
ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN - POLONIA

VOL.LX, SUPPL. XVI, 53

SECTIO D

2005

Politechnika Opolska
Technical University of Opole

JUSTYNA CHARAŚNA, ALEKSANDER WOJTYŁKO

*Danger promotion health resulting from patent medicines
of valid system wholesome care in Poland*

**Zagrożenia promocji zdrowia wynikające ze specyfiki
obowiązującego systemu opieki zdrowotnej w Polsce**

Nauka o zdrowiu nie jest domeną medycyny. Jest ono tworzone i odczuwane przez ludzi w ich codziennym życiu – gdy się uczą, pracują i bawią. Dobre zdrowie to efekt troski o siebie i innych. Dla zdefiniowania pojęcia zdrowie powszechnie używa się definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 1947): to stan dobrego fizycznego, psychicznego, i społecznego samopoczucia, a nie tylko brak choroby lub kalectwa czy niepełnosprawności. Zdrowie nie jest czymś stałym, danym raz na zawsze. Nie wystarczy go sobie życzyć, należy je zdobywać, podobnie jak zdobywa się wiedzę, zawód, dobra materialne itd. Dobre zdrowie to większa szansa na sukces życiowy w szerokim znaczeniu tego słowa. Niełatwo jest zachować pełną sprawność i poczucie radości życia przez długie lata. Aby to osiągnąć trzeba promować swoje zdrowie[1].

PROMOCJA ZDROWIA (PZ)

PZ koncentruje się na zdrowiu a nie na chorobie. Odpowiedzialność za leczenie (choroby) spoczywa głównie na służbie zdrowia. Odpowiedzialność za zdrowie przenosi się na każdego człowieka. PZ jest systemem określonych działań, mających na celu kształtowanie u ludzi zachowań zdrowotnych, stylu i warunków życia sprzyjających dobremu samopoczuciu i poprawie zdrowia. Głównym celem PZ jest wspieranie osobistego i społecznego zaangażowania ludzi w troskę o swoje zdrowie, stymulowanie ich rozwoju prozdrowotnego, edukacja do zdrowia, doskonalenie umiejętności życia w zdrowiu.[1]

POJĘCIE ZDROWIA A PROMOCJA ZDROWIA

W PZ zdrowie nie jest traktowane jak abstrakcyjny stan, ale jako podlegająca zmianom zdolność człowieka do osiągnięcia pełni fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości, także reagowania na wyzwania środowiska. W takim rozumieniu zdrowie nie jest celem samym w sobie, ale środkiem umożliwiającym człowiekowi takie wykorzystywanie istniejących możliwości, by życie uczynić lepszym, bardziej satysfakcjonującym i produktywnym. Zgodnie z duchem PZ uważa się, że jednym z podstawowych wyznaczników sukcesu w ochronie i pomnażaniu potencjału zdrowia jest istnienie prozdrowotnych warunków w fizycznym, gospodarczym i społecznym środowisku człowieka. Nieuchronność związku między zdrowiem człowieka i jego środowiskiem znajduje wyraz w społeczno-ekologicznym modelu zdrowia, stanowiącym dziś bazę teoretyczną dla PZ.

POLITYKA ZDROWOTNA

Odpowiedzialność państwa za zdrowie obywateli wynika z gwarancji konstytucyjnych. Zapis w artykule 68 Konstytucji III RP można uznać za wypadkową woli politycznej władzy ustawodawczej i oczekiwań obywateli. Wynika to z zasad obowiązujących w ustroju demokratycznym:

- ⇒ uprawnienia do sprawowania władzy opierają się na idei reprezentowania woli i oczekiwań obywateli
- ⇒ wola większości w żadnej sytuacji nie może pozbawić członków mniejszości ich politycznych i obywatelskich praw [2]

Zagwarantowanie każdemu obywatelowi prawa do ochrony zdrowia oraz równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w najwyższym akcie prawnym w państwie potencjalnie sprzyja dynamizacji działań promujących zdrowie. Śledząc obszary PZ:

- ⇒ Budowanie prozdrowotnej polityki publicznej
- ⇒ Tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu
- ⇒ Wzmacnianie działań społeczeństwa na rzecz zdrowia
- ⇒ Rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu
- ⇒ Reorientacja służby zdrowia

Można odnieść wrażenie, że w dzisiejszej Polsce mamy idealne warunki do prowadzenia prozdrowotnej polityki państwa. Proces społeczno – polityczny, jakim jest PZ na szczeblu centralnym (obojętnie jakiego stopnia) werbalnie przedstawia się bardzo dobrze. Większość rządzących znakomicie przygotowuje plany i późniejsze pozytywne oceny swoich działań na rzecz zdrowia. Wynika to zarówno z zakresu kompetencji urzędników i samorządowców, jak i z medialności takich działań. Podobnie partie polityczne wykorzystują tematykę zdrowia jako istotny element kampanii wyborczej. Najczęściej obietnice dotyczą:

1. Poprawy zdrowia i jakości życia ludności poprzez zwiększenie aktywności fizycznej, poprawę sposobu i jakości żywienia, walkę z używkami
2. Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia, szczególnie zdrowia psychicznego
3. Zmniejszenie narażenia ludności na czynniki szkodliwe w środowisku życia, pracy i nauki oraz ich skutków zdrowotnych
4. Poprawa stanu sanitarnego kraju
5. Zmniejszenie liczby i skutków wypadków, szczególnie drogowych

W sposób widoczny powyższe obietnice są zbieżne z blokami tematycznymi wychowania zdrowotnego. Realizowana w oparciu o takie założenia polityka zdrowotna powinna przynosić wymierne korzyści w obszarze zdrowia. Państwo – inwestując w fundamentalne prawo obywateli do życia w zdrowiu – traktuje zdrowie ludności jak społeczną inwestycję. Ewaluacja takiego kursu polityki zdrowotnej powinna wykazywać znaczący – wręcz rewolucyjny - wzrost u obywateli indywidualnych umiejętności służących zdrowiu oraz społecznego uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia. Czy tak jest w istocie?

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

Nie jest przedmiotem niniejszego opracowania. Zaakceptowany politycznie paradygmat realistyczny (oparty na przesłankach solidaryzmu społecznego) zdaje się być niepodważalny z powodów ideologicznych i narzuca swoistą poprawność polityczną. Uczestnicy polityki zdrowotnej:

- ⇒ ustawodawcy (sejm, senat, ministrowie)
- ⇒ wykonawcy (rząd, samorząd, administracja)
- ⇒ dysponenti składki zdrowotnej (poborca, dystrybutor, płatnik)
- ⇒ świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy
- ⇒ jednostki peryferyjne (instytucje z rynkowego otoczenia służby zdrowia)

reprezentują różne – często odmienne - interesy zawodowe czy systemowe. Wydatki zdrowotne nie pozostają w ścisłym związku z potrzebami zdrowotnymi czy możliwościami świadczeniodawcy. Ustawodawcy, wykonawcy i decydenci zwykle działają pospołu w ramach wspólnoty politycznej i traktują sprawy zdrowia instrumentalnie. Dodatkowo bliżej im do lobby medycznego (producenci, dostawcy i dystrybutorzy sprzętu, leków, ośrodki atestujące i wydające licencje, pozwolenia itd.). Bliskie powiązania z polityką ułatwiają tej grupie korzystanie z publicznych zasobów przeznaczonych

na zdrowie w sposób nie zawsze formalny. W efekcie zgoda dotycząca polityki zdrowotnej jest pozorna. Istotne jest również ustawianie systemu w opozycji do naturalnych partnerów – pracowników ochrony zdrowia. Także układ lekarz – pacjent pozostaje w oderwaniu od obrotu finansowego, co często czyni określenie pieniędzy idzie za pacjentem pustym frazesem. Składkę zdrowotną (budżet ochrony zdrowia to ponad 34 mld zł) pobiera instytucja państwowa – ZUS. Obieg pieniądza jest wyjątkowo nieprzejrzysty, sposób akumulacji i redystrybucji składek całkowicie niejasny. Finalnie stan finansów w obszarze zdrowia uważa się za permanentnie niewystarczający.

SKUTKI FINANSOWE W ODNIESIENIU DO PZ

Protekcja zdrowia łączy się z edukacją zdrowotną i profilaktyką. Każde z tych działań jest składową PZ. Niedobory finansowe w obszarze zdrowia „sensu lato” muszą odbić się na działaniach promujących zdrowie. Zarządzanie środkami na zdrowie przy tak dużym udziale państwa obnaża słabości systemu. Proces polityczny, jakim jest w dniu dzisiejszym polska polityka zdrowotna, w ujęciu politycznych i społecznych działań w obszarze PZ powiązanych z władzą, w sposób istotny odchodzi od realizacji celów zdrowotnych. Politycy mylą pojęcie protekcji zdrowia z promocją i edukacją zdrowotną. Niedostatek środków finansowych w zakresie ochrony zdrowia znacząco ogranicza działania w obszarze PZ. PZ jest prowadzona chaotycznie i znacząco zależy od koniunktury politycznej. Socjalno – dystrybucyjne trendy kolejnych ekip rządzących większą uwagę przykładają do zaspokajania „chciejstwa” naszego społeczeństwa w sprawach protekcji zdrowia. W hierarchii wartości wyżej stawiana jest protekcja zdrowia - zwłaszcza działania ratujące życie – niż edukacja do zdrowia. W polityce zdrowotnej łatwiej jest głosić panelowe hasła np. o szkodliwości nałogów (z wykorzystaniem rządowych - czyli publicznych pieniędzy) niż traktować PZ jako podstawę. Bardzo niekorzystna proporcja wydatków (protekcja zdrowia vs PZ) stanowi duże zagrożenie dla tej ostatniej. Nie widać woli politycznej kreowania zdrowia jako nadrzędnej wartości w okresie edukacyjnym. W hierarchii wartości nadal wyższą pozycję zajmuje kariera zawodowa czy ekonomiczna od kariery zdrowotnej. Styl życia postrzegany jest jako wypadkowa statusu społecznego i świadomości prozdrowotnej, a nie jak inwestycja we własne zdrowie. Syndrom błędnego koła – dualizm obietnic rządzących i działania w zakresie PZ skutkuje niedostatecznym finansowaniem PZ. Zwrotnie zachowania prozdrowotne w społeczeństwie jawią się jako statystycznie niedostateczne. W ramach wymiany pokoleń do władzy dochodzą osoby z zakodowaną niższą pozycją PZ w hierarchii wartości. Koło się zamyka.

WNIOSKI

1. Za największe zagrożenie PZ wynikające ze specyfiki obowiązującego systemu opieki zdrowotnej w Polsce należy uznać nieprzejrzysty obieg składki zdrowotnej i duże ubytki w funduszach na zdrowie
2. Dużym zagrożeniem PZ jest niska świadomość prozdrowotna polityków oraz duży koniunkturalizm polityczny w obszarze polityki zdrowotnej państwa
3. Mylenie przez rządzących protekcji zdrowia z PZ, koncentrowanie się na chorobie (podporządkowanie systemowe służby zdrowia) i niechęć do realnego przeniesienia odpowiedzialności za zdrowie na każdego obywatela w żadnym wypadku nie sprzyja PZ
4. Zaniedbania w zakresie PZ dziedziczą się. Widoczne jest to zwłaszcza w aspekcie wymiany elit politycznych (błędne koło niewiedzy w zakresie PZ i niższa pozycja PZ w hierarchii wartości).
5. Inwestowanie w PZ jest w oczywisty sposób tańsze od kosztów zaniedbań i ma kapitalne znaczenie społeczno - ekonomiczne

PIŚMIENNICTWO

1. Wojnarowska B., Zdrowie, edukacja do zdrowia, promocja zdrowia, w: (red.) Jaczewski A. Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania, Warszawa 1998 rok.
2. Włodarczyk W. C., Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym UWM „Vesalius” Łódź – Kraków – Warszawa 1996 rok.
3. Słońska Z., „Lider” 1997 nr 3, wg Narodowego Programu Zdrowia 1995 - 2005, część III.

4. Wrona - Wolny W, Makowska B., Wypisy z wychowania zdrowotnego, Kraków 2000 rok, część I.
5. Promocja zdrowia. Nauki społeczne i medycyna. Czasopismo interdyscyplinarne Instytut Kardiologii, Warszawa – dwumiesięcznik, ukazuje się od 1994 roku, Rocznik I.
6. Wojnarowska B., Promocja zdrowia, Warszawa 1995 rok.

STRESZCZENIE

Praca jest próbą oceny politycznych działań w zakresie promocji zdrowia i zdefiniowania zagrożeń promocji zdrowia wynikających z założeń obowiązującego systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Wykazuje braki systemowe i finansowe w polityce zdrowotnej państwa oraz duży koniunkturalizm polityczny w obszarze protekcji i promocji zdrowia. Błędne koło niewiedzy w zakresie promocji zdrowia i niższa pozycja promocji zdrowia w hierarchii wartości wśród polityków pogłębiają zaniedbania, chociaż dla wszystkich jest oczywiste, że Inwestowanie w promocję zdrowia jest tańsze od ponoszenia kosztów zaniedbań.

SUMMARY

The aim of this article is to evaluate political activity in the sphere of the health promotion and to point out some threats of it due to the Polish healthcare system.

The work enumerates some formal and financial disadvantages of the system and political pressure put upon the health promotion.

The vicious circle of unawareness with health promotion and its lower status among the polish politicians cause the crisis in the healthcare system. Although, it is beyond doubt, that it is better to invest money in the health promotion than to bear the consequences of the neglects.