatecznie podważyły arystotelesowską teorię samorództwa i umożliwiły opracowanie teorii dotyczącej roli drobnoustrojów w powstawaniu chorób. Ponadto w zakresie chorób zakaźnych od samego początku badań nad etiologią, nawet dla Pasteura, wskazanie na przyczynowe powiązanie pomiędzy konkretnym patogenem a konkretną jednostką chorobową stanowiło wyzwanie.

Jeszcze przed największymi odkryciami z zakresu mikrobiologii medycznej, w roku 1840, Jakob Henle, niemiecki patolog i anatom, w pracy *O miazmatach i kontagionach* sugerował, że to nie sama choroba jest przenoszona pomiędzy ludźmi, lecz jej żywy induktor (kontagion). Już wtedy wskazywał na potrzebę wyhodowania ciągle jeszcze hipotetycznego kontagionu poza organizmem, a w dalszej kolejności dokonania zakażenia nim zdrowego organizmu dla uzyskania pewności co do przyczyny choroby (Binek, 2011). Później Robert Koch w badaniach nad wąglikiem i prątkiem gruźlicy wykonał szereg badań, które odzwierciedlały założenia Henlego. Był to fundament do sformułowania tzw. postulatów Kocha, które stanowiły przełom w mikrobiologii medycznej. Opierając się na nich, można bowiem wykazać, że konkretny drobnoustrój stanowi przyczynę konkretnej choroby zakaźnej (Kwiatkowski, 1993). Sposób myślenia o przyczynowości, jaki implikowało uznanie postulatów Kocha, wymagał przyjęcia, że określenie p r z y c z y n y w badaniach nad stanem zdrowia, nawet w tak wydawałoby się jednoznacznym obszarze, jakim są choroby zakaźne, wymaga dużego wysiłku badawczego i przeprowadzenia cyklu badań. Z drugiej strony przyczynił się on do utrwalenia prostej, jednoczynnikowej koncepcji choroby.

Szybko jednak jasne stało się, że pomimo obecności drobnoustroju chorobotwórczego – p r z y c z y n y – choroba u konkretnej osoby nie zawsze się rozwijała. A zatem sama infekcja nie musi być wystarczająca do tego, aby wywołać chorobę. Bazując na tych obserwacjach, zaproponowano model przyczynowości chorób, najpierw w odniesieniu do chorób zakaźnych, ale później również do chorób niezakaźnych, który obejmuje trzy składowe: czynnik zakaźny, gospodarza i środowisko, w którym się znajdują – to tzw. triada epidemiologiczna. Choroba natomiast może być wynikiem interakcji tych trzech i występować w sytuacji podatności gospodarza w środowisku, które wspiera transmisję czynnika zakaźnego ze źródła zakażenia do tego gospodarza. Z czasem pojęcie czynnika zostało rozszerzone i może się ono odnosić nie tylko do drobnoustrojów chorobotwórczych, ale także np. do zanieczyszczeń chemicznych czy oddziaływania sił fizycznych jako przyczyn chorób lub urazów u poszczególnych ludzi w konkretnych warunkach.

Już w XIX wieku, obserwując nasilenie urbanizacji i rozwój przemysłu, zwrócono uwagę na tę część środowiska, która związana była z pozycją jednostki w społeczeństwie. Obserwacje trzech znaczących dla

kształtowania się przekonań o determinantach zdrowia postaci epoki wiktoriańskiej: Rudolfa Virchowa, Edwina Chadwicka i Friedricha Engelsa, miały ogromny wpływ na zrozumienie, jak warunki społeczne mogą kształtować zdrowie ludzi. Virchow, niemiecki patolog i antropolog, obserwując epidemię tyfusu na Górnym Śląsku i gruźlicy w Berlinie, wskazał na istotne znaczenie nierówności w dystrybucji i konsumpcji zasobów dla rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych i pojawiania się epidemii. Wskazywał, że to właśnie niekorzystne warunki społeczne czyniły populację bardziej podatną na czynniki chorobotwórcze, z których samodzielnie żaden nie wystarczyłby do wywołania epidemii (Lange, 2021). Edwin Chadwick był pionierem badań nad warunkami sanitarnymi w miastach. Jego prace, a szczególnie *Report of The Sanitary Condition of Labouring Population of Great Britain*, ujawniły, jak niekorzystne warunki życia, takie jak brak dostępu do czystej wody i odpowiednich systemów kanalizacyjnych, prowadziły do rozprzestrzeniania się chorób. Pod wpływem prac statystycznych francuskich lekarzy: Louisa-Renégo Villermégo i Alexandra Parenta-Duchâteleta, Chadwick opowiadał się za zaangażowaniem rządu w kwestie sanitarne, co doprowadziło do powstania pierwszej ustawy o zdrowiu publicznym w Wielkiej Brytanii – Public Health Act. Friedrich Engels, współpracownik Karla Marxa, analizował, jak warunki pracy i sposób życia robotników wpływały na ich zdrowie. Argumentował, że kapitalizm prowadzi do wyzysku i ubóstwa, co z kolei ma negatywny wpływ na zdrowie społeczeństwa. Wspólnie Virchow, Chadwick, i Engels przyczynili się do zrozumienia, że zdrowie jest ściśle związane z warunkami życia, a ich obserwacje i idee stały się fundamentem współczesnych badań nad społecznymi determinantami zdrowia (Medvedyuk, 2024).

Przyjęcie założenia, że obok drobnoustrojów środowisko, w tym warunki społeczno-ekonomiczne, jest nie do pominięcia na drodze do lepszego rozumienia powstawania chorób, było bardzo istotne. Jednak szczególnie w drugiej połowie XX wieku okazało się niewystarczające do opisania przyczyn przewlekłych chorób niezakaźnych. Wyzwaniem stało się bowiem określenie przyczyny chorób, które manifestują się wtedy, gdy dojdzie do czegoś na kształt przelania czary goryczy. Wiele „kropli" musiało się zgromadzić, aby wywołać widoczny efekt, ale która z nich jest kluczowa? Ta ostatnia, która do niego bezpośrednio doprowadza, czy te wszystkie poprzednie, które musiały się zgromadzić, aby ta ostatnia doprowadziła do napełnienia czary (Webb i in., 2021)?

Pytania te wybrzmiewały coraz mocniej podczas obserwowania sytuacji zdrowotnej populacji, w których w znacznym stopniu opanowano choroby zakaźne. Już w latach 40. XX wieku to choroby układu krążenia rozwijające się na podłożu miażdżycy tętnic stały się główną przyczyną zgonów wśród Amerykanów i w populacjach krajów rozwiniętych, stanowiąc połowę wszystkich zgonów. Wiedza na ich temat, a w szczególności kwestie związane z zapobieganiem i leczeniem były tak słabo poznane, że większość Amerykanów akceptowała przedwczesną śmierć z powodu choroby serca, uznając ją za nieuniknioną. Epidemia nie ominęła nawet prezydenta Stanów Zjednoczonych, Franklina Delano Roosevelta, który zmarł w 1945 r. w wyniku powikłań miażdżycy tętnic z powodu, jak się później okazało, niezdiagnozowanych i nieleczonych czynników ryzyka. W 1948 r. prezydent Harry Truman, dostrzegając zagrożenie zdrowia populacji niesione przez choroby układu krążenia, podpisał National Heart Act. Na jego podstawie ustanowiono Narodowy Instytut Serca, obecnie Narodowy Instytut Serca, Płuc i Krwi (National Heart, Lung, and Blood Institute – NHLBI), w celu działania na rzecz poprawy zdrowia publicznego poprzez wykorzystanie wyników badań naukowych do zapobiegania chorobom i ich leczenia. Ponadto przyznano bezprecedensową dotację na dwudziestoletnie badanie epidemiologiczne dotyczące chorób serca. Framingham Heart Study, bo o nim mowa, było przełomowym badaniem, jeśli chodzi o zastosowane metody w zakresie populacyjnej oceny stanu zdrowia. Po pierwsze, stanowiło odejście od wnioskowania opartego wyłącznie na wynikach badań podstawowych. Ponadto badacze, zdając sobie sprawę, że rzetelna ocena częstości występowania chorób w populacji wymagała rezygnacji z badania wyłącznie ochotników, zdecydowali się na aktywną rekrutację losowej próby dorosłych mieszkańców miasta. Oryginalna kohorta została przebadana w latach 1948–1952 i składała się z 5209 mieszkańców w wieku od 28 do 62 lat. Kobiety stanowiły ponad połowę wszystkich uczestników, co nie było powszechną praktyką w ówczesnych badaniach naukowych, w których uczestniczyła bardzo mała liczba kobiet lub w ogóle je wykluczano. Oprócz tego na niespotykaną dotąd skalę prowadzono obserwację uczestników w zakresie występujących u nich incydentów sercowo-naczyniowych i zgonów z powodu chorób układu krążenia. Przyjęcia do szpitala rejestrowano, odbywając codzienne wizyty w obu szpitalach Framingham, natomiast zgony

rejestrowano poprzez przeglądanie gazet, osobistych komunikatów lekarzy i raportów koronera w mieście. Z perspektywy rozwoju wiedzy o przyczynach chorób najistotniejsze były jednak wyniki badania Framingham w zakresie opisania cech, ekspozycji oraz zachowań, których występowanie u osób zdrowych związane było z większym prawdopodobieństwem rozwoju choroby sercowo-naczyniowej w porównaniu do osób, u których czynniki te nie występowały (Mahmood i in., 2014). Wiedza ta, ugruntowana wynikami późniejszych badań przeprowadzonych w innych populacjach, przyczyniła się do zmiany paradygmatu w drugiej połowie XX wieku, od koncentracji na leczeniu osób z rozpoznaną chorobą sercowo-naczyniową do jej zapobiegania u osób z podwyższonym ryzykiem wystąpienia. Podstawą tej strategii stała się możliwość identyfikacji osób najbardziej narażonych na wystąpienie zdarzenia sercowo-naczyniowego w przyszłości i umożliwienie wdrożenia u nich interwencji zapobiegawczych. W praktyce oznaczało to opisanie stanów takich jak: podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, zaburzenia gospodarki lipidowej, cukrzyca, otyłość, palenie papierosów czy mała aktywność fizyczna. Określono je terminem „czynniki ryzyka", który został wprowadzony przez jednego z twórców badania Framingham, Williama Kannela, w publikacji z 1961 r. pt. *Czynniki ryzyka w rozwoju choroby wieńcowej* (Kannel i in., 1961). W późniejszym czasie termin ten został spopularyzowany i do dziś jest powszechnie używany do określenia narażeń, cech czy zachowań, których występowanie w populacji osób zdrowych zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia choroby. Termin ten często używany jest w szczególności w odniesieniu do cech, które są istotnie związane z ryzykiem powstania choroby, a które pojedynczo mogą nie być wystarczające do jej wywołania. Oprócz tych głównych, tzw. klasycznych czynników ryzyka chorób układu krążenia, opisano wiele innych cech, powiązanych z większym ryzykiem występowania zarówno chorób sercowo-naczyniowych, jak i innych cywilizacyjnych chorób niezakaźnych: nowotworów czy przewlekłych chorób układu oddechowego.

W roku 1976 Kenneth J. Rothman, amerykański epidemiolog, zaproponował model do opisania sytuacji, w której do rozwoju choroby przyczynia się wiele składowych czynników. Opisał go jako tzw. ciastka przyczynowe (*causal pies*). W koncepcji tej pojedynczy czynnik przyczyniający się do powstania choroby jest zilustrowany jako kawałek

tortu. Po złożeniu wszystkich kawałków koła (wystąpieniu wszystkich przyczyn) tort jest kompletny i wtedy pojawia się choroba. Poszczególne czynniki określane są jako przyczyny składowe, a cały tort – jako przyczyna wystarczająca, czyli zespół warunków wywołujących skutek zdrowotny. Co więcej, Rothman wskazuje, że jedna choroba może mieć więcej niż jedną przyczynę wystarczającą, przy czym każda przyczyna wystarczająca składa się z kilku przyczyn składowych, a niektóre z nich mogą być wspólne. Składnik, który pojawia się w każdej przyczynie wystarczającej (w każdym torcie), może być określony jako przyczyna konieczna, ponieważ bez jej wystąpienia choroba się nie rozwija. Rozumowanie to zakłada jednak, że przyczyny składowe – czynniki ryzyka rzeczywiście wpływają na stan zdrowia (Rothman, 1976).

O ile w przypadku chorób zakaźnych opisane w postulatach Kocha badania umożliwiają potwierdzenie lub wykluczenie związku przyczynowego pomiędzy danym drobnoustrojem a chorobą, o tyle w przypadku chorób niezakaźnych, które charakteryzuje wieloprzyczynowość, potwierdzenie zależności przyczynowych pomiędzy kolejnymi czynnikami ryzyka a chorobą jest znacznie większym wyzwaniem. Ponad 70 lat po ogłoszeniu postulatów Kocha sir Austin Bradford Hill, angielski epidemiolog, podjął temat zawiłości we wnioskowaniu dotyczącym potencjalnego wpływu różnych warunków środowiskowych na stan stanu zdrowia. W swojej pracy pt. *The Environment and Disease: Association or Causation?* rozważa, w jakich warunkach można bezpiecznie przejść od stwierdzenia związku pomiędzy cechami do wnioskowania o przyczynowości pomiędzy czynnikami ryzyka a chorobami niezakaźnymi (Hill, 1965). Hill, rozważając, na jakiej podstawie powinno się tak postępować, zaproponował dziewięć kryteriów, na podstawie których można ocenić opisane w badaniach zależności pomiędzy potencjalnymi przyczynami a chorobami. Dzisiaj tzw. kryteria Hilla są powszechnie uznane jako wskazówki do oceny przyczynowości. Nie są to jednak warunki, które ocenia się zero-jedynkowo. Związek, nad którym się pochylamy, wymaga osobnych rozważań nad każdym z kryteriów, czy – a jeśli tak, to w jakim stopniu – na podstawie dostępnej ewidencji naukowej można przyjąć, że dane kryterium jest spełnione. Kryteria Hilla obejmują poniższe cechy:

- Siła związku. Im większa wartość miary efektu, np. współczynnika korelacji, ilorazu szans czy ryzyka względnego, tym większe

prawdopodobieństwo, że zależność jest przyczynowa. Zasada ta nie wyklucza jednak sytuacji, w których oddziaływanie czynnika ryzyka na stan zdrowia może być bardzo słabe, ale przyczynowe.

- Zgodność wyników w zakresie badanego tematu. Im więcej naukowców potwierdza tę samą zależność, pracując przy użyciu różnych metod, w różnych populacjach i różnym czasie, tym większe prawdopodobieństwo, że zależność jest przyczynowa.
- Specyficzność. Odnosi się do wnioskowania typowego dla chorób zakaźnych, że jeden zdefiniowany czynnik daje jeden swoisty efekt zdrowotny. Jednak taka obserwacja poczyniona w odniesieniu do innych potencjalnych przyczyn zachorowań zwiększa prawdopodobieństwo, że obserwowana zależność jest przyczynowa.
- Związek czasowy. Pewność, że wykorzystano taki model badawczy, który umożliwia potwierdzenie występowania potencjalnej przyczyny przed wystąpieniem zachorowania, zwiększa prawdopodobieństwo, że wynik opisuje zależność przyczynową.
- Gradient biologiczny (efekt dawki). Większe prawdopodobieństwo przyczynowości jest wtedy, kiedy odnotowuje się proporcjonalny wzrost częstości występowania choroby wraz ze wzrostem częstości lub natężenia narażenia.
- Uzasadnienie biologiczne. Prawdopodobieństwo, że stwierdzony związek jest przyczynowy, wzrasta, jeśli na podstawie wiedzy z innych dziedzin nauki da się opisać mechanizm biologiczny, który łączy logicznie występowanie określonego narażenia i choroby.
- Zgodność z aktualnym stanem wiedzy. Istnieje niewielkie tylko prawdopodobieństwo, że opisana zależność jest związkiem przyczynowo-skutkowym, jeśli pozostaje ona w sprzeczności z ogólnie znanymi faktami z historii naturalnej i biologii choroby.
- Dowód z eksperymentu. Wynik badania interwencyjnego z randomizacją jest uważany za najlepszy dowód naukowy potwierdzający istnienie związku przyczynowego pomiędzy cechami.
- Analogia. Możliwość wykazania podobieństwa z innym związkiem przyczynowym zwiększa prawdopodobieństwo, że zależność jest przyczynowa.

Już szybka analiza tych kryteriów pozwala się zorientować, że jest bardzo niewiele zależności dotyczących zdrowia, co do których wszystkie te kryteria jednocześnie są spełnione. Jasne jest, że dla czynników ryzyka większości chorób niezakaźnych trudno mówić o specyficzności czy o dużej sile związku z pojedynczym czynnikiem. Ponadto działanie substancji szkodliwych dla zdrowia, jak np. palenie papierosów czy picie alkoholu ze względów etycznych, nigdy nie zostało udowodnione w badaniach eksperymentalnych. Przykłady te, które można by mnożyć, nie dezawuują jednak wartości opracowania Hilla, ale uzmysławiają, że różnorodność powiązań pomiędzy cechami oddziałującymi na zdrowie jest ogromna i nie sposób przyłożyć do nich jednej uniwersalnej miary. Kryteria Hilla stanowią przewodnik i narzędzie, które umożliwia ustrukturyzowane rozważania nad opisywanymi zależnościami. Przy korzystaniu z niego kluczowe znaczenie ma rzetelna ocena całości ewidencji naukowej w danym obszarze. Jasne staje się, że pojedyncze badania dotyczące uwarunkowań zdrowia, nawet najlepiej zaprojektowane i przeprowadzone, odkrywają tylko fragment wiedzy w danym obszarze. Do ujrzenia pełnego obrazu potrzeba wielu badań, często z różnych dziedzin nauki, które, komplementarnie analizowane, umożliwiają wnioskowanie w zakresie przyczyn zachorowań wśród ludzi.

Ujęcie problemowe pojęcia

Słownikowa definicja przyczyny wskazuje, że jest to czynnik lub zespół warunków wywołujący jakieś zjawisko jako swój skutek. Wydaje się jednak, że dla odpowiedniego określenia zjawisk w naukach medycznych i naukach o zdrowiu bardziej trafna niż powyższa, deterministyczna definicja przyczyny, jest definicja probabilistyczna zaproponowana przez Parascandola i Weed. Zakłada ona, że przyczyną można nazwać czynnik ryzyka, który w zależności od tego, czy jest obecny czy nieobecny, wywołuje różnice w skutku zdrowotnym lub, co istotne, w prawdopodobieństwie wystąpienia tego skutku, podczas gdy wszystkie inne warunki pozostają stałe (Weed & Parascandola, 2001).

W epidemiologii, nauce, której głównym celem jest identyfikacja i zrozumienie przyczyn chorób w populacjach, czynnik ryzyka czy determinant to zmienne związane z badanym skutkiem zdrowotnym i w naukowym

znaczeniu terminy te są traktowane jak synonimy. Zauważalna różnica pomiędzy nimi zdaje się leżeć dopiero w sferze praktyki. W praktyce klinicznej konkretne cechy lub zachowania indywidualnych osób określane są jako czynniki ryzyka występowania konkretnych chorób, np. palenie papierosów jest czynnikiem ryzyka zawału serca. Specyficzne natomiast dla zdrowia publicznego jest sformułowanie wskazujące na determinanty niosące za sobą pewne ryzyko zdrowotne, które dotyczy całej populacji, np. wysoki odsetek osób palących papierosy w populacji jest determinantem wysokiej zapadalności na choroby sercowo-naczyniowe. Ujęcie to może wydawać się trudne do kontrolowania przez jednostkę, a przez to nawet nieco abstrakcyjne. Jednak zarówno czynniki ryzyka na poziomie jednostki, jak i determinanty zdrowia na poziomie populacyjnym służą do identyfikacji osób i grup wysokiego ryzyka zachorowania.

Wraz z rozwojem zdrowia publicznego definiowanie determinantów zdrowia miało coraz większe znaczenie, ponieważ otwierało pole do działań na rzecz poprawy stanu zdrowia na poziomie populacyjnym. Szeroko znany i dalej często cytowany Raport Lalonde'a, opublikowany w 1974 r. przez kanadyjskiego ministra zdrowia i opieki społecznej, wskazywał, że czynniki determinujące zdrowie są znacznie szersze niż tylko usługi opieki zdrowotnej. Zidentyfikowano w nim jeszcze trzy, oprócz systemów opieki zdrowotnej, główne determinanty: czynniki biologiczne, środowisko i styl życia. Ten bardzo wpływowy, jak się później okazało, model, który w pewien sposób kształtował narrację dotyczącą determinantów zdrowia przez kolejne dekady, został szerzej omówiony i skomentowany w innym rozdziale tego opracowania.

Rozumowanie dotyczące czynników ryzyka i determinantów zdrowia zakłada ich przyczynową zależność od stanu zdrowia. W praktyce badawczej okazuje się jednak bardzo często, że powiązania znacznej części opisanych czynników ryzyka ze zdrowiem są znacznie bardziej skomplikowane niż układ specyficzna przyczyna – swoisty skutek, a nawet jeszcze bardziej złożone niż w modelu przyczyn składowych Rothmana. Wiadomo, że powstawanie wielu chorób może być efektem sekwencji zdarzeń, które leżą na jednej ścieżce przyczynowej do rozwoju określonego stanu, np. niezdrowa dieta – wzrost stężenia cholesterolu we krwi – rozwój blaszki miażdżycowej – zawał serca. Niejednokrotnie te sekwencje stanów są znacznie dłuższe i wzajemnie

ze sobą powiązane, bo niezdrowa dieta prowadzi równocześnie do wzrostu ciśnienia tętniczego krwi, które to z kolei niezależnie dodatkowo zwiększa ryzyko sercowo-naczyniowe. Ale niezdrowa dieta może również prowadzić do rozwoju raka jelita grubego, jak również do niedoborów składników odżywczych, które z kolei oddziałują na funkcje układu immunologicznego. Ponadto wiadomo, że stosowanie niezdrowej diety nie jest rozłożone w populacji losowo, i to osoby o niższej pozycji społeczno-ekonomicznej częściej dokonują niewłaściwych ze zdrowotnego punktu widzenia wyborów żywieniowych. To z kolei może być związane z niższym wykształceniem i mniejszą wiedzą o tym, jak dbać o zdrowie, ale może stanowić konsekwencję ograniczeń finansowych, które uniemożliwiają bilansowanie diety przy użyciu optymalnych składników. W badaniach naukowych dotyczących determinantów zdrowia, choć kładzie się duży nacisk na to, aby uwzględniać możliwie najszerszy kontekst badanych zależności, trzeba pogodzić się z tym, że opisywany jest wyłącznie wycinek rzeczywistości, tylko pewien fragment skomplikowanej sieci powiązań czynników warunkujących stan zdrowia. W konsekwencji badając i opisując czynniki ryzyka, często nie opisujemy tego ostatniego ogniwa, które bezpośrednio prowadzi do choroby, czyli – używając przywołanej wcześniej analogii – nie opisujemy ostatniej kropli, która przelewa czarę, ale inny stan, który jest silnie powiązany z czynnikiem prowadzącym do powstania choroby.

W tym kontekście ciekawym przykładem jest np. wiek. Powszechnie wiadomo, że wiek jest czynnikiem ryzyka wielu chorób. Jasne pozostaje jednak, że to nie fakt nieukończenia pierwszego roku życia jest przyczyną odry, ale czynnikiem, który ściśle determinuje niedostateczny rozwój układu immunologicznego. Ponadto, ponieważ szczepionka przeciw odrze podawana jest w 13. miesiącu życia, dzieci przed ukończeniem pierwszego roku życia dodatkowo nie są sztucznie uodpornione na tę chorobę, przez co mają w konsekwencji wyższe prawdopodobieństwo zachorowania. I tak, słusznie małe dzieci są wskazywane jako grupa ryzyka zachorowań na odrę. Po drugiej stronie kontinuum sytuuje się wiek podeszły, który sam w sobie również nie jest przyczyną np. zaburzeń poznawczych. Jednak znaczny rozwój miażdżycy w tętnicach mózgowych jest znacznie częściej obserwowany u osób starszych i to właśnie on może prowadzić do niedotlenienia mózgu, a w konsekwencji – do zaburzeń poznawczych i emocjonalnych. I choć sam wiek

nie powoduje żadnych chorób, to jest dobrze opisanym czynnikiem, który przyczynia się do rozwoju innych stanów powodujących chorobę.

Próbując uporządkować obraz wielości determinantów, opisano kategorie czynników, które mogą przyczyniać się do rozwoju zachorowań. Grupy te mogą obejmować przyczyny konieczne, ale raczej rzadko są wystarczające do wywołania zmiany w stanie zdrowia:

- czynniki predysponujące, takie jak wiek, płeć, dotychczas przebyte choroby i inne cechy jednostek, które czynią je bardziej podatnymi na wystąpienie zachorowań;
- czynniki umożliwiające, takie jak niska pozycja społeczna, złe warunki mieszkaniowe, niewłaściwy sposób żywienia, niewystarczający dostęp do opieki medycznej lub niekorzystanie z niej, które łącznie tworzą warunki do rozwoju choroby;
- czynniki przyspieszające, takie jak długotrwała lub częsta ekspozycja na czynnik szkodliwy, który wywołuje zmiany w organizmie, prowadząc do choroby;
- czynniki wzmacniające, takie jak powtarzana ekspozycja, nadmiernie obciążająca praca, brak odpoczynku, które uniemożliwiają regenerację (Beaglehole i in., 2002).

Wraz z rozwojem wiedzy na temat uwarunkowań zdrowia na początku lat 90. opracowano jeden z bardziej kompleksowych modeli, oddający wielość i różny zakres oddziaływania różnorodnych determinantów stanu zdrowia ludzi. Opracowany przez Görana Dahlgrena i Margaret Whitehead, brytyjskich specjalistów zdrowia publicznego, model, tzw. tęcza zdrowia, w centrum stawia jednostkę wraz z jej indywidualnymi cechami, które warunkują zdrowie (wiek właśnie, płeć, czynniki genetyczne i wszystkie cechy konstytucjonalne) – graficznie przedstawione jako koło. To centralnie położone koło otoczone jest kolejnymi warstwami – pierścieniami innych, coraz odleglejszych czynników, takich jak indywidualny styl życia, a dalej: wpływ społeczności, a także warunki życia i pracy oraz jeszcze bardziej odległe: warunki ekonomiczne i kulturowe w środowisku życia (Dahlgren & Whitehead, 1991). Model ten, choć nie umożliwia ilościowego określenia siły wpływu tych czynników ani współzależności pomiędzy nimi, pozostaje jedną z najtrafniejszych ilustracji wielości determinantów zdrowia. Stał się on inspiracją do szerokiej dyskusji i formułowania hipotez dotyczących różnorodnych czynników ryzyka, ich względnego wpływu na stan zdrowia oraz potencjalnych

zależności pomiędzy nimi. Stanowił też inspirację do jeszcze bardziej intensywnej analizy społecznych determinantów zdrowia. Cech, które, choć mogą nie wpływać bezpośrednio na stan zdrowia, to odzwierciedlają nierówności zdrowotne populacji i rozumiane są szerzej niż tylko nierówności w dystrybucji i konsumpcji zasobów czy pozycji jednostki w społeczeństwie. Są to warunki, w których ludzie się rodzą, dorastają, pracują, żyją i starzeją, ale też szerzej: normy społeczne, polityki społeczne czy systemy polityczne. Sir Michael Marmot w Raporcie z 2008 roku *WHO Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation* wskazywał, że to toksyczna kombinacja złych strategii ekonomii i polityki jest w dużej mierze odpowiedzialna za to, że większość ludzi na świecie nie cieszy się tak dobrym zdrowiem, jak jest to biologicznie możliwe.

Okazuje się bowiem, że niepewność co do biologicznego mechanizmu, w jaki konkretna cecha powiązana jest ze zdrowiem, nie musi jej dyskwalifikować jako narzędzia do identyfikacji grup szczególnie narażonych na zachorowania. Należy wprost powiedzieć, że poszukiwanie powiązań między określonym czynnikiem a chorobą, bez znajomości mechanizmu jego działania i faktycznej przyczyny jest tak stare jak sama epidemiologia. John Snow, brytyjski lekarz, uważany za jednego z twórców epidemiologii, w połowie XIX wieku podczas epidemii cholery w Londynie, poszukując przyczyn zachorowań, zaznaczał na mapie miejsca zamieszkania osób chorujących i umierających z powodu cholery. W ten sposób zdołał wskazać geograficzne wzory występowania ognisk cholery. Dostrzegł, że są one powiązane ze źródłem wody pitnej. Snow stwierdził, że pośród osób zaopatrywanych w wodę przez jednego dostawcę współczynnik zgonów był pięć razy większy w porównaniu do populacji osób zaopatrywanych w wodę przez drugiego dostawcę na terenie Londynu. Kolejne obserwacje – zarówno ilościowe, jak i jakościowe – doprowadziły go do trafnego wniosku, że ryzyko zachorowania i zgonu z powodu cholery jest powiązane z tym, skąd czerpana jest woda użytkowana w gospodarstwie domowym. Wyniki jego badań i podjęta na ich podstawie interwencja u władz przyniosła skutek w postaci zamknięcia ujęć wody, której spożycie było związane z większym ryzykiem zachorowania (Webb i in., 2021). W ten sposób zdołał przyczynić się do skutecznego opanowania epidemii choroby zakaźnej w relatywnie krótkim czasie, na prawie 30 lat przed odkryciem rzeczywistej

przyczyny zachorowań – przecinkowca cholery, i blisko 100 lat przed odkryciem antybiotyków, które umożliwiałyby przyczynowe leczenie osób chorych. Przykład rozumowania i działalności Snowa celowo nie został uwzględniony w części tego opracowania, która odnosi się do historii, choć jego miejsce w historii epidemiologii i zdrowia publicznego jest niekwestionowane. Podjęto taką decyzję, aby podkreślić, że niezależnie od czasów i rozwoju wiedzy dotyczącej determinantów zdrowia społeczeństwa zawsze, również dzisiaj, stają przed nieznanymi, niedostatecznie dobrze opisanymi i nie w pełni zrozumiałymi zagrożeniami zdrowia. Postępowanie Snowa w warunkach ograniczonej wiedzy w celu ochrony zdrowia publicznego jest czymś więcej niż tylko historycznym krokiem w zakresie badania przyczyn chorób. To sposób myślenia o zdrowiu populacji i możliwościach jego poprawy, który współcześnie daje przykład, że właściwe rozpoznanie grup zagrożonych i ostrożne postępowanie na bazie wyników badań, nawet przy niepełnej wiedzy o mechanizmach i przyczynach, może wystarczyć do poprawy stanu zdrowia ludności.

W praktyce badawczej, klinicznej i działalności z zakresu zdrowia publicznego przy rozważaniach na temat determinantów zdrowia nie można nie odnieść się również do dużej grupy cech określanych jako markery stanu zdrowia. Markerami określa się takie czynniki, które są istotnie powiązane z występowaniem chorób. Jednak zasadniczą cechą, która odróżnia je od czynników ryzyka i *de facto* przyczyn zachorowań, jest fakt, że markery nie są przyczynowo powiązane z występowaniem zmian w stanie zdrowia i nie leżą na ścieżce przyczynowej prowadzącej do nich. Występują natomiast w koincydencji ze zmianami stanu zdrowia. Dla przykładu w praktyce klinicznej szeroko stosowane są tzw. markery nowotworowe. Są to różne substancje, np. białka, hormony, enzymy, których stężenie np. we krwi zwiększa się w sytuacji rozwoju w organizmie nowotworu złośliwego. Mogą być wytwarzane przez komórki nowotworowe w okresie, zanim manifestują się objawy kliniczne nowotworu, dlatego można je wykryć przed wystąpieniem objawów nowotworu. I choć w rzeczywistości są one konsekwencją rozwoju nowotworu, a nie jego przyczyną, wzrost tych stężeń w czasie przed diagnozą choroby może być mylnie interpretowany jako czynnik ryzyka. Analogicznie w ocenie determinantów zdrowia na poziomie populacyjnym można opisać cechy, których obecność jest konsekwencją

pogorszenia zdrowia populacji. Właściwe wykorzystanie markerów stanu zdrowia w zdrowiu publicznym może mieć również istotne znaczenie np. do prowadzenia badań przesiewowych i ma szanse nieść wymierne korzyści dla zdrowia populacji. Natomiast ich wykorzystanie powinno być świadome, ze zrozumieniem tego, że o ile modyfikacja czynników ryzyka ma potencjał zmiany stanu zdrowia populacji, o tyle modyfikacja markerów jest bezcelowa, bo pozostanie bez wpływu na zdrowie populacji.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Ewolucji problemów zdrowotnych populacji towarzyszyła ewolucja sposobów postrzegania i opisywania czynników je warunkujących, jak również metod badawczych stosowanych w ich ocenie. Optymalna z punktu widzenia interwencji zdrowotnych jest znajomość przyczyn zachorowań. Praktyka pokazuje jednak, że uwarunkowania stanu zdrowia stanowią sieć skomplikowanych powiązań, a nasze ich poznanie jest dalekie od pełnego. Z doświadczenia wiadomo natomiast, że niepełne poznanie czynników ryzyka i determinantów zdrowia nie uniemożliwia skutecznych działań na rzecz poprawy zdrowia. Świadomość tego, że o determinantach zdrowia, a w szczególności o współzależnościach pomiędzy nimi, nie wiemy wszystkiego, powinna implikować daleko idącą uważność. Nie każda korelacja jest dowodem przyczynowości i nie o każdej cesze związanej ze stanem zdrowia możemy powiedzieć, że na niego wpływa. W większości przypadków bowiem nie wpływa bezpośrednio, a pozostaje w sieci zależności, która determinuje skutek zdrowotny. Pierwszy poziom uważności w badaniach nad determinantami zdrowia odnosi się zatem do warstwy językowej w opisach wyników badań własnych oraz interpretacji wyników innych publikacji naukowych. Dobrą praktyka zdaje się używanie słów „ekspozycja", „narażenie", „cecha związana z (chorobą)" zamiast użycia słowa „przyczyna", a także użycie słów „związek", „zależność", „korelacja" zamiast użycia słów „wpływ" czy „powodowanie" – do momentu aż przyczynowość nie zostanie potwierdzona w wiarygodnym cyklu badań (Pająk i in., 2023). Właściwy opis czynników warunkujących stan zdrowia, poza

korzyściami poznawczymi, otwiera możliwości dla działalności praktycznej polegającej na modyfikacji tych czynników w celu poprawy stanu zdrowia ludzi, zapobiegania chorobom i przedłużania życia, co jest istotą zdrowia publicznego. Natomiast drugi, może nawet istotniejszy poziom uważności, odnosi się do praktyki i dotyczy ostrożności w formułowaniu tez i wywodzonych z nich rekomendacji. Oznacza to podejmowanie działań i interwencji na podstawie takich dowodów naukowych, które w sposób wiarygodny określają czynniki ryzyka chorób i determinanty zdrowia. Badania epidemiologiczne nad przyczynami chorób pozwalają na dość precyzyjną identyfikację tych czynników, a także na określenie ich względnego udziału w powstawaniu choroby oraz umożliwiają określenie potencjalnego spadku częstości jej występowania w przy eliminacji każdego z czynników ryzyka. Tego rodzaju analizy dostarczają ważnych informacji dla polityk zdrowotnych i strategii prewencyjnych, a także pomagają wskazać najskuteczniejsze działania, dając solidne podstawy naukowe dla działalności z zakresu zdrowia publicznego.

Bibliografia

Beaglehole, R., Bonita, R., Kjellstrom, T. (2002). *Podstawy epidemiologii*, N. Szeszenia-Dąbrowska (red.). Łódź: Instytut Medycyny Pracy.

Binek, M. (2011). Od postulatów Kocha do socjomikrobiologii. *Medycyna Weterynaryjna*, *67*(3).

Dahlgren, M., & Whitehead, G. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.

Hill, A.B. (1965). The environment and disease: association or causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, *58*(5), 295–300. DOI: 10.1177/003591576505800503

Lange, K.W. (2021). Rudolf Virchow, poverty and global health. From “politics as medicine on a grand scale” to “health in all policies”. *Global Health Journal*, *5*(3), 149–154.

Kannel, W.B., Dawber, T.R., Kagan, A., Revotskie, N., & Stokes, J. (1961). Factors of risk in the development of coronary heart disease – six year follow-up experience. The Framingham Study. *Annals of Internal Medicine*, *55*, 33–50. DOI: 10.7326/0003-4819-55-1-33

Kwiatkowski, Z. (1993). Robert Koch (1843–1910) w 150. rocznicę urodzin. *Postępy Mikrobiologii*, *XXXII*, 3.

Mahmood, S.S., Levy, D., Vasan, R.S., & Wang, T.J. (2014). The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular

disease. A historical perspective. *Lancet*, *383*(9921), 999–1008. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61752-3

Medvedyuk, S. (2024). *Haunted by history. Chadwick, Virchow, and Engels in contemporary public health*. Toronto: York University.

Pająk, A., Kozela, M., & Stepaniak, U. (2023). *Badania ilościowe w naukach medycznych i naukach o zdrowiu*. Kraków: Medycyna Praktyczna.

Rothman, J.K. (1976). Causes. *American Journal of Epidemiology*, *104*(6), 587–592. DOI: 10.1093/oxfordjournals.aje.a112335

Webb, P., Bain, Ch., Page, A., Kirk, M., & Sleigh A. (2021). *Epidemiologia*. Warszawa: Scholar.

Weed, M., & Parascandola, D.L. (2001). Causation in epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *55*(12), 905–912. DOI: 10.1136/jech.55.12.905

Mariusz Duplaga
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Collegium Medicum
https://orcid.org/0000-0001-6963-8414
https://doi.org/10.35765/slowniki.519

Kompetencje zdrowotne

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Pojęcie kompetencji zdrowotnych (ang. *health literacy*) oznacza wiedzę, motywację i umiejętności potrzebne do uzyskania dostępu, zrozumienia, oceny i zastosowania informacji zdrowotnych w podejmowaniu decyzji dotyczących własnego zdrowia.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Po raz pierwszy terminu „kompetencje zdrowotne" użyto w odniesieniu do oceny skuteczności działań z zakresu edukacji zdrowotnej jeszcze w latach 70. XX wieku. Początkowo rozumienie kompetencji zdrowotnych było dość wąskie i dotyczyło głównie zdolności odczytania i rozumienia informacji związanych ze zdrowiem. Stopniowo koncepcja kompetencji zdrowotnych ulegała rozszerzeniu, obejmując kwestie związane z umiejętnościami społecznymi i motywację do podejmowania działań korzystnych dla zdrowia.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Istnieje wiele czynników determinujących kompetencje zdrowotne. Bardzo duże znaczenie mają uwarunkowania społeczno-ekonomiczne, wsparcie ze strony sieci społecznych, uzyskany poziom wykształcenia, poczucie własnej skuteczności oraz wcześniejsze kontakty z systemem ochrony zdrowia. Ze względu na różnorodne, wielowymiarowe oddziaływanie kompetencji zdrowotnych są one obecnie traktowane jako krytyczna determinanta zdrowia.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Kluczowe znaczenie dla rozwoju kompetencji zdrowotnych jednostek i społeczeństw mają kierunki działania wyznaczane przez politykę zdrowotną. W tym kontekście podkreśla się szczególnie uwzględnienie

edukacji zdrowotnej w programach szkolnych, programy edukacyjne adresowane do różnych grup wiekowych oraz monitorowanie poziomu kompetencji zdrowotnych w społeczeństwie. Istotne znaczenie ma także przygotowanie systemu ochrony zdrowia do wspierania osób o zróżnicowanych kompetencjach zdrowotnych i tworzenie placówek medycznych przyjaznych dla zdrowia.

Słowa kluczowe: kompetencje zdrowotne, kompetencje e-zdrowotne, promocja zdrowia, upodmiotowienie, placówka przyjazna dla kompetencji zdrowotnych

Definicja pojęcia

Obecnie kompetencje zdrowotne są jednym z najważniejszych pojęć w promocji zdrowia. W 2016 roku w trakcie 9. Globalnej Konferencji Promocji Zdrowia zostały uznane za krytyczną determinantę zdrowia. Dostępnych jest wiele definicji kompetencji zdrowotnych. W większości z nich wskazuje się na umiejętności związane z przetwarzaniem informacji dotyczących zdrowia, w tym ich pozyskiwanie, rozumienie, krytyczną ocenę i wykorzystanie do podejmowania decyzji dotyczących zdrowia własnego i najbliższych. Realizowany w latach 2010–2012 międzynarodowy projekt *European Health Literacy Survey Project* (EHLS) doprowadził do opracowania wielowymiarowego modelu oraz kompleksowej definicji kompetencji zdrowotnych, jak również do przygotowania instrumentu badawczego pozwalającego na ich pomiar w społeczeństwie (Sørensen i in., 2012).

Model zaproponowany przez zespół projektu EHLS łączy aktywności związane z wykorzystaniem informacji zdrowotnych z podstawowymi obszarami ochrony zdrowia, a także uwzględnia indywidualne umiejętności, oddziaływanie systemu ochrony zdrowia oraz kontekst społeczny i kulturowy. Definicja będąca pochodną tego modelu mówi, że kompetencje zdrowotne mają związek z alfabetyzmem i obejmują wiedzę, motywację i umiejętności potrzebne do uzyskania dostępu do informacji zdrowotnej oraz jej zrozumienia, oceny i zastosowania w podejmowaniu decyzji związanych z opieką medyczną, prewencją chorób i promocją zdrowia (Sørensen i in., 2012).

Zestawienie czterech podstawowych działań dotyczących informacji zdrowotnej z trzema obszarami związanymi z dbałością o zdrowie pozwoliło stworzyć macierz kompetencji zdrowotnych złożoną z dwunastu pól, a następnie do każdego z nich przypisać pytania mierzące umiejętności respondenta w poszczególnych polach. W ten sposób powstał instrument badawczy do pomiaru kompetencji zdrowotnych, Europejski Kwestionariusz Kompetencji Zdrowotnych, składający się w wersji podstawowej z 47 pytań (Sørensen i in., 2015).

W wielu definicjach kompetencji zdrowotnych podkreśla się znaczenie kontekstu społecznego i motywacji do podejmowania działań korzystnych dla zdrowia. Według większości dostępnych definicji zdolność do przetwarzania informacji zdrowotnych ma prowadzić do podejmowania

korzystnych decyzji zdrowotnych. W części tych opisów wyeksponowany jest też aspekt korzystania z zasobów systemu ochrony zdrowia i interakcji z pracownikami ochrony zdrowia. Jak się wydaje, definicja zaproponowana przez Sørensen i in. (2012) zachowuje odpowiednią proporcję pomiędzy poszczególnymi obszarami związanymi z dbaniem o zdrowie, od odpowiedniego kształtowania swojego stylu życia i zachowań zdrowotnych, poprzez reagowanie na potencjalne ryzyka zdrowotne, aż po sytuację, gdy jesteśmy zmuszeni w wyniku wystąpienia choroby do kontaktu z lekarzem i skorzystania z usług dostępnych w systemie ochrony zdrowia.

Pojęcie kompetencji zdrowotnych jest kluczowe dla promocji zdrowia, gdyż są one jednym z najistotniejszych wskaźników skuteczności podejmowanych w jej ramach interwencji. Chodzi przede wszystkim o edukację zdrowotną, ale także komunikację zdrowotną oraz efekty wynikające z interakcji z systemem ochrony zdrowia i personelem medycznym. Kompetencje zdrowotne są postrzegane jako bezpośredni wynik interwencji z zakresu promocji zdrowia niezbędny do uzyskania efektu upodmiotowienia (ang. *empowerment*) danej osoby w odniesieniu do jej zdrowia. Ono z kolei jest warunkiem podejmowania korzystnych zachowań zdrowotnych i skutecznego korzystania z usług zdrowotnych (Nutbeam, 2000).

Wyniki badań potwierdziły, że niewystarczający poziom kompetencji zdrowotnych może prowadzić do wielu niekorzystnych efektów obejmujących podejmowanie ryzykownych zachowań zdrowotnych, ograniczone korzystanie z działań prewencyjnych, w tym badań przesiewowych, jak również ograniczoną wiedzę o chorobie i nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjentów. Dla osób z niskimi kompetencjami zdrowotnymi nawet zrozumienie prostych instrukcji dotyczących przyjmowania leków może być problemem. U takich pacjentów obserwowano też cięższy przebieg chorób przewlekłych, większą skłonność do zaostrzeń choroby oraz częstsze hospitalizacje i zgłoszenia na izbę przyjęć. W niektórych badaniach wskazywano również na większe wydatki na zdrowie w przypadku społeczności cechujących się ograniczonymi kompetencjami zdrowotnymi.

Analiza historyczna pojęcia

Pierwsze wzmianki o kompetencjach zdrowotnych w piśmiennictwie naukowym pochodzą z lat 70. XX wieku. Kompetencje zdrowotne zostały opisane w kontekście znaczenia edukacji zdrowotnej dla kształtowania umiejętności niezbędnych do zadbania o swoje zdrowie. Początkowo kompetencje zdrowotne były rozumiane dość wąsko jako umiejętność czytania i rozumienia tekstów mających związek ze zdrowiem i opieką medyczną, np. broszur informacyjnych czy też zaleceń dotyczących przyjmowania leków. Wskazywano także na ich znaczenie dla rozpoznawania objawów, które wymagają wizyty u lekarza albo w placówce medycznej.

Rozumienie pojęcia kompetencji zdrowotnych ewoluowało równolegle z rozwojem promocji zdrowia, stając się nieodłącznym elementem tej dziedziny. Wynikiem obrad I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia, która miała miejsce w 1986 roku, był dokument nazwany od miejsca konferencji Kartą Ottawską (World Health Organization, 1986). Opisano w nim definicję i podstawowe strategie promocji zdrowia oraz wyróżniono trzy jej cele związane z tym obszarem: obronę warunków niezbędnych dla zdrowia, umożliwianie działań koniecznych dla budowania potencjału zdrowotnego oraz godzenie różnych interesów w imię nadrzędnej korzyści, jaką jest zdrowie. W Karcie Ottawskiej określono również główne kierunki działań odpowiadające podstawowym interwencjom promocji zdrowia: odpowiednie kształtowanie polityki zdrowia publicznego, reorientację ochrony zdrowia w kierunku podstawowej opieki zdrowotnej, tworzenie sprzyjających warunków środowiskowych, wzmacnianie inicjatyw i działań społeczności na rzecz zdrowia i, wreszcie, rozwijanie osobistych umiejętności utrzymania zdrowia. Wprawdzie w tym dokumencie nie użyto terminu „kompetencje zdrowotne", ale ten ostatni kierunek działań był zgodny z podnoszonym przez społeczność promocji zdrowia postulatem rozwoju kompetencji zdrowotnych poprzez działania edukacyjne. Kompetencje zdrowotne byłyby w tym kontekście narzędziem pozwalającym weryfikować gotowość ludzi do wzięcia odpowiedzialności za własne zdrowie i do podejmowania decyzji sprzyjających zdrowiu.

Istotną motywacją dla rozwoju kompetencji zdrowotnych społeczeństwa było także zrozumienie ich znaczenia dla aktywnej interakcji

pacjenta z pracownikami ochrony zdrowia i jego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia. Rozwój kompetencji zdrowotnych stał się więc istotnym elementem procesu odchodzenia od paternalistycznego modelu relacji pomiędzy pacjentem i lekarzem na rzecz bardziej partnerskich kontaktów. Rozszerzenie rozumienia kompetencji zdrowotnych poza aspekt funkcjonalny utrwaliło się w latach 90. XX wieku. Sprzyjała temu rosnąca dostępność źródeł informacji zdrowotnych, w tym pochodzących z Internetu, oraz konieczność ich krytycznej analizy.

Odniesienie do umiejętności społecznych i poznawczych wpływających na rozwój zdolności posługiwania się informacją zdrowotną pojawiło się definicjach kompetencji zdrowotnych proponowanych już pod koniec XX wieku. A zatem początkowe funkcjonalne rozumienie kompetencji zdrowotnych i nacisk na podstawowe umiejętności, takie jak czytanie, pisanie i liczenie, ewoluowało w kierunku bardziej złożonego konstruktu łączącego wiedzę, umiejętności społeczne, zdolności poznawcze, motywację i zdolność do krytycznej oceny. W pierwszej dekadzie XXI wieku Światowa Organizacja Zdrowia zwiększyła starania, aby rozwój kompetencji zdrowotnych uznać za jedną z kluczowych interwencji promocji zdrowia i zdrowia publicznego. Zaczęto rozróżniać trzy kategorie kompetencji zdrowotnych: funkcjonalne – polegające na podstawowych umiejętnościach czytania i rozumienia informacji zdrowotnych, interaktywne – oznaczające zdolność do dyskusji i współpracy dla poprawy zdrowia, i wreszcie krytyczne obejmujące nie tylko ocenę, ale także zdolność do podejmowania decyzji na podstawie różnych, często złożonych informacji zdrowotnych (Nutbeam, 2000).

W 2016 roku, w trakcie 9. Globalnej Konferencji Promocji Zdrowia, która miała miejsce w Szanghaju, kompetencje zdrowotne uznano za krytyczną determinantę zdrowia. W Szanghajskiej deklaracji na rzecz promocji zdrowia podkreślono znaczenie rozwijania kompetencji zdrowotnych dla osiągnięcia celów zrównoważonego rozwoju (ang. *Sustainable Development Goals*) (World Health Organization, 2016). Autorzy deklaracji podkreślili ponadto, że kompetencje zdrowotne są narzędziem prowadzącym do zwiększenia skuteczności działań prewencyjnych, usprawnienia leczenia chorób przewlekłych i poprawy jakości życia ludzi. Zwrócili również uwagę na znaczenie technologii cyfrowych w udostępnianiu informacji zdrowotnych i, w efekcie, potrzebę

rozwijania umiejętności krytycznego myślenia pozwalającego na ocenę informacji dostępnych online. Wśród rekomendacji sformułowanych w trakcie Konferencji uwzględniono zalecenie włączenia edukacji zdrowotnej do nauczania na różnych poziomach, inwestowania przez rządy i organizacje w inicjatywy wspierające kompetencje zdrowotne, eliminowania barier utrudniających rozwój kompetencji zdrowotnych, np. analfabetyzmu czy też braku dostępu do technologii cyfrowych, i włączania społeczności lokalnych w decyzje dotyczące realizacji programów zdrowotnych.

Obecnie kompetencje zdrowotne są rozumiane jako wielowymiarowe i wielodyscyplinarne pojęcie definiujące zdolność do poprawy i podtrzymania dobrego stanu zdrowia. Istotnym aspektem kompetencji zdrowotnych jest ich znaczenie dla zmniejszania nierówności zdrowotnych. Wielowymiarowe rozumienie kompetencji zdrowotnych wpisuje się w model społeczno-ekologiczny i interakcje zachodzące pomiędzy jednostkami a systemami zdrowotnymi i społecznymi, z uwzględnieniem uwarunkowań społecznych i kulturowych.

Konsekwencją zmieniającego się rozumienia kompetencji zdrowotnych jest zróżnicowanie narzędzi pomiarowych. Dostępne instrumenty oceniające kompetencje zdrowotne jednostek można podzielić na takie, które sprawdzają konkretne umiejętności związane ze zdrowiem, np. rozpoznawanie terminów medycznych, oraz takie, które wymagają od respondenta samooceny trudności realizacji pewnych działań związanych ze zdrowiem. Do pierwszej grupy należy szereg kwestionariuszy i skal oceniających funkcjonalne kompetencje wprowadzonych przez autorów amerykańskich jeszcze w XX wieku, np. *Rapid Estimate of Adult Health Literacy in Medicine* (REALM), *Medical Terminology Achievement Reading Test* (MART), *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) (Tavousi i in., 2021). Kwestionariusze polegające na subiektywnej ocenie zdolności do realizacji określonych czynności związanych z przetwarzaniem informacji zdrowotnych lub podejmowania aktywności dotyczących zdrowia to Europejski Kwestionariusz Kompetencji Zdrowotnych opracowany w ramach projektu EHLS (Sorensen i in., 2015) oraz Kwestionariusz Kompetencji Zdrowotnych opracowany przez Osborne'a i in. (2013) (obydwa zaadaptowane do języka polskiego). Dostępne są także instrumenty pozwalające oceniać kompetencje zdrowotne dotyczące określonych obszarów, np. żywienia

(*Short Food Literacy Questionnaire*, *Nutritional Literacy Scale*). W przypadku pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe stosowane są narzędzia mierzące kompetencje zdrowotne niezbędne do radzenia sobie z konkretną chorobą, np. *Literacy Assessment for Diabetes* czy też *Literacy Measure for Patients with HIV* (Tavousi i in., 2021).

Ujęcie problemowe pojęcia

Można wskazać wiele czynników warunkujących poziom kompetencji zdrowotnej jednostki. Podstawowe umiejętności czytania, pisania i rozumienia języka są niezbędne do korzystania z informacji dotyczących zdrowia. Niski poziom umiejętności językowych może znacząco utrudniać komunikację z personelem medycznym, a przez to wpływać niekorzystnie na możliwość podejmowania świadomych decyzji dotyczących leczenia. Na poziom kompetencji zdrowotnych wpływa także uzyskany poziom formalnego wykształcenia. Zwykle im wyższe wykształcenie danej osoby, tym lepsze zrozumienie informacji zdrowotnych i komunikatów pozyskiwanych z różnych źródeł. Ponadto wyższy poziom wykształcenia przekłada się zwykle na bardziej krytyczną ocenę źródeł informacji.

W społeczeństwie informacyjnym kluczowe znaczenie ma zdolność posługiwania się cyfrowymi źródłami informacji. Ponieważ większość informacji zdrowotnych jest dostępna obecnie w takiej formie, umiejętność korzystania z nowoczesnych technologii teleinformatycznych warunkuje poziom kompetencji zdrowotnych. Jeszcze w 2006 r. Norman i Skinner (2006) wprowadzili pojęcie kompetencji e-zdrowotnych dla określenia umiejętności posługiwania się informacjami zdrowotnymi pochodzącymi ze źródeł cyfrowych. Obecnie termin „kompetencje e-zdrowotne" jest często stosowany wymiennie z określeniem „cyfrowe kompetencje zdrowotne". Jak się wydaje, pomimo istotnej korelacji pomiędzy wynikami pomiaru kompetencji zdrowotnych i kompetencji e-zdrowotnych przy pomocy dostępnych narzędzi, obydwa konstrukty odnoszą się do nieco innych zjawisk i często są niezależnymi determinantami zachowań informacyjnych.

Wśród czynników psychologicznych determinujących poziom kompetencji zdrowotnych wskazuje się na duże znaczenie poczucia własnej

skuteczności (ang. *self-efficacy*). Przekonanie o zdolności do zadbania o swoje zdrowie ma związek z aktywnym poszukiwaniem informacji dotyczących zdrowia i podejmowaniem odpowiednich działań (Wang & Zhang, 2024). Niektórzy autorzy wskazują również, że stres, niepokój i inne obciążenia emocjonalne wynikające z choroby, zwłaszcza o długotrwałym przebiegu, mogą niekorzystnie wpływać na kompetencje zdrowotne i na zdolność do radzenia sobie z chorobą.

Do istotnych społecznych uwarunkowań kompetencji zdrowotnych należy status społeczno-ekonomiczny, udział w sieciach społecznych oraz kulturowe postawy wobec zdrowia i leczenia (Wang & Zhang, 2024). Niski status społeczno-ekonomiczny może się wiązać z ograniczonymi kompetencjami zdrowotnymi ze względu na gorszy dostęp do edukacji. Problemy ekonomiczne mogą się także przekładać na trudności w korzystaniu z nowoczesnych technologii ułatwiających dostęp do informacji zdrowotnych. Wsparcie społeczne uzyskiwane w formalnych i nieformalnych sieciach społecznych ma istotne znaczenie w promowaniu kompetencji zdrowotnych. Wreszcie, normy kulturowe poprzez wpływ na rozumienie zdrowia i choroby, jak też na oczekiwania w stosunku do systemu opieki zdrowotnej, mogą oddziaływać na kształtowanie się kompetencji zdrowotnych. Bardziej indywidualistyczne spojrzenie na jednostkę, typowe dla krajów zachodnich, sprzyja większej samodzielności w zdobywaniu informacji zdrowotnych i wyższemu poziomowi kompetencji zdrowotnych. W społecznościach, w których choroba jest postrzegana jako przeznaczenie lub kara, jednostki mogą wykazywać bardziej bierną postawę w stosunku do własnego zdrowia. Normy kulturowe mogą wpływać na podejście do edukacji zdrowotnej i traktowanie niektórych zagadnień związanych ze zdrowiem jako szczególnie drażliwe lub wręcz objęte tabu, np. kwestii seksualności czy zdrowia psychicznego. Kulturowa akceptacja dla metod niekonwencjonalnych może ograniczać znaczenie kompetencji zdrowotnych w podejmowaniu samodzielnych decyzji zdrowotnych.

Wcześniejszy kontakt z systemem ochrony zdrowia może także wpływać na poziom kompetencji zdrowotnych. Potrzeba powtarzanych interakcji z lekarzami i innymi pracownikami ochrony zdrowia może motywować do poszerzania wiedzy na tematy zdrowotne i rozwoju umiejętności sprawnego komunikowania się w tym zakresie. Dostęp do placówek ochrony zdrowia i materiałów edukacyjnych ciągle w pewnym stopniu

zależy od miejsca zamieszkania. Osoby żyjące na terenach wiejskich lub peryferyjnych mogą doświadczać pewnego deficytu w tej materii.

Rosnące zainteresowanie pojęciem kompetencji zdrowotnych wynika ze świadomości, że mają one związek z różnorodnymi konsekwencjami dla zdrowia jednostek i społeczeństw. Szeroki zakres możliwych skutków ograniczonych kompetencji zdrowotnych pokazał przegląd systematyczny przygotowany przez Berkman i in. (2011). Według tego przeglądu niski poziom kompetencji zdrowotnych miał związek z częstszym korzystaniem z doraźnej pomocy medycznej i hospitalizacjami, skłonnością do niestosowania się do zaleceń lekarskich, niezgłaszaniem się na badania przesiewowe, np. mammografię, rzadszym poddawaniem się szczepieniom przeciwko grypie oraz gorszym rozumieniem ulotek informacyjnych dołączanych do leków. Późniejsze badania realizowane na fali zainteresowania znaczeniem kompetencji zdrowotnych dla poprawy wyników zdrowotnych potwierdziły i rozszerzyły wyniki tej analizy (Kenejima i in., 2022).

Kompetencje zdrowotne mają istotne znaczenie dla skuteczności działań podejmowanych w ochronie zdrowia w trzech podstawowych obszarach obejmujących promocję zdrowia, prewencję chorób i opiekę medyczną. W tym sensie opisany wcześniej model zaproponowany przez Sørensen i in. (2012) bardzo trafnie ujmuje różne konteksty oddziaływania kompetencji zdrowotnych.

Wyniki badań wskazują, że poziom kompetencji zdrowotnych ma związek z zachowaniami zdrowotnymi i stylem życia. Niskie kompetencje zdrowotne sprzyjają niekorzystnym nawykom żywieniowym, ograniczonej aktywności fizycznej i większej skłonności do podejmowania zachowań ryzykownych, np. palenia tytoniu (Murakami i in., 2023).

Kompetencje zdrowotne mogą wpływać na skuteczność zdrowotnych kampanii społecznych. Odbiór takich akcji wymaga pewnego stopnia akceptacji i zrozumienia przekazu, a te cechy zależą od poziomu kompetencji zdrowotnych docelowej populacji. Przekaz formułowany w trakcie kampanii społecznych powinien uwzględniać poziom kompetencji zdrowotnych odbiorców i zróżnicowane podstawowe umiejętności składające się na alfabetyzm różnych populacji.

Kompetencje zdrowotne mają również kluczowe znaczenie dla skuteczności interwencji podejmowanych w ramach prewencji chorób zakaźnych i niezakaźnych. Jak wspomniano wcześniej, Berkman i in.

(2011) wskazywali na związek niskich kompetencji zdrowotnych z rzadszym poddawaniem się badaniom przesiewowym, szczególnie w kierunku schorzeń onkologicznych. Pandemia COVID-19 pokazała, że kompetencje zdrowotne mogą być istotnym czynnikiem wpływającym na przestrzeganie zachowań prewencyjnych chroniących przed zakażeniem (Duplaga, 2022). Także akceptacja szczepień przeciwko COVID-19 była istotnie większa wśród osób z wyższymi kompetencjami zdrowotnymi (Feinberg i in., 2022).

Przy okazji pandemii COVID-19 zwrócono uwagę na bardzo duże nasilenie zjawisk wpisujących się w pojęcie negacjonizmu zdrowotnego i dezinformacji nazywanych popularnie infodemią. Najbardziej charakterystycznym przejawem tego zjawiska była duża popularność teorii spiskowych dotyczących pochodzenia wirusa SARS-CoV-2 oraz skali zagrożeń związanych z zakażeniem. Wyniki badań przeprowadzonych w okresie pandemii wydają się wskazywać, że kompetencje zdrowotne mogą być czynnikiem chroniącym przed przyjmowaniem poglądów spiskowych.

Kompetencje zdrowotne są istotnym czynnikiem wpływającym na korzystanie z systemu ochrony zdrowia. Wyższy poziom kompetencji zdrowotnych sprzyja lepszej orientacji w dostępnych usługach zdrowotnych, bardziej skutecznej komunikacji z pracownikami ochrony zdrowia oraz przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych. Osoby z ograniczonymi kompetencjami zdrowotnymi mają problem w efektywnym korzystaniu z usług zdrowotnych, mogą doświadczać opóźnień w uzyskaniu rozpoznania i nie przestrzegają zaleceń lekarskich.

Tego typu konsekwencje mają szczególnie duże znaczenie w opiece nad pacjentami z chorobami o długotrwałym przebiegu, wymagającymi powtarzanych kontaktów z lekarzem i ciągłego monitorowania. W przypadku pacjentów cierpiących na takie choroby jak astma oskrzelowa, nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca podstawą sukcesu terapeutycznego jest zaangażowanie pacjenta w proces leczenia i monitorowania przebiegu choroby. Edukacja pozwalająca zrozumieć mechanizmy choroby, występujące w jej przebiegu objawy oraz sposób działania stosowanych leków jest niezbędnym elementem przygotowania pacjenta do radzenia sobie z chorobą przewlekłą. Adekwatny poziom kompetencji zdrowotnych odnoszących się do różnorodnych aspektów postępowania w przypadku zachorowania na taką chorobę pozwala ograniczyć

niepotrzebne hospitalizacje, poprawić jakość życia pacjentów, a także zmniejszyć koszty leczenia.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Termin „humanomika" (ang. *humanomics*) odnosi się zwykle do spojrzenia na określone zjawisko, które skupia się na zrozumieniu ludzkich zachowań, interakcji społecznych i uwarunkowań kulturowych. W 2014 roku FitzGerald i Poureslami opublikowali komentarz redakcyjny, w którym zwracali uwagę, że postęp technologiczny obejmujący innowacyjne metody diagnostyczne i narzędzia teleinformatyczne wspierające monitorowanie pacjentów z chorobami przewlekłymi nie może zastąpić perspektywy behawioralnej kojarzonej przez nich właśnie z humanomiką. Istotnym elementem humanomicznym w leczeniu chorób przewlekłych powinno być według tych badaczy dążenie do rozwoju kompetencji zdrowotnych pacjentów pozwalających im rozumieć kierowane do nich komunikaty i sprawnie posługiwać się narzędziami wspierającymi kontrolę przebiegu i leczenie choroby.

Systemowe podejście do kompetencji zdrowotnych polega na wdrożeniu dwóch rodzajów strategii. Pierwsza skupia się na rozwijaniu kompetencji zdrowotnych całego społeczeństwa i wybranych grup społecznych, szczególnie tych, które doświadczają nierówności w zdrowiu. Druga polega na takiej organizacji systemu ochrony zdrowia, aby był on dostępny także dla osób o ograniczonych kompetencjach zdrowotnych.

Poziom kompetencji zdrowotnych społeczeństwa zależy w znacznym stopniu od polityki zdrowotnej państwa. Działania prowadzące do rozwoju kompetencji zdrowotnych mogą polegać na włączeniu edukacji zdrowotnej do programów nauczania w szkołach, wspieraniu programów edukacyjnych dostępnych dla różnych grup wiekowych, kampaniach informacyjnych dotyczących kluczowych problemów zdrowotnych oraz programach adresowanych do grup ryzyka. Od polityki zdrowotnej zależą też regulacje dotyczące dostępu do informacji zdrowotnej oraz standardów edukacji zdrowotnej. Uczestnicy 9. Globalnej Konferencji Promocji Zdrowia podkreślili w deklaracji konferencyjnej, że istnieje potrzeba inwestowania w rozwój kompetencji zdrowotnych. Stąd zalecenie wprowadzania

międzysektorowych krajowych i lokalnych strategii wzmacniania kompetencji zdrowotnych we wszystkich grupach społecznych i we wszystkich placówkach edukacyjnych (World Health Organization, 2016).

Podstawowe znaczenie dla kształtowania kompetencji zdrowotnych społeczeństwa ma skuteczność systemu edukacji zdrowotnej. Według rekomendacji Institute of Medicine w USA edukacja zdrowotna powinna być zintegrowana z programami nauczania już od poziomu przedszkola. Według autorów kompetencje zdrowotne powinny być celem działań edukacyjnych na różnych poziomach, a ich skuteczność powinno się mierzyć przy pomocy odpowiednich narzędzi. Elementem krajowych strategii ukierunkowanych na rozwój kompetencji zdrowotnych społeczeństwa miałaby być – zgodnie z owymi rekomendacjami – cykliczna ocena ich poziomu. Podkreśla się także znaczenie dla ustanowienia kompetencji zdrowotnych jako celu narodowych programów zdrowia.

Systemy ochrony zdrowia o złożonej strukturze charakteryzujące się skomplikowanymi procesami administracyjnymi i brakiem koordynacji mogą być niedostępne dla osób o ograniczonych kompetencjach zdrowotnych. Uproszczenie procedur i implementacja modelu opieki koordynowanej mogą ułatwiać dostęp do usług dla pacjentów prezentujących różny poziom kompetencji zdrowotnych. Istotne znaczenie ma również ogólna inkluzywność systemu ochrony zdrowia pozwalająca ograniczyć nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej wynikające z różnic ekonomicznych, geograficznych i społecznych.

Na poziomie placówki medycznej istotne znaczenie ma wstępna ocena kompetencji zdrowotnych pacjenta, niski ich poziom może być bowiem czynnikiem ryzyka przedłużonej hospitalizacji, niestosowania się do zaleceń i niekorzystnego przebiegu choroby oraz rekonwalescencji. W odpowiedzi na poszukiwanie środków zapobiegawczych dla ograniczonych kompetencji zdrowotnych pacjentów pojawił się także postulat rozwoju placówek medycznych przyjaznych dla kompetencji zdrowotnych. Taka placówka powinna opracować strategię wzmacniania i reagowania na ograniczone kompetencje zdrowotne pacjentów, wyznaczyć liderów odpowiedzialnych za wdrożenie strategii, zapewnić szkolenia dla personelu i monitorować realizację strategii.

Sposób komunikacji pomiędzy pacjentem i personelem medycznym jest kolejnym czynnikiem mogącym utrudniać korzystanie z systemu ochrony zdrowia przez osoby z ograniczonymi kompetencjami

zdrowotnymi. Stąd wymóg szkolenia przyszłych lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia z podstaw skutecznej komunikacji interpersonalnej.

Lekarzom zaleca się stosowanie prostego języka, ograniczenie zakresu przekazywanych informacji do 3–5 najważniejszych kwestii, skupienie się na konkretach, a także używanie w trakcie rozmowy z pacjentem materiałów graficznych i modeli. Istotne znaczenie ma powtórzenie zaleceń. Zachęca się ponadto do wykorzystania techniki określanej po angielsku jako *teach-back*, polegającej na tym, że pacjenta prosi się o podsumowanie tego, co przekazał mu lekarz. Ogólnie istotne znaczenie ma także przyjazna atmosfera w trakcie kontaktów z pacjentem oraz wzmacnianie jego upodmiotowienia.

We współczesnych systemach ochrony zdrowia powszechnie wykorzystuje się technologie teleinformatyczne. Usługi zdrowotne opierające się na takich rozwiązaniach mogą być niedostępne dla osób o niskich kompetencjach cyfrowych. Dlatego rozwój umiejętności cyfrowych ma bardzo istotne znaczenie dla poziomu kompetencji zdrowotnych. Z drugiej strony, wielu autorów zwraca uwagę na olbrzymi potencjał, jaki niosą ze sobą technologie cyfrowe w odniesieniu do kształtowania kompetencji zdrowotnych.

Deklaracja szanghajska wskazała również na znaczenie środowiska konsumenckiego, które powinno wspierać zdrowe wybory, niezależnie od kompetencji zdrowotnych konsumentów, poprzez odpowiednie polityki cenowe i przejrzystą informację o oferowanych produktach (World Health Organization, 2016).

Należy podkreślić, że pojęcie kompetencji zdrowotnych można odnosić do różnych szczegółowych zagadnień, np. odżywiania czy też aktywności fizycznej, a także określonych schorzeń, np. cukrzycy czy astmy oskrzelowej (Tavousi i in., 2022). Obecnie szczególnie duże znaczenie ma pojęcie kompetencji zdrowia publicznego. Jest ono rozumiane jako zdolność do podejmowania decyzji dotyczących zdrowia publicznego, które przynoszą korzyści całemu społeczeństwu. Kompetencje zdrowia publicznego opierają się nie tylko na umiejętnościach przetwarzania informacji zdrowotnych, ale wszystkich informacji mających znaczenie dla decyzji w zdrowiu publicznym. Stosuje się także pojęcie organizacyjnych kompetencji zdrowotnych wskazujących na odpowiedzialność placówek ochrony zdrowia i opieki społecznej za

zmniejszenie wymagań co do wysokich kompetencji zdrowotnych stawianych przed pacjentami.

Podsumowując, kompetencje zdrowotne zależą od złożonych interakcji wielu czynników o charakterze indywidualnym, społecznym i kulturowym. Poziom kompetencji zdrowotnych społeczeństwa jest w znaczącym stopniu zależny od uwarunkowań systemowych i politycznych.

Oddziaływanie kompetencji zdrowotnych można ogólnie podzielić na skutki mające kontekst kliniczny i społeczny. Do pierwszej kategorii należy utylizacja usług zdrowotnych i możliwość skutecznej interakcji z personelem medycznym. Kontekst społeczny obejmuje zdolność do zadbania o zdrowie własne i najbliższych oraz do udziału w dyskusjach i wpływania na decyzje zdrowotne w szerszej skali. Ta ostatnia umiejętność odpowiada kompetencjom zdrowia publicznego.

Kluczowe znaczenie dla rozwoju kompetencji zdrowotnych ma wielowymiarowe podejście obejmujące skuteczną edukację zdrowotną, zmniejszanie barier w dostępie do informacji oraz wsparcie dla wykorzystania innowacyjnych technologii. Równolegle należy zagwarantować dostępność usług zdrowotnych osób o zróżnicowanym poziomie kompetencji zdrowotnych poprzez poprawę inkluzywności systemu ochrony zdrowia, uproszczenie procedur i koordynację opieki.

Obecnie najwięcej zainteresowania budzą cyfrowe kompetencje zdrowotne w związku z powszechnym korzystaniem z cyfrowych źródeł informacji zdrowotnych oraz z różnych aplikacji wspierających zachowania zdrowotne i leczenie chorób. Dużym wyzwaniem stało się przeciwdziałanie dezinformacji, która szerzy się na platformach cyfrowych, oraz „przepaści cyfrowej" przyczyniającej się do utrzymywania się nierówności zdrowotnych. Pojawiają się także oczekiwania, że zastosowanie sztucznej inteligencji pozwoli na budowanie personalizowanych narzędzi wspierających skutecznie kompetencje zdrowotne. Ciekawym kierunkiem rozwoju strategii wspierających rozwój kompetencji zdrowotnych jest wykorzystanie elementów interaktywnych i tzw. gier użytkowych (ang. *serious games*). Gamifikacja i interaktywne narzędzia edukacyjne są atrakcyjną formą angażowania docelowych populacji w działania zwiększające ich kompetencje zdrowotne.

Znaczenie kompetencji zdrowotnych dla skutecznego leczenia i monitorowania pacjentów z chorobami przewlekłymi jest niepodważalne. Panuje powszechne przekonanie, że warunkiem przestrzegania

złożonych schematów leczenia takich chorób jest rozwój kompetencji zdrowotnych pacjentów. Dotyczy to szczególnie populacji dotkniętych wielochorobowością. zagwarantowanie adekwatnego poziomu kompetencje zdrowotnych u starszych osób jest jednak dużym wyzwaniem ze względu na ograniczenia zdolności poznawczych pojawiające się z wiekiem.

Na koniec należy podkreślić, że brak właściwego miejsca dla kompetencji zdrowotnych w krajowych programach zdrowotnych jest istotną barierą dla skutecznej odpowiedzi na współczesne wyzwania zdrowotne.

Bibliografia

Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. Annals of Internal Medicine, 155(2), 97–107. DOI: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005

Duplaga, M. (2022). The roles of health and e-health literacy, conspiracy beliefs and political sympathy in the adherence to preventive measures recommended during the pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(14), 8346. DOI: 10.3390/ijerph19148346

Feinberg, I., Yoon, J., Holland, D., Lyn, R., Scott, L., Maloney, K.M., … & Rothenberg, R. (2022). The relationship between health literacy and covid-19 vaccination prevalence during a rapidly evolving pandemic and infodemic. *Vaccines*, *10*(12), 1989. DOI: 10.3390/vaccines10121989

Fitzgerald, J.T., & Poureslami, I. (2014). The need for humanomics in the era of genomics and the challenge of chronic disease management. *Chest*, *146*(3), 835–842. DOI: 10.1378/chest.13-2817

Kanejima, Y., Shimogai, T., Kitamura, M., Ishihara, K., & Izawa, K.P. (2022). Impact of health literacy in patients with cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, *105*(7), 1793–1800. DOI: 10.1016/j.pec.2021.11.021

Murakami, K., Kuriyama, S., & Hashimoto, H. (2023). General health literacy, COVID-19-related health literacy, and protective behaviors: evidence from a population-based study in Japan. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1208815. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1208815

Norman, C.D., & Skinner, H.A. (2006). eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, *8*(2), e9. DOI: 10.2196/jmir.8.2.e9

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, *15*(3), 259–267. DOI: 10.1093/heapro/15.3.259

Osborne, R., Batterham, R., Elsworth, G., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, *13*(1). DOI: 10.1186/1471-2458-13-658

Sørensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Słońska, Z., … & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*(1). DOI: 10.1186/1471-2458-12-80

Sørensen, K., Pelikan, J., Röthlin, F., Ganahl, K., Słońska, Z., Doyle, G., … & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, *25*(6), 1053–1058. DOI: 10.1093/eurpub/ckv043

Tavousi, M., Mohammadi, S., Sadighi, J., Zarei, F., Kermani, R.M., Rostami, R., & Montazeri, A. (2022). Measuring health literacy: A systematic review and bibliometric analysis of instruments from 1993 to 2021. *PloS One*, *17*(7), e0271524. DOI: 10.1371/journal.pone.0271524

Wang, J., & Zhang, H. (2024). Exploring Sociopsychological Determinants and Interventions for Enhancing Health Literacy: A Multifaceted Approach. *Communications in Humanities Research*, *32*, 114–119. DOI: 10.54254/2753-7064/32/20240023

World Health Organization (1986). Ottawa charter for health promotion. Pobrano z: https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion (dostęp: 10.06.2025).

World Health Organization (2016). Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Pobrano z: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-17.5 (dostęp: 10.06.2025).

Bartosz Balcerzak
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
https://orcid.org/0000-0001-8721-0059
https://doi.org/10.35765/slowniki.525

Zdrowie środowiskowe

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Zdrowie środowiskowe obejmuje te aspekty ludzkiego zdrowia, które są kształtowane przez wpływ środowiska. Jest to także dziedzina wiedzy oraz działań praktycznych polegających na prozdrowotnym kształtowaniu środowiska.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Chociaż refleksja na temat wpływu środowiska na ludzkie zdrowie pojawiła się już w czasach starożytnych, to termin „zdrowie środowiskowe" wszedł do użycia dopiero pod koniec XX w. Do powstania zdrowia środowiskowego przyczynił się głównie wzrost świadomości na temat roli środowiska w determinowaniu zdrowia.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Zdrowie środowiskowe mierzy się z zagrożeniami o różnym pochodzeniu i charakterze, zasadniczo przeoczając pozytywne wpływy środowiska. Różnorodność zagrożeń, wielość poziomów oddziaływania, jak i możliwość stosowania rozmaitych strategii i metod determinują wielosektorowy charakter omawianego obszaru.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Pogłębianie się wiedzy na temat związków pomiędzy środowiskiem a zdrowiem człowieka zwiększa katalog środowiskowych zagrożeń dla zdrowia. Równocześnie wzrasta konieczność wdrażania działań, które uwzględniałyby potrzeby grup szczególnie wrażliwych, a także zapobiegały zjawisku nierówności środowiskowej. Poszerzenie obszaru zainteresowań zdrowia środowiskowego pociąga za sobą większe zróżnicowanie

oraz wzrost liczby instytucji koniecznych, aby kształtować środowisko w kierunku prozdrowotnym, natomiast brak koordynacji podejmowanych przez nie działań jest jedną z największych słabości zdrowia środowiskowego i może być źródłem niemocy w rozwiązywaniu bieżących problemów.

Słowa kluczowe: zdrowie środowiskowe, środowiskowe determinanty zdrowia

Definicja pojęcia

Termin „zdrowie środowiskowe" ma zasadniczo dwa znaczenia. Pierwsze obejmuje te aspekty ludzkiego zdrowia, które są determinowane przez czynniki obecne w środowisku (WHO, 1994). W odróżnieniu od innych kategorii determinant zdrowia, takich jak czynniki konstytutywne (będące wrodzonymi lub nabytymi cechami charakteryzującymi daną jednostkę) lub behawioralne (odnoszące się do jej zachowań), czynniki środowiskowe znajdują się na zewnątrz organizmu i mogą wniknąć do jego wnętrza, wpływając w sposób bezpośredni na elementy ciała ludzkiego (np. komórki, tkanki, narządy). Inne elementy środowiska, takie jak np. zachodzące w nim zjawiska naturalne (np. trzęsienie ziemi) czy też obiekty, z których emitowane są czynniki (np. komin lub krater wulkanu), oddziałują pośrednio, uczestnicząc w łańcuchach zdarzeń prowadzących do wniknięcia czynników do wnętrza organizmu.

Czynniki środowiskowe dzieli się zazwyczaj na biologiczne, chemiczne i fizyczne – te kategorie odpowiadają wąskiej definicji środowiska, zgodnie z którą zauważa się jedynie jego materialną naturę. Tam, gdzie pojęcie środowiska rozszerza się o wymiar społeczny, dodaje się kategorię czynników psychospołecznych (Santos i in., 2019). Wiele czynników środowiskowych natury materialnej wnika do wnętrza organizmu wraz z powietrzem, wodą i glebą – stąd często zagrożenia środowiskowe omawia się w kontekście jakości tych trzech komponentów środowiska (Balcerzak & Hałuszka, 2022). Sytuację, w której organizm styka się z czynnikiem środowiskowym, określa się mianem narażenia (lub ekspozycji), a drogę, jaką wnika czynnik – drogą ekspozycji. Mówi się o czterech zasadniczych drogach narażenia: pokarmowej, oddechowej, kontaktowej oraz przez tzw. wektory chorób (tj. organizmy będące przenosicielami czynników o charakterze zakaźnym). Wyodrębnienie tej ostatniej jest wynikiem refleksji, iż pewne choroby zakaźne można zwalczać, ograniczając rozpowszechnienie wektorów np. poprzez modyfikację środowiska. Przykładem jest malaria, której można zapobiegać dzięki osuszaniu zbiorników wodnych, będących środowiskiem niezbędnym dla rozwoju komarów przenoszących czynnik, który wywołuje tę chorobę (zarodźca malarii).

Niekiedy w definicjach zdrowia środowiskowego mowa jest o pochodzeniu czynników środowiskowych: naturalnym (gdy uwalniane są do otoczenia w wyniku procesów naturalnych) lub antropogenicznym (gdy

powstały w wyniku działań człowieka). Ten podział ma znaczenie praktyczne, uznaje się bowiem, że procesy, w wyniku których uwalniane są czynniki antropogeniczne, łatwiej jest modyfikować. Możliwość modyfikacji jest o tyle istotna dla zdrowia środowiskowego, iż termin ten stosuje się także w odniesieniu do teorii oraz praktyki oceny, korygowania i zapobiegania tym czynnikom środowiskowym, które mogą mieć potencjalnie ujemny wpływ na zdrowie obecnych i przyszłych pokoleń (WHO, 1994). Warto podkreślić, iż wiele interwencji koniecznych z perspektywy prozdrowotnego kształtowania środowiska leży w kompetencjach instytucji nienależących do sektora ochrony zdrowia. Do instytucji tych należą przede wszystkim podmioty publiczne zajmujące się ochroną i kształtowaniem środowiska, ale też te, które mają wpływ na rozwój infrastruktury. Większości problemów zdrowia środowiskowego nie można rozwiązać bez udziału specjalistów z różnych dziedzin, takich jak: ekologia, klimatologia, inżynieria sanitarna oraz innych (Resnik, 2012) – jest to więc obszar wielodyscyplinarny.

Chociaż zdrowie człowieka w dużej mierze zależy od jakości środowiska, w którym przebywa, a wiele strategii, metod i technologii stosowanych w celu prozdrowotnego kształtowania owego środowiska została wypracowana z myślą o ochronie przyrody, to nie można jednak postawić znaku równości pomiędzy nią a zdrowiem środowiskowym. To ostatnie jest koncepcją zdecydowanie antropocentryczną (skoncentrowaną na dobrostanie człowieka), zdarzają się więc sytuacje, w których interwencje podejmowane w celu ochrony ludzkiego zdrowia mogą wejść w konflikt z działaniami mającymi na celu ochronę innych elementów ekosystemów. Przykładem może być historia budowy obwodnicy, która miała odciążyć miasto Augustów od ruchu samochodowego. Pierwotne plany budowy z lat 90. XX w. zakładały, że będzie ona omijać miasto od strony północnej, przecinając Dolinę Rospudy, w tym obszary chronione m.in. w ramach sieci Natura 2000. Początkom prac budowalnych towarzyszył zdecydowany protest przedstawicieli organizacji ekologicznych, który nie spotkał się ze zrozumieniem części mieszkańców Augustowa wskazujących na konieczność zmniejszenia emisji zanieczyszczeń powietrza i hałasu, a także zapobieżenia częstym wypadkom drogowym, zwłaszcza z udziałem pieszych (w tym dzieci). W sporze wzięła też udział Komisja Europejska, która uznała pierwotny projekt za niespełniający wymagań unijnych. Ostatecznie konflikt został rozwiązany

przez wypracowanie nowego wariantu obwodnicy, której przebieg został zmieniony decyzją Rady Ministrów w 2009 r.

W większości funkcjonujących obecnie definicji zdrowia środowiskowego kładzie się nacisk na zapobieganie chorobom, a jedynie w niektórych wspomina się o kształtowaniu tych uwarunkowań, które oddziałują na organizm pozytywnie lub są konieczne dla jego prawidłowego rozwoju (Santos i in., 2019). Ten zapobiegawczy element misji zdrowia środowiskowego wiąże je ściśle z pojęciem bezpieczeństwa ekologicznego, definiowanego jako ochrona i promowanie bezpiecznych warunków zewnętrznych wpływających na życie, rozwój i przetrwanie człowieka (Wyligała, 2023). Dokonując przeglądu definicji zdrowia środowiskowego, Santos i in. (2019) stwierdzają, że

> chociaż główny nacisk zdrowia środowiskowego został położony na to, jak zmniejszyć narażenie na zagrożenia środowiskowe i związane z nimi ryzyko dla zdrowia ludzkiego, obecnie coraz bardziej powszechne jest przekonanie, że zrównoważone zdrowie ludzkie, a także długoterminowy dobrostan jednostek i społeczności, są całkowicie zależne od zrównoważonych i zdrowych ekosystemów naturalnych.

Ta refleksja doprowadziła ostatnio do powstania koncepcji „jedno zdrowie" (ang. *One Health*), która podkreśla silne powiązanie ludzkiego zdrowia oraz jego zależność od zdrowia innych organizmów. Wdrażane przez Światową Organizację Zdrowia na bazie tej koncepcji podejście ma między innymi na celu zmniejszenie ryzyka pojawiania się i powracania epidemii oraz pandemii chorób odzwierzęcych. Jeszcze szersze jest pojęcie „zdrowie planetarne", definiowane jako „zdrowie ludzkiej cywilizacji i stan naturalnych systemów, od których ono zależy" (The Rockefeller Foundation–Lancet Commission, 2015) W przypadku obu wspomnianych powyżej koncepcji zdrowie środowiskowe jest postrzegane jako jeden z kluczowych elementów, jednakże niewystarczający, aby osiągnąć zakładane cele.

Analiza historyczna pojęcia

Chociaż termin „zdrowie środowiskowe" zaczął być powszechnie używany dopiero pod koniec XX w., to refleksja na temat wpływu środowiska na ludzkie zdrowie pojawiła się już w czasach starożytnych.

Ojcostwo koncepcji przypisuje się często Hipokratesowi (ok. 460 p.n.e. – ok. 170 p.n.e.), który w swoim traktacie *O powietrzu, wodach i okolicach* nie tylko twierdził, że klimat oraz niektóre cechy środowiska (jak np. jakość wody i gleby, siła wiatrów) mogą warunkować pojawianie się chorób, ale także zalecał lekarzom, aby zapoznawali się z elementami otoczenia przyrodniczego, zanim obejmą opieką mieszkańców określonego miejsca lub przystąpią do leczenia danej osoby. Te zalecenia Hipokratesa były oparte na obserwacjach, tak więc miały dość dużą wartość pragmatyczną (np. unikanie podmokłych terenów zmniejszało prawdopodobieństwo zachorowania na malarię), stąd też wspomniany traktat był wykorzystywany jako podręcznik medycyny aż do 1874 r. (Jędrychowski, 1995). W XIX w. po rozwoju mikrobiologii i odkryciu patogenów wielu chorób infekcyjnych uznano koncepcje Hipokratesa za przestarzałe i miano do nich powrócić dopiero w XX w. W tym czasie nastąpił rozwój innych dziedzin nauki bardzo istotnych dla praktyki zdrowia środowiskowego. Jedną z nich była toksykologia, za której prekursora uważa się Paracelsusa (1493–1541), autora maksymy: „Wszystko jest trucizną i nic nie jest trucizną, bo tylko dawka czyni truciznę". Współczesny mu niemiecki humanista i uczony, lekarz Georgius Agricola (1494–1555), nie tylko zaobserwował uszkodzenia płuc u górników ze Śląska, ale też prawidłowo uznał, że za uszkodzenia te odpowiada pył węglowy; w związku z tym zalecił, aby wentylować kopalnie. Analiza skutków narażenia na różne czynniki w środowisku pracy przedstawicieli dziesiątek zawodów doprowadziły włoskiego lekarza Bernadina Ramazziniego (1633–1714) do publikacji dzieła, w którym zebrał on tę wiedzę. W ten sposób stworzył podwaliny medycyny zawodowej (której zresztą sam obwołał się ojcem). Uznaje się, że to właśnie w XVII w. zdrowie środowiskowe zaczęło się rozwijać jako dziedzina badań naukowych, głównie w odpowiedzi na problemy zdrowotne wynikające z pogarszających się warunków pracy i życia (Resnik, 2012). Tym, który przyczynił się swoimi pracami do powstania demografii i epidemiologii, był brytyjski statystyk John Graunt (1620–1674). Za jeden z kamieni milowych w rozwoju epidemiologii (jako nauki stosowanej), jak i zdrowia publicznego uważa się interwencję, którą przeprowadził brytyjski lekarz John Snow (1813–1858). Przeanalizowawszy zebrane przez siebie od mieszkańców Londynu informacje, odkrył on, że trwającą w mieście epidemię cholery można przypisać używaniu skażonej wody, pochodzącej z jednej z pomp. Aby zapobiec dalszemu szerzeniu się choroby,

doprowadził do zamknięcia owej pompy, co skutecznie przyczyniło się do wygaszenie epidemii. Ta interwencja jest uważana przez wielu praktyków zdrowia publicznego za korzenie ich działalności.

Najważniejszym jednak wydarzeniem, które miało miejsce w XIX--wiecznej Anglii, było zainicjowanie tzw. ruchu sanitarnego, którego liderem był Edwin Chadwick (1800–1890). Uważał on, że brak warunków sanitarnych jest odpowiedzialny nie tylko za szerzenie się tzw. chorób społecznych (tj. dotykających dużej liczby osób), ale także za stres psychiczny. Działania Chadwicka i jego zwolenników doprowadziły do uchwalenia w 1848 r. w Anglii ustawy o zdrowiu publicznym (Public Health Act for England and Wales) i zapoczątkowania serii kroków prawnych, zgodnie z którymi państwo miało się stać gwarantem zarówno standardów zdrowotnych, jak i środowiskowych. Równocześnie zadbano o przekazanie rządowym jednostkom lokalnym kompetencji do przeprowadzenia zmian mających zapewnić te standardy. Pod presją Chadwicka władze lokalne zaczęły wprowadzać technologie, które – jak obecnie uważamy – gwarantują odpowiednie warunki sanitarne (wodociągi, kanalizacja, składowiska odpadów), ale także inicjować inne zmiany środowiska miejskiego, jak np. projektowanie i utrzymywanie przestrzeni zielonych, poprawa stanu nawierzchni dróg. Podobne zmiany zostały też zapoczątkowane w Polsce przez zafascynowanych ideą sanitarną tzw. lekarzy społeczników – np. w Krakowie przez Józefa Dietla (1804–1878), a w Warszawie przez Józefa Polaka (1857–1928).

Co istotne, we wszystkich krajach, w których rozwinął się ruch sanitarny wśród tych, którzy krzewili jego idee, byli nie tylko lekarze, ale i wybitni inżynierowie, architekci, pedagodzy oraz przedstawiciele innych profesji. Wiele z zagrożeń, z którymi zmagali się zwolennicy idei sanitarnej, pojawiło się w wyniku zmian wprowadzonych przez rewolucję przemysłową (zapoczątkowaną w XVIII w.), która zapoczątkowując szereg procesów takich jak np. uprzemysłowienie lub intensyfikacja gospodarki rolnej, spowodowała pojawienie się nowego typu zagrożeń dla środowiska i żyjącego w nim człowieka. Przez pewien czas wpływ tych procesów na środowisko pozostawał jednakże praktycznie niczym nieograniczony, a dynamiczny rozwój niektórych gałęzi gospodarki postrzegano jedynie z perspektywy przynoszonych przez nie korzyści. W połowie XX w. doszło do kilku sytuacji, które przykuły uwagę opinii publicznej na całym świecie i uświadomiły realność oraz skalę tych nowych zagrożeń. Jednym z nich

był epizod smogu, który miał miejsce w czasie kilku dni grudniowych 1952 r. w Londynie. Ze względu na liczbę ofiar śmiertelnych, którą obecnie szacuje się na 12 tysięcy, jest on obecnie znany jako „wielki smog londyński" (ang. *Great Smog of London*). Innym wydarzeniem, które przyczyniło się do uświadomienia skutków braku instytucjonalnej kontroli nad przemysłem, było masowe zatrucie metylortęcią ludności zamieszkałej wokół zatoki Minamata w Japonii, które zostało wykryte i zgłoszone w 1956 r. Do zatrucia doszło w wyniku trwającego przez wiele lat pozbywania się przez zakłady przemysłowe należące do koncernu Chisso Corporation zanieczyszczonych ścieków, które trafiały do wód zatoki. Toksyczna substancja kumulowała się w organizmach ryb, skorupiaków i mięczaków, a następnie spożywających je ludzi. Wieloletnie narażenie doprowadziło u wielu osób (oficjalnie szacuje się, że u ok. 3000) do uszkodzenia układu nerwowego i poważnych zaburzeń neurologicznych, a w skrajnych przypadkach do zgonu. Koncern Chisso Corporation bardzo długo bronił się przed wzięciem odpowiedzialności za tę katastrofę.

Opisany przypadek, a także inne podobne sprawy nagłośnione przez media masowego przekazu wpływały na wzrost świadomości ekologicznej. Jednakże za wydarzenie, które zapoczątkowało współczesny ruch na rzecz zdrowia środowiskowego, uznaje się dopiero publikację pt. *Cicha wiosna* przez amerykańską biolog Rachel Carson (1907–1964) (Resnik, 2012). W książce tej Carson przedstawiła czarny scenariusz, w którym świat pozbawiony jest śpiewu ptaków i odgłosów zwierząt wskutek powszechnego użycia pestycydów. Na podstawie dokonanych przez siebie obserwacji i analiz udowodniła, że stosowany wówczas powszechnie pestycyd dichlorodifenylotrichloroetan (DDT) nie rozkłada się tak szybko, jak sądzono, ale kumuluje się w środowisku m.in. w tkankach ptaków śpiewających, wpływając na ich fizjologię i zaburzając w rezultacie ich rozrodczość. Carson pokazała też, jakimi szlakami pestycydy mogą docierać do organizmu człowieka, zagrażając jego zdrowiu. W rezultacie wiele krajów wycofało z użycia DDT oraz zaostrzyło regulacje dotyczące stosowania pestycydów. Badania Carson zainspirowały naukowców do studiowania zagrożeń wynikających ze stosowania różnych substancji, takich jak np. azbest, ołów, chlorek winylu (Resnik, 2010, s. 14).

Datujący się od początku lat 60. XX w. wzrost świadomości społecznej na temat negatywnego oddziaływania człowieka na ekosystemy wpłynął na postawy polityków, czego manifestacją było zwołanie

w 1968 r. XXIII Sesji Zgromadzenia ONZ, uznawanej za pierwsze światowe forum narodów, na którym problemy relacji „człowiek i środowisko" znalazły się w centrum zainteresowania. Uważa się, że właśnie w roku 1968 narodziło się światowe prawo ochrony środowiska. Nieco później, w 1972 r., ONZ zwołała w Sztokholmie konferencję, na której ochrona środowiska została uznana za jedną z podstawowych funkcji państwa i pojawił się nowy termin – „polityka ochrony środowiska". Za najważniejsze osiągnięcie tego zgromadzenia uważa się opracowanie zbioru 26 zasad, służącego celom polityki ochrony środowiska, a zwanego od tej pory Deklaracją sztokholmską. W dokumencie tym wskazano m.in. na konieczność przeciwdziałania zanieczyszczeniom oraz zachowania naturalnych zasobów ziemi, podkreślono też prawo człowieka do odpowiednich warunków życia w środowisku.

Za kolejny krok milowy w rozwoju idei istotnych dla zdrowia środowiskowego uznaje się powstanie w 1983 r. Światowej Komisji ds. Środowiska i Rozwoju (WCED), która wypracowała polityczną koncepcję zrównoważonego rozwoju oraz opublikowała raport „Nasza wspólna przyszłość" (WCED, 1987). Działalność Komisji przyczyniła się do zwołania w 1992 r. w Rio de Janeiro Konferencji ONZ zwanej „Szczytem Ziemi", w której wzięło udział 179 państw. Uczestnicy konferencji zgodzili się co do tego, iż sprawy ochrony środowiska są ściśle powiązane z rozwojem społecznym i gospodarczym, więc należy je rozpatrywać łącznie. W Rio podpisano konwencję ramową Narodów Zjednoczonych w sprawie zmian klimatu oraz konwencję o różnorodności biologicznej, przyjęto też dokument programowy Agenda 21, w którym wskazano, jak w kompleksowy sposób można wprowadzać zasadę zrównoważonego rozwoju w działaniach podejmowanych na poziomie lokalnym. Polska wersja tego dokumentu została opublikowana w 1993 r., a wśród poruszanych w dokumencie zagadnień społecznych i ekonomicznych pojawiła się także ochrona i promocja ludzkiego zdrowia. W obecnie realizowanym planie działań na rzecz zrównoważonego rozwoju Agenda 2030 zaktualizowano cele Agendy 21 i powiększono ich liczbę do siedemnastu. Co najmniej kilka z tych celów jest zbieżnych z celami zdrowia środowiskowego. Równocześnie konieczność dbałości o jakość środowiska uwzględniona jest w obecnie realizowanej polityce zdrowotnej.

Zdarzeniem ważnym dla kształtowania tej ostatniej była publikacja w 1974 r. dokumentu pt. „Nowa perspektywa dla zdrowia

Kanadyjczyków" (zwanego Raportem Lalonde'a), w którym podważono pogląd, iż zdrowie społeczeństwa zależy głównie od rozwoju medycyny oraz właściwej organizacji usług zdrowotnych, a wśród najważniejszych determinant zdrowia oprócz stylu życia wymieniono także uwarunkowania środowiskowe. Refleksja ta stała się też inspiracją do tworzenia szeregu modeli determinant zdrowia, które tak jak np. „tęcza zdrowia" (Dahlgren & Whitehead, 1991) wizualizują m.in. relację pomiędzy różnie zagregowanymi elementami środowiska a zdrowiem. Rozwój zdrowia środowiskowego w końcówce XX w. wynikał też z przyjęcia biopsychospołecznego paradygmatu zdrowia, po raz pierwszy zaproponowanego przez George'a Engela w 1977 r., i z rosnącego znaczeniu promocji zdrowia (Santos i in., 2019). Za akt instytucjonalizacji promocji zdrowia uznaje się opublikowanie w 1986 r. Karty Ottawskiej. Tworzenie środowisk wspierających zdrowie wymieniono w niej jako jedną z pięciu strategii działań, których wdrożenie jest konieczne dla efektywnego wypełnienia misji promocji zdrowia. Uznano tym samym za istotny fakt, że ochrona zdrowia wymaga tworzenia korzystnych warunków dla zdrowia we wszystkich miejscach, gdzie żyje człowiek: w domu, miejscach pracy, nauki i wypoczynku. Stało się to podstawą do wprowadzenia tzw. podejścia siedliskowego mającego na celu aktywizację jednostek i grup w miejscach ich funkcjonowania oraz zapoczątkowało realizację długotrwałych programów takich jak np. ruch Zdrowych Miast. Wkrótce po opublikowaniu Karty Ottawskiej, bo w 1989 r., WHO po raz pierwszy zdefiniowała pojęcie „zdrowie środowiskowe", początkowo zawężając je jedynie do aspektów ludzkiego zdrowia, determinowanych przez czynniki środowiskowe, a w kilka lat później rozszerzając jego znaczenie także o teorię i praktykę oceny, korygowania, kontrolowania i zapobiegania oddziaływaniu tych czynników, które mogą być szkodliwe zarówno dla obecnego pokolenia, jak i przyszłych generacji (WHO, 1994).

Ujęcie problemowe pojęcia

Najważniejszymi zadaniami zdrowia środowiskowego jest ocena środowiskowego ryzyka dla zdrowia, a następnie zarządzanie nim (Ball, 2006).

We wspominanym już dokumencie, znanym jako Raport Lalonde'a, oszacowano, iż czynniki powiązane ze środowiskiem (np. pogoda,

stan nawierzchni dróg), odpowiadały za 20% zgonów spowodowanych wypadkami drogowymi w Kanadzie (Lalonde, 1974). Stało się to źródłem nieuprawnionego stwierdzenia, powtarzanego potem przez lata, iż środowisko w 20% odpowiada za zdrowie populacji (Włodarczyk, 1996). Tymczasem udział przyczyn środowiskowych w rozwoju różnych chorób jest różny, co od lat jest przedmiotem badań. Ich rezultaty zostały zebrane i zaprezentowane przez WHO w opracowaniu pod tytułem: „Zapobieganie chorobom przez zdrowe środowisko. Globalne oszacowanie obciążenia chorobami z powodu zagrożeń środowiskowych" (Prüss-Üstün i in., 2016). Zgodnie z oszacowaniami pochodzącymi z 2016 i prezentowanymi w formie ikonografiki na stronach WHO, zła jakość środowiska odpowiada w skali globalnej za około 24% wszystkich zgonów, a uwarunkowaniami o największym negatywnym wpływie są:

- zanieczyszczone powietrze (wewnątrz oraz na zewnątrz pomieszczeń),
- zanieczyszczona woda,
- brak odpowiednich warunków sanitarnych,
- narażenie na wysokie temperatury (związane z globalnym ociepleniem),
- różne rodzaje promieniowania (w tym UV).

Ogólna liczba zgonów przypisywana przez ekspertów WHO środowisku wynosi 13,7 mln, z czego 8,5 mln to skutek chorób niezakaźnych takich jak np. nowotwory, udary, choroba niedokrwienna. W przypadku chorób wywołanych przez czynniki zakaźne za najwięcej zgonów odpowiadają: zakażenia dróg oddechowych, choroby biegunkowe oraz malaria.

Trzeba podkreślić, że wpływ czynników środowiskowych nie jest jedynie negatywny; szereg z nich warunkuje prawidłowe funkcjonowanie organizmu, które pogarsza się przy ich braku lub niedoborze. Przykładowo odpowiednia podaż jodu jest konieczna dla właściwego funkcjonowania gruczołu tarczycy.

Chociaż zagrożenia środowiskowe kojarzą nam się najczęściej z tymi, które pojawiły się wraz z uprzemysłowieniem, to występowanie wielu z nich znacznie wyprzedziło epokę industrialną. We wczesnym okresie ludzkiej historii zasadnicze znaczenie miały środowiskowe zagrożenia zdrowia, które określa się mianem tradycyjnych (Corvalan i in., 1999). Należą do nich:

- nieodpowiednie składowanie odpadków domowych,
- zanieczyszczenie powietrza w pomieszczeniach zamkniętych, którego źródłem są urządzenia gotujące bądź grzewcze, w których spala się biomasę lub węgiel,
- brak dostępu do nieskażonej patogenami wody pitnej oraz pożywienia,
- katastrofy naturalne (powodzie, susze, huragany, trzęsienia ziemi i in.),
- narażenie na patogeny przenoszone przez wektory (głównie przez owady i gryzonie).

Zagrożenia te skutkowały głównie zwiększeniem rozpowszechnienia chorób zakaźnych oraz umieralności z ich powodu. Wysokie były także: umieralność okołoporodowa oraz liczba urazów związanych z pracą na roli oraz wokół domu.

Wskutek rewolucji przemysłowej (zapoczątkowanej w XVIII w.) pojawiły się problemy nazywane współczesnymi środowiskowymi zagrożeniami zdrowia (Corvalan i in., 1999), takie jak np.:

- zanieczyszczenie wody, którego źródłami są przemysł oraz intensywna gospodarka rolna,
- zanieczyszczenie powietrza miejskiego pochodzące z silników, kominów elektrowni węglowych i zakładów przemysłowych,
- akumulacja odpadów stałych niebezpiecznych dla środowiska,
- zagrożenie chemiczne i promieniotwórcze wynikające z wprowadzania technologii przemysłowych i rolnych,
- wylesienie, degradacja gleb i inne zmiany ekologiczne na poziomie lokalnym i regionalnym,
- zmiany klimatu, ubożenie warstwy ozonowej i zanieczyszczenia transgraniczne.

Za zdrowotny skutek oddziaływania tych zagrożeń uważa się zwiększenie rozpowszechnienia oraz umieralności z powodu chorób zwanych cywilizacyjnymi (np. nowotworów, chorób układu krążenia). Rozwój motoryzacji spowodował pojawienie się nowej kategorii urazów w wyniku wypadków komunikacyjnych. Do zagrożeń współczesnych włączono także ryzyko pojawiania się nowych chorób zakaźnych (np. HIV/AIDS) oraz wzrost rozpowszechnienia tych, które znamy od dawna, ale które wracają wskutek nabycia lekooporności przez patogeny (np. gruźlica, malaria).

Wraz z rozwojem cywilizacyjnym znaczenie tradycyjnych zagrożeń w kształtowaniu statusu zdrowotnego społeczeństw stopniowo zmniejszało się, na co główny wpływ miał wzrost dobrobytu, a wraz z nim np. poprawa warunków mieszkaniowych, wdrażanie technologii sanitarnych czy dostęp do edukacji. Jednakże wciąż istnieją na świecie społeczeństwa, w których ten rodzaj zagrożeń wpływa na zdrowie większości populacji w dominującym stopniu. W krajach wysoko rozwiniętych gospodarczo ryzyko zdrowotne wynikające z tradycyjnych zagrożeń znacznie zmalało, ale prawdopodobnie jego wartość nigdy nie spadnie do zera, jako że wciąż zagrożenia te oddziałują na przedstawicieli pewnych grup społecznych, szczególnie osoby o niskim statusie społeczno-ekonomicznym lub większej wrażliwości na czynniki chorobotwórcze. W związku z obserwowanym nierównym w społeczeństwie rozkładem narażenia na zagrożenia środowiskowe pojawił się termin „niesprawiedliwość środowiskowa" (ang. *enviromental injustice*) lub „nierówność środowiskowa" (ang. *enviromental inequality*). W Europie zjawisko to zaobserwowano w odniesieniu do osób ubogich, starszych, mieszkańców biedniejszych regionów oraz dzieci. Grupy te jak się okazało najbardziej odczuwają skutki zanieczyszczonego powietrza, hałasu i skrajnych temperatur (EEA, 2018).

Proces, w którym rola współczesnych środowiskowych zagrożeń zdrowia w kształtowaniu statusu zdrowotnego społeczeństw rośnie, a rola zagrożeń tradycyjnych maleje, określa się mianem przejścia środowiskowego ryzyka dla zdrowia. W najgorszym położeniu znajdują się społeczności żyjące tam, gdzie nie wyeliminowano jeszcze większości zagrożeń tradycyjnych, a przybrały już znacząco na sile zagrożenia natury współczesnej. Jednym z negatywnych zjawisk prowadzących do tego typu sytuacji jest eksport środowiskowego ryzyka dla zdrowia, polegający na przenoszeniu przez międzynarodowe koncerny swoich zakładów przemysłowych do krajów, w których z jednej strony nie nakłada się na nie prawnego obowiązku stosowania środków zapobiegawczych z drugiej zaś nie grozi się karami za zanieczyszczanie środowiska. W ten sposób zwiększa się zapoczątkowana w czasach kolonialnych eksploatacja krajów Globalnego Południa przez kraje Globalnej Północy i wynikająca z niej degradacja środowiska, co skutkuje pogłębianiem się nierówności w zdrowiu, występujących w skali globalnej.

Problemy zdrowia środowiskowego można także podzielić ze względu na to, kto jest władny, aby je rozwiązać. Wyróżniamy tutaj problemy skali:

- indywidualnej – gdy zagrożenie wpływa na jednostki lub małe grupy posiadające zasoby oraz możliwości, aby te problemy rozwiązać (np. wadliwie działający piecyk gazowy grożący zaczadzeniem),
- lokalnej – gdy rozwiązanie problemu środowiskowego leży w kompetencjach władz lokalnych (np. walka ze smogiem, organizacja gospodarki odpadami komunalnymi),
- regionalnej – gdy zapobieżenie problemowi lub redukcja jego skutków wymaga działania władz regionalnych (np. wojewódzkich, krajowych) lub zagrożenie ma charakter transgraniczny (np. plama ropy po katastrofie tankowca),
- globalnej – gdy nie można rozwiązać problemu lub mu zapobiec bez nawiązania współpracy międzynarodowej (np. ubożenie warstwy ozonowej, globalne ocieplenie).

W praktyce najtrudniej jest rozwiązać problemy globalne, jako że w wielu przypadkach (np. zapobieganie zmianom klimatycznym) trudno jest uzyskać konsensus międzynarodowy, głównie dlatego, że ich negatywne skutki nie rozkładają się równo pomiędzy regionami i krajami. Z drugiej strony także wiele problemów skali indywidualnej pozostaje nierozwiązanych, jako że zazwyczaj leżą one poza obszarem zainteresowań oraz kompetencji jakichkolwiek instytucji, a ich identyfikacja i rozwiązanie zależą od stanu wiedzy oraz zasobów poszczególnych jednostek. Szeroki zakres umiejętności i kompetencji potrzebnych ludziom, aby wyszukiwać, rozumieć, oceniać i wykorzystywać informacje na temat zdrowia środowiskowego w celu dokonania świadomych wyborów, zmniejszania ryzyka dla zdrowia, poprawy jakości życia i ochrony środowiska został nazwany „kompetencjami w zakresie zdrowia środowiskowego" (Santos i in., 2019).

Aby zmniejszyć obciążenie chorobami, w obszarze zdrowia środowiskowego nie tylko ocenia się oraz monitoruje wpływ środowiska na zdrowie, ale przede wszystkim wdraża się działania, które mogą mieć charakter interwencji: technicznych, legislacyjnych, informacyjno-edukacyjnych, organizacyjnych lub wykorzystujących bodźce ekonomiczne. Duże zróżnicowanie stosowanych strategii wymusza zaangażowanie różnych instytucji, co z kolei determinuje wielosektorową odpowiedzialność za zdrowie środowiskowe.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Jednym z największych wyzwań, przed jakimi stoją specjaliści zdrowia środowiskowego, oceniając ryzyko, jest brak możliwości eksperymentalnego badania potencjalnie negatywnych skutków oddziaływania czynników środowiskowych na organizm ludzki (głównie z powodów etycznych). W niektórych badaniach wykorzystuje się fakt, że ludzie są eksponowani na pewne czynniki (np. zanieczyszczenia powietrza lub hałas) w życiu codziennym, to jednak wiąże się z koniecznością oceny faktycznej wielkości ekspozycji, co bywa trudne (np. gdy badani przemieszczają się). W toksykologii prowadzi się badania z wykorzystaniem linii komórkowych lub zwierząt laboratoryjnych. Celem prowadzenia badań na zwierzętach laboratoryjnych jest nie tylko poznanie biologicznych skutków oddziaływania różnych czynników, ale też uzyskanie danych, które pozwolą na określenie ryzyka u ludzi. Najbardziej dogodne byłoby, gdyby warunki ekspozycji zwierząt (droga i czas narażenia) były identyczne z tymi, w jakich eksponowany jest człowiek, trudno to jednak uzyskać. Stąd w celu otrzymania odpowiednich efektów toksycznych w rozsądnym czasie zwierzęta są narażane na dużo wyższe dawki czynnika niż te, na które eksponowani są ludzie, a wyniki badań są następnie ekstrapolowane z dawek wysokich do niskich (czyli takich, na jakie chronicznie narażeni są ludzie w codziennym życiu).

Praktycznym zastosowaniem badań toksykologicznych w zdrowiu środowiskowym i działaniem z zakresu zarządzania ryzykiem jest opracowanie normatywów higienicznych (np. dopuszczalnych stężeń substancji w powietrzu) mających służyć ochronie ludzkiego zdrowia. Tradycyjnie normatywy te tworzy się z myślą o największych grupach społeczeństwa (zdrowych jednostkach w wieku produkcyjnym), dopiero stosunkowo niedawno zauważono potrzebę uwzględnienia potrzeb grup szczególnie wrażliwych na wpływy środowiskowe (np. osób starszych, dzieci). Dotychczasowy sposób opracowywania normatywów higienicznych zdaje się także pomijać fakt, iż w życiu codziennym jesteśmy narażeni nie tyle na działanie pojedynczych substancji, ile ich mieszanin, których zarówno skład, jak i wpływ na organizm człowieka jest mało poznany. Potrzebę badania tej kwestii oraz podjęcia stosownych

działań dostrzegła kilka lat temu Komisja Europejska. Warto zauważyć, że obowiązujące normatywy środowiskowe chronią ludzi głównie w przestrzeni publicznej (np. w miejscach pracy, w budynkach użyteczności publicznej), a nie w ich własnych domach, gdzie jakość środowiska nie podlega monitorowaniu i kontroli instytucji o charakterze inspekcji. Jednym z istotnych zadań instytucji zdrowia środowiskowego powinno więc być prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych mających na celu wzrost wiedzy i umiejętności radzenia sobie z zagrożeniami w najbliższym otoczeniu (domu, ogrodzie).

Jak już wspomniano, wśród elementów środowiska są też takie, których wpływ na zdrowie jest pozytywny. Niektóre z nich nie tyle zapobiegają pojawianiu się problemów zdrowotnych, ile zwiększają zasoby zdrowotne jednostki. Ponieważ zdrowie jest raczej stanem długotrwałym niż zdarzeniem takim jak uraz, zgon lub zapadnięcie na daną chorobę, trudno jest dokonać kwantyfikacji pozytywnego wpływu tego rodzaju. Stąd też zdrowie środowiskowe ma zasadniczo charakter prewencyjny, a jego działania skupiają się głównie na potencjalnie negatywnych wpływach środowiska. Może to prowadzić do niedoceniania przez decydentów wpływów pozytywnych, a w rezultacie zaniedbania działań wspierających zdrowie (takich jak np. zakładanie parków).

Innym poważnym problemem jest ignorowanie lub podważanie dotychczasowych ustaleń naukowych przez niektóre grupy (graczy gospodarczych, partie populistyczne), które uznając swój sukces (biznesowy, wyborczy) za priorytet, egoistycznie forsują własne interesy, co często uniemożliwia troskę o inne wartości. Przykładowo w przeszłości w wyniku oporu środowisk przemysłowych zignorowano doniesienia naukowe o szkodliwości azbestu, co opóźniło wprowadzenie regulacji chroniących populację ogólną przed narażeniem na niego o około pół wieku. Aktualnie niektóre partie, negując konsensus większości naukowców dotyczący wpływu antropogenicznych emisji gazów cieplarnianych na klimat, stymulują społeczny opór przeciw programom mającym zapobiegać globalnemu ociepleniu, co drastycznie zmniejsza efektywność wdrażania działań zapobiegawczych.

Ważnym elementem zarządzania ryzykiem przez specjalistów zdrowia środowiskowego jest także ocena zdrowotnych skutków rozmaitych działań podejmowanych przez człowieka. Ocena ta w zamyśle ma być podstawą do podjęcia decyzji np. o wprowadzeniu nowej substancji

chemicznej do obiegu lub o wdrożeniu danej technologii. W praktyce sprawa jest o tyle trudna, że negatywne skutki zdrowotne niektórych przedsięwzięć ujawniają się dopiero po wielu latach (w przypadku nowotworów może to być nawet kilkadziesiąt lat). W tym kontekście niektórzy postulują posługiwanie się w procesie decyzyjnym tzw. zasadą przezorności (lub ostrożności), mówiącą o tym, iż jeśli istnieje przypuszczenie, że jakaś technologia (substancja) spowoduje negatywne skutki (dla człowieka lub środowiska), to należy zaniechać jej stosowania do czasu udowodnienia, że jest ona całkowicie bezpieczna. Zasada ta spotyka się z krytyką m.in. za to, że jest nierealistyczna (rzadko która technologia jest wolna od ryzyka) i może prowadzić do paraliżu decyzyjnego. Są też takie technologie, które w znacznym stopniu redukują pewien rodzaj ryzyka, lecz wprowadzają inny. Przykładem może być chlorowanie wody, które niszczy wiele czynników chorobotwórczych, zapobiegając w istotny sposób rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, ale równocześnie skutkuje obecnością w wodzie toksycznych substancji będących produktem ubocznym tego procesu. Z krytyki zasady przezorności wyrosła propozycja stosowania zasady procentów, zgodnie z którą decyzja o wdrożeniu danego działania powinna być poprzedzona porównaniem znanych kosztów i korzyści (Sunstein, 2005). W tego typu ocenach tradycyjnie brało się pod uwagę skutki zdrowotne manifestujące się w postaci urazów, zatruć, zgonów lub zachorowań na choroby o znaczeniu społecznym. W wyniku pogłębiającej się wiedzy na temat oddziaływania czynników środowiskowych na zdrowie coraz częściej dostrzega się potrzebę uwzględniania także bardziej oddalonych lub subtelnych oddziaływań (np. na rozrodczość lub układ hormonalny). Holistyczne podejście do zdrowia skutkuje też poszukiwaniem wpływów objawiających się np. zmianami funkcjonowania umysłowego (np. kłopoty z koncentracją, uczucie niepokoju) lub wpływem na jakość życia (np. komfort snu lub odpoczynku). Poszerzanie się katalogu efektów zdrowotnych skutkuje zwiększaniem się liczby znanych nam środowiskowych zagrożeń zdrowia, a co za tym idzie – także wzrastającą potrzebą nadzoru nad ich obecnością w środowisku. Wyrażając taką właśnie potrzebę, Europejska Agencja Środowiska kilka lat temu zaapelowała o uzupełnienie listy substancji, których stężenie monitoruje się w wodzie, o takie, które stanowią tzw. mikrozanieczyszczenia (np. farmaceutyki lub składniki kosmetyków) i z których usuwaniem mogą

sobie nie radzić rutynowe procesy oczyszczania wody. Nowe technologie mogą także wpływać na definicję zdrowia środowiskowego, ostatnio do przedmiotów jego zainteresowania włączono „zanieczyszczenie cyfrowe" definiowane jako wpływ interakcji człowiek-technologie cyfrowe na zdrowie. Chodzi zarówno o wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne jednostek używających tych technologii, jak i oddalone skutki masowego z nich korzystania (np. wzrostu zapotrzebowania energetycznego, wykorzystania zasobów naturalnych, produkcji toksycznych odpadów i zanieczyszczeń) (Santos i in., 2019).

Poszerzenie obszaru zainteresowań zdrowia środowiskowego pociąga za sobą większe zróżnicowanie oraz wzrost liczby instytucji koniecznych, aby kształtować środowisko w kierunku prozdrowotnym. Może to prowadzić zarówno do marnowania zasobów wskutek powielania pewnych działań, jak i – co jest bardziej niebezpieczne – do przeoczania pewnych zagrożeń czy też rozmycia odpowiedzialności za osiągnięcie zakładanych w zdrowiu środowiskowym celów. Zdaniem Autora brak koordynacji działań podejmowanych przez różne instytucje i grupy jest jedną z największych słabości zdrowia środowiskowego, jak również źródłem niemocy w rozwiązywaniu bieżących problemów, co skutkuje powstawaniem nowych koncepcji, takich jak np. „jedno zdrowie" czy „zdrowie planetarne".

Bibliografia

Balcerzak, B., & Hałuszka, J. (2022). Jakość powietrza, wody i gleby a zdrowie. W: S. Golinowska i in. (red.), *Zdrowie publiczne. Wymiar społeczny i ekologiczny* (s. 511–537). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Ball, D. (2006). *Environmental Health Policy*. Berkshire: Open University Press.

Corvalan, C., Kjellstrom, T., & Smith, K. (1999). Health, environment and sustainable development: identifying links and indicators to promote action. *Epidemiology*, *10*, 656–660.

European Environment Agency (2018). *Chemicals in European Waters. Knowledge developments* (EEA Report No 18/2018). Copenhagen: European Environment Agency.

FAO, UNEP, WHO, & WOAH (2022). *One Health Joint Plan of Action (2022-2026). Working together for the health of humans, animals, plants and the environment*. Rome. DOI: 10.4060/cc2289en

Jędrychowski, W. (1995). *Podstawy epidemiologii*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum.

Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document*. Ottawa: Information Canada.

Prüss-Üstün, A., Wolf, J., Corvalán, C.F., Bos, R., & Neira, M.P. (2016). *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/204585 (dostęp: 14.01.2025).

Santos, O., Virgolino, A., Santos, R.R., Costa, J., Rodrigues, A., & Vaz-Carneiro, A. (2019). Environmental Health: An overview on the Evolution of the Concept and its Definitions. W J. Nriagu (red.), *Encyclopedia of Environmental Health* (vol. 2; s. 466–474). Elsevier. DOI: 10.1016/B978-0-12-409548-9.11815-9

Sunstein, C.R. (2005). The Precautionary Principle as a Basis for Decision Making. *The Economists' Voice*, *2*(2). DOI: 10.2202/1553-3832.1079

Whitmee, S. (2015). Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. *The Lancet*, *386*(10007), 1973–2028. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)60901-1

World Commission on Environment and Development (1987). *Our common future*. Oxford University Press.

World Health Organization (1994). *Environment and Health: An International Concordance on Selected Concepts*. World Health Organization.

Włodarczyk, C.W. (1996). *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*. Kraków: Vesalius.

Wyligała, H. (2023). Bezpieczeństwo ekologiczne. W: T.W. Grabowski (red.), *Bezpieczeństwo publiczne* (s. 55–74). Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Ignatianum w Krakowie. DOI: 10.35765/slowniki.384

Rafał Halik
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
https://orcid.org/0000-0001-6678-0239
https://doi.org/10.35765/slowniki.574

Zmiana sytuacji zdrowotnej w Polsce w początkach XXI wieku

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Celem opracowania jest przedstawienie wyzwań w obszarze sytuacji zdrowotnej ludności Polski na początku XXI wieku na podstawie danych statystycznych i badań populacyjnych.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Po kryzysie zdrowotnym lat 70. i 80. XX wieku nastąpiła poprawa stanu zdrowia społeczeństwa, jednak po 2014 roku tempo tych zmian uległo spowolnieniu.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Poziom obciążenia chorobami przewlekłymi w Polsce jest wyższy niż w krajach zachodniej UE. Nadal główne przyczyny zgonów w Polsce to choroby układu krążenia i nowotwory, dla których ryzyko względem średniej UE jest wysokie. Dodatkowo postępujące starzenie się społeczeństwa będzie sprzyjać wzrostowi zachorowalności na choroby przewlekłe.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Mimo niektórych niekorzystnych trendów analizy epidemiologiczne wskazują, że odpowiednie działania profilaktyczne – skoncentrowane na eliminowaniu kluczowych czynników ryzyka i prowadzeniu wielosektorowej polityki na rzecz zdrowia – mogą przyczynić się do poprawy zdrowia publicznego i przyspieszenia pozytywnych zmian w sytuacji zdrowotnej.

Słowa kluczowe: sytuacja zdrowotna, Polska, przejście epidemiologiczne

Definicja pojęcia

Cel niniejszego rozdziału stanowi zarysowanie osiowych wyzwań dotyczących sytuacji zdrowotnej ludności Polski i jej uwarunkowań po roku 2000 w kontekście przemian społeczno-ekonomicznych naszego kraju. Szczególnym zamiarem jest wskazanie – w perspektywie teorii przejścia epidemiologicznego – procesów, które są najbardziej charakterystyczne dla Polski, mają utrwalony bądź utrwalający się charakter i wymagają dalszej uwagi oraz działań badawczych. Zrozumienie przemian sytuacji zdrowotnej ludności pozwala nie tylko na ogólną ocenę postępu w zdrowiu publicznym, ale również otwiera szerszą perspektywę na przyczyny i skutki procesów społeczno-ekonomicznych. Współcześnie najważniejsze determinanty sytuacji zdrowotnej ludności mają silną komponentę społeczno-ekonomiczną, Pomimo udowodnionych naukowo związków sytuacji zdrowotnej z ogólną sytuacją społeczno-ekonomiczną często problemy dotyczące zdrowia oraz polskiego społeczeństwa są omawiane odrębnie. Badania pokazują pewne związki hipotetyczne pomiędzy sytuacją zdrowotną i zjawiskami ekonomicznymi, socjologicznymi, natomiast wciąż brakuje opracowań analitycznych pokazujących mechanizmy oddziaływania procesów społecznych i ekonomicznych na kształtowanie się sytuacji zdrowotnej w Polsce. Z tego powodu niniejsze opracowanie powinno być rozpatrywane jako pytania skierowane do badaczy z innych dziedzin społecznych, dotyczące przyczyn przemian sytuacji zdrowotnej ludności Polski.

Analiza historyczna pojęcia

W latach 70. i 80. zeszłego wieku doszło do niekorzystnych zmian sytuacji zdrowotnej ludności Polski w postaci zahamowania wzrostu, a w niektórych okresach nawet skracania się oczekiwanej długości życia, która do roku 1989 nie przekraczała poziomu 66,5 lat dla mężczyzn oraz 74,4 lat dla kobiet. Dużą rolę w zmianach odgrywał pogłębiający się od końca lat 70. kryzys społeczno-gospodarczy wynikający z niewydolności modelu społeczno-ekonomicznego Polski oraz obniżanie się stopy życiowej ludności. Zmiany te wpisywały się w tendencje dotyczące stylu życia ludności państw europejskich. Jednym z najpoważniejszych problemów obserwowanych w Polsce był wyjątkowo wysoki odsetek palących codziennie

tytoń – najwyższy poziom osiągnął on na początku lat 80. i wynosił 65% u mężczyzn i 32% u kobiet (Zatoński i in., 2010). Warto jednak dodać, że od połowy lat 80. następował już spadek odsetka osób regularnie palących wyroby tytoniowe, choć do roku 1989 nie był on tak dynamiczny jak w innych krajach zachodnioeuropejskich. Od lat 70. do początku lat 80. poważnie wzrosło w Polsce spożycie alkoholu – z 5,1 litra czystego alkoholu rocznie do około 8,4 litra. W strukturze spożywanych napojów alkoholowych dominowały przede wszystkim wyroby spirytusowe, co wiąże się z najbardziej szkodliwymi wzorcami używania alkoholu. Według opublikowanych badań od lat 60. do późnych lat 70. liczba osób uzależnionych od alkoholu wzrosła w Polsce z 300–400 tys. do 1 mln osób. Wprowadzenie stanu wojennego i obostrzeń w sprzedaży alkoholu spowodowało spadek konsumpcji alkoholu, natomiast po roku 1985 spożycie alkoholu utrzymywało się na poziomie ponad 7 l, choć mogło ono być znacznie wyższe z uwagi na znaczną produkcję nielegalną. Mimo problemów z aprowizacją ludności w produkty spożywcze, dieta polskiego społeczeństwa charakteryzowała się wysoką podażą tłuszczów nasyconych, cholesterolu i sodu oraz niską podażą owoców i warzyw (Zatoński, 2016).

Jak można zauważyć, w latach 70. i 80. szkodliwe zmiany w stylu życia pogłębiły się. Cechowały się one największym natężeniem wśród mężczyzn, którzy ogólnie częściej podejmują zachowania ryzykowne zdrowotnie. Taki stan rzeczy doprowadził do wyjątkowo niekorzystnego zjawiska rosnącej przedwczesnej umieralności. W dużym stopniu widoczne niekorzystne trendy umieralności dotyczyły pierwszej przyczyny umieralności ludności (około 45% rejestrowanych zgonów) – chorób układu krążenia, a w szczególności choroby niedokrwiennej serca (Goryński & Wojtyniak, 2007). Już od lat 60. zaznaczał się problem narastającej umieralności z powodu chorób nowotworowych, które były odpowiedzialne za co 4.–5. zgon Polaka. Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) w latach 80. zaczęto odnotowywać niepokojące zjawisko narastania umieralności z powodu nowotworów w grupie wiekowej poniżej 65 lat, choć wzrost zagrożenia życia w tej grupie wiekowej nie był aż tak dynamiczny jak w przypadku chorób układu krążenia. Ważnym zjawiskiem epidemiologicznym dotyczącym zapadalności i umieralności na nowotwory była zmiana struktury rozpoznań nowotworów, zarówno jeśli chodzi o zapadalność, jak i umieralność. Jeszcze w połowie lat 70. w statystykach jako przyczynę

zapadalności i umieralności najczęściej rejestrowano nowotwór żołądka. W latach 80. zapadalność, a zarazem umieralność na ten nowotwór wyraźnie spadała, natomiast obserwowano znaczne wzrosty zapadalności i umieralności na raka płuc do połowy lat 80. Nowotwór ten stał się od lat 80. pierwszą przyczyną umieralności z powodu nowotworów u mężczyzn. Zaobserwowano też wyraźną tendencję wzrostową, jeśli chodzi o zapadalność na nowotwór piersi oraz zaznaczający się wzrost zapadalności na raka jelita grubego (Didkowska i in., 2009). Warto przy tym dodać, że zaznaczone od lat 80. zmiany w epidemiologii nowotworów są widoczne współcześnie z wyjątkiem raka płuc, którego zapadalność spada u mężczyzn.

Omawiając niekorzystne zmiany dotyczące sytuacji zdrowotnej ludności Polski lat 70. i lat 80., warto wspomnieć, że z podobnymi problemami zmagały się w tym czasie inne kraje regionu Europy Środkowo-Wschodniej, a w literaturze mówi się o zjawisku kryzysu zdrowotnego w regionie Europy Środkowo-Wschodniej i Wschodniej. Trzeba przy tym podkreślić, że kryzys zdrowotny w przypadków dawnych państw ZSRR (w tym Litwy, Łotwy i Estonii) miał bardziej głęboki przebieg i cechował się bardziej długotrwałymi, negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi (Bobak, 1999). W publikacjach analizujących sytuację zdrowotną regionu Europy Środkowo-Wschodniej wspomina się, że jeszcze w latach 70. w krajach Europy Zachodniej zaczęto wprowadzać skuteczne programy profilaktyczne, głównie nakierunkowane na czynniki ryzyka chorób układu krążenia (np. projekt Karelia w Finlandii), natomiast w większości krajów Europy Środkowo-Wschodniej, w tym w Polsce, działania promocji zdrowia miały ograniczony zakres albo cechowały się niską skutecznością, jak np. ograniczenia konsumpcji alkoholu. Warto jednak dodać, że Polska miała w tym czasie znaczące sukcesy z wprowadzaniem szczepień oraz w obszarze walki z gruźlicą.

Przełom, jeśli chodzi o sytuację zdrowotną ludności Polski, nastąpił po roku 1991, kiedy nastąpiła transformacja ustrojowa i wprowadzono szereg reform społeczno-gospodarczych. W latach 1991–2000 zaczęła systematycznie wzrastać oczekiwana długość życia do blisko 70 lat wśród mężczyzn i blisko do 78 lat wśród kobiet. Warto przy tym dodać, że dynamika przyrostu oczekiwanej długości życia była wyższa niż przeciętnie w krajach UE, choć utrzymywała się niekorzystna, wysoka różnica w oczekiwanej długości pomiędzy mężczyznami a kobietami, wynosząca blisko

8 lat (Wojtyniak i in., 2012). Przyrost oczekiwanej długości życia wynikał głównie ze spadającej przedwczesnej umieralności ludności i obniżającej się umieralności z powodu najważniejszej przyczyny zgonów ludności – chorób układu krążenia (Wojtyniak & Stokwiszewski, 2015). Zaobserwowano też korzystne zmiany w stylu życia Polaków pomimo zubożenia wielu grup społecznych w wyniku reform gospodarczych. Do najbardziej korzystnych zmian należał znaczny spadek regularnie palących mężczyzn – do 43% w roku 2000. Wśród kobiet spadek był niższy i u progu XXI wieku 26% kobiet paliło codziennie tytoń. Zaobserwowano zmniejszenie spożycia tłuszczów zwierzęcych i produktów bogatych w cholesterol. Analiza epidemiologiczna przyczyn redukcji umieralności z powodu chorób układu krążenia w latach 90. przy wykorzystaniu modelu IMPACT wskazała, że połowę spadku umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca w Polsce w latach 1991–2005 można przypisać zmniejszeniu głównych czynników ryzyka związanych ze stylem życia, takich jak palenie tytoniu, dieta bogata w tłuszcze nasycone, brak aktywności fizycznej, a około jedną trzecią – nowym metodom leczenia (Bandosz i in., 2012). Okoliczność ta pokazuje, jak ważnym czynnikiem w polepszeniu się sytuacji zdrowotnej były pozytywne zmiany w stylu życia Polaków mimo wciąż trudnych warunków życiowych, jakie panowały na początku lat 90., i niedofinansowanego systemu zdrowotnego.

Mimo tych pozytywnych zmian sytuację zdrowotną ludności Polski na początku XXI wieku na tle innych krajów UE można oceniać jako nadal niekorzystną. W roku 2000 we wszystkich grupach wiekowych – z wyjątkiem kobiet w wieku 15–29 lat – utrzymywało się większe zagrożenie życia w porównaniu do poziomu w UE. Największe nadwyżki umieralności były obserwowane wśród mężczyzn w wieku 30–59 lat. Na początku lat 90. zaznaczył się też wzrost umieralności z powodu przyczyn zewnętrznych (wypadki i samobójstwa), po czym następował powolny spadek umieralności z powodu tych przyczyn w drugiej połowie dekady. Niekorzystnym zjawiskiem było obserwowane znaczne zróżnicowanie umieralności ze względu na wykształcenie – mężczyźni z wykształceniem podstawowym w Polsce mieli na początku lat 2000 dwukrotnie wyższe ryzyko zgonu niż mężczyźni z wykształceniem wyższym. Pokazuje to zaznaczone społeczno-ekonomiczne nierówności w zdrowiu w Polsce. Do innych niekorzystnych zjawisk można zaliczyć utrzymującą się w latach 90. wyższą na tle pozostałych krajów UE umieralność z powodu chorób

nowotworowych przy jednoczesnych niższych rejestrowanych współczynnikach zapadalności w porównaniu do średniej UE. Najbardziej zaznaczającym się wyzwaniem demograficznym dla Polski, mającym ogromne skutki zdrowotne, było przyspieszenie procesu starzenia się populacji wraz ze zmniejszającą się dzietnością.

Ujęcie problemowe pojęcia

Przemiany sytuacji zdrowotnej Polski na gruncie teorii przejścia epidemiologicznego

Skutki oddziaływania przemian społeczno-ekonomicznych i postępu medycyny na kształtowanie się sytuacji zdrowotnej ludności społeczeństw od zawsze interesowały naukowców. Przez wiele lat obserwacji próbowano usystematyzować w ramach jednego modelu, jak poprawa warunków życia, postęp medycyny i zmiany gospodarcze kształtują poszczególne następujące po sobie fazy sytuacji zdrowotnej ludności. Próby takiego usystematyzowania dokonał w 1971 Abdel Omran. Zaproponował on, aby owe fazy nazwać fazami przejściami epidemiologicznego, i wyróżnił trzy z nich:

- Faza epidemii i głodu – charakteryzująca się wysoką umieralnością spowodowaną głównie chorobami zakaźnymi, niedożywieniem i złymi warunkami życia.
- Faza zaniku epidemii chorób zakaźnych – charakteryzująca się spadkiem umieralności dzięki poprawie higieny, żywienia oraz rozwojowi medycyny.
- Faza chorób przewlekłych – charakteryzująca się tym, że choroby przewlekłe stają się główną przyczyną zgonów.

Koncepcja przedstawiona przez Omrana została rozwinięta później przez Olshansky'ego i Aulta (1986), którzy zaobserwowali w swoich badaniach, że rozwój medycyny i poprawa stylu życia spowodowały wydłużenie życia nawet w przypadku chorób przewlekłych. Dodali zatem czwartą fazę. Była nią:

- Faza opóźnionych chorób degeneracyjnych – w której choroby przewlekłe (np. choroby serca, nowotwory) nadal są główną przyczyną zgonów, ale ich wystąpienie przesuwa się na coraz późniejszy wiek.

Dalszego rozszerzenia teorii dokonali Rogers i Hackenberg, wyszczególniając fazy „hybrydowe", w których różne fazy mogą na siebie nachodzić i mieszać się. Takie zjawiska są obserwowane w krajach doświadczających szybkiego rozwoju ekonomicznego. Przykładem takiej hybrydowej fazy jest wysoka chorobowość z powodu cukrzycy w Indiach, będącej chorobą typową dla fazy chorób przewlekłych, której towarzyszy wysoka zapadalność na gruźlicę, stanowiącej problem zdrowotny fazy epidemii i głodu.

Próby opisu przemian sytuacji zdrowotnej w Polsce na gruncie modelu przejścia epidemiologicznego podjęła się Wiktoria Wróblewska (2009), korzystając przy tym z rutynowo zbieranych danych demograficznych i danych dotyczących umieralności ludności Polski. Wnioski z powyższej analizy mają duże znaczenie dla zdiagnozowania i oceny wyzwań zdrowotnych w Polsce w XXI wieku i są one następujące:

- Zmiany w umieralności niemowląt miały kluczowy wpływ na wydłużenie życia do lat 2000, a od początku XXI wieku większego znaczenia nabrała poprawa przeżywalności osób starszych.
- Zmniejszenie umieralności z powodu chorób układu krążenia od lat 90. przyczyniło się do wzrostu długości życia, zmiany umieralności na choroby nowotworowe już nie miały aż tak znaczącego udziału.
- Wysoka umieralność z przyczyn zewnętrznych, utrzymująca się w okresie transformacji ustrojowej, wskazuje, że polscy mężczyźni doświadczyli „fazy hybrydowej".
- Brak nawrotu chorób zakaźnych sugeruje, że Polska podąża zgodnie z modelem przejścia epidemiologicznego.
- Znaczne różnice w długości życia kobiet i mężczyzn wynikają z gorszego stanu zdrowia mężczyzn i ich opóźnionego przejścia do kolejnych faz epidemiologicznych.

Można zatem uznać, że od lat 90. kobiety, a od 2000 roku także mężczyźni weszli w nowy etap zdrowotny, związany z przewagą chorób przewlekłych. Dalsze badania powinny skupić się na umieralności osób starszych i specyficznych chorobach, takich jak np. cukrzyca czy choroba Parkinsona.

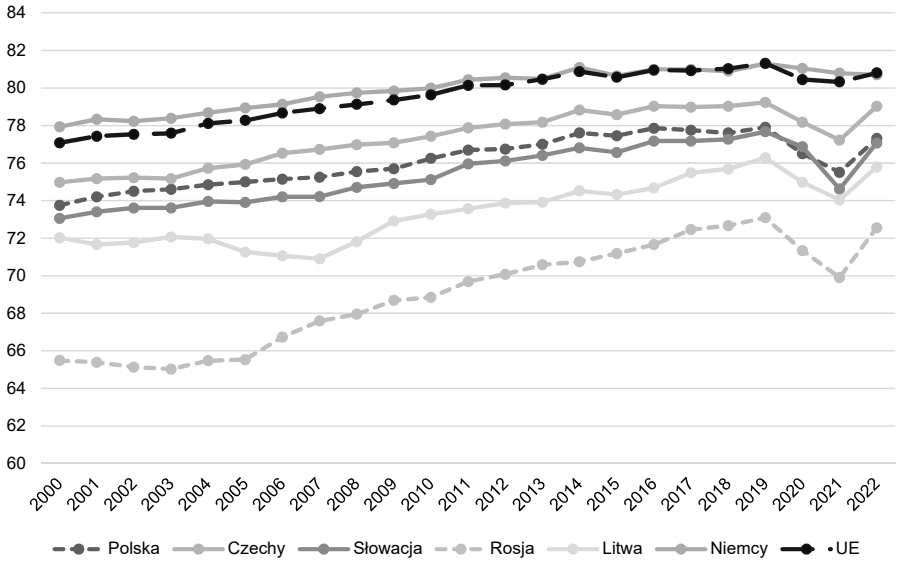
Wymienione wyżej wnioski należy nieco inaczej odczytywać w obliczu doświadczeń związanych z pandemią COVID-19. Doświadczenia te w pewien sposób rewidują podejście do założeń sformułowanych w fazach przejścia epidemiologicznego. Nie doceniano możliwości pojawiania się nagłych epidemii w wyniku pojawiających nowych patogenów (*emerging infectious diseases*) oraz narastania zjawiska antybiotykoodporności,

które zaczyna coraz bardziej zagrażać głównie w starszych grupach wiekowych i wśród osób dotkniętych wielochorobowością.

Zmiany oczekiwanej długości życia w Polsce u progu XXI wieku

Oczekiwana długość życia jest wskaźnikiem zdrowotnym, który w sposób najbardziej syntetyczny opisuje ogólną sytuację zdrowotną ludności – im dłuższa oczekiwana długość życia, tym korzystniejsza sytuacja zdrowotna. Od roku 2000 do 2014 był kontynuowany trend wzrostowy oczekiwanej długości życia w Polsce, lecz tendencja ta wyraźnie wyhamowała po roku 2014. Podobne wyhamowanie, jeśli chodzi o poprawę sytuacji zdrowotnej, widać zresztą od 2014 roku w całej UE (Ryc. 1).

Rycina 1. Zmiany oczekiwanej długości życia w latach 2000–2022 w Polsce, UE i krajach sąsiadujących z Polską w latach 2000–2022



Źródło: Bank Światowy, 2025.

Do załamania sytuacji zdrowotnej ludności doszło w roku 2020 i 2021 w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, w tym Polski, w wyniku pandemii COVID-19. Spośród krajów sąsiadujących z Polską największe

spadki były charakterystyczne dla Słowacji i Litwy. Ubytek w oczekiwanej długości życia zarówno w Polsce, jak i w innych krajach regionu został jednak wyrównany w roku 2022. W Niemczech i przeciętnie w krajach UE utrata oczekiwanej długości życia w wyniku pandemii była znacznie niższa niż w Polsce. Okres pomiędzy rokiem 2000 a 2022 przyniósł w Polsce wzrost oczekiwanej długości życia o 3,6 lat i był on zbliżony do tempa przeciętnego dla UE, gdzie tym samym okresie długość życia wzrosła o 3,7 lat. Taki stan rzeczy budzi jednak niepokój, gdyż świadczy o zbyt powolnej poprawie sytuacji zdrowotnej w Polsce w odniesieniu do dynamicznego rozwoju społeczno-ekonomicznego Polski w tym samym czasie, nawet jeśli wziąć pod uwagę kryzys zdrowotny, jaki spowodował COVID-19.

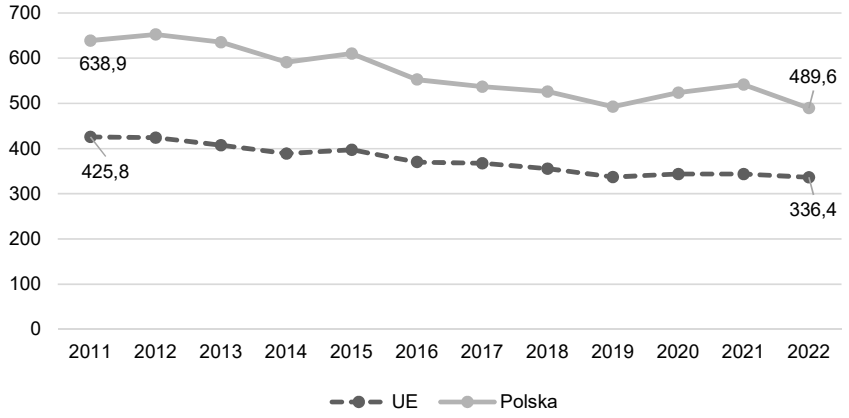
Zmiany w umieralności ludności Polski w porównaniu do UE z powodu najważniejszych przyczyn zgonów ludności i z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia

Dane dotyczące współczynników standaryzowanych ze względu na wiek umieralności, jakie są obliczane przez EUROSTAT, pozwalają na ocenę, jakie kategorie chorób najbardziej zagrażają mieszkańcom poszczególnych krajów. Standaryzacja pozwala na wyeliminowanie efektu różnic demograficznych między populacjami, a co za tym idzie – na dokonywanie porównywań i analizowanie umieralności w poszczególnych państwach i regionach. Dane te pozwalają również na wstępną ocenę zarówno częstości problemów zdrowotnych, jak i ogólną ocenę, jakie czynniki mają udział w zmianach oczekiwanej długości życia.

Jak wspomniano wcześniej, najważniejszą przyczyną zgonów ludności Polski są choroby układu krążenia (ChUK) i to również w przypadku tej kategorii chorób obserwuje się nadal szczególnie wyższe zagrożenie życia niż w krajach UE. Od początku XXI wieku można było obserwować trend spadku umieralności z powodu omawianych przyczyn w Polsce. Między rokiem 2010 a 2022 współczynnik standaryzowany umieralności z powodu ChUK spadł o ponad 23% z poziomu 638,9 do 489,6 na 100 tys. ludności (Ryc. 2). Równolegle przeciętnie w UE tempo spadku umieralności z powodu tej przyczyny było wolniejsze niż w Polsce i współczynnik spadł z 425,8 do 336,4 (spadek o 21%). Można przy tym

zauważyć, że zagrożenie życia ludności Polski z powodu ChUK w roku 2022 nadal utrzymywało się na dość wysokim poziomie i było wyższe o ponad 45% niż przeciętnie w UE. W Polsce można było też zauważyć wzrost umieralności z powodu ChUK podczas pandemii, podczas gdy przeciętnie w krajach UE poziom umieralności utrzymywał się na podobnym poziomie.

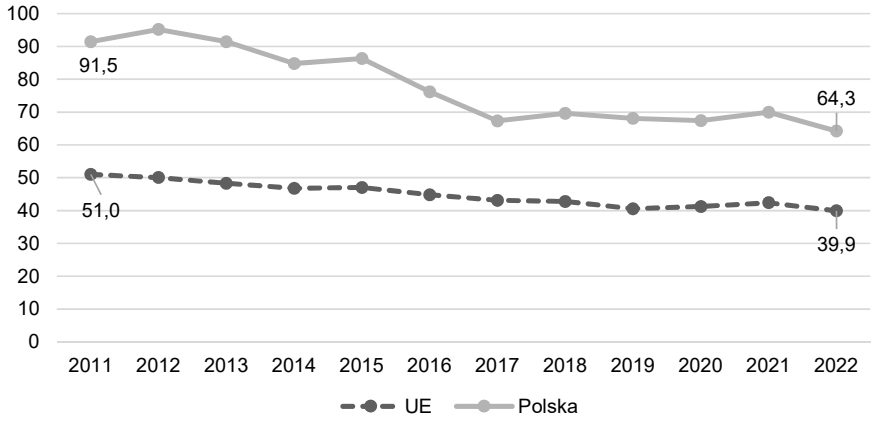
Rycina 2. Standaryzowany względem wieku współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia (I00–I99) na 100tys. ludności w latach 2011–2022 w Polsce i przeciętnie UE



Źródło: EUROSTAT, 2025.

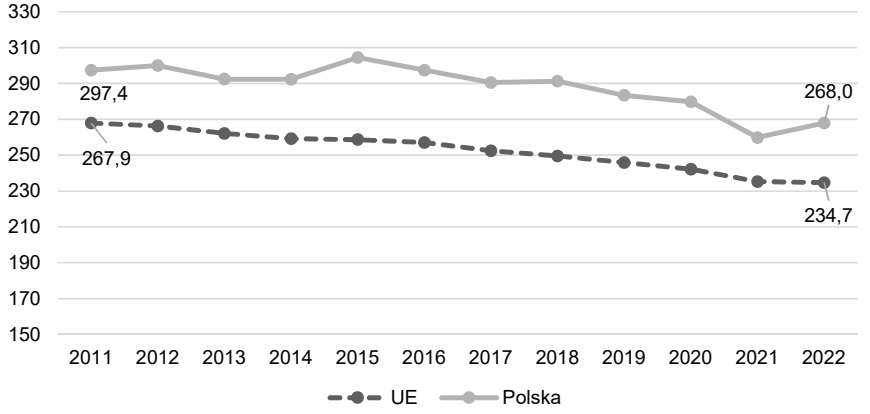
Zjawiskiem niepokojącym z punktu widzenia zdrowia publicznego jest obserwowana wysoka nadwyżka umieralności z powodu ChUK w stosunku do średniej krajów UE w młodszych grupach wiekowych poniżej 65 lat. Jeszcze w roku 2011 zagrożenie życia Polaków w ramach omawianej kategorii zgonów było nawet o 79% wyższe niż przeciętnie w UE (Ryc. 3). Do roku 2021 nastąpiła znaczna poprawa, a współczynnik standaryzowany umieralności na 100 tys. ludności spadł o blisko 30% i w roku 2022 zagrożenie życia w młodszych grupach wiekowych było o 61% wyższe niż przeciętnie w UE. Warto dodać, że w młodszych grupach wiekowych pandemia COVID-19 nie przyczyniła do wzrostu częstości zgonów z powodu ChUK w Polsce. Mimo to nadwyżka umieralności nadal jest wysoka, a trend spadkowy umieralności wyhamował po roku 2017.

Rycina 3. Standaryzowany względem wieku współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia (I00–I99) na 100 tys. ludności w grupie wiekowej poniżej 65 lat w latach 2011–2022 w Polsce i przeciętnie UE



Źródło: EUROSTAT, 2025.

Rycina 4. Standaryzowany względem wieku współczynnik umieralności z powodu chorób nowotworowych (C00–C97) na 100 tys. ludności w latach 2011–2022 w Polsce i przeciętnie UE



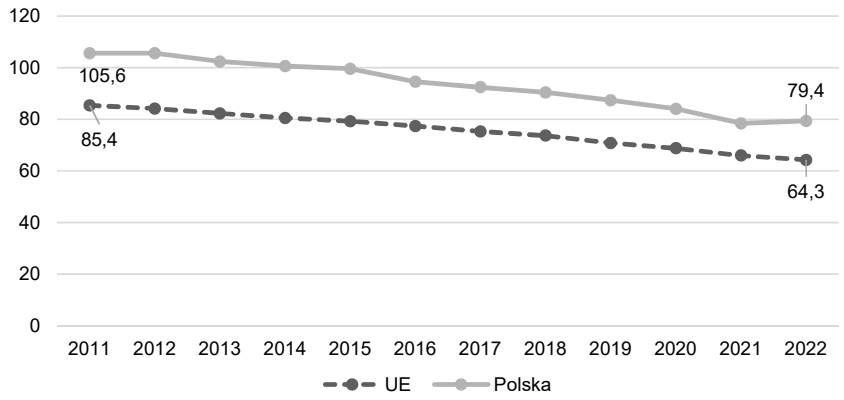
Źródło: EUROSTAT, 2025.

Gorsze dynamiki spadku umieralności można było za to zaobserwować w przypadku drugiej najważniejszej przyczyny umieralności ludności Polski – chorób nowotworowych. Mimo niższej zapadalności na choroby nowotworowe w Polsce niż w Europie Zachodniej, w Polsce

utrzymuje się wyższe zagrożenie życia z powodu nowotworów niż przeciętnie w krajach UE, co wskazuje na wyższą śmiertelność (niższą przeżywalność) z powodu nowotworów. Podobnie jak w krajach UE można mówić jednak o słabo zaznaczonym trendzie spadkowym współczynnika umieralności. W latach 2011–2021 zagrożenie życia ludności Polski z powodu choroby nowotworowej obniżyło się o niecałe 10%, natomiast przeciętnie w całej UE o ponad 12% (Ryc. 4). Tempo spadku umieralności w Polsce byłoby jeszcze wolniejsze, gdyby nie zaobserwowany podczas pandemii COVID-19 punktowy spadek umieralności z powodu nowotworów, wynikający najprawdopodobniej z częstszego wpisywania w przyczynie wyjściowej diagnozy COVID-19 u pacjentów onkologicznych.

W latach 2011–2021 można było zaobserwować wyraźną dynamikę spadkową umieralności z powodu nowotworów wśród młodszych grup wiekowych (poniżej 65 lat) w Polsce i w UE. W omawianym okresie zagrożenie życia z powodu nowotworów w grupie wiekowej poniżej 65 lat zmniejszyło się blisko o jedną czwartą zarówno w Polsce, jak i przeciętnie w UE (Ryc. 5). Mimo pozytywnych zmian przez cały omawiany okres utrzymywała się w Polsce kilkunastoprocentowa nadwyżka umieralności z powodu nowotworów.

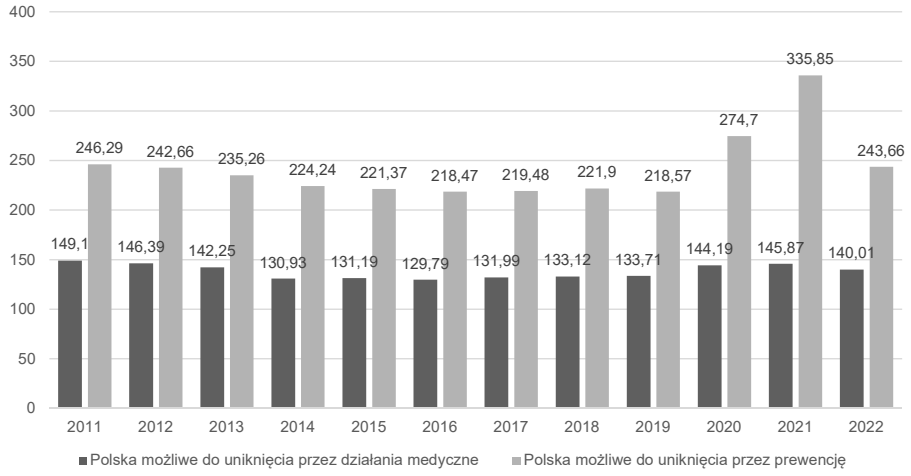
Rycina 5. Standaryzowany względem wieku współczynnik umieralności z powodu chorób nowotworowych (C00–C97) na 100 tys. ludności w grupie wiekowej poniżej 65 lat w latach 2011–2022 w Polsce i przeciętnie UE



Źródło: EUROSTAT, 2025.

Aby lepiej analizować wskaźniki umieralności w kontekście wyzwań zdrowotnych, EUROSTAT we współpracy z OECD wprowadził metodologię obliczania umieralności możliwej do uniknięcia (*avoidable mortality*). Do kategorii tej zalicza się m.in. wybrane choroby zakaźne, nowotwory, schorzenia endokrynologiczne i metaboliczne, a także niektóre choroby układu nerwowego, krążenia, oddechowego, pokarmowego i moczowo-płciowego. Uwzględniono też niektóre powikłania związane z ciążą i porodem, wady wrodzone, negatywne skutki interwencji medycznych, urazy oraz skutki alkoholu i substancji psychoaktywnych. W ramach kategorii umieralności możliwej do uniknięcia zdecydowano się wyszczególnić dwie podkategorie: zgony, którym można zapobiec dzięki interwencjom medycznym (*treatable deaths*), oraz zgony możliwe do uniknięcia poprzez działania profilaktyczne (*preventable deaths*). Porównania krajów UE wskazują na utrzymujące się duże nierówności pomiędzy państwami w zakresie współczynnika standaryzowanego umieralności z przyczyn możliwych do uniknięcia, przy czym Polska należy do państw o znacznie wyższym niż średnia UE poziomie umieralności zarówno z powodu zgonów możliwych do uniknięcia przez działania profilaktyczne, jak i przez interwencje medyczne. Okoliczności te świadczą o wciąż znacznym potencjale poprawy sytuacji zdrowotnej w naszym kraju poprzez działania zdrowia publicznego, jak i też przez poprawę funkcjonowania opieki medycznej. Dostępne dane opracowane przez EUROSTAT wskazują, że współczynnik umieralności z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia systematycznie spadał pomiędzy 2011 i 2019 (Ryc. 6). W przypadku umieralności możliwej do uniknięcia przez działania profilaktyczne współczynnik na 100 tys. ludności spadł w Polsce z 246,3 do 218,6 w roku 2019 (o ponad 11%), podczas gdy przeciętnie w UE omawiany współczynnik spadł bardziej – z blisko 178 do 154,0 (o ponad 13%). Umieralność możliwa do uniknięcia w wyniku działań medycznych spadała w Polsce w latach 2011–2019 z poziomu 149,1 na 100 tys. ludności w roku 2011 do 133,7 w 2019 (o ponad 10%). Przeciętnie w krajach UE spadek tego wskaźnika był dynamiczniejszy i współczynnik spadł z 103,4 do 89,2 (blisko o 14%). Pomimo pozytywnych zmian nadal utrzymuje się dystans pomiędzy wskaźnikiem ogólnopolskim i przeciętnym w UE. Trzeba przy tym dodać, że współczynniki umieralności z przyczyn możliwych do uniknięcia dzięki działaniom prewencyjnym wyraźnie wzrosły w Polsce i w całej UE podczas pandemii, co może świadczyć o silnym zaznaczeniu się zjawiska tzw. długu zdrowotnego.

Rycina 6. Standaryzowany względem wieku współczynnik umieralności z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia na 100 tys. ludności wśród osób poniżej 75. roku życia



Źródło: EUROSTAT, 2025.

Główne obciążenia zdrowotne społeczeństwa polskiego w świetle lat życia skorygowanych o niepełnosprawność (DALY)

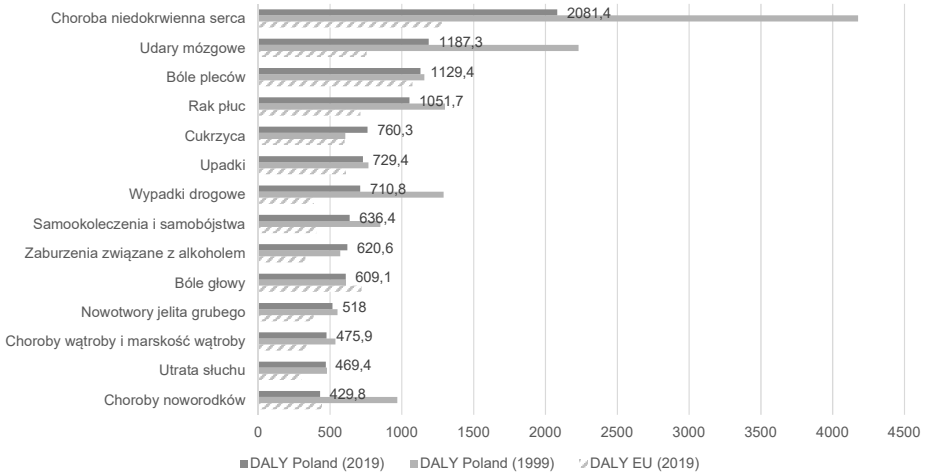
Powszechnie używanym w epidemiologii i zdrowiu publicznym wskaźnikiem syntetycznym służącym do oceny skali obciążenia populacji problemami zdrowotnymi są lata życia skorygowane o niepełnosprawność (*Disability-Adjusted Life* – DALY). Wskaźnik ten oprócz szkód zdrowotnych wywołanych umieralnością mierzy również efekt wywołany przez chorowanie i niepełnosprawność spowodowaną przez problemy zdrowotne (Murray & Lopez, 1996). Na DALY składają się dwie miary:

- lata utracone z powodu przedwczesnej śmierci (*Years of Life Lost* – YLL),
- lata przeżyte z niepełnosprawnością (*Years Lived with Disability* – YLD).

DALY jest wykorzystywany do porównań sytuacji zdrowotnej przez takie instytucje międzynarodowe jak WHO i OECD, a w Polsce znajduje zastosowanie do oceny potrzeb zdrowotnych w ramach map potrzeb

zdrowotnych. Analizy opublikowane przez Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) Uniwersytetu Waszyngtońskiego w Seattle w ramach badania Global Burden of Disease (GBD) pozwalają na ocenę, jak zmienił się standaryzowany względem wieku współczynnik utraconych lat życia (DALY) pomiędzy 1999 a 2019 rokiem, kiedy dokonano ostatnich oszacowań DALY. Należy zatem stosować pewną ostrożność, gdyż obliczenia te nie uwzględniają potencjalnego efektu tzw. długu zdrowotnego po pandemii COVID-19 po roku 2022. Choroba niedokrwienna serca (ChNS) i udary, czyli najważniejsze przyczyny umieralności w ramach chorób układu krążenia, nadal stanowią największe problemy, odpowiadając za blisko 21,2% obciążenia chorobami w Polsce, mierzonego w DALY (Ryc. 7). Nadwyżka współczynnika DALY wobec przeciętnego w UE jest nadal wysoka i wynosi niemal 63% w przypadku ChNS i 57% w przypadku udarów. Porównania DALY pozwalają też na ocenę skutków zdrowotnych problemów zdrowotnych, które nie cechują się wysoką umieralnością, ale są powszechne i powodują długotrwałe niesprawności. Takim problemem są bóle pleców, które po ChNS i udarach stanowią trzecią przyczynę utraty lat życia. Niepokojącą zmianą pomiędzy rokiem 1999 a 2019 jest wzrost współczynnika DALY z powodu zaburzeń związanych z alkoholem w Polsce, w ramach którego utrzymuje się też najwyższa nadwyżka wskaźnika w porównaniu do UE – 89%. Kolejnym niepokojącym zjawiskiem jest wzrost znaczenia cukrzycy jako problemu zdrowotnego obciążającego polskie społeczeństwo. Najbardziej pozytywną zmianą, jaka nastąpiła w Polsce, jest zaś ograniczenie problemów zdrowotnych niemowląt.

Rycina 7. Najważniejsze 14 problemów zdrowotnych przyczyniających się do obciążenia populacji problemami zdrowotnymi w Polsce i w UE latach 1999 i 2019 według standaryzowanego względem wieku na 100 000 ludności współczynnika DALY



Źródło: IHME, 2020.

Główne czynniki przyczyniające się do najbardziej obciążających problemów zdrowotnych

Analizy dotyczące wskaźnika DALY obejmują także ocenę udziału czynników ryzyka problemów zdrowotnych w kształtowaniu się obciążeń zdrowotnych. Obliczenia dokonane dla Polski pokazały, że palenie tytoniu od 2011 roku jest nadal najważniejszym czynnikiem behawioralnym przyczyniającym się do utraty lat przeżytych w zdrowiu, choć obserwowany spadek palących pomiędzy rokiem 2011 a 2019 przyczynił się do obniżenia współczynnika DALY na 100 tys. ludności o wartość 447 (Tab. 1). Drugim czynnikiem przyczyniającym się do obciążeń zdrowotnych w Polsce jest nadciśnienie tętnicze. Poprawa kontroli tego czynnika pozwoliła obniżyć współczynnik DALY między 2011 a 2019 rokiem 528,5. Największe korzyści zdrowotne przyniosła zaś poprawa jakości powietrza pomiędzy 2011 a 2019. Niepokój budzą negatywne zmiany dotyczące zwiększania się odsetka Polaków z nadwagą, wzrost częstości podwyższonego stężenia cukru we krwi, pogorszenie się diety

i problemy związane z używaniem alkoholu, które przyczyniły się do wzrostów współczynnika DALY w latach 2011–2019. Warto zauważyć, że czynniki, które najbardziej przyczyniają do utraty DALY, tj. palenie czy dieta, mają charakter behawioralny, a zatem mogą być modyfikowalne przez realizację polityk.

Tabela 1. Najważniejsze czynniki wpływające na obciążenie populacji Polski problemami zdrowotnymi w roku 2011 i w roku 2019

Czynnik ryzyka	Miejsce w rankingu w 2011	Miejsce w rankingu w 2019	Efekt zmian czynnika na zmianę współczynnika DALY na 100 tys. w Polsce pomiędzy 2011 i 2019
Tytoń	1	1	−447
Wysokie ciśnienie tętnicze krwi	2	2	−528,5
Niewłaściwa dieta	3	3	+73,8
Podwyższony poziom glukozy we krwi	5	4	+582,3
Wysoki indeks BMI	4	5	+411,5
Używanie alkoholu	7	6	+49,2
Zanieczyszczenie powietrza	6	7	−589,3
Podwyższony poziom frakcji LDL we krwi	8	8	−141,2
Niewydolność nerek	9	9	−26,6
Czynniki zawodowe	10	10	+16,4

Źródło: IHME, 2020.

Refleksja systematyczna w wnioskami i rekomendacjami

Utrwalające się nowe zjawiska związane ze stylem życia ludności zagrażające zdrowiu publicznemu i potencjalnie kształtujące sytuację epidemiologiczną w przyszłości

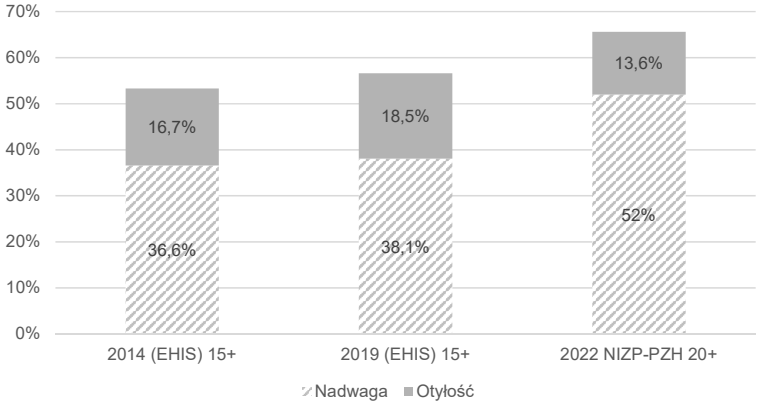
Przy omawianiu kształtowania się sytuacji zdrowotnej mieszkańców Polski w XXI wieku nie sposób nie odwołać się do zaznaczających się i utrwalających procesów, które wpływają na ekspozycję na czynniki ryzyka chorób. Najważniejszym niekorzystnym zjawiskiem

demograficznym, fundamentalnie wpływającym na kondycję zdrowotną Polski, jest starzenie się społeczeństwa. Warto przy tym dodać, że działania mające na celu wstrzymywanie procesu starzenia się populacji są ograniczone, dlatego w omawianym kontekście warto wymienić inne zainicjowane i utrwalające się procesy w związku z sytuacją zdrowotną, które powiązane są z czynnikami behawioralnymi. W tym kontekście warto wymienić następujące zjawiska i procesy: wzrost częstości nadwagi, wyhamowanie spadku odsetka ludności regularnie palącej tytoń i wzrost częstości używania e-papierosów wśród dzieci i młodzieży, zwiększająca się dostępność alkoholu i utrzymująca się wysoka umieralności z przyczyn związanych z alkoholem, utrzymujący się niski udział osób w badaniach przesiewowych.

Wzrost częstości nadwagi

Jak wspomniano wcześniej, zanotowano pewne osiągnięcia dotyczące zmian w żywieniu się Polaków w postaci ograniczenia konsumpcji nasyconych kwasów tłuszczowych, można natomiast zauważyć narastanie problemu wzrostu konsumpcji cukru w diecie Polaków. W ramach badań budżetów domowych GUS w latach 2008–2017 wzrosła przeciętna ilość cukru spożywanego przypadająca na mieszkańca Polski z 38,4 kg do 44,5 kg – głównie w napojach i produktach wysoko przetworzonych. Wysoka gęstość energetyczna diety i niska aktywność fizyczna są czynnikami ryzyka rozwoju cukrzycy, nadwagi i otyłości, które coraz silniej oddziałują na zwiększenie utraconych lat życia w Polsce. Na podstawie zharmonizowanego przez EUROSTAT badania ankietowego EHIS oszacowano, że w 2014 roku 36,6% Polaków powyżej 15. roku życia miało nadwagę, a 16,7% otyłość; w kolejnej edycji badania z roku 2019 odsetki te były wyższe i wynosiły odpowiednio 38,7% i 18,5% (Ryc. 9). Badanie populacyjne przeprowadzone w 2022 w grupie wiekowej powyżej 20. roku życia przez NIZP-PZH wskazało na wyższy odsetek Polaków zmagających się z nadwagą niż w badaniach EHIS – 52%, natomiast odsetek osób otyłych był niższy i wynosił 13,6% (Poznańska i in., 2020). Prognozy nie są jednak optymistyczne: według nich odsetek Polaków będących otyłych wzrośnie do 33% w roku 2035 (Lobstein i in., 2023).

Rycina 8. Odsetek populacji z nadwagą wśród osób powyżej 15. roku życia w Polsce według badań EHIS przeprowadzonych w 2014 i 2019 roku oraz według badania NIZP-PZH przeprowadzonego wśród osób powyżej 20. roku życia w 2022 roku



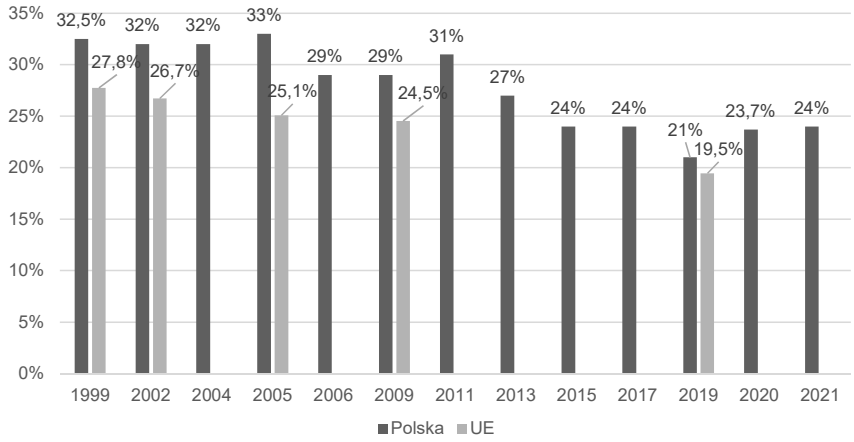
Źródło: EUROSTAT, 2025; NIZP-PZH, 2022.

Wyhamowanie spadku odsetka ludności regularnie palącej tytoń i wzrost częstości używania e-papierosów wśród dzieci i młodzieży

W Polsce w dłuższym czasie zarysował się trend spadkowy osób palących, szczególnie zaznaczony wg danych WHO pomiędzy 2011 a 2019 rokiem (Ryc. 9). Oszacowania przed pandemią pokazywały, że udział palących tytoń był zbliżony do poziomu przeciętnego w krajach UE. Po pandemii można jednak było zauważyć w niektórych badaniach, że doszło do wyraźnego wzrostu odsetka codziennie palących nawet do blisko 29% w roku 2022 (Jankowski i in., 2022). Podobnie wysoki odsetek palących Polaków był obserwowany w 2009 roku. Kolejnym niekorzystnym zjawiskiem jest obserwowalny w Polsce skokowy wzrost inicjacji i odsetka użytkowników e-papierosów wśród młodzieży. Warto przy tym nadmienić, że tendencja ta jest ogólnoświatowa. Badanie przeprowadzone wśród osób poniżej 18. roku życia przez Stowarzyszenie do Walki z Rakiem Płuc z 2024 r. pokazało, że do palenia lub używania produktów z nikotyną przyznało się 76,8% ankietowanych uczniów. Według tych badań e-papierosów używa blisko połowa (47,6%) badanych

uczniów. Stanowi to poważny wzrost wobec podobnego badania przeprowadzonego przez Rzecznika Praw Dziecka w roku 2020, gdzie oszacowano, że 23% nastolatków w Polsce paliło e-papierosy. Polska jest uznawana za kraj o jednym z najwyższych odsetków młodzieży używającej e-papierosów w Europie (WHO, 2024).

Rycina 9. Odsetek palących regularnie tytoń w Polsce i przeciętnie w UE



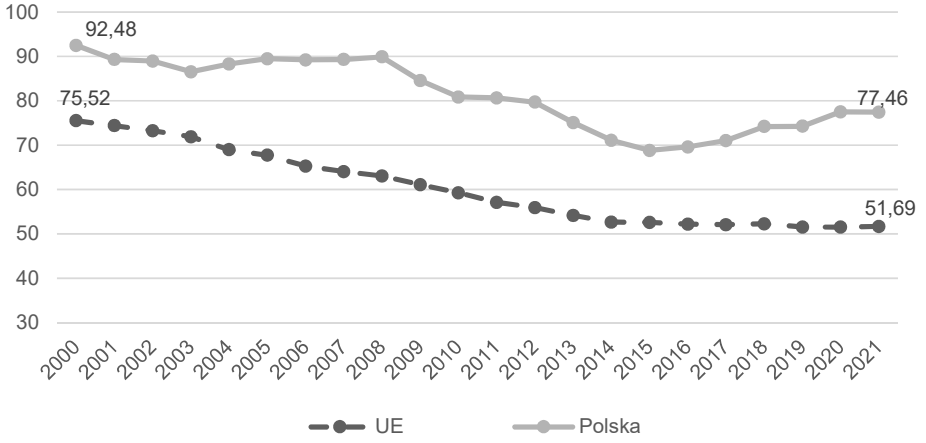
Źródło WHO HFA Database, 2025.

Zwiększająca się dostępność alkoholu i utrzymująca się wysoka umieralność z przyczyn związanych z alkoholem

Na początku XXI wieku doszło do znacznego wzrostu spożycia wyrobów alkoholowych w Polsce i do stale utrzymującego się poziomu konsumpcji powyżej 9 l czystego alkoholu na osobę rocznie. Od roku 2002 wg Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom zwiększała się dostępność do wyrobów alkoholowych. Za przeciętną miesięczną pensję można było kupić w 2022 roku o blisko 140% więcej butelek piwa o pojemności 0,5 l niż w 2002 roku i ponad 140% więcej butelek wódki 40% o pojemności 0,5 l. Długotrwałe skutki wysokiego spożycia alkoholu w społeczeństwie spowodowały szkody zdrowotne w postaci utrzymującej się wysokiej umieralności z powodów związanych z alkoholem względem poziomu w krajach UE (Ryc. 10). W piśmiennictwie

też podkreśla się, że w ciągu ostatnich 20 lat Polska nie wprowadza znaczących regulacji celem zmniejszenia dostępności alkoholu (Janik-Koncewicz 2024). Sytuacja wymaga działań, gdyż alkohol jako czynnik ryzyka między 2011 a 2019 rokiem awansował na 6. miejsce, jeśli chodzi o czynniki najbardziej przyczyniające się do utraty lat życia (DALY). Również coraz więcej badań pokazuje znacznie bardziej szkodliwe działanie alkoholu na zdrowie człowieka i jego rolę jako jednego z najpowszechniejszych kancerogenów.

Rycina 10. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu wybranych przyczyn zależnych od alkoholu na 100 tys. ludności wg metodyki bazy WHO HFA w Polsce i w UE



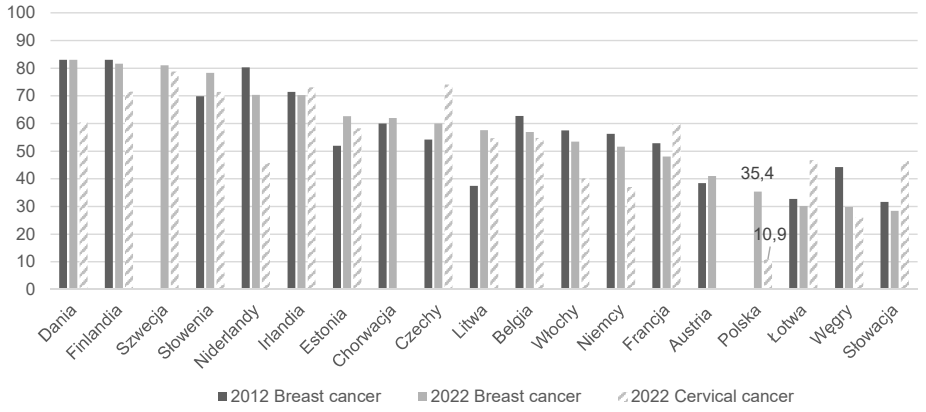
Źródło WHO HFA Database, 2025.

Utrzymujący się niski udział osób w badaniach przesiewowych

W Polsce istnieje problem niższej niż przeciętnie w krajach UE przeżywalności z powodów nowotworów, która również wpływa na większe zagrożenie życia z powodu raka. Wczesne wykrywanie raka jest jednym z najważniejszych narzędzi, które może skutecznie ograniczyć obserwowaną nadumieralność i szkody zdrowotne w obszarze chorób nowotworowych. Z tego powodu w Polsce w roku 2006 wprowadzono ogólnopolskie programy badań przesiewowych w kierunku raka piersi i szyjki macicy, a od 2012 raka jelita grubego. Wprowadzenie programów nie spotkało się

z właściwym odzewem społeczeństwa. Udział w badaniach przesiewowych od początku nie był zadowalający z punktu widzenia zakładanych efektów. Według NFZ 31,9% kobiet zgłasza się na mammografię w ramach programu profilaktycznego, a na cytologię nieco ponad 11% (dane z lutego 2025). Szczególnie niepokojący w tym kontekście jest spadek uczestnictwa w badaniach mammograficznych w stosunku do ostatnich 3 lat i utrzymujący się wyjątkowo niski odsetek kobiet decydujących się na badania cytologiczne. Obecnie według EUROSTAT-u Polska należy do państw UE o jednym z najgorszych wskaźników uczestnictwa w populacyjnych badaniach profilaktycznych w kierunku raka (Ryc. 11). Zjawiska te częściowo wskazują na problem niższych kompetencji zdrowotnych polskiego społeczeństwa oraz konieczność podjęcia programów edukacji zdrowotnej zainicjowanych już w szkołach, jak i też wprowadzenia narzędzi, by zwiększyć udział społeczeństwa w badaniach profilaktycznych.

Rycina 11. Odsetki osób uczestniczących w populacyjnych badaniach przesiewowych w kierunku raka piersi, raka szyjki macicy w wybranych krajach UE



Źródło: EUROSTAT, 2024.

Konkluzja

Ogólna sytuacja zdrowotna ludności Polski w XXI wieku stale się poprawiała, choć tempo tej poprawy, biorąc pod uwagę pozytywne zmiany w sytuacji zdrowotnej w innych państwach UE, nie do końca powinno zadowalać. Pozytywne zmiany znacznie wyhamowały po 2014 roku,

a pandemia COVID-19 wskazała na szczególną wrażliwość społeczeństwa na nagłe kryzysy zdrowotne z uwagi między innymi na wyższą chorobowość na choroby przewlekłe. Wiele zjawisk epidemiologicznych charakterystycznych dla Polski – takich jak utrzymująca się wysoka różnica pomiędzy oczekiwaną długością życia mężczyzn i kobiet, zmniejszająca się, ale nadal wysoka nadwyżka w stosunku do przeciętnej w UE umieralności z powodu chorób krążenia czy też wyższe zagrożenie życia z powodu nowotworów niż przeciętnie w UE przy równocześnie niższej relatywnie niż w krajach Europy Zachodniej zapadalności – wymaga jeszcze większej uwagi i podjęcia wycelowanych, efektywnych działań prewencyjnych. Polska charakteryzuje się na tle innych państw UE wysoką umieralnością z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia w wyniku działań prewencyjnych, a to oznacza, że dzięki odpowiednio zorganizowanej, skutecznej edukacji zdrowotnej i prewencji istnieje potencjał, by przyspieszyć poprawę zdrowia polskiego społeczeństwa. Wymaga to podejmowania działań wielosektorowych, koncentrujących wiele polityk na rzecz zdrowia zgodnie z paradygmatem WHO, jakim jest zdrowie we wszystkich politykach. Ważna przy tym jest też dobrze zorganizowana edukacja zdrowotna, kształtująca kompetencje zdrowotne obywateli i zwalczanie coraz powszechniejszej dezinformacji medycznej. Procesy starzenia się populacji prowadzą do wkraczania do Polski fazy opóźnionych chorób degeneracyjnych zgodnie z teorią przejścia epidemiologicznego. Przy okazji tej fazy pojawiają się częściej choroby neurodegeneracyjne oraz zwyrodnieniowe. Oznacza to zwrócenie uwagi na interwencje mające na celu polepszenie czynnej opieki medycznej i polityki senioralnej.

Bibliografia

Bandosz, P., O'Flaherty, M., Drygas, W., Rutkowski, M., Koziarek, J., Wyrzykowski, B., Bennett, K., Zdrojewski, T., & Capewell, S. (2012). Decline in mortality from coronary heart disease in Poland after socioeconomic transformation. Modelling study. *BMJ*, *344*, d8136. DOI: 10.1136/bmj.d8136

Bobak, M. (1999). Health and Mortality Trends in Countries with Economies in Transition. W: *Health and Mortality – Issues of Global Concern* (s. 203–226). Proceedings of the Symposium on Health and

Mortality. Brussels 19–22 November 1997. New York: Population Division United Nations.

Didkowska, J., Wojciechowska, U., & Zatoński, W. (2009). *Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025*. Warszawa: Centrum Onkologii Instytut im Marii Curie-Skłodowskiej, Krajowy Rejestr Nowotworów. Pobrano z: https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2022-05/Prognozy_2025.pdf (dostęp: 03.03.2025).

Goryński, P., & Wojtyniak, B. (2007). Sytuacja zdrowotna ludności Polski i Narodowy Program Zdrowia 2006–2015. *Reumatologia*, *45/1* (supl. 1), 5–17.

Janik-Koncewicz, K. (2024). Exposure of the Polish population to alcohol. Alcohol-related health harm, its causes and possible solutions. *Journal of Health Inequalities*, *10*(2), 138–139. DOI: 10.5114/jhi.2024.145099

Jankowski, M., Ostrowska, A., Sierpiński, R., Skowron, A., Sytnik-Czetwertyński, J., Giermaziak, W., Gujski, M., Wierzba, W., & Pinkas, J. (2022). The Prevalence of Tobacco, Heated Tobacco, and E-Cigarette Use in Poland: A 2022 Web-Based Cross-Sectional Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(8), 4904. DOI: 10.3390/ijerph1908490

Lobstein, T., Jackson-Leach, R., Powis, J., Brinsden, H., & Gray, M. (2023). *World Obesity Atlas 2023*. World Obesity Federation.

Murray, C.M., & Lopez, A.D. (1996). *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston: Harvard University Press.

Olshansky, S.J., & Ault, A.B. (1986). The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. *The Milbank Quarterly*, *64*(3), 355–391.

Omran, A.R. (1971). The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, *49*(4), 509–538.

Poznańska, A., Rabczenko, D., & Wojtynik, B. (2022). Rozpowszechnienie behawioralnych czynników ryzyka zdrowotnego i jego zmiany w okresie pandemii COVID-19. W: B. Wojtyniak & P. Goryński (Red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania* (s. 497–513). Kraków: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

WHO (2024). *Prevalence of tobacco and e-cigarette use by young people in the WHO European Region*. World Health Organization.

Wojtyniak, B., & Stokwiszewski, J. (2015). Trendy czasowe umieralności ogółem oraz z powodu głównych grup przyczyn: chorób układu krążenia nowotworów złośliwych oraz przyczyn zewnętrznych w Polsce na tle sytuacji w krajach UE15. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, *13*(4), 316–327. DOI: 10.4467/20842627OZ.15.033.5460

Wojtyniak, B., Goryński, P., & Moskalewicz, B. (Red.). (2012). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Kraków: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

Wróblewska, W. (2009). Teoria przejścia epidemiologicznego oraz fakty na przełomie wieków w Polsce. *Studia Demograficzne*, *1*(155), 110–159.

Zatoński, W. A., & Zatoński, M. (2016). Democracy is healthier – health in Poland in the late 1980s and 1990s. *Journal of Health Inequalities*, *2*(1), 17–24. DOI: 10.5114/jhi.2016.61414

Zatoński, W., Przewoźniak, K., Sulkowska, U., Mańczuk, M., & Gumkowski, J. (2009). Palenie tytoniu w populacji mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 1974–2004. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, *7*(2), 4–11.

Sebastian Sikorski
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
https://orcid.org/0000-0002-7974-9537
https://doi.org/10.35765/slowniki.560

Prawo do ochrony zdrowia

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Prawo każdego do ochrony zdrowia należy do praw podstawowych i jest ściśle związane z prawem do życia – innym prawem podstawowym. Tym samym prawo do ochrony zdrowia zalicza się do wartości zasadniczych w demokratycznym państwie prawa. Jest ono ustanowione w art. 68 ust. 1 Konstytucji RP i usytuowane bardzo wysoko w hierarchii polskiego systemu prawnego.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Początki konstytucyjnych gwarancji prawa do ochrony zdrowia na ziemiach polskich znaleźć można już na gruncie Konstytucji marcowej. W Konstytucji kwietniowej odstąpiono od regulacji w tym zakresie, aby do niej powrócić w Konstytucji PRL z 1952 r. Zgodnie z obowiązującą dziś Konstytucją z roku 1997, art. 68 ust. 1: „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia".

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Prawo do ochrony zdrowia jest wysokiej rangi normą konstytucyjną o specyficznej problematyce. Zgodnie z przepisami Konstytucji jego beneficjentem jest każdy człowiek, a nie tylko obywatele, zaś adresatem obowiązku realizacji są wszyscy, nie tylko – nawet jeśli przede wszystkim – władze publiczne.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Prawo do ochrony zdrowia realizuje się przede wszystkim przez możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia zabezpieczającego świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych, ale nie powinno ograniczać się do niego. Ponadto prawo do ochrony zdrowia nie powinno być traktowane tylko jako norma programowa, stanowiąc nakaz

rozwijania odpowiednich rozwiązań na poziomie ustawowym; wymaga ono w pełni realnych i skutecznych gwarancji uprawnień.

Słowa kluczowe: prawo do ochrony zdrowia, prawo do świadczeń finansowanych ze środków publicznych

Definicja pojęcia

Prawo do ochrony zdrowia jest elementem zbioru wartości związanych z ochroną zdrowia i ma zasadnicze znaczenie w demokratycznym państwie prawa. Za punkt wyjścia do analizy tego pojęcia należy przyjąć przepis art. 68 ust. 1 Konstytucji RP, w którym prawo to zostało zawarte. Takie ujęcie podyktowane jest konstrukcją obowiązującego w naszym kraju systemu prawnego, zbudowanego w ramach zamkniętego katalogu źródeł prawa powszechnie obowiązującego, opartego na zasadzie hierarchicznego podporządkowania, gdzie najważniejszym aktem prawnym – mającym najwyższą moc prawną – jest właśnie Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej.

Prawo każdego do ochrony zdrowia jest jednym z praw podstawowych. Jest to prawo ściśle związane i uwarunkowane innym prawem podstawowym, a mianowicie prawem do życia.

Analiza historyczna pojęcia

Gwarancja prawa do ochrony zdrowia przeszła ewolucję od ujęcia indywidualistycznego aż po postrzeganie przez pryzmat podstawowych potrzeb socjalnych. Regulacja prawna w tym zakresie na poziomie konstytucyjnym pojawiła się – chociaż w ograniczonym zakresie – w Konstytucji marcowej, by następnie ulec degradacji na mocy Konstytucji kwietniowej. Poszerzenie skali regulacji w tym zakresie zdrowotnym nastąpiło w Konstytucji PRL z 1952 r. Należy jednak podkreślić, że cechą tego okresu było rozdwojenie sfery zjawisk na sferę formalną i oficjalną oraz sferę rzeczywistą. Ustawa Konstytucyjna z dnia 17 października 1992 r. o wzajemnych stosunkach między władzą ustawodawczą i wykonawczą Rzeczypospolitej Polskiej oraz o samorządzie terytorialnym, zwana Małą Konstytucją, zastępując Konstytucję z 1952 r., była w założeniu aktem tymczasowym i niepełnym. Nadal obowiązywały zaś przepisy „starej" ustawy zasadniczej, w tym dotyczące praw i wolności obywatelskich.

Ujęcie problemowe pojęcia

Konstytucja RP reguluje całokształt kwestii ustrojowych, normuje zasady ustroju państwa, organizację i strukturę organów władzy publicznej oraz (co szczególnie istotne z punktu widzenia omawianej problematyki) stanowi o wolnościach i prawach człowieka i obywatela.

Zgodnie z przywołanym przepisem art. 68 ust. 1 Konstytucji RP: „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia". Beneficjentem tego prawa jest więc każdy człowiek, adresatem obowiązku sformułowania zasad realizacji prawa do ochrony zdrowia, warunków i zakresu udzielania świadczeń są zaś władze publiczne. Oznacza to, że prawo do ochrony zdrowia może być zagwarantowane pod warunkiem istnienia ochrony zdrowia w ujęciu systemowym. Na system ochrony zdrowia składa się szeroki zakres działań, które tworzą konsekwentną (logiczną) i całościową perspektywę zdrowotną w kontekście społeczeństwa i jego obywateli. Działania te obejmują zarówno zdrowie publiczne, opiekę zdrowotną, opiekę długoterminową, rehabilitację, opiekę społeczną, jak i opiekę paliatywną (Karkowska, 2009, 216–217).

Jednocześnie realizacja prawa do ochrony zdrowia jest funkcjonalnie związana w szczególności z prawem do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Dostęp do tych świadczeń warunkuje bowiem realizację prawa do ochrony zdrowia. Umieszczenie w Konstytucji RP w jednym przepisie prawa do ochrony zdrowia oraz obowiązku władz publicznych zapewnienia opieki zdrowotnej poprzez skonstruowanie systemu zapewniającego udzielanie świadczeń zdrowotnych dla wszystkich na równych zasadach niezależnie od sytuacji materialnej potwierdza ten funkcjonalny związek.

Trybunał Konstytucyjny (TK) w swoim orzecznictwie wskazuje, że na gruncie art. 68 ust. 2 Konstytucji RP:

> nie chodzi o dostępność jedynie formalną, deklarowaną przez przepisy prawne o charakterze „programowym", ale o dostępność rzeczywistą, stanowiącą realizację określonego w ust. 1 art. 68 Konstytucji prawa do ochrony zdrowia (*verba legis*: „władze publiczne (…) zapewniają…"). Sformułowanie Konstytucji jest kategoryczne i ma charakter gwarancyjny (Wyrok TK z 7.01.2004 r., K 14/03).

Dlatego w doktrynie podkreśla się, że prawo do ochrony zdrowia przewidziane w ustępie 1 art. 68 Konstytucji RP należy rozpatrywać

łącznie z pozostałymi postanowieniami tego przepisu, a w szczególności właśnie z ustępem 2. Przy takim ujęciu przepis art. 68 Konstytucji RP stanowi redakcyjną całość. Prawa ustanowione w kolejnych ustępach tego przepisu dopełniają prawo do ochrony zdrowia, chociaż podkreśla się, że go nie wyczerpują. W literaturze toczy się dyskusja co do charakteru prawa do ochrony zdrowia. Za najbardziej przekonujący pogląd należy przyjąć, że prawo to ma charakter samodzielny, będący prawem podmiotowym (Florczak-Wątor, 2023, s. 146; Jarosz-Żukowska, 2014, s. 672; Kobak, 2013, s. 362), jednak funkcjonalnie związanym z innymi prawami ustanowionymi na gruncie tego przepisu (Sikorski, 2021, s. 216 i nast.), w szczególności prawem do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz prawem do szczególnej opieki zdrowotnej przysługującej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

Zakres prawa obywateli – niezależnie od ich sytuacji materialnej i jednocześnie skorelowany z nim obowiązek władz publicznych – do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w przeciwieństwie do prawa do ochrony zdrowia) nie obejmuje już „każdego" jako uprawnionego do świadczeń, ale kategorię tę zawęża do pojęcia „obywatela". Należy jednak podkreślić, że w każdym przypadku pomoc udzielana jest osobie, której życie jest zagrożone. Ujęcie to wynika z przepisu art. 38 Konstytucji RP, który nie relatywizuje prawa do życia (Bartoszewicz, 2014). Ponadto osoby niespełniające kryterium obywatelstwa również mają prawo do świadczeń zdrowotnych, które nie są finansowane ze środków publicznych. Konstytucja RP gwarantuje każdemu, i to niezależnie od jego sytuacji materialnej, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Prawo to ma więc swoje źródło w prawie każdego do ochrony zdrowia. Adresatem tej normy jest władza państwowa, która ma obowiązek zapewnienia na równych zasadach dla wszystkich obywateli dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Na jej podstawie ustawodawca został zobowiązany do uregulowania systemu opieki zdrowotnej, w granicach określonych tym przepisem (Gołębiowski, 2015, s. 352). Świadczenia zdrowotne mają być finansowane ze środków publicznych i jednocześnie udzielane na zasadzie równości. Władze publiczne zostały więc zobowiązane do utworzenia takiego systemu opieki zdrowotnej, aby przy istniejącym zróżnicowaniu

społecznym zminimalizować ryzyko selekcji pacjentów w tym systemie (Jończyk, 2007, s. 6). Tak określone kryteria powinny być: „obiektywne, relewantne, proporcjonalne do celu regulacji oraz sprawiedliwe". W ten sposób uregulowany powinien być system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, tj. zapewniać równy dostęp do świadczeń, i to bez względu na sytuację materialną obywateli. Świadczenia udzielane są zatem w taki sam sposób (w takim samym standardzie) bez względu na wysokość składek (Wyrok TK z 7.01.2004 r., K 14/03, uzasadnienie). Dostęp do świadczeń jest więc w założeniu niezależny od zakresu partycypacji w ich finansowaniu. Skorelowanym obowiązkiem prawa obywatela do dostępu na równych zasadach do świadczeń finansowanych ze środków publicznych jest obowiązek stworzenia przez państwo takiego systemu ochrony zdrowia, który to zagwarantuje. Dlatego tak istotna jest regulacja prawnomaterialna bezpośrednio lub pośrednio umożliwiająca tworzenie, stosowanie i urzeczywistnienie tych praw (Longchamps de Berier, 2001, s. 108).

Konstytucyjne prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych nie oznacza, że pełny zakres świadczeń ma być finansowany wyłącznie ze środków publicznych. Zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych ma określać ustawa, co oznacza możliwość łączenia przez ustawodawcę modelu ochrony zdrowia opierającego się na środkach publicznych z innymi, znanymi we współczesnych systemach sposobami dofinansowania kosztów tych świadczeń (Wyrok TK z 7.01.2004 r., K 14/03, uzasadnienie). Ustawodawca nie może jednak pozostawiać wątpliwości co do tego, jaki jest zakres i standard świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących obywatelom w ramach publicznego systemu. Regulacja ustawowa nie może spowodować wprowadzenia modelu pozwalającego na różnicowanie świadczeń w wypadku występowania zbliżonych potrzeb zdrowotnych. Gwarancją otrzymania świadczeń na tak określonych zasadach jest konieczność ustanowienia również procedur będących mechanizmami zabezpieczającymi jednakowe zasady udzielania tych świadczeń (Sikorski, 2021).

Na tle analizowanego prawa do ochrony zdrowia i funkcjonalnie powiązanego z nim prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych należy odnieść się do orzecznictwa TK. W wyroku z 23.03.1999 r., K 2/98, TK wskazał, że w ustępie 2 art. 68

Konstytucji RP zostało sformułowane prawo do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Natomiast ustęp 1 art. 68 statuuje:

> odrębne prawo podmiotowe do ochrony własnego zdrowia rozumianego jako podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia oraz obiektywny nakaz podejmowania przez władze publiczne takich działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa.

TK ściśle wiąże więc przyrodzoną i niezbywalną godność człowieka oraz ochronę życia z prawem do ochrony zdrowia, które należy rozumieć przede wszystkim jako prawo do zachowania życia i jego obrony, gdy jest ono zagrożone. Prawo do ochrony zdrowia

> jest […] konstytucyjnie gwarantowane, i to nie [tylko] jako prawo, które nadane zostaje jego adresatom przez władzę państwową, ale jest to prawo podstawowe wynikające z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka, którego przestrzeganie władza państwowa jest zobowiązana ochraniać (Zoll, 2000, s. 7–8).

Jednocześnie TK podkreślił, że treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest jakiś abstrakcyjnie określony (i w gruncie rzeczy niedefiniowalny – o czym niżej) stan „zdrowia" poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności. Natomiast od tego fundamentalnego (przyrodzonego) prawa, jakim jest prawo do ochrony zdrowia, trzeba odróżnić prawa, które stanowią: „jedynie formę lub jedną z form zabezpieczenia praw człowieka". Takim prawem jest prawo do ochrony zdrowia określone w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Ujęcie to znalazło swoje rozwinięcie w powołanym wyroku z 7.01.2004 r., K 14/03, w którym TK podkreślił związek prawa do ochrony zdrowia z określoną w przepisie art. 30 Konstytucji RP ochroną przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka oraz prawną ochroną życia ustanowioną w art. 38 Konstytucji RP. Zaznaczono w tym miejscu zarówno konsekwencje dla ustawodawcy w zakresie ochrony życia, rozumianej jako ochrona biologicznej egzystencji człowieka, jak i pierwotny charakter tego prawa wobec państwa, co oznacza, że: „państwo takiego prawa człowiekowi przyznać nie może, a jedynie może podkreślić jego istnienie i znaczenie, poddając to prawo szczególnej ochronie". W wyroku tym TK wskazał też, że:

> Na organach państwa spoczywa obowiązek stanowienia takiego prawa, by chroniło ono życie, i to życie każdego człowieka niezależnie od tego, w jakiej sytuacji znajduje się (zob. *Konstytucje Rzeczypospolitej oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 roku*, pod red. J. Bocia, Wrocław 1998, s. 78).

W ocenie TK:

> nie można mówić o ochronie godności człowieka, jeżeli nie zostały stworzone wystarczające podstawy do ochrony życia. Prawna ochrona życia ma charakter wieloaspektowy. Jej sformułowanie już w pierwszym z przepisów konstytucyjnych dotyczących wolności i praw osobistych zdaje się przesądzać o nadrzędności życia ludzkiego w hierarchii wartości chronionych przez prawo. Skłania ona jednocześnie do przyjęcia w procesie stanowienia prawa dyrektywy interpretacyjnej, wedle której wszelkie możliwe wątpliwości co do ochrony życia ludzkiego powinny być rozstrzygane na rzecz tej ochrony.

TK w przywołanym wyroku z 7.01.2004 r., K 14/03, wskazał, że nałożony przez ustrojodawcę na władze publiczne obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń oznacza zapewnienie takiej dostępności faktycznie. Władze publiczne są zobowiązane do utworzenia takiego systemu opieki zdrowotnej, który zapewni dostęp do świadczeń w ramach systemu na zasadzie równości dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej. W przywołanym wyroku TK wyraźnie wskazał, że:

> Norma art. 68 ust. 1 Konstytucji RP nie przesądza konstrukcji tego systemu jako całości ani jego poszczególnych elementów: charakteru prawnego źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych, charakteru i struktury płatnika (płatników) tych świadczeń czy struktury własnościowej świadczeniodawców. Pewne ograniczenia swobody ustawodawcy w tym zakresie mogą jednak wynikać z innych konstytucyjnych zasad bądź wartości. Z obowiązku rzeczywistego zapewnienia przez władze publiczne warunków realizacji prawa do ochrony zdrowia, które nie może być traktowane jako uprawnienie iluzoryczne bądź czysto potencjalne, wynika jednak wymaganie, iż system ten – jako całość – musi być efektywny.

W wyroku z 28.02.2005 r., P 7/03, TK wskazał, że sprecyzowanie zagadnień dotyczących kształtu, jaki powinien przybrać system ochrony zdrowia, oraz zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych należy do ustawodawcy. Podobnie w wyroku z 24.02.2004 r., K 54/02, TK przyznał prawo kierowania roszczeń wobec władzy publicznej na tle przepisu art. 68 ust. 2–4. Takie ujęcie jest konsekwentnie podtrzymywane

w orzecznictwie TK (por. wyrok TK z 26.04.2016 r., U 1/15). Wreszcie w wyroku z 20.11.2019 r., K 4/17, TK wskazał, że: „sformułowanie art. 68 ust. 2 Konstytucji RP jest kategoryczne i ma charakter gwarancyjny". TK podkreślił jednocześnie, że chociaż: „warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawodawca, to nie może on zwolnić władz publicznych z zapewniania świadczeń w tym zakresie". Kontynuując swoje uzasadnienie, TK podkreślił, że:

> racjonalny ustawodawca, dysponując odpowiednią wiedzą, jest uprawniony do rozłożenia zadań w zakresie ochrony zdrowia na poszczególne władze publiczne, a nawet do ich skomercjalizowania w pewnym zakresie. Jednocześnie jest jednak zobowiązany do wprowadzenia takich rozwiązań prawnych, aby każdy obywatel miał możliwość, na terenie całego państwa, otrzymania porównywalnego poziomu ochrony finansowanej ze środków publicznych, niezależnie od formuły organizacyjnej tzw. świadczeniodawców (zakładów świadczących usługi) oraz podmiotu tworzącego.

TK nie przesądził, jaki powinien być zakres świadczeń gwarantowanych przez publiczną ochronę zdrowia oraz jak gęsta miałaby być sieć placówek, które je świadczą. Podkreślił jednak, że ustawodawca, dokonując ustaleń w tym zakresie, nie powinien się kierować wyłącznie przesłankami finansowymi.

> Zasobność budżetów poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego nie powinna mieć znaczącego wpływu na udzielanie opieki zdrowotnej na ich terenie, choć oczywiście nie da się tego wpływu całkowicie wyeliminować (kwestia stanu budynków, oddalenia od centrów klinicznych, komfortu itp.).

W wyroku tym TK wskazał także na obowiązek zapewnienia przez władze publiczne odpowiedniej infrastruktury służącej efektywnemu funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej (w tym w szczególności odpowiedniej liczby placówek, które powinny być właściwie rozmieszczone na terytorium kraju), tak aby każda osoba potrzebująca świadczenia była w stanie je uzyskać w stosownym czasie.

Mamy więc do czynienia z dychotomią – prawa do ochrony zdrowia oraz prawa do dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych w zakresie określonym ustawą, a także z dopełnianiem się tych praw, a ściślej rzecz ujmując: prawo do dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych zawiera się w szerszym

zakresie prawa do ochrony zdrowia. Jednocześnie są to prawa odrębne. Ma to istotne znaczenie z punktu widzenia dopuszczalności pobierania opłat od pacjentów na zasadach komercyjnych. Konstytucyjne prawo do ochrony własnego zdrowia jest prawem podmiotowym, można wręcz powiedzieć – prawem pierwotnym o szerszym zakresie aniżeli tylko prawo do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Bardzo trafnie podkreślono, że interpretacja przepisów ustawy zwykłej (Safjan, 2005, s. 6) nie może odbierać pacjentowi prawa do zapłaty za usługi, które w umowie z NFZ się nie mieszczą – czy to ze względu na rodzaj usług, czy ze względu na ich liczbę.

Z analizowanymi powyżej prawami funkcjonalnie również powiązane jest prawo – sformułowane w przepisie art. 68 ust. 3 Konstytucji RP – do szczególnej opieki zdrowotnej przysługującej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku i skorelowany z nim obowiązek nałożony na władze publiczne, polegający na zapewnieniu szczególnej opieki zdrowotnej wskazanym w jego treści grupom osób. Także na tle tego przepisu występuje różnica charakteru tego prawa jako prawa podmiotowego bądź też normy programowej. W ocenie W. Brzozowskiego sformułowanie przepisu art. 68 ust. 3 Konstytucji RP zawiera jedynie normę programową, ponieważ nie występuje w tym przypadku – uprawnionym osobom – roszczenie o konkretne świadczenia (Brzozowski, 2018, s. 128). Zdaniem B. Banaszaka z brzmienia przepisu art. 68 ust. 2 Konstytucji RP można odkodować przysługujące obywatelom prawo do równego dostępu doświadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Praw wynikających z dalszych ustępów tego nie można natomiast rozpatrywać z charakterze praw podmiotowych (Banaszak, 2012, s. 412 i n.). Z kolei J. Trzciński i M. Wiącek podkreślają, że przepis art. 68 ust. 3 Konstytucji RP może być wzorcem kontroli. W konsekwencji zdaniem tych autorów przepis ten przyznaje wskazanym w nim osobom prawo podmiotowe. Ujęcie tego prawa w kontekście praw podmiotowych ma doniosłe skutki właśnie ze względu na możliwość formułowania roszczeń osób uprawnionych. Trybunał Konstytucyjny w postanowieniu z 12.11.2003 r., Ts 11/03 (OTK-B 2003/4, poz. 258) przyjął, że adresatem tego przepisu są władze publiczne, które ustrojodawca zobligował do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

W tym miejscu należy się również odnieść do zagadnienia równości w dostępie do świadczeń, o której mowa w przepisie art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Decyzja ustrojodawcy o uprzywilejowaniu pewnych określonych grup osób jest w pełni zrozumiała, i to co najmniej z dwóch powodów. Po pierwsze, wynika to z faktu, że zapotrzebowanie tych osób na świadczenia opieki zdrowotnej jest zwiększone w porównaniu z innymi grupami. Okoliczność tę podkreśla również Trybunał Konstytucyjny w wyroku K 24/07. Po drugie zaś, to szczególne podkreślenie było podyktowane troską o zapewnienie rozwoju społeczeństwa i względami humanitarnymi (W. Skrzydło: 2013/el.).

Przywołany ustęp przepisu nie wskazuje wprost, w jaki sposób ustawodawca powinien zapewnić wymienionym tam grupom osób tę szczególną opiekę. Dlatego nieodzowne jest odwołanie się do pełnego jego brzmienia. W konsekwencji działanie to powinno się sprowadzać do nakazu uregulowania przez ustawodawcę takiego systemu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które zapewni – i to w realny sposób – dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku preferencyjny dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Przepis art. 68 ust. 3 Konstytucji RP przesądza, że ustawa określająca warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych tę szczególną opiekę ma zapewnić. W ocenie Trybunału Konstytucyjnego:

> szczególna opieka zdrowotna *ex definitione* wykracza poza sferę zwykłej, powszechnej opieki zdrowotnej, powinna więc być wzmożona, intensywniejsza lub bardziej wyspecjalizowana, czyli dostosowana do specyfiki potrzeb charakterystycznych dla danej grupy podmiotów (wyrok TK z 22.07.2008 r., K 24/07).

Trybunał wskazał pewne wzorce kontrolne wynikające z przepisu art. 18 Konstytucji RP ustanawiającego ochronę macierzyństwa oraz opiekę nad nim i powiązał ten wzorzec z brzmieniem przepisu art. 68 ust. 3 Konstytucji RP. Ujęcie to jednak dotyczy tylko niektórych grup osób, a przy tym nie wskazuje, na czym ta szczególna opieka ma polegać, skoro w ust. 2 zagwarantowany został równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W ocenie Trybunału ta szczególna opieka powinna niejako ex definitione wykraczać poza sferę „zwykłej, powszechnej opieki zdrowotnej".

W doktrynie zauważa się, że nie wszystkie grupy wskazane w treści tego przepisu są dotknięte „obiektywnym brakiem możliwości samodzielnego należytego dbania w każdych warunkach o swój stan zdrowia" (Dercz, 2016, s. 21). W przypadku dzieci oraz części osób niepełnosprawnych zagrożenie takie istnieje. W przypadku osób w wieku podeszłym potrzeba szczególnej opieki wynika z rodzaju dolegliwości pojawiających się na tym etapie życia, np. w postaci potrzeby świadczeń udzielanych w ramach opieki geriatrycznej (Brzozowski, 2018, s. 128). W tym kontekście szczególnie widoczna jest konieczność odpowiedniej regulacji dotyczącej zakresu świadczeń gwarantowanych oraz standardów ich udzielania – w tym także dotyczącej kolejności udzielania tych świadczeń oraz czasu oczekiwania na udzielone świadczenie. Prawidłowa regulacja w tym zakresie pozwoli określić, zgodnie z przepisem art. 68 ust. 3 Konstytucji RP, szczególny standard dotyczący dzieci, kobiet ciężarnych, osób niepełnosprawnych i osób w podeszłym wieku. W ten sposób wracamy na grunt prawa administracyjnego, które na poziomie ustaw i aktów wykonawczych ma zrealizować prawo do szczególnej opieki dla wskazanych kategorii osób (Sikorski, 2021, s. 237 i nast.).

Warto w tym miejscu także przypomnieć przytoczone już stanowisko Trybunału Konstytucyjnego, w którego ocenie ta szczególna opieka to opieka wykraczająca poza standard opieki przysługujący pozostałym grupom nieuprzywilejowanych przez ustrojodawcę osób. W tak ujętej opiece będzie oczywiście miał znaczenie uprzywilejowany dostęp do świadczeń (poza kolejnością), ale przede wszystkim jej wyspecjalizowanie i intensywność dostosowane właśnie do specyficznych potrzeb wskazanych w analizowanym przepisie grup podmiotów.

Na tym tle pojęcie „szczególnej" opieki na poziomie Konstytucji RP nie jest konkretne. Cecha ta musi jednak oznaczać pewne skoncentrowanie się na wyróżnionych grupach i zapewnienie im adekwatnej do ich potrzeb opieki. Na przykładzie osób niepełnosprawnych w doktrynie wskazuje się obowiązki władz publicznych w zabezpieczeniu egzystencji tych osób, przysposobieniu ich do pracy oraz komunikacji społecznej. Nie jest bowiem możliwe zabezpieczenie tych potrzeb osób niepełnosprawnych m.in. bez systemowych gwarancji w sferze rehabilitacyjnych świadczeń zdrowotnych (Mokrzycka, 2014, s. 42–43). Wniosek ten można także rozciągnąć na pozostałe grupy.

Mając na uwadze tak ujęte kryteria, należy przyjąć, że standardy te nie są w sposób wystarczający zapewnione, i to w odniesieniu do większości wskazanych grup. Przede wszystkim trzeba wskazać na osoby w podeszłym wieku, które ze względu na liczbę schorzeń wymagają kompleksowej opieki zdrowotnej. Rosnąca liczba osób należących do tej grupy następuje ze względu na procesy demograficzne i migracyjne. Z jednej strony społeczeństwo się starzeje, a więc rośnie liczba osób wymagających szczególnej opieki, w tym zwłaszcza zdrowotnej. Z drugiej zaś strony maleje liczba osób, które opiekę tę mogą zapewnić – chociażby w wymiarze pielęgnacyjnym. Tymczasem opieka geriatryczna, przeznaczona z definicji dla tej grupy osób, a także hospicyjna, jest niewystarczająca (Sikorski, 2021, s. 237 i nast.).

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Podsumowując, należy co najmniej rozważyć, czy uznanie prawa do świadczeń finansowanych ze środków publicznych za wyłącznie normę programową nie podważa podmiotowego charakteru samego prawa do ochrony zdrowia, które materializuje się głównie przez możliwość skorzystania właśnie z systemu ochrony zdrowia zabezpieczającego świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych. Jest to tym bardziej uzasadnione na tle przywołanego wyroku TK, K 4/17, który uznał gwarancyjny charakter tego prawa. W odniesieniu do tego Marek Safjan podkreśla, że regulacje konstytucyjne nie są tworem abstrakcyjnym. Cytując zaś przywołany pogląd, trzeba wyraźnie podkreślić, że:

> prawa gwarantowane na poziomie regulacji konstytucyjnych […] stanowią […] gwarancję w pełni realną i skuteczną [realizacji rzeczonych uprawnień], a ponadto wyrażają nakaz rozwijania odpowiednich instrumentów ochrony na gruncie ustawodawstwa zwykłego (Safjan, 2005, s. 6).

W konsekwencji regulacje administracyjnoprawne zmaterializują to prawo, w szczególności przez wyznaczenie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Bibliografia

Banaszak, B. (2018). *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.

Bartoszewicz, M. (2014). W: M. Haczkowska (Red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*. Warszawa: LEX.

Brzozowski, W. (2018). W: E. Zielińska, R. Kubiak, & L. Kubicki (Red.), *System prawa medycznego*. T. I: *Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*. Warszawa: Wolters Kluwer.

Dercz, M. (2016). *Konstytucyjne prawo dziecka do szczególnej opieki zdrowotnej*. Warszawa: Wolters Kluwer.

Florczak-Wątor, M. (2023). W: P. Czarny, M. Florczak-Wątor, B. Naleziński, P. Radziewicz, & P. Tuleja, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*. P. Tuleja (Red.). Warszawa: Wolters Kluwer.

Gołębiowski, B. (2015). W: J. Zimmermann (Red.), *Wartości w prawie administracyjnym. V Krakowsko-Wrocławskie Spotkanie Administratywistów*. Warszawa: Wolters Kluwer.

Jarosz-Żukowska, S. (2014). W: M. Jabłoński (Red.), *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*. Wrocław: E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego.

Jończyk, J. (2007). Ochrona zdrowia. *Państwo i Prawo*, *2*.

Karkowska, D. (2009). *Prawa pacjenta*. Warszawa: Wolters Kluwer.

Kobak, M. (2013). W: Z. Duniewska & M. Stahl (Red.), *Odpowiedzialność administracji i w administracji*. Warszawa: Wolters Kluwer.

Longchamps de Berier, F. (2001). *Współczesne kierunki w nauce prawa administracyjnego na Zachodzie Europy*. Wrocław: Kolonia Ltd.

Mokrzycka, A. (2014). *Prawo do ochrony zdrowia. Konstytucyjny priorytet czy źródło dylematów w ochronie zdrowia?* Kraków: Uniwersytet Jagielloński.

Safjan, M. (2005). Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom. *Prawo i Medycyna*, *1*.

Sikorski, S. (2021). *Administracja ochrony zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją*. Warszawa: Wolters Kluwer.

Zoll, A. (2000). Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO. *Prawo i Medycyna*, *8*.

Akty prawne

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze sprost. i zm.).

Orzecznictwo

Postanowienie TK z 12.11.2003 r., Ts 11/03 OTK-B 2003/4, poz. 258.
Wyrok TK z 23.03.1999 r., K 2/98, OTK 1999, nr 3, poz. 38.
Wyrok TK z 7.01.2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1.
Wyrok TK z 24.02.2004 r., K 54/02, OTK-A 2004, nr 2, poz. 10.
Wyrok TK z 28.02.2005 r., P 7/03, OTK-A 2005, nr 2, poz. 18.
Wyrok TK z 22.07.2008 r., K 24/07 OTK-A 2008/6, poz. 110.
Wyrok TK z 26.04.2016 r., U 1/15, OTK-A 2016, poz. 20.
Wyrok TK z 20.11.2019 r., K 4/17, OTK-A 2019, poz. 67.

Christoph Sowada
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
https://orcid.org/0000-0002-8900-1119
https://doi.org/10.35765/slowniki.530

Ekonomika zdrowia

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Będąca częścią nauk ekonomicznych ekonomika zdrowia bada, jak jednostki, podmioty gospodarcze i społeczeństwa radzą sobie z alokacją ograniczonych zasobów w odniesieniu do celu zdrowotnego oraz konstrukcji systemów ochrony zdrowia.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Chociaż rozwijające się przez ponad dwa tysiąclecia instytucjonalne kolektywne formy zabezpieczenia na wypadek choroby w szerokim zakresie opierały się na przesłankach ekonomicznych, słowa „ekonomia" i „ekonomika zdrowia" w kontekście analiz naukowych pojawiły się dopiero w wieku XX. Punkt przełomowy w rozwoju nowoczesnej ekonomiki zdrowia jako subdyscypliny nauk ekonomicznych stanowi opublikowany w „American Economic Review" artykuł Kennetha Arrowa (1963) *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Celem rozdziału jest przedstawienie obszaru badawczego, będącego przedmiotem zainteresowania ekonomistów zdrowia, oraz wybranych wyzwań, którymi ekonomika się zajmuje. Tekst rozpoczyna się od zdefiniowania pojęcia oraz praktycznego uzasadnienia dla rozwoju ekonomiki zdrowia. W kolejnych podpunktach wskazano na cechy zdrowia jako dobra ekonomicznego oraz najważniejsze z punktu widzenia ekonomii cechy systemu ochrony zdrowia. W ostatniej, najbardziej rozbudowanej części rozdziału podjęto próbę syntetycznego omówienia najważniejszych wyzwań, jakie podejmują ekonomiści zdrowia, analizując przypadki zawodności mechanizmu rynkowego i zawodności państwa w systemie ochrony zdrowia, a także

wyzwań generowanych przez dynamicznie zmieniające się środowisko zewnętrzne.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Wiodącą tezą rozdziału jest stwierdzenie nieuchronności podejmowania wysiłków na rzecz efektywnego wykorzystania zasobów dostępnych społeczeństwom na ochronę zdrowia jednostek i populacji. Efektywności w ochronie zdrowia nie da się uzyskać, stosując wyłącznie rozwiązania rynkowe. Nie gwarantuje jej również przekazanie pełnej odpowiedzialności w ręce instytucji państwowych.

Słowa kluczowe: ekonomika zdrowia, ekonomika ochrony zdrowia, zawodność rynku w ochronie zdrowia, zawodność państwa w ochronie zdrowia

Definicja pojęcia

Każdy człowiek i każde społeczeństwo bezustannie dokonują różnych wyborów dotyczących zaspokojenia swoich potrzeb. Powodem, dla którego musimy dokonywać wyborów, jest ograniczona ilość zasobów, jakimi dysponujemy. Nie wystarczają one, żeby zaspokoić wszystkie potrzeby indywidualne i społeczne. Ograniczoność dotyczy nie tylko zasobów finansowych, chociaż na nie zwracamy często wpierw uwagę, ale także zasobów naturalnych, zasobów pracy i kapitału, a zwłaszcza ilości czasu, jakim dysponujemy. Ekonomia jest nauką badającą, jak poszczególni ludzie, grupy ludzi i całe społeczeństwa radzą sobie w warunkach rzadkości zasobów. Ekonomika zdrowia, która jest częścią nauk ekonomicznych, bada, jak jednostki, podmioty gospodarcze i społeczeństwa radzą sobie z alokacją ograniczonych zasobów w odniesieniu do osiągania celów zdrowotnych oraz konstrukcji i funkcjonowania systemów ochrony zdrowia.

Ekonomika zdrowia jako część nauk ekonomicznych

O tym, że zdrowie jest dobrem ograniczonym, przekonujemy się w przypadku każdej choroby. Ale także wszystkie dobra i usługi służące zachowaniu dobrego zdrowia i/lub jego poprawie dostępne są tylko w ograniczonych ilościach, a ich produkcja wymaga zaangażowania ograniczonych zasobów czynników produkcji. Żadna złotówka wydana na wyprodukowanie jednego świadczenia zdrowotnego nie może być wydana na udzielenie innego świadczenia. Każda godzina pracy poświęcona jednemu pacjentowi nie może już być poświęcona innemu pacjentowi, a zajęte przez jednego pacjenta łóżko szpitalne nie może zostać w tym samym czasie udostępnione innemu. Co więcej, środki finansowe wydane na opiekę zdrowotną nie mogą zostać wykorzystane na edukację albo na poprawę jakości środowiska naturalnego, obszary niewątpliwie istotne w kształtowaniu zdrowia jednostek i całych populacji. Każda decyzja o wykorzystaniu zasobów w konkretnym kierunku prowadzi automatycznie do powstania kosztu alternatywnego, którym jest utracona korzyść, tj. korzyść, jaką można by uzyskać, gdyby zasoby zostały wykorzystane w inny sposób. To właśnie wszechobecność

kosztów alternatywnych stanowi o praktycznym zastosowaniu ekonomiki zdrowia. Ekonomika zdrowia może bowiem przydać się w poszukiwaniu rozwiązań umożliwiających najefektywniejsze wykorzystanie posiadanych zasobów, tzn. rozwiązań, które pozwalają na maksymalizację uzyskiwanych przez społeczeństwa korzyści teraz i w przyszłości.

Ekonomika zdrowia posługuje się tymi samymi teoriami, modelami i narzędziami, jakie odnajdujemy w innych częściach nauk ekonomicznych. Przede wszystkim jednak, jak cała ekonomia, nieustannie wskazuje na konieczność racjonalnego obchodzenia się z ograniczonymi zasobami. Ciągłe przypominanie o ograniczoności zasobów i konieczności racjonalnego nimi gospodarowania nie zawsze spotyka się ze zrozumieniem ze strony polityków, obywateli, a nawet producentów świadczeń zdrowotnych. Czy wypada bowiem mówić o ograniczeniach zasobów, jeśli wartością, którą chcemy chronić albo budować, jest zdrowie powszechnie nazywane dobrem najważniejszym i bezcennym? Pamiętajmy, żadna normatywna deklaracja nie zmienia faktów. Jeśli zatem uznamy zdrowie za nadrzędną wartość indywidualną i społeczną, tym większe powinniśmy podjąć starania o to, by posiadane ograniczone zasoby wykorzystać jak najlepiej i w konsekwencji uzyskać z ich pomocą jak najlepszy wynik. W ekonomii postulat ten utożsamiany jest z zasadą efektywności.

Analiza historyczna pojęcia

Pierwsze zinstytucjonalizowane kolektywne formy zabezpieczenia (rzeczowego i finansowego) przynajmniej części populacji na wypadek ryzyka zdrowotnego pojawiły się już w starożytności. W niektórych państwach-miastach starożytnej Grecji władze publiczne zatrudniały lekarzy gminnych, zaś kasy pożyczkowe Eranosa można uznać za prekursora późniejszych kas wzajemnej pomocy. Także starożytni Rzymianie znali instytucję lekarza miejskiego (*archiatros*) i *collegia tenuiorum*, kasy pomocowe na wypadek choroby i wypadków. Począwszy od XII wieku postępował intensywny rozwój kas wzajemnej pomocy, początkowo opartych na zasadzie dobrowolności, ale już od XVI wieku obowiązkowych np. dla pracujących w górnictwie. Dominujące wówczas cechy rzemieślnicze stworzyły cały system ekonomicznego zabezpieczenia swoich członków oraz nowych adeptów (np. *viatica*). Instytucje

kościelne przejęły w Europie odpowiedzialność za leczenie i pielęgnację chorych, władze państwowe uregulowały natomiast kwestie dopuszczenia do wykonywania zawodu lekarza oraz wzajemne stosunki pomiędzy lekarzami i aptekarzami (np. Edykt medyczny cesarza Fryderyka II z 1241 r.). Powszechne kolektywne zabezpieczenie na wypadek choroby pojawiło się jednak w postaci obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego robotników dopiero pod koniec XIX wieku w Rzeszy Niemieckiej. Jako jeden z elementów szerszego systemu ubezpieczeń społecznych ubezpieczenie chorobowe robotników po dziś dzień stanowi pierwowzór wciąż szeroko wykorzystywanego modelu zabezpieczenia na wypadek ryzyka choroby zwanego modelem Bismarcka.

Chociaż rozwijające się przez ponad dwa tysiąclecia instytucjonalne formy zabezpieczenia na wypadek choroby w szerokim zakresie opierały się na przesłankach, które dziś nazwalibyśmy ekonomicznymi, słowa „ekonomia" i „ekonomika zdrowia" w kontekście analiz naukowych pojawiły się dopiero w wieku XX. Punkt przełomowy w rozwoju nowoczesnej ekonomiki zdrowia jako subdyscypliny nauk ekonomicznych stanowi niewątpliwie opublikowany w „American Economic Review" artykuł Kennetha Arrowa (1963) *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. Wyniki kolejnych fundamentalnych dla rozwoju ekonomiki zdrowia badań (np. autorstwa M. Pauly'ego, U. Reinharda czy M. Grossmana) opublikowane zostały w najbardziej prestiżowych czasopismach ekonomicznych. Obecnie ekonomiści zdrowia mogą również publikować we własnych renomowanych czasopismach naukowych, np. „Health Economics", „Health Economic Reviews" czy też „Journal of Health Economics".

Ujęcie problemowe pojęcia

Ekonomika zdrowia *sensu stricto* i ekonomika opieki zdrowotnej

Badania prowadzone w ramach szeroko rozumianej ekonomiki zdrowia (nazywanej ekonomiką zdrowia *sensu largo*) dotyczą zarówno zdrowia ludzkiego (w wymiarze indywidualnym i populacyjnym (tzw. ekonomika zdrowia *sensu stricto*), jak i jego ochrony (tzw. ekonomika

opieki zdrowotnej). Ekonomika zdrowia *sensu stricto*, próbując wyjaśnić zachowania ludzkie w odniesieniu do zdrowia, za punkt wyjścia przyjmuje z reguły paradygmat jednostki racjonalnej, tj. maksymalizującej swoją korzyść całkowitą. W obszarze jej zainteresowania odnajdziemy również kwestie ustalenia wartości zdrowia (i życia) w jednostkach pieniężnych i porównania wartości zdrowia z innymi celami człowieka. Ekonomika opieki zdrowotnej zajmuje się m.in. ekonomicznymi aspektami produkcji i dystrybucji świadczeń zdrowotnych, finansowaniem ochrony zdrowia i finansowaniem świadczeniodawców. Obie części ekonomiki zdrowia *sensu largo* powiązane są przez dwie podstawowe funkcje ekonomiczne. Funkcja produkcji zdrowia przedstawia zależność wyniku produkcji w postaci zdrowia jednostki i populacji od ilości zaangażowanych czynników produkcji, do których należą także świadczenia zdrowotne dostarczane przez system ochrony zdrowia. Z kolei opisane przez funkcję popytu zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne odzwierciedla dążenie do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych. Te są tym większe, im gorszy jest stan zdrowia.

O ile pojęcie potrzeby zdrowotnej może być analizowane także w wymiarach pozaekonomicznych (np. medycznym), kategoria popytu jest kategorią ściśle ekonomiczną. Popyt w ekonomii definiowany jest jako zależność pomiędzy ceną (dobra i usługi) a ilością, jaką nabywcy skłonni i zdolni są nabywać przy różnych cenach. Z reguły im niższa jest cena, tym wielkość zgłaszanego popytu jest większa. Oczywiście, zdrowie samo w sobie nie podlega transakcjom wymiennym. Podlega ono jednak intrapersonalnej wymianie, której dokonujemy wraz z wyborem własnych zachowań konsumpcyjnych. Dlatego też budzi zainteresowanie ekonomistów, podobnie jak świadczenia zdrowotne, które są przedmiotem aktów kupna-sprzedaży.

Zdrowie jako dobro ekonomiczne

Ekonomiści w zdrowiu postrzegają dobro ekonomiczne o podwójnej naturze. Po pierwsze zdrowie jest dobrem konsumpcyjnym, które samo w sobie generuje korzyści nazywane w ekonomii użytecznością. Jako dobro konsumpcyjne zdrowie konkuruje z innymi dobrami konsumpcyjnymi, także tymi, które zachowaniu dobrego zdrowia nie służą.

Nie da się zanegować, że również szkodliwa dla zdrowia konsumpcja może dostarczać człowiekowi zadowolenia. Skończona wartość subiektywnie wycenianej użyteczności zdrowia powoduje, że skłonność do płacenia za świadczenia zdrowotne i do dbania o swoje zdrowie nie są nieograniczone, szczególnie w przypadku ludzi ogólnie zdrowych, dla których ryzyko utraty zdrowia stanowi raczej kategorię abstrakcyjnego prawdopodobieństwa, wobec którego większość ludzi wyraża mniejszą lub większą obojętność. Wyżej wartość swojego zdrowia wyceniają natomiast osoby chore. Dla nich utrata zdrowia stanowi fakt empiryczny. Dlatego też osoby chore skłonne są wydawać znacznie więcej środków na zakup świadczeń zdrowotnych, po których spodziewają się pozytywnego wpływu na stan swojego zdrowia.

Po drugie zdrowie jest elementem kapitału ludzkiego. Posiadanie odpowiedniego zasobu zdrowia warunkuje możliwość podjęcia określonej pracy zawodowej i pozyskiwanie dochodów z pracy. W swym wymiarze kapitałowym zdrowie można przyrównać do innych rodzajów kapitału trwałego. Każdy człowiek rodzi się z pewnym zasobem kapitału zdrowotnego, który następnie zużywa się w ciągu życia (ulega amortyzacji). Z drugiej strony wartość kapitału zdrowotnego zwiększają inwestycje w zdrowie, w pierwszej kolejności dbałość o zdrowie i unikanie ekspozycji na czynniki ryzyka, ale także korzystanie ze świadczeń zdrowotnych.

Do podwójnego charakteru zdrowia jako dobra ekonomicznego odnosi się jeden z najbardziej znanych modeli ekonomiki zdrowia – model popytu na zdrowie Michaela Grossmana (1972). Podstawowy wniosek wypływający z analizy tego modelu jest bardzo intuicyjny. Z ekonomicznego punktu widzenia inwestycje w zdrowie są dopóty opłacalne, dopóki ich koszt krańcowy (dodatkowy koszt ponoszony w procesie inwestycyjnym) nie przekracza uzyskanych korzyści krańcowych (dodatkowych korzyści z inwestycji), na które składają się dodatkowa użyteczność (zadowolenie ze zdrowia jako takiego) i dodatkowe dochody generowane przez zdrowie w wymiarze dobra kapitałowego. Drugi fundamentalny wniosek płynący z modelu Grossmana wskazuje na pojedynczego człowieka jako głównego producenta własnego zdrowia. Producenci świadczeń zdrowotnych – profesjonaliści medyczni, przychodnie, szpitale, ośrodki rehabilitacyjne – mogą jednak jedynie ułatwić jednostkom produkcję ich własnego zdrowia. Niewiele zdziałają wbrew pacjentowi,

jeśli ten nie tylko nie dba o swoje zdrowie, ale również nie współpracuje z lekarzem czy pielęgniarką w procesie diagnostycznym i terapeutycznym. Podkreślając ten fakt, ekonomiści zdrowia ponownie narażają się na krytykę. O ile łatwiej bowiem przychodzi ludziom obwinianie niesprawiedliwego losu za wszystkie swoje problemy zdrowotne, a systemu ochrony zdrowia za niezadowalające postępy na drodze przywracania im zdrowia. Taka postawa jest nawet w pewnym sensie zrozumiała. Brak zdrowia postrzegany jest przez osoby chore jako zagrożenie dla ich fizycznej egzystencji, poczucie potęgowane własną bezsilnością i brakiem informacji. Dlatego człowiek chory domaga się jak najszybszej i kompleksowej pomocy, a nie dywagacji na temat swojej odpowiedzialności za stan rzeczy. Nie zwalnia to jednak ekonomistów z obowiązku ciągłego wskazywania na indywidualną współodpowiedzialność każdego człowieka za swoje zdrowie.

Ochrona zdrowia – aspekty ekonomiczne

Chociaż ekonomiści zdrowia dużo uwagi poświęcają samemu zdrowiu jako dobru ekonomicznemu, to jednak częściej podejmują badania z zakresu ekonomiki opieki zdrowotnej. Uzasadnienia dla takiego stanu rzeczy się można doszukiwać w fakcie, że zdrowie jest nie tylko ważną wartością dla każdego indywidualnego człowieka, lecz stanowi też wartość publiczną, a przez to wartość polityczną. Zaspokojenie egzystencjalnych potrzeb zdrowotnych obywateli uznawane jest za jedno z najważniejszych zadań państwa kierującego się w swojej polityce zasadami sprawiedliwości społecznej (Sowada, 2013). Praktyka pokazuje, że realizacja tego zadania absorbuje bardzo dużą część dostępnych zasobów finansowych i realnych.

Ekonomiści zdrowia intensywnie zajmują się problematyką finansowania ochrony zdrowia, identyfikując m.in. reguły, których przestrzeganie umożliwia zwiększenie dobrobytu społeczeństwa przez optymalizację alokacji środków oraz, ogólniej, przez optymalny podział odpowiedzialności za zabezpieczenie opieki zdrowotnej pomiędzy jednostki i społeczeństwo. Poświęcają również uwagę problemom finansowania produkcji świadczeń zdrowotnych i ekonomicznym aspektom organizacji opieki zdrowotnej, w tym kwestiom powiązanym z prawami własności.

Od kształtu stosowanych metod finansowania zależą bowiem zachowania ekonomiczne producentów świadczeń, a w konsekwencji nie tylko zapotrzebowanie na środki finansowe, ale też rzeczywista dostępność pacjentów do świadczeń adekwatnych do ich rzeczywistych potrzeb zdrowotnych. Ekonomiści zdrowia podkreślają przy tym, że racjonalne gospodarowanie ograniczonymi zasobami w ochronie zdrowia nie oznacza maksymalizacji liczby udzielanych świadczeń, co niestety często sugerują przekazy medialne, ale uzyskanie jak najlepszego w oczach jednostki i społeczeństwa wyniku zdrowotnego.

Wyzwania dla ekonomiki zdrowia

Rynek w ochronie zdrowia i jego zawodności

Przekonując do podejmowania wysiłków na rzecz racjonalnego gospodarowania dostępnymi zasobami, ekonomiści zdrowia wskazują na różne ekonomiczne rozwiązania umożliwiające zbliżenie się do ich optymalnej alokacji. Skonstruowana na fundamencie klasycznej ekonomii teoria dobrobytu za takie narzędzie uznaje rynek definiowany jako proces, przy pomocy którego kupujący i sprzedający określają, co chcą kupić lub sprzedać i na jakich warunkach chcą to uczynić. Znany każdemu studentowi ekonomii i zarządzania model doskonałej konkurencji określa, pod jakimi warunkami mechanizm wymiany rynkowej zapewnia nie tylko osiągnięcie równowagi rynkowej, ale także prowadzi do optymalnej alokacji ograniczonych zasobów nazywanej optimum Pareto. Zgodnie z tą koncepcją alokacja jest efektywna, jeśli żadna jej zmiana nie powiększa dobrobytu. Zmiana alokacji powiększa zaś dobrobyt, o ile umożliwia poprawę sytuacji chociaż jednej osoby bez pogorszenia sytuacji kogokolwiek innego.

W modelu doskonałej konkurencji efektywna alokacja następuje automatycznie. Model ten zakłada bowiem, że każdy podmiot rynkowy kieruje się egoistycznym dążeniem do maksymalizacji indywidualnych korzyści. A skoro tak, niemożliwa do wyjaśnienia byłaby sytuacja, w której ludzie nie wykorzystaliby wszystkich otwierających się przed nimi szans na zwiększenie korzyści. Jak każdy model teoretyczny, także model doskonałej konkurencji opiera się jednak na pewnych

założeniach, które nie zawsze spełnione są w rzeczywistości. Szczególnie widoczne jest to w obszarze zainteresowania ekonomiki zdrowia.

Praktycznie każdy podręcznik do ekonomiki zdrowia zawiera rozdziały poświęcone takim kategoriom jak efekty zewnętrzne, monopol naturalny, niepewność, asymetrie informacyjne czy dobra publiczne. Wszystkie one stanowią przypadki tzw. alokacyjnej zawodności mechanizmu rynkowego, czyli sytuacji, w których mechanizm rynkowy nie działa tak idealnie, jak sugeruje to model doskonałej konkurencji. A za każdym przypadkiem zawodności rynku kryje się niespełnienie jednego lub kilku założeń tego modelu.

Jednym z mankamentów mechanizmu rynkowego jest to, że nie wycenia on wartości tzw. efektów zewnętrznych, tj. skutków wywieranych przez transakcje rynkowe na ludzi, którzy w nich bezpośrednio nie uczestniczą. Tymczasem zarówno zdrowie człowieka, jak i jego zachowania generują pozytywne i negatywne efekty zewnętrzne dla bliższego i dalszego otoczenia. Na przykład choroba zakaźna trapiąca jednego człowieka zagraża również innym członkom społeczeństwa (efekt negatywny). Z kolei szczepienie ochronne redukuje ryzyko zachorowania nie tylko dla osoby zaszczepionej, ale też dla osób niezaszczepionych (efekt pozytywny). Zainteresowany realizacją własnych korzyści człowiek, deklarując skłonność i zdolność do zapłacenia konkretnej ceny (zgłaszając popyt) lub też skłonność i zdolność do zaakceptowania konkretnej ceny rynkowej (zgłaszając podaż), wycenia wyłącznie korzyści i koszty bezpośrednio mu przypadające. Brak wyceny efektów zewnętrznych w ramach transakcji rynkowych prowadzi do nieefektywnej alokacji: nadmiernej konsumpcji i/lub produkcji dóbr i usług generujących negatywne efekty zewnętrzne lub też niedostatecznej konsumpcji i/lub produkcji dóbr i usług generujących pozytywne efekty zewnętrzne. Ekonomiści zdrowia starają się zidentyfikować i wycenić efekty zewnętrzne powiązane ze zdrowiem ludzkim i jego ochroną, oraz wypracować skuteczne narzędzia umożliwiające zbliżenie się do optymalnej alokacji ograniczonych zasobów. Do takich narzędzi należą m.in. obciążenia podatkowe dla niezdrowych zachowań i subwencje obniżające dla konsumentów cenę tych dóbr i usług, które generują pozytywne efekty zewnętrzne.

Model doskonałej konkurencji zakłada, że liczba podmiotów zgłaszających popyt i podaż różnych dóbr i usług jest na tyle duża, że żaden

z nich nie jest w stanie w pojedynkę wpłynąć na wysokość ceny rynkowej. Jednak i to założenie modelu nie zawsze w rzeczywistości jest spełnione. W szczególności jeśli produkcji określonych dóbr lub usług towarzyszą tzw. rosnące efekty skali, konkurencja może okazać się mniej efektywną formą organizacji rynku niż tzw. monopol naturalny. Rosnące efekty skali charakteryzują procesy produkcyjne, przy których proporcjonalny wzrost nakładów wszystkich czynników produkcji powoduje ponadproporcjonalnie duży przyrost produkcji. W sektorze ochrony zdrowia monopole naturalne pojawiają się np. przy produkcji bardzo rzadkich świadczeń wymagającej zastosowania specyficznej i drogiej aparatury oraz wyjątkowych kwalifikacji personelu. Ale również szpital oferujący podstawowe świadczenia w słabo zaludnionych rejonach może stać się naturalnym monopolistą, choć prawdopodobieństwo takiego zdarzenia maleje wraz ze wzrostem mobilności pacjentów. Przypadki monopolu naturalnego inspirują ekonomistów zdrowia do poszukiwania rozwiązań nazywanych *second best*, drugich po (teoretycznie) najlepszym, pozwalających zbliżyć się do efektywnej w sensie Pareto alokacji. Rozwiązania takie mogą okazać się również przydatne kiedy natura procesów produkcyjnych nie przeszkadza w ustanowieniu intensywnej konkurencji, jednak z innych ważnych powodów społecznych wprowadzane są rozwiązania monopolistyczne, np. przy ustanowieniu ochrony patentowej.

Prawie wszystkim działaniom człowieka towarzyszy mniejsze lub większe ryzyko. Wszystkie bowiem decyzje podejmujemy w warunkach ograniczonej wiedzy i niepewności. Tymczasem model doskonałej konkurencji opiera na pełnej informacji i braku ryzyka. Na fundamentalne znaczenie niepewności i ryzyka w odniesieniu do ochrony zdrowia jako jeden z pierwszych wskazał Kenneth Arrow (1963) we wspomnianym wyżej artykule *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. Ekonomiści zdrowia podejmują intensywne wysiłki na rzecz opracowania zasad podejmowania racjonalnych decyzji w warunkach niepewności, zarówno w obszarze decyzji medycznych (np. Felder i Mayerhofer, 2017), jak i w kontekście finansowania ochrony zdrowia, w szczególności w ramach ekonomiki ubezpieczeń zdrowotnych (np. Kifmann, 2002).

Jednak nie tylko niepewność różni rzeczywistość od założeń modelu doskonałej konkurencji, ale także nierówny podział dostępnej informacji

pomiędzy podmioty zawierające ze sobą jakieś transakcje, a dotyczącej przedmiotu tych transakcji. Asymetrie informacyjne stanowią naturalny skutek uboczny rozwoju cywilizacyjnego. Z jednej strony postępujący podział pracy doprowadził do ogromnego wzrostu wydajności pracy i wzrostu materialnego dobrobytu ludzkości. Z drugiej strony pogłębiająca się specjalizacja czyni ludzi coraz doskonalszymi ekspertami, ale w coraz bardziej zawężonych obszarach. W obszarach, w których nie jesteśmy specjalistami, skazani jesteśmy na pomoc innych ekspertów, posiadających większą wiedzę i doświadczenie. Za rzecz naturalną należy uznać, że każdy pragnie wykorzystać swoją wiedzę i doświadczenie dla powiększenia własnych korzyści. Posiadana przewaga informacyjna może jednak zostać również wykorzystana na niekorzyść innych ludzi, partnerów transakcji, grupy, z którymi wspólnie staramy się zabezpieczyć na przypadki ryzyka, czy też na koszt całego społeczeństwa. Analiza przypadków i skutków występowania asymetrii informacyjnych w sektorze ochrony zdrowia stanowi znakomitą część tego, czym zajmuje się ekonomika ochrony zdrowia. Jej analizy w tym zakresie bazują na ogólniejszej teorii ekonomicznej nazywanej teorią pryncypała i agenta (ang. *principal agent theory*) lub teorią pełnomocnictwa.

W ochronie zdrowia asymetrie informacyjne pojawiają się w różnych miejscach. Posiadana przez profesjonalistów medycznych przewaga wiedzy na temat diagnozowania i leczenia chorób może ułatwić im kreowanie dodatkowego nieuzasadnionego stanem zdrowia pacjentów popytu na to, co produkują i co przynosi im dochody. Mówimy wtedy o tzw. indukcji popytu, którą w odniesieniu do ochrony zdrowia po raz pierwszy opisał Uwe Reinhard (1970). Indukcja popytu oddala społeczeństwo od optymalnej alokacji zasobów, zwiększa bowiem popyt ponad ekonomicznie efektywny, tzn. ponad poziom wyznaczony przez równość krańcowych kosztów produkcji tych świadczeń z krańcowymi korzyściami konsumenta. Stąd zainteresowanie ekonomistów zdrowia narzędziami ograniczającymi to zjawisko, w szczególności odpowiednio skonstruowanymi mechanizmami finansowania świadczeniodawców.

Asymetrie informacyjne towarzyszą również relacjom pomiędzy osobami poszukującymi zabezpieczenia na wypadek choroby a instytucjami zabezpieczającymi, np. ubezpieczeniami zdrowotnymi. Mark Pauly (1968) jako jeden z pierwszych udowodnił, że zachowania zdrowotne

człowieka zależą od zakresu posiadanego przez niego ubezpieczenia. Wniosek ten potwierdzają wyniki zainicjowanego przez Josepha Newhouse'a w 1976 roku największego eksperymentu społecznego znanego jako RAND Health Insurance Experiment (Newhouse i HIEG, 1993). Ubezpieczenie zwalnia ubezpieczonego od ponoszenia przynajmniej części finansowych konsekwencji swoich zachowań. A to może skłonić do zmniejszenia ostrożności, prowadzenia mniej zdrowego trybu życia, nieunikania sytuacji mogących spowodować chorobę itd., zanim problemy zdrowotne się pojawią i/lub do korzystania ze świadczeń w stopniu nieuzasadnionym rzeczywistymi potrzebami zdrowotnymi, lub ogólnie do korzystania ze świadczeń generujących korzyści krańcowe niższe od ich kosztu alternatywnego. W pierwszym przypadku mówimy o tzw. *moral hazard ex ante* lub nonszalancji wobec ryzyka, w drugim o tzw. *moral hazard ex post* lub pokusie nadużywania świadczeń. Dla rynku *moral hazard* zawsze oznacza redukcję przewidywalności decyzji i zachowań partnerów transakcji, a dla instytucji płatnika konieczność zaangażowania niejednokrotnie dużych zasobów na budowanie instrumentów zabezpieczających. Poszukując skutecznych rozwiązań ekonomicznych dla problemu *moral hazard*, ekonomiści zdrowia wskazują nie tylko na różnego rodzaju metody partycypacji pacjentów w kosztach leczenia, ale też na systemy bonusów, np. w postaci zwrotu części płaconych składek ubezpieczeniowych. Celem tych ostatnich jest skłonienie jednostek do prowadzenia zdrowszego stylu życia i racjonalniejszego korzystania ze świadczeń.

Asymetrie informacyjne mogą również uruchomić niekorzystne procesy selekcyjne: tzw. negatywną selekcję (ang. *adverse selection*) i tzw. spijanie śmietanki (ang. *cream skimming*). Selekcja negatywna może polegać na wypieraniu z ubezpieczeń zdrowotnych osób zainteresowanych ubezpieczeniem, ale wykazujących się ryzykiem niższym niż przeciętne. Dochodzi do niej, gdy ubezpieczyciel z powodu niedostatku informacji nie jest w stanie rozpoznać rzeczywistego poziomu indywidualnego ryzyka i kalkulowaną przez siebie składkę opiera na ryzyku przeciętnym. Z kolei spijanie śmietanki prowadzi do niezaspokojenia potrzeb osób z jakiegoś powodu ocenianych negatywnie przez producentów usług. Może to np. dotyczyć pacjentów, po których świadczeniodawca spodziewa się wysokich własnych nakładów pracy bez adekwatnego wynagrodzenia, lub też ludzi

poszukujących ubezpieczenia, których ubezpieczyciel kwalifikuje jako nieopłacalnych finansowo. Zadaniem ekonomiki zdrowia jest zaproponowanie rozwiązań, głównie finansowych, które uczynią takie procesy selekcyjne nieopłacalnymi. W obszarze ubezpieczeń prywatnych zdrowotnych uwagę zwraca się przede wszystkim na zróżnicowanie warunków polis. Z kolei w obszarze społecznych ubezpieczeń zdrowotnych czołowe znaczenie przypisuje się konstrukcji mechanizmów finansowego wyrównania ryzyka między ubezpieczycielami.

Kolejny przypadek zawodności mechanizmu rynkowego wiąże się z tzw. dobrami publicznymi. Zgodnie z koncepcją Paula Samuelsona dobra publiczne cechują się niewykluczalnością oraz niezanikalnością. Niewykluczalność oznacza, że z powodu braku skutecznej metody identyfikacji indywidualnej konsumpcji niemożliwe jest wykluczenie kogokolwiek z korzystania z dobra publicznego. Możliwość korzystania z dobra publicznego bez określenia własnej skłonności do płacenia sprawia, że racjonalni konsumenci nie ujawnią swojej skłonności do płacenia i będą chcieli korzystać z tego dobra za darmo, zachowując się jak „jeżdżący na gapę" (ang. *free rider*), a przez to, w przeciwieństwie do tzw. dóbr prywatnych, nie dojdzie do zgłoszenia indywidualnego popytu rynkowego. Niezanikalność z kolei oznacza, że konsumenci nie muszą konkurować ze sobą o dobro publiczne. Jeśli zostanie ono zaoferowane, każdy może z niego korzystać bez uszczerbku dla korzyści innych konsumentów, a zaspokojenie potrzeb dodatkowego konsumenta nie wymaga zwiększenia jego dostępnej ilości (nie generuje żadnych dodatkowych kosztów produkcji). Zgodnie z teorią ekonomii klasycznej cena takiego dobra dla konsumenta powinna równać się zeru. Jednak przy niepokrywającej nawet w minimalnym stopniu kosztów wytworzenia cenie na rynku nie dojdzie do zgłoszenia jego podaży. W takich warunkach alokacja rynkowa w ogóle nie zajdzie, a jedyna droga do ich dostarczenia wiedzie przez sfinansowanie ich produkcji przez państwo.

Zainteresowanie ekonomiki zdrowia dobrami publicznymi nie wynika bynajmniej z powszechności takich dóbr. Tylko niektóre usługi z obszaru zdrowia publicznego można zaliczyć do czystych dóbr publicznych, np. programy niszczenia owadów przenoszących różne zarazki. Bardzo rozpowszechnione są natomiast tzw. dobra społeczne. Dobra społeczne to upublicznione dobra prywatne, dobra cechujące się

zanikalnością i wykluczalnością. Są to jednak dobra, do których dostęp zostaje bezwarunkowo zagwarantowany wszystkim obywatelom. Deklaracja niewykluczalności z konsumpcji, niezależnie od tego, jak bardzo uzasadniona i potrzebna, pociąga za sobą ważne konsekwencje. Skoro określone świadczenia zdrowotne „każdemu się należą", motywacja do indywidualnego zabezpieczenia środków na ich pozyskanie maleje praktycznie do zera, pojawia się zjawisko *free rider*, a miejsce prywatnej przezorności zajmują przymusowe mechanizmy zabezpieczenia kolektywnego.

Państwo w ochronie zdrowia i jego zawodność

Zawodność mechanizmu rynkowego w roli narzędzia alokacji ograniczonych zasobów stanowi kluczowy argument uzasadniający zaangażowanie się państwa w procesy organizacji i finansowania ochrony zdrowia. Realizując funkcję alokacyjną, państwo może wspomagać mechanizm rynkowy np. przez korygowanie indywidualnego popytu lub indywidualnej podaży, gdy pojawią się efekty zewnętrzne lub monopol naturalny. Może też wspomagać podmioty rynkowe, wyposażając je w dodatkowe informacje i redukując istniejące asymetrie informacyjne. W przypadku dóbr publicznych musi zaś całkowicie zastąpić rynek.

Za zaangażowaniem się państwa w ochronie zdrowia przemawiają również ważne argumenty normatywne. To właśnie spełnienie postulatów zakotwiczonych w zasadach sprawiedliwości i solidarności społecznej nakazuje przekształcenie przynajmniej najważniejszych świadczeń zdrowotnych w dobra społeczne, a tym samym zastąpienia w ich przypadku alokacji rynkowej przez pozacenowe narzędzia przydzielania świadczeń powszechnie nazywane racjonowaniem. Państwo musi określić, jakie świadczenia i w jakim standardzie jakościowym będą powszechnie gwarantowane. Musi także te świadczenia wycenić chociażby ze względu na potrzebę określenia poziomu refundacji kosztów ich producentom oraz oszacowania wysokości środków, jakie muszą zostać zabezpieczone na ich sfinansowanie.

Pozarynkowa wycena świadczeń i programów zdrowotnych to domena analiz ekonomicznych porównujących alternatywne działania w kontekście ponoszonych kosztów i uzyskiwanych

rezultatów. Do pełnych analiz ekonomicznych zalicza się analizę kosztów i korzyści, analizę kosztów i efektów oraz analizę kosztów i użyteczności (Drummond i in., 2015). Głównym czynnikiem rozróżniającym powyższe rodzaje analiz jest metoda pomiaru efektów (rezultatów). W analizie kosztów i korzyści mierzone są one w jednostkach pieniężnych, a w przypadku analizy kosztów i efektów w jednostkach naturalnych (np. liczbą zgonów, którym udało się zapobiec, liczbą zyskanych lat życia). W analizie kosztów i użyteczności efekty alternatywnych interwencji wyrażane są w zyskanych latach życia skorygowanych o jakość (ang. *QALY – quality adjusted life years*). Analizy ekonomiczne dostarczają niezbędnych informacji potrzebnych do podejmowania decyzji alokacyjnych i produkcyjnych. Pozwalają m.in. odpowiedzieć na pytanie, czy dana procedura, program, usługa zdrowotna jest warta realizacji (i finansowania ze środków publicznych) w porównaniu z innymi interwencjami, które można wykonać, wykorzystując te same zasoby.

Tworząc koszyk świadczeń gwarantowanych, państwo musi również określić sposób jego sfinansowania. Z reguły finansowanie to następuje poprzez obowiązkowe daniny publiczne: podatki i/lub składki na obowiązkowe społeczne ubezpieczenia zdrowotne. Ekonomika zdrowia dysponuje narzędziami pozwalającymi ocenić efektywność różnych sposobów gromadzenia środków publicznych zarówno w ramach tzw. modelu Beveridge'a, w którym finansowanie następuje z podatków centralnych (np. NHS w Wielkiej Brytanii) lub lokalnych/regionalnych (np. kraje skandynawskie), jak i w modelu Bismarcka, w którym dominują obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne. Składki na obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne mogą przyjmować formę tzw. *payroll tax*, tj. składki zależnej od wysokości dochodu podlegającego oskładkowaniu (np. ubezpieczenie w NFZ w Polsce lub w niemieckich kasach chorych), albo formę składki ryczałtowej (np. obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne w Szwajcarii oraz Holandii). Ponieważ każde szczegółowe rozwiązanie pociąga za sobą wielorakie implikacje ekonomiczne, chociażby w odniesieniu do oddziaływania na motywację płatników składki/podatku do podejmowania pracy zarobkowej, powstaje szerokie pole dla badań ekonomicznych w tym obszarze.

Ekonomiści zdrowia dalecy są natomiast od zarekomendowania jakieś konkretnej struktury strumieni finansowania wydatków zdrowotnych w podziale na środki prywatne i środki publiczne. Niemożliwe jest

też obiektywne określenie pożądanego udziału wydatków na zdrowie, w szczególności wydatków publicznych w produkcie krajowym brutto, chociaż akurat ta kwestia wywołuje w Polsce bardzo dużo emocji. Żądanie zwiększenia tego udziału ze wskazaniem na wyższe wydatki w innych krajach UE nie spełnia warunków racjonalnej argumentacji, gdyż to nie osiągnięcie jakiegoś określonego poziomu wydatków (publicznych) na zdrowie powinno być celem racjonalnej polityki zdrowotnej, lecz osiągnięcie określonego poziomu zdrowia jednostek i populacji przy zachowaniu zasad sprawiedliwości i równości społecznej. Porównania różnych krajów pokazują, że podobne wyniki zdrowotne można osiągnąć przy bardzo różnym poziomie wskaźników opisujących publiczne i całkowite wydatki na zdrowie.

Kolejny obszar decyzji państwa, w którym znajomość zasad ekonomiki zdrowia jest nieodzowna, dotyczy określenia podziału dostępnych środków publicznych pomiędzy poszczególne części systemu: zdrowie publiczne, opiekę ambulatoryjną podstawową i specjalistyczną, leczenie szpitalne, rehabilitację, opiekę długoterminową itd. Od decyzji w tym zakresie w szczególny sposób zależy efektywność alokacji ograniczonych zasobów. Polski system ochrony zdrowia stanowi podręcznikowy wręcz przykład na nieefektywność wymuszoną nietrafionymi decyzjami refundacyjnymi NFZ. Wieloletnie uprzywilejowanie szpitalnej opieki stacjonarnej doprowadziło do odwrócenia tzw. piramidy świadczeń zdrowotnych. Bardzo dużo świadczeń ostatecznie udzielanych jest pacjentom w szpitalach, czyli w najdroższej części całego sektora, i to także wtedy, gdy diagnozowanie i leczenie mogłoby z powodzeniem przeprowadzone zostać w o wiele mniej kosztownej opiece ambulatoryjnej.

Problem odwróconej piramidy świadczeń w szczególny sposób kieruje uwagę ekonomistów na zjawisko tzw. z a w o d n o ś c i p a ń s t w a. Wspomniana już wyżej ekonomika dobrobytu domyślnie przypisuje państwu zdolności do rozwiązania wszystkich problemów, z którymi rynek nie daje sobie rady. Jednak instytucje państwowe też muszą się mierzyć z problemami niepewności, braku informacji czy monopolizacji. A ponadto obarczone są one cechami opisanymi dokładnie w ramach teorii tworzących tzw. nową ekonomię polityczną (Small, 2023). W teorii demokracji Anthony Downs dowodzi, że naturalnym celem polityków i partii politycznych w porządku demokracji pośredniej jest wygranie wyborów. To może skłaniać polityków do obiecywania największych

korzyści najaktywniejszym grupom wyborców (np. osobom prowadzącym własną działalność gospodarczą) wbrew szerokiemu interesowi społecznemu. Z kolei urzędnikom państwowym twórcy ekonomicznej teorii biurokracji, w szczególności William Niskanen, przypisują takie cele jak maksymalizacja własnych dochodów, zdobywanie władzy i prestiżu. Jest to możliwe poprzez rozrost urzędów państwowych, nawet tych bardzo niepotrzebnych. Realizacji celów urzędników sprzyja również niejasność stanowionego prawa. Uwagę Mancura Olsona przyciągnęła aktywność wszechobecnych w sferze polityki i administracji publicznej grup interesu, które wykorzystując posiadaną przewagę informacyjną i wywierając naciski na instytucje państwowe, mogą doprowadzić do podejmowania przez polityków i urzędników decyzji korzystnych dla swoich członków na koszt reszty społeczeństwa. Ochrona zdrowia nie stanowi w tym zakresie żadnego wyjątku, a wręcz przeciwnie. Argumentując za aktywną postawą instytucji państwowych w sferze organizacji i finansowania ochrony zdrowia, ekonomiści zdrowia starają unikać popełniania systematycznego błędu (tzw. interwencjonistyczny *a priori bias*), polegającego na porównywaniu realnej, a zatem obciążonej niedoskonałościami alokacji rynkowej z sytuacją idealnego, ale tylko w teorii, państwa.

Przemiany demograficzne, technologiczne, epidemiologiczne i kulturowe

Rosnąca zamożność społeczeństw i rozwój gospodarczy wcale nie łagodzą problemu ograniczoności zasobów w ochronie zdrowia. Wręcz przeciwnie, coraz częściej słyszymy o niedofinansowaniu ochrony zdrowia nawet w najbogatszych krajach czy też o coraz większych problemach kadrowych. Przyczyny tego stanu rzeczy tkwią w oddziaływaniu jednocześnie kilku istotnych transformacji, z którymi muszą się zmierzyć systemy ochrony zdrowia, a wraz z nimi ekonomika zdrowia.

Opisywany pod hasłem transformacji demograficznej proces starzenia się społeczeństwa stanowi w rzeczywistości wynik dwóch nakładających się na siebie procesów: wydłużania się oczekiwanego trwania życia i spadku przeciętnej stopy dzietności. Razem prowadzą one do zmiany struktury wiekowej społeczeństw: szybko

rośnie udział pokoleń starszych wiekowo, a maleje udział pokoleń młodszych, w tym grupy w wieku produkcyjnym. Dla systemów ochrony zdrowia transformacja demograficzna to podwójne wyzwanie. Po pierwsze dochodzi do wzrostu zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne i środki na ich sfinansowanie. Typowe profile wydatków zdrowotnych wskazują bowiem na szybki wzrost wydatków od 40. roku życia. Dopiero w wieku podeszłym następuje pewna ich stabilizacja lub nawet niewielki spadek, nadal są one jednak bardzo wysokie. Z drugiej strony dochody większości ludzi po przekroczeniu tzw. wieku emerytalnego znacząco maleją, a wraz z nimi obniża się podstawa naliczania podatku dochodowego i składki zdrowotnej przyjmującej formę *payroll tax*. W sytuacji, kiedy płatnik publiczny, tak jak NFZ w Polsce, finansuje bieżące wydatki zdrowotne z bieżąco spływających składek (tzw. mechanizm repartycyjny) rosnący udział płatników otrzymujących niższe dochody zagraża stabilności całego systemu. Ekonomiści zdrowia starają się wskazać potencjalne drogi wyjścia, proponując budowę dodatkowych rezerw finansowych, podwyższenie wieku emerytalnego czy też redefinicję koszyków świadczeń gwarantowanych. Te jednak rzadko znajdują akceptację polityków i obywateli.

Najbardziej kosztotwórczym czynnikiem w systemach ochrony zdrowia nie jest jednak starzenie się społeczeństwa, lecz postęp medycyny. W przeciwieństwie do innych sektorów gospodarki postęp w medycynie prowadzi z reguły do wzrostu kosztów produkcji. Nawet jeśli zdarzają się nowe technologie oszczędzające koszty, ich implementacja nie skutkuje redukcją wydatków zdrowotnych, lecz prowadzi raczej do intensywniejszego korzystania ze świadczeń. Dzięki postępowi wiedzy i technologii jesteśmy dziś w stanie skutecznie leczyć i wyleczyć sporo chorób do niedawna uznawanych za śmiertelne. Ich miejsce w dużej części zajęły jednak kosztochłonne choroby degeneratywne i choroby chroniczne, często nazywane również cywilizacyjnymi (transformacja epidemiologiczna), których nowoczesna medycyna mimo ogromnych i ciągle rosnących nakładów nie jest w stanie wyleczyć. Nowe technologie dodatkowe (*add-on*) i połowiczne (*half-way*) tylko wspomagają człowieka w życiu w chorobie. Pandemia COVID-19 uzmysławia jednak, że zabójcze choroby zakaźne nadal stanowią bardzo poważne zagrożenie nie tylko dla zdrowia populacji, ale także dla gospodarki światowej.

Na uwagę zasługują wreszcie zmiany zachodzące w indywidualnych i społecznych postawach i wartościach. Pojęć zdrowia i choroby nie definiują już wyłącznie stany biologiczne, ale stały się one konstrukcjami społecznymi, kształtowanymi przez kulturę, postęp cywilizacyjny i subiektywne sposoby postrzegania rzeczywistości. Ustanowienie bezwzględnego prawa każdego człowieka do świadczeń zdrowotnych i przejęcie przez wiele państw prawie całej odpowiedzialności za wypełnienie tego prawa, przygotowały podatny grunt pod rozwój postaw roszczeniowych. Maksymalizacja zgłaszanego przy cenie zerowej zapotrzebowania na wszystko, o czym pacjent dowiedział się z Internetu, dokładnie odpowiada obrazowi racjonalnego człowieka maksymalizującego swojego korzyści. Ale z punktu widzenia korzyści całej wspólnoty trzeba mówić o kolektywnym samoszkodzeniu, kiedy dochodzi do finansowania ze środków publicznych świadczeń nieprzynoszących większych korzyści. Problem leży nie w nieracjonalności człowieka, lecz w bodźcach instytucjonalnych. To w ich modyfikacji ekonomiści zdrowia wskazują drogę wyjścia.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Ograniczoność zasobów dostępnych społeczeństwom na ochronę zdrowia jednostek i populacji wymusza poszukiwanie sposobów i narzędzi ich efektywnej alokacji. Nieefektywność tożsama jest z marnotrawstwem, czyli utratą korzyści zdrowotnych. Efektywności w ochronie zdrowia nie da się uzyskać, stosując wyłącznie rozwiązania rynkowe. Nie gwarantuje jej również przekazanie pełnej odpowiedzialności w ręce instytucji państwowych. Efektywnych i spełniających oczekiwania społeczne rozwiązań należy szukać w połączeniu zdolności rynku i państwa.

Bibliografia

Arrow, K.J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, *53*(5), 941–973.

Drummond, M.F., Sculpher, M.J., Claxon, K., Stoddart, G.L., & Torrance, G.W. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford–New York–Toronto: Oxford University Press.

Felder, S., & Mayerhofer, T. (2022). *Medical Decision making – A Health Economic Primer*. Berlin: Springer-Verlag.

Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, *80*(2), 223–225.

Kifmann, M. (2002). *Insuring Premium Risk in Competitive Health Insurance Markets*. Tübingen: Mohr Siebeck.

Newhouse, J.P., & The Health Insurance Experiment Group (1993). *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge: Harvard University Press.

Pauly, M. (1968). *Efficiency in Public Provision of Medical Care*. Dissertation. University of Virginia.

Reinhard, U. (1970). *An Economic Analysis of Physicians' Practices*. Dissertation. Yale University.

Small, N. (2023). *Failures in Health and Social Care. Governance and Culture Change*. New York: Routledge.

Sowada, Ch. (2013). *Łączenie solidaryzmu z wolnością w ubezpieczeniach zdrowotnych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

Paweł Kawalec
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
https://orcid.org/0000-0002-0125-0947
Judyta Szewczyk
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
https://orcid.org/0009-0001-2787-6104
https://doi.org/10.35765/slowniki.539

Ocena technologii medycznych

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Ocena technologii medycznych (OTM) to interdyscyplinarna dziedzina wiedzy i czerpiąca z niej praktyka postępowania, której celem jest wsparcie decydentów w podejmowaniu opartych na dowodach naukowych decyzji dotyczących finansowania ze środków publicznych lekowych i nielekowych technologii medycznych.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Idea OTM pojawiła się w połowie lat 70. XX wieku w Stanach Zjednoczonych; na początku lat 80. XX wieku OTM zaczęto wykorzystywać w Europie – początkowo w Szwecji i Wielkiej Brytanii, a następnie w innych krajach europejskich; wraz z rozwojem narzędzi selektywnego i precyzyjnego zbierania danych (klinicznych i ekonomicznych) rola OTM systematycznie rosła; od początku XXI wieku OTM sukcesywnie stawało się podstawowym narzędziem polityki refundacyjnej i cenowej w wielu krajach świata, w tym w większości krajów europejskich.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: OTM służy racjonalnemu podejmowaniu decyzji w ochronie zdrowia. Rzetelne opracowanie aspektów klinicznych i kosztowych wykorzystywanych w przeprowadzanych analizach oraz oparcie selekcji danych na tzw. przeglądzie systematycznym baz informacji jest kluczowe dla uzyskania wiarygodnych wyników i rzetelnego wykorzystania wniosków w zarządzaniu w ochronie zdrowia.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: OTM w przypadku wiarygodnego opracowania uzyskanych w toku przeglądu systematycznego danych stanowi istotne narzędzie racjonalizacji decyzji w ochronie zdrowia i służy optymalizacji wydatków publicznych.

Słowa kluczowe: ocena technologii medycznych, HTA, farmakoekonomika, polityka refundacyjna

Definicja pojęcia

Ocena technologii medycznych (OTM) to metoda oceny sposobów postępowania z pacjentem (z zakresu profilaktyki, diagnostyki, leczenia oraz rehabilitacji) służąca podejmowaniu opartych na dowodach naukowych decyzji w zakresie polityki zdrowotnej i praktyki klinicznej; metoda ta obejmuje elementy z różnych obszarów nauk, w tym: farmakologii, medycyny klinicznej, statystyki medycznej oraz ekonomii. Zastosowanie OTM w praktyce pozwala na obiektywną ocenę opłacalności ocenianych technologii względem wybranych komparatorów (alternatywnych sposobów postępowania); jest narzędziem wykorzystywanym przez decydentów ochrony zdrowia oraz płatników za usługi medyczne, świadomych potrzeby kreowania racjonalnej polityki zdrowotnej. W ramach pojęcia technologii medycznych, w aspekcie omawianej definicji, ujmuje się nie tylko leki i wyroby medyczne, ale także procedury diagnostyczne, terapeutyczne oraz wszelkie systemy wdrażane w celu wspomagania efektywnego udzielania świadczeń w określonych wskazaniach.

Celem OTM nie jest dążenie do uzyskania oszczędności środków finansowych przez uzasadnienie zmniejszenia nakładów pieniężnych, ale dostarczenie organom decyzyjnym rzetelnych informacji niezbędnych do podejmowania racjonalnych decyzji, tak by zawsze ograniczone w ochronie zdrowia środki finansowe ulokować w optymalny sposób, oparty na aktualnym stanie wiedzy.

Należy podkreślić, że OTM w ujęciu całościowym łączy ze sobą zarówno wymiar teoretyczny, jak i ściśle związany z nim wymiar praktyczny. Ocena technologii medycznych jako dziedzina wiedzy czerpie dane z zakresu różnych nauk, wśród których wyróżnia się między innymi: medycynę, epidemiologię, biostatystykę, ekonomię, zarządzanie, prawo czy etykę. Tylko tak kompleksowe podejście do interdyscyplinarności zjawiska pozwala na efektywne opracowanie, implementację i prowadzenie oceny OTM na podstawie wiarygodnych źródeł naukowych, co z kolei przekłada się na wzrost poziomu akceptacji idei i niepodważalności wydawanych opinii.

OTM w swojej istocie polega na ocenie inkrementalnych (różniących) korzyści klinicznych (w zakresie skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa stosowania; inaczej: porównawczą ocenę efektywności klinicznej, ocenę względnej efektywności, ang. *relative effectiveness assessment*)

wynikających z wprowadzenia technologii medycznej do praktyki klinicznej w relacji do związanych z tym inkrementalnych (różniących) kosztów (*Wytyczne oceny technologii medycznych (HTA, ang. health technology assessment)*, 2016).

OTM ma na celu przejrzyste i systematyczne podsumowanie zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, dostępnych informacji o zdrowotnych, ekonomicznych, społecznych i etycznych aspektach zastosowania rozpatrywanych do wdrożenia technologii medycznych, według powszechnie akceptowanych zasad (np. wytycznych HTA), tak by w wyniku przeprowadzonej analizy możliwe było uzyskanie danych charakteryzujących się najwyższą wiarygodnością, co w konsekwencji pozwoli na dobór optymalnego sposobu postępowania z pacjentem (*Wytyczne oceny technologii medycznych*, 2016).

Analiza historyczna pojęcia

Geneza pojawienia się OTM na świecie oraz jej szybkiego rozwoju wiąże się potrzebami powstałymi w konsekwencji szybko rosnących wydatków na ochronę zdrowia; gwałtowny wzrost nakładów pieniężnych na świadczenia z tego zakresu przełożył się na konieczność opracowania i stopniowego wprowadzania rozwiązań w celu ograniczenia dynamiki wzrostu wydatków i przejęcia kontroli nad kosztami wdrażania nowych, innowacyjnych, ale jednocześnie drogich technologii medycznych. Sytuacja polityczna, sposób organizacji systemu ochrony zdrowia, stopień zaawansowania wdrażanych terapii i procedur zdrowotnych oraz tempo rozwoju wiedzy i świadomości na temat OTM na terenie różnych krajów spowodowały jednak brak jednolitości w zakresie początków, tempa ewolucji i sposobu kształtowania się tej koncepcji na świecie, dlatego przedstawienie rysu historycznego wymaga ukazania go z różnych perspektyw.

Idea OTM pojawiła się po raz pierwszy w Kongresie Stanów Zjednoczonych w 1967 roku, a już pięć lat później, w 1972 roku, zostało utworzone amerykańskie Biuro Kongresu, tj. Congressional Office of Technology Assessment (OTA); następnie ośrodki wykorzystujące OTM zaczęły prowadzić działalność w Kanadzie oraz w Australii, natomiast na początku lat 80. XX wieku nastąpił rozwój narzędzia w Europie.

W kolejnych latach w Unii Europejskiej wdrożono kilka projektów mających na celu rozwój współpracy międzynarodowej w zakresie OTM, takich jak: EUR-ASSESS, EUnetHTA, ECHTA/ECAHI, Advance HTA, które istotnie przyczyniły się do rozwoju oceny technologii medycznych. W celu lepszej wymiany doświadczeń w zakresie OTM oraz potrzeby wypracowania nowych metod komunikacji na poziomie międzynarodowym założono w roku 1985 Międzynarodowe Towarzystwo Oceny Technologii w Opiece Zdrowotnej (ISTAHC), a później, w 2003 roku, HTAi (*Health Technology Assessment international*) (Banta, 2003, s. 121–132; Banta & Jonsson, 2009, s. 1–6).

W 1987 r. powstała szwedzka agencja Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services, z kolei w Wielkiej Brytanii została utworzona brytyjska agencja Oceny Technologii Medycznych (NICE; National Institute of Clinical Excellence) (Banta, 2003, s. 121–132; Banta & Jonsson, 2009, s. 1–6).

Rola OTM systematycznie zwiększała się od początku XXI wieku. Stopniowo ocena ta stała się podstawowym narzędziem polityki refundacyjnej i cenowej w wielu krajach świata, w tym w większości krajów europejskich (Banta, 2003, s. 121–132; Banta & Jonsson, 2009, s. 1–6).

W krajach Unii Europejskiej istotnym krokiem dla rozwoju OTM było przyjęcie w roku 1991 przez Radę Ministrów Unii Europejskiej fundamentów nowej polityki zdrowotnej, w której OTM zdefiniowano jako narzędzie umożliwiające wykorzystanie środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną oraz realizację założenia *value for money in healthcare*, czyli właściwego określenia relacji pomiędzy poprawą jakości wykonywanych usług a ich kosztami (Banta, 2003, s. 121–132; Banta & Jonsson, 2009, s. 1–6).

W celu zwiększenia efektywności wymiany informacji dotyczącej oceny klinicznej nowoczesnych farmakoterapii wdrożono rozporządzenie Unii Europejskiej nr 2021/2282 w sprawie wspólnej oceny klinicznej nowych technologii medycznych (ang. *Joint Clinical Assessment*) (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/2282 z dnia 15 grudnia 2021 r. w sprawie oceny technologii medycznych i zmiany dyrektywy 2011/24/UE, 2021).

Rozporządzenie to umożliwia międzynarodową współpracę poszczególnych krajowych agencji OTM dzięki utworzeniu grupy koordynacyjnej organów krajowych i regionalnych ds. oceny technologii medycznych

oraz sieci zainteresowanych podmiotów, a także poprzez ustanowienie przepisów dotyczących udziału przedstawicieli poszczególnych krajów we wspólnych ocenach klinicznych i wspólnych konsultacjach naukowych z pacjentami, ekspertami klinicznymi i innymi ekspertami. Dzięki wdrożeniu tego rozwiązania dojdzie do ograniczenia indywidualnych wysiłków krajowych organów ds. OTM odnośnie do oceny klinicznej innowacyjnych technologii medycznych, co umożliwi bardziej racjonalną, efektywną i sprawną ocenę wartości klinicznej leku we wszystkich krajach członkowskich Unii Europejskiej.

Rozporządzenie w sprawie wspólnej oceny klinicznej w ramach OTM weszło w życie w styczniu 2022 r. i będzie stopniowo wdrażane: od 12 stycznia 2025 mocy prawnej nabrała część dotycząca innowacyjnych leków onkologicznych, natomiast od roku 2028 zacznie obowiązywać również w zakresie leków stosowanych w chorobach sierocych. W roku 2030 obowiązek prawny ma dotyczyć wszystkich farmakoterapii rejestrowanych w ramach procedury centralnej przez Europejską Agencję Leków (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/2282 z dnia 15 grudnia 2021 r. w sprawie oceny technologii medycznych i zmiany dyrektywy 2011/24/UE, 2021).

Działania na rzecz rozwoju oceny technologii medycznych w Polsce miały swój początek znacznie później niż w Europie Zachodniej. Jednym z pierwszych wydarzeń akcentujących podejmowanie prób wprowadzenia OTM do praktyki było wystąpienie przedstawiciela polskiego Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej podczas kongresu w San Francisco, Stanach Zjednoczonych, w 1992 roku. Podczas prelekcji zaakcentowano wizję nowych kierunków rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce, ze szczególnym naciskiem na konieczność podjęcia działań w trzech kluczowych obszarach: ocenie technologii medycznych, epidemiologii klinicznej i systemie zapewniania jakości w ochronie zdrowia. Wprowadzenie wspomnianych zmian wymagało czasu, gdyż wiązało się ze znaczną reformą i podjęciem nowych aktywności – żaden z obszarów nie funkcjonował dotychczas w polskiej rzeczywistości (Niżankowski & Wilk, 2009, s. 156–162).

Już dwa lata później, w 1994 roku, powołano w Polsce Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ), co zapoczątkowało faktyczne wprowadzanie zmian w systemie. Celem działalności instytucji z założenia było inspirowanie oraz wspieranie aktywności na rzecz

rozwoju efektywności, bezpieczeństwa oraz innych obszarów bezpośrednio powiązanych z jakością świadczonych usług z zakresu ochrony zdrowia. Wśród istotnych zmian wprowadzonych na skutek działalności CMJ należy wymienić wdrożenie systemu akredytacji szpitali czy utworzenie krajowych wytycznych w zakresie procedur opartych na dowodach naukowych, co zminimalizowało różnice między sposobem prowadzenia praktyki medycznej na terenie różnych ośrodków klinicznych. W 1997 r. w ramach CMJ wyodrębniony został Dział Standaryzacji – uważany za pierwszą strukturę organizacyjną w Polsce odpowiedzialną za OTM (Niżankowski & Wilk, 2009, s. 156–162); szczególnie istotny wkład w rozwój OTM w Polsce wnieśli kierownik Działu Standaryzacji dr Krzysztof Łanda oraz dyrektor CMJ Prof. Rafał Niżankowski.

Ideę konieczności wprowadzenia OTM oraz jej możliwego wpływu na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce zaczęto implementować dopiero w 1998 roku, gdy grupa przedstawicieli CMJ wzięła udział w warsztatach dotyczących oceny technologii medycznych zorganizowanych w ramach Międzynarodowej Konferencji Jakości w Ochronie Zdrowia w Budapeszcie. Wkrótce potem rozpoczęto prace nad wytycznymi zarówno dla świadczeniodawców, jak i podmiotów decyzyjnych w obszarze stosowanych technologii medycznych. Działania te zaowocowały opracowaniem pierwszych raportów OTM, składających się pierwotnie ogólnie z dwóch elementów: analizy ekonomicznej oraz analizy porównawczej. Założenia OTM przyjęły się i już dwa lata później w Niedzicy zorganizowano pierwszą konferencję o zasięgu międzynarodowym, poświęconą tematyce OTM oraz EBM. W kolejnych latach rozwój HTA w Polsce postępował w kierunku coraz bardziej istotnego wykorzystania OTM w procesie podejmowania decyzji w ochronie zdrowia (Niżankowski & Wilk, 2009, s. 156–162).

Instytucjonalizacja OTM jako całkowicie odrębnej jednostki organizacyjnej miała miejsce w 2005 roku, kiedy to na mocy zarządzenia Ministra Zdrowia została powołana Agencja Oceny Technologii Medycznych (AOTM). Prace nad rozpoczęciem działalności organizacji trwały rok, a następnie już na początku 2007 roku wydzielono Radę Konsultacyjną (obecnie Radę Przejrzystości), która jeszcze tego samego roku wydała pierwszą rekomendację w obszarze OTM (Zawada & Andrzejczyk, 2013, s. 28–34). Wytyczne oceny technologii medycznych po raz pierwszy zostały sformułowane na zlecenie i z udziałem Agencji

oraz ekspertów zewnętrznych w marcu 2007 roku, a następnie zaktualizowane w kwietniu 2009 roku. Obecna wersja wytycznych stanowi aktualizację poprzednich dokumentów. W pierwszych latach rozwoju oceny technologii medycznych problemem był głównie dostęp do informacji i rozproszenie źródeł danych, brak dostępu do informacji medycznych, jednak możliwości zebrania danych pojawiły się na początku XX wieku wraz z rozwojem Internetu oraz narzędzi selektywnego i precyzyjnego zbierania danych (Banta, 2003, s. 121–132; Banta & Jonsson, 2009, s. 1–6).

Obecnie, od 2009 roku, podstawą prawną działania Agencji w Polsce jest znowelizowana ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Szczegółowy zakres działania i sposób finansowania Agencji został opisany w rozdziale 1b wspomnianej ustawy. Wśród głównych zadań Agencji wymienia się przede wszystkim wykonywanie analiz i wydawanie rekomendacji dotyczących technologii medycznych (leków, wyrobów medycznych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia medycznego i świadczeń zdrowotnych) w zakresie zasadności finansowania poszczególnych elementów terapii ze środków publicznych. Należy podkreślić, że Agencja jest instytucją niezależną, ale jej rekomendacje stanowią pomoc w podejmowaniu decyzji refundacyjnych przez ministra zdrowia (Zawada & Andrzejczyk, 2013, s. 28–34). Aktualnie struktura AOTMIT podzielona została na dziesięć podjednostek – komórek organizacyjnych, których zespoły, w zależności od przydzielonych zadań, wykonują pracę w siedzibie Agencji lub poza nią. Na czele organizacji stoi prezes agencji (Lipińska i in., 2019, s. 183–193).

Zdefiniowanie pojęcia oceny technologii medycznych (OTM; ang. *Health Technology Assessment*) w sposób aprobowany na arenie międzynarodowej stanowi jedno z istotnych wyzwań podejmowanych przez podmioty w zakresie działań na rzecz rozwoju nauki i praktyki OTM. Zakres działań obejmowanych przez pojęcie oceny technologii medycznych na przestrzeni lat zmieniał się, co nierozłącznie wiązało się z ewolucją samej definicji.

Według Banta, będącego jednym z pionierów stosujących OTM w latach 70. XX wieku, ocena technologii medycznych stanowiła formę przyjmowanej polityki badań poświęconych krótko- i długoterminowym konsekwencjom stosowania poddawanych ocenie technologii,

a jej głównym celem było dostarczenie organom decyzyjnym informacji na temat alternatywnych metod postępowania (O'Rourke i in., 2020, s. 187–190).

Wraz z postępem nauki rozwojowi uległa również sama definicja i tak, w latach 90. XX w., Goodman określił OTM jako systematyczną ocenę właściwości, skutków i wpływu stosowania technologii medycznych, celem której było bieżące informowanie o kształtowaniu się polityki związanej z aktualnymi technologiami wykorzystywanymi w ochronie zdrowia (Goodman & Ahn, 1999, s. 97–105). Wczesne lata 2000. zaowocowały pierwszym międzynarodowym porównaniem praktycznego aspektu definicji oceny technologii medycznych, przeprowadzonym przez Dragborga i wspólników. W dokonanej analizie autorzy zaakcentowali fakt, że stosowane powszechnie definicje często obejmują jedynie wąski zakres, przez co w wymiarze międzynarodowym nie ma zastosowania definicja oceny technologii medycznych jako interdyscyplinarnej polityki działań z zakresu medycznych, społecznych, etycznych i ekonomicznych konsekwencji interwencji podejmowanych w obszarze ochrony zdrowia (O'Rourke i in., 2020, s. 187–190). W kolejnych latach, wraz z rozwojem nauki i upowszechnianiem praktycznego stosowania OTM, definiowanie oceny technologii medycznych w różnych krajach również ulegało modyfikacjom. Aktualnie przyjęta definicja, aprobowana przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Polsce, została przedstawiona na początku publikacji.

Ujęcie problemowe pojęcia

Przed okresem, w którym było możliwe wykorzystanie OTM przy podejmowaniu decyzji klinicznych, opierano się na mniej lub bardziej wiarygodnych wynikach klinicznych uzyskiwanych w poszczególnych ośrodkach. Biorąc pod uwagę aspekt zastosowania ich jako źródła danych, pozwalających określić możliwe ścieżki postępowania, szczególnie mocno podawano w wątpliwość badania prowadzone przez firmy farmaceutyczne ze względu na ich potencjalnie stronniczy charakter. Wobec braku dostępu do rzetelnej i aktualnej wiedzy wybór sposobu leczenia następował bardzo często pod wpływem subiektywnych opinii miejscowych autorytetów bez względu na rozbieżności dotyczące

wyników klinicznych uzyskiwanych u poszczególnych pacjentów czy bez względu na towarzyszące koszty. Problem stale rosnących kosztów leczenia oraz potrzeba wprowadzenia sprawnego systemu ich monitorowania nie dotyczy tylko naszego kraju. W tej sytuacji w wielu innych krajach świata, w tym w prawie wszystkich krajach europejskich, rozpoczęto poszukiwanie metod pozyskiwania obiektywnych danych klinicznych i skutecznych metod zarządzania środkami przeznaczonymi na ochronę zdrowia.

Gwałtowny wzrost kosztów w ochronie zdrowia następujący równolegle z pojawieniem się coraz większej liczby innowacyjnych, ale znacznie droższych terapii, wymusił racjonalizację, powodując zarazem potrzebę uzasadnienia wyboru stosowanej technologii medycznej oceną jego efektywności klinicznej oraz ekonomicznej (opłacalności) względem braku leczenia/placebo (w przypadku przełomowych pierwszych terapii w danym schorzeniu) lub innych leków stosowanych dotychczas.

OTM służy rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i poprawie jakości życia pacjentów. Polega na zebraniu i podsumowaniu dostępnych dowodów naukowych oraz informacji o wielu aspektach zastosowania danej technologii medycznej. W zakres OTM wchodzą analiza problemu decyzyjnego, aspekty kliniczne i kosztowe oraz przeprowadzenie modelowania farmakoekonomicznego wraz z oceną wpływu refundacji ocenianych technologii na budżet płatnika publicznego (*Wytyczne oceny technologii medycznych*, 2016).

Analiza OTM ma charakter porównawczy, ocenia alternatywne procedury medyczne pod kątem kosztów i klinicznej skuteczności leczenia. W związku z tym posiada cechy analizy inkrementalnej, co oznacza, że dokonujemy porównania bezwzględnej różnicy w kosztach (tzw. koszt inkrementalny) oraz efektach klinicznych (efekt inkrementalny). Taki charakter opracowania OTM pozwala na określenie przewagi danej procedury zarówno pod względem kosztów, jak i skuteczności leczenia.

Przy przeprowadzaniu analizy ekonomicznej należy wybrać metodę gwarantującą największą opłacalność, czyli taką, która umożliwia uzyskanie najlepszych wyników zdrowotnych przy najniższych kosztach.

W ramach przygotowania oceny klinicznej należy uwzględnić wymogi EBM (*evidence-based medicine* – medycyna oparta na faktach) obejmujące: randomizację (losowy, w pełni przypadkowy przydział pacjentów do grupy badanej i kontrolnej), zamaskowanie próby, rodzaj mierzonych

punktów końcowych, analizę statystyczną, kryteria włączenia i wykluczenia pacjentów, reprezentacyjność i liczebność próby, okres obserwacji, utratę pacjentów z badania oraz opis działań niepożądanych. Z perspektywy EBM najbardziej wartościowe dla oceny skuteczności klinicznej są duże randomizowane badania kliniczne, natomiast dla oceny profilu bezpieczeństwa obok badań randomizowanych istotną rolę odgrywają również badania o niższej wiarygodności, w tym badania obserwacyjne (przeprowadzone na dużych populacjach pacjentów i w długich okresach obserwacji). Kluczowe jest oparcie selekcji danych na tzw. przeglądzie systematycznym baz informacji naukowej wraz z selekcją i włączeniem do OTM wszystkich danych spełniających kryteria włączenia i niespełniających kryteriów wykluczenia.

OTM jest wykorzystywana do wiarygodnego uzasadnienia finansowania ze środków publicznych technologii medycznych o udowodnionej efektywności klinicznej i akceptowalnej opłacalności. Daje to argumentację za finansowaniem również tych technologii medycznych, które w dłuższym horyzoncie czasowym przy założeniu wyższej skuteczności klinicznej oraz przy lepszym profilu bezpieczeństwa mogą okazać się relatywnie tańsze niż ich komparatory.

Pomimo możliwych do dostrzeżenia wspólnych założeń stosowania oceny technologii medycznych różnice w kulturze, przeszłości, prowadzonej polityce, sposobie funkcjonowania i finansowania systemów ochrony zdrowia oraz ogólnym uzasadnieniu prowadzenia OTM przekładają się na odmienną organizację i mechanizm działania OTM w różnych krajach (O'Donnell i in., 2009, s. S1–S5). Poszczególne kraje odmiennie implementują OTM do własnych warunków i tworzą własne organizacje odpowiedzialne za jej prowadzenie, przez co na całym świecie zidentyfikować można kilkadziesiąt organów odpowiedzialnych za procesy oceny technologii medycznych. Ogółem, wspólnymi działaniami wyodrębnianymi dla różnych ośrodków są w szczególności analizy kliniczne i bezpieczeństwa rozpatrywanych technologii. Niektóre kraje podczas wykorzystywania OTM dodatkowo kładą nacisk na przykład na koszty wynikające ze stosowania poszczególnych terapii oraz oszacowanie opłacalności danego sposobu leczenia. Różnice w funkcjonowaniu OTM dotyczą również samej organizacji działania instytucji – w niektórych krajach za prowadzenie OTM ogółem odpowiedzialny może być jeden organ nadrzędny, w innych działania mogą być podzielone

pomiędzy odrębne organy – na przykład na instytucje rozdzielnie odpowiedzialne za ocenę i weryfikację OTM (Mela, 2020, s. 275–280).

W Polsce najważniejszymi organami mającymi wpływ na dysponowanie środkami finansowymi w obszarze ochrony zdrowia są Ministerstwo Zdrowia (MZ) oraz Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). W układzie tym funkcję regulatora i płatnika pełni MZ, NFZ przypisywana jest jedynie funkcja płatnika. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji stanowi organ wspomagający działalność instytucji nadrzędnych – pełni funkcję doradczą, dokonuje oceny technologii, wytycznych i programów polityki zdrowotnej, jest odpowiedzialna również za taryfikację oraz porządkowanie koszyka świadczeń gwarantowanych (Lipińska i in., 2019, s. 183–193). Wydawane przez instytucję rekomendacje mają charakter pomocniczy, a ich zadaniem jest ułatwienie przebiegu procesu podejmowania decyzji refundacyjnych przez ministra zdrowia.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Wprowadzenie do praktyki oceny technologii medycznych było naturalną konsekwencją rozwoju nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz odpowiedzią na wynikające z postępu wyzwania. Coraz większa dostępność innowacyjnych środków i metod terapeutycznych kreuje nowe możliwości leczenia, niejednokrotnie pozwalające na osiąganie lepszych wyników terapeutycznych. Nowoczesne terapie są jednak często bardzo kosztowne, a bezkrytyczne finansowanie ze środków publicznych wszystkich dostępnych metod terapeutycznych nie byłoby możliwe ze względu na ograniczone środki finansowe. Konieczne więc było podjęcie działań dążących do wypracowania takich mechanizmów oceny sposobów postępowania z pacjentem, które pozwoliłyby na podejmowanie racjonalnych decyzji, wychodzących naprzeciw potrzebom jak największej grupy pacjentów, ale optymalnych pod kątem rozlokowania środków finansowych. We wspomnianym procesie oceny niezwykle ważnym elementem jest położenie nacisku na podejmowanie decyzji na podstawie aktualnych dowodów naukowych, zgodnie z założeniami *Evidence Based Medicine*, co jest przydatne zarówno dla organów decyzyjnych

poprzez ułatwienie podejmowania decyzji i umocnienie ich niepodważalności i wiarygodności, jak i dla samych pacjentów poprzez zapewnienie dostępu do terapii najlepszego wyboru zgodnie z obecnym stanem wiedzy popartym badaniami naukowymi (*Wytyczne oceny technologii medycznych*, 2016).

Na kształtowanie się definicji i różnic w ogólnej formie prowadzenia praktyki OTM w poszczególnych krajach ma wpływ wiele czynników wynikających z uwarunkowań lokalnych i mających podłoże historyczne, organizacyjne bądź kulturowe. Prowadzi to do zróżnicowania zarówno całokształtu OTM, jak i poszczególnych elementów składowych praktyki obejmujących między innymi instytucjonalizację (jedna lub więcej instytucji o różnym zakresie odpowiedzialności), procedury czy chociażby zakres tematyczny pojęcia. Trudności z ustaleniem wspólnych dla wszystkich krajów elementów założeń skutkują komplikacjami w wypracowaniu wspólnych procedur, których wprowadzenie nie tylko przełożyłoby się na ograniczenie obciążenia instytucji krajowych, ale również wpłynęłoby na zwiększenie sprawności, efektywności i racjonalności przeprowadzanych ocen oraz na poprawę wiarygodności decyzji w perspektywie międzynarodowej (O'Donnell i in., 2009, s. S1–S5). Opracowanie i wdrożenie przez Parlament Europejski i Radę (UE) rozporządzenia w sprawie wspólnej oceny klinicznej w ramach OTM jest efektem dostrzeżenia potrzeby wprowadzenia regulacji na przestrzeni międzynarodowej (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/2282 z dnia 15 grudnia 2021 r. w sprawie oceny technologii medycznych i zmiany dyrektywy 2011/24/UE, 2021).

Ocena technologii medycznych w Polsce pomimo stosunkowo krótkiej historii w porównaniu ze skalą światową stanowi zaawansowane konstrukcyjnie i wiarygodne narzędzie, a Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji jest w skali światowej rozpoznawalną i poważaną instytucją o ugruntowanej pozycji. Wśród podstawowych funkcji Agencji wyróżnia się opiniotwórczość i doradczość – dostarczane przez instytucję analizy i rekomendacje stanowią pomoc w procesie podejmowania decyzji refundacyjnych, za który bezpośrednio odpowiedzialny jest Minister Zdrowia (Zawada & Andrzejczyk, 2013, s. 28–34). Struktura narzędzia oceny technologii medycznych opracowanego przez AOTMiT i opisanego w obowiązujących zaleceniach jest złożona i składa się między innymi z elementów takich jak: analiza problemu decyzyjnego,

analiza kliniczna, analiza ekonomiczna i analiza wpływu na system ochrony zdrowia. Ważnym aspektem jest porównawczy charakter OTM, co oznacza, że podczas oceny nowej proponowanej technologii porównuje się ją z najskuteczniejszymi w momencie prowadzenia analizy już wprowadzonymi do stosowania komparatorami i ocenia się alternatywne procedury medyczne pod kątem kosztów i klinicznej skuteczności leczenia. Złożoność oceny, interdyscyplinarny charakter i poparcie danymi opartymi na źródłach naukowych ma zapewnić jej wysoką jakość, obiektywność i niepodważalność. Ocena technologii medycznych w przypadku rzetelnego i zgodnego z wytycznymi zebrania i opracowania uzyskanych w toku przeglądu systematycznego danych może stanowić również efektywne narzędzie do oceny racjonalności podejmowania decyzji z obszaru ochrony zdrowia (*Wytyczne oceny technologii medycznych*, 2016).

Zastosowanie skutecznej metodologii oceny naukowej jest wymogiem prowadzenia opłacalnej i skutecznej OTM, ale należy zaznaczyć, że nie stanowi jej wyłącznego elementu. Aby proces wdrożenia OTM mógł zostać zakończony sukcesem, podczas implementacji narzędzia konieczne jest uwzględnienie w trakcie analizy równocześnie kontekstu społecznego i etycznego oraz wspólnego dobra – rozumianego tu przez jednoczesne zaspokajanie potrzeb społeczeństwa, jak i wychodzenie naprzeciw oczekiwaniom branży. Sam proces, jako całokształt, musi zostać poprowadzony w sposób przejrzysty w zakresie wyboru technologii medycznych, procedury oceny czy uwzględnienia oceny w polityce refundacyjnej. Co więcej, wskazuje się, że aby umożliwić dalszy rozwój i ciągłe doskonalenie OTM, konieczne jest zaangażowanie w proces opinii publicznej, ze szczególnym naciskiem na przeprowadzanie dyskusji społecznych i etycznych z udziałem pracowników ochrony zdrowia, przedstawicieli pacjentów, przedstawicieli przemysłu technologii medycznych czy innych wpływowych organów. Zaangażowanie do aktywnego udziału w proces oceny wszystkich interesariuszy stanowi wyzwanie i może wprawdzie stanowić źródło kontrowersji, ale pozwoli na jednoczesne zwrócenie uwagi na kwestie naukowe, społeczne i polityczne oraz otworzy nowe perspektywy i ścieżki postępu (O'Donnell i in., 2009, s. S1–S5). Dodatkowo włączenie potencjalnie wpływowych interesariuszy do publicznych dyskusji może pozwolić na zwiększenie transparentności całego procesu.

Inny istotny aspekt stanowiący wyzwanie w skutecznym prowadzeniu i implementacji OTM to konieczność podjęcia działań dążących do adaptacji danego sposobu postępowania do lokalnych warunków (np. określonego kraju czy regionu). W tym ujęciu za główne ograniczenia przyjąć należy różnice w: organizacji opieki szpitalnej i pozaszpitalnej czy zaawansowaniu stosowanych technologii medycznych w poszczególnych krajach. Występujący często deficyt wiarygodnych badań klinicznych dotyczących określonych technologii medycznych (prowadzonych w specyficznych warunkach badań klinicznych) oraz spadek ich efektywności klinicznej podczas wykorzystywania ich w warunkach realnej praktyki klinicznej odległych od „idealnych" warunków prowadzenia badań klinicznych utrudnia jej wprowadzenie do praktyki klinicznej oraz utrudnia uzyskanie pozytywnej decyzji refundacyjnej.

Pomimo różnic w organizacji OTM i definiowaniu pojęcia oraz złożoności analizowanego zjawiska należy podkreślić, że w każdym przypadku istotą prowadzenia oceny technologii medycznych jest stawianie na pierwszym miejscu dobra pacjenta – zapewnianie mu dostępu do optymalnych sposobów postępowania w jednostce chorobowej – z jednoczesnym uwzględnieniem efektywności dysponowania dostępnymi środkami finansowymi (*Wytyczne oceny technologii medycznych*, 2016).

Bibliografia

Banta, D. (2003). The development of health technology assessment. *Health Policy*, *63*(2), 121–132. DOI: 10.1016/s0168-8510(02)00059-3

Banta, D., & Jonsson, E. (2009). History of HTA: Introduction. *International Journal of Technology Assessment in Health Care, 25*(S1), 1–6. DOI: 10.1017/s0266462309090321

Goodman, C.S., & Ahn, R. (1999). Methodological approaches of health technology assessment. *International Journal of Medical Informatics*, *56*(1-3), 97–105. DOI: 10.1016/s1386-5056(99)00049-0

Joint clinical assessment – agencja oceny technologii medycznych i taryfikacji. (b.d.). Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Pozyskano z: https://www.aotm.gov.pl/projekty-aotmit/joint-clinical-assessment/ (dostęp: 08.03.2025).

Lipińska, A., Nawrocki, T., Patyna, M., Płusa, A., Pomorski, M., & Ziębińska, A. (2019). Miejsce i znaczenie AOTMiT w polskim systemie

ochrony zdrowia. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, *17*(4), 183–193. DOI: 10.4467/20842627oz.19.020.12182

Mela, A. (2020). Rola agencji HTA w Polsce i na świecie. *Farmacja Polska, 76*(5), 275–280. DOI: 10.32383/farmpol/125414

Niżankowski, R., & Wilk, N. (2009). From idealistic rookies to a regional leader: The history of health technology assessment in Poland. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, *25(S1)*, 156–162. DOI: 10.1017/s0266462309090588

O'Donnell, J.C., Pham, S.V., Pashos, C.L., Miller, D.W., & Smith, M.D. (2009). Health technology assessment. Lessons learned from around the world—an overview. *Value in Health*, *12*, S1–S5. DOI: 10.1111/j.1524-4733.2009.00550.x

O'Rourke, B., Oortwijn, W., & Schuller, T. (2020). The new definition of health technology assessment: A milestone in international collaboration. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, *36*(3), 187–190. DOI: 10.1017/s0266462320000215

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/2282 z dnia 15 grudnia 2021 r. w sprawie oceny technologii medycznych i zmiany dyrektywy 2011/24/UE, Rozporządzenie nr PE/80/2021/INIT (2021).

Wytyczne oceny technologii medycznych (HTA, ang. health technology assessment). (2016). AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Pozyskano z: https://www.aotm.gov.pl/wytyczne-oceny-technologii-medycznych/ (dostęp: 08.03.2025).

Zawada, A., & Andrzejczyk, Ł. (2013). Rola oceny technologii medycznych w refundacji leków w Polsce. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, *11*(1), 28–34. DOI: 10.4467/20842627OZ.14.003.1613

Iwona A. Bielska
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
McMaster University, Hamilton, Canada
https://orcid.org/0000-0002-4186-4871
https://doi.org/10.35765/slowniki.584

Badania nad usługami zdrowotnymi

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Badania nad usługami zdrowotnymi (*health services research*) stanowią jeden z obszarów badań nad zdrowiem, koncentrujący się na różnych aspektach systemu opieki zdrowotnej w odniesieniu do ścieżki pacjenta. Jest to interdyscyplinarna dziedzina, w ramach której analizuje się organizację systemu opieki zdrowotnej, sposób świadczenia usług, dostęp pacjentów do opieki, korzystanie przez nich z usług zdrowotnych oraz efektywność funkcjonowania całego systemu.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Choć niektóre elementy metodologii stosowanej w tej dziedzinie znane były od wieków, sam termin *health services research*, odnoszący się do systematycznego badania systemu opieki zdrowotnej, został po raz pierwszy formalnie użyty w Stanach Zjednoczonych w 1966 roku. W ciągu kolejnych sześćdziesięciu lat badania nad usługami zdrowotnymi rozwinęły się w różnych krajach. Przyjęto w nich podejście oparte na danych, łącząc interdyscyplinarność z systematycznością w odpowiedzi na wyzwania stojące przed opieką zdrowotną oraz uwzględniając perspektywę zarówno jednostek, jak i całych populacji korzystających z systemu tej opieki.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Badania nad usługami zdrowotnymi są silnie związane z dostępnością danych, w szczególności tych gromadzonych z myślą o badaniach i procesach doskonalenia systemów zdrowotnych. Dane te mogą mieć charakter pierwotny – gdy są zbierane bezpośrednio z myślą udzielenia odpowiedzi na określone pytania badawcze – lub wtórny, gdy są pozyskiwane do innych celów. Istnieje również

możliwość łączenia informacji z istniejących źródeł, co pozwala na stworzenie pożądanych zbiorów danych obejmujących kluczowe zmienne. Badania nad usługami zdrowotnymi wyróżnia zdolność szybkiego reagowania na sytuacje pilne i nagłe dzięki wykorzystaniu dostępnych danych.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Badania nad usługami zdrowotnymi dostarczają narzędzi, za pomocą których można realnie wpływać na poprawę jakości opieki nad pacjentem dzięki wspieraniu procesu podejmowania decyzji opartych na dowodach naukowych. Istnieje ogromny potencjał dalszego rozwoju badań nad tymi usługami, zwłaszcza poprzez zwiększenie dostępności jednolicie gromadzonych danych o systemach ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: badania nad usługami zdrowotnymi, analiza danych zdrowotnych, wykorzystanie opieki zdrowotnej, funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, podejmowanie decyzji na podstawie dowodów naukowych

Definicja pojęcia

Badania nad usługami zdrowotnymi wpisują się w szerszą kategorię badań nad zdrowiem, obejmujących badania kliniczne i biomedyczne oraz badania dotyczące zdrowia społecznego, kulturowego, środowiskowego i populacyjnego. Razem wszystkie te obszary przyczyniają się do poprawy zdrowia populacji (Canadian Institutes of Health Research, 2023). Procesy służące analizie funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej oraz korzystania z nich przez pacjentów były znane od stuleci, zanim zostały formalnie opisane i usystematyzowane jako odrębna dziedzina badań. Przykładem może być analiza opieki świadczonej przez lekarzy i instytucje medyczne prowadzona już w XVII-wiecznej Anglii przez Sir Williama Petty'ego (Mullner, 2009). Z kolei w Stanach Zjednoczonych niektóre metodologie wykorzystywane obecnie w badaniach nad usługami zdrowotnymi były stosowane już w XVIII i XIX wieku przez instytucje rządowe, takie jak United States Public Health Service czy American Public Health Association (Mullner, 2009).

Od momentu formalnego ustanowienia badań nad usługami zdrowotnymi w latach 60. XX wieku zaproponowano wiele ich definicji. Najczęściej przyjmowana określa je jako

> wielodyscyplinarną dziedzinę badań naukowych, która analizuje, w jaki sposób czynniki społeczne, systemy finansowania, struktury i procesy organizacyjne, technologie medyczne oraz zachowania jednostek wpływają na dostęp do opieki zdrowotnej, jakość i koszty tej opieki, a ostatecznie na nasze zdrowie i dobrostan (National Research Council, 2011, s. 103; Lohr & Steinwachs, 2002).

Rosnące znaczenie opieki skoncentrowanej na pacjencie przyczyniło się do zwiększenia roli badań nad usługami zdrowotnymi. Badania te analizują różne aspekty systemu opieki zdrowotnej oraz jego interakcje z jednostkami i populacjami. Jak zauważają Lohr i Steinwachs (2002), „obszarami badań są jednostki, rodziny, organizacje, instytucje, społeczności i populacje", co oznacza, że system oddziałuje na pacjentów, ich opiekunów, pracowników ochrony zdrowia, planistów systemowych oraz decydentów politycznych.

Dziedzina ta łączy sektor akademicki i rządowy i stosuje rygorystyczne metody badawcze do analizy systemu opieki zdrowotnej w celu poprawy jego funkcjonowania. Jest fundamentem kształtowania polityki

i podejmowania decyzji opartych na dowodach, co ma szczególne znaczenie w krajach, gdzie opieka zdrowotna finansowana jest ze środków publicznych, a wyniki badań stanowią podstawę decyzji dotyczących alokacji zasobów. Wobec ograniczonej liczby pracowników ochrony zdrowia, infrastruktury, sprzętu i finansów coraz większą wagę przywiązuje się do sprawnego i skutecznego świadczenia usług zdrowotnych. Jednocześnie niezwykle istotne jest, aby analizy usług zdrowotnych były prowadzone w sposób etyczny, z poszanowaniem praw pacjentów.

Ze względu na koncentrację na analizie świadczenia usług badania nad usługami zdrowotnymi bywają określane mianem „epidemiologii opieki zdrowotnej" (Wensing & Ullrich, 2023, s. 3). Są one blisko powiązane ze zdrowiem publicznym, ponieważ osoby je prowadzące zajmują się funkcjonowaniem i organizacją systemów opieki zdrowotnej (Wensing & Ullrich, 2023, s. 11). Zakres tematyczny tej dziedziny jest bardzo szeroki, a stosowane w niej metody pozwalają udzielić odpowiedzi na różnorodne pytania, takie jak: w jaki sposób pacjenci poruszają się w systemie, kto i jak korzysta z usług zdrowotnych oraz jakie są koszty leczenia. Naukowcy zajmujący się tą dziedziną określają się mianem badaczy usług zdrowotnych (*health services researchers*).

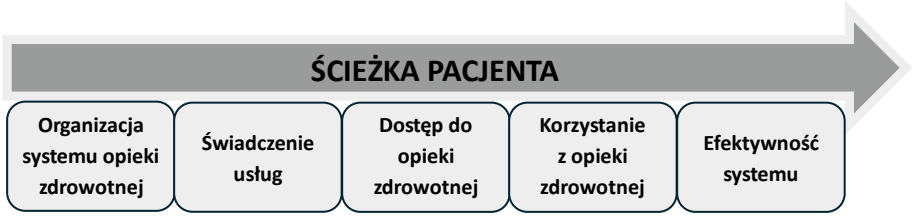
Centralnym punktem badań nad usługami zdrowotnymi jest pacjent i jego droga przez system, często określana jako „ścieżka pacjenta" (*patient pathway*). Badania pozwalają przeanalizować sposób, w jaki pacjent przemieszcza się w obrębie systemu opieki zdrowotnej – w ramach jednej placówki, między placówkami czy między poszczególnymi obszarami systemu – co określa się także jako przepływ pacjentów (*patient flow*). Na tej ścieżce na jakość opieki udzielanej pacjentom i ich doświadczenia oddziałują różne czynniki, w tym sposób współpracy pracowników ochrony zdrowia przy przekazywaniu opieki (*patient hand-over*) oraz czas oczekiwania na leczenie. Niektóre elementy funkcjonują sprawnie, inne wymagają udoskonalenia.

Na przykład pacjent w stanie wymagającym natychmiastowej interwencji może zgłosić się na oddział ratunkowy, gdzie przechodzi badania kliniczne oraz ma możliwość uzyskania konsultacji specjalistycznych oraz wykonania badań laboratoryjnych i obrazowych. Następnie podejmowana jest decyzja o przyjęciu go na oddział szpitalny, gdzie wykonywane są dalsze badania, oceny diagnostyczne i wdrażane leczenie. Po ustabilizowaniu stanu pacjenta i zapewnieniu możliwości kontynuacji

opieki w środowisku lokalnym zostaje on wypisany, a jego dalsze leczenie przejmuje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, z ewentualnym udziałem specjalistów i innych pracowników systemu. Przykład ten dobrze ilustruje złożoność podmiotów i procesów zaangażowanych w opiekę nad pacjentem, które mogą stanowić przedmiot analiz w badaniach nad usługami zdrowotnymi.

Jak przedstawiono na rysunku 1, na kolejnych etapach ścieżki pacjenta pojawia się wiele zagadnień, które mogą być przedmiotem pogłębionej analizy. Choć lista ta nie jest kompletna, wskazuje na obszary szczególnie często będące w centrum zainteresowania zarówno badaczy, jak i decydentów.

Rysunek 1. Obszary badań na ścieżce pacjenta w badaniach nad usługami zdrowotnymi



Jednym z kluczowych obszarów badań nad usługami zdrowotnymi jest organizacja systemu opieki, w ramach której prowadzi się pogłębione analizy dotyczące elementów systemu, sposobów, w jakie dokonują się ich wzajemne interakcje, oraz struktur zarządzania nadzorujących ich funkcjonowanie. Systemy opieki zdrowotnej mają często charakter wielowarstwowy: obejmują organy nadzorcze, takie jak ministerstwa zdrowia czy regionalne władze zdrowotne, a także instytucje świadczące usługi, m.in. przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoria i szpitale. W tym obszarze analizuje się sposoby finansowania systemu, procesy podejmowania i wdrażania decyzji, proporcje między świadczeniami publicznymi a prywatnymi w różnych krajach oraz stopień przygotowania systemu do reagowania w sytuacjach kryzysowych (*emergency preparedness*).

Kolejnym obszarem jest świadczenie usług, koncentrujące się na ścieżkach dostarczania opieki pacjentom, a więc na nakładach i uzyskiwanych wynikach. Opieka może być realizowana w warunkach stacjonarnych (np. w szpitalu) lub ambulatoryjnych (np. w przychodni,

ośrodku zdrowia) przez profesjonalnych pracowników ochrony zdrowia – lekarzy, pielęgniarki, psychologów czy fizjoterapeutów. W sytuacji, gdy pacjent ma liczne potrzeby zdrowotne wymagające rozległej wiedzy i kompetencji, opieka może wymagać zaangażowania zespołów multidyscyplinarnych, składających się ze specjalistów z różnych dziedzin. W tym zakresie badania obejmują analizę różnych podejść do opieki i ich wpływu na wyniki zdrowotne pacjentów, porównanie rezultatów leczenia w środowiskach o niskich i wysokich zasobach, ocenę jakości świadczeń i identyfikację obszarów wymagających poprawy, a także badanie doświadczeń i satysfakcji pacjentów.

Dostęp do opieki zdrowotnej stanowi kolejny istotny obszar badań. Uwzględnia on zarówno czynniki ułatwiające korzystanie z usług, jak i bariery pojawiające się na ścieżce pacjenta. Do czynników sprzyjających należą m.in. posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego, znajomość zasad poruszania się w systemie oraz opieka lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Bariery natomiast to czynniki ograniczające, opóźniające lub uniemożliwiające dostęp, takie jak słaba znajomość języka, brak transportu, długi czas oczekiwania czy skomplikowane procedury systemowe. Badania prowadzone w tym obszarze koncentrują się na analizie doświadczeń różnych grup pacjentów i pozwalają na identyfikację populacji szczególnie podatnych na negatywne konsekwencje zdrowotne, w tym osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, pacjentów z wielochorobowością oraz jednostek charakteryzujących się wysoką częstością korzystania z systemu opieki zdrowotnej.

Kolejny obszar badań dotyczy korzystania z usług zdrowotnych przez pacjentów. Obejmuje on analizę cech osób korzystających z danego sektora systemu, w tym ich danych socjodemograficznych, stanu klinicznego, stosowanego leczenia, wyników zdrowotnych i wzorców korzystania z usług. W tym zakresie bada się m.in. ścieżki pacjentów i wskaźniki przyjęć i powrotów do placówek, aby lepiej zrozumieć sposób wykorzystania systemu w odniesieniu do różnych jednostek chorobowych. Z zagadnieniem tym powiązana jest analiza kosztów opieki oraz alokacji zasobów w celu eliminowania luk w ofercie systemu.

Ostatnim kluczowym obszarem badań jest efektywność systemu. Skupia się on na tym, jak poszczególne części systemu – organizacje, placówki i sektory – współpracują w świadczeniu usług dla pacjentów. Jest to obszar fundamentalny z punktu widzenia monitorowania

i ewaluacji systemu opieki zdrowotnej oraz podnoszenia jego jakości. W tym celu stosuje się różnorodne wskaźniki, monitorowane w dłuższej perspektywie. Obejmują one m.in. czas oczekiwania (np. na przyjęcie na oddział ratunkowy, wizytę u specjalisty czy wykonanie procedury), odsetek pacjentów powracających lub ponownie przyjmowanych w określonych ramach czasowych, liczbę osób oczekujących na miejsca w konkretnych placówkach czy liczbę pracowników ochrony zdrowia w przeliczeniu na mieszkańca. Płatnicy systemowi mogą ponadto stosować mechanizmy motywacyjne, oferując organizacjom zachęty do poprawy wyników.

Analiza historyczna pojęcia

Termin „badania nad usługami zdrowotnymi" (*health services research*) po raz pierwszy został użyty w 1966 roku przez rząd federalny Stanów Zjednoczonych w związku z utworzeniem sekcji zajmującej się oceną wniosków o finansowanie badań w tym obszarze (Lohr & Steinwachs, 2002). Trzy lata później badania nad usługami zdrowotnymi zostały oficjalnie uznane w strukturach Departamentu Zdrowia, Edukacji i Opieki Społecznej poprzez powołanie National Center for Health Services Research and Development (Lohr & Steinwachs, 2002). W tym czasie Paul Sanazaro określił tę dziedzinę jako „obszar rozwijający metody poprawy dostępu do opieki, ograniczania tempa wzrostu cen medycznych oraz zapewniania skuteczności leczenia" (Lohr & Steinwachs, 2002).

Wpływ opieki zdrowotnej i sposobu jej świadczenia na wyniki pacjentów zaczęto systematycznie analizować sześćdziesiąt lat temu i od tego czasu badania nad usługami zdrowotnymi przeszły istotną ewolucję (Whicher i in., 2018). Choć procesy decyzyjne w systemie opieki zdrowotnej istniały już wcześniej, formalne wyodrębnienie tej dziedziny pozwoliło na usystematyzowanie metodologii i procedur badawczych (National Research Council, 1994, s. 16). W 1972 roku Komitet Doradczy ds. Nauki przy Prezydencie USA zaproponował pierwszą oficjalną definicję badań nad usługami zdrowotnymi, lokując je w szerszej kategorii badań biomedycznych i określając jako badania, które „[dążą] do udoskonalenia sieci świadczenia opieki zdrowotnej, tak aby rezultaty

badań biomedycznych były łatwo dostępne dla wszystkich obywateli" (Lohr & Steinwachs, 2002).

W nowszych ujęciach Wensing i Ullrich (2023) podkreślają praktyczny i aplikacyjny charakter tej dziedziny, definiując ją jako „wkład w doskonalenie opieki zdrowotnej poprzez podejmowanie wyzwań w realnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia" (s. 5). Autorzy wskazują na kluczowe cechy badań nad usługami zdrowotnymi, takie jak: wykorzystanie podejść opartych na danych, multidyscyplinarność, systematyczność, a także koncentracja na perspektywie użytkowników systemu, zarówno osób obecnie korzystających z opieki, tych, które mogą wejść w interakcję z systemem w przyszłości, jak również całych grup i populacji.

Zmienił się też profil zawodowy osób zajmujących się tą dziedziną. Początkowo akcent kładziono głównie na kliniczny aspekt medycyny, dlatego badania prowadzili przede wszystkim pracownicy ochrony zdrowia, ekonomiści i przedstawiciele nauk społecznych (National Research Council, 1994). Z czasem obszar ten stał się bardziej zróżnicowany i interdyscyplinarny, obejmując badaczy z wielu dziedzin i mających różne kompetencje. Powstały także programy edukacyjne poświęcone badaniom nad usługami zdrowotnymi, mające na celu przygotowanie specjalistów w zakresie metod stosowanych w tej dyscyplinie.

Ze względu na szeroki zakres tematyczny w 2004 roku Wilczynski i in. zaproponowali zestaw terminów i słów kluczowych przydatnych do wyszukiwania literatury w jednej z największych baz bibliograficznych – MEDLINE, prowadzonej przez National Library of Medicine w USA. Autorzy wyróżnili kategorie badań obejmujące analizę adekwatności, procesów, wyników, kosztów, aspektów ekonomicznych oraz wytycznych praktyki klinicznej związanych ze świadczeniem usług zdrowotnych (Wilczynski i in., 2004). Powstała również baza McMaster Health Services Research Database na Uniwersytecie McMaster, obejmująca czasopisma naukowe publikujące prace z zakresu tej dziedziny – w sumie 161 tytułów indeksowanych w MEDLINE. Wilczynski i in. (2004) ustalili, że w 2000 roku opublikowano w nich 994 artykuły odpowiadające kategorii badań nad usługami zdrowotnymi, co stanowiło jedynie 4% wszystkich prac w tych czasopismach.

Warto zauważyć, że badania nad usługami zdrowotnymi są ściśle powiązane z innymi obszarami analizującymi funkcjonowanie poszczególnych elementów systemu ochrony zdrowia, przy czym między tymi

dziedzinami występują części wspólne. Jednym z takich obszarów są badania nad systemami zdrowotnymi (*health systems research*), uznawane za poddziedzinę badań nad usługami zdrowotnymi, koncentrującą się na analizie systemu opieki zdrowotnej w ujęciu makro, m.in. jego finansowania, zarządzania, organizacji, świadczenia usług i zasobów (Busse, 2014). Badania nad usługami zdrowotnymi łączą się też z obszarem badań nad polityką i systemami zdrowotnymi (*health policy and systems research*), który wykracza poza analizę świadczenia usług, obejmując również inne elementy systemu, takie jak polityki zdrowotne czy ich oddziaływanie na poziomie międzynarodowym (Gilson, 2012).

Ujęcie problemowe pojęcia

Możliwość prowadzenia badań nad usługami zdrowotnymi w dużym stopniu zależy od dostępności wiarygodnych danych, a także od ich kompletności, aktualności i łatwości dostępu (Bradley i in., 2010). Dane pierwotne, gromadzone specjalnie na potrzeby danego problemu badawczego, mogą być zbierane bezpośrednio przez badacza. Proces ten jest jednak czasochłonny i kosztowny. Dane mogą mieć charakter ilościowy, np. dotyczący czasu oczekiwania pacjentów, dostępnych zasobów czy kosztów, albo jakościowy, np. obejmujący informacje uzyskane w wywiadach na temat satysfakcji pacjentów z opieki czy opinii o barierach i czynnikach ułatwiających dostęp do świadczeń.

W badaniach nad usługami zdrowotnymi powszechnie stosuje się podejścia mieszane. Badania jakościowe są szczególnie użyteczne, gdy nie można odpowiedzieć na pytania, posługując się wyłącznie danymi ilościowymi, lub gdy potrzebny jest szerszy kontekst. Przykład stanowi analiza wzorców korzystania z opieki zdrowotnej w określonej populacji. Dzięki danym administracyjnym, takim jak dokumentacja podstawowej opieki zdrowotnej, szpitalna czy ambulatoryjna, można opisywać schematy korzystania z usług. Aby jednak lepiej zrozumieć, w jaki sposób pacjenci uzyskują dostęp do systemu i jak oceniają otrzymywaną opiekę, uzupełnia się te informacje o częściowo ustrukturyzowane wywiady z przedstawicielami badanej grupy.

Dane zbierane specjalnie na potrzeby badań i doskonalenia systemów ochrony zdrowia są ograniczone, dlatego często korzysta się ze

źródeł wtórnych, w których informacje gromadzono w innych celach, np. w ramach opieki klinicznej, rozliczeń finansowych czy monitorowania chorób. Do takich źródeł należą elektroniczna dokumentacja medyczna, pliki rozliczeniowe i refundacyjne, rejestry chorób czy ankiety przeprowadzane przez rządy, instytuty badawcze i organizacje prywatne (Bradley i in., 2010).

Praca na danych wtórnych oznacza zwykle korzystanie z rozproszonych systemów, co ogranicza zakres i szczegółowość stawianych pytań badawczych (Bradley i in., 2010). Wyzwaniem może być również jakość danych, co wymaga ich weryfikacji, a niekiedy także czyszczenia przed analizą. Wybór między gromadzeniem nowych danych a korzystaniem z już istniejących zasobów powinien uwzględniać specyfikę pytania badawczego, dostępność danych, kwestie własności, kompetencje analityczne, finansowanie i harmonogram badań (Bradley i in., 2010).

Dostęp do danych bywa ograniczony ze względu na ich wrażliwy charakter, konieczność zawierania umów dotyczących udostępniania czy wymogi formalne związane z uzyskaniem zgód. Analiza danych wymaga odpowiednich zgód komisji etycznych, spełniających regulacje obowiązujące w danym kraju. Często korzysta się z danych zanonimizowanych, w których informacje osobowe – takie jak data urodzenia czy adres – zastępowane są wskaźnikami pochodnymi, np. wiekiem czy dzielnicą zamieszkania. Jeśli określone zmienne nie są dostępne na wymaganym poziomie analizy, stosuje się wskaźniki zastępcze. Na przykład jeśli baza nie zawiera danych socjodemograficznych, można powiązać rekordy z indeksami marginalizacji dzielnic na podstawie adresu. Wadą tego podejścia jest to, że analizowane dane odzwierciedlają wartości na poziomie dzielnicy, a nie jednostki.

Rozwiązaniem jest łączenie istniejących źródeł danych w jeden zbiór zawierający interesujące zmienne. Wymaga to jednak unikalnego identyfikatora w każdej bazie, np. numeru rejestracyjnego, identyfikatora pacjenta czy numeru karty zdrowia. Po jego ustaleniu można rozpocząć proces łączenia danych przy użyciu metod probabilistycznych, deterministycznych lub manualnej weryfikacji (Bradley i in., 2010).

Wykorzystanie unikalnego identyfikatora w wielu bazach danych pozwala na mapowanie ścieżki pacjenta w całym systemie ochrony zdrowia oraz udzielanie złożonych odpowiedzi dotyczących korzystania z usług. Na przykład połączenie danych z ministerstw zdrowia lub

systemów ubezpieczeń pozwala badać duże populacje pacjentów, co jest szczególnie istotne w analizach dotyczących chorób rzadkich. Badania prowadzone z wykorzystaniem połączonych danych muszą być zgodne z przepisami o ochronie prywatności oraz zasadami dotyczącymi własności poszczególnych zbiorów danych. Z uwagi na regulacje w tym zakresie analizy te często realizowane są w instytutach badawczych, z zachowaniem obowiązujących wymogów ochrony danych.

Nadzór nad systemem ochrony zdrowia w ramach badań nad usługami zdrowotnymi znacząco się rozwinął dzięki dostępności danych w czasie rzeczywistym. W niektórych ej krajach wykorzystuje się dane administracyjne z przychodni i szpitali, które są przekazywane do repozytoriów danych w trybie natychmiastowym lub cyklicznym. Mogą one być prezentowane w formie paneli kontrolnych (*dashboards*), co umożliwia badaczom i decydentom bieżące monitorowanie systemu oraz identyfikowanie obszarów wymagających szczególnej uwagi. Tego rodzaju rozwiązania stosuje się m.in. do oceny wskaźników funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w tym wydolności szpitali. Dane w czasie rzeczywistym stają się także coraz szerzej dostępne dla społeczeństwa. Na przykład w rosnącej liczbie krajów oddziały ratunkowe publikują bieżące informacje o czasie oczekiwania, umożliwiając pacjentom uzyskanie ich jeszcze przed przybyciem do szpitala.

Ponadto metody analityczne stale się rozwijają. Do dużych zbiorów danych zdrowotnych gromadzonych przez ministerstwa zdrowia czy ubezpieczycieli stosuje się techniki eksploracji danych (*data mining*), pozwalające identyfikować zależności i wzorce (Goodman i in., 2023). Część procesów analitycznych może być wspierana przez sztuczną inteligencję. Coraz częściej wykorzystuje się też tzw. dane naturalnie występujące, np. informacje zbierane za pośrednictwem portali pacjentów czy mediów społecznościowych (Pittman i in., 2010). Ponieważ nie są one gromadzone z myślą o badaniach, ich jakość bywa niejednorodna, a dostęp ograniczony ze względu na prywatną własność. Wskazuje to na konieczność rozwijania partnerstw oraz większego zaangażowania badaczy w procesy gromadzenia i analizy danych (Pittman i in., 2010).

Wykorzystanie bogatych zasobów danych zgromadzonych w instytucjach publicznych do celów badań nad usługami zdrowotnymi wymaga zainteresowania ich analizą. Proces ten bywa jednak ograniczany przez

brak czasu, zasobów i kompetencji osób pracujących w tych instytucjach. Tworzy to przestrzeń dla współpracy między sektorem akademickim a administracją publiczną, w tym dla powstawania stanowisk badawczych w sektorze publicznym i delegowania pracowników administracji do jednostek akademickich.

Jedną z głównych zalet badań nad usługami zdrowotnymi jest możliwość szybkiego wykorzystania istniejących danych do opisu sytuacji i formułowania rekomendacji. Dane takie są gromadzone w szpitalach, ministerstwach zdrowia i ośrodkach akademickich, co pozwala na szybkie uruchamianie badań w odpowiedzi na sytuacje nagłe i kryzysowe. Tak było w czasie pandemii COVID-19, gdy dane szpitalne posłużyły do analizy charakterystyki pacjentów zakażonych SARS-CoV-2, przebiegu ich hospitalizacji, okresu po wypisie, a także do oceny wydolności systemu, w tym dostępności personelu i zasobów (Embrett i in., 2025).

Dzięki szczegółowej analizie danych pacjentów hospitalizowanych badania nad usługami zdrowotnymi odegrały kluczową rolę w identyfikacji osób szczególnie narażonych na zakażenie w czasie pandemii COVID-19 (Embrett i in., 2025). Pandemia i inne kryzysy zdrowia publicznego unaoczniły potrzebę prospektywnego gromadzenia danych, a także analizy i mobilizacji dostępnych zasobów w celu identyfikacji czynników ryzyka, takich jak status społeczno-ekonomiczny czy przynależność do społeczności szczególnie podatnych na zachorowania. Ujawniła też, że dane rutynowo zbierane w placówkach medycznych często nie zawierają wystarczających informacji socjodemograficznych, co stało się podstawą do sformułowania postulatów mówiących o konieczności podjęcia dalszych działań na rzecz wzmocnienia roli społecznych uwarunkowań zdrowia w tej dziedzinie badań (Embrett i in., 2025).

Choć badania nad usługami zdrowotnymi stanowią istotny czynnik w kształtowaniu polityki publicznej i podejmowaniu decyzji opartych na dowodach, to w porównaniu z innymi obszarami badań zdrowotnych finansowanie ich nadal stanowi niewielką część całkowitych nakładów na badania – mimo ich zauważalnego wzrostu w ostatnim ćwierćwieczu. Dane kanadyjskie pokazują, że badania nad usługami zdrowotnymi obejmują 12% finansowania badań zdrowotnych, podczas gdy badania biomedyczne – 42%, a kliniczne – 18% (Canadian Institutes of Health Research, 2024). Co więcej, nie wszystkie krajowe agencje finansujące posiadają odrębne pule środków przeznaczonych na ten typ badań.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Jak już wspomniano, jednym z ograniczeń badań nad usługami zdrowotnymi jest to, że często bazują one na danych już istniejących. Choć dostępne są obszerne zbiory danych populacyjnych, na przykład gromadzone w placówkach ochrony zdrowia, informacje socjodemograficzne nie są w nich rutynowo uwzględniane. Aby móc analizować wpływ czynników związanych ze stanem zdrowia lub wynikami zdrowotnymi pacjentów w ramach tej dziedziny badań, konieczne jest włączenie dodatkowych informacji do procesów gromadzenia danych. Niezbędne są dyskusje pomiędzy podmiotami odpowiedzialnymi za dane na temat tego, czy ich zbieranie powinno być wymagane na poziomie państwowym czy instytucjonalnym. W procesie tym należy również uwzględniać głos przedstawicieli grup wrażliwych, co pozwoli wypracować najlepsze podejścia, pozwalające lepiej rozumieć lokalne potrzeby populacji.

Aby zwiększyć wiedzę na temat dostępnych danych, poszczególne kraje mogą rozważyć tworzenie repozytoriów obejmujących wykazy zbiorów danych i zmiennych, zwłaszcza tych będących w posiadaniu instytucji publicznych (Bradley i in., 2010). Konieczne jest także rozwijanie infrastruktury umożliwiającej badaczom analizę danych publicznych w kontrolowanych środowiskach. Należy opracowywać standardy gromadzenia danych tak, aby jednolite definicje pozwalały na łączenie informacji uzyskanych w poszczególnych krajach. Ważnym elementem tego procesu jest zapewnienie interoperacyjności systemów informacyjnych. Równolegle należy dążyć do ograniczenia powielania zbieranych danych i usprawnienia infrastruktury wykorzystywanej do ich udostępniania.

Choć badania nad usługami zdrowotnymi znacząco rozwinęły się w krajach dysponujących wysokimi zasobami, konieczne jest silniejsze wsparcie dla ich rozwoju w państwach o niskich i średnich dochodach. Niezależnie od kontekstu, z jakim mamy do czynienia, polityki i praktyki dotyczące dostępu do danych, ich przechowywania i usuwania powinny być zgodne z wymogami prawnymi. Tam, gdzie to możliwe, szukając odpowiedzi na pytania badawcze, należy stosować podejścia mieszane, tak aby wyniki były oparte zarówno na danych ilościowych, jak i jakościowych, które wzajemnie się uzupełniają. Istotną kwestią pozostaje

również własność danych zdrowotnych – na przykład w Stanach Zjednoczonych znaczny odsetek danych dotyczących zdrowia znajduje się w sektorze prywatnym (Bradley i in., 2010).

Podsumowując, badania nad usługami zdrowotnymi obejmują narzędzia, które mogą w istotny sposób przyczynić się do poprawy jakości opieki nad pacjentem, wspierając podejmowanie decyzji opartych na dowodach w systemie ochrony zdrowia. Choć w niektórych krajach poczyniono znaczące postępy w wykorzystywaniu możliwości tej dziedziny nauk o zdrowiu, w innych wciąż istnieje duży potencjał jej dalszego rozwoju. Zwiększenie dostępności danych dotyczących systemów ochrony zdrowia – poprzez budowę i rozbudowę infrastruktury danych, tworzenie bezpiecznych mechanizmów dostępu do informacji, poszerzanie zakresu rutynowo gromadzonych informacji oraz łączenie zbiorów międzysektorowych – pozwoli badaniom nad usługami zdrowotnymi nadal wnosić istotny wkład w poprawę zdrowia populacji. Dzięki tym badaniom możliwe będzie także poszerzanie wiedzy o stanie zdrowia, mapowanie ścieżek pacjentów w całym systemie oraz opracowywanie najlepszych praktyk w zakresie alokacji ograniczonych zasobów ochrony zdrowia.

Bibliografia

Bradley, C.J., Penberthy, L., Devers, K.J., & Holden, D.J. (2010). Health services research and data linkages. Issues, methods, and directions for the future. *Health Services Research*, *45*(5 Pt 2), 1468–1488. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2010.01142.x

Busse, R. (2014). The contribution of health systems research to HSR. Time to know what we are talking about, and why it is important for evidence-based policy-making. *BMC Health Services Research*, *14*(Suppl 2), O25.

Canadian Institutes of Health Research (2023). *What is health research?* https://cihr-irsc.gc.ca/e/53146.html. (dostęp: 11.05.2025).

Canadian Institutes of Health Research (2024). *CIHR in Numbers*. https://cihr-irsc.gc.ca/e/50218.html. (dostęp: 11.05.2025).

Embrett, M., Carson, A., Sim, M., Conway, A., Moore, E., Hancock, K., & Bielska, I. (2025). Building resilient and responsive health research systems. Responses and the lessons learned from the COVID-19 pandemic. *Health Research Policy and Systems*, *23*(1), 38.

Gilson, L. (red.) (2012). *Health policy and systems research. A methodology reader*. Geneva: World Health Organization.

Goodman, K.W., Litewka, S.G., Malpani, R., Pujari, S., & Reis, A.A. (2023). Global health and big data. The WHO's artificial intelligence guidance. *South African Journal of Science*, *119*(5-6), 1–4.

Lohr, K.N., & Steinwachs, D.M. (2002). Health services research. An evolving definition of the field. *Health Services Research*, *37*(1), 15.

Mullner, R.M. (red.) (2009). Health services research, origins. W *Encyclopedia of health services research* (ss. 545–549). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.

National Research Council (1994). *Health Services Research. Opportunities for an Expanding Field of Inquiry: An Interim Statement*. Washington: The National Academies Press. DOI: 10.17226/21440

National Research Council, Policy, Global Affairs, Board on Higher Education, Committee to Study the National Needs for Biomedical, & Clinical Research Personnel (2011). *Research training in the biomedical, behavioral, and clinical research sciences*. Washington: The National Academies Press.

Pittman, P. (2010). Health Services Research in 2020. Data and methods needs for the future. *Health Services Research*, *45*(5 Pt 2), 1431.

Wensing, M., & Ullrich, C. (2023). Description of Health Services Research. W *Foundations of Health Services Research. Principles, Methods, and Topics* (ss. 3–14). Cham: Springer International Publishing.

Whicher, D., Rosengren, K., Siddiqi, S., & Simpson, L. (2018). *The future of health services research. Advancing health systems research and practice in the United States*. Washington: National Academy of Medicine.

Wilczynski, N.L., Haynes, R.B., Lavis, J.N., Ramkissoonsingh, R., & Arnold-Oatley, A.E. (2004). Optimal search strategies for detecting health services research studies in MEDLINE. *Canadian Medical Association Journal*, *171*(10), 1179–1185. DOI: 10.1503/cmaj.1040512

Alicja Domagała
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
https://orcid.org/0000-0001-6162-1810
https://doi.org/10.35765/slowniki.555

Migracje personelu medycznego

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Migracja (łac. *migratio*) oznacza wędrowanie, przemieszczanie się ludności w celu zmiany miejsca swojego dotychczasowego pobytu. Jedną z głównych przyczyn migracji, obok czynników politycznych, światopoglądowych i klimatycznych, są uwarunkowania zarobkowe (zawodowe).

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Międzynarodowa migracja i mobilność wykwalifikowanych pracowników, w tym także personelu medycznego, jest zjawiskiem znanym od dawna, jednak jego skala w ostatnich latach wyraźnie rośnie. Światowa Organizacja Zdrowia ustanowiła w 2010 r. Kodeks postępowania w sprawie międzynarodowej rekrutacji personelu medycznego, aby zwrócić uwagę na etyczny, uczciwy i zrównoważony sposób rekrutacji, nie powodując nadmiernego odpływu specjalistów z krajów o szczególnych niedoborach kadry.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Migracja wykwalifikowanych kadr medycznych (zwłaszcza lekarzy i pielęgniarek) może przyczynić się do rozwiązywania problemów z niedoborem personelu w krajach przyjmujących, przy jednoczesnym osłabieniu sektora zdrowotnego w krajach, z których pochodzą migrujący specjaliści. Dotyczy to również Unii Europejskiej, gdzie swobodny przepływ personelu i wzajemnie uznawanie kwalifikacji odbywa się na podstawie dyrektyw formalnych.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Mobilność profesjonalistów medycznych może wpływać na funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej i rynku pracy na różne sposoby. Istnieje

więc potrzeba ścisłego monitorowania migracji i zmian jej charakteru. Szczególną uwagę należy zwrócić na dostępność do wiarygodnych i kompleksowych danych dotyczących mobilności pracowników, co wymaga stworzenia rejestrów gromadzących rzetelne informacje w tym obszarze.

Słowa kluczowe: migracje, personel medyczny, przyczyny migracji, uznawanie kwalifikacji, Unia Europejska

Definicja pojęcia

Pojęcie „migracja" pochodzi z języka łacińskiego (łac. *migratio*) i oznacza wędrowanie, przemieszczanie się ludności w celu zmiany miejsca swojego dotychczasowego pobytu. Brakuje międzynarodowego konsensusu w odniesieniu do definicji tego pojęcia, a w literaturze przedmiotu spotyka się różne definicje migracji. Słownik opracowany przez Międzynarodową Organizację ds. Migracji definiuje to pojęcie jako

> przemieszczanie się osoby lub grupy osób, albo z przekroczeniem granicy międzypaństwowej, albo w obrębie danego państwa. Jest to ruch ludności niezależny od czasu trwania, przebiegu i przyczyny […] (International Organization for Migration, 2011, s. 62).

Migracja zarobkowa obejmuje osoby, które migrują z jednego kraju do drugiego w celu podjęcia pracy (Visser i współp., 2023, s. 11).

W języku polskim migracja jest definiowana w szerszym kontekście jako:

> masowa wędrówka, przenoszenie się ludności w obrębie danego kraju lub pomiędzy różnymi krajami w celu zmiany miejsca pobytu na stałe lub na pewien okres, wywołane czynnikami politycznymi, etnicznymi, religijnymi, ekonomicznymi (Dunaj, 1996, s. 521).

Z kolei Główny Urząd Statystyczny, na potrzeby pomiaru i monitorowania tego zjawiska migrację definiuje jako:

> przemieszczenia ludności związane ze zmianą miejsca zamieszkania (pobytu stałego lub czasowego) połączone z przekroczeniem granicy administracyjnej podstawowej jednostki terytorialnej (Główny Urząd Statystyczny, *Pojęcia stosowane w statystyce publicznej*).

Migracja jest więc pojęciem szerokim i w zależności od przyjętego kryterium może być rozpatrywana w wielu wymiarach. Literatura przedmiotu dokonuje najczęściej klasyfikacji migracji ze względu na takie kryteria jak: zasięg geograficzny, długość trwania oraz ich celowość. Bazując na kryterium zasięgu geograficznego, wyróżnia się migracje wewnętrzne i zewnętrzne. Migracje wewnętrzne dotyczą przemieszczania się ludności wewnątrz danego kraju (np. pomiędzy poszczególnymi

regionami albo z terenów wiejskich do miast), a migracje zewnętrzne (międzynarodowe) polegają na przemieszczaniu się ludności pomiędzy państwami. Z kolei przyjmując kryterium czasowe, wyróżnia się migracje krótkookresowe (dotyczą okresu od 3 miesięcy do roku) oraz migracje stałe (powyżej 12 miesięcy) (GUS, Pojęcia stosowane w statystyce publicznej).

Przyczynami migracji celowych, związanych z opuszczeniem miejsca dotychczasowego zamieszkania, są najczęściej uwarunkowania polityczne, światopoglądowe, ekologiczne (np. zmiany klimatu, katastrofy żywiołowe) lub zarobkowe (zawodowe). Analiza migracji personelu medycznego, zaprezentowana w niniejszym dokumencie, dotyczy migracji związanych z podjęciem pracy zawodowej w innym kraju niż kraj dotychczasowego zamieszkania. Główne przyczyny migracji kadr medycznych, obok uwarunkowań ekonomicznych, dotyczą warunków i środowiska pracy (m.in. obciążenie pracą, organizacja pracy, możliwość rozwoju zawodowego, dostęp do nowoczesnych technologii). W przypadku migracji pracowników medycznych zamiennie stosuje się także pojęcie „mobilność", szczególnie w kontekście przemieszczania się pracowników tylko w obrębie krajów Unii Europejskiej. W takim kontekście mobilność zawodowa jest definiowana jako „tymczasowe lub krótkoterminowe przemieszczanie się osób w celach związanych z zatrudnieniem" (Visser i współp., 2023, s. 11).

Migracje, jak wspomniano powyżej, mogą przybierać różne formy, a w kontekście analizowanego w tym rozdziale zagadnienia ważne są dwie formy migracji: (1) emigracja (wyjazd), czyli przemieszczanie się ludności danego kraju (tzw. źródłowego) do innego (tzw. docelowego) w celu osiedlenia się oraz (2) imigracja (przyjazd), czyli przemieszczanie się ludności z innego kraju do danego kraju w celu osiedlenia się w nim.

Analiza historyczna pojęcia

Migracja pracowników medycznych w ujęciu globalnym

Sektor opieki zdrowotnej i realizowane w nim świadczenia medyczne to jeden z najszybciej rozwijających się sektorów gospodarki światowej. Zarówno globalizacja, jak i ogólnoświatowy wzrost zapotrzebowania na

opiekę zdrowotną nie tylko implikują szybki rozwój nowych technologii, ale także otwierają granice poszczególnych krajów dla przepływu zagranicznych pracowników medycznych, co skutkuje międzynarodową migracją profesjonalistów medycznych. Zjawisko międzynarodowej migracji kadr medycznych nie jest zjawiskiem nowym i było opisywane już w latach 70. ubiegłego wieku, jednak jego skala gwałtownie wzrosła w ostatnich dwóch dekadach ze względu na liberalizację rynków pracy oraz wzrost popytu na świadczenia zdrowotne w związku z rosnącymi potrzebami starzejącej się populacji. Mimo iż trudno jest precyzyjnie określić obraz globalnych przepływów migracyjnych personelu medycznego, różne badania wskazują na wzorzec charakteryzujący się przepływem medyków z krajów o niskim i średnim dochodzie do wysokorozwiniętych krajów Ameryki Północnej i Europy Zachodniej. Migracje profesjonalistów medycznych, mimo iż wpisują się w ogólne trendy migracyjne, mają swoją wyraźną specyfikę, gdyż zazwyczaj wiążą się z kontynuacją pracy w zawodzie, choć nierzadko na poziomie niewykorzystującym w pełni ich kwalifikacji. Dlatego kluczowe znaczenie odgrywają tu stosowne regulacje formalne dotyczące uznawania kompetencji. Duże znaczenie mają także uwarunkowania historyczne, które np. w przypadku dawnych państw kolonialnych sprzyjały łatwiejszej adaptacji zawodowej, m.in. ze względu na znajomość języka czy podobne systemy edukacji. Pomiar zjawiska migracji pracowników medycznych pomiędzy poszczególnymi krajami w zglobalizowanym świecie jest procesem bardzo trudnym, gdyż uzyskanie wiarygodnych i rzetelnych informacji jest skomplikowane, a dostępne dane w tym zakresie są opisywane jako fragmentaryczne i niskiej jakości (Williams i współp., 2020). Wspomniane trudności w ustaleniu dokładnych danych na temat globalnych przepływów pracowników medycznych wynikają m.in. z braku odpowiednich rejestrów zarówno w krajach źródłowych (z których pochodzą migrujący profesjonaliści medyczni), jak i krajach docelowych (tj. przyjmujących), złożoności ścieżek migracji oraz definicji statusu migrującego profesjonalisty medycznego.

W ujęciu globalnym jednym z kluczowych dokumentów dotyczących migracji pracowników medycznych jest opracowany przez Światową Organizację Zdrowia *Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel* (WHO, 2010). Celem tego dokumentu, stanowiącego Kodeks postępowania w sprawie międzynarodowej

rekrutacji personelu medycznego, jest zapewnienie, aby międzynarodowa rekrutacja pracowników medycznych była prowadzona w sposób etyczny, uczciwy i zrównoważony, nie powodując nadmiernego odpływu specjalistów z krajów o szczególnych niedoborach kadry medycznej.

Dokument ten został opracowany w celu stworzenia ram politycznych dla rozwiązania kryzysu pracowników ochrony zdrowia w skali globalnej. Ustanawia on pewne ramy etycznej rekrutacji personelu medycznego i proponuje, aby warunki rekrutacji personelu medycznego były określane w umowach dwustronnych między krajami źródłowymi, z których pochodzą migrujący medycy, i krajami docelowymi, tworząc w ten sposób sytuacje korzystne dla obu stron w kontekście migracji pracowników medycznych. Należy jednak zwrócić uwagę, że Kodeks ma charakter dobrowolny i nie jest wiążący. Stanowi ważny międzynarodowy standard postępowania w zakresie rekrutacji pracowników medycznych i został ustanowiony aby przeciwdziałać tzw. *brain drain* („drenażowi mózgów"), czyli masowej migracji wykwalifikowanego personelu medycznego z krajów uboższych, o słabiej rozwiniętych systemach opieki zdrowotnej. W przypadku zjawiska migracji wykwalifikowanych kadr medycznych w wyniku „drenażu mózgów" może dochodzić do ponoszenia strat w strukturze wykształconych obywateli danego państwa, co w perspektywie długoterminowej może powodować negatywne skutki dla dalszego funkcjonowania systemu zdrowotnego w kraju.

Przyjęty przez WHO Kodeks praktyk w zakresie międzynarodowej rekrutacji personelu medycznego opiera się na następujących założeniach (WHO, 2010):

- Dobrowolność i poszanowanie praw: migracja pracowników medycznych powinna odbywać się na zasadzie wolnego wyboru, przy zapewnieniu im godnych warunków pracy.
- Wzajemne korzyści: rekrutacja pracowników powinna przynosić korzyści zarówno krajom źródłowym (wysyłającym pracowników medycznych), jak i krajom docelowym (przyjmującym).
- Przejrzystość rekrutacji: proces rekrutacji powinien mieć charakter transparentny, uczciwy i niedyskryminujący.
- Ułatwianie i promowanie międzynarodowej dyskusji i współpracy w ramach wzmacniania systemów opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji krajów rozwijających się oraz krajów, w których występują znaczne niedobory kadr medycznych.

- Państwa członkowskie WHO powinny monitorować skutki międzynarodowej rekrutacji i dążyć do wzmacniania krajowych systemów opieki zdrowotnej.

Ujęcie problemowe pojęcia

Podczas analizy zjawiska migracji z perspektywy decydentów odpowiedzialnych za kształtowanie polityki dotyczącej rekrutacji i retencji pracowników medycznych w kraju źródłowym istotna jest identyfikacja kluczowych rodzajów migracji (emigracja vs imigracja) oraz identyfikacja czynników wpływających na decyzje migracyjne. Wiedza ta jest konieczna nie tylko do monitorowania procesu migracji, ale przede wszystkim do planowania i podejmowania działań ukierunkowanych na przeciwdziałanie negatywnym skutkom tego procesu i zatrzymania pracowników medycznych wykształconych w danym kraju. Wykwalifikowani profesjonaliści medyczni stanowią szczególnie cenne zasoby kadrowe każdego państwa. Proces kształcenia pracowników medycznych wymaga poświęcenia wielu lat nie tylko w trakcie studiów, ale w toku całej ścieżki zawodowej (kształcenie podyplomowe, kształcenie ustawiczne) i podczas nabywania doświadczenia w zawodzie. Dostęp do wykonywania zawodów medycznych, w tym lekarza, dentysty, pielęgniarki, położnej jest regulowany i ograniczony formalnymi wymogami, poprzedzony koniecznością zdania egzaminów zawodowych (w tym specjalizacyjnych) oraz ściśle kontrolowany zarówno przez aparat administracji państwowej (m.in. limity przyjęć na studia medyczne, liczba miejsc specjalizacyjnych), jak i stowarzyszenia zawodowe (izby lekarskie, pielęgniarskie). Takie cechy i charakterystyka zawodów medycznych powodują, że profesjonaliści medyczni w kontekście „drenażu mózgów" są szczególnie pożądanym i wartościowym kapitałem ludzkim, zwłaszcza w okresie zwiększającego się zapotrzebowania na usługi medyczne i w okresie narastającego kryzysu związanego z niedoborami personelu (Glinos, 2015; Willimas i współp., 2020).

Emigracja pracowników medycznych na dużą skalę może skutkować negatywnymi konsekwencjami dla systemu zdrowotnego kraju wysyłającego (źródłowego), powstania lub nasilenia niedoborów kadrowych, a także nadmiernego obciążenia pracowników, którzy pozostali

w systemie, prowadząc w efekcie do ich dalszej utraty i pogłębiającego się kryzysu. Konsekwencją migracji wykwalifikowanego personelu medycznego dla kraju wysyłającego są także straty wynikające z utraty kapitału zainwestowanego w kształcenie przyszłych kadr medycznych (Buchan, 2014).

Z kolei w przypadku kraju docelowego migracje pracowników pozwalają zmniejszyć niedobory kadr i niejednokrotnie umożliwiają zatrudnienie pracowników w tych regionach, gdzie miejscowi pracownicy niechętnie chcą podjąć zatrudnienie. Państwo docelowe zyskuje wykwalifikowanych profesjonalistów bez konieczności ponoszenia nakładów finansowych związanych z długotrwałym procesem kształcenia. Ponadto emigrujący pracownicy (najczęściej osoby młode) wpływają na poprawę struktury wiekowej (obniżenie średniego wieku) pracowników zatrudnionych w sektorze opieki zdrowotnej.

Migracje wykwalifikowanych pracowników medycznych, choć często korzystne dla państw docelowych, mogą więc skutkować negatywnymi konsekwencjami dla krajów źródłowych, prowadząc m.in. do ograniczenia dostępności świadczeń medycznych, dezorganizacji pracy placówek medycznych, a czasem także kosztów emocjonalnych ponoszonych przez pacjentów, którzy tracą swoich lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Analiza przyczyn wpływających na decyzje dotyczące migracji pracowników bazuje na modelu dwuczynnikowym, obejmującym tzw. *push factors* (czynniki wypychające), czyli czynniki zachęcające do opuszczenia aktualnego kraju/miejsca zamieszkania, oraz tzw. *pull factors* (czynniki przyciągające), które wpływają na chęć przyjazdu do innego kraju/miejsca (Wismar i współp., 2011). Na ogół te dwie grupy czynników działają na zasadzie kontrastu, gdzie elementy zniechęcające do podejmowania zatrudnienia w określonym miejscu są czynnikami skłaniającym do podjęcia decyzji o rozpoczęciu zatrudnienia w innym miejscu.

Zwykle kluczowym czynnikiem przyciągającym (równocześnie stanowiącym *push factor*) są kwestie ekonomiczne, czyli wysokość wynagrodzenia. Dotyczy to także wykwalifikowanych pracowników medycznych, poszukujących krajów, w których perspektywy wyższych zarobków umożliwiają prowadzenie życia na wyższym poziomie często przy mniejszej liczbie godzin pracy (Domagała i współp., 2022). Kolejną istotną grupą czynników są warunki pracy panujące w aktualnym miejscu

zatrudnienia, zarówno w kontekście formalnych zasad zatrudnienia, nadmiernego obciążenia pracą, jak również dostępu do nowoczesnych technologii (w tym wysokiej jakości sprzętu diagnostycznego i zaplecza infrastrukturalnego), a także duże obłożenie zadaniami biurokratycznymi (Wismar i współp., 2011). Ponadto istotne są kwestie dotyczące perspektywy awansu, dostępu do szkoleń i możliwości rozwoju zawodowego. Personel medyczny, zobligowany do ciągłego kształcenia zawodowego (*continuous medical education*) przywiązuje dużą wagę do możliwości udziału w szkoleniach, kursach i innych formach podnoszenia kwalifikacji. Przy nadmiernym obciążeniu obowiązkami związanymi z wykonywaną pracą możliwości rozwoju często są ograniczone.

Klasyfikacja czynników decydujących o migracji profesjonalistów medycznych, opracowana przez Dussault, Fronteirę i Cabrala (2009) wyróżnia cztery grupy:

1. Czynniki indywidualne, do których zalicza się m.in. posiadane wykształcenie, nabyte umiejętnościami zawodowe, poziom zaawansowania znajomości języka obcego, wykonywany zawód, stan cywilny.
2. Czynniki organizacyjne dotyczące bezpośrednio środowiska pracy, tj. wysokość wynagrodzenia, ryzyko zawodowe, warunki, w jakich wykonywana jest praca (w tym dostęp do infrastruktury i dobrej jakości sprzętu), perspektywy awansu czy dalszy rozwój zawodowy.
3. Czynniki systemu opieki zdrowotnej, w tym m.in. rodzaj prowadzonej polityki zdrowotnej, poziom finansowania sektora ochrony zdrowia i wielkość dostępnych zasobów ludzkich w tym sektorze.
4. Czynniki środowiskowe, dotyczące m.in. warunków ekonomicznych (np. zadłużenie placówki, wysoka inflacja), brak poczucia bezpieczeństwa w państwie (np. ze względu na uwarunkowania społeczno-polityczne lub zagrożenie wojną), niebezpieczne zmiany klimatyczne (np. nadmierne upały, żywioły).

Istnieje wyraźny konsensus w literaturze przedmiotu i badaniach naukowych w tym obszarze, zgodnie z którym migracja wykwalifikowanych profesjonalistów medycznych ma negatywny wpływ na kraj pochodzenia i jego obywateli, podczas gdy kraj docelowy i migrujący pracownicy odnoszą szereg korzyści. Dla pracownika, który decyduje się na

emigrację, praca poza granicami kraju stwarza nie tylko lepsze możliwości finansowe, ale często jest także szansą rozwoju, zwłaszcza gdy nowy pracodawca zapewnia dostęp do nowoczesnych technologii i innowacyjnego sprzętu medycznego oraz szeroką ofertę szkoleń zapewniających rozwój zawodowy. Niewątpliwie ważną korzyścią jest także nabycie nowych kompetencji społecznych dzięki pracy w nowym kulturowo środowisku. Do negatywnych efektów emigracji należy zaliczyć zakłócenie dotychczasowego życia rodzinnego pracownika, rozłąkę z bliskimi, konieczność przełamywania trudności adaptacyjnych związanych z nową kulturą, konieczność opanowania nowego języka na poziomie zaawansowanym.

Migracja pracowników medycznych w ujęciu Unii Europejskiej

W przypadku Unii Europejskiej (UE) migracja ludności jest zjawiskiem nasilającym się w ostatnich latach. Według danych Eurostatu w krajach UE na dzień 1 stycznia 2024 r. mieszkało 29 mln obywateli spoza UE (tzw. państw trzecich), co stanowiło 6,4% ogółem ludności UE. Oznacza to wzrost o 2,2 mln w porównaniu z rokiem poprzednim. Ponadto 14 mln osób mieszkających w jednym z krajów UE (stan na 1 stycznia 2024) było obywatelami innego kraju UE, co stanowi wzrost o 0,3 mln w porównaniu z rokiem 2023.

W kontekście migracji zawodowej pracowników medycznych w Unii Europejskiej istotne są obowiązujące regulacje formalne dotyczące swobodnego przepływu pracowników. Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych reguluje automatyczne uznawanie kwalifikacji uzyskanych na uczelniach w kraju członkowskim UE i tzw. krajach stowarzyszonych (w tym Norwegii i Szwajcarii) na podstawie porównywania poziomów kształcenia, bez konieczności indywidualnej oceny kompetencji. Dokument ten zapewnia możliwość uznawania kwalifikacji w UE wśród następujących zawodów medycznych: lekarzy, dentystów, pielęgniarek, położnych i farmaceutów. A zatem, w przeciwieństwie do przedstawionego powyżej globalnego podejścia WHO (opierającego się na dobrowolnych zobowiązaniach państw), Unia Europejska

posiada skuteczniejsze mechanizmy oddziaływania na politykę kadrową w sektorze ochrony zdrowia. Swobodny przepływ pracowników ułatwia przemieszczanie się pomiędzy krajami członkowskimi i podejmowanie zatrudnienia tam, gdzie aktualnie występują najbardziej atrakcyjne możliwości wynagrodzenia oraz rozwoju zawodowego. Kluczowym wyzwaniem pozostaje jednak znalezienie równowagi między ochroną systemów zdrowotnych poszczególnych państw członkowskich (zwłaszcza krajów uboższych i tych z większymi niedoborami kadrowymi) a zapewnieniem swobody przepływu i uznawania kwalifikacji zawodowych pracowników medycznych w ramach europejskiego jednolitego rynku pracy.

Migracje personelu medycznego należy rozpatrywać w kontekście strategii dotyczących rynku pracy, gdyż migracja może utrudniać skuteczne prognozowanie zapotrzebowania na personel medyczny, jeśli przepływy migracyjne nie są dokładnie monitorowane i uwzględniane w planowaniu zasobów kadr. Śledzenie trendów migracji i odpowiednie reagowanie na ich zmiany jest kluczowe w kontekście zarządzania zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia. Brak monitorowania tego zjawiska oraz niedostateczne zrozumienie procesu migracji ograniczają skuteczność strategii związanych ze zmianą struktury kompetencji i podziału obowiązków. Komisja Europejska już w 2008 r. zwracała uwagę na ten problem w dokumencie pt. „Green Paper on the European Workforce for Health", podkreślając, że zjawisko migracji powinno być analizowane w powiązaniu z innymi czynnikami kształtującymi podaż pracowników na rynku pracy (np. kształcenie, rozwój nowych technologii, globalizacja, warunki pracy). Aktualnie jednym z kluczowych elementów analizy migracji kadr medycznych w Europie są zmiany demograficzne. Z jednej strony następuje starzenie się populacji poszczególnych krajów europejskich (i w konsekwencji wzrost popytu na usługi zdrowotne), a z drugiej strony zwiększa się średnia wieku pracowników medycznych (zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek). W krajach Europy odsetek młodych osób wśród zatrudnionych pracowników wyraźnie maleje, co w konsekwencji prowadzi do wzmożonej konkurencji pomiędzy placówkami medycznymi o wykwalifikowanych profesjonalistów medycznych.

Decyzje o emigracji zawodowej związane są z czynnikami społeczno-demograficznymi (płeć, wiek, posiadanie dzieci) oraz zawodowymi (doświadczenie zawodowe, środowisko pracy, satysfakcja zawodowa). Badania z różnych krajów potwierdzają, że zamiary migracyjne są

ujemnie skorelowane z wiekiem i stażem pracy, co oznacza, że starsi i bardziej doświadczeni pracownicy rzadziej rozważają emigrację zawodową i są mniej mobilni (Wismar i współp., 2011).

Według raportu pt. „Międzynarodowa analiza mobilności pracowników ochrony zdrowia w Unii Europejskiej i krajach sąsiadujących" (Visser i współp., 2023, s. 25) w latach 2010–2022 w przypadku Rumunii, Grecji, Polski, Włoch i Niemiec więcej lekarzy starało się wyjechać za granicę (emigracja) w porównaniu do liczby lekarzy, którzy chcieli podjąć zatrudnienie w tych krajach (imigracja). Z kolej Szwecja, Norwegia, Szwajcaria i Wielka Brytania to kraje, gdzie liczba lekarzy emigrujących była wyższa niż lekarzy imigrujących. Krajami najpopularniejszymi dla emigrujących lekarzy w analizowanym okresie była Szwajcaria i Wielka Brytania. Kraje europejskie, gdzie zatrudnionych jest najwięcej lekarzy, którzy uzyskali wykształcenie w innym państwie, to Irlandia (40,5% ogółu pracujących lekarzy), Norwegia (42,1%), Szwajcaria (37,4%) i Wielka Brytania (31,9%). Dla porównania odsetek ten dla Polski wynosi zaledwie 2,7%.

W przypadku personelu pielęgniarskiego przewagę emigracji nad imigracją odnotowano w takich krajach jak: Rumunia, Hiszpania, Portugalia, Włochy i Francja. Natomiast kraje, w których złożono więcej wniosków o uznanie kwalifikacji pielęgniarek (imigracja) w porównaniu z liczbą emigrujących pielęgniarek, to: Belgia, Niemcy, Norwegia, Szwajcaria i Wielka Brytania. Z kolei krajami, w których występuje najwyższy odsetek pielęgniarek wykształconych w innych krajach, są: Irlandia (46,6%), Szwajcaria (26%), Wielka Brytania (17,9%) oraz Austria (12,5%) (Visser i współp., 2023, s. 16). W przypadku naszego kraju odsetek pracującego personelu pielęgniarskiego wykształconego poza Polską wynosi zaledwie 0,2%.

Migracja personelu medycznego w kontekście polskich uwarunkowań

Informacje dotyczące skali emigracji polskich pracowników medycznych bazują na liczbie zaświadczeń wydawanych przez odpowiednie stowarzyszenia zawodowe (tj. izby zrzeszające poszczególnych pracowników medycznych), potwierdzających prawo wykonywania zawodu w krajach

członkowskich Unii Europejskiej. Jednak, podobnie jak w innych krajach UE, te informacje mają jedynie charakter szacunkowy i raczej informują o „zamiarach" emigracji, a nie są pomiarem rzeczywistej skali tego zjawiska. Niektóre osoby pobierają wspomniane zaświadczenia, ale finalnie rezygnują z wyjazdu (np. ze względów rodzinnych czy zmiany sytuacji zawodowej), inni z kolei pobierają takie zaświadczenia kilka razy na potrzeby jednego wyjazdu. Niektórzy pracownicy emigrują bez pobrania zaświadczenia, co ma często miejsce w przypadku pielęgniarek podejmujących pracę w roli opiekuna medycznego osób starszych lub z niepełnosprawnościami (wówczas pracują poniżej swoich kompetencji). W Polsce nie prowadzi się procesu monitorowania migracji pracowników medycznych, dlatego zjawisko to jest ciągle zbadane w niewielkim stopniu. Informacje pozyskane z poszczególnych izb zawodowych pokazują, że po zaświadczenia na potrzeby emigracji zawodowej od czasu przystąpienia Polski do Unii Europejskiej ubiegało się ok. 7–9% lekarzy i pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu. Stosunkowo dużo zaświadczeń wydano także fizjoterapeutom (ok. 300 rocznie). Z kolei skala emigracji farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych jest raczej znikoma (Domagała i współp., 2022). Analizy liczby zaświadczeń pobieranych przez polskich pracowników medycznych na potrzeby podjęcia pracy w innym kraju Unii Europejskiej pokazują, że działania ukierunkowane na wzrost wynagrodzeń wyraźnie przekładają się na spadek zainteresowania emigracją zawodową.

Według danych raportowanych w European Regulated Professions Database (Europejskiej Bazie Zawodów Regulowanych) najwięcej pracowników, którzy zostali wykształceni w Polsce, ale wyemigrowali i potwierdzili swoje kwalifikacje w innych krajach Unii Europejskiej, to głównie lekarze, pielęgniarki i fizjoterapeuci. Najczęściej krajami docelowymi emigracji polskich kadr medycznych były: Wielka Brytania, Niemcy, Szwecja, Hiszpania, Irlandia i Norwegia.

Najwięcej zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje zawodowe wydano polskim pracownikom medycznym tuż po przystąpieniu Polski do UE (w latach 2004–2007). W 2008 roku po serii strajków i protestów lekarze otrzymali istotne podwyżki wynagrodzeń, co skutkowało widocznym spadkiem liczby osób pobierających zaświadczenia na potrzeby emigracji. W kolejnych latach liczba certyfikatów pobieranych przez lekarzy wahała się, ale trend miał charakter spadkowy. W przypadku

pozostałych zawodów zaobserwowano podobną prawidłowość, tzn. podwyżki płac dla pielęgniarek i położnych skutkowały spadkiem zainteresowania emigracją. Dotychczasowe badania naukowe potwierdzają, że kwestie ekonomiczne oraz warunki pracy są grupami czynników skłaniającymi do migracji zarówno wśród studentów kierunków medycznych, jak również specjalistów medycznych pracujących w Polsce. Należy jednak wyraźnie zaznaczyć, że w ostatnich latach obserwuje się malejący trend emigracji, co można tłumaczyć wpływem dwóch ważnych czynników, tj. wyraźny wzrost wynagrodzeń w polskich placówkach medycznych oraz rosnącej średniej wieku lekarzy i pielęgniarek (Domagała i współp., 2022).

W kontekście polskich uwarunkowań migracja personelu medycznego oznaczała do niedawna głównie emigrację, a imigracja była znikoma i dotyczyła około 1-2% pracowników sektora zdrowotnego. Sytuacja ta zmieniła się w ostatnich latach, w związku z pandemią COVID-19 i uelastycznieniem wymogów formalnych zatrudnienia pracowników spoza UE (od listopada 2020), a następnie w wyniku inwazji rosyjskiej na Ukrainę, co skutkowało dalszym zwiększeniem elastyczności procesu uznawania kwalifikacji i zatrudniania pracowników medycznych z Ukrainy (od lutego 2022). W okresie 2022–2024, po wprowadzeniu wspomnianych powyżej regulacji prawnych na mocy ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym, Ministerstwo Zdrowia wydało 2902 pozytywnych decyzji dotyczących warunkowego prawa wykonywania zawodu dla ukraińskich lekarzy i 1153 dla ukraińskich dentystów (Andriiashenko i współp., 2025).

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Migracja wykwalifikowanego personelu medycznego jest naturalnym zjawiskiem we współczesnym zglobalizowanym świecie i w dobie otwartych rynków pracy. Biorąc jednak pod uwagę narastający kryzys niedoborów kadrowych i nierówności w tym zakresie pomiędzy poszczególnymi krajami, zjawisko to wymaga monitorowania i odpowiedniego rządzenia na poziomie międzynarodowym. Stąd zrodziła się idea przedstawionego powyżej Kodeksu postępowania w sprawie

międzynarodowej rekrutacji personelu medycznego. Należy jednak przypomnieć, że jest to inicjatywa dobrowolna, stąd konieczność szczególnej odpowiedzialności państw i rządów w zakresie m.in. inicjowania umów bilateralnych, zapewniających krajom źródłowym przynajmniej częściową rekompensatę utraconego kapitału ludzkiego. Szczególna sytuacja dotyczy migracji medyków pomiędzy krajami Unii Europejskiej, gdyż na mocy przyjętych regulacji formalnych kwalifikacje zawodowe uzyskane na uczelniach państw członkowskich UE są automatycznie uznawane w innych krajach UE. Swobodna mobilność pracowników medycznych zagwarantowana dyrektywą sprzyja jednak nieproporcjonalnie bardziej zamożnym członkom UE kosztem krajów znajdujących się w mniej korzystnej sytuacji. W kontekście priorytetów UE emigracja pracowników medycznych i „drenaż mózgów" wymagają więc szczególnego potraktowania, gdyż analiza szlaków migracyjnych pomiędzy krajami członkowskimi wyraźnie wskazuje na przepływ profesjonalistów z biedniejszych do zamożniejszych państw członkowskich UE. Sytuacja ta budzi uzasadnione obawy dotyczące równości i ma konsekwencje dla ustalania polityki zdrowotnej na poziomie europejskim, szczególnie w kontekście powszechnego obecnie kryzysu kadrowego.

Migracja zawodowa jest integralną częścią europejskiego rynku pracy, gdyż zwiększa możliwości zatrudnienia dla pracowników, ale w sektorze opieki zdrowotnej należy zwrócić szczególną uwagę na potencjalne, niezamierzone konsekwencje nierównej mobilności specjalistów medycznych i „drenażu mózgów". Niezrównoważona dystrybucja personelu medycznego może nasilać nierówności zdrowotne i generować problemy związane z ograniczonym dostępem do usług opieki zdrowotnej (Buchan, 2014). Prognozy wskazują, że migracja wykwalifikowanego personelu będzie kontynuowana, utrwalając szlaki emigracyjne w kierunku państw i regionów, w których występują bardziej atrakcyjne warunki pracy i płacy. Istnieje więc potrzeba działań i interwencji na poziomie europejskim w celu zmniejszenia negatywnych skutków i wzmocnienia korzyści swobodnej migracji, głównie dla tych państw UE, które zmagają się z dużymi niedoborami kadrowymi. Działania takie powinny się koncentrować na opracowaniu bazy danych mobilności, koordynacji kształcenia medycznego czy zapewnienia wsparcia finansowego krajom źródłowym znajdującym się w szczególnie niekorzystnej sytuacji (Zapata i współp., 2023).

Problematyka migracji wykwalifikowanych profesjonalistów medycznych stawia przed decydentami istotne wyzwania dotyczące znalezienia równowagi pomiędzy zapewnieniem jednostkom prawa do swobodnego przemieszczania się oraz wyboru miejsca zamieszkania i pracy, a z drugiej strony koniecznością utrzymania stabilnego systemu ochrony zdrowia w kraju. Rodzi to potrzebę dyskusji nad narzędziami regulacyjnymi oraz skutecznymi strategiami ukierunkowanymi na zabezpieczenie zasobów kadrowych w krajowym systemie zdrowotnym, szczególnie wobec rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne i nasilającego się kryzysu kadrowego.

Poniżej przedstawiono kluczowe rekomendacje w zakresie działań ukierunkowanych na poprawę i wzmocnienie procesu monitorowania migracji kadr medycznych:

- Niezbędne jest stworzenie procedury i wdrożenie narzędzi monitorowania migracji (emigracji i imigracji) pracowników medycznych. Konieczna jest pilna poprawa jakości i dostępności danych w tym obszarze, co wymaga wzmocnienia instytucjonalnego w celu skoordynowanego gromadzenia, rejestracji i integracji danych na poziomie placówek medycznych, na poziomie krajowym i międzynarodowym. Ponadto skoordynowane podejście do poprawy mobilności pracowników medycznych mogłoby ułatwić opracowanie nowych wskaźników potrzebnych do monitorowania różnych rodzajów i szlaków mobilności pracowników.
- Odpowiedzi na wyzwania związane z emigracją profesjonalistów medycznych są specyficzne dla danego kraju i nie ma dobrych praktyk, które można powielić w innych krajach. Systemowe podejście do planowania zasobów kadrowych na poziomie poszczególnych państw wymaga więc nie tylko wdrożenia mechanizmów monitorowania trendów migracji, ale także poprawy warunków pracy w celu retencji pracowników.
- Działania planistyczne i prognozy zabezpieczenia kadr medycznych powinny uwzględniać migrację (emigrację i imigrację) wykwalifikowanych pracowników. Niezbędne jest opracowanie krajowych i regionalnych polityk i strategii dotyczących pracowników medycznych, bazujące na długoterminowych działaniach i obejmujących pracowników medycznych z różnych grup zawodowych.

- Do opracowania i wdrożenia właściwych strategii i działań zapobiegających emigracji pracowników medycznych potrzebna jest identyfikacja i znajomość czynników wpływających na decyzje migracyjne. Wyniki badań naukowych powinny być podstawą przygotowania i wdrożenia systemowego podejścia do monitorowania migracji kadr medycznych.
- Należy pamiętać, że nie można zatrzymać profesjonalistów medycznych w krajowym systemie zdrowotnym bez rzeczywistej poprawy warunków pracy. Wymaga to systemowego uregulowania i uporządkowania polityki zatrudnienia i wynagrodzenia oraz redukcji nadmiernego obciążenie biurokratycznego. Istnieją dowody potwierdzające, że poziom emigracji jest negatywnie skorelowany z satysfakcją zawodową: im wyższy poziom satysfakcji z pracy wykonywanej w kraju, tym rzadziej pracownicy rozważają emigrację do innego państwa.
- Ze względu na profil migrujących profesjonalistów, którzy na ogół reprezentują najmłodsze generacje, należy szczególną uwagę zwracać na najmłodszych pracowników i podejmować działania ukierunkowane na ich zatrzymanie w kraju. Badania potwierdzają, że migracja jest skorelowana z wiekiem: im młodsi pracownicy, tym częściej deklarują gotowość do emigracji. Obecne pokolenie młodych profesjonalistów medycznych bardzo dużą wagę przywiązuje do *work-life balance*, czyli równowagi między życiem zawodowym a prywatnym, oczekując od pracodawcy nie tylko satysfakcjonującego wynagrodzenia, ale też dobrych warunków pracy i elastycznych godzin zatrudnienia.
- Imigracja pracowników medycznych, zwłaszcza spoza krajów UE, jest zarówno dla decydentów, jak i menedżerów placówek medycznych ważnym wyzwaniem i wymaga opracowania kompleksowego systemu adaptacji pracowników imigrujących do pracy w systemie opieki zdrowotnej danego kraju. Skuteczna integracja imigrantów wymaga jasno zdefiniowanych ram regulacyjnych i skoordynowanych działań adaptacyjnych z udziałem Ministerstwa Zdrowia, stowarzyszeń medycznych i menedżerów placówek opieki zdrowotnej. Jest to konieczne zarówno z punktu widzenia dobrostanu migrujących medyków, jak również jakości świadczonych usług medycznych i bezpieczeństwa pacjentów.

Bibliografia

Andriiashenko, L., Zabdyr-Jamróz, M., Lipowski, P., & Domagała, A. (2025). Immigration of medical personnel from Ukraine to Poland–Context, regulations, and trends. *Health Policy*, *152*, 105241.

Buchan, J., Wismar, M., Glinos, I.A., Bremner, J., & World Health Organization (2014). *Health professional mobility in a changing Europe. New dynamics, mobile individuals and diverse responses: volume II*. World Health Organization. Regional Office for Europe.

Domagała, A., Kautsch, M., Kulbat, A., & Parzonka, K. (2022). Exploration of estimated emigration trends of Polish health professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(2), 940.

Dunaj, B. (red.). *Słownik współczesnego języka polskiego*. Warszawa: Wydawnictwo Wilga.

Dussault, G., Fronteira, I., & Cabral, J. (2009). *Migration of health personnel in the WHO European Region* (No. WHO/EURO: 2009--4045-43804-61667). World Health Organization. Regional Office for Europe.

European Commission (2008, 10 grudnia). *Green Paper on the European Workforce for Health.* Brussels.

Glinos, I.A. (2015). Health professional mobility in the European Union. Exploring the equity and efficiency of free movement. *Health Policy*, *119*(12), 1529–1536.

Główny Urząd Statystyczny (b.d.). *Pojęcia stosowane w statystyce publicznej. Migracje*. Pobrano z: https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/845,pojecie.html (dostęp: 18.01.2025).

International Organization for Migration (2011). *Glossary on Migration*. Geneva: International Organization for Migration.

Komisja Europejska (2005). Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

Williams, G.A., Jacob, G., Rakovac, I., Scotter, C., & Wismar, M. (2020). Health professional mobility in the WHO European Region and the WHO Global Code of Practice: data from the joint OECD/EUROSTAT/WHO-Europe questionnaire. *European Journal of Public Health*, *30* (Supplement_4), iv5–iv11.

Visser, M., Ladron de Guevara, M.V., Dieleman, M. (2023). Cross-country analysis of health worker mobility across the European Union and neighboring countries (2010–2022).

Wismar, M., Maier, C.B., Glinos, I.A., Dussault, G., Figueras, J., & World Health Organization (2011). *Health professional mobility and health systems. Evidence from 17 European countries*. World Health Organization. Regional Office for Europe.

World Health Organization (2010). Resolution WHA63.16. The WHO Global Code of Practice on the international recruitment of health personnel. Sixty-third World Health Assembly.

Zapata, T., Azzopardi-Muscat, N., McKee, M., & Kluge, H. (2023). Fixing the health workforce crisis in Europe. Retention must be the priority. *BMJ*, *381*.

Małgorzata Gałązka-Sobotka
Uczelnia Łazarskiego
https://orcid.org/0000-0002-3889-3719
https://doi.org/10.35765/slowniki.582

Value Based Healthcare (VBHC)

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Model opieki zdrowotnej oparty na wartości (*Value Based Healthcare* – VBHC) to model organizacji i finansowania opieki zdrowotnej, którego celem jest osiąganie możliwie najlepszych efektów zdrowotnych u pacjentów przy efektywnym wykorzystaniu zasobów. W przeciwieństwie do tradycyjnego systemu *fee-for-service* VBHC koncentruje się na wynagradzaniu świadczeniodawców za rzeczywiste rezultaty leczenia (*pay-for-outcomes*), obejmujące także jakość życia, poziom satysfakcji pacjenta oraz jego zdolność do aktywności społeczno-zawodowej. Kluczowe dla VBHC są: integracja danych, określenie mierników jakości oraz współpraca różnych sektorów systemu zdrowia.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Koncepcja VBHC wywodzi się z początku XXI wieku. Jej pierwsze zręby stworzył A. Gray (2001), a następnie rozwinęli ją Porter i Teisberg (2006). Model VBHC zakłada opiekę zorientowaną na pacjenta, pomiar wyników oraz przejście od finansowania za procedury do finansowania za efekty. Gray poszerzył ramy teoretyczne, proponując koncepcję potrójnej wartości: personalnej (dla pacjenta), alokacyjnej (efektywna dystrybucja zasobów) i technicznej (efektywność leczenia). Implementacja modelu odbywa się poprzez tworzenie zintegrowanych jednostek opieki (IPU), stosowanie mierników efektów zdrowotnych na trzech poziomach oraz wdrażanie nowoczesnych systemów IT do śledzenia kosztów i wyników leczenia.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Raporty międzynarodowe, takie jak *Value-based healthcare. A global assessment*, wskazują cztery podstawowe

warunki skutecznego wdrożenia VBHC: (1) odpowiednie ramy instytucjonalno-polityczne, (2) pomiar wyników i kosztów leczenia, (3) opiekę skoncentrowaną na pacjencie oraz (4) system płatności oparty na efektach. Wdrożenie modelu wymaga niezależnych agencji HTA, interoperacyjnych systemów danych, zaangażowania interesariuszy oraz nowoczesnej infrastruktury IT.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Polska znajduje się na etapie wstępnego wdrażania modelu VBHC, jednak napotyka istotne bariery organizacyjne, prawne i świadomościowe. Niezbędna jest także zmiana kultury zarządzania opieką zdrowotną, obejmującą promocję wartości zdrowotnej jako celu nadrzędnego.

Słowa kluczowe: *Value Based Healthcare* (VBHC), opieka oparta na wartości, wyniki zdrowotne, *pay-for-outcomes*, system płatności za wyniki

Definicja pojęcia

Opieka zdrowotna oparta na wartości (VBHC, ang. *Value Based Healthcare*) to paradygmat organizacji i finansowania świadczeń, w którym kluczowym celem jest osiąganie jak najlepszych wyników zdrowotnych w przeliczeniu na poniesione koszty.

Cechą wyróżniającą VBHC jest fundamentalna zmiana modelu wynagradzania świadczeniodawców: zamiast płatności za liczbę wykonanych procedur (*fee-for-service*) system premiuje osiągnięcie konkretnych, mierzalnych efektów zdrowotnych, które są istotne z perspektywy pacjenta. Koncepcja ta stanowi ewolucję medycyny opartej na dowodach naukowych (EBM), poszerzając ją o wymiar kosztów oraz, co kluczowe, o wartość postrzeganą i definiowaną przez samego pacjenta. Założeniem VBHC jest nagradzanie świadczeniodawców ochrony zdrowia za uzyskanie u pacjenta określonego efektu zdrowotnego, tj. premiowane są działania zmierzające do wyleczenia pacjentów, a nie dotyczące samego procesu leczenia. VBHC wymaga integracji danych, określenia wskaźników jakości oraz współpracy wielu sektorów, a jego skuteczne wdrożenie zależy od ram prawnych, edukacji interesariuszy i innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych.

Analiza historyczna pojęcia

Historyczny rozwój koncepcji opieki zdrowotnej opartej na wartości (*Value Based Healthcare*) w latach 2000–2025

Okres formowania się paradygmatu (2000–2010)

Lata 2000–2010 stanowią okres wstępnej recepcji i konceptualizacji idei opieki zdrowotnej opartej na wartości (*Value Based Healthcare* – VBHC) w debacie eksperckiej i polityce zdrowotnej. Fundamenty dla rozwoju VBHC zostały położone między innymi przez raporty amerykańskiego Instytutu Medycyny, w szczególności *Crossing the Quality Chasm* (2001), który postulował przekształcenie systemów opieki zdrowotnej

w kierunku bezpieczeństwa, skuteczności i koncentracji na pacjencie (Institute of Medicine, 2001). Pojęcie wartości (*value*) w opiece zdrowotnej zastosował po raz pierwszy Gray w 2001 roku, podkreślając potrzebę lepszej alokacji dostępnych zasobów, która wynikała ze stale rosnących oczekiwań osób płacących za opiekę zdrowotną. W tym okresie pojawiły się również pierwsze próby powiązania finansowania świadczeń z wynikami zdrowotnymi, m.in. poprzez wprowadzenie płatności pakietowych za epizod opieki oraz inicjatywy typu *pay-for-performance* w ramach amerykańskich programów ubezpieczeniowych.

Dopiero w 2006 roku Porter i Teisberg zaproponowali model VBHC, którego fundamentem jest oparcie organizacji na cyklach opieki, tworzeniu wartości dla pacjenta na poszczególnych etapach postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz na pomiarach wyników i kosztów leczenia. Model miał być odpowiedzią na rosnące koszty w amerykańskim systemie ochrony zdrowia, które z drugiej strony nie przekładały się na poprawę zdrowia populacji. Badacze wskazali, iż wdrożenie i rozwój VBHC wymaga zmiany kultury organizacji, której atrybutami powinna być współpraca świadczeniodawców, pacjentów i decydentów w ochronie zdrowia. Założeniem VBHC zdefiniowanym przez Portera i Teisberg było premiowanie świadczeniodawców za uzyskanie u pacjenta określonego efektu zdrowotnego, a nie jak w tradycyjnym modelu samo diagnozowanie i leczenie. Autorzy podkreślali, że istotą VBHC jest dążenie do osiągnięcia najlepszych wyników zdrowotnych istotnych dla pacjenta przy jak najniższych kosztach (Porter & Teisberg, 2006). Przyjęcie podejścia do płatności za efekt według założeń miało w istotny sposób przyczynić się do ograniczenia rosnących kosztów opieki zdrowotnej oraz doprowadzić do poprawy wskaźników zdrowotnych populacji.

W 2007 roku Gray zaproponował szerszą definicję pojęcia VBHC w stosunku do definicji zaproponowanej przez Portera i Teisberg. Zawarto w niej aspekty kliniczne, etyczne oraz ekonomiczne. Wartość w opiece zdrowotnej wg Graya to „korzyść netto, czyli różnica między korzyścią a szkodą wyrządzoną przez usługę, biorąc pod uwagę ilość zainwestowanych środków" (Gray, 2011). Gray zawarł w niej trzy kluczowe aspekty, tj. 1. wartość osobistą – pacjent otrzymuje odpowiednią opiekę zdrowotną, a wartość oceniana jest w odniesieniu do indywidualnych odczuć i oczekiwań pacjenta i uwzględnia zarówno dobre, jak i złe wyniki leczenia; 2. wartość alokacyjną – pozwala odpowiedzieć

na pytanie, czy przydział zasobów w obrębie różnych stanów zdrowotnych i chorób dokonywany jest w sposób stanowiący wysoką wartość dla populacji; 3. wartość użytkową/ techniczną – zakłada uzyskanie najlepszych wyników zdrowotnych przy wykorzystaniu dostępnych zasobów, odpowiada na pytanie, czy wykorzystanie środków na leczenie pacjenta oferuje najlepszą wartość dla populacji. W literaturze definicję tę nazwano później modelem potrójnej wartości (*Triple Value* wg Johna Graya). Równolegle rozwijano koncepcję *Triple Aim* sformułowaną przez Berwicka, Nolana i Whittingtona (2008), zakładającą jednoczesne dążenie do poprawy doświadczeń pacjenta, stanu zdrowia populacji oraz efektywności kosztowej. Model ten uzyskał status strategicznego celu w wielu krajach wysokorozwiniętych i stanowił kluczowy element uzasadnienia dla VBHC. Należy podkreślić, że ewolucja koncepcji VBHC odzwierciedla szerszą zmianę w myśleniu o celach systemów ochrony zdrowia. Początkowe ujęcie, zwłaszcza w propozycji Portera i Teisberg, koncentrowało się na optymalizacji relacji między wynikiem klinicznym a kosztem, co wpisywało się w długą tradycję reform proefektywnościowych, często opartych na mechanizmach rynkowych. Z czasem jednak, w szczególności w debacie europejskiej, pojęcie „wartości" nabrało głębszego, aksjologicznego wymiaru. Zaczęto rozumieć, że prosta efektywność kosztowa jest niewystarczająca. Jak wskazuje późniejszy raport ekspertów Komisji Europejskiej, pełne wdrożenie VBHC wymaga uwzględnienia czterech filarów wartości: osobistej (odczuwanej przez pacjenta), technicznej (osiągniętej przy użyciu zasobów), alokacyjnej (sprawiedliwej dystrybucji) oraz społecznej (wkładu w spójność społeczną). To właśnie to wielowymiarowe, etyczne podejście do wartości stanowi ostateczne odejście od czysto technokratycznego zarządzania w ochronie zdrowia.

Przełom systemowy i instytucjonalizacja podejścia (2010–2015)

Punktem zwrotnym w rozwoju VBHC było uchwalenie w Stanach Zjednoczonych ustawy Affordable Care Act (2010), która wprowadziła zestaw mechanizmów zachęcających do poprawy jakości i efektywności opieki, w tym programy Medicare Value-Based Purchasing, Accountable Care

Organizations (ACO) oraz nowe modele finansowania podstawowej opieki zdrowotnej (Burwell, 2015).

W 2012 r. powołano Międzynarodowe Konsorcjum Pomiaru Wyników Zdrowotnych (ICHOM), którego celem stała się standaryzacja mierników wyników istotnych z perspektywy pacjenta (PROMs) dla wybranych jednostek chorobowych (ICHOM, 2012). Umożliwiło to porównywanie wartości opieki między świadczeniodawcami, a także identyfikowanie dobrych praktyk klinicznych. W roku 2013 Porter i Lee zaproponowali narzędzie służące wdrożeniu koncepcji VBHC do systemów ochrony zdrowia w praktyce (Porter & Lee, 2013). Budowa systemu zorientowanego na wartość zdrowotną powinna zdaniem badaczy opierać się na sześciu niezależnych na filarach, tj.:

1. Utworzenie jednostek ds. koordynacji opieki (IPU, *Integrated Practice Unit*), w których interdyscyplinarne zespoły współpracują na rzecz zapewnienia pacjentowi kompleksowej, holistycznej opieki zorientowanej na określony problem zdrowotny i jego powikłania.
2. Pomiar wyników zdrowotnych i kosztów dla każdego pacjenta, do czego zobligowany powinien być każdy zespół IPU. Dane medyczne i finansowe są zbierane i analizowane z zastosowaniem narzędzi IT. Na czele zespołu stoi koordynator leczenia, który organizuje i prowadzi regularne spotkania w celu ewaluacji dotychczasowych sposobów postępowania, w tym inicjowania działań naprawczych i korygujących.

   W ramach zaproponowanego modelu pomiar wyników zdrowotnych dzieli się na trzy poziomy w hierarchii efektów leczenia, przy czym kolejne poziomy wyników zdrowotnych warunkowane są wynikami zdrowotnymi osiągniętymi na wcześniejszym poziomie. Poziom pierwszy dotyczy pomiarów efektów w zakresie utrzymania lub osiągnięcia danego stanu zdrowotnego przez uwzględnienie śmiertelności oraz określonego stanu funkcjonalnego (w zależności od określonego problemu zdrowotnego). Poziom drugi oceny wyników zdrowotnych dotyczy procesu zdrowienia i powrotu do zdrowia (np. powikłania choroby lub działania niepożądane). Natomiast poziom trzeci dotyczy pomiaru utrzymania stanu zdrowia w czasie.

W zakresie pomiaru kosztów związanych z leczeniem danego chorego koszty jego leczenia są zwykle przypisywane poszczególnym jednostkom, które udzielają świadczeń, co sprawia, że agregacja kosztów całego procesu terapeutycznego jest wyzwaniem. Docelowo koszty udzielanych świadczeń powinny być zbierane na poziomie danego problemu zdrowotnego i obejmować horyzont całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

3. Przejście na płatności pakietowe (ang. *bundled payment*), które powinny obejmować:
   - płatność pokrywającą koszty pełnego cyklu diagnostyczno-terapeutycznego, lub
   - płatność za pełną opiekę nad pacjentem z chorobą przewlekłą w określonym horyzoncie czasowym, lub
   - płatność za opiekę podstawową i profilaktyczną dla predefiniowanej grupy pacjentów.

   Kosztowo efektywny system płatności pakietowej jest zwykle zachętą do pracy zespołowej i świadczenia kompleksowej opieki.
4. Zintegrowany system dostarczania opieki wg koncepcji VBHC powinien zapewnić chorym docelowo leczenie w ośrodkach wyspecjalizowanych w świadczeniu określonych procedur medycznych, ponieważ wraz z krzywą doświadczenia poprawia się skuteczność opieki i jej efektywność. Zintegrowany system dostarczania opieki zdrowotnej polega przede wszystkim na zdefiniowaniu zakresu świadczeń, których można efektywnie udzielać określonym grupom pacjentów przy jednoczesnym wykluczeniu świadczeń, które nie zapewniają wysokiej wartości. Postępowanie takie przyczynia się do optymalnego wykorzystania dostępnych zasobów kadrowo-sprzętowych, ale i ograniczenia kosztów związanych z świadczeniem procedur, które w danej jednostce nie są kosztowo efektywne, a dostarczane są pacjentowi w ramach w ramach opieki koordynowanej przez innego współpracującego z IPU i wyspecjalizowanego w danym zakresie świadczeniodawcę. Jedną z ważniejszych cech modelu VBHC jest konkurencja oparta na wartości świadczeń, tzn. nagradzany jest ten świadczeniodawca, który wyleczył bądź znacznie poprawił

stan zdrowia pacjentów, integrując na tę rzecz innych dostawców, równie zorientowanych na jak najlepsze wyniki leczenia.

5. Stworzenie interoperacyjnej platformy informatycznej, która jest kluczowym narzędziem służącym gromadzeniu oraz analizowaniu danych pacjentów w zakresie świadczonej opieki. Systemy informatyczne powinny opierać się na określonym standardzie architektury danych i działania. Pożądane elementy platformy informatycznej to przede wszystkim możliwość śledzenia ścieżki terapeutycznej chorego podczas całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, opis i charakterystyka danych pacjenta możliwa do edycji przez personel medyczny, możliwość udostępniania danych medycznych w wersji cyfrowej zarówno pacjentom, jak i lekarzom prowadzącym opiekę także lokalnie.
6. Poszerzenie zasięgu geograficznego w celu poprawy wartości usług realizowane może być w dwóch wariantach. Pierwszy wariant polegający na powołaniu ośrodka, jednostki centralnej realizującej działania koordynacyjne oraz ośrodków satelitarnych realizujących określone etapy diagnostyki i leczenia danej grupy pacjentów przez kadry ośrodka koordynującego. Optymalnym działaniem jest migracja i przemieszczanie się kadry klinicznej z ośrodka centralnego do ośrodków satelitarnych w celu udzielania określonych grup świadczeń w terenie. Powyższe stwarza możliwość wymiany doświadczeń wśród kadry oraz objęcia pacjentów określonym standardem świadczeń. Chory podlega diagnozie i kwalifikacji do leczenia w ośrodku nadrzędnym (tam również opracowywany jest plan leczenia), a następnie trafia do ośrodka satelitarnego bliżej swojego miejsca zamieszkania, gdzie lokalny zespół IPU prowadzi jego proces leczniczy. Drugim scenariuszem poszerzania zasięgu geograficznego jest współpraca z ośrodkami działającymi lokalnie w celu wykorzystania ich bazy sprzętowo-lokalowej, np. wynajem sal operacyjnych czy sprzętu będącego w posiadaniu ośrodków mniej wyspecjalizowanych.

W tym okresie wiele krajów rozpoczęło wdrażanie pilotażowych programów inspirowanych VBHC. Przykładowo w Holandii grupa szpitali Santeon rozpoczęła systematyczne raportowanie wyników klinicznych

zgodnie ze standardami ICHOM, a w Wielkiej Brytanii uruchomiono inicjatywę Year of Care w zakresie kompleksowego zarządzania cukrzycą (Goodwin, 2011). Jednocześnie pojawiały się pierwsze globalne przeglądy stanu wdrażania VBHC. Raport Economist Intelligence Unit (2016) ocenił, że większość państw znajduje się na wczesnym etapie transformacji, a implementacja ma charakter selektywny i nierównomierny. Holandia i Szwecja zostały wskazane jako liderzy podejścia, choć nawet tam brakowało jednolitych polityk ogólnokrajowych.

Rozwój i upowszechnianie koncepcji (2015–2025)

Okres 2015–2025 to czas intensyfikacji działań związanych z implementacją VBHC na poziomie międzynarodowym i krajowym. W 2017 r. OECD uruchomiło inicjatywę PaRIS (Patient-Reported Indicators Surveys), której celem jest gromadzenie porównywalnych danych o wynikach opieki z perspektywy pacjentów (OECD, 2021). W Europie liczne ośrodki zdrowotne – zwłaszcza w ramach EIT Health – wdrożyły elementy VBHC, w tym systematyczny pomiar wyników oraz reorganizację ścieżek opieki. Przegląd EIT Health (2020) wskazywał, że ponad 100 szpitali w Europie zainicjowało proces transformacji w duchu opieki opartej na wartości.

W Stanach Zjednoczonych VBHC nadal stanowiło jeden z filarów polityki zdrowotnej, choć wyzwania związane z integracją opieki i trwałością efektów w skali makrosystemowej pozostawały znaczące. Sieci szpitali takie jak Cleveland Clinic czy Kaiser Permanente raportowały poprawę wyników klinicznych i optymalizację kosztów w wybranych obszarach terapeutycznych, jednak systemowe ograniczenia, w tym fragmentacja ubezpieczeń i brak jednolitych standardów, wciąż ograniczały pełne wdrożenie (Perzigian & Zunker, 2024).

Ewolucja koncepcji *Value Based Healthcare* w latach 2000–2025 przebiegała w sposób nieliniowy, obejmując zarówno rozwój teoretyczny, jak i eksperymenty wdrożeniowe w skali regionalnej i międzynarodowej. Choć paradygmat VBHC został ugruntowany jako pożądany kierunek reform, jego implementacja wciąż napotyka bariery instytucjonalne, kulturowe i finansowe. Niezależnie od tych wyzwań opieka oparta na wartości pozostaje jednym z najważniejszych trendów w polityce

zdrowotnej XXI wieku, oferując ramy dla bardziej skutecznej, sprawiedliwej i pacjentocentrycznej opieki zdrowotnej.

W Polsce w drugiej połowie drugiej dekady XXI wieku rozpoczęła się szersza dyskusja nad możliwościami zastosowania VBHC w krajowym systemie ochrony zdrowia. Powstały pierwsze inicjatywy instytucjonalne, takie jak Center of Value Based Healthcare w Uczelni Łazarskiego, a także programy pilotażowe Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie opieki koordynowanej, m.in. dla pacjentów z chorobami przewlekłymi (Gałązka-Sobotka i in., 2021).

Pandemia COVID-19 w latach 2020–2022 przyczyniła się do chwilowego zahamowania niektórych inicjatyw, ale jednocześnie uwypukliła potrzebę lepszego zarządzania zasobami oraz skuteczniejszego monitorowania wyników zdrowotnych. W efekcie idea VBHC zyskała dodatkowe uzasadnienie jako narzędzie umożliwiające bardziej zrównoważony rozwój systemów ochrony zdrowia po kryzysie pandemicznym (OECD, 2021).

Ujęcie problemowe pojęcia

Analizując sposoby wdrażania VBHC, należy krytycznie odnieść się do często spotykanego uproszczenia, w którym „wartość". utożsamiana jest wyłącznie z relacją wyników klinicznych do poniesionych kosztów. Jak trafnie zauważono w raporcie Panelu Ekspertów Komisji Europejskiej ds. efektywnych sposobów inwestowania w zdrowie (EXPH, 2019), takie ujęcie jest „zbyt wąskie". Redukowanie wartości do efektywności kosztowej, choć istotne, pomija fundamentalne zasady solidarności i sprawiedliwości, które leżą u podstaw europejskich systemów opieki zdrowotnej. Dlatego też nowoczesne podejście do VBHC odchodzi od tej wąskiej definicji na rzecz bardziej kompleksowej koncepcji „opieki zdrowotnej opartej na wartościach" (l.mn.), która lepiej oddaje cele społeczne i etyczne stawiane ochronie zdrowia. Mimo tej ewolucji historycznie wypracowane modele, jak ten zaproponowany przez Economist Intelligence Unit, wciąż stanowią ważny punkt odniesienia w dyskusji o warunkach koniecznych do implementacji VBHC.

W dokumencie *Value-based healthcare. A global assessment* od Economist Intelligence Unit wskazano cztery główne warunki konieczne

dla skutecznego wdrażania *Value Based Healthcare*. Wdrożenie VBHC jest możliwe przy jednoczesnym ustanowieniu sprzyjającego środowiska regulacyjnego i instytucjonalnego. Obejmuje ono m.in.:

- opracowanie polityk zdrowotnych, w których deklaruje się odejście od modelu *fee-for-service* na rzecz systemów opartych na wartościach i wynikach zdrowotnych,
- powołanie niezależnych agencji oceny technologii medycznych (HTA),
- zaangażowanie kluczowych interesariuszy systemu ochrony zdrowia, tj. płatników prywatnych i publicznych, organizacji zawodowych, stowarzyszeń pacjentów niezbędnych dla szerokiego społecznego poparcia zmian,
- wprowadzenie poszczególnych elementów VBHC w systemach ochrony zdrowia, takich jak: płatności pakietowe, opracowanie standardów jakości świadczeń i systemów oceny wyników klinicznych.

Po drugie regularny pomiar wyników zdrowotnych i kosztów, bez których nie jest możliwa ocena skuteczności wdrażanych rozwiązań ani dostosowanie płatności do wartości dostarczanej pacjentów. Pomiar wyników zdrowotnych i kosztów w ramach funkcjonowania VBHC wymaga:

- rozwoju narodowych rejestrów narządowych,
- standaryzacji i interoperacyjności danych medycznych,
- tworzenie i wdrażanie interoperacyjności elektronicznych dokumentacji medycznych, które pozwalają na śledzenie przebiegu procesu terapeutycznego,
- analizę poniesionych kosztów leczenia na poziomie pacjenta, umożliwiające rzetelną ocenę stosunku koszt-efekt w procesach diagnostyczno-terapeutycznych.

Po trzecie oparcie opieki na modelu skoncentrowanym na pacjencie i jego potrzebach. Model skoncentrowany na pacjencie to także zespołowa odpowiedzialność za cały proces leczenia w miejsce indywidualnych świadczeń rozliczanych osobno oraz zapewnienie ciągłości opieki nad pacjentem.

Po czwarte system płatności oparty na wynikach zdrowotnych. Wprowadzenie mechanizmów finansowania opieki zdrowotnej polegających na efektach wymaga wdrożenia płatności pakietowych obejmujących

cały cykl leczenia określonego schorzenia, a nie pojedyncze procedury. Opracowanie systemu płatności za efekt wymaga przeglądu nieefektywnych świadczeń na podstawie generowanych przez nie wyników zdrowotnych oraz efektywności kosztowej.

Cztery powyższe domeny są warunkami *sine qua non* dla skutecznego wdrożenia VBHC. Ich równoczesna obecność umożliwia tworzenie systemów ochrony zdrowia, które są pacjentocentryczne, efektywne kosztowo oraz nastawione na poprawę rzeczywistych wyników zdrowotnych. Brak którejkolwiek z powyższych domen istotnie utrudnia realizację założeń modelu VBHC (VBHC, 2016).

Najnowszą koncepcję stanowi opracowanie ekspertów Komisji Europejskiej z 2019 r., w którym wskazali oni, iż wdrożenie *Value Based Healthcare* wymaga budowy systemu zdrowotnego opartego na czterech rodzajach wartości (personalnej, technicznej, alokacyjnej i społecznej) oraz wsparcia poprzez politykę alokacyjną, zmniejszanie nieefektywności, partycypację społeczną i systematyczne mierzenie wyników. Cztery filary wartości wdrożenia VBHC z 2019 roku dotyczą:

- wartości osobistej (ang. *personal value*), gdzie zapewnienie opieki odpowiadającej indywidualnym celom zdrowotnym pacjenta odbywa się przez wspieranie decyzji klinicznych uwzględniających preferencje chorych,
- wartości technicznej (ang. *technical value*), w której osiąganie najlepszych możliwych wyników zdrowotnych przy wykorzystaniu dostępnych zasobów oznacza maksymalizację wydajności procesów klinicznych i organizacyjnych,
- wartości alokacyjnej (ang. *allocative value*), gdzie odbywa się równa dystrybucja zasobów zdrowotnych między wszystkie grupy pacjentów, co ma zmniejszać nierówności w dostępie do opieki oraz leczenia,
- wartości społecznej (ang. *societal value*), gdzie wkład opieki zdrowotnej w spójność społeczną następuje poprzez wspieranie solidarności, wzajemnego szacunku i integracji.

Realizacja tego paradygmatu warunkowana jest wdrożeniem polityk umożliwiających efektywną redystrybucję zasobów, eliminację nieefektywnych interwencji zdrowotnych, promowanie aktywnego uczestnictwa pacjentów i społeczeństwa w procesach decyzyjnych oraz rozwój systemów umożliwiających systematyczne pomiary wyników zdrowotnych

i kosztów. Korzyści z wdrożenia modelu „poczwórnej wartości VBHC" (*Quadruple Value*) dotyczą najważniejszych interesariuszy ochrony zdrowia, którymi są pacjent, świadczeniodawca, płatnik oraz producenci technologii medycznych. Profity płynące z wdrożenia modelu poczwórnej wartości VBHC z punktu widzenia płatnika to lepsza kontrola środków przeznaczonych na zakup świadczeń opieki zdrowotnej to możliwość dostosowywania cen oferowanych produktów w zależności od osiąganych efektów zdrowotnych u chorych. Benefity dla ogółu społeczeństwa to korzystanie z dobrze zorganizowanej ochrony zdrowia i lepsze zdrowie ogólne populacji.

W tabeli poniżej przedstawiono zestawienie omawianych powyżej koncepcji wdrożenia modeli VBHC.

Tabela 1. Porównanie koncepcji wdrożenia modeli VBHC

Kategoria	Michael Porter	Economist Intelligence Unit	Światowe Forum Ekonomiczne
Zorganizowanie jednostek ds. koordynacji opieki	√	√	√
Pomiary wyników i kosztów dla każdego pacjenta	√	√	√
Płatności oparte na wartości	√*	√	√
Zintegrowany system dostarczania opieki	√	√	√
Poszerzenie zasięgu geograficznego	√	x	x
Stworzenie i wprowadzenie platformy IT	√	√	√
Uwarunkowania polityczne**	x	√	√

* Strategia Portera odnosi się do jednego modelu płatności – płatności pakietowej (ang. *bundled payment*).

** Polityka kształtująca otoczenie prawne i regulacyjne sektora opieki zdrowotnej może utrudniać wdrażanie lub – wręcz przeciwnie – znacznie przyspieszyć transformację systemu opieki zdrowotnej, dlatego stanowi istotny element strategii.

Źródło: Łukomska E. i in. (2019), *VBHC. Droga do Value-Based Healthcare. VBHC w teorii w praktyce. Raport INFARMA*, s. 35.

W zestawieniu nie przedstawiono modelu zaproponowanego przez ekspertów Komisji Europejskiej z uwagi, iż proponują oni model w ogólnym i naukowym charakterze.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Implementacja koncepcji VBHC w praktyce

Przykładami państw europejskich, które są w trakcie wdrażania elementów modelu VBHC, są Niemcy, Szwecja i Polska. Państwem, które jest europejskim liderem we wdrażaniu opieki zdrowotnej opartej na wartości, jest Szwecja, która z powodzeniem wdraża elementy modelu VBHC od ponad 20 lat. Do sukcesów we wdrażaniu VBHC przyczynił się sposób zarządzania danymi medycznymi w kraju, gdzie już w 2010 roku funkcjonowało ponad 70 rejestrów gromadzących dane medyczne dla ponad 85% chorych (Charlesworth & Davies, 2012). Szwedzki system rejestrów chorób sprawia, że populacja tego kraju jest jedną z najlepiej monitorowanych populacji pod względem zdrowotnym w Europie. Kraj korzysta z połączonego systemu elektronicznej dokumentacji medycznej, refundacji opartej na wynikach i zdecentralizowanego systemu opieki zdrowotnej, który zachęca świadczeniodawców do dbałości o osiągane wyniki zdrowotne pacjentów na poziomie lokalnym. Regularnie wdrażane są rozwiązania z zakresu nowych technologii, takich jak analityka predykcyjna, uczenie maszynowe, telemedycyna czy rozwiązania z zakresu modeli decyzyjnych opartych na sztucznej inteligencji. W Niemczech implementacja modelu opieki zdrowotnej opartej na wartości przebiega etapowo, z uwzględnieniem specyfiki krajowego systemu ochrony zdrowia, który charakteryzuje się silną decentralizacją, konkurencyjnością między ubezpieczycielami oraz autonomią szpitali. Proces wdrożenia VBHC na terenie Niemiec obejmował identyfikację obszarów priorytetowych do wdrożenia projektów pilotażowych. W wyniku szerokich konsultacji pomiędzy partnerami akademickimi, środowiskiem klinicznym a ubezpieczycielami zidentyfikowano wybrane jednostki chorobowe i problemy zdrowotne, które wskazano jako priorytety zdrowotne. Wdrożono rozwiązania z zakresu elektronicznej dokumentacji medycznej (*Elektronische Patientenakte* – ePA). W ramach wdrożeń elementów modelu VBHC uruchomiono partnerstwa międzysektorowe w celu wypracowania optymalnych modeli wdrażania i zarządzania ochroną zdrowia, w które były zaangażowane przedsiębiorstwa zarówno z branży technologicznej,

jak i farmaceutycznej, a także poszczególne kasy chorych. Przykładem programu pilotażowego był program Health Outcomes Observatory (H2O), którego celem było stworzenie ram uwzględniających i wzmacniających głos pacjentów zarówno w ich własnej opiece zdrowotnej, jak i w szerzej rozumianym systemie opieki zdrowotnej. Celem nadrzędnym projektu było podniesienie jakości i stabilności opieki poprzez oparcie na wynikach, które są klinicznie istotne (Blümel & Spranger, 2024).

Dostęp do ochrony zdrowia w Polsce jest zagwarantowany prawami ujętymi w Konstytucji RP. Obywatele mają powszechny, publiczny i gwarantowany dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, a uprawnieni są niemal wszyscy obywatele. Państwo jednocześnie chroni i dba o zdrowie najsłabszych i wymagających opieki, m.in. dzieci, kobiety w ciąży i połogu, osoby z niepełnosprawnościami czy weteranów i inwalidów wojennych. Polski system ochrony zdrowia przechodzi czas transformacji systemowej. W okresie ostatnich 25 lat funkcjonowania ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dokonało się wiele istotnych zmian. Do najważniejszych z nich należy zaliczyć powstanie Narodowego Funduszu Zdrowia i jego regionalnych oddziałów wojewódzkich odpowiedzialnych za kontraktowanie i rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej, powołanie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji będącej organem Ministra Zdrowia w zakresie regulacji procesów refundacyjnych i cenowych czy Agencji Badań Medycznych. Decydenci w sektorze ochrony zdrowia nieustannie stawiają na wdrażanie innowacji, poszukiwanie nowych zasad płatności, w tym płatności za efekt zdrowotny.

Chociaż w Polsce koncepcja VBHC nie została formalnie wdrożona jako spójna strategia systemowa, to na przełomie 2016 i 2017 roku pojawiły się pierwsze inicjatywy, których logika jest zbieżna z kluczowymi założeniami opieki opartej na wartości. Wprowadzono wówczas innowacyjne modele opieki kompleksowej, w których płatność częściowo uzależniono od osiąganego efektu zdrowotnego. KOS-Zawał to program kompleksowej, specjalistycznej opieki kardiologicznej dla pacjentów po zawale serca, która obejmuje leczenie szpitalne, ambulatoryjne i rehabilitację. Udział w programie jest w całości finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia i trwa rok. Świadczeniodawca premiowany jest za osiągnięcie efektu zdrowotnego u pacjentów współczynnikami korygującymi, które w zależności od wyników zdrowotnych i gotowości do aktywności

zawodowej pacjenta przynoszą ośrodkom dodatkowe benefity. Przykładami innych świadczeń opartych na modelu wartości o ochronie zdrowia są świadczenia, tj. KOS-BAR – program kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej, współtworzony przez ekspertów CofVBHC Uczelni Łazarskiego (Gałązka-Sobotka i in., 2020), program KOC (Koordynowana Opieka nad Ciężarną) czy KOWS (Kompleksowa Opieka nad pacjentem z Wczesnym Zapaleniem Stawów). Wymienione kompleksowe świadczenia opieki zdrowotnej są w większości świadczeniami realizowanymi w formule programów pilotażowych. Oznacza to, że programy te w pierwszej kolejności wdrażane są na małą skalę w kilkunastu ośrodkach w kraju i dotyczą wybranych subpopulacji chorych, tak aby przetestować sam model organizacji świadczenia przed właściwym wdrożeniem rozwiązania na skalę ogólnokrajową. W zakresie wdrożenia modelu VBHC w aspekcie usług IT jest wdrożenie szeregu rozwiązań informatycznych w systemie ochrony zdrowia, które systematycznie są wdrażane od 2017 roku (e-Zwolnienia i e-Recepty) i okazały się trafnym rozwiązaniem w czasie pandemii COVID-19, umożliwiając chorym szybki dostęp do części usług zdrowotnych w formie telemedycyny. Istotnym aspektem budowania systemu ochrony zdrowia opartego na wartości są próby wdrażania i ewaluacji jakości świadczonych usług w systemie ochrony zdrowia. Działaniami podjętymi w tym kierunku była próba określenia wskaźników i mierników ochrony zdrowia, próby określenia mierników jakości w leczeniu onkologicznym czy standaryzacja leczenia poprzez wdrożenie wyspecjalizowanych unitów narządowych w onkologii (tzw. świadczenia kompleksowej opieki onkologicznej – KON-pierś).

Należy jednak pamiętać, że choć wiele z tych przedsięwzięć wpisuje się w logikę VBHC, to nie były one projektowane pod tą nazwą. Świadczy to o tym, że VBHC w praktyce funkcjonuje często nie jako sztywna, techniczna doktryna, lecz jako zbiór uniwersalnych zasad takich jak integracja opieki, koncentracja na pacjencie i odpowiedzialność za wyniki, do których dążą systemy zdrowotne w naturalnym procesie ewolucji.

Pomyślna realizacja modelu uzależniona jest od zintegrowanego podejścia, obejmującego współdziałanie różnych sektorów oraz zaangażowanie interdyscyplinarnego grona specjalistów – od przedstawicieli systemu ochrony zdrowia, przez ekspertów w zakresie zarządzania, po ekonomistów przy jednoczesnym zapewnieniu aktywnej roli organów administracji

publicznej i decydentów politycznych. Kierunki zmian i wdrożenia VBHC w Polsce to przede wszystkim zdefiniowanie ram formalno-prawnych modelu w kraju rozumiane jako wprowadzenie definicji, jaką jest opieka zdrowotna oparta na wartości do systemu legislacyjnego oraz ujęcie elementów pojęcia w dokumentach kierunkowych ochrony zdrowia. Istotne jest budowanie kompetencji i świadomości o modelu VBHC wśród decydentów ochrony zdrowia świadczeniodawców, producentów technologii medycznych, ale i pacjentów. W aspekcie płatności i rozliczania świadczeń i procedur ważne jest odejście od płatności typu *fee-for-service* z jednoczesnym wprowadzeniem pilotaży finansowania za wyniki zdrowotne (*pay-for-outcomes*) lub ryczałtów z elementami pomiaru jakości. Wzmocnienie interoperacyjności danych i dążenie do projektowania systemów IT opartych na pomiarze wyników zdrowotnego obok wyniku finansowego. W zakresie pomiaru efektów i kosztów ważne jest opracowanie mechanizmów raportowania, monitoringu i ewaluacji wdrażanych działań.

Wyzwania i kontrowersje związane z wdrażaniem *Value Based Healthcare* (VBHC)

Pomimo rosnącego uznania dla koncepcji opieki zdrowotnej opartej na wartości (*Value Based Healthcare* – VBHC), jej implementacja napotyka istotne bariery organizacyjne, finansowe, technologiczne, mentalne oraz etyczne. Wdrożenie elementów VBHC do systemu ochrony zdrowia – jak każda zmiana – może wiązać się z oporem przed zmianą i sprzeciwem w związku z napotkanymi trudnościami organizacyjnymi i finansowymi, jak było w Szwecji Jednym z podstawowych wyzwań jest niedostateczny rozwój systemów pomiaru wyników zdrowotnych i kosztów. W wielu systemach ochrony zdrowia dominują dane dotyczące działań procesowych, takich jak liczba wizyt czy wykonanych procedur przy jednoczesnym braku danych o efektach zdrowotnych, w szczególności zgłaszanych przez pacjentów (*Patient-Reported Outcome Measures* – PROMs, *Patient-Reported Experience Measures* – PREMs). Jak podkreślają Porter i Lee (2013), bez rzetelnych danych o wynikach niemożliwe jest zarządzanie wartością. Brakuje także standaryzowanych mierników, a adaptacja zestawów wskaźników opracowanych przez organizacje takie jak ICHOM ma wciąż charakter fragmentaryczny.

Znaczącą barierą jest również struktura finansowania świadczeń zdrowotnych, oparta w większości krajów na modelu *fee-for-service*. Systemy te nie premiują poprawy wyników zdrowotnych, co osłabia motywację świadczeniodawców do wdrażania praktyk zgodnych z VBHC. Przejście na płatności pakietowe lub kontrakty wynikowe wymaga głębokich zmian instytucjonalnych i inwestycji w infrastrukturę zarządzania danymi (Gałązka-Sobotka i in., 2021).

Pomimo deklarowanej koncentracji na pacjencie VBHC w praktyce bywa realizowane w sposób ograniczający realne uczestnictwo pacjentów w procesie współtworzenia opieki. Wymaga to wdrażania strategii partycypacyjnych i wspierania zaangażowania pacjentów jako partnerów w osiąganiu wyników. Ostatecznie, aby koncepcja opieki zdrowotnej opartej na wartości nie stała się jedynie, jak trafnie wskazują krytycy, „eleganckim ozdobnikiem", powinna być ona trwale osadzona na jasno zdefiniowanych podstawach aksjologicznych. Demokratyczne państwa prawa w swoich politykach publicznych, w tym w polityce zdrowotnej, dążą do realizacji fundamentalnych zasad, takich jak solidarność, sprawiedliwość w dostępie do dóbr, pomoc potrzebującym, poszanowanie autonomii pacjenta, jego czynny udział w decyzjach czy tolerancja. W tym świetle wszystkie narzędzia i modele proponowane w ramach VBHC – od zintegrowanych jednostek opieki (IPU), przez pomiar wyników (PROMs), po płatności pakietowe – nie powinny być postrzegane jako cele same w sobie, lecz jako środki do realizacji tych nadrzędnych wartości. Pomiar wyników istotnych dla pacjenta staje się praktycznym wdrożeniem zasady autonomii i podmiotowości chorego. Dążenie do wartości alokacyjnej, czyli sprawiedliwej dystrybucji zasobów, jest bezpośrednim dążeniem do sprawiedliwości społecznej. Model opieki koordynowanej, w którym zespół bierze odpowiedzialność za pacjenta, odzwierciedla zasadę solidarności i kompleksowej pomocy.

Krytyka koncepcji i ograniczenia

VBHC narażone jest na ryzyko pomijania niemierzalnych aspektów opieki, takich jak relacja lekarz–pacjent, zaufanie, empatia czy troska. Istnieje także ryzyko selekcji pacjentów – tzw. *cherry-picking* – polegające na preferowaniu tych, u których łatwiej osiągnąć dobre wyniki, co

zagraża zasadzie sprawiedliwości i może pogłębiać nierówności zdrowotne (OECD, 2021). Na poziomie makrosystemowym brak jest jednoznacznych dowodów na skuteczność VBHC w skali całych krajów. Mimo pozytywnych przykładów z wybranych dziedzin klinicznych (np. onkologia, nefrologia) implementacja VBHC nie przyniosła dotąd znaczącej poprawy wyników zdrowotnych ani redukcji wydatków zdrowotnych w ujęciu populacyjnym, co wskazuje na konieczność dalszych analiz i korekt podejścia (Berwick, 2016).

VBHC oferuje atrakcyjną wizję systemu skoncentrowanego na rezultatach, efektywności i wartości dla pacjenta. Jednak jej skuteczne wdrożenie wymaga spójnych działań w wielu obszarach – od danych i finansowania, przez kulturę organizacyjną, po wartości etyczne. Konieczne jest także budowanie zaufania oraz zapewnienie inkluzywności modelu wobec pacjentów o zróżnicowanych potrzebach i możliwościach. W przeciwnym razie istnieje ryzyko, że koncepcja VBHC pozostanie narzędziem zarządczym oderwanym od realiów klinicznych i społecznych.

Bibliografia

Berwick, D.M., Nolan, T.W., & Whittington, J. (2008). The Triple Aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, *27*(3), 759–769. DOI: 10.1377/hlthaff.27.3.759

Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Hengel, P., Eriksen, A., Maresso, A., & Busse, R. (2024). *Germany: Health System Summary, 2024*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe.

Burwell, S.M. (2015). Setting value-based payment goals – HHS efforts to improve U.S. health care. *New England Journal of Medicine*, *372*(10), 897–899. DOI: 10.1056/NEJMp1500445

Charlesworth, A., Davies, A., & Dixon, J. (2012). *Reforming payment for health care in Europe to achieve better value*. London: Nuffield Trust.

Economist Intelligence Unit (2016). *Value-based healthcare. A global assessment*. EIU. Pobrano z: https://impact.economist.com (dostęp: 03.05.2025).

European Commission (2019). *Opinion on defining value in „value--based healthcare" Expert Panel of Effective Ways of Investing in Health*. Pobrano z: https://health.ec.europa.eu/document/download/

634e0a0c-4bff-4050-ad5f-b80381f36f33_en?filename=024_defining-value-vbhc_en.pdf (dostęp: 03.05.2025).

Gałązka-Sobotka, M., & Gryglewicz, J. (red.) (2020). *Model kompleksowej opieki nad pacjentem chorym na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie*. Warszawa: Uczelnia Łazarskiego.

Gałązka-Sobotka, M., Kowalska-Bobko, I., & Mokrzycka, A. (2021). *System opieki zdrowotnej w Polsce. Diagnoza i kierunki transformacji*. Warszawa: Uczelnia Łazarskiego.

Goodwin, N. (2011). *Managing people with long-term conditions*. London: The King's Fund.

Gray, J. a. M. (2011). *How to Get Better Value Healthcare*. Oxford: Offox Press Ltd.

ICHOM (2012). *International Consortium for Health Outcomes Measurement – Standard Sets*. Pobrano z: https://www.ichom.org (dostęp: 03.05.2025).

Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington: National Academy Press.

OECD (2021). *Health at a Glance 2021. OECD Indicators*. OECD Publishing. DOI: 10.1787/4dd50c09-en

Porter, M.E., & Lee, T.H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, *91*(10), 50–70.

VBHC. A global assessment. Finding and methodology. The Economist Intelligence Unit. Pobrano z: http://vbhcglobalassessment.eiu.com/wpcontent/uploads/sites/27/2016/09/EIU_Medtronic_Findings-and--Methodology.pdf (dostęp: 03.05.2025).

Tomasz Holecki
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
https://orcid.org/0000-0003-1798-4133
https://doi.org/10.35765/slowniki.524

Podstawowa opieka zdrowotna

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jest najbardziej powszechną formą realizacji świadczeń zdrowotnych, odgrywa kluczową rolę w polskim systemie ochrony zdrowia i stanowi punkt wejścia pacjentów do systemu. POZ odpowiada za profilaktykę, zapewnia wczesną diagnostykę, a także dokonuje kompleksowej i integralnej oceny potrzeb pacjenta w pełnym cyklu życia. Jest częścią systemu, zapewniającą wszystkim uprawnionym osobom kompleksowe i skoordynowane świadczenia opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Rola i zadania lekarzy POZ w Polsce wynikają z historycznych doświadczeń sięgających czasów socjalistycznych, gdy system opieki zdrowotnej działał według modelu Siemaszki, zakładając powszechny charakter ochrony zdrowia, nabywanie świadczeń zdrowotnych przez państwo oraz finansowanie pracowników służby zdrowia. Od momentu transformacji ustrojowej struktura, zadania i formy finansowania ulegały systematycznemu unowocześnianiu. Miały na to wpływ czynniki międzynarodowe, w tym znaczące konferencje o światowym znaczeniu dla zdrowia publicznego, jak i źródła prawa krajowego.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Koncepcja podstawowej opieki zdrowotnej, kształtowana od kilkudziesięciu lat przez WHO, zakłada holistyczne podejście do pojęcia zdrowia jednostki i społeczeństwa, wykraczając poza opiekę zdrowotną, definiowaną jako świadczenia medyczne.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Opracowanie przedstawia wdrażane rozwiązania modernizacyjne wraz

z opisem konsekwencji działań reformatorskich. Strukturyzuje wiedzę na temat roli i zadań stawianych przed poszczególnymi pracownikami zespołu medycznego w POZ: lekarzami, pielęgniarkami i położnymi systemu. Zawiera także odniesienie do raportów instytucji publicznych, branżowych analiz i opinii interesariuszy sektora. Zakończenie zawiera zbiór usystematyzowanych rekomendacji dla zastosowania w praktyce polityki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: podstawowa opieka zdrowotna (POZ), system ochrony zdrowia, polityka zdrowotna, lekarz rodzinny

Definicja pojęcia

W państwach wysoko rozwiniętych za zdrowie definiowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jako stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie wyłącznie brak choroby i niepełnosprawności (WHO, 1946), odpowiedzialność przypisuje się zarówno pojedynczym jednostkom, jak i państwu oraz organizacjom i instytucjom, które posiadają odpowiednie zasoby, aby na nie wpływać. Wynika to między innymi z faktu, że prawo do ochrony zdrowia uznawane jest za jedno z najistotniejszych praw człowieka, co w polskiej rzeczywistości podkreślone zostało poprzez wpisanie tych gwarancji do aktu najwyższej rangi, jakim jest Konstytucja Rzeczypospolitej i podkreślenie w art. 68 ust. 1, że prawa te wynikają wprost z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka, a z tego wyprowadzić należy określone obowiązki władzy publicznej oraz zbiór zasad, jak np. równości w dostępie do ochrony zdrowia, solidaryzmu i praw pacjenta oraz etyki zawodowej osób udzielających świadczeń medycznych.

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jest najbardziej powszechną formą realizacji świadczeń zdrowotnych, odgrywa kluczową rolę w polskim systemie ochrony zdrowia i stanowi punkt wejścia pacjentów do systemu. POZ odpowiada za profilaktykę, zapewnia wczesną diagnostykę, a także dokonuje kompleksowej i integralnej oceny potrzeb pacjenta w pełnym cyklu życia, od opieki nad kobietami w ciąży, dziećmi i młodzieżą szkolną, aż po opiekę nad pacjentami w wieku senioralnym. Bardzo istotna jest także odpowiedzialność za wytyczanie dalszych ścieżek pacjenta w systemie poprzez kierowanie na pozostałe poziomy opieki zdrowotnej: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego. Ta funkcja określana jest jako rola strażnika systemu, ponieważ poprzez scedowanie na lekarzy POZ decyzji o wystawieniu właściwego skierowania do dalszego leczenia specjalistycznego zabezpiecza pacjenta przed podejmowaniem nieracjonalnych decyzji, a dla publicznego płatnika jest gwarantem realizacji wyłącznie uzasadnionych medycznie świadczeń. Można założyć, że bez tego typu systemowych rozwiązań liczba ponadnormatywnych, często niepotrzebnych lub wręcz szkodliwych świadczeń byłaby wyraźnie większa. Rozwiązanie to z jednej strony jest wyrazem uznania dla lekarzy POZ, w których rękach pozostawia się decyzję o samodzielnym lub skoordynowanym

leczeniu, tym samym racjonalizując korzystanie ze świadczeń wysokospecjalistycznych, a z drugiej naraża lekarzy na presję roszczeniowych pacjentów i ich rodzin.

Gdy porówna się siłę systemów POZ krajów europejskich z ich względną efektywnością, okazuje się, że niektóre o stosunkowo silnej POZ (Wielka Brytania, Hiszpania, Dania i Belgia) nie należą do najbardziej wydajnych. Wśród krajów o stosunkowo silnej podstawowej opiece zdrowotnej, które są również na podobnym poziomie wydajności, lokują się Holandia, Portugalia, Finlandia, Litwa i Estonia. Bywa jednak, że kraje o względnie słabej POZ (Luksemburg, Bułgaria i Węgry) także okazują się stosunkowo efektywne. Systemy te zapewniają dobrą podstawową opiekę zdrowotną przy umiarkowanym poziomie zaangażowanych środków. Jakość podstawowej opieki zdrowotnej nie jest bowiem sumą jej funkcji, lecz zależy od spójności struktury, procesu i wyników (Tomasik i in., 2016).

Analiza historyczna pojęcia

Rola i zadania lekarzy POZ w Polsce wynikają z historycznych doświadczeń sięgających czasów socjalistycznych, gdy system opieki zdrowotnej działał według modelu Siemaszki (Włodarczyk, 1996), zakładając powszechny charakter ochrony zdrowia, nabywanie świadczeń zdrowotnych przez państwo oraz finansowanie pracowników służby zdrowia jedynie ze środków publicznych, przy całkowitym wyeliminowaniu sektora prywatnego. Model ten funkcjonował w Polsce od początku lat 50. ubiegłego stulecia do niemalże końca XX wieku. Charakterystycznymi elementami tego rozwiązania była dominacja leczenia szpitalnego, silne uzależnienie od rozbudowanej infrastruktury w powiązaniu z poradami lekarzy specjalistów, którzy cieszyli się szczególnym uznaniem. Lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej sytuowano wówczas niżej w drabinie kompetencji zawodowych. Początkowo po wdrożeniu w Polsce systemu ubezpieczeń zdrowotnych w latach 90. XX wieku lekarze pracujący w POZ mieli możliwość dysponowania budżetem przeznaczonym na świadczenia specjalistyczne, ale rozwiązanie to stopniowo wyeliminowano (Holecki i in., 2016). Zniesiono także odpowiedzialność za realizację świadczeń zdrowotnych poza ustalonymi godzinami pracy

placówek POZ, które wyznaczono na dni robocze, wyłącznie w godzinach 8.00–18.00. Funkcjonujące po dziś dzień rozwiązanie jest efektem kompromisu, wypracowanego w wyniku wielu sporów zbiorowych, pikiet, manifestacji i strajków personelu medycznego. Formalnie w zakresie POZ można realizować również nocną i świąteczną opiekę zdrowotną oraz usługi transportu sanitarnego, które wymagają jednak odrębnego kontraktowania. Oznacza to, że nie każda poradnia, która zawarła z NFZ umowę podstawową, ma prawo wykonywać na koszt publicznego płatnika tego rodzaju usługi. Opieka ta realizowana jest w zakresie określonym w umowie, a w szczególności w dni wolne od pracy, w przypadku stanu nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej), którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub utrata życia (Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym).

Ujęcie problemowe pojęcia

Koncepcja podstawowej opieki zdrowotnej, kształtowana od kilkudziesięciu lat przez WHO, zakłada holistyczne podejście do pojęcia zdrowia jednostki i społeczeństwa, wykraczając poza opiekę zdrowotną, definiowaną jako świadczenia medyczne. Stanowi pierwsze ogniwo kontaktu pacjenta z systemem i ma zasadniczy wpływ na proces profilaktyczno-terapeutyczny. Jej zadaniem jest zapewnienie takiej opieki, która zoptymalizuje liczbę interwencji medycznych na wyższym poziomie referencyjności, rozumianych jako specjalistyczna lub wysokospecjalistyczna ambulatoryjna opieka zdrowotna. W sytuacji wzorcowej POZ powinna koncentrować się na edukacji społeczeństwa poprzez promocję zdrowego stylu życia, profilaktyce chorób oraz wczesnej diagnostyce schorzeń. W praktyce zajmuje się diagnostyką oraz leczeniem schorzeń, w tym przewlekłych chorób cywilizacyjnych, takich jak choroby układu krążenia i cukrzyca, marginalizując zadania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób (Holecki & Bocionek, 2013).

Poradnie POZ finansowane są przez przede wszystkim przez publicznego płatnika – Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) z wykorzystaniem

narzędzia w postaci tzw. stawki kapitacyjnej, czyli opłaty wnoszonej co miesiąc na konto placówki za każdego zapisanego pacjenta. Rozróżnienie dotyczy osobno deklaracji wyboru dla lekarzy, pielęgniarek i położnych systemu. Stawki te różnią się w zależności od wieku pacjenta (są wyższe w przypadku dzieci oraz osób starszych), występowania chorób przewlekłych i stopnia zaawansowania choroby (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej). Wielkość przychodów nie zależy zatem od liczby udzielonych porad lekarskich, skierowań do pozostałych sektorów opieki zdrowotnej czy liczby wydanych ordynacji na badania diagnostyczne. Tego typu model wynagradzania uznaje się jednak za archaiczny, a jego charakter może wpływać na decyzje lekarzy lub organów właścicielskich o podejmowaniu czynności związanych z niekorzystną dla pacjentów optymalizacją finansową. Zdaniem ekspertów mimo oczywistej służebnej roli lekarzy POZ względem swoich pacjentów można zauważyć ryzyko zawierające w sobie chęć minimalizacji procedur generujących dodatkowe koszty, jak np. realizacji badań laboratoryjnych wpisanych w katalog procedur POZ. Koszty te w sposób bezpośredni obniżają uzyskiwane przychody, co może mieć wpływ na ich ograniczanie lub stosowanie nadmiernej liczby skierowań do finansowanych w innym modelu rozliczeniowym podmiotów zewnętrznych. Dlatego też rekomendowane jest stosowanie uzupełniających form płatności: metodą za usługę (FFS) lub płatnością za wyniki (P4P). Taki system finansowania obowiązuje w Anglii, Czechach, Danii, Estonii, Holandii, Francji, na Litwie, w Rumunii, Słowacji, Słowenii, Szwecji i we Włoszech. Wśród państw europejskich jedynie Polska i Hiszpania stosują wyłącznie stawkę kapitacyjną (Masseria, 2009). Ten sposób finansowania ma jednak pewne zalety, ponieważ uproszczony mechanizm rozliczeń ułatwia sprawozdawczość, gdyż obejmuje wyłącznie podstawowe dane dotyczące liczby zarejestrowanych pacjentów i udzielonych porad. Nie wymaga przedstawiania danych na temat procesu i wyników leczenia. Niestety oznacza również, że nie ma mechanizmów uzależniających poziom finansowania świadczeniodawców od efektywności ich działania. Podobnych związków nie można wykazać również w przypadku subiektywnej oceny dokonywanej przez pacjentów lub obiektywnych kryteriów oceny efektywności leczenia na podstawie uznanych parametrów porównawczych. Pacjenci posiadają oczywiście prawo wyboru przychodni w sposób całkowicie dowolny

i mogą dać wyraz swojemu niezadowoleniu poprzez zmianę świadczeniodawcy. Nie wiąże się to ponadto z kosztami finansowymi, gdyż dwukrotnie w ciągu roku można zmienić lekarza, pielęgniarkę i położną POZ w sposób bezpłatny, a kolejne zmiany wymagają dokonania symbolicznej opłaty. W praktyce realna możliwość wyboru placówki POZ występuje wyłącznie w rejonach o gęstym zaludnieniu. Obowiązujący w tej chwili system finansowania zniechęca ponadto personel POZ do przyjmowania proaktywnej postawy oraz doskonalenia umiejętności zawodowych i poszerzania wiedzy w procesie ustawicznej edukacji (Holecki i in., 2016).

Obecnie świadczenia POZ zdefiniowane są w Polsce jako kompleksowe i koordynowane usługi opieki zdrowotnej realizowane w miejscu zamieszkania, które obejmują świadczenia udzielane przez lekarzy, pielęgniarki i położne. To od kontaktu z personelem zatrudnionym w POZ najczęściej zaczyna się ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna w razie choroby, okresowe badania kontrolne lub szczepienia ochronne. Pomoc udzielana jest w przychodni, a w uzasadnionych medycznie przypadkach również poza placówką – w domu lub domu pomocy społecznej. Jeśli choroba uniemożliwia dotarcie do poradni, można zamówić wizytę nie tylko lekarza, ale również pielęgniarki lub położnej. W ośrodku zdrowia lub w domu pacjentki szczególnie aktywna jest położna środowiskowa, która opiekuje się kobietami w ciąży (1 raz w tygodniu od 21. do 31. tygodnia ciąży oraz 2 razy w tygodniu od 32. tygodnia ciąży do porodu). Wizyty obejmują rozpoznanie problemów zdrowotnych, zaplanowanie i realizację świadczeń profilaktycznych oraz edukację przygotowującą do porodu i rodzicielstwa. W zakresie opieki nad noworodkami położna zobowiązana jest odbyć od 4 do 6 wizyt patronażowych w pierwszych 2 miesiącach życia dziecka, a pierwsza wizyta winna odbyć się nie później niż 48 godzin po opuszczeniu szpitala przez matkę i dziecko. Po zakończeniu wizyt patronażowych położna przekazuje opiekę nad niemowlęciem pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej. Rolą położnej jest także objęcie opieką kobiety po operacji ginekologicznej lub ginekologiczno-onkologicznej. Wśród uprawnień położnej POZ znajduje się także pobieranie wymazu do cytologii, co oznacza, że niekoniecznie trzeba udać się na to badanie do lekarza. POZ obejmuje także profilaktyczną opiekę nad dziećmi i młodzieżą, którą sprawuje pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania powszechnie nazywana higienistką szkolną (*Jakie są kompetencje położnej POZ*, 2024).

Opisując podstawowy poziom opieki zdrowotnej, należy zwrócić uwagę również na trudności z nazewnictwem w tym obszarze. Lekarzy pracujących w najbliższym otoczeniu pacjenta określa się często zamiennie lekarzami pierwszego kontaktu lub lekarzami rodzinnymi, odwołując się do zakresu opieki sprawowanej nad całymi grupami pacjentów. Formalnie jednak tacy lekarze zatrudnieni są na stanowiskach o takiej nazwie, a za lekarza rodzinnego uznać należy wyłącznie osobę posiadającą specjalność z zakresu medycyny rodzinnej, wraz z wszystkimi wynikającymi z tego uprawnieniami. To stosunkowo nowa specjalizacja, którą ustanowiono w 1984 roku, a jej uzyskanie wymaga dziś podjęcia nauki w trakcie czteroletniej specjalizacji. W ujęciu historycznym wielokrotnie zmieniano w Polsce przepisy regulujące zatrudnianie w POZ lekarzy z różnymi specjalizacjami i doświadczeniem. W dużym skrócie można przyjąć, że obecnie lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej może być: specjalista medycyny rodzinnej, specjalista chorób wewnętrznych (internista), specjalista pediatrii (w przypadku dzieci) oraz lekarz bez specjalizacji posiadający uprawnienia do udzielania świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej na zasadzie praw nabytych w wyniku wieloletniej pracy w POZ. Jak szacują eksperci, łączna liczba lekarzy zatrudnionych w POZ to ponad trzydzieści tysięcy osób, z tym że specjalistów medycyny rodzinnej jest 12,5 tys. (Sutkowski, 2024). Gdy oprzemy się na literalnej definicji zawartej w przepisach ustawy z dnia 27 października 2017 r. o POZ, to mowa jest o lekarzu, który spełnia jeden z poniższych warunków (Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej):

1. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej,
2. odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej,
3. posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej,
4. korzysta z tzw. praw nabytych, tj. uzyskanych przed 29 września 2007 r.,
5. posiada specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii pod warunkiem ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej,
6. posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej i udzielał świadczeń opieki zdrowotnej przed 31 grudnia 2024 r. pod warunkiem ukończenia kursu z medycyny rodzinnej,

7. posiada specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych i udzielał świadczeń opieki zdrowotnej przed 31 grudnia 2024 r. pod warunkiem ukończenia kursu z medycyny rodzinnej.

Przy tak skomplikowanym podejściu do nazwy stanowiska pracy i wynikających z tego uprawnień dużym uproszczeniem wydaje się anglojęzyczne brzmienie funkcji: General Practitioner, w skrócie często określany akronimem GP. Nazwa jest adekwatna, lecz – jak widać – niemożliwa do zręcznego przetłumaczenia na język polski.

Personel zatrudniony w POZ powinien wypracowywać długoterminowe profesjonalne relacje z pacjentami, stosując w opiece nad nimi podejście kompleksowe. Podejście to pozwala spojrzeć na pacjenta w sposób zintegrowany, bez ograniczania się wyłącznie do leczenia konkretnego schorzenia, z którym pacjent zgłasza się do lekarza. Zakres zadań POZ został dokładnie zdefiniowany w przepisach prawnych i obejmuje m.in. (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej): profilaktykę, diagnozowanie, leczenie i rehabilitację oraz edukację zdrowotną i promocję zdrowia. To personel POZ odpowiada za planowanie i koordynowanie działań profilaktycznych, stawianie diagnozy i leczenie w sposób dostosowany do ogólnego stanu zdrowia pacjenta. W ramach obowiązków zawodowych powinien realizować procedury diagnostyczne (samodzielnie lub w sposób skoordynowany z innymi specjalistami), w tym badania laboratoryjne i obrazowe, a także zlecać i monitorować farmakoterapię (Holecki i in., 2016).

Realizacja usług POZ odbywa się w różnych formach prawnych, najczęściej w postaci indywidualnej i grupowej praktyki lekarskiej, z wykorzystaniem publicznych i niepublicznych form organizacyjnych. W polskiej rzeczywistości gospodarczej dominują podmioty niepubliczne, które stanowią niemal 80% wszystkich placówek, posiadają jednak główne źródło finansowania na podstawie umowy z kluczowym płatnikiem, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Liczba placówek POZ korzystająca z publicznego finansowania wynosi w zależności od szacunków od 90% do nawet 97% (Raport Polskiej Izby Ubezpieczeń, 2018). Takie rozłożenie akcentów właścicielskich i finansowych obala mit, zgodnie z którym nie można realizować powszechnych usług zdrowotnych, opierając się

na podmiotach prywatnych. Kluczowe okazuje się bowiem publiczne finansowanie placówek, a nie ich forma prawna czy właścicielska.

Istotnym zagadnieniem jest wzajemna konkurencyjność placówek POZ, która nie wykazuje silnie rynkowej charakterystyki. Wybór placówki odbywa się najczęściej na podstawie kryterium dostępności rozumianego jako odległość od domu do miejsca praktyki lekarskiej. Do konkurencji wśród placówek dochodzi głównie w rejonach silnie zurbanizowanych o dużej gęstości zaludnienia. Ponadto należy zwrócić uwagę na problem zróżnicowania administracyjnego kraju, wykluczenia komunikacyjnego oraz zdolności racjonalnej oceny jakości usług medycznych wykonywanych w konkretnej przychodni. Pacjenci nie dysponują bowiem instrumentarium wiedzy i możliwości, dzięki którym mogliby samodzielnie podejmować w pełni racjonalne decyzje bazujące na faktach. Dlatego też tak istotna jest rola państwa, kształtująca poprzez swoje instytucje lub ogniwa samorządu terytorialnego politykę zdrowotną na wybranym obszarze.

Należy zwrócić uwagę, że Polska w kategoriach dostępności do opieki medycznej, również na poziomie podstawowym, nie jest obszarem homogenicznym, lecz silnie zróżnicowanym. Potwierdzają to zarówno kontrole Najwyższej Izby Kontroli (NIK), jak również branżowe analizy. Czynnikami wpływającymi na różnice w dostępie do świadczeń są m.in.: nierównomierne rozmieszczenie bazy materialnej systemu, w tym struktura udzielanych świadczeń, ale także status materialny, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania czy wiek (Genowska i in., 2015). Według danych WHO liczba lekarzy przypadających na 100 tys. ludności w Polsce należy do najniższych w Europie i jest około 40% niższa od średniej w „starych" państwach członkowskich UE. Nawet w porównaniu do pozostałych państw postkomunistycznych współczynnik liczby lekarzy w stosunku do liczby pacjentów nie jest imponujący i wynosi około 20% mniej niż średnia dla tzw. „nowych" państw członkowskich UE. Niemniej w przypadku lekarzy POZ proporcje te są nawet bardziej niekorzystne. W najzamożniejszych państwach „starej" Unii Europejskiej lekarze zatrudnieni w POZ stanowią ponad 25% wszystkich lekarzy, podczas gdy w Polsce – mniej niż 10%. Sytuacja ta powoduje nadmierne obciążenie pracą, a górne limity pacjentów przypadających na jednego lekarza (2750 osób) są jedynie rekomendacjami i należą do najwyższych w Europie (Oleszczyk i in., 2012).

Podstawowa opieka zdrowotna mimo upływu kilkudziesięciu lat od wprowadzenia reformy systemu ochrony zdrowia nadal poddawana jest działaniom modernizacyjnym. Wprowadzane z końcem XX wieku rozwiązania prawne ograniczały rolę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do wykonywania zadań koordynatora i przewodnika świadczeniobiorcy w dostępie do świadczeń profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych. Zgodnie z założeniami reformy z 1999 r. podstawowa opieka zdrowotna miała opierać się głównie na sieci indywidualnych i grupowych praktyk lekarzy rodzinnych. Cechami tego szczebla systemu miało być priorytetowe traktowanie działań promujących zdrowie i zapobiegających chorobom, ciągłość opieki zdrowotnej i wszechstronna analiza wszystkich problemów zdrowotnych pacjenta. Ponadto lekarz POZ miał odgrywać rolę przewodnika pacjenta po systemie (Raport Najwyższej Izby Kontroli, 2018).

Kolejne, wpisane już w XXI wiek reformy polskiej struktury organizacyjnej i funkcjonalnej POZ zmierzają do przywrócenia roli i rangi placówek tego poziomu, nadając kolejne uprawnienia i obowiązki zatrudnionemu personelowi. Przejawem takiego szerokiego spojrzenia jest wprowadzenie z końcem 2022 roku opieki koordynowanej w POZ. Na jej podstawie lekarz podstawowej opieki zdrowotnej współpracuje z lekarzami specjalistami, pielęgniarką i dietetykiem. Zajmuje się profilaktyką, diagnozowaniem, leczeniem i edukacją pacjenta na temat wybranych chorób z dziedziny: kardiologii, diabetologii, endokrynologii, pulmonologii i nefrologii. Realizacja świadczeń w opiece koordynowanej odbywa się na postawie działania w tzw. Indywidualnym Planie Opieki Medycznej, który zawiera m.in.: pogłębiony wywiad zdrowotny, analizę badań diagnostycznych oraz ustalenie indywidualnego planu działania. Placówki realizujące opiekę koordynowaną zatrudniają bądź powierzają wskazanym członkom personelu medycznego zadania koordynatora (opłacanego dodatkowo przez NFZ), do którego obowiązków należy ustalanie terminów badań, wizyt i konsultacji zleconych przez lekarza POZ oraz porad edukacyjnych i dietetycznych, przekazywanie informacji o kolejnych etapach terapii oraz dbanie o przepływ informacji pomiędzy wszystkimi realizatorami świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z założeniami programu dzięki opiece koordynowanej poprawić powinna się jakość opieki i dostępność do świadczeń zdrowotnych, w tym do badań diagnostycznych. Zakłada się również ułatwienie dostępu do opieki

specjalistycznej, włączenie do pracy z pacjentem ustrukturyzowanych działań edukacyjnych, profilaktycznych i aktywizujących (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej). Wprowadzone rozwiązanie było od lat rekomendowane przez środowiska eksperckie zajmujące się ochroną zdrowia w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem POZ. Mimo iż program był poprzedzony pilotażem, ma obecnie wyłącznie wymiar fakultatywny, co oznacza dobrowolność przystąpienia placówek do programu i wymaga czasu, aby ocenić jego skuteczność. Wydaje się jednak, że w wielu sytuacjach poprawia jakość, ułatwia dostępność i poszerza zakres świadczeń oferowanych na poziomie najbliższym pacjentowi. Rozwiązanie to nie jest jednak pozbawione wad. Sprzyja dużym wielospecjalistycznym ośrodkom z obszarów silnie zurbanizowanych, marginalizując równocześnie małe jednostki prowincjonalne. Tematem do światopoglądowej debaty jest zatem modyfikacja tych rozwiązań w celu przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu o charakterze terytorialnym.

Kolejnym przejawem istotności POZ dla polskiego systemu zdrowotnego jest nadawanie dodatkowych zakresów czynności i odpowiedzialności, np. w zakresie medycyny sportowej. W myśl nowych przepisów wprowadzonych w 2019 roku (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2019 r. w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania danego sportu przez dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kwalifikacji lekarzy uprawnionych do wydawania zawodnikom orzeczeń lekarskich o stanie zdrowia oraz zakresu i częstotliwości wymaganych badań lekarskich niezbędnych do uzyskania tych orzeczeń) poszerzony został katalog lekarzy uprawnionych do przeprowadzania badań oraz wydawania orzeczenia o zdolności do uprawiania sportu, do którego włączono lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Ograniczona również została liczba obowiązkowych badań specjalistycznych i diagnostycznych niezbędnych do wydania orzeczenia. Do decyzji lekarza orzekającego pozostawiono jednak możliwość zlecenia wykonania innych badań, jeśli uzna on, że

w danym wypadku jest to niezbędne. Ponadto jeśli lekarz stwierdzi, że zakres badań koniecznych do przeprowadzenia wykracza poza zakres badania profilaktycznego (bilansu zdrowia) oraz posiadanej przez niego dokumentacji medycznej bądź jest to niezbędne w celu dokonania prawidłowej oceny stanu zdrowia i możliwości bezpiecznego uczestnictwa we współzawodnictwie sportowym, może wydać skierowanie do lekarza medycyny sportowej. W uzasadnieniu do rozporządzenia napisano, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, sprawując bieżącą opiekę nad dzieckiem – zarówno profilaktyczną (badania przesiewowe, bilanse zdrowia), jak i leczniczą – oraz dysponując jego dokumentacją medyczną, posiada bardzo szeroką i wszechstronną wiedzę o pacjencie, jego stanie zdrowia, chorobach przewlekłych czy też doznanych urazach. Dodanie nowych uprawnień nie spotkało się jednak z zadowoleniem samorządu lekarskiego i środowiska reprezentowanego przez porozumienia zawodowe. Zdaniem lekarzy rodzinnych skupionych wokół Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia to nie tylko dodatkowa praca dla już obciążonych ponad miarę lekarzy rodzinnych, ale także odpowiedzialność wykraczająca poza kompetencje wielu z nich (Popławska & Murgrabia, 2024).

Istotne dla wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia stało się także silniejsze niż dotąd włączenie lekarzy POZ w proces diagnozowania i leczenia onkologicznego. Jednak wprowadzenie programu znanego jako pakiet onkologiczny na początku 2015 roku spowodowało poważne problemy w systemie opieki zdrowotnej, w tym protesty i strajki lekarzy rodzinnych, z których wielu odmówiło podpisania kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Przedstawiono szereg argumentów przeciwko rządowemu programowi. Na przykład wymagane kompetencje i obowiązki lekarzy rodzinnych zwiększono bez dodatkowego szkolenia, nawet jeśli lekarze rodzinni nie mieli wcześniejszego doświadczenia w onkologii. Ponadto koszty związane z początkowymi diagnozami raka przeniesiono na poziom podstawowej opieki zdrowotnej, bez zapewnienia odpowiednich zasobów finansowych. Uznano, że koszty diagnostyki onkologicznej powinny zostać wyłączone do odrębnego finansowania. Wprowadzenie pakietu spowodowało jednak przekierowanie pacjentów do podstawowej opieki zdrowotnej w celu wykonania wstępnych badań diagnostycznych i wyeliminowania czasu oczekiwania na specjalistyczną opiekę onkologiczną. Zmiana ta została

dokonana pomimo niedoborów finansowych i kadrowych wśród lekarzy rodzinnych oraz dużego obciążenia dotychczasowymi obowiązkami zawodowymi (Holecki & Romaniuk, 2015). Słabo konsultowane społecznie, a następnie kontestowane rozwiązanie funkcjonuje jednak do dziś i mimo oporów oraz dynamicznej formy implementacji wrosło w polski system ochrony zdrowia.

Wzmacnianie w polskim systemie ochrony zdrowia roli POZ, który bez wątpienia ulokowany jest najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta stwarza nowe możliwości, ale również nakłada nowe obowiązki na personel pierwszego kontaktu, w skład którego wchodzą również pielęgniarki, położne, rejestratorki medyczne, koordynatorzy czy personel pomocniczy, np. asystenci medyczni. Przykładem takiego działania jest poszerzenie zakresu badań laboratoryjnych wpisanych w program promocji zdrowia pod nazwą „Profilaktyka 40+", realizacja programu przesiewowego chorób układu krążenia czy dbałość o realizację programu szczepień ochronnych wynikającego z kalendarza szczepień dzieci. W najnowszej historii warto zauważyć znaczącą rolę personelu POZ w trakcie działań związanych z walką i zapobieganiem rozpowszechniania się pandemii COVID-19 (diagnostyka, koordynacja, szczepienia przeciw COVID-19), a następnie zmaganie się z falą zdrowotnych powikłań postcovidowych czy z napływem znacznej liczby migrantów jako konsekwencji wojny na Ukrainie.

Wśród najnowszych rozwiązań transformujących polski POZ zauważyć należy działania nastawione na zarządzanie jakością usług wprost zaadaptowane z obszaru lecznictwa szpitalnego. Do końca czerwca 2024 roku każdy podmiot związany umową z NFZ zobowiązany został do posiadania wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, składającego się z konkretnych rozwiązań służących m.in. (Ustawa z 16 czerwca 2023 roku o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta): identyfikacji ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych, zarządzania tym ryzykiem, monitorowania zdarzeń, określenia kryteriów i metod nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem świadczeń, prowadzenia badań opinii pacjentów na podstawie ankiety oraz oceny skuteczności wdrożonych procedur. Odpowiedzialność za wdrożenie i realizację nowych przepisów przerzucono na placówki POZ, które zobowiązane zostały do opracowania dokumentów dotyczących wewnętrznego systemu, zapewniania zasobów i informacji niezbędnych

do właściwego monitorowania jakości i bezpieczeństwa oraz prowadzenia analiz przyczyn zdarzeń niepożądanych. Implementacja takich rozwiązań spotkała się z ostrą krytyką organizacji branżowych skupiających placówki POZ (m.in. Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia), które zwracały uwagę na problemy biurokratyczne oraz dodatkowe obciążenia, szczególnie uciążliwe dla podmiotów o małym potencjale kadrowym.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Personel zatrudniony w podstawowej opiece zdrowotnej, wykonujący swoje zadania zawodowe najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta, odgrywa kluczową rolę w działaniach nie tylko z zakresu medycyny naprawczej, utożsamianej z procesem szeroko rozumianego leczenia, ale również w dziedzinie profilaktyki i promocji zdrowia, które aby były skuteczne, muszą być inicjowane i podtrzymywane na tym właśnie poziomie relacji. To w środowisku zamieszkania możliwe jest bowiem rozwijanie dobrych nawyków prozdrowotnych dla całych populacji.

System ochrony zdrowia na poziomie POZ przechodzi ciągłe modyfikacje, które z punktu widzenia zdrowia publicznego w Polsce uznać należy za użyteczne, ale wymagające dialogu społecznego. Wszelkie działania reformatorskie muszą bowiem uwzględnić kilka fundamentalnych aspektów, bez których pozytywne wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej nie będzie możliwe. Najistotniejszymi są braki personelu medycznego, tak lekarzy jak i pielęgniarek, oraz niekorzystna struktura wiekowa personelu, co w powiązaniu z narastającą biurokratyzacją systemu i dużym obciążeniem pracą powoduje odejście od holistycznego podejścia do pacjenta. Po stronie systemowej wraz z katalogiem nowych uprawnień i obowiązków warto zaimplementować, zweryfikowane w krajach wysokorozwiniętych, mechanizmy stymulujące pozytywną konkurencję oraz motywację do podnoszenia jakości usług oraz poprawy efektywności procesów leczniczych.

Kapitał ludzki musi stać się fundamentem pozytywnej przemiany, ponieważ stanowi jeden z najważniejszych czynników decydujących o sukcesie organizacji, również funkcjonującej w obszarze ochrony

zdrowia. W zmiennym otoczeniu, a za taki należy uznać obszar wielokrotnie reformowanego POZ, liczy się ponadto zdolność do szybkiej adaptacji oraz kreacji nowych rozwiązań. Tak rozumiany potencjał ludzki wpływa nie tylko na osobiste wyniki, ale również na sukces zawodowy i rozwój gospodarczy całego kraju. Warto zatem otoczyć podstawową opiekę zdrowotną odpowiednią legislacją i wsparciem finansowym również dlatego, że działając w skali mikro, ze względu na efekt skali odpowiada za zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego państwa w skali makro.

Zespół ds. opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie POZ, powołany przy Ministerstwie Zdrowia, opublikował w 2016 roku raport, który zawierał m.in., rekomendacje dla dalszego rozwoju POZ w Polsce. Wśród najważniejszych, stale aktualnych wskazań, wymienić należy (Tomasik i in., 2016):

- dbałość o powszechną dostępność do POZ, również w sytuacji braku tytułu ubezpieczeniowego, gdyż pozbawienie osób nieubezpieczonych podstawowej opieki zdrowotnej jest wątpliwe etycznie i nieuzasadnione ekonomicznie z punktu widzenia rozwoju państwa;
- budowę nowoczesnego systemu opartego na instytucji lekarza rodzinnego i współpracującego z nim zespołu profesjonalistów medycznych (lekarz, pielęgniarka, położna jako rdzeń systemu) wraz z innymi profesjonalistami medycznymi i okołomedycznymi dynamicznie rozwijającego się rynku;
- zwiększenie finansowania bez zbędnego biurokratyzowania procedur rozliczeniowych;
- uporządkowanie działań z zakresu prewencji chorób i promocji zdrowia oraz położenie dodatkowego nacisku na przeciwdziałanie chorobom cywilizacyjnym, w tym poprawę sposobu żywienia; aktywność fizyczną; ograniczenie rozpowszechnienia używania alkoholu, tytoniu i innych substancji psychoaktywnych; zapobieganie uzależnieniom behawioralnym; poprawę dobrostanu psychicznego; ograniczenie narażenia na środowiskowe i biologiczne czynniki ryzyka; utrzymanie i poprawę zdrowia osób starszych;
- umożliwienie lekarzowi rodzinnemu realizacji rzeczywistej roli przewodnika pacjenta w systemie i koordynatora opieki oraz zagwarantowanie realnego wpływu na całość procesu diagnostyczno-terapeutycznego;

- prowadzenie dalszych procesów informatyzacji i cyfryzacji POZ wraz ze wsparciem szkoleniowym i finansowym dla tego typu działań, a także rozwijanie systemów zapewnienia wewnętrznej jakości.

Bibliografia

Genowska, A., Grzegorzewska, I., Zalewska, M., & Fryc, J. (2015). Nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej wg statusu społeczno-ekonomicznego. *Hygeia Public Health*, *50*(2), 383–388.

Holecki, T, Raulinajtys-Grzybek, M., Tolarczyk, A., & Panisset, U. (2016). *Evidence brief for policy. Supporting the effectiveness of primary health-care services in Poland*. Warsaw: World Health Organization EVIPNet initiative, 13–17.

Holecki, T., & Bocionek, A. (2013). Rozliczanie świadczeń medycznych udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. *Pielęgniarstwo Polskie*, *1*(47), 42–47.

Holecki, T., & Romaniuk, P. (2015). The oncological package. A new source of concern in Poland's health system. *The Lancet Oncology*, *16*(3), 104.

Jakie są kompetencje położnej POZ (2024). Pozyskano z: https://pacjent.gov.pl/system-opieki-zdrowotnej/jakie-sa-kompetencje-poloznej-poz (dostęp: 27.01.2025).

Masseria, C., Irwin, R., Thomson, S., Gemmill, M., & Mossialos, E. (2009). *Primary care in Europe. Policy brief*. London: The London School of Economics and Political Science.

Oleszczyk, M., Švab, I., Seifert, B., Krztoń-Królewiecka, A., & Windak A. (2012) Family medicine in post-communist Europe needs a boost. Exploring the position of family medicine in health care systems of Central and Eastern Europe and Russia. *BMC Family Practice*, *13*(15). DOI: 10.1186/1471-2296-13-15.

Popławska, A., & Murgrabia, T. (2024). *Nowe przepisy w zakresie medycyny sportowej*. Pozyskano z: https://forumpediatrii.pl/artykul/nowe-przepisy-w-zakresie-medycyny-sportowej (dostęp: 15.01.2025).

Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference (1946), New York, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

Raport Najwyższej Izby Kontroli (2018). *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian, Departament Zdrowia*. Warszawa, nr ewidencyjny 8/2019, 74–103.

Raport Polskiej Izby Ubezpieczeń (2018). *Finansowanie opieki zdrowotnej pracowników*. Warszawa, 15–23.

Sutkowski, M. (2024). Lekarz rodzinny, czyli kto. Pozyskano z: https://www.medexpress.pl/wyszlo-na-zdrowie/lekarz-rodzinny-czyli-kto/ (dostęp: 15.01.2025).

Tomasik, T., Lukas, W. i in. (red.) (2016). Raport zespołu ds. opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie POZ. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia, 9–11.

Urbaniak, M. (2008). Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia. W: M.D. Głowacka, E. Mojs (red.), *Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjne, prawnicze i psychologiczne* (s. 99). Poznań: Wydawnictwo Forum Naukowe.

Włodarczyk, W.C. (1996). Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym. Łódź–Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.

Katarzyna Badora-Musiał
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
https://orcid.org/0000-0002-4920-6742
https://doi.org/10.35765/slowniki.518

Koordynowana opieka zdrowotna

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Termin „koordynacja opieki" jest popularny w literaturze dotyczącej usług zdrowotnych, rzadko bywa jednak wyraźnie scharakteryzowany. Definicje odnoszą się do zróżnicowanego zestawu populacji pacjentów, scenariuszy opieki zdrowotnej i sytuacji organizacyjnych. Różnią się w zależności od celu i odbiorców, ale mają wspólne elementy – zapewnienie ciągłości i spójności opieki zdrowotnej poprzez eliminację jej fragmentaryzacji oraz skoncentrowanie na potrzebach pacjenta.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Koordynowana opieka zdrowotna ewoluowała w odpowiedzi na rosnące koszty usług medycznych i potrzebę poprawy jakości opieki, a na jej rozwój złożyły się różne modele i koncepcje w różnych krajach. Artykuł omawia pionierskie rozwiązania mające na celu integrację systemu opieki, w tym polski model zespołów opieki zdrowotnej z 1973 roku.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Celem rozdziału jest przedstawienie kluczowych wyzwań, jakie stoją przed systemami ochrony zdrowia, zwłaszcza na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Rosnąca złożoność problemów zdrowotnych, charakteryzująca się współwystępowaniem wielu chorób oraz czynników społecznych wpływających na zdrowie, wymaga odejścia od tradycyjnego, fragmentarycznego modelu opieki na rzecz wdrożenia zintegrowanej opieki zdrowotnej, która zapewni kompleksową ocenę potrzeb pacjenta oraz skoordynowane działania różnych specjalistów. Zakłada to zwiększenie aktywności świadczeniodawców w zakresie promocji zdrowia i zapobiegania chorobom.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Zmiany demograficzne, charakteryzujące się szybkim starzeniem się społeczeństwa i wysoką zachorowalnością na choroby przewlekłe, wymagają pilnego wdrożenia innowacyjnych rozwiązań systemowych. Kluczowe jest wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej oraz intensyfikacja działań z zakresu zdrowia publicznego, takich jak profilaktyka i edukacja zdrowotna. Rekomenduje się wprowadzenie modelu opieki koordynowanej, który zakłada m.in. wyznaczenie koordynatora pacjenta odpowiedzialnego za monitorowanie przebiegu leczenia i promowanie badań profilaktycznych. Efektywna opieka wymaga również delegowania części zadań lekarzy na innych pracowników, w szczególności na pielęgniarki. W związku z tym personel medyczny powinien rozwijać kompetencje w zakresie współpracy, komunikacji, wykorzystania technologii cyfrowych, koordynacji opieki oraz wspierania pacjentów w samodzielnym zarządzaniu swoim zdrowiem.

Słowa kluczowe: koordynowana opieka zdrowotna, opieka zintegrowana, podstawowa opieka zdrowotna, profilaktyka, zdrowie publiczne

Definicja pojęcia

Koncepcja opieki koordynowanej jest wciąż rozwijającym się obszarem praktycznym i badawczym, charakteryzującym się dużą różnorodnością definicji i interpretacji. Zwiększająca się liczba zawodów medycznych i specjalizacji, a także rozwój nowych technologii przyczyniły się do znacznego zwiększenia złożoności systemu ochrony zdrowia. Zapewnienie powszechnego dostępu do wysokiej jakości usług medycznych oraz skuteczne zarządzanie zasobami sprawiają, że współpraca i koordynacja różnych podmiotów w sektorze zdrowia stają się nieodzowne.

Opieka koordynowana może być postrzegana zarówno jako ogólna filozofia, która podkreśla znaczenie współpracy między różnymi podmiotami w systemie ochrony zdrowia, jak i jako konkretne rozwiązania organizacyjne, takie jak tworzenie sieci szpitali czy wprowadzanie elektronicznych systemów wymiany informacji. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) koordynacja usług polega na dostosowaniu opieki do potrzeb pacjentów na każdym poziomie świadczeń oraz na wspieraniu integracji różnych dostawców opieki zdrowotnej. Ma na celu tworzenie skutecznych sieci współpracy między sektorem zdrowia a innymi sektorami. Kluczowe dla tej strategii jest przezwyciężenie fragmentacji w świadczeniu opieki, która może utrudniać systemom ochrony zdrowia zapewnienie bezpiecznych, dostępnych, wysokiej jakości oraz kosztowo efektywnych usług, a jednocześnie wpływać pozytywnie na doświadczenia i rezultaty leczenia pacjentów. Obejmuje to także integrację istotnych funkcji zdrowia publicznego, takich jak nadzór, wczesne wykrywanie i szybkie reagowanie w sytuacjach kryzysowych, aby skutecznie radzić sobie z różnorodnymi zagrożeniami (WHO, 2015, s. 30).

Trudności w precyzyjnym określeniu opieki koordynowanej wynikają przede wszystkim z braku jednolitej terminologii. W literaturze przedmiotu można spotkać takie określenia jak: „opieka koordynowana" (*coordinated care*), „opieka zintegrowana" (*integrated care*), „opieka kompleksowa" (*comprehensive care*), „opieka zespołowa" (*collaborative care*), „opieka dzielona" (*shared care*), „opieka międzyośrodkowa" (*transmural care*), „opieka przejściowa" (*transitional care*), „opieka pośrednia" (*intermediate care*), „opieka nad pacjentem z chorobą przewlekłą" czy „opieka permanentna" (*chronic* [*illness*] *care*), „opieka skoncentrowana na pacjencie" (*patient-centred care*), „opieka

ciągła" (*seamless care* lub *continuous care*), „opieka łączona" (*joined--up care*), „zarządzanie chorobą" (*disease management*), „zarządzanie przypadkami" (*case management*), „zintegrowane ścieżki opieki" (*integrated care pathways*) i „zintegrowane sieci dostaw" (*integrated delivery networks*). Ze względu na brak jednoznacznej definicji opieki koordynowanej Kodner i Spreeuwenberg (2002, s. 1) określili tę sytuację „współczesną wieżą Babel" i porównali ją do „testu Rorschacha", wskazując, że każdy badacz przedstawia swoją indywidualną interpretację tego pojęcia. Sami zdefiniowali opiekę zintegrowaną jako spójny zestaw metod i modeli na poziomie finansowania, administracji, organizacji, świadczenia usług i placówki medycznej, zaprojektowany w celu stworzenia łączności, dostosowania i współpracy w ramach sektorów leczenia i opieki oraz między tymi sektorami. Celem takiego podejścia jest poprawa jakości opieki zdrowotnej i jakości życia pacjentów ze złożonymi problemami, ich satysfakcji i wydajności systemu. Wspólnym mianownikiem wymienionych strategii i modeli jest dążenie do zapewnienia ciągłości i spójności opieki zdrowotnej poprzez eliminację jej fragmentaryzacji oraz skoncentrowanie na potrzebach pacjenta. Jest to szczególnie ważne w obliczu rosnących oczekiwań pacjentów, starzejącego się społeczeństwa i wzrostu chorób przewlekłych. Era „starego, dobrego doktora", który sam prowadził pacjenta, minęła. Efektem tego jest wiele nowych modeli świadczenia usług odpowiadających na choroby przewlekłe i wielochorobowość, w tym programy zarządzania chorobami, opieka koordynowana czy wielospecjalistyczna współpraca zespołowa.

Pojęcie integracji/koordynacji w opiece zdrowotnej może odnosić się do różnych poziomów, od indywidualnego pacjenta po populację, oraz do różnych obszarów geograficznych i specjalizacji medycznych. Leutz (1999, s. 84) zaproponował model trzech stopni integracji opieki zdrowotnej. Pierwszy stopień, „połączenie", polega na współpracy między istniejącymi jednostkami w celu zapewnienia ciągłości opieki. Drugi stopień, „koordynacja", obejmuje wymianę informacji i zarządzanie przepływem pacjentów między różnymi jednostkami. Natomiast „pełna integracja", czyli trzeci stopień, oznacza formalne połączenie zasobów i stworzenie nowej organizacji, która zapewnia kompleksową opiekę nad pacjentem, od diagnozy po leczenie i rehabilitację. Zintegrowana opieka zdrowotna jest więc koncepcją szerszą niż opieka koordynowana, choć pojęcia te często stosowane są wymiennie.

Poziom opieki determinuje podział na integrację pionową (wertykalną) i poziomą (horyzontalną). Integracja pionowa opiera się na założeniu, że leczenie chorób odbywa się na różnych, hierarchicznych poziomach specjalizacji (jest to podejście skoncentrowane na chorobie). Obejmuje ona łączenie usług pomiędzy sektorami, na przykład integrację podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) z ambulatoryjną opieką specjalistyczną (AOS) i szpitalną. Integracja pozioma skupia się z kolei na współpracy między organizacjami lub sieciami w systemie ochrony zdrowia. Może obejmować m.in. tworzenie geograficznych sieci dostawców, w ramach których przychodnie współpracują ze sobą. Może także odbywać się w ramach jednej placówki, gdzie jeden wielospecjalistyczny zespół świadczy skoordynowane usługi zdrowotne, a często również społeczne (Heeringa i in., 2020, s. 1). Oba te podejścia mogą być stosowane jednocześnie, aby zapewnić pacjentom kompleksową i ciągłą opiekę.

Świadczenie usług zdrowotnych często wymaga zaangażowania wielu uczestników, takich jak pacjenci, opiekunowie, rodziny, lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, farmaceuci, pracownicy socjalni, specjaliści oraz personel pomocniczy. Wraz ze wzrostem złożoności potrzeb zdrowotnych pacjenta zwiększa się liczba zaangażowanych osób oraz relacji między nimi. Wspólnie, dostarczając swoją specjalistyczną wiedzę i umiejętności, mogą zapewnić kompleksową, spójną i ciągłą odpowiedź na indywidualne potrzeby pacjenta. Aby podejmować właściwe i terminowe decyzje medyczne, uczestnicy procesu opieki powinni dysponować informacjami na temat dostępnych zasobów oraz posiadać wiedzę o doświadczeniu, kompetencjach, planach, relacjach i preferencjach innych zaangażowanych osób, co pozwala na opracowanie efektywnego planu opieki. Kluczowym elementem skutecznej koordynacji jest wymiana informacji dotyczących pacjenta, która umożliwia podejmowanie trafnych decyzji medycznych. Choć metody koordynowania opieki mogą się różnić, ich nadrzędnym celem jest zapewnienie odpowiednich usług zdrowotnych we właściwej kolejności, czasie i środowisku (McDonald i in., 2007, s. 39).

Opieka zintegrowana obejmuje zarówno metody organizacji, finansowania i świadczenia usług zdrowotnych, jak i powiązane cele, takie jak poprawa wyników, doświadczeń pacjentów oraz efektywności wykorzystania zasobów. Badania nad opieką zintegrowaną prowadzone są

z różnych perspektyw – analizuje się ją jako proces organizacyjny i społeczny, jako miarę efektywności systemu opieki zdrowotnej oraz pod kątem jej skutków, w tym wpływu ekonomicznego.

Jedną z typologii, zaproponowaną przez Valentijna w 2013 roku, jest tęczowy model opieki zintegrowanej. Koncepcja ta opiera się na dwóch kluczowych perspektywach: opiece populacyjnej oraz opiece skoncentrowanej na osobie, które stanowią jej fundament. Te zasady przewodnie mają na celu poprawę koordynacji usług w całym spektrum opieki. Funkcje integracyjne opieki podstawowej, takie jak pierwszy kontakt, opieka ciągła, kompleksowa i skoordynowana, są uwzględniane w ramach opieki zintegrowanej. Integracja ta zachodzi na trzech poziomach: makro (systemowym), mezo (organizacyjnym) i mikro (klinicznym). Na poziomie makro integracja systemowa koncentruje się na potrzebach populacji, traktując je jako sumę potrzeb poszczególnych osób i wychodząc z założenia, że rozwiązania korzystne dla jednostki przynoszą również korzyści społeczności jako całości. Takie podejście wymaga jednoczesnej integracji poziomej i pionowej, aby poprawić stan zdrowia i zapewnić dobrostan zarówno jednostek, jak i całych populacji. Na poziomie mezo kluczowe jest podejście populacyjne, które wymaga współpracy między różnymi zawodami i organizacjami, umożliwiając ciągłe, kompleksowe i skoordynowane świadczenie usług dla określonych grup. Z kolei na poziomie mikro integracja kliniczna skupia się na podejściu zorientowanym na osobę, zapewniając ciągłość opieki użytkownikom usług. Pracownicy ochrony zdrowia powinni brać pod uwagę indywidualne potrzeby pacjentów, aby świadczone usługi były dostosowane zarówno poziomo, jak i pionowo do ich oczekiwań i wymagań. W sytuacji, gdy konieczne jest zaangażowanie innych dostawców lub organizacji, integracja może obejmować także poziomy mezo i makro. Integracja funkcjonalna, obejmująca zaplecze administracyjne i wsparcie, takie jak finanse, zarządzanie czy systemy informatyczne, oraz integracja normatywna, odnosząca się do norm społecznych, wartości i wspólnych celów, działają na poziomach mikro, mezo i makro, zapewniając spójność w ramach całego systemu (Valentijn i in., 2013, s. 4). Opieka zintegrowana może wspierać realizację tzw. potrójnego celu (*Triple Aim*), czyli dostarczania lepszej opieki, poprawy zdrowia populacji i obniżenia kosztów. Te trzy cele są równie istotne i wzajemnie ze sobą powiązane (Kokko, 2022, s. 302). Choć model ten został opracowany

w kontekście holenderskiego systemu opieki zdrowotnej, jego podstawowe założenia dotyczące koordynacji opieki i integracji różnych poziomów systemu mogą być z powodzeniem zastosowane w innych krajach. Model ten umożliwia identyfikację obszarów, w których występują luki w opiece, oraz opracowanie strategii mających na celu poprawę jakości i efektywności świadczonych usług.

Analiza historyczna pojęcia

Korzenie współczesnej koordynowanej opieki zdrowotnej sięgają przełomu XIX i XX wieku, kiedy to w Stanach Zjednoczonych duże przedsiębiorstwa, zwłaszcza z sektorów przemysłowych, zaczęły oferować swoim pracownikom kompleksowe świadczenia zdrowotne w zamian za regularne opłaty. Wielki kryzys przyczynił się do rozwoju współpracy między szpitalami, oferującymi wspólny plan ubezpieczeniowy, jak Blue Cross czy nieco później Blue Shield. Alternatywą dla tego modelu był model zintegrowany, zapoczątkowany przez Henry'ego Kaisera w latach 30. XX wieku. Polegał on na ścisłej współpracy szpitali i ubezpieczycieli, zapewniał lepszą koordynację opieki zdrowotnej i kontrolę kosztów. Początkowo skoncentrowany na zdrowiu pracowników, model Kaisera ewoluował w kierunku kompleksowej opieki zdrowotnej dostępnej dla szerszej populacji. Stworzony w 1945 roku system Kaiser Permanente zakłada podział populacji na grupy ryzyka i dostosowanie działań profilaktycznych i leczniczych do potrzeb każdej z nich. Model ten obejmuje cztery poziomy opieki, od promocji zdrowia, poprzez zarządzanie własnym zdrowiem, zarządzanie chorobami, po zarządzanie złożonymi przypadkami (Zabdyr-Jamróz & Badora-Musiał, 2021, s. 227).

Wzrost kosztów usług medycznych w latach 70. XX wieku, w połączeniu z rosnącą świadomością społecznej potrzeby poprawy jakości i dostępności opieki zdrowotnej, doprowadził do rozwoju koncepcji koordynowanej opieki zdrowotnej. Celem tego podejścia było zwiększenie efektywności systemu poprzez lepsze planowanie, koordynację i kontrolę wydatków, a także poprawę jakości świadczonych usług. Wprowadzenie w 1973 roku ustawy o organizacjach zarządzających zdrowiem, czyli HMO (ang. *Health Maintenance Organization Act*), miało pomóc w ograniczeniu rosnących kosztów opieki zdrowotnej w USA. Ustawa

zobowiązała większe firmy do oferowania swoim pracownikom ubezpieczenia zdrowotnego w ramach HMO. Taką nazwę – akcentującą kierowanie czy zarządzanie opieką zdrowotną – otrzymał wówczas model Kaisera, co nadało nowy impuls do jego rozwoju. Nazwa podkreślała znaczenie profilaktyki i zarządzania zdrowiem. Nowe regulacje umożliwiły większą różnorodność modeli HMO, zachowując jednocześnie ich podstawową zasadę – integrację usług medycznych i zarządzania finansami (Zabdyr-Jamróz & Badora-Musiał, 2021, s. 228).

Ewolucja opieki koordynowanej w kolejnych latach doprowadziła do powstania wyspecjalizowanych sieci świadczących usługi medyczne dla pacjentów z określonymi chorobami przewlekłymi, takimi jak cukrzyca czy choroby serca. Nowe modele, znane jako zarządzanie chorobą lub zarządzanie przypadkiem, umożliwiają skuteczniejszą koordynację opieki, optymalizację leczenia i poprawę jakości życia pacjentów.

W Europie natomiast kluczową rolę w rozwoju opieki koordynowanej odegrali Frans Huygen i John Fry. W połowie lat 50. XX wieku, dzięki ich inicjatywie, w Holandii i Wielkiej Brytanii zrewidowano funkcję lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, kładąc nacisk na medycynę rodzinną, kompleksowość oraz ciągłość leczenia, a także zapewnienie szybkiego dostępu do usług medycznych. Doprowadziło to do wniosku, że lekarze POZ nie mogą być jedynymi dostawcami kompleksowej opieki zdrowotnej. W efekcie zaczęto tworzyć zespoły, w skład których wchodzili lekarze POZ różnych specjalizacji, pielęgniarki środowiskowe lub pracujące w przychodniach, a także pracownicy socjalni (Schrijvers, 2017, s. 43).

Istotne jest również uwzględnienie koncepcji integracji usług zdrowotnych, jaka kształtowała się w polskim kontekście. W 1973 roku, w celu usprawnienia zarządzania opieką zdrowotną oraz podniesienia jej jakości, zintegrowano podstawową opiekę zdrowotną (przychodnie rejonowe i ośrodki zdrowia) z ambulatoryjną opieką specjalistyczną (przychodnie obwodowe) oraz szpitalem powiatowym, tworząc jeden twór organizacyjny – zespół opieki zdrowotnej (ZOZ), obejmujący terytorium powiatu (dzielnicy). Reformatorzy liczyli, że taka struktura zwiększy efektywność dzięki konsolidacji administracji, redukcji zbędnych badań, usprawnieniu przepływu pacjentów między placówkami i lepszemu połączeniu usług zdrowotnych oraz socjalnych. Koncepcja ta była uznawana za nowatorską nawet na tle najbardziej rozwiniętych systemów zagranicznych, co potwierdzali międzynarodowi eksperci,

w tym Milton Roemer (Włodarczyk, 2021, s. 124). W praktyce współpraca między przychodniami a szpitalami była ograniczona, podobnie jak powiązania między opieką zdrowotną a pomocą społeczną. Zauważalna była przewaga rozwoju medycyny specjalistycznej oraz niespełnianie przez podstawową opiekę zdrowotną zakładanej roli w systemie. Transformacja ustrojowa po 1989 roku, oprócz rozwoju sektora prywatnego, doprowadziła do likwidacji ZOZ-ów. Ze względu na negatywne skojarzenia z poprzednim systemem, idea integracji opieki zdrowotnej została na długi czas zarzucona przez decydentów.

Ujęcie problemowe pojęcia

Opieka koordynowana populacyjna

W ostatnich latach w Polsce coraz większą uwagę poświęca się potrzebom pacjentów z chorobami przewlekłymi, co zaowocowało opracowaniem i wdrażaniem nowych programów opieki kompleksowej. Z wyjątkiem nielicznych przypadków programy te są zazwyczaj skoncentrowane na konkretnych schorzeniach lub czynnikach ryzyka, takich jak cukrzyca, zawał serca czy otyłość, oraz na wybranych grupach populacji, na przykład osobach z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu. Większość z nich skupia się na opiece specjalistycznej, natomiast niewiele obejmuje działania związane z profilaktyką chorób, promocją zdrowia czy współpracą z innymi sektorami (Sagan i in., 2022, s. 837). Jednak wśród zidentyfikowanych działań pojawiają się także propozycje mające wymiar systemowy. Wprowadzenie opieki koordynowanej do podstawowej opieki zdrowotnej jest właśnie takim przykładem – odpowiada na potrzeby zdrowotne pacjentów z chorobami przewlekłymi o różnym stopniu złożoności, jednocześnie kładąc duży nacisk na profilaktykę chorób na poziomie populacyjnym oraz promocję zdrowia.

W 1978 roku podczas konferencji WHO w Ałma-Acie, stolicy Kazachstanu, podpisano deklarację dotyczącą rozwoju systemu ochrony zdrowia, w której kluczową rolę przypisano właśnie podstawowej opiece zdrowotnej. Miało to umożliwić realizację globalnej misji ONZ „zdrowie dla wszystkich". Czterdzieści lat później, w 2018 roku, deklaracja ta została odnowiona, podkreślając znaczenie POZ jako głównego filaru

zapewniającego realizację bardziej sprecyzowanego celu ONZ, jakim jest „powszechny dostęp do uniwersalnej opieki zdrowotnej". Podstawowa opieka zdrowotna, skoncentrowana na zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych zarówno jednostek, jak i całych społeczności, a nie wyłącznie na leczeniu chorób, stanowi kluczowy element opieki koordynowanej. Najlepsze rezultaty można osiągnąć poprzez optymalizację głównych jej funkcji. Najbardziej widoczna z nich, czyli funkcja „pierwszego kontaktu", zapewnia podstawowej opiece zdrowotnej centralną pozycję w systemie ochrony zdrowia. Oznacza ona możliwość bezpośredniego dostępu do opieki ambulatoryjnej w przypadku każdego nowego problemu zdrowotnego, w dowolnym momencie i w bliskiej odległości od jej użytkowników. Druga funkcja – „ciągłość" – polega na zapewnieniu spójnej opieki, dostosowanej do potrzeb i preferencji pacjentów, co czyni ich osobiste doświadczenia niezwykle istotnymi. Trzecia funkcja, „kompleksowość", obejmuje szeroki zakres usług dopasowanych do potrzeb danej populacji. Usługi te obejmują opiekę leczniczą, rehabilitacyjną i wspomagającą, a także promocję zdrowia i zapobieganie chorobom. Czwarta funkcja, czyli „koordynacja", dotyczy kierowania pacjentów zarówno w ramach poziomej, jak i pionowej struktury opieki, gdy wymagają oni usług od innych dostawców. Wszystkie te elementy wspólnie nadają podstawowej opiece zdrowotnej kluczową rolę w organizowaniu i integrowaniu opieki (Valentijn i in., 2013, s. 3).

Od niemal pół wieku podstawowa opieka zdrowotna rozwija się więc w taki sposób, aby nie tylko leczyć, ale również zapobiegać chorobom. Zdrowie publiczne stało się integralną częścią działalności lekarzy rodzinnych (Golinowska i in., 2022, s. 893). Pomimo jasno sformułowanych zaleceń dotyczących wzmocnienia roli podstawowej opieki zdrowotnej, zawartych we wspomnianej deklaracji, wiele krajów wciąż boryka się z problemami w tym zakresie. Liczne badania naukowe potwierdzają, że inwestycja w rozwój podstawowej opieki zdrowotnej przynosi wymierne korzyści dla zdrowia publicznego, takie jak zmniejszenie liczby hospitalizacji, skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia oraz poprawa jakości życia pacjentów. Wzmocnienie roli POZ jest więc kluczowym elementem w budowaniu efektywnych i sprawiedliwych systemów ochrony zdrowia.

W Polsce nadal występują istotne braki w zakresie świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, co znajduje odzwierciedlenie w wysokich wskaźnikach hospitalizacji

z powodu schorzeń, które mogłyby być skutecznie leczone w warunkach ambulatoryjnych. Wskaźniki te należą do jednych z najwyższych w Unii Europejskiej. Szczególnie niekorzystnie wypada wskaźnik hospitalizacji z powodu zastoinowej niewydolności serca u dorosłych, wynoszący 615 przypadków na 100 tys. osób, podczas gdy średnia dla OECD wynosi 220. Dodatkowo, Polacy relatywnie słabo oceniają swój stan zdrowia – 12,8% osób powyżej 15. roku życia określa go jako zły lub bardzo zły, co znacząco przewyższa średnią OECD wynoszącą 8,5%. Doświadczenia polskich pacjentów z opieki ambulatoryjnej, zwłaszcza podstawowej, chociaż poprawiły się w ciągu ostatniej dekady, nadal odbiegają od średniej OECD – jedynie 70% Polaków uważa, że lekarz poświęca im wystarczająco dużo czasu podczas konsultacji (w porównaniu z 81,7% dla krajów OECD), 79% twierdzi, że lekarz udziela łatwych do zrozumienia wyjaśnień (w porównaniu z 91,1%), a 61,5% deklaruje, że lekarz włącza ich w decyzje dotyczące opieki i leczenia (w porównaniu z 83,8%; OECD, 2022, s. 149). Takie wskaźniki odbiegają od jednego z głównych celów opieki koordynowanej, jakim jest aktywne zaangażowanie pacjenta w proces leczenia.

Analizy przeprowadzone przez Najwyższą Izbę Kontroli przed uchwaleniem w 2017 roku ustawy o POZ wykazały poważne braki w zakresie świadczenia usług profilaktycznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Niska jakość i dostępność świadczeń profilaktycznych były sygnałem alarmowym, wskazującym na konieczność podjęcia pilnych działań mających na celu poprawę stanu zdrowia Polaków (Badora-Musiał i in., 2021, s. 185). Rozwiązaniem tych problemów miała być wskazana w ustawie koordynacja w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Jednym z pomysłów na zwiększenie skuteczności działań profilaktycznych jest bowiem włączenie do zespołu POZ koordynatorów, którzy – poza rejestracją pacjentów i przypominaniem o terminach wizyt – mogliby identyfikować osoby potencjalnie zainteresowane udziałem w programach profilaktycznych. Koordynatorzy monitorowaliby również efekty tych programów oraz raportowali osiągane wśród objętej nimi populacji wyniki zdrowotne. Funkcjonowanie takiego rozwiązania było testowane w ramach pilotażu POZ PLUS, realizowanego od lipca 2018 do września 2021 roku, a następnie stopniowo implementowane, przy czym część tych rozwiązań jest wdrażana na zasadzie dobrowolności (Golinowska i in., 2022, s. 895).

W ramach POZ PLUS przeprowadzono szczegółową ocenę stanu zdrowia ponad 70 tys. pacjentów, którzy zostali podzieleni na cztery grupy ryzyka zdrowotnego: osoby zdrowe (do tej grupy zaklasyfikowano 14% osób), osoby z czynnikami ryzyka (39%), osoby z chorobami przewlekłymi w stabilnym stanie (38%) oraz osoby z chorobami przewlekłymi wymagającymi intensywnej opieki (9%; Bank Światowy, 2021, s. 13). Wykazano, że zdecydowana większość pacjentów może otrzymywać odpowiednie leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, co wpisuje się w obecny trend polegający na odwracaniu piramidy świadczeń.

Zakres opieki koordynowanej obejmuje aktualnie pacjentów z najczęściej występującymi w Polsce chorobami przewlekłymi, takimi jak choroby układu krążenia, cukrzyca, choroby płuc, tarczycy i nerek. Daje im dostęp do szerszego zakresu świadczeń, w tym badań diagnostycznych, konsultacji ze specjalistami, porad dietetycznych oraz edukacji zdrowotnej. Indywidualny plan opieki medycznej (IPOM), opracowany dla każdego pacjenta, pozwala na dostosowanie świadczeń do jego własnych potrzeb i zwiększa efektywność leczenia. Koordynowana opieka zdrowotna redefiniuje rolę lekarza rodzinnego, czyniąc go menedżerem zdrowia pacjenta. Pozwala to na lepsze zarządzanie procesem leczenia, zapewnienie ciągłości opieki oraz dostęp do niezbędnych świadczeń. Każdemu pacjentowi objętemu opieką koordynowaną przypisany jest także koordynator, który odgrywa rolę osobistego asystenta w sprawach zdrowotnych. Koordynator odpowiada za planowanie i organizację wszystkich etapów procesu leczenia, w tym umawianie wizyt, badań oraz konsultacji ze specjalistami, sprawuje także nadzór nad kompletnością dokumentacji medycznej.

Ustawa regulująca funkcjonowanie POZ jasno określa, że opieka koordynowana to nie tylko leczenie, ale także profilaktyka. Działania profilaktyczne są dostosowywane zarówno do indywidualnych potrzeb pacjentów, jak i do potrzeb całej populacji. W ramach POZ realizowane są programy przesiewowe, które są skierowane do różnych grup wiekowych i obejmują szeroki wachlarz schorzeń. Pacjenci POZ mogą korzystać m.in. z badań w kierunku raka szyjki macicy, chorób sercowo-naczyniowych, gruźlicy oraz przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Osoby powyżej 20. roku życia mają dostęp do pakietu diagnostycznego, który pozwala na wczesne wykrycie wielu schorzeń (Golinowska i in., 2022, s. 895).

Uwzględniając nową rolę podstawowej opieki zdrowotnej, przewidziano dodatkowe – obok stawki kapitacyjnej – środki w umowach na

realizację świadczeń POZ. Obejmują one finansowanie koordynacji opieki nad pacjentem, w tym zatrudnienie koordynatora (budżet powierzony), realizację profilaktycznej opieki zdrowotnej (opłata zadaniowa) oraz wsparcie osiągania oczekiwanych efektów zdrowotnych i jakości świadczeń (dodatek motywacyjny).

Wyzwania stojące przed opieką koordynowaną

Przegląd 67 badań dotyczących opieki koordynowanej, opublikowanych w latach 2006–2016, wykazał znaczną poprawę wyników zdrowotnych dzięki wdrożeniu takiego modelu. Opieka koordynowana przynosi szczególne korzyści pacjentom z wieloma potrzebami zdrowotnymi oraz osobom w podeszłym wieku. Przykładowo badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii i we Włoszech potwierdziły, że programy opieki ukierunkowane na konkretne choroby, takie jak niewydolność serca czy cukrzyca typu 2, przyczyniają się do poprawy parametrów zdrowotnych, zmniejszenia liczby hospitalizacji i ich czasu trwania. Inne analizy wykazały nawet 33-procentową redukcję bólu i dyskomfortu u pacjentów objętych opieką koordynowaną, podczas gdy w grupie kontrolnej nie zaobserwowano takich zmian. Wielonarodowe badanie przeprowadzone w Hiszpanii i Belgii dowiodło, że ten model opieki skuteczniej zmniejsza liczbę zaostrzeń przewlekłej obturacyjnej choroby płuc niż tradycyjna opieka. Po roku realizacji programu zaobserwowano 18-procentowe zmniejszenie liczby ponownych hospitalizacji wśród uczestników (Bank Światowy, 2021, s. 27).

W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera podstawowa opieka zdrowotna, której rola uległa zasadniczej przemianie na przestrzeni ostatniego wieku. Z funkcji ograniczonej do podstawowych zadań na najniższym szczeblu, stała się centralnym elementem zintegrowanego i skoncentrowanego na potrzebach pacjenta systemu opieki. Na konieczność tych zmian wpływają rosnące oczekiwania pacjentów, transformacja demograficzna i wzrost liczby chorób przewlekłych.

Podobnie jak wiele innych krajów, w Polsce obserwuje się zjawisko starzenia się społeczeństwa, jednak proces ten przebiega znacznie szybciej niż w większości państw Europy – już za kilkanaście lat osoby w wieku senioralnym będą stanowić jedną trzecią populacji. Dodatkowo,

osoby starsze w naszym kraju charakteryzują się gorszym stanem zdrowia (oczekiwana długość życia w zdrowiu w wieku 65 lat jest o rok krótsza niż średnia Unii Europejskiej, natomiast aż 60% seniorów cierpi na co najmniej dwie choroby przewlekłe – pod tym względem w Europie jedynie Węgrzy mają gorsze wyniki). W obliczu zwiększonego zapotrzebowania na usługi medyczne, pielęgnacyjne i społeczne tradycyjne modele opieki zdrowotnej nie są w stanie sprostać aktualnym wyzwaniom. System opieki zdrowotnej wymaga dostosowania do nowych realiów. Rozwija się więc podejście wielodyscyplinarne, koncentrujące się na indywidualnych potrzebach pacjentów. Dostawcy usług medycznych powinni aktywnie angażować się w opiekę obejmującą profilaktykę, diagnozę, edukację oraz wsparcie. Taki model z pewnością będzie wiązał się ze wzrostem zapotrzebowania na personel medyczny, którego już teraz brakuje. Rozwiązaniem może być przekazanie części obowiązków lekarzy innym pracownikom ochrony zdrowia oraz wprowadzanie do systemu nowych zawodów medycznych i okołomedycznych (jak na przykład koordynator). Konieczne staje się zdobycie nowych kwalifikacji i rozwinięcie kompetencji, takich jak efektywna współpraca i komunikacja między podmiotami świadczącymi opiekę, umiejętność korzystania z narzędzi cyfrowych w medycynie, sprawna koordynacja opieki oraz zapewnienie płynności w przekazywaniu pacjentów pomiędzy różnymi poziomami systemu. Istotne jest także wspieranie pacjentów w rozwijaniu umiejętności samoopieki i podejmowaniu świadomych decyzji zdrowotnych. Warto przy tym jednak uwzględnić ryzyko konfliktów między specjalistami medycznymi, starającymi się utrzymać swoją uprzywilejowaną pozycję.

Wprowadzenie modelu koordynacji, mimo wielu zalet, napotyka także na określone trudności zarówno w sferze organizacyjnej, jak i zawodowej. Jednym z głównych wyzwań jest stopniowe ograniczanie dominującej roli lekarzy poprzez wzmocnienie pozycji pielęgniarek, które jednak nie zawsze są gotowe na przyjęcie większej odpowiedzialności. Poza konfliktami wynikającymi z relacji zawodowych, trudności we wdrażaniu opieki koordynowanej mają również wymiar systemowy. Idea koordynacji opieki opiera się na dwóch podstawowych filarach: z jednej strony na łączeniu różnych etapów i elementów procesu zaspokajania potrzeb zdrowotnych, a z drugiej – na powiązaniu działań promujących zdrowie z mechanizmami finansowania świadczeń. Podczas gdy pierwszy model jest powszechnie akceptowany i opiera się na efektywnym zarządzaniu oraz współpracy

specjalistów z różnych dziedzin, drugi – stosowany m.in. w amerykańskich HMO – budzi więcej kontrowersji. Wynika to z faktu, że często prowadzi do rywalizacji między płatnikami, co utrudnia jego praktyczne wdrożenie.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Opieka koordynowana nie stanowi rewolucji w systemie ochrony zdrowia, ale bez wątpienia rewolucjonizuje podejście do świadczenia usług medycznych. Nie jest to chwilowy trend, który ustąpi miejsca nowym koncepcjom zarządzania w opiece zdrowotnej. Jest to odpowiedź na współczesne potrzeby i wyzwania, przynosząca korzyści zarówno pacjentom, świadczeniodawcom, jak i – w dłuższej perspektywie – płatnikom systemu (Owczarczyk, 2023, s. 22).

W obliczu dynamicznych zmian technologicznych w medycynie skuteczna koordynacja staje się niezbędnym elementem reform. Postęp technologiczny otwiera bowiem nowe możliwości przenoszenia zadań z personelu medycznego, a nawet z pacjentów i ich opiekunów, na zaawansowane urządzenia.

Bibliografia

Badora-Musiał, K., Sagan, A., Domagała, A., & Kowalska-Bobko, I. (2021). Testing the 2017 PHC reform through pilots. Strengthening prevention and chronic care coordination. *Health Policy*, *125*(2), 185–190. DOI: 10.1016/j.healthpol.2020.10.014

Bank Światowy (2021). *Rozwój podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. Ocena POZ PLUS*. Pozyskano z: https://koordynowana.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2022/05/12-Rozwoj-podstawowej-opieki-zdrowotnej-w-Polsce-ocena-POZ-PLUS.pdf (dostęp: 24.01.2025).

Golinowska, S., Badora-Musiał, K., & Kowalska-Bobko, I. (2022). Instytucje zdrowia publicznego – funkcje i rodzaje. W: S. Golinowska (red.), *Zdrowie publiczne: wymiar społeczny i ekologiczny* (s. 882–900). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Heeringa, J., Mutti, A., Furukawa, M.F., Lechner, A., Maurer, K.A., & Rich, E. (2020). Horizontal and Vertical Integration of Health Care Providers. A Framework for Understanding Various Provider

Organizational Structures. *International Journal of Integrated Care*, *20*(1), 2. DOI: 10.5334/ijic.4635

Kodner, D.L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care. Meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, *2*, e12. DOI: 10.5334/ijic.67

Kokko, P. (2022). Improving the value of healthcare systems using the Triple Aim framework: A systematic literature review. *Health Policy*, *126*(4), 302–309. DOI: 10.1016/j.healthpol.2022.02.005

Leutz, W.N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quaterly*, *77*(1), 77–110, IV–V. DOI: 10.1111/1468-0009.00125

McDonald, K.M., Sundaram, V., & Bravata, D.M. (2007). Closing the Quality Gap. A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (vol. 7: Care Coordination) (*Technical Reviews*, No. 9.7.). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. Pozyskano z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44012/ (dostęp: 24.01.2025).

OECD (2022). *Health at a Glance: Europe 2022. State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. DOI: 10.1787/507433b0-en

Owczarczyk, A. (2023). Koordynowana i zintegrowana opieka zdrowotna – co warto wiedzieć. W: M. Bogdan, S. Karczmarz, A. Owczarczyk, A. Prusaczyk, & P. Żuk (red.), *Koordynowana opieka zdrowotna w praktyce od POZ do POZ+* (s. 21–46). Warszawa: Wolters Kluwer.

Sagan, A., Kowalska-Bobko, I., Badora-Musiał, K., & Gałązka-Sobotka, M. (2022). A reform proposal from 2019 aims to improve coordination of health services in Poland by strengthening the role of the counties. *Health Reform Monitor*, *126*(9), 837–843. DOI: 10.1016/j.healthpol.2022.06.006

Schrijvers, G. (2017). *Opieka koordynowana. Lepiej i taniej. Wybór ponad 100 dobrych praktyk koordynowanej opieki zdrowotnej*. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Valentijn, P.P., Schepman, S.M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M.A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, *13*, e010. DOI: 10.5334/ijic.886

WHO (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report*. Pozyskano z: https://iris.who.int/handle/10665/155002 (dostęp: 24.01.2025).

Włodarczyk, W.C. (2021). *Systemy zdrowotne*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Zabdyr-Jamróz, M., Badora-Musiał, K. (2021). Stany Zjednoczone Ameryki. W: W.C. Włodarczyk (red.), *Systemy zdrowotne* (s. 219–247). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Estera Wieczorek
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
https://orcid.org/0000-0003-4013-7493
https://doi.org/10.35765/slowniki.544

Opieka przejściowa

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Opiekę przejściową można zdefiniować jako „zestaw działań mających na celu zapewnienie koordynacji (ang. *care coordination*) i ciągłości opieki (ang. *care continuity*) zdrowotnej, gdy pacjenci przenoszą się między różnymi lokalizacjami lub poziomami opieki w obrębie tej samej lokalizacji. Przykładowe lokalizacje obejmują (ale nie ograniczają się do) szpitali, ośrodków opieki, domu pacjenta, gabinetów podstawowej i specjalistycznej opieki oraz placówek opieki długoterminowej".

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Opieka przejściowa (ang. *transitional care*) to stosunkowo nowy termin, który zyskał na znaczeniu w latach 90. XX wieku, gdy zwrócono uwagę na problemy w systemie ochrony zdrowia związane z ciągłością opieki (ang. *continuity of care*). Mimo rosnącej popularności pojęcie opieki przejściowej wciąż pozostaje mało znane zarówno w Polsce, jak i w wielu innych częściach świata.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Przejścia pacjentów między różnymi poziomami opieki są nieodłącznym elementem systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej, zwłaszcza w przypadku osób starszych. Tradycyjny model świadczenia opieki charakteryzuje się wysoką nieefektywnością, fragmentacją usług oraz nieoptymalną opieką przejściową. Niska jakość świadczeń w ramach opieki przejściowej może skutkować obniżeniem poziomu bezpieczeństwa pacjentów, pogorszeniem stanu ich zdrowia i uzyskiwanych wyników zdrowotnych, ponownymi hospitalizacjami i zwiększonymi kosztami dla systemu opieki zdrowotnej.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Zrozumienie, które z organizacyjnych oraz finansowych aspektów są

istotne w ramach opieki przejściowej, ma kluczowe znaczenie dla opracowania dostosowanych strategii i optymalizacji opieki przejściowej. Rozwiązania, które mogą poprawić jakość przejść, w dużej mierze opierają się na koordynacji oraz integracji opieki. Odejście od tradycyjnego modelu świadczenia opieki na rzecz modelu opieki zintegrowanej jest możliwe i wdrażane w niektórych miejscach na świecie. Starzejące się społeczeństwo oraz rosnąca liczba osób z chorobami przewlekłymi stanowią kluczowe przesłanki do wdrożenia opieki zintegrowanej także w Polsce.

Słowa kluczowe: opieka przejściowa, opieka zintegrowana, opieka koordynowana, ciągłość opieki, osoby starsze

Definicja pojęcia

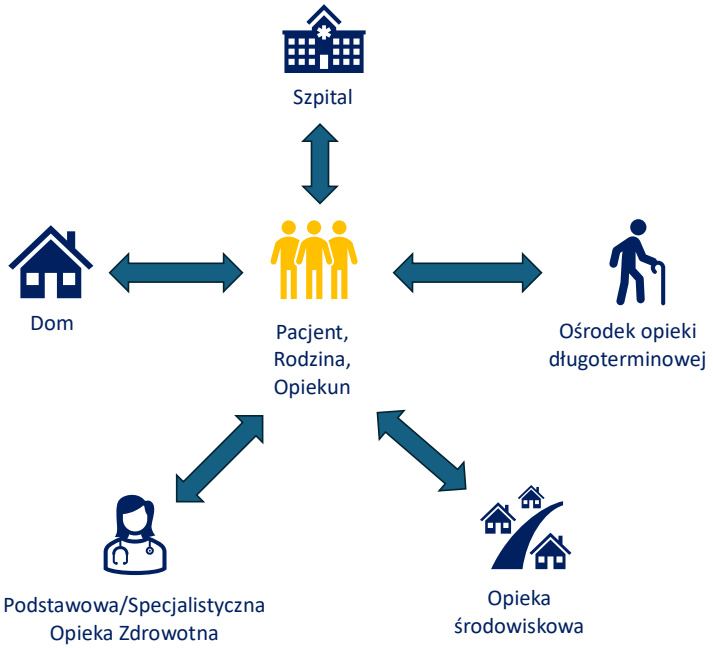
Prawie każda osoba, która choć raz korzystała ze świadczeń systemu ochrony zdrowia lub opieki społecznej, doświadczyła także zmiany miejsca świadczenia opieki, czyli tzw. przejścia między różnymi poziomami lub formami opieki. Ściśle powiązana z tymi zmianami w świadczeniu opieki jest opieka przejściowa (ang. *transitional care*). Nie ma jednolitej definicji tego pojęcia. Niemniej jednak, zgodnie z oświadczeniem Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego z 2003 roku, opiekę przejściową można zdefiniować jako

> zestaw działań mających na celu zapewnienie koordynacji (ang. *care coordination*) i ciągłości opieki (ang. *care continuity*) zdrowotnej, gdy pacjenci przenoszą się między różnymi ośrodkami lub poziomami opieki w obrębie tej samej placówki. Przykładowe ośrodki obejmują (ale nie ograniczają się) do szpitali, ośrodków opieki, domu pacjenta, gabinetów podstawowej i specjalistycznej opieki oraz placówek opieki długoterminowej (Coleman, Boult, & American Geriatrics Society Health Care Systems Committee, 2003, s. 556).

W języku angielskim często używane pojęcia związane z opieką przejściową to *care transition* oraz *transitional care*. W swobodnym tłumaczeniu na język polski oba terminy wydają się mieć podobne znaczenie, jednak w języku angielskim różnią się one od siebie i mają odmienny sens. Aby lepiej zrozumieć, czym jest opieka przejściowa, oraz poznać różnice między wspomnianymi pojęciami, warto zapoznać się z ich definicjami.

Zmiana miejsca świadczenia opieki (przejście) (ang. *care transition*) ma miejsce, gdy pacjent zmienia miejsce świadczenia opieki z jednego ośrodka opieki (np. szpitala) na drugi (np. dom) lub zmienia miejsce w obrębie tego samego ośrodka, na przykład przenosi się na inny oddział szpitalny. Możliwości przejść między ośrodkami opieki jest wiele i nie ograniczają się one wyłącznie do wypisania pacjenta ze szpitala i jego powrotu do domu (WHO, 2016). Jednym z najbardziej obrazowych przykładów jest okres rehabilitacji po ciężkich urazach lub interwencjach kardiologicznych, kiedy pacjent po pobycie w szpitalu korzysta z rehabilitacji prowadzonej przez innych specjalistów. Tak naprawdę lista miejsc oraz możliwych przejść jest bardzo długa – niektóre z nich zostały przedstawione na rysunku 1.

Rysunek 1. Przykłady możliwych zmian miejsca świadczenia opieki



Opracowanie własne na podstawie: Coleman, Boult, & American Geriatrics Society Health Care Systems Committee, 2003.

Pacjent może na przykład przechodzić z domu do ośrodka opieki długoterminowej lub z ośrodka opieki długoterminowej do domu. Wyobraźmy sobie, że każdy ośrodek opieki lub oddział to punkt początkowy albo końcowy, a to, co dzieje się od momentu poprzedzającego wypisanie ze szpitala aż do chwili, gdy pacjent znajdzie się w nowym miejscu opieki i poczuje się tam pewnie, nazywamy zmianą miejsca świadczenia opieki (ang. *care transition*). W niektórych przypadkach przejścia pacjentów między różnymi ośrodkami opieki są uzasadnione. Niemniej jednak zdarzają się również sytuacje, których należy unikać, jeśli jest to możliwe (WHO, 2016). Na przykład niektórzy pacjenci mogą zostać hospitalizowani, choć można by tego uniknąć, gdyby opieka na innym poziomie (np. w ramach podstawowej opieki zdrowotnej) była wysokiej jakości i odpowiednio monitorowała ich stan zdrowia. Niska jakość świadczeń w ramach opieki przejściowej, niepotrzebne przesunięcia pacjentów w inne miejsca świadczenia opieki, ale też zaniechanie

potrzebnych zmian tych miejsc mogą skutkować obniżeniem poziomu bezpieczeństwa pacjentów, pogorszeniem stanu ich zdrowia i uzyskiwanych wyników zdrowotnych, ponownymi hospitalizacjami i zwiększonymi kosztami dla systemu opieki zdrowotnej (Coleman, 2003). Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) (2016) kraje powinny dążyć do unikania niepotrzebnych przejść pacjentów oraz do poprawy jakości tych, które są uzasadnione. Założenia te stanowią istotę optymalizacji opieki przejściowej. Z tego względu optymalizacja opieki przejściowej, a w szczególności poprawa jakości usług zdrowotnych i bezpieczeństwa pacjentów, została uznana za priorytetowy cel polityk zdrowotnych.

Analiza historyczna pojęcia

Pacjenci doświadczali zmian miejsca świadczenia opieki już od XVII–XVIII wieku. Było to związane nie tylko z początkiem specjalizacji medycznych, ale także z powstawaniem placówek posiadających oddzielne oddziały, np. dla pacjentów zakaźnie chorych czy kobiet w ciąży. W XIX wieku rozwój nowoczesnych, wielodziałowych szpitali dodatkowo zwiększył częstotliwość przejść pacjentów między różnymi jednostkami opieki. Natomiast w połowie XX wieku zaczęły powstawać programy opieki domowej i społecznej, które stworzyły fundamenty dla współczesnych modeli opieki przejściowej. Opieka przejściowa (ang. *transitional care*) jest stosunkowo nowym terminem, który zyskał na znaczeniu w latach 90. XX wieku, gdy zwrócono uwagę na problemy w systemie ochrony zdrowia związane z ciągłością opieki (ang. *continuity of care*). Już w latach 80. zaczęły pojawiać się badania wykazujące, że źle zarządzane zmiany miejsca świadczenia opieki (przejścia) pacjentów prowadzą do błędów w leczeniu (ang. *medical errors*), pogorszenia stanu zdrowia oraz niezadowolenia pacjentów (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2001).

Niemniej jednak temat opieki przejściowej stał się bardziej popularny dopiero w latach 2000., co wiązało się z rozwojem opieki zdrowotnej opartej na wartości (ang. *value-based healthcare*) oraz opieki skoncentrowanej na pacjencie (ang. *patient-centred care*). Opieka zdrowotna oparta na wartości to model organizacji systemu ochrony zdrowia, którego celem jest maksymalizacja wartości dla pacjenta przy

jednoczesnym efektywnym wykorzystaniu zasobów. Model ten promuje kompleksową i skoordynowaną opiekę nad pacjentem, dążąc przy tym do zmniejszenia fragmentacji i marnotrawstwa zasobów. Z kolei o p i e k a s k o n c e n t r o w a n a n a p a c j e n c i e to podejście do ochrony zdrowia, w którym pacjent i jego potrzeby znajdują się w centrum procesu leczenia. W tym podejściu kluczową rolę odgrywa również koordynacja opieki (Amelung i in., 2017).

Na początku pojęcie opieki przejściowej było szeroko debatowane głównie w Stanach Zjednoczonych (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2001). Prawie wszystkie publikacje dotyczące tego zagadnienia, które ukazywały się w tamtym okresie, pochodziły właśnie z tego kraju. Jednak w ciągu ostatnich 20 lat liczba badań nad opieką przejściową znacznie wzrosła. Obecnie najwięcej publikacji na ten temat pochodzi z krajów o wysoko rozwiniętych gospodarkach, takich jak wspomniane wcześniej Stany Zjednoczone, a także Wielka Brytania, Australia i Kanada. Natomiast w krajach o rynkach wschodzących oraz w państwach najsłabiej rozwiniętych temat opieki przejściowej jest rzadko poruszany w publikacjach naukowych (Wieczorek i in., 2022b).

Mimo rosnącej popularności pojęcie opieki przejściowej wciąż pozostaje mało znane zarówno w Polsce, jak i w wielu innych częściach świata (Wieczorek i in., 2022b). Ponadto rzadko pojawia się w debatach na temat systemu ochrony zdrowia. Termin „opieka przejściowa" często bywa mylony z innymi koncepcjami o zupełnie odmiennym znaczeniu. Na przykład jest błędnie utożsamiany z etapami przejściowymi w rozwoju człowieka, takimi jak okres przejściowy między dzieciństwem a dorosłością. Dodatkowo niektórzy kojarzą opiekę przejściową wyłącznie z transportem pacjenta z jednego ośrodka do drugiego. Chociaż fizyczne przemieszczanie się między ośrodkami opieki lub w ich obrębie jest częścią opieki przejściowej, stanowi ono jedynie jej niewielki element.

W ostatnich latach w Polsce opieka przejściowa nabiera coraz większego znaczenia w systemie ochrony zdrowia. Przykładem mogą być rozwijające się programy opieki koordynowanej (ang. *coordinated care*), wdrażane na różnych poziomach opieki, w tym w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (Sowada i in., 2019). Niestety temat ten w znacznie mniejszym stopniu pojawia się w dyskusjach dotyczących systemu pomocy społecznej, pozostając na jego marginesie.

Ujęcie problemowe pojęcia

Istnieje wiele powodów, dla których pacjenci doświadczają zmiany miejsca świadczenia opieki (Coleman i in., 2004). Jednym z najbardziej oczywistych jest zmiana stanu zdrowia (jego pogorszenie lub poprawa), co może skutkować przejściem pacjenta na przykład z domu do podstawowej opieki zdrowotnej lub w przeciwnym kierunku. Niemniej jednak nowa diagnoza oraz nowe leczenie również mogą być powodem, dla którego pacjent musi przemieścić się w obrębie ośrodka lub pomiędzy ośrodkami. Dodatkową kwestią jest zmiana statusu funkcjonalnego (ang. *functional status*) oraz wystąpienie niesamodzielności (ang. *dependency*) u pacjenta. Często te dwa aspekty są związane z potrzebą wsparcia w czynnościach dnia codziennego (ang. *activities of daily living*), takich jak spożywanie posiłków, ubieranie się, kąpiel, korzystanie z toalety itp. (Coleman i in., 2004). W tym przypadku pacjent może doświadczyć przejścia nie tylko w ramach ośrodków systemu opieki zdrowotnej, ale także pomiędzy ośrodkami różnych systemów – opieki zdrowotnej oraz opieki społecznej. Przykładem takiego przejścia może być pacjent, który był hospitalizowany i ze szpitala zostaje wypisany do ośrodka opieki długoterminowej, takiego jak dom pomocy społecznej. Jeśli te dwa systemy nie są skoordynowane, tak jak ma to miejsce w Polsce oraz w większości państw na świecie, to przejścia pacjenta są obciążone dodatkowym ryzykiem niepowodzenia (Sowada i in., 2019; WHO, 2016). Ponadto wyróżnia się także czynniki wykraczające poza uwarunkowania kliniczne, które mogą mieć wpływ na przejścia pacjentów pomiędzy ośrodkami opieki. Do tych czynników możemy zaliczyć (nie)dostosowanie miejsca zamieszkania pacjenta (jego czystość, lokalizację i ogólne przystosowanie, np. wyposażenie w specjalne uchwyty, schodołazy, podnośniki itp). Dodatkowo istotnym czynnikiem jest także dostępność wsparcia ze strony opiekunów i rodziny oraz możliwość uzyskania leków, opieki zdrowotnej i usług socjalnych (Coleman i in., 2004).

Opieka przejściowa – osoby starsze oraz opiekunowie nieformalni

Przejścia w obrębie systemu ochrony zdrowia stanowią nieodłączny element ścieżki pacjenta (ang. *patient's journey*) przez ten system. Często zdarza się, że leczenie danej jednostki chorobowej lub schorzenia wymaga konsultacji z więcej niż jednym świadczeniodawcą opieki zdrowotnej jednocześnie (WHO, 2016). Osoby starsze częściej niż inni doświadczają zmian miejsca świadczenia opieki (Coleman, 2003). Wiąże się to z wyższym występowaniem u tej grupy chorób przewlekłych, współchorobowości (ang. *co-morbidity*), wielochorobowości (ang. *multimorbidity*) oraz niesamodzielności. Ponadto wraz z wiekiem u ludzi zmniejsza się sprawność fizyczna oraz umysłowa, co ma swoje odzwierciedlenie w liczbie osób potrzebujących wsparcia ze strony innych oraz opieki długoterminowej. Z powyższych powodów osoby starsze częściej korzystają z usług opieki zdrowotnej i społecznej. Co więcej, często wymagają opieki ze strony wielu świadczeniodawców jednocześnie, dlatego też częściej doświadczają zmiany miejsca świadczenia opieki pomiędzy systemami lub w obrębie jednego systemu (Coleman, 2003). Przejścia te obarczone są wysokim ryzykiem niepowodzeń ze względu na stan zdrowotny oraz funkcjonalny pacjenta. Badania naukowe jednoznacznie wskazują, że to właśnie u osób starszych zmiany miejsca świadczenia opieki są najbardziej narażone na niską jakość (Coleman, 2003; Naylor i in., 2004). Dlatego też grupa ta powinna być objęta szczególną uwagą ze strony świadczeniodawców. Istotną rolę w opiece przejściowej starszego pacjenta odgrywa jego opiekun nieformalny, czyli osoba z bliskiego otoczenia, często członek rodziny, który sprawuje opiekę nad osobą z niesamodzielnością (Hahn-Goldberg i in., 2018; Wieczorek i in., 2022). Osoba ta nie jest zawodowym opiekunem medycznym, ale pomaga pacjentowi w codziennym funkcjonowaniu oraz odnalezieniu się w systemie ochrony zdrowia oraz opieki społecznej. Jest to bardzo potrzebne w przypadku występowania dużych ograniczeń funkcjonalnych starszego pacjenta. W tym przypadku rola opiekuna nieformalnego jest kluczowa, ponieważ to on często stanowi główne źródło wsparcia podczas zmian miejsc opieki, reprezentując pacjenta i jego interesy. Ponadto opiekun taki często jest odpowiedzialny za koordynowanie opieki (ang. *coordination of care*) pomiędzy różnymi świadczeniodawcami, zarządzanie lekami pacjenta,

planowanie wizyt kontrolnych oraz komunikowanie się z lekarzami czy innymi specjalistami (Hahn-Goldberg i in., 2018). Dodatkowo opiekunowie często są także odpowiedzialni za ciągłość opieki (ang. *care continuity*) podczas przejść osób starszych z niesamodzielnością, zapewniają nie tylko opiekę medyczną, ale także wsparcie emocjonalne i społeczne. Komunikują się oni ze świadczeniodawcami w celu przekazania historii choroby pacjenta, opisują jego codzienność i preferencje, które mogą nie być uwzględnione w dokumentacji medycznej. Zakres obowiązków oraz odpowiedzialności, która ciąży na opiekunie nieformalnym, jest bardzo szeroki (Hahn-Goldberg i in., 2018). Istotną kwestią jest wspieranie tych osób poprzez wdrażanie systemowych rozwiązań i strategii, które pomagają opiekunom w ich codziennym funkcjonowaniu (Wieczorek i in., 2022). Obecnie poziom wsparcia opiekunów nieformalnych jest bardzo zróżnicowany w krajach Unii Europejskiej. W Polsce to wsparcie nadal jest niewystarczające, co naraża na ryzyko negatywnych skutków zdrowotnych, finansowych oraz społecznych nie tylko nieformalnego opiekuna, ale także osobę, którą się opiekuje (ang. *care recipient*) (Hahn-Goldberg i in., 2018; Wieczorek i in., 2022).

Tradycyjny model opieki zdrowotnej *versus* opieka zintegrowana

Ważnymi pojęciami przytaczanymi w definicji opieki przejściowej są koordynacja opieki oraz jej ciągłość (Coleman, Boult, & American Geriatrics Society Health Care Systems Committee, 2003, s. 556). Koordynacja opieki to celowe podejście polegające na łączeniu specjalistów opieki i świadczeniodawców zaangażowanych w opiekę nad pacjentem w celu lepszego zaspokojenia potrzeb użytkownika usług. Natomiast pojęcie ciągłości opieki odnosi się do „stopnia, w jakim szereg odrębnych zdarzeń w opiece zdrowotnej jest odbierany przez ludzi jako spójny i powiązany w czasie oraz zgodny z ich potrzebami i preferencjami zdrowotnymi" (WHO, 2018, s. 9). Zapewnienie ciągłości oraz skutecznej koordynacji opieki to kluczowe priorytety na całym świecie niezbędne do osiągnięcia optymalnej opieki przejściowej.

W tradycyjnym modelu świadczenia opieki świadczeniodawcy mają tendencję do pracy w izolacji, a ich działania są niezależne (Amelung i in.,

2017). Często nie są świadomi leczenia, jakie pacjent otrzymał w innym miejscu. Każda interakcja z systemem jest osobnym wydarzeniem na mapie pacjenta podróżującego przez ten system. To pacjent i jego rodzina często są źródłem informacji na temat losów pacjenta i jego interakcji z innymi świadczeniodawcami. Co więcej, tradycyjny model świadczenia opieki koncentruje się wyłącznie na chorobie i leczeniu zamiast na zapobieganiu problemom zdrowotnym lub proaktywnym radzeniu sobie z chorobami przewlekłymi. W tym modelu usługi zdrowotne dostarczane są przeważnie przez specjalistów i w szpitalach. Według Amelung i in. (2017) podejście to nie jest odpowiednie dla potrzeb starzejącej się populacji. Tak naprawdę zdekomponowany system negatywnie wpływa na jakość świadczonej opieki, i to nie tylko w przypadku osób starszych. Ponadto świadczeniodawcy rzadko skupiają się na długoterminowych efektach zdrowotnych dla pacjenta i jego otoczenia; ich działania mają charakter reaktywny i koncentrują się na doraźnym rozwiązaniu problemów. Tradycyjny model świadczenia opieki charakteryzuje się wysoką fragmentacją usług, ponieważ świadczeniodawcy rzadko komunikują się ze sobą i współpracują. Prowadzi to nie tylko do marnotrawstwa zasobów poprzez na przykład duplikowanie niektórych usług, ale także do opóźnień związanych ze zmianami miejsca świadczenia opieki. Tradycyjny model świadczenia opieki jest coraz częściej krytykowany ze względu na nieefektywność, złe doświadczenia pacjentów i suboptymalne wyniki (Amelung i in., 2017). Model ten nie sprawdza się także w odniesieniu do opieki przejściowej, ponieważ nie stymuluje współpracy świadczeniodawców, a co za tym idzie – nie wspiera koordynowania i ciągłości opieki. Jakość opieki przejściowej ściśle zależy od integracji różnych poziomów opieki (Amelung i in., 2017).

Zupełnie odmiennym podejściem do opieki zdrowotnej jest opieka zintegrowana (ang. *integrated care*), koncepcja szeroko dyskutowana w kontekście systemu opieki zdrowotnej (Amelung i in., 2017). Często podkreśla się, że model ten może realnie poprawić ciągłość i koordynację opieki, a tym samym jakość opieki przejściowej. Jest to szczególnie istotne dla pacjentów starszych oraz osób z chorobami przewlekłymi. Nie ma jednolitej definicji opieki zintegrowanej; jest ona definiowana, interpretowana i rozumiana w różny sposób przez interesariuszy, takich jak świadczeniodawcy, pacjenci oraz regulatorzy itp. Niemniej jednak perspektywa pacjenta stanowi sedno każdej dyskusji na temat opieki

zintegrowanej. Opiekę zintegrowaną można rozumieć jako podejście do organizacji usług zdrowotnych oraz społecznych, które ma na celu zapewnienie pacjentom skoordynowanej, ciągłej i efektywnej opieki (Amelung i in., 2017).

Zintegrowana opieka nie jest celem samym w sobie, ale środkiem do poprawy jakości opieki. W odróżnieniu od tradycyjnego modelu świadczenia opieki opieka zintegrowana skupia się na holistycznym podejściu do jednostki, którego celem jest nie tylko poprawa zdrowia, ale także samopoczucia pacjenta. Pozwala to na spojrzenie na pacjenta i identyfikację jego potrzeb nie tylko zdrowotnych, ale także fizycznych, psychicznych oraz społecznych. Ponadto w opiece zintegrowanej pacjent i jego rodzina są traktowani jako partnerzy w procesie leczenia i mają realny wpływ na decyzje dotyczące własnej opieki.

W przeciwieństwie do tradycyjnego modelu świadczenia opieki opieka zintegrowana dąży do ograniczenia hospitalizacji pacjentów poprzez efektywniejsze wykorzystanie zasobów systemu opieki zdrowotnej na innych szczeblach, na przykład podstawowej opieki zdrowotnej (Amelung i in., 2017). Dodatkowo podejście to charakteryzuje się efektywniejszą koordynacją i ciągłością opieki oraz lepszą komunikacją pomiędzy osobami zaangażowanymi w opiekę nad pacjentem; dzieje się to często dzięki wykorzystaniu nowoczesnych technologii, takich jak elektroniczna dokumentacja medyczna (ang. *electronic health record*). Co więcej, istotnym aspektem wyróżniającym ten model opieki jest koordynacja międzysektorowa, która zrzesza nie tylko przedstawicieli systemu opieki zdrowotnej na różnych poziomach, ale także świadczeniodawców systemu opieki społecznej. Często przejawia się to nie tylko powstawaniem zintegrowanych zespołów medycznych, ale także wdrażaniem interdyscyplinarnego podejścia do opieki nad pacjentem (Amelung i in., 2017).

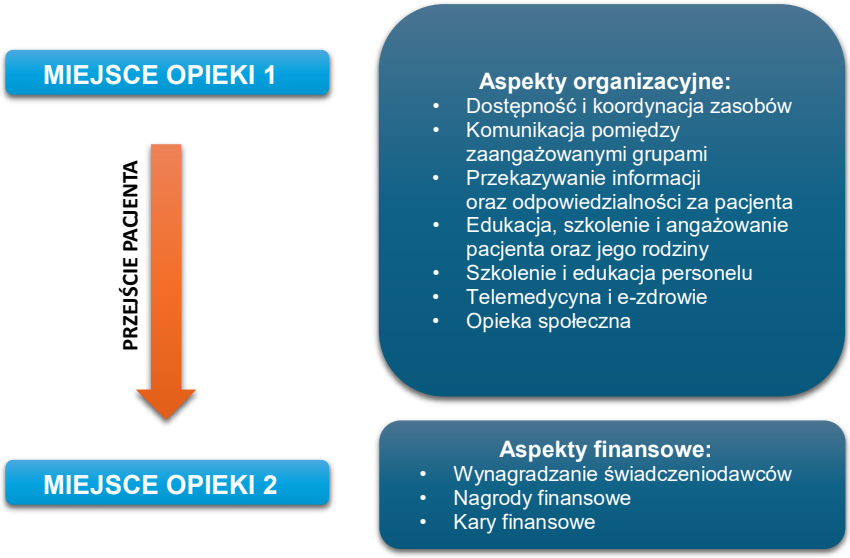
Model opieki zintegrowanej jest już wdrażany w wielu krajach w Europie. Przykładami państw, które zdecydowały się odejść od tradycyjnego modelu świadczenia opieki, są na przykład Holandia oraz Szwecja. Starzejące się społeczeństwo w Polsce oraz rosnąca liczba osób z chorobami przewlekłymi stanowią kluczowe przesłanki do wdrożenia opieki zintegrowanej (Amelung i in., 2017; Sowada i in., 2019).

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Organizacyjne oraz finansowe aspekty mające wpływ na opiekę przejściową

Badania naukowe jednoznacznie wskazują, iż organizacyjne oraz finansowe aspekty mają wpływ na opiekę przejściową osób starszych (Wieczorek i in., 2022a; Wieczorek i in., 2022b). Zrozumienie, które z tych czynników są istotne w ramach opieki przejściowej, ma kluczowe znaczenie dla opracowania dostosowanych strategii i optymalizacji opieki przejściowej.

Rysunek 2. Aspekty organizacyjne oraz finansowe wpływające na opiekę przejściową



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Wieczorek i in., 2022 oraz Wieczorek i in., 2023.

Przegląd literatury przeprowadzony przez Wieczorek i in. (2022b) wskazał, że to, w jaki sposób zorganizowane i finansowane są systemy ochrony zdrowia i systemy opieki społecznej, może mieć realny wpływ na przejścia pacjentów w obrębie tych systemów i pomiędzy nimi. Niestety, obecny model opieki zdrowotnej powszechny w wielu państwach

na świecie uniemożliwia świadczenie optymalnej opieki przejściowej (Amelung i in., 2017). Rysunek 2 przedstawia aspekty organizacyjne oraz finansowe, które uważane są za istotne podczas zmian miejsca świadczenia opieki pacjentów.

Do aspektów organizacyjnych zaliczono: komunikację pomiędzy interesariuszami, przekazywanie informacji oraz odpowiedzialności za opiekę nad pacjentem, dostępność i koordynację zasobów, szkolenie i edukację personelu, edukację oraz zaangażowanie pacjenta i rodziny, telemedycynę i e-zdrowie oraz zaangażowanie opieki społecznej. Bezpośrednia, czasowa komunikacja pomiędzy interesariuszami różnych specjalizacji, na różnych poziomach, jest ważnym elementem opieki przejściowej (Wieczorek i in., 2023). Pozwala to na zapewnienie lepszej opieki pacjentowi w miejscu świadczenia opieki i usprawnia przejścia pacjenta do następnego ośrodka opieki.

Ponadto modelowym rozwiązaniem jest także zaangażowanie pacjenta i jego rodziny jako aktywnych uczestników w procesie komunikacji. Służy to nie tylko wzmocnieniu pozycji pacjenta (ang. *patient's empowerment*), ale także poszanowaniu jego zdania i godności. Choć dla niektórych komunikacja i przekazywanie informacji mogą być pojęciami tożsamymi, to w tym przypadku mają odmienne znaczenie. Przekazywanie informacji jest rozumiane głównie jako przygotowanie i przesyłanie do innego miejsca opieki informacji na temat pacjenta, wystawionych diagnoz, przebiegu leczenia, wyników badań i zaleceń dotyczących dalszego leczenia itp. Informacje, które są przekazywane pomiędzy ośrodkami opieki, powinny być ustandaryzowane, kompletne oraz wysyłane na czas. Dodatkowo optymalnym rozwiązaniem byłoby, gdyby w każdej placówce była osoba, która jest odpowiedzialna za przekazywanie informacji na temat pacjenta. Taki formularz powinien zawierać adnotację na temat preferencji pacjenta i/lub opiekuna nieformalnego. Pozwoliłoby to na odciążenie pacjenta i/lub rodziny od konieczności przekazywania informacji samodzielnie (Wieczorek i in., 2023). Jest to szczególnie ważne, gdy mamy do czynienia z pacjentem z zaburzeniami poznawczymi. Dodatkowo działanie takie ograniczyłoby problem z niekompletnymi lub nawet brakującymi danymi, co może negatywnie wpływać na jakość opieki świadczonej przez innych.

Następnym istotnym aspektem mającym wpływ na opiekę przejściową jest dostępność oraz koordynacja zasobów (Wieczorek i in.,

2023). Odnosi się to nie tylko do dostępności zasobów w postaci łóżek oraz personelu w ośrodkach opieki długoterminowej i związanym z tym czasem oczekiwania, ale także do ograniczonych zasobów kadrowych w systemie opieki społecznej. Brak dostępu do tych form opieki – lub dostęp ograniczony – może negatywnie wpływać na opiekę przejściową pacjenta, ponieważ może dojść do sytuacji, w której pacjent nie może zostać wypisany ze szpitala ze względu na brak alternatywnych miejsc świadczenia opieki. Ten sam problem będzie dotyczył pacjentów, którzy przebywają w miejscu swojego zamieszkania, ale ze względu na stan zdrowia/funkcjonalny powinni zmienić miejsce świadczenia opieki. Koordynacja wszystkich świadczeniodawców jest również kluczowym aspektem mającym wpływ na opiekę przejściową (Wieczorek i in., 2023). Tutaj ważną rolę odgrywają nie tylko regularne spotkania pomiędzy instytucjami oraz świadczeniodawcami, ale także obecność i zaangażowanie koordynatora, który będzie przewodnikiem dla pacjenta i jego rodziny. Dostęp do fizjoterapeuty/rehabilitanta i zaangażowanie podstawowej opieki zdrowotnej może także poprawić jakość opieki przejściowej.

Istotną, ale często pomijaną kwestią jest również ocena zdolności opiekunów nieformalnych do zapewnienia odpowiedniej opieki. Pozwala to na uniknięcie potencjalnych komplikacji, pogorszenia stanu zdrowia pacjenta i niepotrzebnych przejść (np. hospitalizacji) w wyniku nieodpowiednio sprawowanej opieki (Wieczorek i in., 2023).

Kolejnym aspektem jest rola edukacji, szkoleń i zaangażowania pacjenta i jego rodziny. Tutaj ważną rolę odgrywa dostęp do edukacji/porad/informacji dla pacjentów i/lub nieformalnych opiekunów. Ma to wpływ na zdolność pacjenta do samoopieki (ang. *self-management*) oraz pozwala jego rodzinie na świadczenie dobrej jakości opieki (Hahn-Goldberg i in., 2018). W ten sposób pacjent może uniknąć niepotrzebnych wizyt u innych świadczeniodawców (Wieczorek i in., 2023).

Następną równie istotną kwestią jest wsparcie instrumentalne oraz finansowe, dostęp do opieki wytchnieniowej (ang. *respite care*) dla opiekunów nieformalnych (Wieczorek i in., 2022). Opiekunowie, którzy nie otrzymują wystarczającego wsparcia, mogą doświadczyć negatywnych skutków związanych ze sprawowaniem opieki, takich jak pogorszenie ich stanu zdrowia, samopoczucia itp. (Hahn-Goldberg i in., 2018). Może to wpływać na jakość sprawowanej opieki i zwiększać prawdopodobieństwo nieoptymalnych zmian miejsca świadczenia opieki.

Kluczowe jest także włączanie pacjenta i jego rodziny jako aktywnych członków w proces podejmowania decyzji, ale również uwzględnianie wyrażonych przez pacjentów i ich opiekunów nieformalnych preferencji, jeśli jest to możliwe (Wieczorek i in., 2023).

Następnym zagadnieniem jest rola telemedycyny oraz e-zdrowia, a w szczególności wykorzystanie technologii informacyjnych oraz komunikacyjnych, takich jak elektroniczna dokumentacja medyczna (ang. *electronic health record*). Pozwala to na swobodną wymianę informacji pomiędzy świadczeniodawcami i stały dostęp do danych na temat pacjenta. Ponadto wykorzystanie technologii medycznych, takich jak przenośne urządzenia – obejmujące inteligentną odzież i akcesoria (np. opaski, zegarki, okulary), może także posłużyć do optymalizacji opieki przejściowej (Chen, Ding, & Wang, 2023; Wieczorek i in., 2023). Sprzęt ten pozwala na ciągłe i długofalowe monitorowanie stanu pacjenta oraz szybszą reakcję w razie nieprawidłowości, takich jak niepożądane zdarzenia i pogarszanie się stanu zdrowia pacjenta (Chen, Ding, & Wang, 2023). Jest to niemożliwe przy wykorzystaniu tradycyjnych metod opierających się na wizytach w placówkach medycznych i osobistym kontakcie pacjenta z lekarzem lub pielęgniarką. Obecnie na rynku dostępnych jest wiele urządzeń, które umożliwiają ciągły i zdalny monitoring parametrów życiowych. Rozwiązania te są odpowiedzią na starzejącą się populację oraz zwiększającą się liczbę osób cierpiących na choroby przewlekłe, takie jak cukrzyca, choroba Alzheimera czy Parkinsona, które wymagają ciągłego monitorowania i leczenia. Ma to również związek ze zmniejszającą się liczbą potencjalnych opiekunów (formalnych oraz nieformalnych), co znacznie wywiera presję na już obciążone systemy opieki zdrowotnej i opieki społecznej (Chen, Ding, & Wang, 2023). Z tego powodu rozwiązania dotyczące wykorzystania technologii cyfrowych są coraz częściej poruszanym tematem na całym świecie.

Kolejnym równie istotnym aspektem organizacyjnym, który ma wpływ na opiekę przejściową, jest zaangażowanie opieki społecznej (Wieczorek i in., 2023). Wiąże się to z dostępnością do pracowników socjalnych czy też asystentów, którzy mogą być zaangażowani w świadczenie opieki oraz przygotowanie pacjenta i jego rodziny do zmiany miejsca świadczenia opieki. Taka osoba mogłaby służyć pomocą w zorganizowaniu opieki w miejscu docelowym (np. domu lub ośrodku opieki długoterminowej), co odciążyłoby samego pacjenta i jego rodzinę oraz

pozytywnie wpłynęłoby na przejście pomiędzy ośrodkami (Wieczorek i in., 2023).

Oprócz tego aspekty finansowe również odgrywają ważną rolę i mogą mieć wpływ na świadczoną opiekę (Wieczorek i in., 2022a), w tym opiekę przejściową. Odnoszą się one do mechanizmów wynagradzania świadczeniodawców (ang. *reimbursement*) oraz stosowania bodźców (ang. *incentives*) w postaci nagród i kar finansowych. Odgrywają one bardzo ważną rolę, ponieważ mogą zachęcać świadczeniodawców do współpracy, promować koordynację opieki lub wręcz przeciwnie (Wieczorek i in., 2022a). Tradycyjne metody wynagradzania świadczeniodawców oparte na aktywności (ang. *activity-based payment methods*), gdzie przykładem jest opłata za usługę (ang. *fee-for-service*), nie zachęcają do koordynowania opieki (Amelung i in., 2017; Tsiachristas, 2016). Dzieje się tak dlatego, iż każda organizacja otrzymuje wynagrodzenie za liczbę świadczeń, np. konsultacji, a nie za ich jakość. Dodatkowo nie promuje się w ten sposób współpracy pomiędzy świadczeniodawcami i to, co dzieje się z pacjentem, gdy ten tylko opuści placówkę, nie jest uwzględniane. Tsiachristas (2016) wskazuje, że alternatywne metody wynagradzania świadczeniodawców, takie jak *population-based global payments*, stanowią lepszą zachętę do integracji opieki. Takie rozwiązania stają się coraz bardziej popularne na całym świecie, zostały one na przykład wdrożone w Stanach Zjednoczonych, gdzie głównym celem było ograniczenie kosztów i poprawa jakości opieki.

Następnym istotnym aspektem finansowym w odniesieniu do opieki przejściowej i koordynacji opieki są bodźce w postaci nagród i kar finansowych. Przegląd systematyczny przeprowadzony przez Wieczorek i in. (2022a) wskazał na szerokie zastosowanie bodźców finansowych na różnych poziomach opieki. Niemniej jednak badania nad wykorzystaniem nagród i kar finansowych w celu integracji opieki dają niejednoznaczne wyniki. Implementacja takich rozwiązań powinna być dobrze przemyślana, a wyniki powinny być stale monitorowane i poddawane ewaluacji. Badania wskazują, że niektóre z bodźców finansowych mogą spowodować niezamierzone konsekwencje dla pacjenta i całego systemu, takie jak np. szybsze wypisywanie ze szpitali wbrew przesłankom klinicznym, aby uniknąć kar finansowych (Wieczorek i in., 2022a).

Bibliografia

Amelung, V.E., Stein, V., Goodwin, N., Balicer, R., Nolte, E., & Suter, E. (2017). *Handbook Integrated Care*. Cham: Springer.

Chen, C., Ding, S., & Wang, J. (2023). Digital health for aging populations. *Nature Medicine*, *29*(7), 1623–1630.

Coleman, E.A. (2003). Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, *51*(4), 549–555. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2003.51185.x

Coleman, E.A., Boult, C., & American Geriatrics Society Health Care Systems Committee (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, *51*(4), 556–557. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x

Coleman, E.A., Min, S.J., Chomiak, A., & Kramer, A.M. (2004). Posthospital care transitions: patterns, complications, and risk identification. *Health Services Research*, *39*(5), 1449–1466.

Hahn-Goldberg, S., Jeffs, L., Troup, A., Kubba, R., & Okrainec, K. (2018). "We are doing it together"; the integral role of caregivers in a patients' transition home from the medicine unit. *PLoS ONE*, *13*(5). DOI: 10.1371/journal.pone.0197831

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington: National Academy Press.

Naylor, M.D., Brooten, D.A., Campbell, R.L., Maislin, G., McCauley, K.M., & Schwartz, J.S. (2004). Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, *52*(5), 675–684. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2004.52202.x

Sowada, C., Sagan, A., Kowalska-Bobko, I., Badora-Musiał, K., Bochenek, T., Domagała, A., ... & World Health Organization. (2019). Poland: health system review. Health Systems in Transition, *21*(1).

Tsiachristas, A. (2016). Financial incentives to stimulate integration of care. *International Journal of Integrated Care*, *16*(4). DOI: 10.5334/ijic.2532

Wieczorek, E., Evers, S., Kocot, E., Sowada, C., & Pavlova, M. (2022). Assessing policy challenges and strategies supporting informal caregivers in the European Union. *Journal of Aging & Social Policy*, *34*(1), 145–160.

Wieczorek, E., Kocot, E., Evers, S., Sowada, C., & Pavlova, M. (2022a). Do financial aspects affect care transitions in long-term care systems? A systematic review. *Archives of Public Health*, *80*. https://doi.org/10.1186/s13690-022-00829-y

Wieczorek, E., Kocot, E., Evers, S., Sowada, C., & Pavlova, M. (2022b). Key care provision aspects that affect care transition in the long--term care systems: Preliminary review findings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(11), 6402. DOI: 10.3390/ijerph19116402

Wieczorek, E., Kocot, E., Evers, S., Sowada, C., & Pavlova, M. (2023). Development of a tool for assessing the performance of long-term care systems in relation to care transition: Transitional Care Assessment Tool in Long-Term Care (TCAT-LTC). *BMC geriatrics*, *23*(1), 760.

World Health Organization (2018). Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. World Health Organization. Pobrano z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274628/9789241514033-eng.pdf?ua=1 (dostęp: 11.04.2025).

World Health Organization. (2016). *Transitions of Care. Technical Series on Safer Primary Care.* World Health Organization. Pobrano z: https://apps.who.int/iris/handle/10665/252272 (dostęp: 11.04.2025).

Marta Podhorecka
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
https://orcid.org/0000-0002-1114-0848
https://doi.org/10.35765/slowniki.588

Długowieczność i starzenie się w zdrowiu publicznym

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Długowieczność i starzenie się to procesy biologiczne i społeczne, które zyskują coraz większe znaczenie w kontekście polityk zdrowia publicznego. Starzenie się nie oznacza jedynie późnego etapu życia, ale obejmuje całe spektrum zmian funkcjonalnych, społecznych i zdrowotnych. Zdrowe starzenie się – zgodnie z definicją WHO – oznacza utrzymywanie zdolności funkcjonalnych, które umożliwiają dobrostan w starszym wieku.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Termin „długowieczność" (ang. *longevity*) ewoluował na przestrzeni wieków. W przeszłości odnosił się głównie do sędziwego wieku, czyli po prostu długiego życia mierzonego liczbą lat. Dziś, gdy coraz więcej osób dożywa bardzo późnego wieku, długowieczność przestaje być zjawiskiem wyjątkowym. Współcześnie rozumiemy ją jako długie życie w zdrowiu, samodzielności i z zachowaniem aktywnego uczestnictwa w społeczeństwie.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: W tekście poruszono zagadnienie długowieczności i zdrowego starzenia się jako istotnego wyzwania dla systemów ochrony zdrowia, opieki społecznej oraz polityki publicznej. Zwrócono szczególną uwagę na czynniki wpływające na zdrowie w starszym wieku, działania profilaktyczne, rolę edukacji zdrowotnej oraz znaczenie wsparcia dla opiekunów osób starszych. Rozdział analizuje także zjawiska takie jak ageizm, wielochorobowość, niedostosowania środowiskowe i nierówności w starości. Wskazuje na potrzebę zintegrowanych

działań, reform systemowych oraz wzmocnienia partycypacji obywatelskiej osób starszych.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Artykuł odwołuje się do globalnych i europejskich strategii (WHO, UE) oraz kierunków polityki senioralnej w Polsce. W zakończeniu przedstawiono propozycje działań, które sprzyjają bardziej zrównoważonemu podejściu do starzenia się – obejmującemu nie tylko profilaktykę i opiekę, lecz także wspieranie aktywności, budowanie więzi społecznych oraz kształtowanie otoczenia przyjaznego długiemu życiu.

Słowa kluczowe: starzenie, zdrowie publiczne, długowieczność, polityka senioralna, ageizm

Definicja pojęcia

Długowieczność, starzenie się, zdrowe starzenie się, ageizm

Starzenie się i długowieczność to zagadnienia, które w ostatnich latach zyskały szczególną wagę w dyskusjach publicznych, politykach zdrowotnych i badaniach naukowych. Nie są to wyłącznie kwestie indywidualne – to złożone zjawiska o wymiarze społecznym, kulturowym i politycznym, których skutki wykraczają daleko poza aspekt biologiczny. Wraz z wydłużaniem się życia i wzrostem liczby osób starszych w społeczeństwach krajów rozwiniętych temat starzenia się stał się jednym z kluczowych obszarów zdrowia publicznego.

Starzenie się to złożony i dynamiczny proces, który obejmuje zmiany biologiczne, psychiczne i społeczne zachodzące na przestrzeni całego życia. Jego przebieg oraz skutki są różne u każdej osoby – zależą od wielu czynników, takich jak styl życia, warunki społeczne czy otoczenie. Warto podkreślić, że starzenia nie należy utożsamiać tylko ze starością – to proces, który zaczyna się znacznie wcześniej i obejmuje całą dorosłość.

Długowieczność, rozumiana jako osiąganie zaawansowanego wieku przy relatywnie dobrym stanie zdrowia i funkcjonowania, jest coraz częściej traktowana nie tylko jako zjawisko statystyczne, ale także jako cel działań systemowych. W ujęciu zdrowia publicznego nie chodzi wyłącznie o wydłużenie życia, ale o zachowanie jego jakości – fizycznej, psychicznej i społecznej – w miarę upływu lat.

W tym kontekście coraz większe znaczenie zyskuje termin „zdrowe starzenie się" (*healthy ageing*), promowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Oznacza on proces rozwijania i utrzymywania zdolności funkcjonalnych, które umożliwiają osobom starszym prowadzenie życia w dobrym zdrowiu, samodzielnie i w poczuciu sensu. Podejście to kładzie nacisk na czynniki środowiskowe i społeczne, a nie wyłącznie medyczne.

Nie sposób pominąć pojęcia ageizmu – stereotypowego i często negatywnego postrzegania osób starszych, które może prowadzić do ich marginalizacji, wykluczenia i gorszego dostępu do świadczeń. Ageizm to także istotna przeszkoda we wdrażaniu polityk zdrowego starzenia się, zarówno na poziomie lokalnym, jak i globalnym.

Wreszcie, niezbędna jest perspektywa zdrowia publicznego – rozumianego jako zbiór działań społecznych i instytucjonalnych mających na celu poprawę stanu zdrowia populacji, wydłużenie życia oraz ograniczenie nierówności zdrowotnych. W odniesieniu do starzenia się oznacza to nie tylko opiekę nad osobami starszymi, ale także promowanie działań profilaktycznych, integracyjnych i edukacyjnych już na wcześniejszych etapach życia.

Kategorie wieku w starości

W politykach zdrowotnych i społecznych, jak również w badaniach epidemiologicznych, często stosuje się następujące klasyfikacje wiekowe, rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD):

- 65+ – oficjalna granica początku starości w statystykach OECD i systemach emerytalnych (OECD, 2021),
- 65–74 lat (*young old*) – osoby zwykle jeszcze aktywne, w stosunkowo dobrym stanie zdrowia,
- 75–84 lat (*older old*) – populacja bardziej narażona na ograniczenia funkcjonalne i choroby przewlekłe,
- 85+ (*oldest old*) – osoby w najstarszym wieku, częściej zależne od opieki i wsparcia środowiskowego.

WHO posługuje się również terminem *healthy ageing* – zdrowego starzenia się – podkreślając, że wiek metrykalny nie powinien być jedynym kryterium planowania usług, lecz należy uwzględniać potencjał funkcjonalny, środowisko życia i poziom samodzielności.

W praktyce klinicznej i w systemie usług opiekuńczych coraz częściej wykorzystuje się również podział osób starszych według ich poziomu samodzielności i aktywności:

- *go-go* – osoby starsze aktywne, samodzielne, uczestniczące w życiu społecznym i zawodowym,
- *slow-go* – osoby o ograniczonej sprawności, poruszające się wolniej, często z pomocą, ale nadal względnie niezależne,
- *no-go* – osoby niesamodzielne, zależne od opieki w codziennym funkcjonowaniu, często dotknięte zespołami geriatrycznymi.

Tego rodzaju klasyfikacje – obok wieku chronologicznego – pomagają trafniej planować opiekę, profilaktykę i polityki senioralne odpowiadające

na rzeczywiste potrzeby różnych grup w ramach populacji osób starszych.

Analiza historyczna pojęcia

Wprowadzenie do tematu z perspektywy zdrowia publicznego

Starzenie się ludności to jedno z najważniejszych wyzwań współczesnych społeczeństw, zwłaszcza w krajach rozwiniętych i rozwijających się (Harper, 2016). Zjawisko to wiąże się z sukcesami cywilizacyjnymi – poprawą warunków życia, dostępem do edukacji i opieki zdrowotnej – ale niesie ze sobą także szereg konsekwencji społecznych, ekonomicznych i zdrowotnych.

Zgodnie z danymi Eurostatu oraz ONZ populacje europejskie należą do najszybciej starzejących się na świecie – do 2050 roku udział osób powyżej 65. roku życia ma przekroczyć 30% w wielu krajach UE, co rodzi poważne wyzwania dla systemów emerytalnych, zdrowotnych i opiekuńczych (Eurostat, 2023; United Nations, 2019).

W Polsce osoby w wieku 65+ stanowiły w 2022 roku 19,5% ogółu populacji, a według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego odsetek ten wzrośnie do ponad 30% w roku 2050 (Główny Urząd Statystyczny, 2023). Równocześnie rośnie długość życia – przeciętnie do ok. 82 lat dla kobiet i 74 lat dla mężczyzn – ale nie zawsze towarzyszy temu wydłużenie tzw. lat przeżytych w zdrowiu (*healthy life expectancy*). Oznacza to, że coraz więcej osób dożywa sędziwego wieku, ale zmagając się z wielochorobowością, ograniczoną sprawnością i zależnością od opieki.

Starzenie się społeczeństwa pociąga za sobą konieczność przekształceń w strukturze i funkcjonowaniu systemów ochrony zdrowia oraz opieki społecznej. Coraz większe znaczenie zyskują opieka długoterminowa, rehabilitacja, usługi geriatryczne i wsparcie dla osób opiekujących się bliskimi. Zmiany demograficzne oddziałują również na rynek pracy, system emerytalny, planowanie przestrzenne i transport, co wymaga skoordynowanych działań w wielu obszarach polityki publicznej. Z punktu widzenia zdrowia publicznego szczególne znaczenie mają działania, które:

- przeciwdziałają przedwczesnej niesamodzielności i izolacji społecznej,
- wspierają samodzielność funkcjonalną i integrację społeczną osób starszych,
- ograniczają ryzyko chorób przewlekłych poprzez wczesną profilaktykę.

Nie bez znaczenia jest też aspekt ekonomiczny. Choć osoby starsze często są postrzegane wyłącznie jako beneficjenci opieki, coraz częściej mówi się o ich aktywności obywatelskiej, ekonomicznej (tzw. srebrna gospodarka) i roli w społecznościach lokalnych. Długowieczność może stać się istotnym kapitałem społecznym – pod warunkiem że zostaną zapewnione odpowiednie warunki instytucjonalne i systemowe, sprzyjające aktywnemu i zdrowemu starzeniu się. Efektywne zarządzanie tym procesem wymaga strategicznego podejścia, opartego na rzetelnych danych, wiedzy naukowej i szerokim dialogu społecznym.

Ujęcie problemowe pojęcia

Konsekwencje dla zdrowia publicznego i polityki społecznej

Z perspektywy zdrowia publicznego starzenie się populacji wymusza przekształcenia w modelu organizacji opieki zdrowotnej, pomocy społecznej oraz planowania przestrzennego i polityki mieszkaniowej. Systemy opieki muszą reagować nie tylko na wzrost liczby pacjentów w wieku podeszłym, ale również na specyficzne potrzeby tej grupy – m.in. wielochorobowość, wielolekowość (polifarmakoterapię), ryzyko upadków, samotność czy choroby neurodegeneracyjne. Polityka zdrowotna musi więc uwzględniać:

- rozwój opieki długoterminowej i środowiskowej,
- integrację usług zdrowotnych i społecznych,
- wsparcie dla opiekunów nieformalnych,
- inwestycje w profilaktykę i promocję zdrowia na wcześniejszych etapach życia.

Równie ważne są działania przeciwdziałające wykluczeniu społecznemu i ekonomicznemu osób starszych, m.in. poprzez projektowanie

dostępnych przestrzeni, cyfrowe włączenie czy wsparcie aktywności społecznej i obywatelskiej. Starzenie się społeczeństw jest procesem nieodwracalnym, ale możliwym do zaplanowania i wspólnego zarządzania – pod warunkiem że zostanie potraktowane jako zagadnienie strategiczne, nie tylko opiekuńcze (OECD, 2021).

Zdrowe starzenie się: paradygmat proaktywnego podejścia

W ostatnich latach Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) nadała koncepcji zdrowego starzenia się (*healthy ageing*) nowy wymiar – odchodząc od tradycyjnego rozumienia go jako braku chorób. Zamiast tego zdrowe starzenie postrzegane jest jako proces wspierania i podtrzymywania zdolności funkcjonalnych, które pozwalają osobom starszym żyć samodzielnie, w dobrym zdrowiu i z poczuciem sensu (Rowe & Kahn, 1997). To przesunięcie akcentów ma istotne konsekwencje dla polityki zdrowia publicznego, ponieważ przenosi uwagę z leczenia na zapobieganie, a z instytucjonalnej opieki – na wspieranie samodzielności.

Zdrowe starzenie się oznacza więc nie tylko dbałość o zdrowie fizyczne, ale również o więzi społeczne, uczestnictwo w życiu społecznym i możliwość dokonywania wyborów. Jest to podejście systemowe, zorientowane na jakość życia i równość szans zdrowotnych w całym cyklu życia.

Znaczenie prewencji i promocji zdrowia przez całe życie

Koncepcja zdrowego starzenia się opiera się na spojrzeniu na zdrowie jako na efekt całego życia, a nie jedynie jako wynik działań podejmowanych w jego późniejszych etapach. Istotne staje się więc myślenie o zdrowiu jako o trajektorii, kształtowanej od najmłodszych lat. Szczególne znaczenie mają tu:

- odpowiednia dieta i aktywność fizyczna od najmłodszych lat,
- eliminacja czynników ryzyka (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, brak ruchu),
- edukacja zdrowotna i rozwój kompetencji zdrowotnych (*health literacy*).

W tym podejściu istotne są punkty krytyczne w życiu jednostki – dzieciństwo, dojrzewanie, momenty przełomowe (np. utrata pracy, przejście na emeryturę) – które mogą wpływać na przyszłe zdrowie i jakość starości. Interwencje zdrowia publicznego powinny być dostosowane do etapu życia i kontekstu społecznego, w którym funkcjonuje dana osoba.

Podejście cyklu życia promuje spójność między polityką zdrowotną, edukacyjną i społeczną. Wymaga to także przekształcenia języka i sposobu mówienia o starzeniu się – odejścia od narracji skupionej wyłącznie na deficytach i „problemach starości" na rzecz dostrzegania potencjału, doświadczenia i aktywnego udziału osób starszych w życiu społecznym.

Determinanty zdrowia w starości

Styl życia, środowisko, dostęp do usług, relacje społeczne

Zdrowie osób starszych kształtuje się na przestrzeni całego życia – jest efektem zarówno naturalnych procesów starzenia, jak i przebiegu wcześniejszych doświadczeń zdrowotnych oraz stylu życia. Biologiczne mechanizmy starzenia obejmują stopniowe zmiany w funkcjonowaniu komórek, tkanek i narządów, prowadzące do spadku zdolności regeneracyjnych organizmu.

Choć proces ten jest nieunikniony, wiele badań wskazuje, że jego tempo można spowolnić poprzez odpowiednie działania profilaktyczne. Kluczowe znaczenie mają: regularna aktywność fizyczna, zbilansowana dieta, unikanie używek, dobre zarządzanie stresem oraz utrzymywanie więzi społecznych. Istotna jest także dbałość o sen, nawodnienie i profilaktyczne badania zdrowotne.

Na zdrowie seniorów silnie wpływają pozycja społeczna, status ekonomiczny, poziom wykształcenia i warunki mieszkaniowe. Osoby z niższym poziomem dochodów częściej doświadczają problemów zdrowotnych, mają utrudniony dostęp do świadczeń i gorsze warunki życia (np. brak windy, niedogrzane mieszkania, bariery architektoniczne).

Duże znaczenie mają również czynniki środowiskowe – jakość powietrza, obecność terenów zielonych, bezpieczeństwo najbliższego otoczenia oraz dostępność usług zdrowotnych i transportu. Z punktu

widzenia zdrowia publicznego kluczowe jest, aby otoczenie wspierało codzienną aktywność oraz umożliwiało osobom starszym zachowanie samodzielności jak najdłużej. Urbanistyka, transport publiczny, usługi lokalne i infrastruktura zdrowotna muszą być projektowane z uwzględnieniem potrzeb starzejącej się populacji.

Istotne są również relacje społeczne i poczucie przynależności. Samotność i brak wsparcia społecznego wiążą się ze zwiększonym ryzykiem depresji, pogorszeniem funkcji poznawczych i wyższą śmiertelnością. Dlatego promowanie więzi międzyludzkich, aktywności grupowej i integracji międzypokoleniowej powinno być jednym z priorytetów zdrowia publicznego w kontekście starzenia się.

Styl życia w starszym wieku ma nadal duże znaczenie – aktywność fizyczna, dieta, sen, unikanie używek (np. tytoniu, alkoholu), uczestnictwo w życiu społecznym – wszystkie te czynniki mają udokumentowany wpływ na długość i jakość życia. Nawet w zaawansowanym wieku modyfikacje stylu życia mogą poprawić zdrowie i funkcjonowanie.

Zmiany inwolucyjne i wielkie problemy geriatryczne jako wyzwanie zdrowia publicznego

Starzenie się jest procesem naturalnym, obejmującym szereg zmian inwolucyjnych – czyli stopniowego obniżania sprawności struktur i funkcji organizmu. Wśród fizjologicznych zmian obserwowanych w późnej dorosłości znajdują się m.in.:

- układ nerwowy – zmniejszenie liczby neuronów, spowolnienie procesów poznawczych, pogorszenie pamięci roboczej;
- układ mięśniowo-szkieletowy – sarkopenia, utrata siły i masy mięśniowej, zwiększone ryzyko upadków (Clegg et al., 2013);
- układ sercowo-naczyniowy i oddechowy – zmniejszona wydolność i elastyczność, gorsza tolerancja wysiłku;
- narządy zmysłów – pogorszenie słuchu, wzroku, równowagi, co ogranicza orientację w przestrzeni i bezpieczeństwo;
- układ odpornościowy – immunosenescencja, czyli osłabienie odpowiedzi immunologicznej.

Zmiany te – w połączeniu z uwarunkowaniami środowiskowymi, społecznymi i ekonomicznymi – przyczyniają się do powstawania tzw. wielkich

problemów geriatrycznych (ang. *geriatric giants*), czyli zespołów klinicznych typowych dla starości, mających ogromny wpływ na jakość życia i funkcjonowanie seniorów. Do najbardziej istotnych należą: wielolekowość (*polypharmacy*), zespół kruchości (*frailty*), zaburzenia poznawcze i depresja, upadki i złamania, niedożywienie i odwodnienie oraz ograniczenia mobilności i samoopieki. Wszystkie te trudności mają istotny wpływ nie tylko na codzienne funkcjonowanie osób starszych, ale także na obciążenia systemów zdrowotnych i społecznych (Fried et al., 2004).

Przygotowanie do długowieczności

Edukacja zdrowotna, kompetencje zdrowotne, planowanie starości

Długowieczność nie jest wyłącznie wynikiem genetyki czy opieki zdrowotnej – coraz większą rolę przypisuje się świadomemu, długofalowemu przygotowaniu do starości. W tym kontekście kluczowe znaczenie ma edukacja zdrowotna, rozumiana jako proces zdobywania wiedzy, umiejętności i postaw sprzyjających zdrowemu stylowi życia i podejmowaniu odpowiedzialnych decyzji zdrowotnych.

Szczególnie ważnym aspektem edukacji jest rozwijanie kompetencji zdrowotnych (*health literacy*), czyli umiejętności rozumienia informacji dotyczących zdrowia, oceny ryzyka i skutecznego poruszania się w systemie opieki. Niski poziom tych kompetencji może prowadzić do opóźnionej diagnozy, trudności w realizacji zaleceń medycznych (adherencji) oraz zwiększonego ryzyka hospitalizacji – zwłaszcza wśród osób starszych.

Edukacja zdrowotna powinna towarzyszyć człowiekowi przez całe życie – zaczynając od nauczania w szkołach, przez działania skierowane do osób dorosłych, aż po programy edukacyjne stworzone z myślą o seniorach. Równie ważne jest dostosowanie form przekazu do grup odbiorców, uwzględniające m.in. poziom wykształcenia, cyfrowe umiejętności oraz zróżnicowanie kulturowe.

Wczesne działania populacyjne i profilaktyka starości

Skuteczne przygotowanie do długowieczności wymaga systemowych interwencji na poziomie populacyjnym, podejmowanych jeszcze na długo przed wejściem w wiek senioralny. Takie działania powinny obejmować:

- promocję aktywności fizycznej i profilaktyki chorób przewlekłych już w wieku dorosłym,
- wspieranie równowagi między pracą a życiem prywatnym,
- przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu i przewlekłemu stresowi,
- zachęcanie do planowania finansowego, mieszkaniowego i opiekuńczego.

Ważnym elementem jest także normalizowanie rozmów o starości i przełamywanie tabu wokół procesu starzenia się. W społeczeństwach dążących do długowieczności potrzebna jest „kultura starzenia się" – czyli akceptacja i rozumienie tego etapu życia jako naturalnego, wartościowego i możliwego do zaplanowania.

Zdrowie publiczne ma tu do odegrania rolę nie tylko w zakresie profilaktyki zdrowotnej, ale także budowania świadomości społecznej, integracji wiedzy gerontologicznej z politykami społecznymi oraz wspierania obywatelskiej gotowości do odpowiedzialnego starzenia się.

Nierówności i ryzyka wykluczenia

Ageizm i dyskryminacja ze względu na wiek

Jednym z najpoważniejszych, a często niedostrzeganych problemów w starzejących się społeczeństwach jest ageizm – systemowa i kulturowa dyskryminacja ze względu na wiek. Może przyjmować formę negatywnych stereotypów, ograniczania dostępu do usług, wykluczających praktyk językowych lub pomijania potrzeb starszych osób w planowaniu przestrzeni i polityk publicznych.

Ageizm występuje zarówno w relacjach międzyludzkich, jak i w instytucjach – np. w postaci niższego priorytetu dla leczenia osób starszych, braku dostosowania procedur medycznych czy ograniczonego udziału

w badaniach klinicznych. W mediach dominuje często obraz starości jako problemu, obciążenia lub „społecznego kosztu", co sprzyja marginalizacji osób starszych.

WHO uznała ageizm za jedną z głównych barier w realizacji polityki zdrowego starzenia się. Zwalczanie tego zjawiska wymaga działań edukacyjnych, zmiany narracji społecznej oraz wzmacniania solidarności międzypokoleniowej (World Health Organization, 2021).

Wykluczenie cyfrowe, zdrowotne i społeczne

W starości nierówności społeczne i zdrowotne często się nawarstwiają. Osoby, które przez całe życie doświadczały ograniczonego dostępu do edukacji, pracy, świadczeń czy mieszkań, w starszym wieku są szczególnie narażone na wykluczenie. Coraz częściej pojawiają się także nowe formy wykluczenia, takie jak wykluczenie cyfrowe – związane z brakiem kompetencji lub dostępu do technologii, co znacząco ogranicza możliwości korzystania z usług publicznych, informacji oraz utrzymywania kontaktów społecznych.

Wykluczenie zdrowotne często dotyka osoby mieszkające w małych miejscowościach lub żyjące samotnie – pozbawione wsparcia, trudniej docierają do opieki specjalistycznej, nie znają przysługujących im praw pacjenta albo mają trudności z odnalezieniem się w złożonym systemie ochrony zdrowia. Często problemem jest także brak elastycznych form świadczenia usług – np. domowych wizyt lekarskich czy teleporad dostępnych dla osób z ograniczoną mobilnością.

Rola wiedzy gerontologicznej i polityk publicznych

Gerontologia i nauki o starzeniu się

Wiedza o starzeniu się – zarówno jednostek, jak i całych społeczeństw – stanowi dziś jedno z kluczowych pól dla rozwoju polityk zdrowotnych i społecznych. Gerontologia to interdyscyplinarna dziedzina, która łączy wiedzę z biologii, medycyny, psychologii, socjologii, ekonomii i polityki społecznej. Jej głównym celem jest lepsze rozumienie złożonych

procesów starzenia się oraz tworzenie skutecznych rozwiązań odpowiadających na potrzeby starzejących się społeczeństw.

Dzięki badaniom prowadzonym w ramach gerontologii możliwe jest dokładniejsze rozpoznawanie czynników ryzyka pogarszania się stanu zdrowia, ocena jakości życia seniorów, obserwacja zmian w ich stylu życia oraz prognozowanie przyszłych potrzeb w zakresie opieki i wsparcia. Wiedza ta znajduje zastosowanie m.in. w:

- opracowywaniu standardów opieki geriatrycznej,
- kształtowaniu polityk senioralnych,
- projektowaniu strategii zapobiegania samotności i wykluczeniu,
- edukacji kadr medycznych, społecznych i edukacyjnych.

Ważnym aspektem rozwoju gerontologii jest również transdyscyplinarność – czyli łączenie perspektyw akademickich z wiedzą praktyków i doświadczeniami samych seniorów. Taka współpraca sprzyja tworzeniu polityk opartych na danych, ale też osadzonych w realiach społecznych.

Gerotechnologie i projektowanie uniwersalne

Rozwój technologii cyfrowych, automatyzacji i inteligentnych systemów wspomagających stwarza nowe możliwości wspierania niezależności osób starszych. Gerotechnologie – czyli innowacje tworzone z uwzględnieniem potrzeb starzejącego się społeczeństwa – to m.in. urządzenia monitorujące stan zdrowia, systemy zdalnej opieki, aplikacje wspierające pamiętanie o lekach, a także rozwiązania ułatwiające poruszanie się i codzienne funkcjonowanie.

Jednocześnie rośnie znaczenie projektowania uniwersalnego (*universal design*), które zakłada tworzenie przestrzeni, produktów i usług dostępnych dla wszystkich, niezależnie od wieku, sprawności czy poziomu umiejętności.

Zarówno technologie, jak i projektowanie społeczne powinny być tworzone we współpracy z osobami starszymi – nie tylko jako odbiorcami, ale również współtwórcami innowacji. Takie podejście zwiększa ich skuteczność, akceptację i rzeczywisty wpływ na jakość życia.

Strategie i polityki zdrowia publicznego wobec starzenia się

Polityka Unii Europejskiej wobec starzenia się populacji

W obliczu globalnych trendów demograficznych wiele instytucji międzynarodowych opracowało strategie mające na celu odpowiedź na wyzwania związane ze starzeniem się ludności. Najważniejszą z nich jest Dekada zdrowego starzenia się 2021–2030 (World Health Organization, 2020), ogłoszona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Strategia ta promuje podejście oparte na czterech filarach:

- przeciwdziałaniu ageizmowi (dyskryminacji ze względu na wiek),
- dostosowywaniu środowisk życia do potrzeb osób starszych,
- zapewnianiu zintegrowanych, skoncentrowanych na osobie usług zdrowotnych i opiekuńczych,
- rozwijaniu danych, badań i innowacji wspierających zdrowe starzenie się (Beard, Officer, & Cassels, 2016).

Dekada zdrowego starzenia się została zaprojektowana jako inicjatywa ramowa i systemowa, podkreślająca potrzebę współpracy między różnymi sektorami – od ochrony zdrowia i polityki społecznej, po urbanistykę, edukację i technologie. WHO wspiera też wdrażanie praktycznych narzędzi, takich jak model zintegrowanej opieki nad osobami starszymi (Integrated Care for Older People – ICOPE) oraz promuje mierzenie stanu zdrowia na podstawie funkcjonalności, a nie wyłącznie liczby chorób.

Starzenie się społeczeństw w krajach Unii Europejskiej to jedno z najważniejszych wyzwań, z jakimi mierzą się obecnie systemy społeczne i gospodarki. W 2021 roku Komisja Europejska zainicjowała debatę publiczną nad kierunkami odpowiedzi na te zmiany poprzez publikację dokumentu Green Paper on Ageing (European Commission, 2021). W dokumencie podkreślono m.in.:

- potrzebę solidarności międzypokoleniowej i adaptacji usług publicznych do zmieniającej się struktury demograficznej,
- konieczność transformacji rynku pracy oraz systemów edukacji i zabezpieczenia społecznego,
- rozwój opieki długoterminowej oraz wzmocnienie roli opiekunów nieformalnych,

- znaczenie cyfryzacji i innowacji w zwiększaniu dostępności i jakości usług dla osób starszych.

W realizacji tych celów ważną rolę odgrywa także European Pillar of Social Rights, który zakłada m.in. prawo do opieki, dostępu do ochrony zdrowia, edukacji przez całe życie oraz uczestnictwa społecznego. Dokument ten stanowi ważny punkt odniesienia dla tworzenia nowoczesnych polityk społecznych w krajach członkowskich, szczególnie w odpowiedzi na wyzwania związane ze starzeniem się ludności oraz zdrowie publiczne (European Commission, 2017).

Unia Europejska również aktywnie wspiera zdrowe starzenie się i rozwój innowacji społecznych, przeznaczając środki finansowe na inicjatywy w ramach programów takich jak:

- Horizon Europe – finansowanie badań i innowacji, w tym w obszarze zdrowia, opieki i technologii wspomagających,
- ESF+ (European Social Fund Plus) – wsparcie dla rozwoju kompetencji opiekuńczych i działań lokalnych,
- EU4Health – wzmacnianie systemów ochrony zdrowia, w tym komponentów geriatrycznych i prewencyjnych.

Równolegle UE wspiera współpracę międzynarodową i wymianę dobrych praktyk m.in. poprzez AGE Platform Europe, European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP on AHA) oraz europejskie sieci Age-Friendly Environments.

Polityka UE w zakresie starzenia się akcentuje konieczność kompleksowych rozwiązań – od opieki zdrowotnej i społecznej, przez urbanistykę, po edukację i cyfryzację – przy silnym zaangażowaniu obywateli, organizacji społecznych i instytucji lokalnych (WHO Regional Office for Europe, 2023).

Polityka senioralna w Polsce

W Polsce działania na rzecz osób starszych podejmowane są od lat 90., jednak dopiero niedawno zaczęto im nadawać wyraźniejszy priorytet instytucjonalny. Istotnym krokiem było przyjęcie przez Radę Ministrów dokumentu strategicznego pt. „Polityka społeczna wobec osób starszych do 2030 roku. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność” (Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, 2018), który określa

kierunki wsparcia w obszarach zdrowia, aktywności społecznej, bezpieczeństwa i opieki.

W grudniu 2023 roku w ramach Rady Ministrów utworzono nowe stanowisko – Ministra do spraw Polityki Senioralnej, odpowiedzialnego za koordynację działań na rzecz osób starszych. Choć nie powstało osobne ministerstwo, samo powołanie tej funkcji można uznać za ważny sygnał – świadczący o tym, że kwestie związane ze starzeniem się społeczeństwa zyskały należną im wagę w polityce publicznej. Zgodnie z zarządzeniem Prezesa Rady Ministrów (Dz.U. 2023 poz. 2709), do zadań ministra należy m.in. inicjowanie działań wspierających aktywne starzenie się, rozwój opieki środowiskowej i współpraca z różnymi sektorami. Funkcję objęła Marzena Okła-Drewnowicz. To symboliczny i praktyczny sygnał uznania rosnącego znaczenia wyzwań demograficznych oraz potrzeby kompleksowej koordynacji działań na rzecz starzejącego się społeczeństwa.

Na poziomie lokalnym coraz więcej samorządów wdraża strategie ukierunkowane na potrzeby starzejącej się populacji – powstają rady seniorów, domy dziennego pobytu, rozwijane są usługi teleopieki oraz inicjatywy międzypokoleniowe, takie jak szkoły czy programy edukacyjne. Aby te działania mogły funkcjonować skutecznie i długofalowo, konieczne jest zapewnienie im stabilnego finansowania oraz ujednolicenie standardów usług.

Opiekunowie formalni i nieformalni – fundament systemu wsparcia osób starszych

Starzenie się populacji i wzrost liczby osób niesamodzielnych powodują rosnące zapotrzebowanie na opiekę – zarówno w wymiarze zdrowotnym, jak i społecznym. W systemach opieki nad osobami starszymi kluczową rolę odgrywają opiekunowie formalni i nieformalni, których praca – choć często niewidoczna – stanowi fundament funkcjonowania opieki długoterminowej i środowiskowej.

Opiekunowie nieformalni

W Polsce, jak i w wielu innych krajach, znaczącą część opieki nad osobami starszymi sprawują opiekunowie nieformalni: bliscy, sąsiedzi, członkowie rodzin czy partnerzy. Ich codzienna obecność i zaangażowanie mają kluczowe znaczenie dla dobrostanu seniorów. Choć często działają intuicyjnie, bez formalnego przygotowania, ich wsparcie obejmuje zarówno pomoc w czynnościach dnia codziennego, jak i towarzyszenie emocjonalne czy koordynację leczenia. Coraz częściej dostrzega się potrzebę docenienia tej roli i zapewnienia opiekunom odpowiednich narzędzi, wiedzy oraz wytchnienia.

Coraz większą grupę opiekunów stanowią przedstawiciele tzw. pokolenia kanapkowego – czyli osoby w średnim wieku, które jednocześnie opiekują się swoimi dziećmi i starzejącymi się rodzicami. Taka podwójna odpowiedzialność wywołuje znaczące obciążenia emocjonalne, finansowe i zdrowotne, a także zwiększa ryzyko wypalenia i wykluczenia zawodowego. Dla osób takich brakuje kompleksowego systemu wsparcia, który obejmowałby m.in.:

- szkolenia i edukację zdrowotną,
- wsparcie psychologiczne,
- opiekę wytchnieniową,
- zabezpieczenia socjalne i prawne.

Opiekunowie formalni – zawód przyszłości

Opiekunowie formalni (np. pracownicy socjalni, opiekunki środowiskowe, pielęgniarki długoterminowe) to grupa zawodowa, która zyskuje coraz większe znaczenie w systemie opieki. Ich rola wykracza daleko poza codzienną pomoc – coraz częściej są włączani w działania zespołów interdyscyplinarnych, współtworząc indywidualne plany opieki i wsparcia.

Opiekunowie formalni coraz częściej towarzyszą osobom starszym nie tylko w codziennych czynnościach, ale również w bardziej złożonych aspektach życia – wspierają w decyzjach, słuchają, budują relację opartą na zaufaniu. Ich praca staje się częścią zespołowego, całościowego podejścia do opieki, w którym liczy się nie tylko zdrowie, ale i dobre

samopoczucie seniora. Aby ten model mógł się rozwijać, potrzebne są konkretne działania: lepsze warunki zatrudnienia, możliwości kształcenia i większe społeczne uznanie dla zawodu, który coraz częściej staje się powołaniem. To inwestycja w opiekę, która daje poczucie bezpieczeństwa i godności – zarówno tym, którzy ją otrzymują, jak i tym, którzy ją świadczą.

Współodpowiedzialność i solidarność międzypokoleniowa

Wspieranie opiekunów – zarówno formalnych, jak i nieformalnych – powinno stać się priorytetem zdrowia publicznego i polityki społecznej. Oznacza to nie tylko tworzenie instrumentów finansowych, ale również wzmacnianie edukacji, budowanie sieci wsparcia lokalnego, rozwój usług środowiskowych oraz uznanie opiekunów za kluczowych partnerów w opiece nad osobami starszymi.

W dłuższej perspektywie ważne jest budowanie kultury wzajemnego wsparcia między pokoleniami oraz nowego spojrzenia na to, jak dzielimy się odpowiedzialnością za opiekę. Troska o osoby starsze nie powinna być wyłącznie zadaniem najbliższych – potrzebujemy współdziałania rodziny, instytucji publicznych i organizacji społecznych, by stworzyć system oparty na współodpowiedzialności, zrozumieniu i solidarności.

Innowacje społeczne i dobre praktyki

Wdrażanie polityk senioralnych nie może ograniczać się jedynie do działań instytucjonalnych. Coraz większe znaczenie zyskują innowacje społeczne, których celem jest budowanie otoczenia sprzyjającego aktywności, integracji i dobrostanowi osób starszych. Kluczową rolę odgrywają tu działania środowiskowe, międzysektorowe oraz oddolne – bliskie realnym potrzebom seniorów.

Jednym z ważniejszych przykładów jest program WHO „Miasta przyjazne starzeniu się" (Age-Friendly Cities), który promuje adaptację przestrzeni miejskiej i usług publicznych do potrzeb starzejącej się populacji. W Polsce do inicjatywy dołączyły m.in. Poznań i Kraków. W wielu miejscowościach wdrażane są rozwiązania, które mają ułatwiać codzienne

funkcjonowanie osób starszych. Należą do nich m.in. dostosowanie przestrzeni publicznej, czyli montaż ławek, wind, lepiej oznakowanych przejść dla pieszych czy rozwój lokalnego transportu. To istotnie również w ramach zapewnienia opieki i usług zdrowotnych blisko miejsca zamieszkania, co znacząco wpływa na poczucie bezpieczeństwa i niezależności.

W Polsce szczególną rolę odgrywają uniwersytety trzeciego wieku (UTW), działające w wielu miastach i mniejszych miejscowościach. Oferują nie tylko dostęp do wiedzy z zakresu zdrowia, nowych technologii, kultury czy obywatelstwa, ale przede wszystkim tworzą przestrzeń do spotkań, dzielenia się doświadczeniem, a co najważniejsze – budowania relacji. UTW sprzyjają aktywności, przeciwdziałają samotności i pomagają osobom starszym czuć się potrzebnymi oraz sprawczymi uczestnikami życia społecznego. Coraz częściej uniwersytety trzeciego wieku włączają się również w inicjatywy, które wykraczają poza edukację – uczestniczą w projektach międzypokoleniowych, podejmują działania wolontariackie, a także wyrażają głos w sprawach ważnych dla lokalnych społeczności. Dzięki temu stają się aktywnym elementem życia obywatelskiego i przestrzenią współdziałania różnych pokoleń.

Ważnym kierunkiem rozwoju są też usługi środowiskowe, świadczone w miejscu zamieszkania – dzienne domy opieki, kluby seniora, opieka wytchnieniowa, mieszkania wspomagane. Tego typu rozwiązania pozwalają osobom starszym pozostać jak najdłużej w znanym otoczeniu, co ma pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne, orientację i poczucie bezpieczeństwa.

Warto także podkreślić rosnącą rolę organizacji i inicjatyw senioralnych, które łączą działania informacyjne, kampanie społeczne oraz aktywizację obywatelską. Dzięki nim osoby starsze mają realny wpływ na debatę publiczną, promują pozytywny wizerunek starzenia się i działają na rzecz zmiany polityki na poziomie lokalnym i krajowym.

Tego typu dobre praktyki pokazują, że starzenie się może być czasem aktywności, rozwoju i zaangażowania – o ile zapewnimy odpowiednie narzędzia, przestrzeń i uznanie dla głosu samych seniorów.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Proces starzenia się i dążenie do długowieczności są dziś zjawiskami o fundamentalnym znaczeniu społecznym, politycznym i zdrowotnym. Z jednej strony stanowią rezultat sukcesu cywilizacyjnego, z drugiej – wymagają od systemów publicznych nowej jakości działania. Z punktu widzenia zdrowia publicznego długowieczność to nie tylko coraz dłuższe życie, ale przede wszystkim szansa na zachowanie samodzielności, sprawności i aktywnego udziału w społeczeństwie – tak długo, jak to możliwe. By to osiągnąć, potrzebujemy zmiany podejścia: z koncentrowania się wyłącznie na opiece i leczeniu, na wspieranie prewencji, wczesnych działań, budowanie relacji międzypokoleniowych i promowanie równego dostępu do zdrowia i usług dla wszystkich grup społecznych.

Rekomendacje dla polityki zdrowia publicznego i praktyki społecznej:

- Profilaktyka i promocja zdrowia. Skupienie na prewencji niesamodzielności i chorób przewlekłych poprzez działania edukacyjne i środowiskowe.
- Zintegrowana opieka zdrowotno-społeczna. Tworzenie kompleksowych modeli wsparcia, łączących opiekę medyczną, społeczną i środowiskową.
- Wsparcie opiekunów i rozwój kadr. Systemowe wsparcie dla opiekunów nieformalnych oraz inwestycje w profesjonalne kadry opiekuńcze.
- Przyjazne środowisko życia. Dostosowanie infrastruktury i usług do potrzeb osób starszych, z naciskiem na lokalność i samodzielność.
- Edukacja zdrowotna i społeczna. Wzmacnianie kompetencji zdrowotnych, przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu i edukacja międzypokoleniowa.
- Zwalczanie ageizmu. Promowanie pozytywnego obrazu starzenia się w politykach publicznych i kampaniach społecznych.
- Silne samorządy i partnerstwa lokalne. Wspieranie lokalnych strategii i współpracy międzysektorowej.
- Polityki oparte na danych. Decyzje planistyczne oparte na analizach demograficznych i badaniach.

- Aktywność zawodowa seniorów. Tworzenie warunków do kontynuowania pracy i wykorzystania potencjału osób starszych.

Długowieczność w zdrowiu i godności to nie tylko cel jednostki – to wspólne zobowiązanie społeczeństwa, jak i zdrowia publicznego.

Bibliografia

Beard, J.R., Officer, A., & Cassels, A.K. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, *387*(10033), 2145–2154. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00516-4

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M.O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, *381*(9868), 752–762. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9

European Commission (2017). *European Pillar of Social Rights*. Pobrano z: https://ec.europa.eu/info/european-pillar-social-rights_en (dostęp: 14.06.2025).

European Commission (2021). *Green Paper on Ageing: Fostering solidarity and responsibility between generations*. Pobrano z: https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/d918b520-63a-9-11eb-aeb5-01aa75ed71a1/language-en (dostęp: 14.06.2025).

Eurostat (2023). *Ageing Europe – looking at the lives of older people in the EU*. Pobrano z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_statistics_on_population_developments (dostęp: 14.06.2025).

Fried, L.P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J.D., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *The Journals of Gerontology: Series A*, 59(3), M255–M263. DOI: 10.1093/gerona/59.3.M255

Główny Urząd Statystyczny (2023). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2022 r.* Pobrano z: https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2022-roku,2,5.html (dostęp: 14.06.2025).

Harper, S. (2016). *How Population Change Will Transform Our World*. Oxford: Oxford University Press.

Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej (2018). *Polityka społeczna wobec osób starszych do 2030 roku. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*. Pobrano z: https://www.monitorpolski.gov.pl/M2018000116901.pdf (dostęp: 14.06.2025).

OECD (2021). *Health at a Glance 2021. OECD Indicators*. OECD Publishing. Pobrano z: https://www.oecd.org/en/publications/health--at-a-glance-2021_ae3016b9-en.html (dostęp: 14.06.2025).

Rowe, J.W., & Kahn, R.L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, *37*(4), 433–440. DOI: 10.1093/geront/37.4.433

United Nations (2019). *World Population Ageing 2019: Highlights*. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Pobrano z: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf (dostęp: 14.06.2025).

WHO Regional Office for Europe (2023). *Healthy ageing in Europe. Current knowledge and policy perspectives*. Pobrano z: https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_26_frep_en.pdf (dostęp: 14.06.2025).

World Health Organization (2020). *Decade of Healthy Ageing 2020–2030. Baseline report*. World Health Organization. Pobrano z: https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900 (dostęp: 14.06.2025).

World Health Organization (2021). *Global report on ageism*. Pobrano z: https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866 (dostęp: 14.06.2025).

Justyna Klingemann
Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy
https://orcid.org/0000-0002-8959-8517
https://doi.org/10.35765/slowniki.558

Stygmatyzacja osób chorych i osób z niepełnosprawnościami

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Stygmatyzacja związana z chorobą i niepełnosprawnością to proces społeczny (lub związane z nim doświadczenie osobiste) charakteryzujący się wykluczeniem, odrzuceniem, winą lub dewaluacją, który jest skutkiem doświadczania lub uzasadnionego przewidywania niekorzystnego społecznego osądu osoby lub grupy utożsamianej z jakimś szczególnym problemem zdrowotnym.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Prekursorami koncepcji stygmatyzacji są socjolodzy, którzy wspólnie z psychologami społecznymi wypracowywali jej podstawy teoretyczne i metodykę badań. W tekście omówiono model piętna społecznego Goffmana, modele stygmatyzacji odwołujące się do psychologii ewolucyjnej Kurzbana i Leary'ego oraz Neuberg i współp., jak też funkcje stygmatyzacji w ujęciu Phelan i współp.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Podział na choroby psychiczne i somatyczne ma charakter umowny, mimo to chorzy psychicznie spotykają się z mniej przychylnymi reakcjami społecznymi niż chorzy somatycznie. W zrozumieniu przyczyn tego zjawiska pomaga analiza wymiarów stygmatyzacji: możliwości ukrycia piętna, przebiegu procesu stygmatyzacji, stopnia zakłócenia interakcji społecznych, źródeł piętna, właściwości estetycznych i postrzeganego zagrożenia.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Nierówne traktowanie i wykluczenie z pełnego udziału w życiu społecznym

osób chorych i osób z niepełnosprawnościami to przejaw rażącej niesprawiedliwości społecznej. Stygmatyzacja skutkuje zmniejszeniem ich szans życiowych – obniżeniem statusu socjoekonomicznego, opóźnieniem podejmowania leczenia, narażeniem na przewlekły stres. Z tych powodów ostatnia część tekstu poświęcona jest refleksji i rekomendacjom dotyczącym podejmowania działań antystygmatyzacyjnych.

Słowa kluczowe: wymiary piętna, choroba psychiczna, niepełnosprawność, etykietowanie, dyskryminacja

Definicja pojęcia

Cierpienie związane z chorobą i niepełnosprawnością nie jest wyłącznie konsekwencją doświadczanych objawów czy ograniczeń funkcjonalnych, ale również – w niektórych sytuacjach przede wszystkim – stygmatyzacji, uprzedzeń i dyskryminacji (Best & Arseniev-Koehler, 2023; Cui, 2023; Świtaj, 2010). Negatywne postawy społeczne wobec różnych grup i należących do nich jednostek skonceptualizowano w ramach dwóch komplementarnych tradycji badawczych, które w ciągu kilku ostatnich dekad rozwijały się w dużym stopniu niezależnie: modelu uprzedzeń i dyskryminacji oraz modelu stygmatyzacji (Phelan i in., 2008; Sayce & Curran, 2007; Świtaj, 2010). Pierwsza z tych tradycji wywodzi się od Gordona Allporta, druga od Ervinga Goffmana, a różni je przede wszystkim inne rozłożenie akcentów w zakresie zestawu cech, do których są one zwykle odnoszone. Badacze uprzedzeń i dyskryminacji koncentrują uwagę na cechach populacji (jak rasa czy przynależność etniczna), natomiast badacze stygmatyzacji na cechach jednostki (jak choroba, niepełnosprawność czy dewiacyjne zachowania i tożsamości). Tym samym negatywne postawy społeczne wobec osób chorych i osób z niepełnosprawnościami oraz odrzucenie, jakiego doświadczają, może być interpretowane zarówno w kategoriach uprzedzeń i dyskryminacji, jak i w kategorii piętna, na której koncentruje się niniejsza analiza (Best & Arseniev-Koehler, 2023; Cui, 2023; Świtaj, 2010).

Stygmatyzacja w ujęciu Linka i Phelan definiowana jest jako złożony, wieloetapowy proces, zakładający współwystępowanie – w kontekście władzy społecznej, politycznej lub ekonomicznej jednej grupy osób nad drugą – wzajemnie powiązanych elementów, takich jak:

- etykietowanie (wyróżnienie i nazwanie pewnych społecznie istotnych różnic między ludźmi);
- stereotypizacja (powiązanie wyróżnionych za pomocą etykiet kategorii społecznych z niepożądanymi właściwościami, składającymi się na negatywny stereotyp);
- (poznawcze) oddzielenie (uznanie naznaczonych jednostek za odmienne lub obce, podział: „my – oni”);
- reakcje emocjonalne (tych, którzy stygmatyzują – na przykład gniew, irytacja, lęk, litość – oraz tych, którzy są stygmatyzowani – na przykład zakłopotanie, wstyd, lęk, gniew);

- utrata statusu przez naznaczone jednostki (przesunięcie w dół w hierarchii społecznej) i dyskryminacja na poziomie indywidualnym lub strukturalnym (za: Świtaj, 2010).

Przejawy stygmatyzacji mogą wahać się od łagodnej awersji, lęku czy zakłopotania w obecności osób chorych lub osób z niepełnosprawnościami, aż do prób ich fizycznej eksterminacji, jak w przypadku masowej zagłady chorych psychicznie przez nazistów. Mimo tej zmienności generalna zasada, że choroba czy wynikająca z niej niepełnosprawność wiążą się ze stygmatyzowanym statusem społecznym, wydaje się na tyle uniwersalna, że wielu autorów dostrzega jej źródła w podstawowych ludzkich skłonnościach (Kurzban & Leary, 2001; Heatherton i in., 2008; Świtaj, 2010).

Społeczne konsekwencje choroby czy niepełnosprawności to wyrazista egzemplifikacja procesu stygmatyzacji w ujęciu Goffmana i jego kontynuatorów, jednak – jak argumentuje wybitny polski badacz tych procesów, Piotr Świtaj – ten uniwersalny model piętna okazał się niewystarczająco użyteczny w obszarze zdrowia publicznego (Świtaj, 2010). Z tych powodów Weiss i Ramakrishna (2006) zaproponowali własną definicję piętna związanego z chorobą i niepełnosprawnością (*health--related stigma*), ujmując je jako

> proces społeczny (lub związane z nim doświadczenie osobiste) charakteryzujący się wykluczeniem, odrzuceniem, winą lub dewaluacją, który jest skutkiem doświadczania lub uzasadnionego przewidywania niekorzystnego społecznego osądu osoby lub grupy utożsamianej z jakimś szczególnym problemem zdrowotnym. Ów osąd jest z medycznego punktu widzenia nieuzasadniony w odniesieniu do samego problemu zdrowotnego, podobnie jak nieuzasadnione jest również piętno związane z innymi aspektami tożsamości grupowej (takimi jak rasa czy orientacja seksualna), i może niekorzystnie wpływać na politykę dotyczącą zdrowia publicznego oraz na status zdrowotny jednostki (Weiss & Ramakrishna, 2006, s. 536).

Analiza historyczna pojęcia

Mimo że stygmatyzację uznaje się za jedno z najważniejszych współczesnych wyzwań w dziedzinie zdrowia psychicznego, prekursorami tej koncepcji są socjolodzy, którzy – wspólnie z psychologami społecznymi – wypracowywali jej podstawy teoretyczne i metodykę badań.

Model piętna społecznego wywodzi się od Ervinga Goffmana, a jego esej *Stigma. Notes on the management of spoiled identity* z 1963 r. (wydanie polskie 2005) do dziś jest punktem odniesienia dla badaczy

zajmujących się tą problematyką. W klasycznym ujęciu Goffmana piętno nie jest cechą jednostki, ponieważ znaczenie przypisywane różnym cechom zależy od kontekstu (mimo że istnieją takie atrybuty, które niemal we wszystkich kontekstach mają charakter dyskredytujący). Goffman (2005, s. 33) użył terminu „piętno" dla opisania relacji pomiędzy atrybutem dotkliwie dyskredytującym a stereotypem, który sprawia, że jednostka jest postrzegana jako naznaczona i niepełnowartościowa. Tym samym – jak podkreśla uznany polski badacz tych procesów, Piotr Świtaj – w Goffmanowskim ujęciu stygmatyzacja jest dynamicznym procesem społecznej konstrukcji piętna (Świtaj, 2010).

Kategoria piętna ma współcześnie szerokie zastosowanie i odnosi się do różnorodnych atrybutów i aktywności, chociaż Goffman odwoływał się przede wszystkim do przykładów osób z różnymi rodzajami chorób i niepełnosprawności, uznając prawdopodobnie, że w ich przypadku problem „zranionej tożsamości" uwidacznia się w sposób szczególny. W związku z tym wyróżnił trzy rodzaje piętna społecznego:

> Po pierwsze, brzydotę cielesną, czyli rozmaite deformacje fizyczne. Po drugie, wady charakteru przypisywane słabej woli, nieujarzmionym bądź nienaturalnym namiętnościom, niebezpiecznym lub dogmatycznym przekonaniom oraz nieuczciwości, o których to wadach wnioskuje się na podstawie takich faktów, jak na przykład zaburzenia psychiczne, pobyt w więzieniu, nałogi, alkoholizm, orientacja homoseksualna, bezrobocie, próby samobójcze albo też radykalne zachowania polityczne. Trzecią odmianą piętna są grupowe piętna rasy, narodowości i wyznania, przekazywane z pokolenia na pokolenie i nakładające jednakową skazę na wszystkich członków rodziny (Goffman, 2005, s. 34).

Wszystkie rodzaje chorób i niepełnosprawności można zaliczyć do dwóch spośród nich: do skaz cielesnych (*abominations of the body*) i do wad charakteru (*blemishes of individual character*) – używając bardziej współczesnego języka, można umownie określić te dwa typy jako piętno choroby somatycznej i piętno choroby psychicznej.

Termin „piętno" był niejednokrotnie używany w sposób niezgodny z intencjami Goffmana, a nawet wypaczający jego idee, przede wszystkim dlatego, że podjęli go autorzy o odmiennym przygotowaniu teoretycznym. Wydaje się, że w zasadzie każde poważniejsze schorzenie może w pewnych kontekstach wzbudzać negatywne reakcje otoczenia i być przyczyną odrzucenia społecznego – stygmatyzacja analizowana była w kontekście szeregu problemów zdrowotnych, takich jak: choroby

psychiczne, uzależnienia od substancji psychoaktywnych, niepełnosprawność intelektualna, niepełnosprawność fizyczna, choroby neurologiczne, choroby zakaźne, nowotwory, astma, cukrzyca, otyłość, choroby skóry, oparzenia, zniekształcenia twarzy, wady lub utrata wzroku i słuchu, zaburzenia mowy i komunikacji, wady wrodzone i schorzenia genetyczne, bezpłodność, kolostomia czy nietrzymanie moczu (Best & Arseniev-Koehler, 2023; Świtaj, 2010).

Proces stygmatyzacji nie jest przypadkowy. Rządzą nim pewne prawidłowości, a wszechobecność procesów wykluczania społecznego, trwałość oraz uniwersalność wielu elementów stygmatyzacji prowadzą do pytań o jego genezę. Warto w tym kontekście omówić modele stygmatyzacji odwołujące się do psychologii ewolucyjnej.

Model piętna Kurzbana i Leary'ego (2001) wykracza poza dominujące wcześniej wyjaśnienia społeczne czy psychologiczne. Autorzy zidentyfikowali trzy ewolucyjnie uwarunkowane psychologiczne mechanizmy adaptacyjne, które stanowią podstawę stygmatyzacji. Pierwszy z nich to dążenie do unikania pasożytów (np. wirusów, bakterii, insektów, robaków) i związane z nim ewolucyjne systemy wykrywania (i unikania) osobników będących nosicielami zakaźnych patogenów. Kurzban i Leary (2001) zakładają, że ze względu na potencjalne koszty pomyłki (w skrajnym przypadku śmierć), systemy te wykazują tendencję w kierunku wyników fałszywie dodatnich. Drugi mechanizm to skłonność do unikania interakcji z jednostkami uznawanymi za mało wartościowych partnerów wymiany społecznej. Tu różnym formom wykluczenia społecznego podlegaliby ludzie posiadający niewielkie zasoby ekonomiczne lub społeczne (np. bezdomni, chorzy, osoby z niepełnosprawnościami); uznawani za nieprzewidywalnych (np. chorzy psychicznie, uzależnieni) oraz oszuści. Trzeci mechanizm to dążenie do eksploatacji i wykluczenia członków innych grup społecznych; jest on powiązany ze stygmatyzacją przedstawicieli innej rasy czy narodowości.

Podobne stanowisko przyjęli Neuberg i in. (w: Heatherton i in., 2008), tworząc biokulturowy model stygmatyzacji i wskazując na genezę tego procesu w biologicznie uwarunkowanej potrzebie życia w efektywnej grupie, co wiąże się z koniecznością ciągłego minimalizowania wewnątrz grupy i na zewnątrz. W tym ujęciu stygmatyzacja jest procesem identyfikowania i eliminowania jednostek utrudniających efektywne funkcjonowanie grupy społecznej. Zdaniem Neuberga i in. (w: Heatherton i in.,

2008) osoby chore i osoby z niepełnosprawnościami są piętnowane, ponieważ nie są w stanie odwzajemnić poniesionych przez grupę nakładów – biorą od grupy więcej, niż jej dają.

Odmienne ujęcie zaproponowali Phelan i in. (2008), wskazując, że piętno i uprzedzenia pełnią trzy funkcje społeczne: dążenie do wyzysku i dominacji, wymuszenie stosowania się do norm społecznych oraz unikanie chorób. Wyzysk i dominacja są motywem stygmatyzacji i uprzedzeń w przypadku cech „grupowych" (rasa, przynależność etniczna czy płeć), natomiast wobec osób z problemami zdrowotnymi postrzeganymi społecznie jako podlegające kontroli (np. otyłość, nadużywanie substancji psychoaktywnych) ten sam cel stanowi zmuszenie ich do dostosowania się do norm społecznych i jednoczesne zakomunikowanie innym członkom grupy norm społecznych i konsekwencji ich naruszenia. Stygmatyzacja osób z większością problemów zdrowotnych (takich jak choroby psychiczne i somatyczne, defekty cielesne i niepełnosprawność fizyczna) ma genezę przede wszystkim w dążeniu do unikania chorób. „Nielogiczność" tego rodzaju stygmatyzacji oraz intensywność i swoista automatyczność reakcji emocjonalnych wskazują na konieczność odwołania się, podobnie jak Kurzban i Leary (2001), do psychologii ewolucyjnej i skrzywienia w kierunku wyników fałszywie dodatnich, ale wyłącznie w odniesieniu do zachowań motywowanych dążeniem do unikania chorób. Analizy Best i Arseniev-Koehler (2023) potwierdzają, że wymuszenie stosowania się do norm społecznych oraz unikanie zakażenia (nawet rozumianego w sposób symboliczny) to podstawowe mechanizmy stygmatyzacji, wykazujące się dużą stabilnością w czasie. Warto jednak pamiętać, że w społeczeństwach, które cenią władzę, niezależność, produktywność, zdrowie i piękno niemalże każda choroba może zostać uznana za naruszenie normy i wiązać się z osądem moralnym, mimo że prymat mają tu te problemy zdrowotne, które w percepcji społecznej są możliwe do uniknięcia, w związku z czym można obarczyć osoby doświadczające tych problemów odpowiedzialnością za te doświadczenia (Best & Arseniev-Koehler, 2023; Jones i in. 1984; Phelan i in. 2008).

Podejście funkcjonalne do stygmatyzacji nawiązuje do nurtu w psychologii społecznej związanego z funkcjonalnym ujęciem stereotypów i uprzedzeń. Jednostki lub grupy stygmatyzujące inne jednostki lub grupy uzyskują szereg korzyści: oszczędność poznawczą (szybsze i mniej obciążające przetwarzanie informacji), wzmocnienie poczucia własnej

wartości na poziomie indywidualnym i grupowym (poprzez porównania z dewaluowanymi jednostkami czy grupami), wyższe poczucie kontroli, ograniczenie lęku poprzez unikanie zagrożenia, usprawiedliwianie lub racjonalizowanie społecznego *status quo* i swojej uprzywilejowanej pozycji społecznej oraz utrwalanie określonego systemu wartości czy poglądu na świat (Świtaj, 2008).

Ujęcie problemowe pojęcia

Analizami procesu stygmatyzacji w ujęciu problemowym i w odniesieniu do jej wymiarów zajmowało się w Polsce niewielu badaczy, dlatego warto przywołać tu prace wybitnego polskiego psychiatry Piotra Świtaja, międzynarodowej klasy eksperta w obszarze badań nad piętnem choroby psychicznej (Świtaj 2008, 2010). Szczególnie, że sam podział na choroby psychiczne i somatyczne ma charakter umowny i nie da się go do końca konsekwentnie przeprowadzić, zależny jest też w dużym stopniu od kontekstu kulturowego. W wielu spośród zaburzeń psychicznych występują zmiany strukturalne i/lub funkcjonalne w mózgu, a liczne schorzenia somatyczne mogą – przynajmniej okresowo – manifestować się również poprzez objawy psychopatologiczne (Świtaj, 2010). Z drugiej strony procesy etykietowania czy stereotypizacji powodują, że bardzo złożona rzeczywistość społeczna podlega w ludzkich umysłach daleko idącemu uproszczeniu i – dość arbitralnej – kategoryzacji (Link & Phelan, 2001), tym samym odróżnienie piętna choroby psychicznej i somatycznej wydaje się celowe, gdyż ludzie faktycznie w odmienny sposób postrzegają różne schorzenia w zależności od tego, czy uważają je za psychiatryczne czy za somatyczne (Świtaj, 2010). Różnice widać zarówno na poziomie języka – chociaż istnieje wiele chorób psychicznych, terminu „choroba psychiczna" używa się w liczbie pojedynczej, jako rzeczownika zbiorowego (Maio, 2004); jak też w wynikach badań postaw społecznych, które potwierdzają, że ludzie mają wyraźnie bardziej życzliwy i akceptujący stosunek wobec osób chorujących somatycznie (Corrigan i in., 2000), a osoby leczące się psychiatrycznie w większym stopniu niż osoby ze schorzeniami somatycznymi obawiają się wykluczenia (Świtaj, 2008).

Świtaj wskazuje, że toczy się również spór teoretyczny dotyczący tego, które z zaburzeń psychicznych należy zaliczyć do chorób psychicznych

w sensie ścisłym i czy w ogóle rozróżnienie na zaburzenia i choroby psychiczne jest zasadne. Samego terminu „piętno choroby psychicznej" przyjęło się używać w odniesieniu do takich zaburzeń jak schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne, zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe i zaburzenia osobowości. Od tak rozumianego piętna choroby psychicznej odróżnia się piętno związane z zaburzeniami rozwojowymi czy nadużywaniem substancji psychoaktywnych, które mają swoją specyfikę. Jednak w odniesieniu do zagadnienia stygmatyzacji osób chorych i osób z niepełnosprawnościami postanowiliśmy traktować ten termin szerzej, ponieważ istotny jest tu nie tyle sam charakter zaburzeń, schorzeń i niepełnosprawności, ile ich społeczny odbiór. A zatem piętno społeczne może być do pewnego stopnia modyfikowane przez specyfikę obrazu psychopatologicznego czy przebieg różnych zaburzeń psychicznych, jednak kluczowe dla procesu stygmatyzacji zjawiska stereotypizacji czy etykietowania sprawiają, że reakcje społeczne na nie wykazują szereg cech wspólnych (Świtaj, 2010).

Próbą odejścia od kategorialnego ujęcia stygmatyzacji jest koncepcja wymiarów piętna, której prekursorami byli Jones i in. (1984). W ramach tego modelu zidentyfikowano zestaw cech stygmatyzacji, które decydują nie tylko o reakcjach otoczenia wobec stygmatyzowanych osób, ale również o ich subiektywnych przeżyciach oraz o dostępności i wyborze strategii zaradczych (Świtaj, 2010). Autorzy tej koncepcji wyróżnili sześć wymiarów piętna:

- możliwość ukrycia (*concealability*) – stopień widoczności i oczywistości piętna dla innych;
- przebieg (*course*) – odwracalność, stabilność lub ryzyko nasilenia się piętna z biegiem czasu;
- stopień zakłócenia interakcji społecznych (*disruptiveness*) – cecha codziennych relacji społecznych wiążąca się z napięciem, lękiem, zakłopotaniem i brakiem płynności;
- pochodzenie (*origin*) – sposób powstawania piętna (czy jest nabyte czy wrodzone, czy powstało przypadkowo czy intencjonalnie);
- właściwości estetyczne (*aesthetics*) – subiektywna reakcja na nieatrakcyjny wygląd piętna;
- niebezpieczeństwo (*peril*) – postrzegane zagrożenie piętna dla otoczenia (Świtaj, 2010).

M o ż l i w o ś ć u k r y c i a. Do najbardziej widocznych problemów somatycznych należą zniekształcenia twarzy i różne deformacje

fizyczne, które zwracają uwagę lub prowadzą do niepełnosprawności wymuszającej konieczność korzystania z widocznych jej atrybutów (jak laska bądź wózek inwalidzki). Inne schorzenia mogą być widoczne dla otoczenia tylko okresowo (np. padaczka). Również zaburzenia psychiczne mogą wiązać się z szeregiem oznak, jak charakterystyczne cechy fizyczne osób z wieloletnim uzależnieniem od alkoholu czy chorujących na anoreksję albo nieadekwatne zachowania u chorych na schizofrenię, często związane z niepożądanymi efektami leków przeciwpsychotycznych. Schizofrenia wydaje się mieć szczególny status – jest niemal synonimem choroby psychicznej czy szaleństwa, funkcjonuje w języku w bardzo różnych, często odległych od pierwotnego kontekstach, budzi liczne negatywne skojarzenia, a piętno społeczne wiążące się z doświadczeniem schizofrenii jest tak dotkliwe, że nazywa się je „drugą chorobą" (Świtaj, 2008). Sytuacja osób z piętnem możliwym do ukrycia pozornie wydaje się lepsza – mogą unikać odrzucenia społecznego poprzez zarządzanie dyskredytującymi informacjami. Jednak strategia ukrywania stygmatu na dłuższą metę często okazuje się nieskuteczna i wiąże się ze znacznymi kosztami psychologicznymi (Heatherton i in., 2008).

P r z e b i e g. Stygmaty uważane za nieodwracalne lub nasilające swój wpływ z czasem budzą na ogół bardziej negatywne reakcje społeczne – w przypadku choroby kluczowa jest tu jej uleczalność. Schorzenia somatyczne stanowią w tym przypadku grupę bardzo zróżnicowaną, ale częściej traktowane są jako uleczalne, tymczasem poważne choroby psychiczne są powszechnie uważane za trudne lub niemożliwe do wyleczenia.

S t o p i e ń z a k ł ó c e n i a i n t e r a k c j i s p o ł e c z n y c h. Niedowład lub brak kończyn, ślepota, głuchota czy zniekształcenia twarzy mogą w znacznym stopniu wpływać na interakcje jednostki z jej otoczeniem społecznym, w skrajnych przypadkach prowadząc do ich zerwania. W przypadku zaburzeń psychicznych niektóre ich elementy – nieadekwatne reakcje emocjonalne, deficyty w zakresie umiejętności społecznych, przejawy napięcia i pobudzenia czy też przeżycia niedostępne dla większości ludzi, jak urojenia czy omamy – mogą budzić silnie wyrażone negatywne reakcje. Nie bez znaczenia jest fakt, że osoby chore psychicznie są postrzegane jako nieprzewidywalne i niebezpieczne (Best & Arseniev-Koehler, 2023; Świtaj, 2010).

Pochodzenie. Możliwości kontrolowania piętna oraz osobistej odpowiedzialności są powiązane ze sposobem jego powstawania. Jednak zdarza się przecież, że przyczyna może podlegać kontroli jednostki, a konkretny akt mieć charakter intencjonalny, ale ze względu na szereg okoliczności odpowiedzialność nie powinna zostać przypisana jednostce w danym przypadku. Z badań wynika, że za zawinione i poddające się kontroli uważane są takie zaburzenia psychiczne jak uzależnienia od substancji psychoaktywnych (Corrigan i in., 2000), bez względu na to, ile cierpienia niesie ze sobą fakt uzależnienia – cierpienia, które nigdy nie jest świadomym wyborem jednostki. Dowiedziono jednak, że wiedza o okolicznościach i przyczynach zachorowania w konkretnym przypadku silnie wpływa na reakcje emocjonalne i behawioralne wobec danej choroby – ludzie mniej negatywnie oceniają osoby z otyłością, jeśli uzyskają informację, że jest ona wynikiem problemów hormonalnych, a reakcje wobec AIDS są łagodniejsze, jeśli wiadomo, że do zakażenia doszło poprzez transfuzję krwi (Świtaj, 2010).

Właściwości estetyczne. Wygląd zewnętrzny jest wyróżniającym się aspektem spostrzegania społecznego i odgrywa znaczącą rolę w procesie stereotypizacji. Ludzie są silnie uwrażliwieni na bodźce dotyczące wyglądu zewnętrznego i wykazują tendencję do wnioskowania na ich podstawie o cechach osobowości i skłonnościach do określonych zachowań. Ponadto niektóre deformacje cielesne mogą wywoływać silną reakcję wstrętu czy odrazy, która ma charakter instynktowny, niezależny od procesów stereotypizacji. Subiektywna reakcja na nieatrakcyjny wygląd piętna ma znaczenie głównie w przypadku schorzeń widocznych (raczej więc somatycznych niż psychicznych), ale może mieć też znaczenie w przypadku piętna choroby psychicznej – zaniedbany wygląd, niedostateczna higiena lub fizyczne oznaki przewlekłego nadużywania alkoholu mogą z pewnością zwiększać skłonność do unikania kontaktów z osobami chorującymi psychicznie (Świtaj, 2010).

Niebezpieczeństwo. Poczucie zagrożenia dla zdrowia czy bezpieczeństwa wynikające z kontaktu z osobą chorą można było zaobserwować w czasie pandemii COVID-19 – lęk przed chorobą o nieznanym źródle i potencjalnie śmiertelnych konsekwencjach oraz chaos wywołany przez pandemię napędzały lub utrwalały szkodliwe stereotypy, wzmacniając nieprawdziwe skojarzenia między chorobą a innymi czynnikami i dehumanizując osoby cierpiące na tę chorobę. Jedną

z konsekwencji była niechęć do poddawania się badaniom przesiewowym, testom i kwarantannie. Niektóre badania wskazywały na wyższy poziom stygmatyzacji zakażenia COVID-19 niż HIV, który przez wiele dekad był jednym z najbardziej stygmatyzowanych problemów zdrowotnych na świecie (Seyed Alinaghi i in., 2023). Poczucie zagrożenia dla zdrowia czy bezpieczeństwa wynikające z kontaktu z osobą chorą może mieć również charakter symboliczny i dotyczyć chorób niezakaźnych, wynikać z uświadomienia sobie własnej śmiertelności. Współcześnie taką rolę odgrywają przede wszystkim AIDS i nowotwory. Lęk ten też silnie wiąże się ze stereotypowym postrzeganiem osób z zaburzeniami psychicznymi jako nieprzewidywalnych, niebezpiecznych i zagrażających otoczeniu (Best & Arseniev-Koehler, 2023).

Analiza wymiarów stygmatyzacji pozwala częściowo odpowiedzieć na pytanie, dlaczego chorzy psychicznie na ogół spotykają się z mniej przychylnymi reakcjami społecznymi niż chorzy somatycznie. Kluczową rolę wydają się tu odgrywać wymiary niebezpieczeństwa, destrukcyjności oraz pochodzenia, ze względu na które osoby z zaburzeniami psychicznymi są oceniane szczególnie negatywnie. Wymiary piętna ułatwiają również interpretację różnic w zakresie społecznej dezaprobaty dla poszczególnych chorób. Warto zauważyć, że najsilniej stygmatyzowane zaburzenia psychiczne, jakimi są uzależnienia od substancji psychoaktywnych, są równocześnie najgorzej oceniane w dwóch szczególnie istotnych wymiarach – osobistej odpowiedzialności i niebezpieczeństwa.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Piętno społeczne i dyskryminacja przyczyniają się do radykalnego zmniejszenia szans życiowych osób chorych i osób z niepełnosprawnościami, ale także – poprzez obniżenie ich statusu socjoekonomicznego, opóźnianie podejmowania przez nie leczenia lub przerywanie go i poprzez narażenie na przewlekły stres – mogą wywierać szkodliwy wpływ na stan ich zdrowia fizycznego i psychicznego, a nawet przekładać się na skrócenie oczekiwanej długości życia (Best & Arseniev-Koehler, 2023; Cui, 2023; Link & Phelan, 2006; Mak i in., 2007). Należy

zaznaczyć, że stygmatyzacja, uprzedzenia i dyskryminacja mają charakter dynamiczny i interakcyjny, dlatego nie mniej ważne niż negatywne, wykluczające postawy społeczne są również przeżycia i reakcje osób będących ich obiektem. W tym sensie stanowią więc nie tylko źródło subiektywnie przeżywanego cierpienia, ale mają także istotne implikacje dla zdrowia publicznego.

Zagadnienia typów, wymiarów i funkcji piętna społecznego nie są od siebie niezależne, ale w znacznym stopniu nakładają się na siebie, wzajemnie wyjaśniają i uzupełniają. Można dostrzec wiele spójności pomiędzy między typami piętna opisanymi przez Goffmana (2005) a funkcjami stygmatyzacji Kurzbana i Leary'ego (2001) oraz Phelan i in. (2008). Wydaje się, że poszczególne typy piętna odpowiadają różnym funkcjom, które wiążą się z różnymi reakcjami emocjonalnymi i behawioralnymi. Jednocześnie warto pamiętać, że rzeczywistość społeczna lubi wymykać się typologiom. Phelan i in. (2008) zauważają w tym kontekście, że stygmatyzacja chorych na AIDS może wynikać zarówno z obawy przed zachorowaniem, jak i na dążeniu do wymuszenia stosowania się do norm społecznych (jeśli zakażenie zostanie uznane za zawinione). Podobnie wykluczenie społeczne chorych psychicznie może pełnić różne funkcje w zależności od rodzaju atrybucji dotyczących pochodzenia i możliwości kontrolowania choroby (zawinione złamanie reguł społecznych czy choroba mózgu). Z pewnością analiza i głębokie zrozumienie tych zagadnień jest podstawą opracowania skutecznych metod interwencji mających na celu przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób chorych i osób z niepełnosprawnościami. Przeciwdziałanie piętnu, którego funkcjami są wyzysk i dominacja, wymaga zmiany hierarchii władzy, natomiast wyeliminowanie piętna, którego funkcją jest zakomunikowanie norm społecznych, będzie trudne bez zmiany tych norm. Wreszcie, ewolucyjne korzenie procesu stygmatyzacji przemawiają przeciwko możliwości modyfikacji tych procesów, jednak nawet automatyczne reakcje emocjonalne mogą być osłabione poprzez kontakt z osobami chorymi, podobnie jak desensytyzacja (odwrażliwianie) poprzez ekspozycję na obiekt budzący lęk przyczyni się do osłabienia fobii (Best & Arseniev-Koehler, 2023; Phelan i in., 2008; Świtaj, 2010). Best i Arseniev-Koehler (2023) analizowali temporalny aspekt stygmatyzacji – prześledzili stygmatyzujące znaczenia ponad stu schorzeń i zaburzeń psychicznych na przestrzeni czterech dekad: problemów

zdrowia psychicznego (szeregu zaburzeń psychicznych, w tym uzależnień); chorób zakaźnych (w tym infekcji przenoszonych drogą płciową, jak np. HIV/AIDS czy kiły) oraz kilkudziesięciu schorzeń przewlekłych (związanych ze stylem życia, autoimmunologicznych, genetycznych, neurorozwojowych, neurologicznych i innych). Z ich badań wynika, że niektóre percepcje są szczególnie odporne na zmiany, a najsilniejsza i najbardziej trwała stygmatyzacja dotyczy zaburzeń psychicznych. Piętno związane z chorobami zakaźnymi również charakteryzuje się stosunkową stabilnością w czasie. Jednocześnie badacze zaobserwowali znaczny spadek poziomu stygmatyzacji w odniesieniu do chorób przewlekłych, co może wpływać na zwiększenie jakości życia wielu osób (Best & Arseniev-Koehler, 2023).

Warto pamiętać, że kategorie choroby i niepełnosprawności (w tym również kategorie diagnostyczne) są społecznie konstruowane, tym samym zarówno ich trafność, jak i praktyczna użyteczność pozostają kwestiami otwartymi. Sposób, w jaki klasyfikuje się, definiuje i nazywa problemy zdrowotne, do pewnego stopnia kształtuje postawy społeczne wobec osób ich doświadczających. Wymiary piętna nie odnoszą się do wewnętrznych właściwości chorób czy niepełnosprawności, ale do ich społecznej percepcji, która często różni się znacznie od wiedzy opartej na badaniach naukowych. Język używany do opisu tych zjawisk – jako narzędzie aktywnie kształtujące rzeczywistość społeczną – wpływa na nasz sposób myślenia i tym samym może albo przenosić i utrwalać szkodliwe i stygmatyzujące schematy myślenia, wzmacniając stygmatyzację i wykluczenie, albo wspierać proces zdrowienia i integracji społecznej. Istotne w tym kontekście wydaje się zrozumienie, jak różne wymiary stygmatyzacji językowej – medyczny, społeczny, polityczny i osobisty – wzajemnie się przenikają i wzmacniają.

W tym kontekście warto odnieść się do kwestii budowania narracji zmierzającej do ukształtowania społecznej percepcji zaburzeń psychicznych w kategoriach chorób mózgu czy też zaburzeń o charakterze biologicznym lub genetycznym. Stoi za tym idea przeciwdziałania stygmatyzacji poprzez zdjęcie z jednostki doświadczającej zaburzeń psychicznych ciężaru odpowiedzialności za jej stan i wynikające z niego zachowanie. Badania postaw społecznych sugerują jednak, że społeczeństwa uznające czynniki biologiczne za przyczynę zaburzeń psychicznych charakteryzuje wyższy pesymizm związany z możliwością

powrotu do zdrowia oraz dystans społeczny wobec osób problemami zdrowia psychicznego (Best & Arseniev-Koehler, 2023; Read & Harre, 2001; Sayce & Curran, 2007). Tym samym liczne kampanie mające na celu przeciwdziałanie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez odwołanie się do biologicznego modelu chorób psychicznych, podkreślanie ich uwarunkowania genetycznego lub dysfunkcji ośrodkowego układu nerwowego w ich etiopatogenezie nie tylko mają wątpliwą skuteczność, ale wręcz wydają się przeciwskuteczne (Sayce & Curran, 2007).

Stygmatyzacja ma również wymiar etyczny i aksjologiczny – nierówne traktowanie i wykluczenie z pełnego udziału w życiu społecznym osób w jakiś sposób upośledzonych, nie w pełni sprawnych czy chorych należy uznać przede wszystkim za przejaw rażącej niesprawiedliwości społecznej. Badanie procesów stygmatyzacji dostarcza przesłanek do pełniejszego zrozumienia natury ludzkiej – jesteśmy w gatunkiem społecznym, a jednocześnie mamy skłonność do odrzucania osób chorych i osób z niepełnosprawnościami, mimo że mniej lub bardziej nasilone problemy zdrowotne nie omijają w zasadzie nikogo. W tym sensie analiza procesów stygmatyzacji pozwala zadać pytania o istotę człowieczeństwa – proces ten opiera się na przekonaniu, iż piętnowane jednostki są „obce" – do tego stopnia, że zakwestionowana zostaje pełnia ich człowieczeństwa (Świtaj, 2010).

Wreszcie, ujęcie problematyki stygmatyzacji na poziomie makrospołecznym pozwala dostrzec, że może mieć ona również charakter instytucjonalny lub strukturalny i przyczyniać się do ograniczenia szans życiowych i pogłębiania nierówności społecznych nawet pod nieobecność uprzedzeń i dyskryminacji na poziomie indywidualnym (Link & Phelan 2001). Rolę odgrywać tu mogą różnego rodzaju reguły, praktyki i procedury prywatnych i publicznych instytucji, które w sposób intencjonalny ograniczają prawa i możliwości życiowe pewnych grup społecznych (Corrigan i in., 2005). Pojęcie dyskryminacji strukturalnej odnosi się również do niezamierzonych procedur i unormowań w sektorze prywatnym i publicznym, jak relatywnie niskie nakłady finansowe na opiekę zdrowotną dotyczącą osób chorych psychicznie lub osób z niepełnosprawnościami. Za jej przejaw można uznać nawet praktyki – wynikające z nieformalnych norm narzuconych przez wydawców, którzy promują treści budzące sensację – przedstawiania osób chorych w negatywnym

świetle w środkach masowego przekazu, co przyczynia się do propagowania i utrwalania stygmatyzujących postaw. Ludzie internalizują stereotypowe przekazy kulturowe: zarówno badacze stygmatyzacji, jak i socjolodzy kultury identyfikują podobne drogi upowszechniania i utrwalania znaczeń kulturowych, które wpływają na przekonania oraz zachowania ludzi (Best & Arseniev-Koehler, 2023). Obrazy medialne osób z niepełnosprawnościami czy też zaburzeniami psychicznymi, pokazujące ich wkład w życie społeczne – poprzez pracę zawodową, wychowywanie dzieci, działalność artystyczną czy też pracę na rzecz społeczności lokalnej – należą do rzadkości. Z drugiej strony działania antystygmatyzacyjne, których esencją jest zastępowanie jednych – krzywdzących – stereotypów, innymi – pozytywnymi – nie dotykają istoty problemu, choć prawdopodobnie przyczyniają się do budowania większej wielowymiarowości percepcji osób chorych i osób z niepełnosprawnościami, co jest oczywiście ważne. Ważna w tym kontekście jest też próba zmiany przekonań, które łączą chorobę czy niepełnosprawność z brakiem kompetencji (Sayce & Curran, 2007).

Problemem wielu działań antystygmatyzacyjnych jest to, że nie biorą pod uwagę relacji władzy jako warunku *sine qua non* procesu stygmatyzacji (Link & Phelan, 2001). Kampanie mające bardzo ogólny przekaz, pokazujący, że stygmatyzowanie jest źródłem cierpienia, nie doprowadzą do zmiany krzywdzących stereotypów na temat ludzi z zaburzeniami psychicznymi, somatycznymi czy z niepełnosprawnością. Kampanie edukacyjne również nie przynoszą oczekiwanych efektów – mimo że budowanie i monitorowanie świadomości społecznej wokół tych kwestii jest niezwykle istotne, idea, zgodnie z którą wystarczy upowszechnić wiedzę na temat przyczyn zachowań oraz ich konsekwencji, aby zmienić przekonania ludzi (a nawet ich zachowanie), nie ma wystarczającego umocowania naukowego. Konsekwentne działania antystygmatyzacyjne – również te na poziomie polityki zdrowotnej i przeciwdziałające stygmatyzacji strukturalnej – muszą zmierzać albo do zmiany głęboko zakorzenionych przekonań obecnych w grupach sprawujących władzę, albo do ograniczenia władzy tych grup. Warto więc podejmować inicjatywy zmierzające do przerwania łańcucha przekonań, w którym choroba czy niepełnosprawność kojarzone są z zagrożeniem i/lub niekompetencją, pokazujące, że osoby chore, osoby z niepełnosprawnościami żyją wśród nas i to ludzie tacy jak my (Sayce & Curran, 2007).

Bibliografia

Best, R.K., Arseniev-Koehler, A. (2023). The Stigma of Diseases: Unequal Burden, Uneven Decline. *American Sociological Review*, *88*(5), 938–969.

Corrigan, P.W. (2005). Mental illness stigma as social injustice. Yet another dream to be achieved. W: P.W. Corrigan (Red.), *On the stigma of mental illness. Practical strategies for research and social* change (s. 315–320). Washington: American Psychological Association.

Corrigan, P.W., River, L.P., Lundin, R.K., Uphoff Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Goldstein, H., Bergman, M., Gagnon, C., & Kubiak, M.A. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*, *28*(1), 91–102.

Cui, J. (2023). The Impacts of Stigma on People with Disabilities. A Systematic Review. *BCP Social Sciences & Humanities*, *21*, 108–113.

Goffman, E. (2005). *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Przeł. A. Dzierżyńska. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Heatherton, T.F., Kleck, R.E., Hebl, M.R., & Hull J.G. (Red.) (2008). *Społeczna psychologia piętna*. Przeł. J. Radzicki, M. Szuster & T. Szustrowa. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Jones, E.E., Farina, A., Hastorf, A.H., Markus, H., Miller, D.T., & Scott, R.A. (1984). *Social stigma. The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.

Kurzban, R., & Leary, M.R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, *127*(2), 187–208.

Link, B.G., & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, *27*, 363–385.

Link, B.G., & Phelan, J.C. (2006). Stigma and its public health implications. *Lancet*, *367*, 528–529.

Maio, H. (2004). Language and the meaning of stigma. *CCSR Bulletin*, *2*(1).

Mak, W.W.S., Poon, C.Y.M., Pun, L.Y.K., & Cheung, S.F. (2007). Meta-analysis of stigma and mental health. *Social Science & Medicine*, 65, 245–261.

Phelan, J.C., Link, B.G., & Dovidio, J.F. (2008). Stigma and prejudice. One animal or two? *Social Science & Medicine*, *67*, 358–367.

Read, J., & Harre, N. (2001). The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatization of ‘mental patients’. *Journal of Mental Health*, *10*(2), 223–235.

Sayce, L., & Curran, C. (2007). Tackling social exclusion across Europe. W: M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos & G. Thornicroft (Red.),

Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care (s. 34–59). Maidenhead: Open University Press.

Seyed Alinaghi, S., Afsahi, A.M., Shahidi, R., Afzalian, A., Mirzapour, P., Eslami, M., Ahmadi, S., Matini, P., Yarmohammadi, S., Saeed Tamehri Zadeh, S., Asili, P., Paranjkhoo, P., Ramezani, M., Nooralioghli ParAnsouri, S., Pashaei, A., Mehraeen, E., […] Hackett, D. (2023). Social stigma during COVID-19: A systematic review. *SAGE open medicine*, *11*, 20503121231208273.

Świtaj, P. (2008). *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Świtaj, P. (2010). Piętno społeczne związane z chorobą i niepełnosprawnością – typy, wymiary, geneza, funkcje. W: E. Zasępa (Red.), *Choroba, niepełnosprawność, cierpienie oraz postawy wobec nich – w teorii i w badaniach* (s. 313–342). Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.

Weiss, M.G., & Ramakrishna, J. (2006). Stigma interventions and research for international health. *Lancet*, *367*, 536–538.

Michał Bujalski
Uniwersytet Warszawski
https://orcid.org/0000-0003-4499-5460
https://doi.org/10.35765/slowniki.563

Uzależnienia i używanie substancji psychoaktywnych

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Uzależnienie od alkoholu to przewlekłe zaburzenie charakteryzujące się utratą kontroli nad piciem, wzrostem tolerancji na substancję oraz objawami zespołu abstynencyjnego, które prowadzi do szkodliwych następstw zdrowotnych – zarówno fizycznych, jak i psychicznych. Skutkuje ono również negatywnymi konsekwencjami w sferze relacji społecznych. Koncepcja uzależnienia ewoluowała od postrzegania go przez pryzmat zagrożeń moralnych, przez medykalizację alkoholizmu, aż po współczesną ekspansję kategorii uzależnienia na coraz więcej zachowań problemowych.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Pierwsze regulacje dotyczące alkoholu sięgają starożytności. Na przełomie XIX i XX w. ruchy abstynenckie i prohibicyjne próbowały radykalnie ograniczyć konsumpcję alkoholu. W drugiej połowie XX w. nastąpiła medykalizacja alkoholizmu. Przełomem było wypracowanie w latach 70. modelu konsumpcji całkowitej, opartego na ograniczaniu dostępności ekonomicznej i fizycznej alkoholu w celu utrzymania niskiego poziomu konsumpcji *per capita*.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Kluczowym wyzwaniem dla skutecznej polityki wobec alkoholu są paradoksy wynikające z rozbieżności między strukturą konsumpcji a strukturą szkód zdrowotnych i społecznych oraz zyskami producentów alkoholu. Barierą jest także brak kompleksowego podejścia łączącego skuteczne narzędzie ograniczania konsumpcji alkoholu, w tym przede wszystkim ograniczania jego dostępności.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Z punktu widzenia interesów zdrowia publicznego potrzebne są kompleksowe strategie łączące podejście populacyjne z niwelowaniem nierówności w dostępie do leczenia uzależnień. Istotne jest również podejmowanie działań na rzecz zaangażowania społeczeństwa w kształtowanie polityki zdrowia publicznego oraz budowanie świadomości ryzyka związanego ze spożywaniem alkoholu.

Słowa kluczowe: uzależnienia, alkohol, zdrowie publiczne

Definicja pojęcia

Zdrowie publiczne ma wymiar globalny, gdyż procesy globalizacji politycznej i ekonomicznej oraz związany z nimi model polityki neoliberalnej doprowadziły do gwałtownego rozprzestrzeniania się czynników ryzyka chorób – przede wszystkim chorób niezakaźnych na całym świecie. Mowa tu m.in. o nowotworach, chorobach układu krążenia, cukrzycy, zaburzeniach psychicznych – w tym uzależnieniach. Ich rozpowszechnienie ma ścisły związek ze stylem życia, nawykami konsumpcyjnymi oraz czynnikami historycznymi, kulturowymi i społeczno-ekonomicznymi.

Wśród czynników ryzyka o ogromnym wpływie na zdrowie znajduje się alkohol – substancja psychoaktywna powodująca olbrzymie szkody zdrowotne, społeczne i ekonomiczne. Pomimo tego alkohol pozostaje legalnym, szeroko dostępnym i popularnym produktem konsumpcyjnym na całym świecie. W niniejszym rozdziale skupimy się właśnie na nim, starając się wyjaśnić przyczyny tej paradoksalnej sytuacji. Jak to możliwe, że substancja tak szkodliwa i uzależniająca cieszy się niemal powszechną akceptacją i nie zawsze towarzyszą jej stosowne regulacje prawne, pomimo że według Światowej Organizacji Zdrowia około 4% dorosłych na całym świecie, czyli ponad 200 milionów ludzi, jest od niej uzależnionych? Odpowiedzi na to pytanie poszukamy w historycznych uwarunkowaniach, trendach społeczno-kulturowych, wpływach ekonomicznych oraz mechanizmach politycznych na poziomie globalnym.

Szkodliwe oddziaływanie alkoholu na zdrowie populacji przejawia się na różnych płaszczyznach i w wielu aspektach. Dla osób w przedziale 15–49 lat alkohol znajduje się na pierwszym miejscu na liście czynników ryzyka przedwczesnej śmierci, wyprzedzając tym samym takie problemy zdrowotne jak palenie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi, otyłość, niezdrową dietę i używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych.

Alkohol jest substancją psychoaktywną powodującą uzależnienie. Stanowi również przyczynę licznych chorób, w tym zaburzeń psychicznych, chorób przewodu pokarmowego, nowotworów, chorób układu sercowo-naczyniowego, zaburzeń odporności, chorób płuc, chorób układu kostnego i mięśniowego czy urazów. W przypadku większości chorób szkodliwe działanie alkoholu jest proporcjonalne do wielkości jego spożycia. Częste spożywanie dużych dawek alkoholu zwiększa ryzyko

urazów i niektórych chorób układu krążenia, takich jak choroba wieńcowa czy udar. Wysoka konsumpcja alkoholu jako jedna z głównych przyczyn przedwczesnej umieralności, zwłaszcza wśród mężczyzn, może być źródłem dramatycznych kryzysów demograficznych. Ponadto substancja ta przyczynia się do wzrostu ryzyka wystąpienia problemów społecznych, np. problemów rodzinnych, przestępczości i przemocy. Jak podkreślają eksperci zdrowia publicznego, wyższy poziom spożycia alkoholu powoduje powstawanie większej liczby problemów w populacji, przy czym ryzyko wystąpienia szkód nie jest związane z żadnym konkretnym rodzajem napoju alkoholowego, lecz alkoholem *per se* i wzorami jego konsumpcji.

Pomimo że spożycie alkoholu znacząco różni się w czasie oraz między krajami, grupami kulturowymi i segmentami populacji, to ze względu na homogenizację konsumpcji i zacieranie różnic kulturowych wzrost konsumpcji alkoholu przekłada się na globalny wzrost obciążenia zdrowia publicznego. W skali całego świata najwięcej alkoholu konsumują mieszkańcy Europy. Poziom konsumpcji alkoholu jest tu blisko 2,5-krotnie wyższy od średniego poziomu spożycia globalnego, a jego wpływ na umieralność pozostaje znaczny. Szacuje się, że alkohol odpowiada za około 6% wszystkich zgonów w Regionie Europejskim Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), co przekłada się na około 800 000 zgonów rocznie – zgony związane z alkoholem występują prawie trzy razy częściej w Regionie Europejskim WHO niż w pozostałych krajach. Najwyższy poziom szkód zdrowotnych związanych z alkoholem jest z kolei odnotowywany w krajach Europy Wschodniej (Jasilionis i in., 2022).

Szkody związane z alkoholem mają znaczny udział również w Polsce, gdzie z powodu alkoholu umiera ok. 20 000 osób rocznie. Konsumpcja alkoholu rosła systematycznie od początku lat 90. i zaczęła się stabilizować, a nawet nieznacznie spadać dopiero w ostatnich latach. W 2007 r. odnotowano w Polsce najwyższy poziom spożycia od lat 40. XIX w., kiedy konsumpcja rejestrowana przekroczyła granicę 9 litrów 100% alkoholu *per capita*. Największy wzrost konsumpcji miał miejsce w przypadku piwa: o ile na przełomie lat 80. i 90. przeciętny Polak wypijał rocznie ok. 30 litrów piwa, o tyle 2018 r. było to aż 100,5 litra. Za wzrost konsumpcji odpowiadał w dużej mierze wzrost dostępności fizycznej i ekonomicznej napojów alkoholowych. W rezultacie około 2,3 miliona dorosłych mieszkańców Polski (7,3%) doświadczyło zaburzeń

związanych z alkoholem kiedykolwiek w życiu. Większość osób z problemem alkoholowym stanowią mężczyźni – co piąty z nich nadużywa alkoholu (Bujalski & Moskalewicz, 2021).

Analiza historyczna pojęcia

W 1957 r. Komitet Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dokonał podziału na substancje powodujące nałóg (*drug habituation*) i substancje powodujące uzależnienie (*drug addiction*). Do tej pierwszej grupy zostały zaliczone alkohol i tytoń, do drugiej – pozostałe substancje psychoaktywne uznane za niebezpieczne ze względu na potencjał uzależnienia psychicznego i fizycznego (utratę kontroli, wzrost i spadek tolerancji organizmu), a także wysoką szkodliwość społeczną. Szkodliwość narkotyków i potrzeba podjęcia działań wobec zagrożeń, jakie stanowiły, były zagadnieniem, które ogniskowało uwagę wszystkich państw członkowskich WHO ery zimnej wojny, stało się wspólnym wrogiem nowoczesnego państwa. Stanowisko WHO sprzed blisko 60 lat do dziś determinuje w dużej mierze kształt legislacji wobec substancji psychoaktywnych na świecie: alkohol i tytoń są regulowane przez politykę na szczeblu krajowym, podczas gdy pozostałe substancje psychoaktywne podlegają również regulacjom międzynarodowym, wpływającym z kolei na przepisy prawa krajowego. Pomimo że alkohol i tytoń mają największy udział w powstawaniu problemów zdrowotnych i społecznych w populacji, to jednak są na ogół postrzegane jako substancje o mniejszym potencjale szkodliwości, co powoduje, iż politycy obierają ostry kurs wobec substancji zakazanych, zazwyczaj bagatelizując kwestię substancji legalnych.

Wyjątkowy status alkoholu można uznać za „kaprys historii" – alkohol jest zwolniony z wymogów legislacyjnych obejmujących produkty spożywcze (np. oznaczenia na produktach) oraz nie jest poddany kontroli wynikającej z międzynarodowych konwencji dotyczących substancji psychoaktywnych – zarówno legalnych, takich jak tytoń, jak i nielegalnych. Pomimo gwałtownego wzrostu poziomu wiedzy naukowej w debacie publicznej na ogół nie ma miejsca na rzetelną wiedzę na temat ryzyka związanego z alkoholem i skutecznych metod jego kontroli.

Na przestrzeni lat zmienił się zarówno stan wiedzy eksperckiej, jak i sama koncepcja uzależnienia oraz narzędzia stosowane w praktyce klinicznej i diagnostycznej. Obecnie dysponujemy skutecznymi narzędziami polityki wobec alkoholu, jednak opierają się one w dużej mierze na ograniczeniu dostępności ekonomicznej i fizycznej alkoholu, co stoi w opozycji do wartości wolnego rynku i wolności konsumenckiej, a w rezultacie ogranicza możliwość ich stosowania na poziomie międzynarodowym i na poziomie polityki państwa. Stosowanie rozwiązań polityki skierowanych do całej populacji spotyka się zazwyczaj z ostrą krytyką i niechęcią ze strony polityków i wyborców, jak również z niezrozumieniem. Dzieje się tak po części dlatego, że XX-wieczne rozwiązania polityki, ingerujące i penetrujące obszar stylów życia, miały swoje umocowanie nie w wartościach swobód indywidualnych, lecz w idei sprawiedliwości społecznej: powszechnego prawa do zdrowia, bezpieczeństwa i dobrostanu społecznego, które dla współczesnego społeczeństwa liberalnego wydają się przebrzmiałe i jako takie trudne do zaakceptowania.

Interesy zdrowia publicznego nie są tym samym chronione w wystarczającym stopniu przez instytucje polityczne, skłaniające się ku propozycjom deregulacji, liberalizacji handlu i znoszeniu barier w swobodnym przepływie towarów i usług. Na tym tle uwidacznia się specyfika polityki wobec alkoholu i związanych z nią ograniczeń. Wprawdzie kategoria uzależnienia od alkoholu została włączona do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób w 1965 r., jednak pierwsza inicjatywa WHO wobec alkoholu, która znalazła wyraz w publikacji raportu *Global Status Report on Alcohol* pojawiła się dopiero w 1999 r. Globalna Strategia Ograniczania Szkodliwego Spożywania Alkoholu (*Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*) została przyjęta w 2010 r. (WHO, 2010), a rok później ukazał się kolejny raport WHO *Global Status Report on Alcohol and Health* (WHO, 2011).

Alkohol pozostaje istotnym zagadnieniem światowej polityki zdrowotnej – ograniczenie skutków szkodliwego spożycia alkoholu zostało uwzględnione jako jeden z Celów Zrównoważonego Rozwoju 2030 Organizacji Narodów Zjednoczonych (cel 3.5). Priorytety działań mających na celu zmniejszenie globalnego obciążenia wynikającego z nadmiernego spożycia alkoholu zostały szczegółowo przedstawione w Globalnym Planie Działań WHO na lata 2022–2030 (WHO, 2022). Mimo to większość krajów nadal nie wdraża skutecznych, opartych na dowodach

naukowych strategii polityki wobec alkoholu, co zostało podkreślone w najnowszym wydaniu Globalnego Raportu WHO z 2024 roku (WHO, 2024). W przeciwieństwie do Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Używania Tytoniu (*Framework Convention on Tobacco Control*) – pierwszego w historii traktatu międzynarodowego, negocjowanego pod auspicjami WHO – zapisy Globalnej Strategii dotyczącej ograniczania szkodliwego spożycia alkoholu nie są wiążące dla państw członkowskich.

Uzależnienie od alkoholu jako problem medyczny

W przypadku większości substancji psychoaktywnych istnieje możliwość uzależnienia. Stwierdzenie stanu uzależnienia nie jest jednak rzeczą łatwą, ponieważ zakłada postawienie granicy między zdrowiem a chorobą. W diagnozie uzależnienia używane są kryteria zawarte w międzynarodowych klasyfikacjach chorób, takich jak ICD czy DSM. Są one wykorzystywane jako obiektywne narzędzia taksonomii zachowań problemowych, pozostają jednak związane subiektywnymi kryteriami ekspertów dokonujących interpretacji zjawisk społeczno-kulturowych i medykalizacji tożsamości.

Stwierdzenie uzależnienia czy nadużywania alkoholu jest wynikiem potwierdzenia występowania objawów zawartych na liście. Innymi słowy uzależnienie to forma taksonomii, odnosząca się do katalogu objawów fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, w których picie alkoholu dominuje nad innymi codziennymi aktywnościami i zachowaniami. Uzależnienie jest zazwyczaj skutkiem długotrwałego i szkodliwego picia alkoholu, a jego konsekwencje dotykają zarówno osoby pijącej, jak i jej otoczenia społecznego. Wiąże się z upośledzeniem kontroli, poczuciem przymusu, wzrostem tolerancji na efekty działania substancji i kontynuowaniem picia pomimo jego szkodliwych następstw oraz z cechami fizjologicznymi przejawiającymi się wzrostem tolerancji oraz objawami odstawiennymi.

W ostatnich latach dominuje podejście postrzegające uzależnienie od alkoholu jako proces (kontinuum) związany z natężeniem objawów i negatywnych konsekwencji picia, wykraczający poza stereotypowy wizerunek osoby uzależnionej. Badania naukowe zakwestionowały dychotomiczny,

zero-jedynkowy sposób definiowania uzależnienia. W efekcie zmieniły się kryteria rozpoznawania zaburzeń używania substancji w klasyfikacjach medycznych. W amerykańskiej klasyfikacji *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) problem uzależnienia ujęto jako stadium na kontinuum zachowania, wprowadzając pojęcie „zaburzenia związane z używaniem substancji" wraz z określeniem stopni nasilenia objawów. Odchodzi się tym samym od terminu „uzależnienie" (*dependence*) na rzecz „zaburzenia używania substancji" (*substance use disorder).* W klasyfikacji DSM-5 ocenia się nie tylko sam fakt wystąpienia zaburzeń używania alkoholu, ale również – na podstawie liczby spełnionych kryteriów diagnostycznych – ich nasilenie. Jest to istotna zmiana w stosunku do poprzednich klasyfikacji, które miały charakter dychotomiczny, skoncentrowany przede wszystkim na fakcie wystąpienia (lub nie) uzależnienia. W DSM-5 znajduje się 11 kryteriów/objawów diagnozy zaburzenia używania alkoholu. Warto podkreślić, że już w poprzedniej edycji DSM-IV (1994) występowanie takich stanów jak wzrost tolerancji oraz objawy odstawienia – uznawanych na ogół za kluczowe – nie było definiowane ani jako konieczne, ani wystarczające kryterium diagnozy uzależnienia od substancji i nie miały przypisanej większej wagi niż pozostałe kryteria.

Stosowanie i rozumienie pojęcia uzależnienia wiąże się z pewnymi trudnościami, ponieważ termin ten może zarówno odnosić się do klinicznych objawów uzależnienia, jak i wyrażać społeczno-kulturową kategorię u z a l e ż n i e n i a w szerszym znaczeniu. W języku angielskim funkcjonują dwa określenia używane do opisu tego zjawiska: *addiction* i *dependence*. Odróżnienie znaczenia tych terminów bywa trudne, ponieważ w języku polskim nie znajdujemy dla nich bezpośrednich odpowiedników. *Addiction* jest terminem odnoszącym się do szerokiego katalogu zjawisk społecznych związanych z utratą kontroli nad zachowaniem, powtarzanym pomimo występowania jego negatywnych konsekwencji osobistych i społecznych. Jest również określeniem silnie naznaczonym moralnie, a przez to – stygmatyzującym. *Dependence* oznacza z kolei uzależnienie organizmu, występowanie klinicznych objawów uzależnienia. Nie każde *addiction* jest uznawane za *dependence* (dotyczy to np. uzależnień behawioralnych), z kolei niektóre przypadki *dependence* mogą nie być postrzegane w kategoriach *addiction* (np. palenie tytoniu).

Ewolucja koncepcji uzależnienia od alkoholu w kontekście przemian społeczno-kulturowych

Uzależnienie nie jest zjawiskiem prostym i jednoznacznym, dlatego aby w pełni je zrozumieć, należy je umieścić w szerszym kontekście społeczno-historycznym i kulturowym. W tym wymiarze podstawowego kryterium uzależnienia nie stanowi występowanie fizjologicznych objawów odstawienia substancji czy wzrost tolerancji, lecz utrata kontroli lub samokontroli osoby pijącej.

W XIX wieku pojawiła się kluczowa zmiana w postrzeganiu ludności jako zbioru jednostek o charakterystycznych cechach, zintegrowanych przez pewien porządek normatywny. Przekładało się to na nowe formy interwencji w gospodarkę, rodzinę i indywidualne sposoby postępowania, podyktowane potrzebą ograniczenia zjawisk negatywnych, takich jak choroby, przestępczość, ubóstwo czy przeludnienie. Kierując się troską o wolność i nienaruszalność osoby moralnej, wynaleziono szereg technologii władzy, których celem było kształtowanie postępowania jednostki i reformowanie jej charakteru moralnego, rozumianego jako efekt interakcji między konstytucją jednostki lub jej pochodzeniem klasowym a wyuczonymi nawykami postępowania. Pijaństwo postrzegane jako źródło ubóstwa, degradacji, przemocy i przestępczości stanowiło więc przede wszystkim zagrożenie dla porządku moralnego społeczeństwa (Levine, 1978).

Narodziny kapitalizmu stworzyły kontekst umożliwiający zakorzenienie się koncepcji uzależnienia i ideologii wstrzemięźliwości, co wynikało z fundamentalnej sprzeczności między wzorami intensywnego spożywania alkoholu a wymogami gospodarki kapitalistycznej – samokontroli, indywidualnej odpowiedzialności i wstrzemięźliwości niezbędnej do efektywnej pracy. Przemiany polityczne, gospodarcze i kulturowe okresu nowoczesności zdefiniowały ramy, w których ideologia wstrzemięźliwości i pojęcie „uzależnienia" mogły stać się propozycjami rozsądnymi, pożądanymi i akceptowalnymi (Valverde, 1998; Reinarman, 2005). Obawy o zdolność do odgrywania ról społecznych i reprodukcję systemu sprzyjały postrzeganiu uzależnienia – podobnie jak nudy czy melancholii – jako problemu charakterystycznego dla zurbanizowanego i uprzemysłowionego społeczeństwa z dominującym moralnym światopoglądem rosnącej w siłę klasy średniej.

Koncepcja uzależnienia wpisywała się w fundamentalny konflikt między etyką kapitalistycznej produkcji, opartą na purytańskiej dyscyplinie i samokontroli, a etyką konsumpcji, napędzaną dążeniem do natychmiastowej gratyfikacji i przyjemności (Bell, 1994 [1976]). Owo napięcie i sprzeczność między nieskrępowaną konsumpcją a jej ograniczeniami leżą u podstaw współczesnego społeczeństwa neoliberalnego, które z jednej strony zachęca do nadmiernej konsumpcji, z drugiej – gotowe jest karać za brak powściągliwości, samokontroli i odpowiedzialności (Bauman, 1992). W rozwiniętych społeczeństwach Zachodu źródłem tożsamości jednostek stały się wartości związane z wolnością wyboru, konsumpcją oraz autonomią. Dlatego zachowania problemowe, takie jak uzależnienia, niosą ze sobą paradoks: zaciera się w nich granica między podmiotem a przedmiotem – jednostka zatraca się w procesie konsumpcji, będąc przez nią „pożerana" i niszczona, co oddaje pierwotny sens łacińskiego terminu *consumere* (Reith, 2004). Osoba uzależniona, pozbawiona kontroli, jest poniekąd zaprzeczeniem liberalnego modelu tożsamości opartego na wolności i autonomii. W tym sensie uzależnienie jawi się jako fundamentalna koncepcja stojąca w opozycji do współczesnego społeczeństwa liberalnego.

Przez długi czas konsumpcja alkoholu i innych substancji psychoaktywnych była postrzegana głównie przez pryzmat polityki społecznej, a w niektórych przypadkach, np. państw nordyckich, stała się elementem szerokiego projektu państwa opiekuńczego. W latach 50. i 60. XX wieku zmiany obyczajowe, wzrost dochodów, czasu wolnego i mobilności doprowadziły do gruntownego przekształcenia wzorów spożywania alkoholu. W całej Europie jego konsumpcja rosła, osiągając szczyt w połowie lat 70. W tym okresie zidentyfikowano szczególne grupy ryzyka – w latach 70. i 80. obawy budziło picie alkoholu przez kobiety, z kolei w latach 80. i 90. zasadniczym problemem było spożywanie alkoholu wśród młodzieży.

Kluczowa zmiana w podejściu do regulacji spożycia alkoholu nastąpiła w latach 90. XX wieku, wraz z falą liberalizacji polityki, retoryką decentralizacji władzy i wzmacniania kompetencji jednostki. Nowy model polityki został oparty na idei indywidualnej odpowiedzialności za ryzyko zdrowotne, wypierając dotychczasową koncepcję sprawiedliwości społecznej, która uzasadniała ingerencję państwa w obszar stylów życia obywateli, w tym konsumpcję alkoholu. Odejście od kolektywnego

podejścia na rzecz indywidualizmu oznaczało przerzucenie ciężaru odpowiedzialności za zdrowie publiczne z instytucji państwowych na barki jednostek. Wszelkie problemy zdrowotne i społeczne wynikające z konsumpcji alkoholu zaczęły być ponownie postrzegane jako skutek indywidualnych wyborów i braku samokontroli, a nie strukturalny efekt nierówności społecznych czy niedostatków polityki państwa.

W tych okolicznościach koncepcja uzależnienia zaczęła pełnić funkcję remedium na wzrost indywidualnych problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. W latach 90. wszystkie nawykowe zachowania, które mogły przybierać charakter powtarzalny i/lub kompulsywny, cechujące się brakiem kontroli czy niemożnością uniknięcia repetycji, zaczęto określać mianem „uzależnienia". Zakres tego terminu znacznie się poszerzał, obejmując coraz to nowe kategorie zachowań. Wraz z owym rozszerzeniem aktualizował się i powiększał katalog potencjalnych szkód indywidualnych i społecznych. Jednocześnie następował proces umniejszania roli kryteriów dotychczas uznawanych za charakterystyczne cechy uzależnienia, takich jak objawy odstawienia czy wzrost tolerancji. Zjawisko to Eve Sedgwick nazwała „atrybucją uzależnienia" (Sedgwick, 1993).

Obserwując zmiany w rozumieniu zjawiska uzależnienia, można dojść do przekonania, że w zasadzie wszystko, co ma silny wpływ na nasz nastrój i percepcję, może być uznane za uzależniające. Ponieważ uzależnienie jest konsekwentnie przedstawiane jako coś z istoty złego, niszczycielskiego i zniewalającego, u z a l e ż n i e n i o w o ś ć nie jest po prostu cechą substancji bądź zachowania, lecz wynika i silnie wiąże się ze społeczną percepcją zagrożeń i wpływem licznych czynników społecznych i historycznych. Innymi słowy, uzależnienie czy też koncepcja uzależnienia jest tak naprawdę historycznie i kulturowo uwarunkowanym konstruktem społecznym, przez co ulega ciągłemu odtwarzaniu przez proces „uzależniania", który obejmuje swym zasięgiem coraz to nowe zachowania, przedmioty i wydarzenia (Keane, 2002). W precyzyjnym zdefiniowaniu zjawiska uzależnienia nie pomagają dominujące medyczne dyskursy na temat uzależnienia, opierają się bowiem na pojęciu szkody, która jedynie pozornie wydaje się obiektywną miarą dysfunkcji (Valverde, 1998). Normalność i patologia nie mogą być jednak obiektywnie i precyzyjnie zdefiniowane, stąd obietnica racjonalnej i obiektywnej wiedzy ujawniającej prawdziwą naturę uzależnienia

pozostaje ideałem niemożliwym do zrealizowania, nawet w ramach specjalistycznego dyskursu medycznego.

Uzależnienie i ewolucja polityki wobec alkoholu

Historia zdrowia publicznego obfituje w liczne przykłady interwencji w obszarze substancji psychoaktywnych, których celem było ograniczenie negatywnych skutków konsumpcji, w dużej mierze konsumpcji alkoholu. Działania te były powodowane względami religijnymi, moralnymi, ideologicznymi i politycznymi.

Pierwsze wzmianki historyczne na temat podejmowania prób ograniczenia spożywania napojów alkoholowych odnotowano już w starożytnym Egipcie, Mezopotamii i Babilonie. W historii nowożytnej pierwsze próby ograniczenia negatywnych skutków spożywania alkoholu miały miejsce w XVIII wieku w Anglii podczas wywołanej nadmierną podażą napojów spirytusowych epidemią masowego pijaństwa znaną jako *Gin Craze*. Na ziemiach polskich w 1848 r. ukazał się dekret carski ograniczający zawartość alkoholu w napojach spirytusowych, wprowadzono wówczas również podatek akcyzowy od napojów wyskokowych.

Wzrost spożycia alkoholu w XIX wieku pociągnął za sobą nieuchronne konsekwencje społeczne, a szczególne obawy budziła jego konsumpcja przez kobiety i klasę robotniczą. Niepokój i problemy społeczne wywołane rosnącym poziomem spożycia dały początek ruchowi wstrzemięźliwości, który początkowo koncentrował się na promowaniu umiarkowanego picia, by później coraz bardziej skłaniać się ku rozwiązaniom prohibicyjnym.

Najbardziej znanym epizodem w historii regulacji alkoholu są niewątpliwie doświadczenia amerykańskiej prohibicji, nazwanej przez Josepha Gusfielda „symboliczną krucjatą". Gusfield wskazywał, że wprowadzenie zakazu sprzedaży alkoholu stanowiło odbicie stosunków klasowych panujących w Ameryce na początku XX w., kiedy to protestancka klasa średnia traciła wpływy na rzecz nowej wielkomiejskiej klasy robotniczej, zasilanej w dużej mierze przez niestroniących od mocnych trunków katolickich imigrantów z Europy. Był to zatem konflikt normatywny: konflikt tradycji z nowoczesnością, idei wstrzemięźliwości z kulturą intoksykacji, Ameryki wiejskiej i wielkomiejskiej. Była to również walka o status

społeczny i symboliczny, która w dłuższej perspektywie czasowej miała istotne implikacje ekonomiczne (Gusfield, 1963). Inny badacz zjawiska amerykańskiej prohibicji, Henry G. Levine wskazuje również na marginalizację „starej" klasy średniej, gwałtowny wzrost liczebności klasy robotniczej oraz powstanie pierwszych korporacji jako kluczowe czynniki prohibicji. Według Levine'a alkohol stał się kozłem ofiarnym, a prohibicja – remedium na problemy społeczne w wizji lansowanej przez klasę średnią, przy znaczącym udziale korporacji (Levine, 1984).

Podobne rozwiązania prohibicyjne wprowadzano także w niektórych krajach europejskich, m.in. w Finlandii, Rosji, Norwegii i Islandii. Idea prohibicji pojawiła się również w Polsce, choć przyświecały jej wartości pracy organicznej, a nie przesłanki religijne czy klasowe. Ostatecznie zabrakło zaledwie jednego głosu, by tzw. ustawa Moczydłowskiej z 1920 roku, znacząco ograniczająca produkcję i dystrybucję napojów alkoholowych, weszła w życie.

Po zniesieniu prohibicji nastąpił proces depolityzacji kwestii alkoholowej, do czego znacząco przyczyniła się zyskująca na popularności od lat 40. XX wieku koncepcja alkoholizmu jako choroby, zapoczątkowana przez prace Elvina M. Jellinka z Yale Center of Alcohol Studies. Jellinek przedstawił naukowe ujęcie picia w opozycji do ruchów trzeźwościowych, które postrzegały wszelkie spożywanie alkoholu jako szkodliwe i niepożądane. Alkoholizm zdefiniował jako chorobę charakteryzującą się uzależnieniem fizycznym, zmianą reakcji fizjologicznych organizmu oraz występowaniem silnej potrzeby picia (*craving*). Kluczowe było również odróżnienie alkoholizmu od uzależnień od innych, wysoce stygmatyzowanych substancji psychoaktywnych, takich jak morfina czy heroina. Umożliwiło to takie przedstawienie problemu, w którym najbardziej szkodliwe efekty dotyczyły tylko niewielkiej części pijących, przy jednoczesnej akceptacji dla „normalnej" większości spożywającej alkohol w sposób umiarkowany.

Z czasem uzależnienie od alkoholu zaczęto postrzegać jako zaburzenie zdrowia, a nie moralną przypadłość, co miało na celu zdjęcie piętna z osób uzależnionych i traktowanie ich jak pacjentów wymagających leczenia. Jednocześnie proces medykalizacji uzależnienia nie przebiegał bez oporów. Ruch Anonimowych Alkoholików propagował niemedyczną wizję wychodzenia z uzależnienia, podczas gdy środowiska medyczne długo opierały się takiemu definiowaniu problemu.

W konsekwencji zaczęły rozwijać się wyspecjalizowane programy terapeutyczne, placówki lecznicze oraz badania nad biologicznymi przyczynami uzależnienia od alkoholu. Uwaga skupiała się zatem na jednostkach „problemowych" – osobach uzależnionych lub pijących w sposób szkodliwy.

Chociaż intencją tego podejścia było odciążenie osób uzależnionych od stygmatyzacji moralnej przez zdefiniowanie alkoholizmu jako choroby, to w praktyce okazało się, że nie usuwa to w pełni obciążenia ich winą za własny stan. Co więcej, przedstawianie alkoholizmu wyłącznie jako jednostkowego zaburzenia dotykającego relatywnie niewielką część populacji, osłabiało argumenty za wprowadzaniem szerszych regulacji i kontrolą rynku alkoholowego dla ochrony interesów zdrowia publicznego.

Przez wiele lat uwaga Światowej Organizacji Zdrowia w obszarze problemów alkoholowych koncentrowała się głównie na zjawisku alkoholizmu. Jednak w połowie lat 70. XX wieku nastąpił przełom w podejściu do tej kwestii, polegający na problematyzacji samego alkoholu, a nie jedynie indywidualnych przypadków osób pijących w sposób szkodliwy. Kluczową rolę w tym procesie odegrała publikacja WHO „Alcohol Control Policies in Public Health Perspective" (Bruun i in., 1975), znana jako „purpurowa księga" ze względu na charakterystyczny kolor okładki. Przedstawiono w niej fundamentalną koncepcję modelu konsumpcji całkowitej, wyjaśniającą bezpośredni związek między poziomem spożycia alkoholu w populacji a skalą związanych z nim problemów zdrowotnych i społecznych. Model ten wskazywał, że ryzyko występowania takich zjawisk jak przemoc, przestępczość, wypadki, urazy oraz zgony wzrasta wraz ze wzrostem konsumpcji alkoholu *per capita*, przy czym największy wzrost ma miejsce wśród pijących najwięcej. W przeciwieństwie do dotychczasowej strategii koncentrującej się na leczeniu osób uzależnionych i pijących szkodliwie autorzy „purpurowej księgi" proponowali stosowanie narzędzi oddziałujących na zachowania wszystkich konsumentów alkoholu. W ich rozumieniu zmniejszenie ogólnego poziomu konsumpcji m.in. przez ograniczenie dostępności fizycznej (kontrola liczby punktów sprzedaży i czasu sprzedaży) oraz ekonomicznej (polityka cenowa) stanowiło bardziej efektywny sposób ograniczania szkód niż stosowanie stygmatyzujących narzędzi kontroli ukierunkowanych bezpośrednio na jednostki „problemowe". Uzasadniano to

wynikami badań wskazującymi, że znaczna część problemów alkoholowych dotyczy nie tylko osób uzależnionych, ale także pijących zazwyczaj umiarkowanie, lecz nieregularnie duże ilości alkoholu.

W praktyce rozwiązania z nurtu modelu konsumpcji całkowitej były wdrażane w krajach nordyckich, gdzie funkcjonował państwowy monopol na produkcję i sprzedaż alkoholu. Obejmowały one kontrolę cen, stosowanie limitów importu, a także inne restrykcje dotyczące obrotu alkoholem. Celem nordyckiej polityki wobec alkoholu było zarówno ograniczenie ogólnego poziomu konsumpcji, jak i przeciwdziałanie negatywnym, długoterminowym efektom picia. Te dwa cele były ze sobą ściśle powiązane: kontrola i ograniczenie konsumpcji alkoholu zmniejszały negatywne konsekwencje zdrowotne i społeczne jego używania. W rezultacie kraje nordyckie przez wiele lat charakteryzowały się relatywnie niskim poziomem konsumpcji alkoholu w porównaniu z pozostałymi krajami europejskimi, co przekładało się na korzystne wskaźniki zdrowotne.

Dwadzieścia lat po „purpurowej księdze" na gruncie międzynarodowym pojawiły się dwie kolejne kluczowe publikacje WHO podtrzymujące i rozwijające podejście kontroli populacyjnego poziomu spożycia alkoholu. Pierwsza z nich – „Alcohol Policy and the Public Good" (Edwards i in., 1994) – podsumowała dotychczasowe badania empiryczne, potwierdzając skuteczność narzędzi cenowych i podatkowych w ograniczaniu problemów alkoholowych, ale też wskazując na znaczenie interwencji medycznych i rolę społecznego kontekstu picia. Drugą publikacją, utrzymaną w tradycji *Purple Book*, była książka *Alcohol. No Ordinary Commodity* (Babor i in., 2003), która przedstawiała szeroką analizę porównawczą różnych strategii zapobiegania problemom alkoholowym. Dowodzono w niej istnienia związku przyczynowego między zmianami w ogólnym poziomie konsumpcji alkoholu a występowaniem rozmaitych problemów zdrowotnych – od nowotworów po urazy i samobójstwa. Podkreślono też kluczową rolę stosowania ograniczenia dostępności ekonomicznej w zmniejszaniu liczby wypadków, przestępstw i zgonów związanych z alkoholem. W 2023 r. *Alcohol. No Ordinary Commodity* doczekała się trzeciego wydania obejmującego zagadnienia związane z działalnością przemysłu alkoholowego i polityką wobec alkoholu w kontekście międzynarodowym.

Polityka kontroli nad alkoholem wielokrotnie dowiodła swej skuteczności jako instrument ograniczania problemów związanych z alkoholem.

Do jej najbardziej efektywnych strategii należą: ograniczanie fizycznej i ekonomicznej dostępności alkoholu, ograniczenia bądź zakaz komunikacji marketingowej, ograniczenia wiekowe oraz kontrola trzeźwości kierowców i interwencje w miejscach sprzedaży alkoholu.

Ujęcie problemowe pojęcia

Polityka wobec alkoholu musi mierzyć się z licznymi sprzecznościami i paradoksami. Niektóre z nich, takie jak choćby paradoks prewencyjny, paradoks struktury konsumpcji alkoholu oraz paradoks szkód związanych z alkoholem, mogą zasadniczo wpływać na efektywność polityki dotyczącej zdrowia publicznego.

Pierwszy z nich – paradoks prewencyjny – odnosi się do sytuacji, w której większość problemów zdrowotnych i społecznych związanych z piciem alkoholu występuje w populacji osób pijących małe i umiarkowane ilości alkoholu, a nie wśród relatywnie małej grupy osób nadużywających alkoholu lub uzależnionych (Skog, 1999). Dzieje się tak, ponieważ osoby te stanowią znacznie liczniejszą frakcję populacji niż osoby nadużywające alkoholu. Z drugiej strony większość problemów ostrych, takich jak wypadki, urazy, zatrucia czy akty przemocy, jest związana z jednorazowym upiciem się, a większość przypadków upijania się występuje właśnie wśród osób pijących umiarkowane ilości alkoholu (w Polsce jest to ok. 70–80% pijących). Zaledwie niewielki odsetek wszystkich problemów alkoholowych może być więc przypisany grupie osób uzależnionych lub nadużywających alkoholu. Implikacją paradoksu prewencyjnego jest argument, że skuteczne strategie zapobiegania szkodom związanym z alkoholem powinny być skierowane nie tylko do grupy osób uzależnionych, ale do całej populacji pijących, w tym osób pijących umiarkowanie. Z tego powodu zmniejszenie ogólnego poziomu spożycia alkoholu *per capita,* między innymi poprzez ograniczenie jego dostępności ekonomicznej i fizycznej, ma największy wpływ na ograniczenie problemów alkoholowych w populacji.

Chociaż większość problemów alkoholowych występuje wśród osób pijących umiarkowane ilości, to najwięcej alkoholu spożywają osoby pijące ryzykownie i szkodliwie. Badania pokazują, że największa frakcja pijących, osoby pijące umiarkowanie, konsumuje jedynie około 20%

dostępnego na rynku alkoholu. Oznacza to, że osoby pijące w sposób ryzykowny i szkodliwy wypijają około 75–80% sprzedawanego alkoholu, stanowiąc tym samym istotny segment rynku, odpowiadający za około 60–70% zysków producentów (Bhattacharya i in., 2018). Prowadzi to do paradoksu – choć nadużywanie alkoholu znacząco zwiększa obciążenie społeczeństwa chorobami i urazami, to zyski przemysłu alkoholowego w dużej mierze opierają się właśnie na pijących ryzykownie i szkodliwie. Co więcej, osoby te wykazują tendencję do utrzymywania poziomu konsumpcji, nawet w obliczu kłopotów finansowych czy wzrostu cen, co może skłaniać producentów do nieetycznych praktyk marketingowych, mających na celu przyciągnięcie i utrzymanie tej grupy konsumentów.

Obciążenie szkodami związanymi z alkoholem jest nieproporcjonalnie doświadczane na niższych szczeblach struktury społecznej. Zjawisko to, określane mianem „paradoksu szkód alkoholowych", odnosi się do sytuacji, w której osoby o niższym statusie społeczno-ekonomicznym doświadczają większych szkód zdrowotnych związanych z alkoholem w porównaniu z osobami o wyższym statusie, zazwyczaj pomimo spożywania mniejszych ilości alkoholu (Probst i in., 2020). Konsekwencje zdrowotne są dodatkowo potęgowane przez inne czynniki ryzyka behawioralnego występujące częściej w grupach o niższym statusie, takie jak otyłość i palenie tytoniu. Wynika to m.in. z mniej szkodliwych wzorów spożywania alkoholu, a także wyższych kompetencji zdrowotnych i łatwiejszego dostępu do leczenia wśród osób z wyższych warstw społecznych. Interesującym wymiarem tego paradoksu jest również asymetria intersekcjonalna płci i klasy społecznej – o ile więcej alkoholu piją mężczyźni z niższych klas, o tyle u kobiet konsumpcja rośnie wraz ze wzrostem wykształcenia i pozycji społecznej (Beard i in., 2016).

Omawiane paradoksy wskazują na potrzebę holistycznego, wielowymiarowego podejścia przy projektowaniu strategii i interwencji w obszarze zdrowia publicznego związanego z alkoholem. Z jednej strony, przemysł alkoholowy i decydenci polityczni muszą zmierzyć się z paradoksem, w którym zyski ze sprzedaży są w dużej mierze zależne od konsumentów pijących problemowo. Z drugiej strony, konieczne jest niwelowanie nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej i leczenia uzależnień, co pozwoli rozwiązać paradoks polegający na nieproporcjonalnie większych konsekwencjach zdrowotnych alkoholu wśród grup o niższym statusie społeczno-ekonomicznym.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Problematyka uzależnień jest niezwykle złożona i wielowymiarowa. Wymaga holistycznego podejścia, uwzględniającego zarówno aspekty medyczne, jak i szerszy kontekst społeczno-kulturowy, uwarunkowania ekonomiczne i polityczne. Koncepcja uzależnienia ewoluowała na przestrzeni dziejów, odzwierciedlając zmiany w postrzeganiu konsumpcji substancji psychoaktywnych, zwłaszcza alkoholu. Początkowo traktowane głównie przez pryzmat problemów moralnych i zagrożeń dla porządku społecznego, z czasem uzależnienie zaczęło być postrzegane jako jednostkowa przypadłość zdrowia, która wymaga interwencji medycznej. Współcześnie obserwujemy proces „atrybucji uzależnienia", tj. rozszerzania tej kategorii na coraz większy wachlarz zachowań problemowych.

Podobnej ewolucji podlegało podejście do kształtowania polityki wobec alkoholu. Od prób rugowania go z życia społecznego przez prohibicję przeszliśmy do modelu medykalizacji problemu i leczenia indywidualnych przypadków alkoholizmu. Przełomem było wypracowanie w latach 70. XX wieku modelu konsumpcji całkowitej, wskazującego na potrzebę kontroli poziomu spożycia w populacji przez ograniczanie dostępności ekonomicznej i fizycznej alkoholu. Podejście to dowiodło swej skuteczności m.in w krajach nordyckich.

Mimo rozwoju wiedzy naukowej na temat mechanizmów uzależnienia i skutecznych narzędzi ograniczania szkód wdrażanie efektywnej polityki zdrowia publicznego w tej dziedzinie napotyka jednak szereg przeszkód, wynikających z paradoksów wpisanych w społeczne zjawisko konsumpcji alkoholu. Dodatkowym wyzwaniem jest także rosnący wpływ „przemysłów uzależniających" – producentów alkoholu, tytoniu, niezdrowej żywności, którzy skutecznie neutralizują „szkodliwe" dyskursy naukowe i lobbują przeciwko regulacjom chroniącym zdrowie publiczne. Źródło tego problemu amerykański historyk David T. Courtwright nazywał „kapitalizmem limbicznym" – zaawansowanym technologicznie, lecz społecznie regresywnym modelem biznesowym, w którym globalni producenci i korporacje zachęcają do nadmiernej konsumpcji, przyczyniając się do epidemii uzależnień i chorób niezakaźnych.

Polityka kontroli nad alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi niesie ze sobą szereg problemów natury strukturalnej, instytucjonalnej, lecz również społecznej i kulturowej. Wyniki badań naukowych wskazują, że najniższe ryzyko wystąpienia problemów ma miejsce w sytuacji znacznej bądź całkowitej liberalizacji prawa, jak również polityki zakazów i rozwiązań prohibicyjnych. Na tym tle właściwie ukształtowana polityka kontroli nad substancjami psychoaktywnymi, takimi jak alkohol, może okazać się najbardziej skutecznym modelem ograniczania ryzyka zdrowotnego i społecznego.

Formacja nowoczesnego zdrowia publicznego, osadzona na zasobach wiedzy eksperckiej, motywuje jednostkę do działań służących realizacji celów politycznych. Jednak dominacja tego modelu znacząco ogranicza możliwość stosowania narzędzi o najwyższej skuteczności, ponieważ opierają się one na ograniczaniu dostępności ekonomicznej i fizycznej dóbr uzależniających. Zarówno konsumenci, jak i producenci tych produktów niechętnie podchodzą do interwencji politycznych, traktując je jako zagrożenie wolności gospodarczej i konsumpcji.

Aby skutecznie przeciwdziałać uzależnieniom i ich negatywnym konsekwencjom, konieczne są kompleksowe strategie na poziomie globalnym, łączące podejście populacyjne z działaniami na rzecz równości w dostępie do leczenia i wsparcia. Istotne jest również angażowanie społeczeństwa w proces kształtowania polityki zdrowia publicznego oraz budowanie świadomości ryzyka związanego z konsumpcją. Wydaje się, że jedynie kompleksowe, oparte na dowodach naukowych podejście pozwoli na implementację skutecznych rozwiązań w walce z epidemią uzależnień.

Bibliografia

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham K. i in. (2003). *Alcohol. No Ordinary Commodity – Research and Public Policy.* Oxford: Oxford University Press.

Bauman, Z. (1992). *Intimations of Postmodernity.* Abingdon: Routledge.

Beard, E., Brown, J., West, R., Angus, C., Brennan, A., Holmes, J., Kaner, E., Meier, P., & Michie, S. (2016). Deconstructing the Alcohol Harm Paradox: A Population Based Survey of Adults in England. *PloS One*, *11*(9), e0160666.

Bell, D. (1994). *Kulturowe sprzeczności kapitalizmu*. Przeł. S. Amsterdamski. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Bhattacharya, A., Angus, C., Pryce, R., Holmes, J., Brennan, A., & Meier, P.S. (2018). How dependent is the alcohol industry on heavy drinking in England? *Addiction*, *113*(12), 2225–2232. DOI: 10.1111/add.14386

Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Makela, K., Pan, L., Popham, R. i in. (1975). *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective.* Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies.

Bujalski, M., & Moskalewicz, J. (2021). Rozpowszechnienie zaburzeń związanych z alkoholem. W: J. Moskalewicz & J. Wciórka (Red.), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań EZOP-II* (s. 393–402). Warszawa: Instytut Psychiatrii Neurologii.

Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N. i in. (1994). *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press.

Gusfield, J.R. (1963). *Symbolic crusade. Status politics and the American temperance movement*. Urbana: University of Illinois Press.

Jasilionis, D., Leon, D.A., & Pechholdová, M. (2020). Impact of alcohol on mortality in Eastern Europe: Trends and policy responses. *Drug and Alcohol Review*, *39*(7), 785–789. DOI: 10.1111/dar.13167

Keane, H. (2002). *What's wrong with addiction?* Melbourne: Melbourne University Press.

Levine, H.G. (1978). The discovery of addiction. Changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, *39*(1), 143–174. DOI: 10.15288/jsa.1978.39.143

Levine, H.G. (1984). The alcohol problem in America. From temperance to alcoholism. *British Journal of Addiction*, *79*(1), 109–119. DOI: 10.1111/j.1360-0443.1984.tb00252.x

Probst, C., Kilian, C., Sanchez, S., Lange, S., & Rehm, J. (2020). The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. *The Lancet. Public Health*, *5*(6), e324–e332. DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30052-9

Reinarman, C. (2005). Addiction as Accomplishment. The Discursive Construction of Disease. *Addiction Research and Theory*, *13*(4): 307–320. DOI: 10.1080/16066350500077728

Reith, G. (2004). Consumption and its discontents. Addiction, identity and the problems of freedom. *The British Journal of Sociology*, *55*(2), 283–300. DOI: 10.1111/j.1468-4446.2004.00019.x

Sedgwick, E.K. (1993). *Epidemics of the Will. Tendencies*. London: Routledge.

Skog, O.-J. (1999) The prevention paradox revisited. *Addiction, 94*, 751–757.

Valverde, M. (1998). *Diseases of the Will*. Cambridge: Cambridge University Press.

World Health Organization (2010). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization. Pobrano z: https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931 (dostęp: 27.07.2025).

World Health Organization (2011). *Global status report on alcohol and health 2011*. Geneva: World Health Organization. Pobrano z: https://www.who.int/publications-detail-redirect/global-status-report-on-alcohol-and-health-2011 (dostęp: 27.07.2025).

World Health Organization (2022). *Global alcohol action plan 2022–2030*. Geneva: World Health Organization. Pobrano z: https://www.who.int/publications/i/item/9789240090100 (dostęp: 27.07.2025).

World Health Organization (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. Geneva: World Health Organization. Pobrano z: https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745 (dostęp: 27.07.2025).

Maria Salomea Libura
Gdański Uniwersytet Medyczny
https://orcid.org/0000-0001-6242-0674
https://doi.org/10.35765/slowniki.587

Choroby rzadkie jako zadanie zdrowia publicznego

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: W Unii Europejskiej przez choroby rzadkie rozumie się ciężkie, często zagrażające życiu schorzenia, które dotykają nie więcej niż 5 osób na 10 000 i których leczenie wymaga szczególnych, skoordynowanych wysiłków wielu specjalistów.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Choroby rzadkie stanowią szczególną grupę, której brak wspólnego mianownika w postaci tradycyjnych kryteriów, takich jak etiologia, patogeneza, umiejscowienie w określnych narządach czy objawy chorobowe. Zostały wyodrębnione w latach 70. ubiegłego wieku ze względu na bariery, jakich cierpiący na nie pacjenci doświadczali w systemach ochrony zdrowia, poszukując pomocy medycznej.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Czynnikiem łączącym różne rzadkie jednostki chorobowe są trudności związane z uzyskaniem pomocy medycznej: ryzyko opóźnienia w postawieniu prawidłowego rozpoznania, ograniczona dostępność terapii, a także brak wiedzy i informacji na temat danej jednostki chorobowej wśród przedstawicieli zawodów medycznych czy ścieżek pacjenta na poziomie systemów ochrony zdrowia. Niska częstość występowania danej choroby przekłada się na poziom zainteresowania w środowiskach medycznych i naukowych.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Wprowadzenie specjalnych zachęt dla badaczy, opracowanie protokołów

badań klinicznych, uwzględniających specyfikę małych populacji, a następnie szczególnych zasad dopuszczania opracowanych leków do obrotu czy też zasad refundacji technologii lekowych dla chorób rzadkich przyczyniły się do powolnej, ale widocznej zmiany w podejściu do chorób rzadkich w Europie, w tym także w Polsce. Jednym z największych wyzwań pozostaje dostosowanie organizacji systemu ochrony zdrowia do potrzeb tej grupy pacjentów.

Słowa kluczowe: choroby rzadkie, zdrowie publiczne, leki sieroce, rzadkie niepełnosprawności

Definicja pojęcia

Nie powstała jak dotąd jedna, uniwersalna definicja choroby rzadkiej. Przegląd systematyczny, którego celem była identyfikacja rozumienia tego terminu w skali globalnej, pozwolił zidentyfikować 296 definicji odnoszących się do grupy schorzeń o niskiej częstości występowania, używanych przez 1109 instytucji i organizacji w 32 różnych państwach na całym świecie (Richter i in., 2015).

Definicja przyjęta w prawodawstwie Unii Europejskiej uznaje, że choroby rzadkie to ciężkie, często zagrażające życiu schorzenia, które dotykają nie więcej niż 5 osób na 10 000 i których leczenie wymaga szczególnych, skoordynowanych wysiłków wielu specjalistów (Montserrat & Waligora, 2017). Taki sposób ujęcia choroby rzadkiej nie tylko określa próg częstości występowania w populacji, ale też wskazuje na opisowe cechy schorzeń, które uzasadniają szczególne rozwiązania i wysiłki podejmowane w celu zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej pacjentom nimi dotkniętym.

Nawet 80% chorób rzadkich ma podłoże genetyczne, a 50% nowych rozpoznań dotyczy dzieci (Haffner, 1991). Wśród innych przyczyn tych schorzeń znajdują się zakażenia, uszkodzenia tkanek i teratogenne działanie niektórych substancji. Klasyfikacja schorzenia do kategorii chorób rzadkich zależy od lokalizacji, zarówno ze względu na odmienne punkty odcięcia przyjęte w różnych państwach, jak i geograficzne zróżnicowanie występowania chorób. Na przykład malaria, powszechne utrapienie regionów tropikalnych, w Polsce jest chorobą rzadką, przyniesioną przygodnie z zagranicznych podróży.

Obok nazwy „choroba rzadka" w niektórych obszarach używa się terminów takich jak „choroba sieroca", „choroba zaniedbana", „choroba ultrasieroca" czy „choroba ultrarzadka", których zakres znaczeniowy pokrywa się częściowo lub w całości z chorobami rzadkimi. Użycie przedrostka „ultra-" zwykle zawęża znaczenie do „najrzadszych wśród rzadkich", czyli chorób o wyjątkowo niskiej prewalencji. Taką podkategorię wprowadził m.in. brytyjski National Institute for Health and Care Excellence (NICE) dla leków ze wskazaniami do leczenia chorób, których częstość występowania jest mniejsza niż 1 na 50 000 osób (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004). Pojęcie choroby

zaniedbanej ma natomiast szerszy zakres znaczeniowy i obejmuje także powszechne problemy zdrowotne, które z różnych przyczyn nie są objęte adekwatną opieką medyczną. Zwykle powodem jest niska opłacalność leczenia, związana np. z poziomem zamożności docelowej grupy pacjentów cierpiących na określone schorzenie. W pewnym sensie pojawienie się kategorii chorób rzadkich wraz z regulacjami zachęcającymi do poszukiwania odpowiadających im terapii zapoczątkowało proces stopniowego wyłączania kolejnych jednostek chorobowych występujących rzadko ze zbioru chorób zaniedbanych.

Jak wynika z przywołanego wcześniej przeglądu systematycznego (Richter i in., 2015), powszechną strategią definiowania chorób rzadkich jest ustanowienie maksymalnego progu częstości występowania choroby w populacji, niezbędnego do tego, by mogła być ona uznana za rzadką na danym obszarze. Aż w 88% badanych państw w co najmniej jednej z obowiązujących definicji określono taki próg, przy czym ich wartości różniły się między sobą dość znacząco: próg częstości występowania, wyznaczający granicę rzadkości chorób w poszczególnych jurysdykcjach, wahał się od 5 do 76 przypadków na 100 000 osób. Z zasady organizacje pacjentów wykazywały się bardziej liberalnym rozumieniem progu chorobowości (47 przypadków na 100 000 osób), podczas gdy prywatni ubezpieczyciele stosowali najbardziej restrykcyjne podejście (18 przypadków na 100 000 osób). W większości analizowanych przypadków (66%) próg granicznej dla choroby rzadkiej prewalencji mieścił się w przedziale 40–50 przypadków na 100 000 osób, co stanowi znak wyłaniającego się globalnego konsensusu w tym obszarze. Konsensus co do definicji ma znaczenie nie tylko teoretyczne czy porządkujące, ale też praktyczne, gdyż przekłada się choćby na zasady dopuszczania do obrotu produktów leczniczych. Różnice w przyjętych progach prewalencji pomiędzy Stanami Zjednoczonymi (7:10000) a Unią Europejską (5:10000) oznaczają, że technologia medyczna dopuszczona na szczególnych zasadach jako lek sierocy w USA może w pewnych przypadkach nie uzyskać takiej desygnacji na terenie Unii.

Zebrane w ramach przeglądu systematycznego dane pokazują, że relatywnie rzadko stosuje się kryteria jakościowe, precyzujące cechy chorób rzadkich inne niż próg częstości występowania (Richter i in., 2015). Mniej niż 30% definicji zawierało odniesienia do ciężkości choroby, zagrożenia życia lub braku istniejących metod leczenia.

Sporadycznie zdarzają się zawężenia oparte na przesłankach klinicznych, takie jak wyodrębnienie rzadkich chorób o podłożu genetycznym. Autorzy opracowania wykazują krytyczne nastawienie do takich modyfikacji, widząc w nich przede wszystkim czynnik zaburzający klarowność i precyzyjność definicji. We wszelkich próbach ujednolicenia definicji chorób rzadkich powinno się wedle tych badaczy skupiać na standaryzacji kryteriów obiektywnych, takich jak progi częstości występowania, a unikać określeń jakościowych. Jest to zrozumiałe z punktu widzenia dziedziny reprezentowanej przez formułującą ten postulat grupę badawczą, czyli nauk ekonomicznych. Przedstawiona perspektywa nie uwzględnia jednak ani doświadczenia pacjenta, ani specyfiki klinicznej, nie wspominając o wyzwaniach związanych z decyzjami o refundacji technologii medycznych czy z koordynacją opieki nad nietypowym pacjentem w ramach systemu ochrony zdrowia i zabezpieczenia społecznego. Nieformalna definicja chorób ultrarzadkich zaproponowana przez NICE obudowana jest warunkami opisowymi, takimi jak ciężkość przebiegu choroby i zagrożenie życia związane z brakiem leczenia, których spełnienie uzasadniałoby dodatkowe ułatwienia dla firm farmaceutycznych oferujących terapie w tym obszarze (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004). Decyzje o alokacji wydatków na zdrowie mają wymiar społeczny i – szczególnie w przypadku leków, których koszt leczenia w przeliczeniu na pacjenta jest bardzo wysoki – wymagają głębszego uzasadnienia aniżeli sama częstość występowania. Warto też zauważyć, że prewalencja wielu chorób rzadkich opiera się na szacunkach, gdyż duża liczba chorych doświadcza trudności w uzyskaniu diagnozy, nie licząc cierpiących na choroby objęte programami przesiewowymi. W większości krajów brakuje też rejestrów pozwalających na ocenę faktycznej częstości występowania wielu chorób rzadkich w poszczególnych populacjach, w praktyce więc próg częstości występowania jest narzędziem precyzyjnym głównie na poziomie konceptualnym, ale nie zmniejsza to jego użyteczności. Rozróżnień pomiędzy chorobami uwarunkowanymi genetycznie a pozostałymi rzadkimi problemami zdrowotnymi dokonuje się nawet tam, gdzie nie są one zawarte w przyjętych definicjach oficjalnych, czego przykładem może być próba oszacowania globalnej prewalencji chorób rzadkich, z której autorzy na wstępie wyłączyli rzadkie nowotwory, choroby zakaźne i zatrucia (Wakap i in., 2020).

Analiza historyczna pojęcia

Termin „choroby rzadkie" (ang. *rare diseases*), używany w formie liczby mnogiej bez dodatkowych określeń precyzujących charakter tych chorób, pojawił się w Stanach Zjednoczonych w połowie lat 70. ubiegłego wieku, a ostatecznie usankcjonowała go amerykańska ustawa o lekach sierocych z 1984 roku (Huyard, 2009). Wcześniej określenie choroby jako rzadkiej oczywiście pojawiało się w dyskursie medycznym, ale jako element opisowy (np. rzadka choroba układu nerwowego), nie miało przy tym obecnego znaczenia przynależności danej jednostki do pewnego zbioru schorzeń, gdyż choroby rzadkie nie stanowiły odrębnej kategorii. Wyłoniła się ona w związku z problemem leków sierocych w Stanach Zjednoczonych, kiedy to zmiany prawne, mające na celu uprządkowanie rynku produktów farmaceutycznych, doprowadziły do powstania leków nazywanych wówczas „sierocymi" lub „bezdomnymi" (ang. *„orphan" or „homeless" drugs*) (Walshe, 1988). W Stanach Zjednoczonych wymóg prawnego udowodnienia skuteczności produktów farmaceutycznych wprowadzonych na rynek po 1938 roku doprowadził do powstania grupy „leków niczyich", których weryfikacją nie były zainteresowane firmy farmaceutyczne, a które ze względu na brak zamienników pozostawały w użyciu w szpitalach (Huyard, 2009). Były to często leki „nieopłacalne", przede wszystkim niedające się opatentować, ale wkrótce dołączyły do nich te stosowane w chorobach rzadkich lub w krajach rozwijających się (Haffner, 1991). Taką też definicję leków sierocych – jako nieopłacalnych – ugruntował Orphan Drug Act (ustawa o lekach sierocych) z roku 1983, a zmiany wprowadzone rok później trwale połączyły na gruncie prawa amerykańskiego kwestię potencjalnie małego zysku dla producenta i chorób rzadkich (Huyard, 2009). Co więcej, w ustawie tej pojawiła się definicja epidemiologiczno-ekonomiczna: lek mógł uzyskać status sierocego, jeśli w związku ze swoim schorzeniem potrzebowało go (1) mniej niż 200 tys. osób w Stanach Zjednoczonych Ameryki albo (2) więcej niż 200 tys. osób przy niewielkim prawdopodobieństwie zysków ze sprzedaży w USA. Pierwsze kryterium wyznaczało próg prewalencji wynoszący w czasie uchwalenia ustawy 86 na 100 000 osób w populacji USA (Wakap i in., 2020). Prewalencja to w epidemiologii określenie częstości występowania danej choroby w ściśle określonym okresie, niezależnie od czasu wystąpienia

choroby, w przeliczeniu na 10 000 lub 100 000 osób. Co ciekawe, drugie kryterium nigdy nie zostało zastosowane w Stanach Zjednoczonych, natomiast leki sieroce stały się w powszechnym rozumieniu lekami na choroby rzadkie, wymagającymi szczególnych zachęt (takich jak dłuższa ochrona patentowa) ze względu na niską liczebność populacji, jakie docelowo miały ich potrzebować (Huyard, 2009). Także w Europie pierwsza definicja chorób rzadkich pojawiła się w regulacji dotyczącej leków sierocych, jakim było Rozporządzenie (WE) Nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 r. w sprawie sierocych produktów leczniczych.

Ujęcie problemowe pojęcia

Uznanie chorób rzadkich za ważny problem zdrowia publicznego stanowiło warunek *sine qua non* obecnego dynamicznego rozwoju badań nad chorobami rzadkimi, któremu towarzyszy tworzenie rozwiązań systemowych dla cierpiących na nie pacjentów. Stało się to możliwe dzięki zaangażowaniu ruchów pacjentów, takich jak europejski EURORDIS. Dziś może się to wydawać oczywistością, jednak jeszcze na początku naszego wieku zestawienie pojęć „zdrowie publiczne" i „choroby rzadkie" traktowano niemalże jak oksymoron. Dominujące wówczas rozumienie problemów związanych z chorobami rzadkimi wydawało się bardzo odległe od przedmiotu zainteresowania zdrowia publicznego, koncentrującego się raczej na zdrowiu populacji niż jednostek i ukierunkowanego na systematyczne działania, których celem jest zapobieganie przyczynom problemów zdrowotnych w całych populacjach, łagodzenie ich lub eliminowanie. Choroby rzadkie, długo postrzegane jako rozproszone w populacji „egzotyczne przypadki", wydawały się bardzo odległe od takich wyzwań.

Wynikało to z dwóch głównych przyczyn. Pierwszą były uwarunkowania historyczne, które wytyczały obszar zainteresowania zdrowia publicznego. „Zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia, promowanie zdrowia poprzez zorganizowane wysiłki społeczne" (Acheson, 1988) – to jedna z najbardziej zwięzłych definicji, bazująca na wcześniejszej propozycji C.E. Winslowa. Definicja, z której Światowa Organizacja Zdrowia korzysta do dziś, jest

wystarczająco szeroka, by objąć również choroby rzadkie. Początkowo jednak największe osiągnięcia zdrowia publicznego dotyczyły zwalczania chorób zakaźnych, ich epidemii, poprawy warunków sanitarnych i łagodzenia skutków katastrof, wypadków czy innych nagłych kryzysów zdrowotnych. Dopiero rozwój koncepcji „nowego zdrowia publicznego" – podkreślającej znaczenie chorób niezakaźnych, ich uwarunkowań oraz społecznych i ekonomicznych determinantów zdrowia – zbliżył problem chorób rzadkich do agendy działań populacyjnych. Nadal jednak istnieje wiele barier, które utrudniają pełne włączenie tych chorób do polityk publicznych. Ani problematyka stylu życia, ani warunków bytowych i środowiskowych jako determinantów wydłużania życia w zdrowiu nie stanowią bowiem dobrego dopasowania do podejmowania specyficznych wyzwań chorób, z których znakomita większość (nawet do 80%) ma charakter wrodzony, często o podłożu genetycznym (Haffner, 1991).

W ten sposób dochodzimy do drugiej z zasadniczych przyczyn, która przez długi czas blokowała systemowe rozwiązania dla chorób rzadkich: wrodzony, a w szczególności genetyczny charakter choroby powodował, że uznawano cierpiących na nie pacjentów za przypadki, którym, po pierwsze, nie można już zapobiec, a po drugie, można pomóc w ograniczonym zakresie, głównie poprzez wykonywanie czynności pielęgnacyjnych i ewentualne wdrożenie leczenia objawowego. Jeśli za miarę sukcesu uznaje się zapobieganie dużej liczbie zachorowań lub unikanie przedwczesnych zgonów, to wymienione powody mogły zniechęcać do włączenia chorób rzadkich w programy zdrowia publicznego (Valdez, Grosse i in., 2016). Zmiany w podejściu dokonały się wraz z rewolucją w biotechnologii i genetyce. Poszerzenie możliwości diagnostycznych i ich upowszechnienie pozwoliło odkryć rzeczywistą skalę chorób rzadkich (i to zarówno chorób wrodzonych, jak i rzadkich nowotworów), których obecnie wedle różnych szacunków może być od 5 do 10 tysięcy (Haendel i in., 2020). Problem chorób rzadkich dotyczy zatem niebagatelnego odsetka populacji w skali globalnej: od 3,5–5,9% (Wakap i in., 2020) do nawet 10% (Haendel i in., 2020), co dało asumpt do sformułowania pozornie paradoksalnego hasła, używanego przez organizacje rzecznicze: „choroby rzadkie są częste". Postępy w wymienionych obszarach nauk biomedycznych nie tylko pozwoliły populacji pacjentów z chorobami rzadkimi wyłonić się z mroku zaburzeń o nieustalonym pochodzeniu, ale także poszerzyły możliwości interwencji

terapeutycznej. Już wcześniej zrozumienie mechanizmów stojących za niektórymi chorobami o podłożu genetycznym – na przykład fenyloketonurią – pozwoliło opracować metody terapeutyczne hamujące ich rozwój oraz wprowadzić w wielu krajach populacyjne badania przesiewowe noworodków. Dzięki nim pacjenci są wykrywani jeszcze w fazie bezobjawowej, co umożliwia natychmiastowe wdrożenie właściwego postępowania. Historia fenyloketonurii uchodzi dziś za modelowy przykład zastosowania koncepcji zdrowia publicznego w odniesieniu do chorób rzadkich. Dopiero jednak wspomniana rewolucja biotechnologiczna stworzyła warunki do osiągnięcia efektu skali w badaniach nad innowacyjnymi terapiami i doprowadziła do powstania pierwszych terapii genowych.

Terapie oparte na innowacyjnych technologiach lekowych pozostają przy tym nadal wyjątkiem raczej niż regułą w opiece nad pacjentami z chorobami rzadkimi, gdyż dostępne są dla nie więcej niż 5% rzadkich jednostek chorobowych, a proces opracowywania i rejestracji innowacyjnych leków pozostaje często przypadkowy, długotrwały i kosztowny, co wymaga zmiany dotychczasowej strategii w obszarze leków sierocych (Hivert i in., 2021). Zarejestrowane i dopuszczone do obrotu terapie pozostają często poza zasięgiem pacjentów ze względu na wysokie ceny i różnice w strategiach refundacyjnych pomiędzy państwami, dlatego zapewnienie sprawiedliwego dostępu do innowacji stanowi jedno z nowych wyzwań (Hivert i in., 2021).

W skali globalnej większość pacjentów z chorobami rzadkimi nie może spodziewać się szybkiego dostępu do przełomowych, innowacyjnych leków albo ze względu na ich brak, albo z powodów bariery kosztowej. Nie znaczy to, że osoby dotknięte chorobami powodującymi niepełnosprawność, zagrażającymi życiu i w dużej mierze niemożliwymi do uniknięcia, nie mogą odnieść ogromnych korzyści z kompleksowego ujęcia ich problemów w ramach programów zdrowia publicznego (Valdez, Ouyang, i in., 2016). Alternatywną do profilaktyki pierwotnej miarą sukcesu w przypadku chorób rzadkich może być na przykład spowolnienie postępu klinicznego przy jednoczesnym zmniejszeniu ich niekorzystnego wpływu na życie osób dotkniętych chorobą, ich krewnych i opiekunów (Valdez, Ouyang, i in., 2016). Na drodze do wypracowania programów zdrowia publicznego pojawiają się typowe dla chorób rzadkich przeszkody. Wśród najważniejszych wymienić można następujące:

- mała liczba pacjentów dotkniętych poszczególnymi chorobami oraz ich rozproszenie utrudnia wypracowanie standardowych rozwiązań;
- metody oparte na identyfikacji i usuwaniu czynników ryzyka nie są odpowiednie w przypadku chorób, których główne czynniki ryzyka są wrodzone, a zatem nieusuwalne;
- rozpoznanie wielu rzadkich jednostek chorobowych jest trudne i opóźnione;
- dla wielu jednostek chorobowych brakuje kodów Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD) lub nie są one przypisane w sposób jednoznaczny, co utrudnia prowadzenie dokumentacji, a w konsekwencji ogranicza dostępność danych na temat pacjentów i ich chorób;
- mechanizmy molekularne lub fizjologiczne leżące u podstaw wielu chorób pozostają nieznane;
- standardowa specjalistyczna i skoordynowana opieka medyczna jest niewystarczająca, a leczenie może być skomplikowane;
- standardy leczenia i rehabilitacji w wielu przypadkach nie są oparte na dowodach naukowych wysokiej jakości, ponieważ badania są z konieczności prowadzone na niewielką skalę;
- brakuje zbiorów danych podłużnych; zakres i możliwości większości rejestrów i baz danych umożliwiają jedynie ograniczone analizy w odniesieniu do chorób rzadkich;
- strategie badań przesiewowych są kosztowne i nie zawsze skuteczne (Valdez, Ouyang, i in., 2016).

Nietrudno zauważyć, że część z wypunktowanych wyżej zagadnień tworzy zazębiające się mechanizmy kultywowania niewiedzy. Dla przykładu brak powszechnie stosowanego systemu kodowania chorób rzadkich uniemożliwia ich sprawozdawanie przy rutynowym uzupełnianiu dokumentacji medycznej, w związku z czym dane są fragmentaryczne; luki w danych utrudniają zebranie informacji na temat liczby pacjentów z określoną chorobą na danym obszarze, historii naturalnej choroby etc., co utrudnia planowanie badań i projektowanie ewentualnych interwencji. Brak danych utrwala też podstawowy problem w postrzeganiu chorób rzadkich, jakim jest przekonanie o ich marginalnym wpływie na zdrowie populacji.

Lista przeszkód jest zarazem listą zadań dla programów zdrowia publicznego ukierunkowanych na choroby rzadkie. Bez szybkiego

rozpoznania nie można bowiem wdrożyć postępowania leczniczego, jakkolwiek innowacyjne by było. Takie też priorytety, obok zachęt do opracowania i rejestracji leków sierocych, przyświecały polityce zdrowotnej Unii Europejskiej (Montserrat & Waligora, 2017). Wyrazem tej polityki było zalecenie Rady UE z dnia 8 czerwca 2009 r. w sprawie działań w dziedzinie chorób rzadkich, wzywające państwa członkowskie Unii Europejskiej, aby opracowały plany lub strategie dotyczące tych chorób w celu umożliwienia cierpiącym na nie pacjentom dostępu do opieki zdrowotnej wysokiej jakości, w tym do diagnostyki i leczenia. Znamienne, że zalecenie dotyczy dostępności świadczeń w ramach systemów zdrowotnych i zabezpieczenia społecznego, będąc tym samym wyrazem rozpoznania złożonych potrzeb i ich rodzin, wynikających z obciążenia rzadkim schorzeniem. Z racji ciężkości przebiegu wiele chorób rzadkich oznacza bowiem także niepełnosprawność, często również nietypową i wymagającą szczególnych form wsparcia (de Chalendar i in., 2014).

Pojęcie „odyseja diagnostyczna", związane z uzyskaniem właściwego rozpoznania, weszło na stałe do języka badaczy opisujących doświadczenia pacjentów z chorobami rzadkimi (Kole i in., 2009). Opisuje ono czas od pojawienia się pierwszych objawów choroby do postawienia właściwego rozpoznania. Trwającemu lata, a nawet dekady procesowi diagnostycznemu towarzyszą niepewność, liczne wizyty w szpitalach, mniej lub bardziej inwazyjne badania, błędne rozpoznania, z którymi każdorazowo trzeba się oswoić, a niejednokrotnie też niewłaściwe leczenie. Dostęp do odpowiednio szybkiej diagnostyki stanowi jedną z podstawowych potrzeb medycznych pacjentów z chorobami rzadkimi, gdyż opóźnienie w postawieniu właściwego rozpoznania niesie ze sobą poważne skutki zdrowotne dla pacjenta, a dla systemów ochrony zdrowia stanowi jedną z przyczyn marnotrawienia środków na leczenie wskutek m.in.:

- wdrożenia niewłaściwego leczenia,
- obciążenia niepotrzebnymi badaniami,
- obniżenia jakości życia i pogorszenia rokowania pacjentów,
- opóźnienia włączenia właściwego postępowania terapeutycznego i związanych z nim potencjalnie nieodwracalnych komplikacji zdrowotnych (Kole i in., 2009).

Trudności z uzyskaniem opieki medycznej nie kończą się bynajmniej z chwilą postawienia rozpoznania pacjentowi z chorobą rzadką.

Poszukiwanie usług opieki zdrowotnej odpowiadających na jego realne potrzeby medyczne to kolejna odyseja – tym razem terapeutyczna. Pierwszym problemem jest dostępność (fizyczna i finansowa) świadczeń i terapii, drugim – intensywność opieki medycznej, rozumiana jako liczba udzielanych pacjentowi świadczeń, w licznych przypadkach skomplikowana koniecznością współpracy wielu specjalistów.

Problem dostępności jest najlepiej opisany w odniesieniu do terapii lekowych, w szczególności zaś do refundacji tzw. leków sierocych. Nie mniej istotny, choć słabiej opisany w literaturze przedmiotu, jest także sposób organizacji świadczeń, zwłaszcza jeśli weźmiemy pod uwagę, że na większość chorób rzadkich nie ma póki co leków przyczynowych ani modyfikujących przebieg choroby. Wieloukładowy, ciężki przebieg charakteryzujący często te schorzenia wymaga współpracy wielu specjalistów i koordynacji opieki nad pacjentem zarówno na poziomie danej placówki, jak i pomiędzy różnymi świadczeniodawcami.

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Postęp w metodach diagnostycznych, w tym szczególnie zaawansowanych badaniach molekularnych i immunologicznych, oraz szerokie programy nastawione na wykrywanie przyczyn chorób niezdiagnozowanych umożliwiają ustalenie diagnozy w przypadkach, które jeszcze niedawno pozostawałyby niewyjaśnione. Bardzo rzadkie jednostki chorobowe stanowią wedle szacunków większość chorób rzadkich, jednocześnie ich niska częstość występowania powoduje, że mają ograniczony wpływ na szacunki dotyczące częstości chorób rzadkich jako takich. W analizie znajdujących się w bazie Orphanet 5304 chorób rzadkich o podłożu genetycznym, które posiadały zdefiniowaną częstość występowania, aż 84,5% charakteryzowało się prewalencją <1/1 000 000 (Wakap i in., 2020). Zarazem wedle tego samego badania 77,3–80,7% obciążenia populacji chorobami rzadkimi przypada na 4,2% (n = 149) chorób sytuujących się w najczęstszym przedziale chorobowości (1–5 na 10 000 000). W związku z tym krajowe definicje „chorób rzadkich" (ustalające graniczne częstości występowania w przedziale od 5 do 80 na 100 000) obejmują zmienną liczbę pacjentów z chorobami rzadkimi,

choć większość tych chorób wchodzi w ich zakres (Wakap i in., 2020). Warto na marginesie zauważyć, że wykluczenie częstszych chorób z definicji przez ustalenie bardziej restrykcyjnego progu prewalencji prowadzi do radykalnego zmniejszenia populacji kwalifikującej się jako pacjenci z chorobami rzadkimi na określonym obszarze.

Oszacowanie częstości występowania chorób ma kluczowe znaczenie dla organizacji opieki zdrowotnej. W przypadku większości chorób rzadkich nie ma jednak na tyle wiarygodnych źródeł danych, które pozwoliłyby ustalić ich chorobowość czy – w przypadku rzadkich nowotworów – zapadalność w granicach błędu odpowiadającego chorobom powszechnym. Tym niemniej ustalenie w możliwie precyzyjny sposób rzeczywistej częstości występowania chorób rzadkich ma kapitalne znacznie dla określenia skali problemu oraz oszacowania obciążenia generowanego przez te choroby.

Próbę oszacowania globalnej prewalencji punktowej części chorób rzadkich podjęto stosunkowo niedawno, wykorzystując bazy danych Orphanetu (Wakap i in., 2020). Analiza ta pozwoliła na bardziej rygorystyczne, oparte na odpowiednio dobranych doniesieniach naukowych, oszacowanie punktowej prewalencji chorób rzadkich w populacji globalnej. Posłużono się danymi dotyczącymi 67,6% chorób rzadkich z bazy Orphanet, dla których punktowa chorobowość jest właściwym wskaźnikiem epidemiologicznym, przy zastosowaniu europejskiej definicji progu częstości występowania równemu 5 na 10 000 osób, oraz po wyłączeniu z analizy rzadkich nowotworów, chorób zakaźnych i zatruć scharakteryzowanych za pomocą zapadalności (Wakap i in., 2020). Skalkulowana na tej podstawie minimalna i maksymalna granica globalnej punktowej częstości występowania chorób rzadkich mieści się w przedziale 3 482,3–5910,3 na 100 000 osób, co oznacza, że około 3,5–5,9% populacji obciążone jest chorobami rzadkimi. Przekłada się to na 17,8–30,3 milionów ludzi w Unii Europejskiej i 263–446 milionów dotkniętych nimi na całym świecie w dowolnym momencie. Badanie to rewiduje szacunki Komisji Europejskiej, wedle której choroby rzadkie dotykają 6–8% populacji, jednocześnie potwierdzając duże znaczenie tej grupy schorzeń.

Zmniejszenie skali opóźnienia diagnostycznego w chorobach rzadkich powinno być priorytetem polityki zdrowotnej. Pierwsza bariera w uzyskaniu poprawnej diagnozy to niewiedza, dlatego podstawową

kwestią jest wzmocnienie istniejących, czasem nieformalnych ośrodków eksperckich, a w razie potrzeby powołanie nowych. Jednym z głównych zadań programów zdrowia publicznego w zakresie chorób rzadkich musi więc być poszerzenie dostępu do diagnostyki oraz wprowadzenie odpowiednich zasad kodowania (np. ORPHAcode) i jednoczesnego raportowania chorób rzadkich w systemie ochrony zdrowia, aby skala potrzeb była widoczna dla strony publicznej, kształtującej politykę zdrowotną. Niedostatek informacji jest mocno odczuwany przez pacjentów i ich bliskich w wielu obszarach: od informacji *stricte* medycznych (przyczyny i przebieg choroby, dostępne technologie lekowe), przez te związane z systemem ochrony zdrowia (gdzie się leczyć), po związane z samoopieką i wiedzą o funkcjonowaniu systemu zabezpieczenia społecznego.

Kompleksowe podejście wymaga rozpoznania potrzeb wspólnych wielu różnym chorobom rzadkim. Z punktu widzenia zdrowia publicznego znacznie więcej można zyskać, koncentrując wysiłki na grupach rzadkich chorób o wspólnych cechach i czynnikach ryzyka, następnie mierząc ich wpływ na stan zdrowia i poziom dostępności świadczeń opieki medycznej i powiązanych usług społecznych, aniżeli tworząc rozwiązania dla pojedynczych jednostek chorobowych (Valdez, Grosse, i in., 2016).

Niniejsze hasło powstało z wykorzystaniem fragmentów nieopublikowanej pracy doktorskiej autorki pt. *Choroby rzadkie: analiza barier w dostępie do opieki medycznej oraz potrzeb i oczekiwań polskich pacjentów i ich opiekunów*, obronionej na Wrocławskim Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich pod kierownictwem prof. Roberta Śmigla.

Bibliografia

Acheson, E.D. (1988). *Public health in England : the report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function.* London: H.M.S.O.

de Chalendar, M., Daniel, M., Olry, A., & Rath, A. (2014). Rare diseases and disabilities: improving the information available with three Orphanet projects. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, *9*(Suppl 1). DOI: 10.1186/1750-1172-9-s1-o31

Haendel, M., Vasilevsky, N., Unni, D., Bologa, C., Harris, N., Rehm, H., Hamosh, A., Baynam, G., Groza, T., McMurry, J., Dawkins, H.,

Rath, A., Thaxon, C., Bocci, G., Joachimiak, M. P., Köhler, S., Robinson, P.N., Mungall, C., & Oprea, T.I. (2020). How many rare diseases are there? *Nature reviews. Drug discovery*, *19*(2), 77–78. DOI: 10.1038/D41573-019-00180-Y

Haffner, M.E. (1991). Orphan products: origins, progress, and prospects. *Annual review of pharmacology and toxicology*, *31*(1), 603–620. DOI: 10.1146/ANNUREV.PA.31.040191.003131

Hivert, V., Jonker, A.H., O'Connor, D., & Ardigo, D. (2021). IRDiRC: 1000 new rare diseases treatments by 2027, identifying and bringing forward strategic actions. *Rare Disease and Orphan Drugs Journal*, *1*(1), 3. DOI: 10.20517/RDODJ.2021.02

Huyard, C. (2009). How did uncommon disorders become 'rare diseases'? History of a boundary object. *Sociology of Health & Illness*, *31*(4), 463–477. DOI: 10.1111/J.1467-9566.2008.01143.X

Kole, A., Faurisson, F., & Mavris, M. (2009). *The Voice of 12,000 Patients. Experiences and Expectations of Rare Disease Patients on DIagnosis and Care in Europe*. Eurordis.

Montserrat, M.A., & Waligora, J. (2017). The European Union Policy in the Field of Rare Diseases. *Advances in experimental medicine and biology*, *1031*, 561–587. DOI: 10.1007/978-3-319-67144-4_30

National Institute for Health and Clinical Excellence (2004). *NICE Citizens Council Report Ultra Orphan Drugs*. London: NICE.

Rare diseases, common challenges. (2022). *Nature Genetics*, *54*(3), 215. DOI: 10.1038/s41588-022-01037-8

Richter, T., Nestler-Parr, S., Babela, R., Khan, Z.M., Tesoro, T., Molsen, E., & Hughes, D.A. (2015). Rare Disease Terminology and Definitions–A Systematic Global Review: Report of the ISPOR Rare Disease Special Interest Group. *Value in Health*, *18*(6), 906–914. DOI: 10.1016/J.JVAL.2015.05.008

Valdez, R., Grosse, S.D., & Khoury, M.J. (2016). The need for a next-generation public health response to rare diseases. *Genetics in Medicine 2017*, *19*(5), 489–490. DOI: 10.1038/gim.2016.166

Valdez, R., Ouyang, L., & Bolen, J. (2016). Public Health and Rare Diseases: Oxymoron No More. *Preventing chronic disease*, *13*(1). DOI: 10.5888/PCD13.150491

Wakap, N.S., Lambert, D.M., Olry, A., Rodwell, C., Gueydan, C., Lanneau, V., Murphy, D., Le Cam, Y., & Rath, A. (2020). Estimating cumulative point prevalence of rare diseases: analysis of the Orphanet database. *European Journal of Human Genetics*, *28*, 165–173. DOI: 10.1038/s41431-019-0508-0

Walshe, J.M. (1988). Health Orphans: The Academic Viewpoint. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, *22*(3), 177–179.

Robert Nęcek
Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie
https://orcid.org/0000-0001-8576-9908
https://doi.org/10.35765/slowniki.540

Zdrowie dobrem wspólnym w świetle katolickiej nauki społecznej

Streszczenie

DEFINICJA POJĘCIA: Zdrowie jest dobrem wspólnym i jest jednym z głównych pojęć katolickiej nauki społecznej. Słowo „zdrowie" mieści się w sformułowaniu instytucjonalnym „służba zdrowia", ale mimo tego nic nie zastąpi empatii, współczucia i zwykłego serca. Osoba ludzka jest moralnie zobowiązana do troski o własne zdrowie, gdyż jest to dobro podstawowe, choć jako takie nie stanowi ono wartości nadrzędnej.

ANALIZA HISTORYCZNA POJĘCIA: Wartością zdrowia społeczeństwo interesowało od starożytności, aż po współczesność. Na różne sposoby próbowano zdefiniować zdrowie i zazwyczaj definicjom towarzyszyły jakieś braki. Chrześcijaństwo pojmuje zdrowie jako wartość bardzo ważną, lecz podkreśla jednocześnie, że nie determinuje ono wartości osoby.

UJĘCIE PROBLEMOWE POJĘCIA: Chrześcijańska koncepcja zdrowia przyjmuje postać holistyczną (całościową). Kieruje się optyką integralną, biorąc pod uwagę również wymiar duchowy człowieka. Z określeń dobra wspólnego jednoznacznie wynika natomiast z jednej strony konieczność wytwarzania wartości wspólnych, a z drugiej strony zabieganie o pełny rozwój osobowy człowieka. Dobro wspólne nie staje się więc celem dla samego celu, lecz jego sens przejawia się w służbie osoby ludzkiej. Niezwykle ważną sprawą jest terapia modlitewna przyczyniająca się nie tylko do udźwignięcia cierpienia, ale niejednokrotnie będąca źródłem naprawy zaniedbanych relacji z najbliższymi i przyjaciółmi.

REFLEKSJA SYSTEMATYCZNA Z WNIOSKAMI I REKOMENDACJAMI: Troska o zdrowie dla dobra wspólnego zobowiązuje do podjęcia profilaktyki zdrowotnej, za którą przemawiają także względy ekonomiczne, podnoszenie sprawności fizycznych, zmiana trybu życia. Podejmowanie działań prewencyjnych, wychowawczych, wspomagających i ratujących.

Słowa kluczowe: zdrowie, dobro wspólne, sakramenty, terapia, profilaktyka

Definicja pojęcia

Zdrowie należy do podstawowych jakości ludzkiego życia. Mimo tego nie brakuje trudności i licznych kontrowersji wokół określenia jego istoty. Wydaje się wprost niemożliwe ujednolicenie stanowisk w tej materii, a liczne definicje podejmują jedynie niektóre aspekty omawianej problematyki. Publikacje medyczne podają, że zdrowie samo w sobie jest pojęciem szerokim, można je definiować na różne sposoby i analizować z różnych punktów widzenia (por. J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*, Kraków 1999, s. 138).

Posługiwanie się negatywną definicją zdrowia, sprowadzającą zdrowie do braku chorób i zaburzeń zdrowotnych, jest niewystarczające. Podobnie miano zdrowia pozytywnego, powiązanego z jakością życia człowieka i jego fizycznym potencjałem, staje się niedookreślone. Długotrwały brak zainteresowania sednem zdrowia w pozytywnym znaczeniu spowodował terminologiczny mętlik. Niejednokrotnie teoretycy posługiwali się pojęciem „zdrowie", a myśleli i mówili jedynie o chorobie (por. Słońska, 2002, s. 354). Za nadużywanie terminu „zdrowie" współodpowiada na gruncie różnych nauk – socjologii, demografii bądź epidemiologii – konwencja języka potocznego,

> w którym termin ten używany jest zarówno w odniesieniu do choroby – mówimy wtedy o złym stanie zdrowia, jak i do faktycznego zdrowia – mówimy wtedy o dobrym zdrowiu, o dobrym stanie zdrowia (Słońska, 2002, s. 354).

Istotną rolę w sposobie pojmowania zdrowia odegrała jedna z najbardziej popularnych definicji sformułowana przez Światową Organizację Zdrowia. Mówi ona – jak podają w swojej *Encyklopedii zdrowia* (1999) W. Gumułka i W. Rewerski – że zdrowie to „całkowity dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania" (s. 359). Przytoczona definicja jest godna uwagi z tego powodu, że uwzględnia nie tylko choroby, wykraczając poza ujęcie mechanistyczne, ale nade wszystko zauważa człowieka chorego. Z drugiej jednak strony stwierdzenie „całkowity dobrostan" jest raczej życzeniowe i niemożliwe do spełnienia, nie odzwierciedla realnie twardej rzeczywistości. Chodzi o to, że zdrowotny stan doskonałości znajduje się

poza zasięgiem możliwości ludzkich, a nieunikniona śmierć pacjenta zawsze jest najpoważniejszą porażką (Barragan, 2008, s. 190).

Dodatkowo definicja ta zaciera granice pomiędzy poszczególnymi dziedzinami ludzkiego życia i miesza kompetencje różnych służb i nauk zajmujących się osobą ludzką. Nie zwalnia od stawiania konkretnych pytań o realne możliwości skutecznego wpływania na zróżnicowane obszary ludzkiej egzystencji środkami, jakimi rozporządza medycyna. Doświadczenie wielu lekarzy podpowiada, że człowiek może być zdrowy bez doskonałej jedności fizycznej, psychicznej i dobrego samopoczucia społecznego (Kraj, 2010, s. 21). Dlatego, w obliczu trudności definicyjnych,

> na uwagę zasługuje oficjalna ocena definicji dokonana w ramach tak zwanej Deklaracji z Ałma-Aty, będącej owocem Międzynarodowej Konferencji ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej w 1978 roku. Według uczestników konferencji definicja WHO powoduje zamieszanie i pogłębia konflikty, które sama stwarza. Powszechnie zauważa się bowiem, że „jeśli zdrowie byłoby zdefiniowane szeroko jako dobre samopoczucie, systemy opieki zdrowotnej, włączając w to ministerstwa zdrowia, byłyby postrzegane jako odpowiedzialne za wszystkie dziedziny ludzkiej aktywności" (Kraj, 2010, s. 26–27).

O zdefiniowanie zdrowia pokusiła się Papieska Rada do spraw Duszpasterstwa Służby Zdrowia, patrząc na problem z punktu widzenia katolickiej nauki społecznej. Otóż samo sformułowanie „katolicka nauka społeczna" (*disciplina socialis catholica*) pochodzi z encykliki społecznej papieża Piusa XI *Quadragesimo anno* z 1931 roku (por. Pius XI, 1931, nr 20) i jest to „nauczanie społeczne Kościoła katolickiego oraz oparta na nim naukowa refleksja uczonych specjalistów i działaczy katolickich" (Piwowarski, 1998, s. 30). Ma ona charakter interdyscyplinarny, co oznacza, że każdy problem jest analizowany z różnych punktów widzenia. Odpowiada na pytania: jak być powinno w świetle rozumu, Objawienia i nauczania Kościoła, jak jest w rzeczywistości ukazywanej przez różne inne dziedziny nauki, a także co robić, by codzienność ocenić i przekształcić w duchu społecznego nauczania Kościoła (por. Piwowarski, 1998, s. 31). Dlatego te „trzy etapy postępowania określa się nieraz słowami: «widzieć, ocenić, działać»", jak pisze Jan XXIII w encyklice *Mater et Magistra* (1961, nr 236).

W tym duchu właśnie Karta Pracowników Służby Zdrowia formułuje twierdzenie, że przez

> pojęcie „zdrowia" rozumie się to wszystko, co dotyczy zapobiegania, diagnozy, terapii, rehabilitacji zmierzających do lepszej równowagi i dobra fizycznego, psychicznego i duchowego osoby (Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, 1995, nr 9).

Dodatkowo Karta definiuje pojęcie „służby zdrowia" jako to wszystko, co „odnosi się do polityki, prawodawstwa, planowania i struktur leczniczych". Choć słowo „zdrowie" mieści się w sformułowaniu „służba zdrowia", to jednak żadna instytucja nie zastąpi ludzkiego współczucia i ludzkiego serca (Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, 1995, nr 9).

Z tej racji papież Franciszek w encyklice *Dilexit nos* podkreślił, że w perspektywie osobistej tajemnicy, chyba najistotniejszym pytaniem, „jakie każdy może zadać, jest: czy mam serce?" (Franciszek, 2024, nr 23). W tym kontekście Jan Paweł II w orędziu na VIII Światowy Dzień Chorego wygłoszonym w 2000 roku stwierdził, że zdrowie nie jest tożsame

> z brakiem chorób, ale jawi się jako dążenie do pełniejszej harmonii i do zdrowej równowagi na płaszczyźnie fizycznej, psychicznej, duchowej i społecznej. W tej perspektywie człowiek jest wezwany, aby wykorzystując wszelkie dostępne siły urzeczywistniał własne powołanie i dobro innych.

Analiza historyczna pojęcia

Zagadnienie zdrowia ma swoją historię. Otóż Alkmenon z Krotonu (VI w. p.n.e.) zestawiał funkcjonowanie organizmu ludzkiego z funkcjonowaniem państwa demokratycznego i monarchicznego. Tak jak w systemie demokratycznym wszystkie elementy są sobie równe i wzajemnie siebie potrzebują, współpracując ze sobą i ze środowiskiem zewnętrznym, tak w monarchii rządy osoby – w tym kontekście jednostki chorobowej – podporządkowane jest wszystko inne. Dla Alkmenona najistotniejsza jest równowaga między chorobą a zdrowiem. Hipokrates (IV w. p.n.e.) zdrowie utożsamiał z dobrym samopoczuciem. Dowartościowywał jednocześnie indywidualny styl życia i otoczenie jako rzeczywistość warunkującą zdrowie. Uznał odpowiednią dietę i higienę za środki zapobiegające wielu chorobom. Uważał, że na jakość zdrowia osób i na ich kondycję wpływają środowisko i klimat. Co ciekawe, uwagi

Hipokratesa funkcjonują do czasów współczesnych i stanowią podstawowe czynniki istotne dla finalnego efektu – zdrowia osób i całych społeczeństw (por. Pater, 2022, s. 65–72). Jego podejście do zdrowia ludzkiego było całościowe, choć zdominowane przez panujący fenomen choroby. Dlatego zdrowie przez wieki rozumiane było jako brak choroby (por. Wrona-Polańska, 2013, s. 140). Z początkiem chrześcijaństwa Kościół angażował się w pielęgnację chorych, lecz po upadku Cesarstwa Rzymskiego na wiele wieków stracił drogę do zdobyczy medycznych. Prym zaczęli wieść Arabowie, w tym jeden z najsłynniejszych, wywodzących się od nich perski lekarz i filozof Awicenna. Do XIII wieku na gruncie chrześcijańskim dominowała medycyna klasztorna budująca na ziołolecznictwie. Dodatkowo prowadzono szpitale dla podróżujących i biednych. Istniały zakony rycerskie, z których grona tacy jak kawalerowie maltańscy funkcjonują nieustannie. Z biegiem czasu zaczęły powstawać medyczne uniwersytety chrześcijańskie, w których studiowano dzieła starożytne i arabskie. Do XVI wieku medycyna była związana z Kościołem katolickim. Ostateczny rozdział nastąpił w epoce oświecenia, gdyż większość uniwersytetów została zsekularyzowana i przeszła na utrzymanie państwa (zagadnienie to rozwijają J. Pawlikowski i A. Stanisławska w wywiadzie *Wiara na zdrowie* opublikowanym w 2008 r. na łamach „Rzeczpospolitej”).

Następnie ujęcie zdrowia rozumianego jako dobre samopoczucie zależne od uzyskania równowagi między człowiekiem a środowiskiem obowiązywało – z pewnymi poprawkami – do XVII wieku. Wówczas Kartezjusz określił zdrowie jako perfekcyjne funkcjonowanie maszyny biologicznej, a chorobę nazwał awarią któregoś z elementów ludzkiego organizmu. Do zadań medycyny należało więc usunięcie zaistniałej awarii, bez uwzględnienia stanu całości (zob. na ten temat: E. Starzyńska-Kościuszko, „Holistyczna (całościowa) koncepcja zdrowia. Zdrowie jako wartość”, *Humanistyka i Przyrodoznawstwo*, *16*, s. 320–321). Wiek XIX i XX to czas rewolucji zdrowotnej, która zakładała zwiększenie troski o poziom zdrowia ludzi przez rozszerzenie uwagi na działalność pozamedyczną. Kierunki objęte szczególnym wymiarem to:

- środowisko fizyczne, by poprawić higienę życia,
- środowisko społeczne, by zmienić styl życia,
- świadomość ludzką, indywidualną i społeczną (por. Wrona-Polańska, 2013, s. 141).

W kontekście definicji zdrowia jako „samopoczucia" w ujęciu Światowej Organizacji Zdrowia warto także zwrócić uwagę na refleksję ks. Karola Wojtyły zawartą w *Osobie i czynie*. Otóż ks. Wojtyła wyjaśnia przeżywanie własnego ciała jako wypadkową wielu „czuć" związanych z ciałem i kondycją reaktywno-ruchową. Tym sposobem samopoczucie ma blask wartości, które może być dobre lub może być złe. Zdrowie zatem związane jest z doświadczeniem i ma charakter indywidualny i nieprzekazywalny. Co więcej, jest właściwe danej osobie (s. 270–271). Z tej racji troska o zdrowie staje się wymogiem moralnym. Chodzi o to, że są „decyzje – jak pisał Zygmunt Bauman w *44 listach ze świata płynnej nowoczesności* (2011) – których nie można odkładać bezkarnie, i zadania, które nie podjęte w porę, mogą nas w końcu przerosnąć i całkowicie wymknąć się nam spod kontroli" (s. 169). Oznacza to, że podjęcie odpowiedzialności wiążącej się z ochroną zdrowia wyznacza konieczność troski o zdrowie i podejmowanie leczenia (Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, 1995, nr 62). Odkładanie decyzji i zadań służących zdrowiu może być dramatyczne w skutkach. Toteż Katechizm Kościoła Katolickiego przypomina, że „życie i zdrowie fizyczne są cennymi dobrami powierzonymi nam przez Boga. Mamy się o nie rozsądnie troszczyć, uwzględniając potrzeby drugiego człowieka i dobra wspólnego" (KKK, nr 2288). Istnieje więc konieczność podejmowania codziennych decyzji i zadań sprzyjających trosce o własne zdrowie (por. R. Nęcek, „Troska o zdrowie jako zobowiązanie moralne", w: E. Kucharska (red.), *Społeczny wymiar zdrowia. Jubileusz 10-lecia Centrum Medycznego Vadimed*. Kraków 2012, s. 15–29). W końcu, mówiąc o zdrowiu, papież Franciszek przypomina o konieczności spojrzenia na całość człowieka, we wszystkich jego wymiarach, a nie tylko na jego ciało. W przesłaniu do Papieskiej Akademii „Pro Vita" Ojciec Święty zauważył, że

> zdrowie jest niewątpliwie ważną wartością, ale nie decyduje o wartości osoby. Ponadto zdrowie nie jest samo w sobie gwarancją szczęścia, które w istocie może istnieć również w sytuacji kruchego zdrowia (Franciszek, 2014, s. 20–21).

Ujęcie problemowe pojęcia

Chrześcijańska koncepcja zdrowia ma charakter holistyczny. Oznacza to, że na osobę patrzy się całościowo, we wszystkich jej wymiarach, kierując się optyką integralnego, czyli również duchowego dobra człowieka (por. Wróbel, 2005, s. 599). Oznacza to także kierowanie się integralną wizją osoby ludzkiej, która ogarnia wszystkie płaszczyzny jej istnienia i dąży do określonej harmonii, co podkreślał Jan Paweł II w encyklice *Centesimus annus* (1991, nr 36). Ową harmonię stanowi jedność, która jest efektem uporządkowania odrębnych i licznych elementów w jedną logiczną całość. Tym sposobem życie jest jednością, a śmierć – dezintegracją. Dążenie do harmonii polega zatem na walce o wzmocnienie życia. Zdrowie staje się natomiast jedynym sposobem wzmocnienia i zachowania życia (por. Barragan, 2008, s 192).

Harmonia polega więc na uwzględnieniu aspektu fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego osoby ludzkiej. Aspekt fizyczny dotyczy konieczności dbania o zdrowie biologiczne. Zwalczanie chorób należy zatem do istoty rozumienia zdrowia (por. Barragan, 2008, s. 193), gdyż, jak stwierdził Jan Paweł II w orędziu na VIII Światowy Dzień Chorego (2000), „skuteczne leczenie różnych chorób dalsze badania oraz inwestowanie stosownych środków to chwalebne cele, które udaje się osiągnąć na rozległych obszarach naszej planety".

Aspekt psychiczny polega na autokontroli i zdolności do prowadzenia życia w sposób zintegrowany, radosny i autonomiczny. Jest zdolnością reagowania na niesprzyjające czynniki godzące w system życiowy, a wyrażającą się możliwością kochania, przebaczania i cieszenia się życiem (por. Barragan, 2008, s. 192).

Ewa Kucharska w rozmowie opublikowanej w „Przewodniku Katolickim" (2012, nr 6) konkretyzuje ten aspekt przykładem:

> Oto sytuacja pacjentki, która zgłosiła się z podejrzeniem ciężkiej choroby układowej, a więc choroby zmierzającej do śmierci. Dolegliwości stawów, spadek masy ciała, brak możliwości regularnego snu, złe samopoczucie i rozdrażnienie. Leżała w wielu szpitalach. Trudno było ustalić przyczyny tak ważnych dolegliwości. Po dłuższej rozmowie z pacjentką okazało się, że przez wiele lat miała poważne kłopoty z mężem, z dziećmi. Była oskarżana przez rodzinę, że w relacji do niej zachowuje się nieodpowiednio, że nie pracuje, co nie było prawdą. Doszło do takiego stanu, że pacjentka wymagała leczenia psychicznego. Po

wnikliwym przeprowadzeniu wywiadu i zastosowaniu delikatnych leków psychotropowych wszystkie objawy zaczęły ustępować.

Aspekt społeczny to umiejętność współpracy i wzajemnego uzupełniania się. Wyraża się w postawie miłości, która przyjmuje imię prawdy i sprawiedliwości. Ich źródeł kulturowych należy szukać w rodzinie. Dlatego uwrażliwianie w rodzinie na miłość do ludzi i środowiska nabiera wyjątkowej mocy. W tym duchu papież Franciszek zauważył, że „w erze sztucznej inteligencji nie możemy zapominać, że do ocalenia człowieczeństwa niezbędne są poezja i miłość" (Franciszek, 2024, nr 20).

Środowisko podeptane i zanieczyszczone niszczy zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne. Doskonale ujął to Jan Paweł II, podkreślając, że trzeba być wiernym własnym poglądom, prowadzić dialog nacechowany szacunkiem z siłami reprezentującymi inne wizje moralności i brać czynny udział w kształtowaniu prawodawstwa chroniącego środowisko naturalne (kwestie te poruszał m.in. przemówieniu do uczestników Sympozjum na temat zdrowia i ochrony środowiska, wygłoszonym 24 marca 1997 r.). Harmonia duchowa wyraża się w koordynacji zdrowia fizycznego, psychicznego i spolecznego. Oznacza to, że wszystkie owe aspekty zdrowia – aby prowadziły do godziwego w życiu celu – swoje źródło winny posiadać w duchowej rzeczywistości (por. Barragan, 2008, s. 194), gdyż „zdrowie jest pozytywnym przymiotem życia, warto o nie zabiegać dla dobra własnego i bliźnich", jak pisała A. Solarz (rozdz. „Ochrona zdrowia w nauczaniu Kościoła katolickiego i działalności Stolicy Apostolskiej na forum międzynarodowym", w: *Ochrona zdrowia w stosunkach międzynarodowych*, Warszawa 2013, s. 202). Życie zaś „ma w sobie niewątpliwie coś świętego i religijnego, ale ten jego aspekt nie dotyczy tylko wierzących" (Jan Paweł II, 1998, s. 285).

Nie ulega wątpliwości, że religijność ludzi chorych wyraża się w wyjątkowym dowartościowaniu modlitwy. Owa modlitewna przestrzeń staje się dla nich rzeczywistością głębi i mocy, która przenika całą ich egzystencję, jak dowodził Benedykt XVI w *Orędziu na 40. Światowy Dzień Środków Społecznego Przekazu* (2006). Tę myśl rozwinął potem następująco w katechezie o modlitwie, wygłoszonej podczas audiencji generalnej 11 maja 2011 roku:

człowiek epoki cyfrowej podobnie jak człowiek epoki jaskiniowej poszukuje w doświadczeniu religijnym dróg przezwyciężenia swej ograniczoności oraz

> zapewnienia bezpieczeństwa swej niepewnej przygodzie na ziemi. Zresztą życie bez horyzontu transcendentnego nie miałoby poczucia wypełnienia i szczęścia, do którego wszyscy dążymy, jest ono bowiem z natury ukierunkowane ku przyszłości, która jeszcze ma się spełnić.

Słowa papieskie akcentują modlitewny charakter ludzkich postaw. Przejawia się w nich zaufanie w Bożą Opatrzność i pełnia wewnętrznej wolności. Dodatkowo chorzy – poprzez modlitwę w trudnych chwilach – próbują odnowić swoje relacje z Bogiem i bliźnimi. Benedykt XVI doskonale ujął tę sprawę, stwierdzając, że dzięki modlitwie człowiek wychodzi poza krąg własnych spraw, odzyskuje zdolność zbliżania się do innych, „zwłaszcza w chwilach próby" (2012, s. 50). Owa terapia modlitewna przyczynia się nie tylko do udźwignięcia cierpienia, ale niejednokrotnie staje się źródłem naprawy zaniedbanych relacji z najbliższymi i przyjaciółmi. Terapia ta zakłada także dyskrecję, która „nie wyklucza modlitwy wspólnej", jak pisał Benedykt XVI w *Jezusie z Nazaretu* (Kraków 2007, s. 115).

Zdrowie w końcu jest dobrem wspólnym. W tym kontekście papież Benedykt XVI w orędziu na Wielki Post 2012 r. zauważył, że głos Jezusa wzywa

> każdego z nas do troszczenia się o bliźniego. Także dzisiaj Bóg nas prosi, abyśmy byli „stróżami" naszych braci, abyśmy tworzyli relacje nacechowane wzajemną troskliwością, zabieganiem o dobro drugiego i o jego pełne dobro.

Tym sposobem ludzie, uczestnicząc w społecznej kooperacji na rzecz osobowego dobra chorego, zespalają się wokół określonych dóbr wspólnych. Oznacza to, że zdrowie, będąc podstawowym dobrem osoby, wchodzi w zakres dobra wspólnego. Początkowo dobro wspólne – zgodnie z nauczaniem Jana XXIII z encykliki *Mater et Magistra* – rozumiano jako „sumę takich warunków życia społecznego, w jakich ludzie mogą pełniej i szybciej osiągnąć własną doskonałość" (nr 65). Pojawił się jednak problem, co znaczy i na czym polega owa „suma" warunków życia ze względu na sytuacje ukształtowane przez okoliczności miejsca i czasu (por. Piwowarski, 1998, s. 81). Dlatego w encyklice *Pacem in terris* Jan XXIII rozwiał wątpliwości, podkreślając, że dzisiaj „prawdziwe dobro wspólne polega przede wszystkim na poszanowaniu praw i obowiązków osoby ludzkiej" (Jan XXIII, 1963, nr 60).

Chodzi o to, że osoba może rozwijać swoją osobowość jedynie w łączności ze społeczeństwem. Jak nadanie życiu właściwego sensu może dokonywać się tylko w relacjach z innymi, tak troska o zdrowie wymaga wejścia w relacje z lekarzami, personelem medycznym i wolontariuszami (por. A. Klose, *Chrześcijaństwo i ład społeczny*, Kraków 2003, s. 20). Jako przykład można wymienić różne formy współpracy lekarsko-wolontarystycznej – ochronki z opieką całodobową, poradnie oferujące bezpłatne konsultacje, leki i ubrania dla potrzebujących, kuchnie polowe oferujące ciepłe posiłki, opiekę domową (temat katolickiego wolontariatu rozwija A. Sodano, *Katolicki wolontariat w służbie zdrowia, Dolentium Hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia*, Kraków 2011, s. 91). Z tego punktu widzenia chrześcijaństwo ukazuje światu wartość każdego człowieka i jego związki ze wspólnotami, społeczeństwem, a w ostateczności z państwem.

W tym kontekście z określeń dobra wspólnego jednoznacznie wynika, aby z jednej strony wytwarzać wartości wspólne, a z drugiej dbać o pełny rozwój osobowy człowieka. Dobro wspólne nie staje się więc celem dla samego celu, lecz sens jego przejawia się w służbie osoby ludzkiej (por. Piwowarski, 1998, s. 82). Takie rozumienie dobra wspólnego nie jest naznaczone dowolnością, ale stanowi powinność moralno-prawną wyrażającą się w konkrecie niezbywalnych praw i obowiązków. Z tej racji przedmiotem praw człowieka staje się promocja zdrowia i ochrona życia (por. przywołana już pozycja J. Wróbla pt. *Człowiek i medycyna*, s. 206).

Elementarnym prawem jest prawo do opieki zdrowotnej. Oznacza to, że wymagający opieki może oczekiwać od lekarza dyskrecji, taktu i kultury moralnej. Dyskrecja jest postawą roztropności i rozwagi. Stanowi zdolność dochowania tajemnicy i rozeznania, co może być ujawnione, a co tajemnicą objęte. Dyskrecja staje się widoczna wtedy, kiedy osoby nieupoważnione próbują posiąść wiedzę o pacjencie zarezerwowaną jedynie dla lekarza. Takt zakłada delikatność, zainteresowanie i lekarską bliskość. W końcu kultura moralna jest całokształtem postawy lekarza wobec pacjenta, na bazie której pacjent obdarza lekarza zaufaniem i z uznaniem poddaje się jego pieczy (więcej informacji na ten temat można znaleźć w tekście: K. Osińska, *Ogólne obowiązki lekarza*, Warszawa 1990, s. 28–29). Należy także podkreślić, że pacjent ma prawo do warunków

> najkorzystniejszych dla dobrego zdrowia. Ma się tu również na myśli poszanowanie integralności fizycznej, tajemnicę lekarską, swobodę leczenia się oraz wyboru lekarza tam, gdzie jest to możliwe (Jan Paweł II, 1998, 204–205).

Refleksja systematyczna z wnioskami i rekomendacjami

Niewątpliwie człowiek zdrowy narażony jest na utratę zdrowia, gdyż poza godnością osobową wszystko jest utracalne. Oznacza to, że ludzkie zdrowie ma charakter relatywny, a będąc wartością względną, uzależnione jest od wielu czynników. Jednym z takich czynników jest czas, który wyciska na życiu swoje oznaki – zmniejszoną sprawność fizyczną, powolną jej utratę i zakłócenia w dziedzinie ludzkiego poznania i funkcjonowania psychiczno-intelektualnego (por. *Etyczne aspekty sztuki osób niepełnosprawnych*, w: *Studia z psychologii*, t. 15, Lublin 2008, s. 116). Dlatego pacjent w dziedzinie troski o zdrowie ma określone obowiązki, które oznaczają podjęcie odpowiedzialności za swoje zdrowie i zdrowie tych, którzy o nie zadbać nie potrafią. Tym sposobem ludzie bardzo często ponoszą odpowiedzialność za wywołanie chorób i skutki ich oddziaływania. Przykładem są choćby narkomania, alkoholizm czy AIDS (temat ten rozwijamy z E. Kucharską w artykule *Polski model systemu ochrony zdrowia a wskazania nauki społecznej Kościoła*, zamieszczonym w „Przeglądzie Lekarskim", t. 68, nr 9 (2011), s. 649).

W tym kontekście Benedykt XVI stwierdził, że nie można okazywać obojętności i dystansu wobec losu bliźnich. Tymczasem – co zauważył w orędziu na Wielki Post 2012 r. – „często dominuje postawa przeciwna: obojętność, brak zainteresowania, które rodzą się z egoizmu, maskowanego przez pozorne poszanowanie «sfery prywatnej»",

> a ileż życiowych energii – jak głosił Jan Paweł II w przesłaniu do członków Papieskiej Akademii „Pro Vita" – można by oszczędzić, ile młodych istnień ludzkich zachować przy życiu i w dobrym zdrowiu, gdyby każdy człowiek, kierujący się odpowiedzialnością moralną, zechciał bardziej dbać o zapobieganie chorobom

i podjął współpracę z lekarzami. Można to więc opisać następująco: „osoba we wspólnocie – dobro osoby ludzkiej w dobru wspólnym" (Piwowarski, 1998, s. 91).

W takiej perspektywie warto pamiętać o profilaktyce zdrowotnej, która jest etycznym zobowiązaniem. Jan Paweł II podczas trzeciej pielgrzymki do Polski w 1987 roku zwrócił uwagę na konieczność zdrowotnej profilaktyki. Słusznie zauważył, że

> stan zdrowotny społeczeństwa polskiego budzi uzasadnione obawy. Nadal wzrastają w tym społeczeństwie choroby układu krążenia i nowotwory, nadal wiele osób, w tym młodzież, przejawia uzależnienie od alkoholu, narkotyków i nikotyny. Niezadowalający jest również stan zdrowotny dzieci. Jest to wielkie pole do działalności profilaktycznej i leczniczej służby zdrowia.

Oznacza to, że rozsądniej jest zapobiegać chorobom i urazom niż je później leczyć. Za profilaktyką przemawiają także względy ekonomiczne. Taniej bowiem wychodzi przeciwdziałanie chorobom niż przywracanie zdrowia i uzależnienie chorego od drogiej technologii medycznej (opisuje to m.in. T. Biesaga, *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny* w artykule zamieszczonym w „Medycynie Praktycznej", nr 5 (2004), s. 20–21). Z drugiej strony – jak mówił Benedykt XVI w rozmowie z Peterem Seewaldem (*Światłość świata*, Kraków 2011, s. 129) – „musimy być blisko ludzi, prowadzić ich, pomagać im; i to dotyczy zarówno zdrowych, jak i chorych". Owo towarzyszenie profilaktyczne przejawia się w podnoszeniu sprawności fizycznych i spojrzeniu na cierpienie z nadzieją.

Warto także pamiętać o konieczności podnoszenia sprawności fizycznych. Troska o zdrowie bliźniego oznacza pragnienie jego dobra, a dobrem, jak podkreślił Benedykt XVI w orędziu na Wielki Post 2012 r.,

> jest to, co rodzi, chroni i promuje życie, braterstwo i wspólnotę. Odpowiedzialność za bliźniego oznacza zatem czynienie i pragnienie dobra drugiego człowieka, z nadzieją, że i on otworzy się na logikę dobra; interesować się bratem znaczy otworzyć oczy na jego potrzeby.

Do potrzeb bliźniego, na które trzeba otworzyć oczy, zalicza się podnoszenie sprawności fizycznych. Nie chodzi więc o hedonistyczną pogoń za sprawnością fizyczną, która jest zwykłym kultem ciała, lecz o troskę warunkującą zdrowie człowieka (por. Wróbel, 1999, s. 599).

Oznacza to, że ciału należy oddać sprawiedliwość. Tymczasem ciągle zbyt mało ludzi uświadamia sobie, że choroba nie rozpoczyna się w momencie wizyty u lekarza, lecz jej źródło często znajduje się w środowisku przebywania i pracy przyszłego pacjenta. Choć człowieka

dotkną – wcześniej lub później – starość, choroba i śmierć, to jednak nie należy samego procesu lekkomyślnie przyspieszać. Oddać ciału sprawiedliwość znaczy zachować proporcję między czasem pracy i wypoczynku, między ruchem i brakiem ruchu, między snem i czuwaniem. Jakże ważną sprawą jest ruch w życiu osoby ludzkiej, gdyż jego brak stanowi podstawową przyczynę wszelkich spraw chorobowych. Każdy człowiek zobowiązany jest do zachowania harmonii między pracą umysłową i pracą fizyczną. Czynny wypoczynek staje się podstawowym nakazem lekarskim. Nakaz ten jest także nakazem sumienia (por. Gajda, 1990, s. 163), a sumienie – jak pisał ks. Józef Tischner w *Etyce solidarności* (Kraków 2000, s. 14) – jest zmysłem „czytania drogowskazów. Tylko ono wie, na który drogowskaz należy zwrócić uwagę tu i teraz".

Dlatego osoba eksponująca przesadny brak zainteresowania sobą i przesadnie spalająca się dla innych, staje się negacją własnej osoby i „ulega subtelnemu egoizmowi" – jak zauważył kardynał Ratzinger w *Patrzeć na Chrystusa* (Kraków 2005, s. 91). Chodzi o to, pisze Ratzinger, że niezdolność

> do przyjęcia siebie i pogodzenia się z sobą jest bardzo daleka od tego „zaparcia się samego siebie", o którym mówi Jezus. Ten, kto nie kocha siebie, nie potrafi też kochać bliźniego. Nie może go zaakceptować „tak jak samego siebie", gdyż żyje w konflikcie ze sobą, a zatem jest zgorzkniały, niezdolny do miłości (s. 89).

W kontekście podnoszenia sprawności fizycznych warto podkreślić, że istotną kwestią jest umiejętność zmiany trybu życia. Chodzi o podejmowanie działań prewencyjnych, wspomagających, wychowawczych, towarzyszących i ratujących (por. Benedykt XVI, 2011, s. 129). Ważną rolę odgrywa właściwe odżywianie się, gdyż nadmiar węglowodanów, tłuszczów, alkoholu i nadmiar niespalanych kalorii negatywnie odbija się na organizmie i przyczynia się do wywoływania chorób (por. Gajda, 1990, s. 163). W tym kontekście należy wyraźnie podziękować i docenić pracę kompetentnych lekarzy i pielęgniarek, którzy próbują motywować pacjentów do zmiany zachowań zdrowotnych i skutecznie wpływają na niektóre z ich intencji, przekonań i zmianę zachowań. Warto zauważyć – o czym pisali K. Szczerbińska, M. Malinowska-Cieślik, B. Piórecka i M. Giustini w artykule *How to effectively change health behaviours of patients at old age* na łamach „Przeglądu Lekarskiego" (s. 1183) – że

> w ramach międzynarodowego projektu CHANGE opracowano model szkolenia pielęgniarek w celu poprawy ich komunikowania się interpersonalnego z pacjentami w starszym wieku oraz ich motywowania do zmiany zachowań zdrowotnych. Przeszkolone pielęgniarki rodzinne opiekujące się starszymi pacjentami w środowisku domowym zastosowały nowo nabyte kompetencje w celu promocji zdrowego odżywiania i regularnej aktywności fizycznej wśród swoich pacjentów.

Należy zauważyć, że między zdrowiem i chorobą nie da się przeoczyć zagadnienia cierpienia. Niewątpliwie budzi ono współczucie, szacunek, a jednocześnie onieśmiela. W tym kontekście pojawia się potrzeba serca, która pomaga przezwyciężyć onieśmielenie i głęboki imperatyw wiary, który pozwala dotknąć nietykalnej tajemnicy. Z cierpieniem fizycznym mamy do czynienia wówczas, kiedy „boli ciało", a o cierpieniu moralnym mówi się wtedy, kiedy pojawia się „ból duszy" – pisał o tym Jan Paweł II w liście apostolskim *Salvifici doloris* (1984, nr 4-5). Warto podkreślić, że cierpienie wyniszczając człowieka, czyni go jednocześnie niejako ciężarem dla otoczenia. Wówczas czuje się on skazany na opiekę i ludzką pomoc (por. Jan Paweł II, List apostolski *Salvifici doloris*, nr 27). Z tej racji papież Benedykt XVI w encyklice *Spe salvi* zauważył, że

> jednostka nie może zaakceptować cierpienia drugiego, jeśli ona sama nie potrafi odnaleźć w cierpieniu sensu, drogi oczyszczenia i dojrzewania, drogi nadziei. Zaakceptować drugiego, który cierpi, oznacza bowiem przyjąć na siebie w jakiś sposób jego cierpienie, tak że staje się ono również moim. Właśnie dlatego jednak, że staje się ono teraz cierpieniem podzielanym, że jest w nim obecny ktoś inny, oznacza to, że światło miłości przenika moje cierpienie (Benedykt XVI, nr 38).

Warto jednocześnie zaakcentować, że cierpienia nie da się wyeliminować, można je tylko ograniczyć (por. Benedykt XVI, encyklika *Spe salvi*, nr 37). Nie jest możliwa także jego pełna racjonalizacja (por. K. Stachewicz, *O cierpieniu i miłosierdziu*, „Znak", nr 4 (2006), s. 20). Oznacza to, że odpowiedzią na cierpienie może być jedynie wiara, gdyż poprzez wiarę można cierpienie przyjąć i od wewnątrz przeobrazić. Powstaje więc pytanie o sens cierpienia. W udzieleniu na nie odpowiedzi przychodzi z pomocą chrześcijaństwo. Otóż Chrystus

> na ludzkie pytanie o sens cierpienia nie odpowiada wprost i nie odpowiada w oderwaniu. Człowiek słyszy Jego zbawczą odpowiedź, w miarę jak sam staje się uczestnikiem cierpień Chrystusa (Jan Paweł II, list apostolski *Salvifici doloris*, nr 26).

Oznacza to, że wiara pobudzająca do miłości i wyzwalająca nadzieję opiera się na prawdzie o człowieku. „Szansa wiary – jak pisał kardynał Ratzinger w książce *Służyć prawdzie* (Poznań 1986, s. 66) – jest szansą prawdy; obie się zaciemnia i depcze, lecz nie znikną one nigdy". W tym kontekście „miarę człowieczeństwa określa się w odniesieniu do cierpienia i do cierpiącego. Ma to zastosowanie zarówno w przypadku jednostki, jak i społeczeństwa" (Benedykt XVI, encyklika *Spe salvi*, nr 38).

W końcu trzeba zauważyć, że troska o zdrowie jest etycznym zobowiązaniem każdego człowieka. Troszczyć się o zdrowie to podjąć profilaktykę i prewencję. Jest to realne dzięki współpracy pacjenta z lekarzami i personelem medycznym. Wiąże się to z opieką religijną, która nie może być postrzegana jako przejaw dodatkowej pomocy, lecz jako integralny element opieki medycznej (Pagola, 2011, s. 289). Otóż lekarze „zajmują się «leczeniem», personel pielęgniarski zapewnieniem «opieki», a kapelani «pokrzepianiem»" (Pangrazzi, 2011, s. 272). Choć w wielu przypadkach opieka religijna uważana jest za zbędną, czasami nawet jest wprost ignorowana, to jednak umiejętność współpracy lekarzy, pielęgniarek i kapelanów szpitalnych przyniosłaby korzyści dla stron współpracujących, a przede wszystkim dla chorych (por. Pagola, 2011, s. 289). Dodatkowo personel medyczny może być pośrednikiem między pacjentami a sprawowaniem sakramentów przez kapelana. Dotyczy to nie tylko lekarzy i pielęgniarek wierzących, ale także niewierzących, którzy szanują potrzeby religijne pacjentów (por. Osińska, 1990, s. 165). Chodzi o to, że chory ma prawo pielęgnować swoje życie sakramentalne i wypełniać wypływające z religii praktyki modlitewne.

Warto także zauważyć, że religijność pozwala się otworzyć na współpracę z bliźnim, co nie zawsze jest to oczywiste, gdyż pacjenci różne mają doświadczenia w spotkaniu z personelem medycznym. Chodzi o to, że

> nie da się zapomnieć o naszych pomyłkach. I jeśli ufamy – jak pisał Andrzej Szczeklik, znany kardiolog – że przez błędy nasze niewiele mniej ludzi chodzi po ziemi, to dlatego że w sukurs przychodzi nam przypadek, szczęśliwy traf,

> niekiedy prawie cud. Oczywiście nikt z nas nie chciałby się leczyć u lekarza, który czeka tylko na cuda (Szczeklik, 2012, s. 42).

Dlatego medycyna uczy pokory i skromności w szerokim tych słów znaczeniu. Dodatkowo pacjenci są w stanie zrozumieć lekarską pomyłkę, ale nie są w stanie zrozumieć braku słów przeprosin za typowe zaniedbania (Nęcek, 2014, s. 3). A nieraz – jak pisał ks. Tischner – „choć nam powiedzą, powiedzą to takim głosem, że to bardziej nas obraża niż rzeczywiście przeprasza". Dlatego rola lekarzy i pielęgniarek wzrasta poprzez wzrastanie ich odpowiedzialności (Nęcek, 2014, s. 3).

> Jakże bardzo uśmiechnąłby się dzisiaj Hipokrates z Kos, słysząc o medycynie „spersonalizowanej". Uśmiechnąłby się, przed blisko dwu i pół tysiącem lat głosił już bowiem, że medycyna jest indywidualna, gdyż każde indywiduum (chory) stanowi odrębną zagadkę i ma się je leczyć tak, jak tego wymaga jego własna natura (Szczeklik, 2012, s. 16).

Bibliografia

Benedykt XVI (2012). Modlitwa umacnia naszą więź z Bogiem Ojcem i otwiera serca na potrzeby ludzi (14.12.2011). *L'Osservatore Romano*, *2*, 48–50.

Barragan, J.L. (2008). Zdrowie jako dążenie do harmonii. *Społeczeństwo*, *2*, 189–196.

Franciszek (2014). Najcięższą chorobą, na jaką są narażone osoby starsze, jest opuszczenie. Przesłanie z okazji 20-lecia Papieskiej Akademii „Pro Vita" (19.02.2014). *L'Osservatore Romano*, *3-4*, 20–21.

Franciszek (2024). Encyklika *Dilexit nos*. Watykan: Libreria Editrice Vaticana.

Gajda, Z. (1990). *Obowiązki etyczne pacjentów, Refleksje nad etyką lekarską*. Warszawa: Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej.

Jan XXIII (1963). Encyklika *Pacem in terris*. Watykan: Libreria Editrice Vaticana.

Jan Paweł II (1998). Podstawy deontologii lekarskiej. Przemówienie do uczestników zjazdu Światowego Towarzystwa Lekarskiego (29.10.1983). *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej* (s. 204–205). Tarnów: Wydawnictwo Biblos.

Kraj, T. (2010). *Granice genetycznego ulepszania człowieka. Teologiczno-moralny problem nieterapeutycznych manipulacji genetycznych*. Kraków: Wydawnictwo św. Stanisława BM.

Nęcek, R. (2014). Godność osoby starszej w świetle posoborowego nauczania Kościoła. *Przegląd Lekarski*, *1*, 1–4.

Pagola, J.A. (2011). W stronę medycyny holistycznej. W: *Dolentium Hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia* (s. 288–295). Kraków: Wydawnictwo Prowincja Polska Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego – Bonifratrzy.

Papieska Rada do spraw Duszpasterstw Służby Zdrowia (1995). Karta Pracowników Służby Zdrowia (nr 62). Watykan: Papieska Rada Służby Zdrowia.

Piwowarski, W. (1998). *ABC katolickiej nauki społecznej.* Legnica*:* Wydawnictwo Duszpasterstwa Ludzi Pracy.

Słońska, Z. (2002). Zdrowie. W: *Encyklopedia socjologii*. T. 4 (s. 354). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe.

Szczeklik, A. (2012). *Nieśmiertelność. Prometejski sen medycyny*. Kraków: Wydawnictwo Znak.

Wróbel, J. (2005). Zdrowie. W: *Jan Paweł II. Encyklopedia nauczania moralnego* (s. 599). Radom: Wydawnictwo Encyklopedyczne.

Wrona-Polańska, H. (2013). Zdrowie jako wartość. W: *Wartości w teorii i praktyce edukacyjnej* (s. 140–149). Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.

Wykaz autorów

Katarzyna Badora-Musiał, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
https://orcid.org/0000-0002-4920-6742

Bartosz Balcerzak, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
https://orcid.org/0000-0001-8721-0059

Iwona A. Bielska, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie; McMaster University, Hamilton, Canada
https://orcid.org/0000-0002-4186-4871

Michał Bujalski, Uniwersytet Warszawski
https://orcid.org/0000-0003-4499-5460

Alicja Domagała, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
https://orcid.org/0000-0001-6162-1810

Mariusz Duplaga, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Collegium Medicum
https://orcid.org/0000-0001-6963-8414

Małgorzata Gałązka-Sobotka, Uczelnia Łazarskiego
https://orcid.org/0000-0002-3889-3719

Rafał Halik, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
https://orcid.org/0000-0001-6678-0239

Tomasz Holecki, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
https://orcid.org/0000-0003-1798-4133

Paweł Kawalec, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
https://orcid.org/0000-0002-0125-0947

Justyna Klingemann, Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy
https://orcid.org/0000-0002-8959-8517

Iwona Kowalska-Bobko, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Collegium Medicum
https://orcid.org/0000-0003-3728-2323

Magdalena Kozela, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Collegium Medicum
https://orcid.org/0000-0001-7769-5355

Maria Salomea Libura, Gdański Uniwersytet Medyczny
https://orcid.org/0000-0001-6242-0674

Robert Nęcek, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie
https://orcid.org/0000-0001-8576-9908

Marta Podhorecka, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
https://orcid.org/0000-0002-1114-0848

Sebastian Sikorski, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
https://orcid.org/0000-0002-7974-9537

Christoph Sowada, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
https://orcid.org/0000-0002-8900-1119

Justyna Szewczyk, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
https://orcid.org/0009-0001-2787-6104

Estera Wieczorek, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
https://orcid.org/0000-0003-4013-7493

Michał Zabdyr-Jamróz, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Collegium Medicum
https://orcid.org/0000-0002-3203-7954