

GRZEGORZ JUSZCZYK

## Antynomie systemu ochrony zdrowia. Między zdrowiem publicznym a medycyną naprawczą

Monografia „Antynomie ochrony systemu zdrowia” podejmuje niezwykle ważną tematykę problemów, wyzwań i paradoksów stojących przed zdrowiem publicznym w Polsce. Choć ostatnie z nich rzadko i niesłusznie, czego dowodzą autorzy, są przedmiotem dyskusji, to tym razem znajdują się w centrum zainteresowania. Mamy więc zdrowie traktowane w kategorii najwyższej wartości i niski poziom kompetencji zdrowotnych (*health literacy*). Zdrowie cenione wyżej niż dobrobyt i niechęć do płacenia wyższej składki zdrowotnej. Brak możliwości finansowych, problemy organizacyjne, rosnące wymagania technologiczne, klimat i zaangażowanie polityczne tylko dopełniają złożoności problemu, z którym się mierzymy.

Książka jest interesująca z punktu widzenia różnorodności tematyki zarówno dla praktyków medycyny, jak i polityków czy ekonomistów, którzy podejmować muszą istotne decyzje o wysokości nakładów i ich alokacji na poszczególne działy medycyny. Wysoka jakość merytoryczna opracowań, bogata literatura przedmiotu, trafna metodologia badawcza oraz inspirujące wnioski to kolejne zalety monografii.

Zdrowie ma charakter wielowymiarowy i wielodyscyplinarny, taki też jest skład autorów monografii. Czytelnik uzyskuje dostęp do analiz prowadzonych z różnorodnych punktów widzenia oraz zasób wiedzy do wykorzystania w praktyce zdrowia publicznego. Obszar dialogu jest niezwykle rozległy, co wymaga podkreślenia, ponieważ autorzy skupili się nie tylko na szczegółowym omówieniu wybranego zagadnienia, ale również na szeregu refleksji systemowych i rekomendacji do działań usprawniających.

Treści zawarte w monografii ugruntowują przekonanie, że bez ścisłej współpracy między zdrowiem publicznym i medycyną naprawczą szalenie trudno będzie osiągnąć szybką i trwałą poprawę stanu zdrowia Polaków. W kilku niezależnych definicjach terminu „zdrowie publiczne” dominuje pogląd, że jest to zorganizowany wysiłek całego społeczeństwa ukierunkowany na promowanie zdrowia i zapobieganie chorobom. Medycyna naprawcza rozpoczyna swoje działania na etapie diagnozowania choroby, także utajonej, zmierzając do jej pełnego wyleczenia i/lub łagodzenia jej skutków. Natomiast w praktyce linia demarkacyjna przypomina raczej meandrującą rzekę, wciskającą się na

oba terytoria, okresowo zalewając jedną lub drugą stronę. Dla przykładu, przedstawiciele zdrowia publicznego pomagają w tworzeniu i optymalizacji systemu ochrony zdrowia, finansowania i organizacji realizacji świadczeń, a przedstawiciele medycyny naprawczej angażują się w edukację zdrowotną i zachęcanie do badań przesiewowych czy szczepień ochronnych. Uważny obserwator tych procesów zwróci na pewno uwagę na to, że wały przeciwpowodziowe po stronie zdrowia publicznego są znacznie słabsze i rzeka graniczna łatwiej przenosi przedstawicieli medycyny naprawczej na poletka osób zdeterminowanych do zapobiegania chorobom. Metafora ta oczywiście nie powinna budzić podejrzeń, że fale tej rzeki są wrogiem dla którejkolwiek ze stron. Po prostu medycyna naprawcza stanowi bardziej rozległy, gęściej zaludniony i znacznie bardziej zamożny obszar kontynentu ochrony zdrowia.

Zdrowie publiczne to jednak ogromna siła oddziaływania, ponieważ zorganizowanie wysiłku społecznego angażującego wielu interesariuszy, daleko wykraczającego poza medycyną naprawczą, pozwala na zmiany dotyczące każdego obywatela. Wymaga to umiejętności szczególnych, a osiągnięcie sukcesu jest efektem długotrwałego, żmudnego procesu. Dla medycyny naprawczej sukces ma twarz pacjenta, nawet tysiący pacjentów, podczas gdy w zdrowiu publicznym ojcowie sukcesu i osoby z niego korzystające mogą być anonimowe. Nawet we współcześnie cyfrowo uspołecznionym świecie.

Przyjrzyjmy się zatem bliżej praktyce zdrowia publicznego, o której dyskutuje się wyłącznie w gronie ekspertów, a przecież jej efekty dotyczą całego społeczeństwa. Kluczową kwestią jest finansowanie. Dokładne określenie kwoty wydatków na zdrowie publiczne nie jest prostym zadaniem, gdyż w przeciwieństwie do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej działania zdrowia publicznego nie opierają się wyłącznie o procedury biomedyczne realizowane przez szpitale czy poradnie. Mają one większą liczbę płatników oraz realizatorów.

Według Narodowych Rachunków Zdrowia wydatki na działania profilaktyczne w większości krajów na świecie oscylują wokół 2-4% wszystkich wydatków na zdrowie. Ten dość wąski zakres wyprzedzają szczególnie Wielka Brytania (4,8%) i Kanada z poziomem 6,2%. W Polsce wartość ta w 2019 r. (dane OECD, metodyka Narodowych Rachunków Zdrowia) wynosiła 2,1%. Równocześnie według danych sprawozdawczych wszystkich podmiotów realizujących Narodowy Program Zdrowia (NPZ) w 2019 r., a należą do nich instytucje publiczne i samorządy terytorialne, suma wydatków na realizację tych zadań wyniosła niemal 6,2 mld zł. Przy szacowanym przez GUS poziomie wydatków całkowitych na zdrowie w wysokości 134 mld zł, ta wartość odpowiadałaby 4,6%. Oszacowania te wskazują, że na działania prewencyjne wydajemy już stosunkowo dużo, więc powinniśmy skutecznie realizować zdefiniowane priorytetowo działania promujące zdrowie i prowadzące do zapobiegania chorobom.

W dyskusjach ekspertów przebija się zatem pogląd, że system zdrowia publicznego w Polsce w mniejszym stopniu potrzebuje dodatkowego, dużego zasilenia środkami publicznymi. Podstawowym wyzwaniem staje się koordynacja działań z zakresu zdrowia publicznego, aby odpowiadały rzeczywistym potrzebom i wykorzystywały programy z potwierdzoną naukowo skutecznością. Tylko w realizacji przywołanego już Narodowego Programu Zdrowia w latach 2016-2019 brało udział 3200 podmiotów, które przeprowadziły ponad 140 tys. programów/działań, które przyporządkowane zostały do jednego z 6 celów operacyjnych NPZ. Aż 57% z nich to inicjatywy samorządów

terytorialnych, w dominującej większości gmin. Możemy zatem ulec wrażeniu, że zadania zdrowia publicznego są realizowane lokalnie, blisko mieszkańców, zatem z możliwością dokładnej analizy ich potrzeb.

Analiza jakościowa zakresu tematycznego tych działań prowadzi jednak do zgoła odmiennych wniosków. Wśród wszystkich zadań około 20% dotyczy prewencji nadwagi i otyłości, a ponad 40% zapobieganiu i leczeniu uzależnień. Dramatycznie brakuje tu interwencji wspierających rzucanie palenia, najważniejszego czynnika ryzyka utraty lat życia w zdrowiu Polaków. Około 5% to zadania wspierające zdrowie psychiczne. Natomiast relatywnie często pojawiają się istotne społecznie działania finansujące szczepienia ochronne, głównie przeciw grypie. Niewątpliwie ograniczają one lokalnie zapadalność i skutki chorób zakaźnych, ale nie zmieniają w sposób znaczący sytuacji zdrowotnej mieszkańców. Najważniejszą jednak obserwacją jest skala nierówności, ponieważ liczba i jakość działań prozdrowotnych samorządów lokalnych uzależniona jest od posiadanych zasobów, w tym najtrudniejszych do pozyskania kadr wyspecjalizowanych w zakresie zdrowia publicznego. Złożone i zaawansowane programy prozdrowotne są znacznie łatwiej dostępne dla mieszkańców zamożnych gmin, powiatów miejskich, dużych miast wojewódzkich.

Nie ulega wątpliwości, że ten system trzeba zmienić, zachowując już wypracowane mechanizmy realizacji zadań, ale wspierając je merytorycznie i finansowo. Kolejność nie jest przypadkowa. Wobec zidentyfikowanych sum wydatkowanych przez realizatorów musimy zadbać przede wszystkim o redystrybucję już wydatkowanych środków. Wsparcie merytoryczne natomiast będzie trudniejsze, szczególnie wobec niedoboru kadr zajmujących się zdrowiem publicznym pomimo wielu lat doświadczeń z kształceniem uniwersyteckim na tym kierunku. Kilkanaście tysięcy absolwentów dawno już znalazło pracę w innych obszarach ochrony zdrowia i niezwykle trudno będzie nakłonić ich do powrotu „do korzeni”.

Obecnie dysponujemy dokładnym obrazem najważniejszych wyzwań w zakresie redukcji uniwersalnych czynników ryzyka odpowiadających za utratę lat życia w zdrowiu. Badania krajowe w ramach projektu Global Burden of Diseases znalazły swoje podsumowanie w raporcie NIZP-PZH „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2020” (red. B. Wojtyński, P. Goryński) jak również w „Mapie potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026”. Diagnoza pozwala już na opracowanie pakietu świadczeń profilaktycznych i innych świadczeń zdrowia publicznego opartych na dowodach naukowych i spełniających kryterium zapewnienia równego dostępu. Wymaga to określenia minimalnej koniecznej aktywności samorządów terytorialnych, ale w trybie ewolucyjnym. Tak duża zmiana społeczna, angażująca tysiące osób zajmujących się planowaniem i realizowaniem interwencji zdrowia publicznego, nie zmaterializuje się szybko nawet po wejściu w życie niezbędnych regulacji prawnych.

Przypomnieć należy, że istnieją określone prawnie obowiązki władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do ochrony zdrowia przy obserwowanych lukach w działaniach profilaktycznych na poziomie lokalnym, ograniczających realizację tego obowiązku. Ta swoista mozaikowość działań stoi w kontraście do systemu świadczeń gwarantowanych ze źródeł publicznych. Najbardziej oczywisty przykład to podstawowa opieka zdrowotna, kluczowy element uniwersalnego dostępu do ochrony zdrowia wg WHO, gdzie w Polsce zakres świadczeń jest precyzyjnie zdefiniowany i dostępny w każdym podmiocie z kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Gdyby ten obszar opieki zorganizowano w sposób zbliżony do obecnego systemu zdrowia publicznego, to w niektórych gminach POZ gwarantowałby pełen zakres zalecanych szczepień ochronnych i złożoną diagnostykę obrazową, a w innych jedynie lekarza z najbardziej podstawowym sprzętem diagnostycznym.

Definiowanie zakresu działań zdrowia publicznego nie będzie dotyczyło tylko czynników ryzyka, ale grup docelowych i wybranych lokalizacji. Grupą, która powinna być w jak największym stopniu objęta interwencjami zdrowia publicznego, są mężczyźni, żyjący średnio ok. 8 lat krócej niż kobiety. Szczególnie że za krótsze życie polskich mężczyzn w porównaniu z mieszkańcami większości innych krajów UE w decydującym stopniu odpowiada większa ich umieralność w wieku aktywności zawodowej, tzn. 25-64 lata, a przede wszystkim w wieku 45-64 lata. Z informacji o stanie zdrowia ludności od lat wybija się wniosek, że najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są najmniejsze miasta, poniżej 5 tys. mieszkańców, których mieszkańcy żyją najkrócej. Duże zróżnicowanie długości życia związane jest z powiatem zamieszkania. Mężczyźni w najlepszym powiecie żyją o niemal 8 lat dłużej niż mieszkający w powiecie o najkrótszej długości życia. W przypadku kobiet różnica ta wynosi poniżej 6 lat. To kolejne dowody na to, że redystrybucja środków na profilaktykę powinna bazować na lokalnej sytuacji zdrowotnej, ponieważ wtedy skuteczne będzie wyrównywanie nierówności w zdrowiu.

W podsumowaniu warto postawić pytanie, czy sukces systemu zdrowia publicznego będzie równocześnie odciążeniem medycyny naprawczej. Przywoływane często hasło „profilaktyka jest tańsza niż leczenie” odnosi się głównie do zapobiegania wystąpieniu choroby, zatem ograniczania chorobowości. Mieści w sobie także zachętę do wczesnego wykrywania chorób i stosowania mniej dolegliwych i tańszych form terapii, ale to już obszar dedykowany raczej medycynie naprawczej. Trzeba odnotować, że koncentrując się na uniwersalnych czynnikach ryzyka, jak palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nieprawidłowa dieta czy nadmierna masa ciała, uzyskane efekty będą dotyczyły wielu chorób przewlekłych, które trzeba równolegle uwzględnić w analizach kosztów i efektywności. Obserwowana w medycynie naprawczej tendencja do przypisywania uniwersalnym czynnikom ryzyka wpływu na zapadalność na wybrane grupy chorób, rodzi szereg konsekwencji w postaci powielania działań w różnych strategiach ukierunkowanych na zapobieganie już konkretnym chorobom. Nadmierna podaż soli to ryzyko pojawienia się zarówno chorób układu sercowo-naczyniowego, jak i nowotworów układu pokarmowego, a palenie tytoniu oprócz nowotworów płuca i chorób układu oddechowego niszczy układ sercowo-naczyniowy. Rozpiętość szkodliwego oddziaływania nadwagi i otyłości jest jeszcze szersza, obejmując nawet choroby układu mięśniowo-szkieletowego i urazy.

Niewątpliwie sukcesem zdrowia publicznego będzie wydłużenie długości życia. Choroby przewlekłe pojawiają się nieuchronnie, lecz później w cyklu życia i z mniejszą skalą upośledzania jego jakości. Nie sposób prognozować zmniejszenia zapotrzebowania na medycynę naprawczą, szczególnie w obliczu rozwoju technologii lekowych czy bionicznych. Sprawnie funkcjonujący system zdrowia publicznego, dokładnie monitorowany, z poprawną ewaluacją i regularnymi modyfikacjami jest niezbędnym uzupełnieniem wysiłków medycyny naprawczej. O ile da się go zaprojektować przy zaangażowaniu zespołów eksperckich i konsultacji społecznych, o tyle do jego wdrożenia konieczni są ludzie działający „w terenie”. Nie można do tego zaangażować już dra-

matycznie przeciążonych reprezentantów medycyny naprawczej. Chyba nadszedł już czas na nowy zawód „profilaktyka”, którego przedstawiciele dołączą do innych zawodów medycznych i będą planować i realizować zadania o zakresie oddziaływania populacyjnego. Niech oni zasiedlają ten ciągle nieco pustynny obszar zdrowia publicznego, współpracując z przedstawicielami medycyny naprawczej. Nie chodzi wszak o uregulowanie rzeki granicznej, nawiązując do metafory ze wstępu, ale o budowanie mostów. A przy okazji, aby przy reformowaniu systemu nie spalić mostów, które już powstały w czasie dotychczasowych realizacji interwencji zdrowia publicznego.

## Bibliografia

- [1] *IHME GBD Compare*, baza danych [dokument elektroniczny] <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [dostęp: 12.09.2021].
- [2] *Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.*, Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia, 2021, poz. 69.
- [3] *OECD.stat*, baza danych [dokument elektroniczny] <https://stats.oecd.org/> [dostęp: 12.09.2021].
- [4] *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020*, pod red. B. Wojtyniaka i P. Goryńskiego, Warszawa 2020. [dokument elektroniczny] <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/wydawnictwa> [dostęp: 12.09.2021].
- [5] *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Krakowie, Warszawa ; Kraków 2020. [dokument elektroniczny] <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2019-roku,1,10.html> [dostęp: 12.09.2021].