



Izabela Nawrołska

# FINANSOWANIE PROFILAKTYCZNYCH PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH

**Difin**



FINANSOWANIE  
PROFILAKTYCZNYCH  
PROGRAMÓW  
ZDROWOTNYCH

Copyright © Difin SA  
Warszawa 2013

Wszelkie prawa zastrzeżone.

Kopiowanie, przedrukowywanie i rozpowszechnianie całości  
lub fragmentów niniejszej pracy bez zgody wydawcy zabronione.

Książka ta jest dziełem twórcy i wydawcy.

Prosimy, abyś przestrzegał praw, jakie im przysługują.

Jej zawartość możesz udostępnić nieodpłatnie osobom bliskim  
lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie.

Jeśli cytujesz jej fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie  
zaznacz, czyje to dzieło. A kopiując jej część, rób to jedynie  
na użytek osobisty. Szanujmy cudzą własność i prawo.

Recenzenci

Dr hab. prof. SGH Ewelina Nojszewska, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Dr hab. prof. UE Jan Sobiech, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

Korekta

Zofia Firek

Projekt okładki

Mikołaj Miodowski

Redaktor prowadząca

Maria Adamska

ISBN 978-83-7930-353-3

Difin SA,

Warszawa 2013, wydanie pierwsze

ul. F. Kostrzewskiego 1, 00-768 Warszawa,

tel. 22 851 45 61, 22 851 45 62,

fax 22 841 98 91

Księgarnie internetowe Difin:

[www.ksiegarnia.difin.pl](http://www.ksiegarnia.difin.pl), [www.ksiegarniasgh.pl](http://www.ksiegarniasgh.pl)

Skład i łamanie: Poligrafia, tel. 605 105 574

Wydrukowano w Polsce

# Spis treści

---

|                                                                                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Wstęp                                                                                                                                     | 7   |
| <b>Rozdział 1</b>                                                                                                                         |     |
| <b>Finansowanie profilaktyki chorób<br/>a racjonalizacja wydatków publicznych</b>                                                         | 13  |
| 1.1. Koncepcje zdrowia jako fundament podejścia do profilaktyki chorób                                                                    | 13  |
| 1.2. Przesłanki zaangażowania państwa w finansowanie ochrony zdrowia                                                                      | 30  |
| 1.3. Współczesne tendencje w zakresie racjonalizacji wydatków publicznych                                                                 | 42  |
| 1.3.1. Pojęcie racjonalności                                                                                                              | 42  |
| 1.3.2. Świadczenia zdrowotne jako obszar funkcji alokacyjnej finansów publicznych                                                         | 46  |
| 1.3.3. Znaczenie programowania budżetowego dla optymalizacji alokacji zasobów w ochronie zdrowia                                          | 57  |
| 1.4. Skuteczność i efektywność profilaktyki chorób – problem pomiaru                                                                      | 77  |
| <b>Rozdział 2</b>                                                                                                                         |     |
| <b>Określenie miejsca profilaktycznych programów<br/>zdrowotnych w systemach ochrony zdrowia<br/>finansowanych ze środków publicznych</b> | 83  |
| 2.1. Istota – zakres – ewaluacja profilaktycznych programów zdrowotnych                                                                   | 83  |
| 2.2. Syntetyczna charakterystyka systemów ochrony zdrowia                                                                                 | 96  |
| 2.3. Profilaktyczne programy zdrowotne jako element kształtowania polityki zdrowotnej państwa                                             | 117 |
| 2.4. Determinanty przyszłych zmian struktury świadczeń zdrowotnych<br>– w kierunku zwiększenia roli profilaktyki chorób                   | 138 |

## Rozdział 3

## Identyfikacja źródeł i poziomu finansowania publicznego profilaktycznych programów zdrowotnych

150

- 3.1. Podmioty odpowiedzialne za realizację zadań profilaktycznych w ochronie zdrowia 150
- 3.2. Główne źródła finansowania publicznego profilaktycznych programów zdrowotnych 177
- 3.3. Doświadczenia krajów europejskich w zakresie organizacji i finansowania wybranych profilaktycznych programów zdrowotnych 192

## Rozdział 4

## Wskazanie obszarów i kierunków zmian finansowania profilaktycznych programów zdrowotnych

212

- 4.1. Finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych w świetle budżetowania zadaniowego 212
- 4.2. Samorządowe profilaktyczne programy zdrowotne jako instrument kreowania lokalnej polityki zdrowotnej 227
- 4.3. Studium analityczno-badawcze programów profilaktyki nowotworowej w świetle analizy typu *desk-research* 238
  - 4.3.1. Ocena poziomu finansowania i skuteczności populacyjnych programów profilaktyki nowotworowej 238
  - 4.3.2. Profilaktyka nowotworowa w działaniach jednostek samorządu terytorialnego 251

Zakończenie 259

Bibliografia 263

Spis tabel 285

Spis schematów 288

Spis wykresów 289

## Wstęp

---

Celem działania zdrowotnego, rozumianego jako każdy rodzaj aktywności mającej za zadanie zachowanie zdrowia lub poprawę jego stanu, niezależnie od tego czy jest to program profilaktyczny, leczenie czy też rehabilitacja, jest osiągnięcie pozytywnych efektów zdrowotnych (pojęcie efektu zdrowotnego rozumiane jest jako końcowy rezultat działania zdrowotnego, wyrażającego się w zmianach dotyczących stanu zdrowia fizycznego, psychicznego oraz zdolności do pełnienia określonych funkcji społecznych). Coraz bardziej rosnące zapotrzebowanie na tak definiowane działania zdrowotne, przy ograniczonych zasobach, implikuje podejmowanie i przeprowadzanie przez poszczególne państwa reform systemów ochrony zdrowia. Większość z nich koncentruje się głównie na problematyce finansowania opieki medycznej, mniej natomiast, jeśli w ogóle, na problematyce ochrony zdrowia, bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, czyli na całokształcie funkcji systemu ochrony zdrowia.

Funkcjonowanie medycyny naprawczej stanowi ważną, a w odbiorze społecznym być może najważniejszą część funkcji systemu ochrony zdrowia. Nie da się jednak zapewnić bezpieczeństwa zdrowotnego bez działań szeroko pojętego zdrowia publicznego. „Zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promowania zdrowia poprzez organizację zbiorowych wysiłków społeczeństwa”<sup>1</sup>, a wszelkie programy, świadczenia i instytucje zajmujące się tą problematyką są ukierunkowane na zapobieganie chorobom i potrzeby zdrowotne populacji jako całości. W definicji tej ma miejsce połącze-

---

<sup>1</sup> Jest to nowoczesna definicja zdrowia publicznego sformułowana przez D. Achesona w raporcie o stanie zdrowia publicznego w Wielkiej Brytanii, por. G.D. Bishop, *Psychologia zdrowia*, Astrom, Wrocław 2000, s. 46.

nie nauki, umiejętności skierowanych na utrzymanie i poprawę stanu zdrowia całego społeczeństwa poprzez wspólne działanie. Działania te ulegają ciągłym zmianom, które spowodowane są między innymi rozwojem technologii. Cele pozostają jednak te same, a są nimi zmniejszenie liczby zachorowań, przedwczesnych zgonów, profilaktyka.

Profilaktyka określana jest jako redukcja ryzyka pojawienia się stanu niepożądanego. Problem profilaktyki chorób stał się przedmiotem zainteresowania ekonomii, pomimo iż zastosowanie modeli ekonomicznych nie ujmuje wszystkich aspektów społecznych związanych z profilaktyką. Jednak umacniająca się dominacja elementów finansowych skłania ku poszukiwaniu także argumentów ekonomicznych.

Z założenia finansowanie ochrony zdrowia powinno opierać się na takich instrumentach wydatkowania środków (w większości systemów ochrony zdrowia są to środki publiczne), aby jednocześnie pełniło funkcje narzędzi umożliwiających oddziaływanie na efektywność wykorzystania dostępnych zasobów.

W sposób oczywisty działania w sferze zdrowia wpisują się w nurt poprawy efektywności działania sektora publicznego, co od wielu lat jest przedmiotem zainteresowania i analiz przedstawicieli nauki i praktyki na całym świecie. Coraz bardziej kategorycznie wymaga się, by wydatki planowane i dokonywane były w sposób racjonalny i umożliwiający realną ocenę ich efektywności i skuteczności, co jest związane z koncepcją nowego zarządzania publicznego (*New Public Management* – NPM), w której skuteczność odnosi się do stopnia, w jakim osiągnięte zostały założone cele i zadania programu czy strategii, natomiast efektywność odnosi się do stopnia osiągnięcia założonych celów przy minimalnych kosztach lub maksymalizacji osiągnięcia celu przy założonych kosztach<sup>2</sup>.

Koncepcja NPM zakłada między innymi skupienie uwagi na rezultatach, jasno sformułowanych celach oraz miernikach ich realizacji. Zastosowanie w sektorze publicznym, a więc także w sektorze zdrowia, tej koncepcji ma na celu racjonalizację gospodarowania środkami publicznymi.

Analizując sytuację w dziedzinie profilaktyki chorób, należy podkreślić, że obecnie w Polsce zarówno na poziomie państwa (poziom makro), jak i na poziomie samorządów terytorialnych (poziom mezo, i mikro) w niewystarczający sposób wykorzystuje się możliwości oddziaływania na stan zdrowia ludności poprzez programy profilaktyczne. Nie ma mechanizmu koordynującego ich wykonanie, zadania realizowane są przez wiele podmiotów, wiele z nich jest realizowanych fragmentarycznie, inne się dublują. W niewystarczający sposób oceniana jest także skuteczność i efektywność ich realizacji.

---

<sup>2</sup> Por. M. Robinson, *Results Information* [w:] *Performance Budgeting. Linking Funding and Results*, M. Robinson (red.), International Monetary Fund-Palgrave Macmillan 2007, s. 26–43.



Zdrowie jest zadaniem państwa i dostęp do opieki zdrowotnej pozostaje głównym problemem w systemach ochrony zdrowia, mając pierwszeństwo przed rozwojem szeroko rozumianej prewencji. W powszechnym rozumieniu europejskie systemy zdrowotne są doceniane przede wszystkim za ich zdolność do zapewnienia dostępności leczenia dla użytkowników systemu za rozsądną cenę. Jednak jeśli polityka zdrowotna ma być skuteczna, musi zawierać podejście zapobiegawcze, tak aby zdrowie, zgodnie z prezentowaną w pracy definicją WHO, było stanem dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brakiem choroby czy niedomagania. Szereg krajów buduje programy polityki zdrowotnej, idąc w kierunku postulatów nakierowanych na zmianę stylu życia społeczeństw, a zatem zwiększenia działań profilaktycznych, co jest bardziej efektywne w sytuacji stale rosnących nakładów na medycynę naprawczą i braku adekwatnej do nich poprawy sytuacji zdrowotnej.

**Celem pracy była ocena metod, struktury i prawidłowości wydatków przeznaczanych na finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych oraz wskazanie kierunków zmian finansowania profilaktycznych programów zdrowotnych ze środków publicznych w Polsce, uwzględniających kryterium racjonalnego gospodarowania.**

Podkreślić należy także, że dotychczas brak jest w polskiej literaturze przedmiotu kompleksowego ujęcia problematyki finansowania profilaktycznych programów zdrowotnych, a nawet systematyki podstawowych pojęć dotyczących tej tematyki. Niniejsza praca ma na celu przynajmniej częściowe wypełnienie tej luki.

Zagadnienie to nie było jak dotąd przedmiotem badań przeprowadzonych na gruncie nauki przy uwzględnieniu uwarunkowań polskich i w takim ujęciu. Praca stanowi zatem próbę całościowego ujęcia zagadnienia znaczenia finansowania profilaktyki chorób, skupiając się z jednej strony na profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, z drugiej strony uwzględniając szerokie spectrum zagadnień z zakresu ekonomiki zdrowia. Uwytkowało to interdyscyplinarność pola badawczego rozprawy i znaczenie takiego też podejścia w poznaniu naukowym.

W pracy przyjęto następującą hipotezę badawczą: **Zastosowanie metodologii wieloletniego programowania budżetowego umożliwia zwiększenie skuteczności i efektywności profilaktycznych programów zdrowotnych.**

Tak sformułowany cel pracy i hipoteza badawcza zdecydowały o jej zakresie i układzie. Praca składa się ze wstępu, czterech rozdziałów oraz zakończenia zawierającego wskazania co do kierunków dalszych badań.

Rozdział pierwszy przedstawia istotę problemu badawczego. Omówione zostały w nim kwestie dotyczące współczesnych koncepcji zdrowia stanowiących fundament podejścia do profilaktyki chorób, jak i przesłanki angażowania się państwa w ochronę zdrowia.

Związki między finansowaniem profilaktyki chorób a racjonalizacją wydatków publicznych wynikają z „natury” działań państwa. Zdrowie i jego ochrona należą w specyficzny sposób do dóbr publicznych, a to implikuje sprecyzowanie kryterium wyboru, którym powinno kierować się państwo, podejmując decyzje o alokacji zasobów publicznych, co jest związane z problematyką pomiaru efektów z nakładów publicznych. W tym kontekście przedstawione zostały wspólne tendencje w zakresie racjonalizacji wydatków publicznych, wśród nich metodologie programowania budżetowego (w Polsce określanego budżetem zadaniowym) oraz problemy pomiaru skuteczności i efektywności profilaktyki chorób.

W rozdziale drugim przedstawiono charakterystyczne cechy profilaktycznych programów zdrowotnych, zasady ich tworzenia, metody ewaluacji oraz ich miejsce w systemach ochrony zdrowia. W tym celu, na podstawie zgromadzonego materiału empirycznego, dokonano syntetycznej charakterystyki systemów ochrony zdrowia i oceny poziomu ich finansowania. Jednak kluczowe znaczenie ma tu określenie determinant zmian struktury świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, wskazujące na konieczność przyznania wysokiej rangi w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego działaniom w zakresie profilaktyki chorób oraz konieczności uwzględnienia działań profilaktycznych w przyszłych decyzjach dotyczących alokacji środków publicznych.

Rozdział trzeci przedstawia analizę zarówno uprawnień podmiotów odpowiedzialnych za realizację zadań profilaktycznych w ochronie zdrowia, jak i poziomu finansowania profilaktycznych programów zdrowotnych w warunkach polskich<sup>3</sup>, co pozwoliło na ocenę struktury i prawidłowości wydatków przeznaczanych na finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych. Poza tym na podstawie zgromadzonego materiału empirycznego omówione zostały doświadczenia zagraniczne w profilaktyce nowotworowej<sup>4</sup>. Różnice między kra-

---

<sup>3</sup> Ograniczenie do warunków polskich oceny struktury i prawidłowości wydatków przeznaczanych na finansowanie programów profilaktycznych jest spowodowane ogromnym zróżnicowaniem rozwiązań przyjmowanych w zakresie finansowania i organizacji programów w krajach UE jak i w ogóle krajach europejskich. Rodzaje krajowej polityki zdrowotnej odzwierciedlają głęboko zakorzenione wartości i normy, co powoduje duże różnice między poszczególnymi krajami. Trudno nawet przyjąć, że pojęcia, takie jak: profilaktyka, promocje zdrowia czy zdrowie publiczne mają takie samo znaczenie w każdym kraju. Utrudnia to bezpośrednie porównania stosowanych rozwiązań w zakresie zapobiegania chorobom.

<sup>4</sup> Wybór profilaktyki chorób nowotworowych jako przedmiotu badania ma swoje uzasadnienie. Po pierwsze, nowotwory wysuwają się na czołowe miejsce wśród przyczyn wszystkich zgonów w populacji. Stanowią dziś trzecią w kolejności (12,62%), po chorobach układu krążenia (29,03%) oraz chorobach zakaźnych (16,19%), przyczynę zgonów na świecie. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 2008 roku zdiagnozowano 12,4 mln nowych zachorowań na nowotwory oraz 7,6 mln zgonów na świecie, a z czynną chorobą nowotworową żyło około 28 mln ludzi. Do 2030 roku według WHO liczba nowych zachorowań może wzrosnąć do 27 mln rocznie, liczba zgonów będzie utrzymywać się na poziomie 17 mln, zaś osób żyjących w okresie do 5 lat od postawienia diagnozy choroby nowotworowej będzie 75 mln.

jami europejskimi dotyczące zarówno rozwiązań instytucjonalnych, zakresu programów polityki zdrowotnej, jak i nakładów finansowych na ich realizację wskazują, że jedynym rozsądnym sposobem dokonywania porównań w dziedzinie finansowania profilaktycznych programów zdrowotnych jest analiza konkretnych działań (konkretnego programu) i sposobu ich wdrażania w różnych krajach członkowskich. Zwrócono uwagę na trudności badań porównawczych – badania porównawcze dotyczące finansowania programów walki z rakiem obejmują swoim zakresem zwykle leczenie i profilaktykę. Wyodrębnienie wyłącznie profilaktyki nowotworowej jest obecnie zadaniem utrudnionym. Bardziej miarodajne wydaje się przedstawienie konkretnych działań w wybranych krajach. Jako przykłady **dobrych praktyk** w realizacji profilaktyki nowotworowej wskazano i poddano szczegółowej analizie doświadczenia krajów nordyckich, co ma swoje uzasadnienie, bowiem od wielu lat powszechnie znane są osiągnięcia Finlandii, Szwecji, Danii czy Islandii w profilaktyce nowotworowej.

W rozdziale czwartym ocenie poddano próby implementacji rozwiązań stosowanych obecnie w pracach nad budżetem zadaniowym do działań w zakresie finansowania profilaktycznych programów zdrowotnych, zarówno w odniesieniu do programów finansowanych z budżetu państwa, jak i z budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Przedstawione doświadczenia budżetu zadaniowego zarówno na poziomie budżetu państwa (przede wszystkim w zakresie programów wieloletnich), jak i na poziomie jednostek samorządu terytorialnego w odniesieniu do profilaktycznych programów zdrowotnych pozwoliły wskazać na możliwość racjonalizowania wydatków publicznych z zastosowaniem metody programowania budżetowego, ale także na konieczność uwzględnienia specyfiki działań profilaktycznych. Poza tym na podstawie zgromadzonych materiałów empirycznych przedstawiono w rozdziale rolę samorządu terytorialnego w działaniach profilaktycznych jako kreatora lokalnej polityki zdrowotnej. Zawarte w rozdziale zostało także studium analityczno-badawcze polskich programów profilaktyki nowotworowej. Badaniem objęto realizację Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Ocenie poddano realizację dwóch zadań tego programu: programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy oraz programu wczesnego wykrywania raka piersi, z punktu widzenia poziomu finansowania i skuteczności programów. Uwzględnione zostały także działania jednostek samorządowych w profilaktyce nowotworowej. Przeprowadzone analizy pozwoliły na wskazanie czynników ograniczających obecnie skuteczność programów profilaktyki nowotworowej.

W studiach badawczych wykorzystano polskie i zagraniczne pozycje literaturowe obejmujące zwarte publikacje naukowe, artykuły z renomowanych periodyków naukowych z zakresu finansów, finansów publicznych, finansów samorządowych, zarządzania publicznego, ekonomiki zdrowia i polityki zdrowotnej, opracowania instytucji zajmujących się ochroną zdrowia oraz przepisy prawne.

W ramach przeprowadzonych badań wykorzystane zostały metody analizy i krytyki literatury naukowej oraz metoda syntezy, która pozwoliła na skonkretyzowanie problemu badawczego i hipotezy rozprawy, jak i na wyciągnięcie wniosków. Weryfikacja empiryczna, dotycząca finansowania profilaktycznych programów zdrowotnych, została przeprowadzona przy wykorzystaniu: sprawozdań z wykonania budżetu państwa opracowanych przez Ministerstwo Finansów; sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia, sprawozdań z wykonania budżetów wybranych jednostek samorządu terytorialnego; raportów z kontroli problemowych Najwyższej Izby Kontroli oraz ze sprawozdań opracowanych przez Centralny i wojewódzkie Ośrodki Koordynujące z realizacji populacyjnych programów profilaktyki nowotworowej. Ponadto w pracy wykorzystane zostały dane pozyskane z Ministerstwa Zdrowia i Głównego Urzędu Statystycznego.

W pracy wykorzystano także opracowania i wyniki uzyskane w ramach projektu badawczego Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego nr N N113 291737 nt. *Finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych*, realizowanego w latach 2009–2012 pod kierunkiem autorki niniejszej rozprawy.

# 1

## Finansowanie profilaktyki chorób a racjonalizacja wydatków publicznych

---

### 1.1. Koncepcje zdrowia jako fundament podejścia do profilaktyki chorób

Dążenie do osiągnięcia i utrzymania zdrowia jest potrzebą każdego człowieka. Na przestrzeni wieków nauka wypracowała wiele poglądów dotyczących rozumienia zdrowia, a pomimo tego należy ono nadal do pojęć abstrakcyjnych, bardzo trudnych do zdefiniowania.

W kulturze europejskiej jednym z pierwszych, który uporządkował całość poglądów na zdrowie był Hipokrates (460–377 p.n.e.). W myśl jego poglądów dobre samopoczucie – zdrowie, złe – choroba, zależy od równowagi między tym, co nas otacza a nami. Poglądy Hipokratesa w niemal niezmienniej postaci głoszone były do czasu pojawienia się nowej filozofii kartezjańskiej, czyli mechanistycznego widzenia świata i człowieka<sup>1</sup>.

Dla Rene Descartesa (Kartezjusz, 1596–1650) człowiek to skomplikowana, precyzyjna maszyna biologiczna, której tajniki może wyjaśnić chemia i fizyka. Stan choroby – to konieczność naprawienia uszkodzonej części. Teoria ta porównuje ludzki organizm do maszyny, która działa z wielką precyzją i doskonałością. Filozofia kartezjańska umożliwiła poznanie struktury i funkcji ciała człowieka, ale spowodowała zawężenie postrzegania jednostki ludzkiej jako biologicznej maszyny<sup>2</sup>. Paradygmat kartezjański doprowadził do rozwoju nauk ścisłych, a w medycynie spowodował ogromny postęp techniczny, który umożliwił wykorzystywanie w badaniu funkcji organizmu człowieka metod anali-

---

<sup>1</sup> T.B. Kulik, M. Latański, *Zdrowie publiczne*, PZWL, Lublin 2002, s. 15–16.

<sup>2</sup> F. Capra, *Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura*, PIW, Warszawa 1987, s. 192.

tycznych. Stworzone zostały naukowe, medyczne i biomedyczne podstawy pojęcia zdrowia, w których zdrowie jest rozumiane wyłącznie jako prawidłowo funkcjonujący organizm biologiczny.

Dzisiaj potocznie zdrowie określa się jako brak choroby, czyli za pomocą pojęcia, które nie posiada jednoznacznego określenia. Jedną z najczęściej cytowanych i przywoływanych definicji jest definicja zdrowia zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organization* – WHO), zgodnie z którą zdrowiem nazywamy nie tylko brak choroby czy też niedomagania, lecz stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego<sup>3</sup>. Występują także definicje rozszerzone w stosunku do definicji WHO o czynniki kulturowe, intelektualne i emocjonalne. W takim ujęciu zdrowie to pełnia fizycznego, psychicznego, społecznego i kulturowego dobrostanu jednostki<sup>4</sup>.

Klasyczna definicja WHO odegrała ogromną rolę w kształtowaniu poglądów zarówno badaczy, jak i polityków na temat tego, czym jest zdrowie. Jak pisze J. Karski, definicja ta „(a) przyjęła pozytywne rozumienie zdrowia empirycznie, a nie logicznie zależnie od choroby, (b) poczucie zdrowia stało się w niej pojęciem subiektywnym i równoprawnym, a niekiedy uprzywilejowanym kryterium oceny stanu zdrowia, (c) uwolniła ona definiowanie stanu zdrowia od konieczności posługiwania się jedynie kryteriami ściśle medycznymi, (d) w pojęciu zdrowia, normy i wartości społeczne stały się czynnikami o stałym znaczeniu”<sup>5</sup>. Należy jednak podkreślić, że definicja WHO nie jest pozbawiona słabości, zasadniczo utrudniających jej praktyczne zastosowanie. Krytyczne argumenty, które wykazują mankamenty takiego definiowania zdrowia, prezentowane są w literaturze przez rozmaitych autorów<sup>6</sup>. Zarzuca się jej między innymi: statyczne, a nie dynamiczne ujęcie zdrowia; sprowadzenie zdrowia do stanu idealnego, który z reguły jest nieosiągalny; użycie trudnego do operacjonalizacji i pomiaru pojęcia dobrostanu; zbytnią ogólnikowość. Problem ten w szeroki sposób pre-

<sup>3</sup> Definicja ta została sformułowana w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization Constitution*). Na temat definicji zdrowia WHO z 1948 r. M. Kasprzak, *Ocena stanu zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” nr 4–5/1962, s. 267 i nast.; M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, PZWL, Warszawa, 1986, s. 14–16; J. Karski, *Pojęcie zdrowia i jego ewolucja*, [w:] *Środowisko i zdrowie*, J. Karski, J. Pawlak (red.), Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1995, s. 31.

<sup>4</sup> R. Hughes, *What is health? Stretch the medical model*, „Foundation News and Commentary”, Iss. 4/1997.

<sup>5</sup> J. Karski, *Pojęcie zdrowia i jego ewolucja...*, op.cit., s. 34.

<sup>6</sup> D. Callahan, *Health and Society: Some Ethical Imperatives*, Daedalus, Winter 1977, s. 23–33, s. 26; H. Noack, *Concepts of health and health promotion*, WHO, Copenhagen 1987, s. 5–28; J. Karski, *Pojęcie zdrowia i jego...*, op.cit., s. 34; C. Włodarczyk, *Promocja zdrowia a polityka zdrowotna. Perspektywa uniwersalna i perspektywa lokalna*, [w:] *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*, J. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski (red.), Sanmedia, Warszawa 1994, s. 28.

zentuje C. Włodarczyk<sup>7</sup>, stwierdzając w efekcie swoich rozważań, że charakterystyczną funkcją pełnioną przez tę definicję staje się rola pewnej teoretycznej fasady, gdyż „...z reguły dzieje się tak, że powołanie się na klasyczną definicję jest złożeniem pustej deklaracji, której przyjęcie nie pociąga za sobą żadnych widomych konsekwencji w konceptualizacji czy strukturalizacji fragmentów bardziej merytorycznych”.

Pomimo tych licznych zastrzeżeń definicja zdrowia zaproponowana przez WHO zainicjowała liczne próby formułowania pozytywnych definicji zdrowia. Szczególny wpływ na współczesne definiowanie zdrowia miała pierwsza socjologiczna definicja, sformułowana przez T. Parsonsa (Parsons, 1969), który określił zdrowie jako stan, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność efektywnego pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji<sup>8</sup>. Tę funkcjonalną definicję wykorzystano w kręgach Światowej Organizacji Zdrowia, czego efektem jest przyjęcie w strategii WHO „Zdrowie dla wszystkich” (ZDW) pojęcia zdrowia także w sytuacji, gdy niepełnosprawności nie da się wyeliminować dostępnymi środkami, a mimo to jednostka jest w stanie prowadzić produktywnie i twórcze życie<sup>9</sup>.

Autorytet definicji WHO, przyjmującej pozytywne rozumienie zdrowia, powoduje ograniczone powoływanie się w literaturze na negatywną definicję, traktującą zdrowie jako brak choroby. Zgodnie z tą definicją zdrowie nie jest stanem pozytywnym, który ma swoje własne atrybuty, ale tym co pozostaje wtedy, gdy wyeliminowane są stany chorobowe, rozumiane jako odstępstwa od przyjętej, przede wszystkim biologicznej normy właściwego funkcjonowania organizmu. Jak wskazuje C. Włodarczyk, interesujące jest, że jej zalety są postrzegane nie tylko przez profesjonalistów medycznych, ale też przez ekonomistów. Stwarza ona bowiem możliwość stosowania bardziej precyzyjnych narzędzi pomiaru stanu zdrowia<sup>10</sup>.

Odmienne podejście poszczególnych gałęzi nauki do zagadnień zdrowia i choroby wpływa na różnorodne ich definiowanie.

Do pierwszej połowy XX wieku w kulturze europejskiej dominującym podejściem do zagadnień zdrowia i choroby było podejście biomedyczne. Koncentrowano się na chorobie rozumianej jako patologiczna zmiana organizmu, przyczyniająca się do obniżenia sprawności lub skrócenia życia<sup>11</sup>. Biologiczne (medyczne) pojęcie choroby nie uwzględniało wpływu czynników psychospołecznych. Cho-

---

<sup>7</sup> C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Łódź–Kraków–Warszawa 1996, s. 108.

<sup>8</sup> Por. B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 19.

<sup>9</sup> Szerzej na temat definicji funkcjonalnej: T. Parsonsa pisze C. Włodarczyk, *ibidem*, s. 109 i nast.

<sup>10</sup> Najczęściej stosowane mierniki stanu zdrowia oparte są na definicji negatywnej.

<sup>11</sup> Por. M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, PZWL, Warszawa 1986, s. 14.

roba definiowana była w kategoriach anatomii, fizjologii, biochemii, mikrobiologii, natomiast zdrowie rozumiane było w kategoriach negatywnych jako brak choroby, czyli brak zakłóceń w przebiegu procesów biologicznych w organizmie człowieka. To podejście wynikało z postrzegania chorób ostrych (w tym zakaźnych) jako dominującego problemu medycznego.

Istotną przyczyną zmian w podejściu do zdrowia okazały się, zaobserwowane w drugiej połowie XX wieku w krajach uprzemysłowionych, przemiany w obrazie chorób. W miejsce chorób zakaźnych, wiodącym problemem stały się choroby przewlekłe, zwane także cywilizacyjnymi. Wzrost wskaźników umieralności spowodowany przede wszystkim chorobami układu krążenia, chorobami nowotworowymi oraz wypadkami i urazami stał się przyczyną spowolnienia przyrostu oczekiwanego czasu trwania życia<sup>12</sup>. Zapoczątkowało to czas tzw. kryzysu medycyny, którą krytykowano za zaniedbywanie profilaktyki, a w konsekwencji do zbyt późnych interwencji medycznych, w zaawansowanych już stadiach choroby, czy też za koncentrację na biologicznych objawach i uwarunkowaniach choroby, z pomijaniem czynników o charakterze psychospołecznym<sup>13</sup>. W latach 70. XX wieku, na podstawie wyników badań epidemiologicznych, udowodniono, że postęp medycyny nie przekłada się na poprawę stanu zdrowia ludności w krajach wysoko uprzemysłowionych<sup>14</sup>. M. Lalonde jest autorem przedstawionego w roku 1974 raportu *Zdrowie Kanadyjczyków* kwestionującego jako metodę osiągania zdrowia koncentrowanie się wyłącznie na leczeniu chorób. Jego zdaniem podstawą zdrowia jest jego promocja oraz prewencja chorób. Udowodnił, że wpływ opieki medycznej na stan zdrowia ocenia się na około 10% (we współczesnych badaniach podaje się przedział 10–20%<sup>15</sup>), przez co „ostatecznie zakwestionowane zostało tzw. wielkie równanie, w myśl którego opieka medyczna równa się zdrowiu”<sup>16</sup>.

Wiodącą rolę w zachowaniu i umacnianiu zdrowia każdego człowieka, oprócz stanu środowiska naturalnego, czynników genetycznych i działań opieki zdrowotnej, pełnią przede wszystkim warunki i styl życia, którym przypisuje się

<sup>12</sup> H. Kirschner, *Promocja zdrowia na tle rozwoju medycyny społecznej*, [w:] *Promocja zdrowia. Wydanie nowe*, J. Karski (red.), Ingis, Warszawa 1999, cz. II, s. 83–85; H. Kirschner, *Stan zdrowia społeczeństwa polskiego*, „Post. Nauk Med.” 1994, t. VII, s. 219–226; Z. Słońska, *Promocja zdrowia – zarys problematyki*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, Rocznik I” nr 1–2, 1994, s. 37.

<sup>13</sup> A. Ostrowska, *Wstęp do socjologii medycyny*, IfiS PAN, Instytut Socjologii UW, Warszawa 1990, s. 340–341.

<sup>14</sup> C. Włodarczyk, *Promocja zdrowia a polityka...*, op.cit., s. 34.

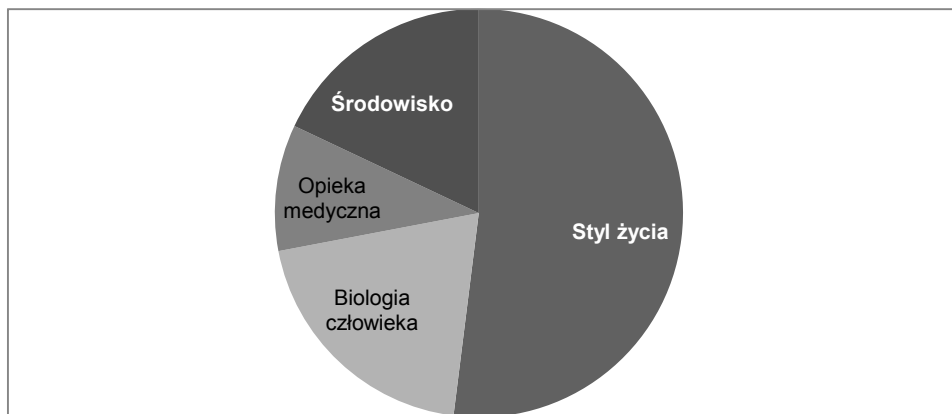
<sup>15</sup> A. Ostrowska, *Nierówności w sferze zdrowia*, „Kultura i Społeczeństwo” 1998, XLII, nr 2, s. 149; J. Karski, *Promocja zdrowia – podstawy teoretyczne oraz aktualne i zamierzone działania*, [w:] *Promocja zdrowia. Wydanie nowe*, J. Karski (red.), Ingis, Warszawa 1999, s. 21.

<sup>16</sup> Z. Słońska, *Promocja zdrowia – zarys...*, op.cit., s. 38.



coraz większe znaczenie ze względu na wzrastające poczucie indywidualnej odpowiedzialności za stan zdrowia.

**Wykres 1.1.** Czynniki warunkujące zdrowie jednostki według koncepcji „pól zdrowia”



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: M. Lalonde, *A new perspective on health of Canadians*, A working document, Government of Canada, April 1974, s. 31.

Przekładając tezę Lalonda na język codzienności, można powiedzieć, że ubóstwo, brak pracy, złe warunki pracy, brak wykształcenia, złe warunki mieszkaniowe, stres, nieracjonalne odżywianie, palenie tytoniu etc. warunkują stan zdrowia określonych społeczności (tabela 1.1.).

**Tabela 1.1.** Wpływ czynników z poszczególnych „pól zdrowia” na umieralność z określonych przyczyn (w %)

| Aspekty stanu zdrowia  | Styl życia | Środowisko | Biologia | Służba zdrowia |
|------------------------|------------|------------|----------|----------------|
| Choroby serca          | 54         | 9          | 25       | 12             |
| Nowotwory              | 37         | 24         | 29       | 10             |
| Wypadki drogowe        | 69         | 18         | 1        | 12             |
| Inne wypadki           | 51         | 31         | 4        | 14             |
| Wylewy                 | 50         | 22         | 21       | 7              |
| Zabójstwa              | 63         | 35         | 2        | 0              |
| Samobójstwa            | 60         | 35         | 2        | 3              |
| Marskość wątroby       | 70         | 9          | 18       | 3              |
| Grypa i zapalenia płuc | 23         | 20         | 39       | 18             |
| Cukrzyca               | 34         | 0          | 60       | 6              |
| Wszystkie czynniki     | 51,5       | 21,1       | 19,8     | 10             |

Źródło: C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Łódź–Kraków–Warszawa 1996, s. 166.

Kolejnym argumentem za szerokim postrzeganiem czynników warunkujących zdrowie były badania epidemiologiczne przeprowadzone w 1975 roku pod kierunkiem A.C. Cochrane. Wykryły one zjawisko, które zostało określone „anomaliami Cochrane’a” polegającą na braku, jak wcześniej myślano, związku pomiędzy zwiększaniem nakładów na opiekę medyczną a poprawą zdrowia populacji.

Oprócz niepodważalnych dowodów na wielość i różnorodność czynników wpływających na zdrowie, współcześnie uważa się, że przemiany w podejściu do zdrowia były reakcją społeczeństwa na niezadowolające efekty, nieakceptowane sposoby i negatywnie oceniane skutki funkcjonowania opieki medycznej<sup>17</sup>.

Rozwój medycyny w ostatnim dwudziestoleciu to głównie nowe możliwości diagnostyczne, terapeutyczne, a także obszary myślenia naukowego, takie jak edukacja zdrowotna, profilaktyka i promocja zdrowia, zdrowie publiczne. Coraz więcej naukowców, badaczy opowiada się za taką koncepcją zdrowia, która obejmowałaby zdrowie w sposób całościowy, komplementarny, czyli za tworzeniem definicji oddających nie tylko istotę zagadnienia, ale szerszy kontekst jego znaczenia w postaci paradygmatu.

Współcześnie uwaga koncentruje się nie na chorobie, ale na zdrowiu (tabela 1.2.). Przemiany w obrazie chorób, polegające na przejściu od chorób ostrych do chorób przewlekłych, spowodowały potrzebę wyjścia na plan pierwszy obserwacji zdrowia populacji w miejsce dominującego w modelu biomedycznym interwencjonizmu medycznego. Ponadto udowodniono, że w skutecznej walce z chorobami przewlekłymi stosowane wyłącznie działania naprawcze nie są wystarczające, w związku z czym coraz większą wagę zaczęto przywiązywać do profilaktyki<sup>18</sup>.

**Tabela 1.2.** Przemiany w podejściu do zdrowia i medycyny

| Model biomedyczny                                | Model społeczno-ekologiczny           |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Choroba ( <i>disease</i> )                       | Zdrowie ( <i>health</i> )             |
| Choroba ostra ( <i>acute</i> )                   | Choroba przewlekła ( <i>chronic</i> ) |
| Leczenie ( <i>cure</i> )                         | Profilaktyka ( <i>prevention</i> )    |
| Szpital ( <i>hospital</i> )                      | Społeczność ( <i>community</i> )      |
| Działania instrumentalne ( <i>intervention</i> ) | Obserwacja ( <i>monitoring</i> )      |
| Stosowanie metod leczenia ( <i>treatment</i> )   | Opieka ( <i>care</i> )                |
| Pacjent ( <i>patient</i> )                       | Osoba zdrowa ( <i>person</i> )        |

Źródło: S. Nettleton, *The sociology of health and illness*, Polity Press, Oxford 2003, s. 12.

<sup>17</sup> Z. Słońska, *Promocja zdrowia a zakres problematyki*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 1–2/1994, s. 37–38; W. Piątkowski, W.A. Brodniak, *Zdrowie i choroba w perspektywie socjologicznej*, WSSG, Tczyn 2005, s. 77.

<sup>18</sup> M. Synowiec-Piłat, *Promocja zdrowia i profilaktyka onkologiczna w działaniach organizacji pozarządowych*, Wydawnictwo Adam Marszałek & Akademia Medyczna we Wrocławiu, Toruń 2009, s. 22.

W społeczno-ekologicznym paradygmacie zdrowia podstawową rolę odgrywa koncepcja człowieka daleko wykraczająca poza dualistyczną wizję Kartezjusza. Kluczowym założeniem jest uznanie faktu istnienia skomplikowanych powiązań między człowiekiem i jego środowiskiem. Powiązania te najlepiej ilustruje Mandala zdrowia<sup>19</sup>.

Na ostateczny kształt społeczno-ekologicznego paradygmatu zdrowia złożyły się doświadczenia praktyczne i osiągnięcia teoretyczne wielu dyscyplin o orientacji społecznej, w tym epidemiologii społecznej, medycyny społecznej i socjologii medycyny. Holistyczna wizja człowieka odgrywa w nim kluczową rolę.

Podstawę holistycznego ujęcia zdrowia stanowi ogólna teoria systemów, której istotą jest hierarchia systemów, z których każdy jest jednocześnie częścią większego systemu i zbiorem systemów podrzędnych, każdy system stanowi równocześnie część i całość. Człowiek w tym ujęciu stanowi zarówno samodzielną jednostkę o określonej konstrukcji psychicznej i autonomii funkcjonalnej, jak i element społeczeństwa oraz szeroko rozumianej przyrody<sup>20</sup>.

W świetle prezentowanych przemian w podejściu do zdrowia szczególnego znaczenia nabierają działania zdrowia publicznego.

Dyskusje nad zakresem pojęciowym zdrowia publicznego dotyczą głównie zdrowia publicznego jako nowej dziedziny wiedzy, ale także działań ukierunkowanych na zdrowie społeczeństwa.

C.E.A. Winslow sformułował w 1920 roku definicję zdrowia publicznego, do dziś zachowującą aktualność. Według Winslowa „zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego poprzez wysiłek społeczności, higienę środowiska, kontrolę zakażeń, nauczanie zasad higieny indywidualnej, organizację służb medycznych i pielęgniarskich ukierunkowanych na zapobieganie chorobom i wczesną diagnozę,

<sup>19</sup> Mandala Zdrowia to model ekosystemu człowieka opracowany po raz pierwszy we wczesnych latach 80. XX wieku przez Departament Zdrowia Publicznego w Toronto. Model ten powstał w oparciu o mandalę-figurę będącą symbolem wszechświata, zbudowaną na planie koła. W modelu tym zakłada się wzajemne powiązania między kulturą i środowiskiem i ich jednocześnie oddziaływanie na człowieka pojmowanego jako jedność obejmującą wymiar fizyczny, intelektualny i duchowy. Najszerszymi kręgami są biosfera i kultura. Najbliższym kręgiem otaczającym człowieka jest rodzina, traktowana jako najważniejsza struktura pośrednicząca między jednostkami i instytucjami społecznymi, łącząca i osłaniająca przed skutkami społeczności i kultury. Pozostałe determinanty zdrowia, takie jak: społeczność, system opieki nad chorym, styl życia, praca, biologia człowieka, środowisko fizyczne i psychospołeczne rozmieszczone są hierarchicznie na pozostałych kręgach. Mandala zdrowia znakomicie ilustruje bogactwo uwarunkowań zdrowia i jest bardzo użyteczna dla celów edukacyjnych zdrowia, wskazując, iż system opieki medycznej jest tylko jednym z wielu determinantów zdrowia, model ten jednoznacznie zwraca uwagę na ograniczone możliwości sektora zdrowia, a tym samym konieczność wdrożenia współpracy międzysektorowej na rzecz ochrony i pomnażania potencjału zdrowia; Z. Słońska, *Promocja zdrowia – zarys problematyki*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 1–2, s. 37–52.

<sup>20</sup> G.D. Bishop, *Psychologia zdrowia*, Astrom, Wrocław 2000, s. 46.

rozwój mechanizmów społecznych zapewniających każdemu indywidualnie i społecznie warunki życia pozwalające na utrzymanie zdrowia”<sup>21</sup>.

Jedna z wielu nowszych definicji zdrowia publicznego określa je jako „naukę i sztukę zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promowania zdrowia poprzez organizację zbiorowych wysiłków społeczeństwa”<sup>22</sup>. Jest to nowoczesna definicja sformułowana przez D. Achesona w raporcie o stanie zdrowia publicznego w Wielkiej Brytanii. Wynika ona ze zrozumienia, że zdrowie publiczne jest koncepcja obejmująca wieloprofesjonalne działania w obszarze zdrowia społeczeństwa – ochrony, umacniania i poprawy zdrowia populacji. W tak ukształtowanej definicji kluczowym słowem jest „zdrowie”, a nie „medycyna”, a słowo „publiczne” podkreśla, że działania mające zapewnić i umocnić zdrowie ludzi oparte są na zorganizowanym wysiłku społeczności, a nie na indywidualnych staraniach i zabiegach<sup>23</sup>. Definicja zdrowia publicznego przedstawiona przez D. Achesona stosowana jest chętnie, tak ze względu na jej zwięzłość, jak również zawarcie w jej treści odniesień do tzw. nowego zdrowia publicznego (*New Public Health*), dla którego kamieniem milowym był wspomniany wyżej ł holistyczny model zdrowia publicznego Lalonda.

Nowe zdrowie publiczne jest najszerszym integrującym podejściem do ochrony zdrowia i promowania zdrowia, odnoszącym się zarówno do społeczeństwa jako całości, jak i do jednostki. Opiera się ono na „zbilansowanych świadczeniach zapobiegawczych: sanitarnych, środowiskowych, w zakresie zdrowia publicznego, skoordynowanych w szerokim wymiarze ze świadczeniami leczniczymi, rehabilitacyjnymi oraz opieką długoterminową”; stawia to wymóg sporządzenia odpowiednich programów na poziomie krajowym, regionalnym czy samorządowym, a także współpracy organizacji pozarządowych. Ich wspólnym kierunkiem działania jest kreowanie prozdrowotnych warunków życia<sup>24</sup>.

Współcześnie najpopularniejszą i najkrótszą definicją „zdrowia publicznego” jest definicja WHO „Zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promowania zdrowia przez zorganizowany wysiłek społeczeństwa”<sup>25</sup>.

Raport Lalonde, o którym była już wcześniej mowa, zawiera niezwykle ważne wnioski dla dalszego rozwoju zdrowia publicznego, a mianowicie: potrzebę stanowczej zmiany w sposobie podejścia do spraw zdrowia i jego uwarunkowań; konieczność uznawania jednostkowych zachowań i stylu życia jako podstawo-

---

<sup>21</sup> A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 10.

<sup>22</sup> D. Wanless (2004), *Securing Good Health for the Whole Population*, Final Report, s. 26.

<sup>23</sup> K. Tatara, *Philosophy of public health: lessons from its history in England*, „Journal of Public Health Medicine” 2002, nr 24(1), s. 11–15.

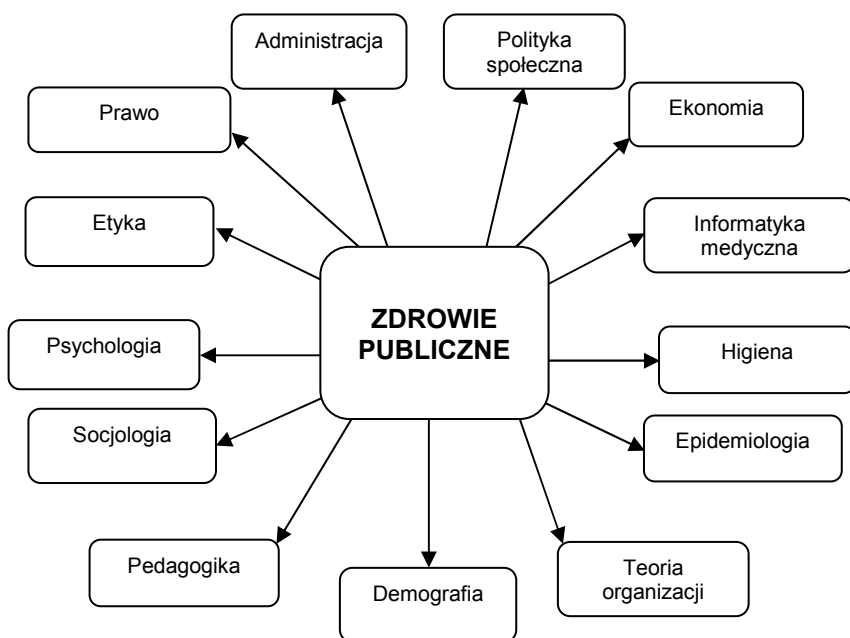
<sup>24</sup> J. Nosko (2005), *Zachowania zdrowotne...*, op.cit., s. 259–260.

<sup>25</sup> A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia...*, op.cit., s. 8.

wych źródeł chorób i śmierci; bezsporną wagę współpracy międzysektorowej na rzecz ochrony zdrowia; nieprzypisywanie edukacji zdrowotnej głównej roli w procesie ochrony zdrowia; potrzebę, a wręcz konieczność ogromnego wsparcia istniejących wysiłków służących poprawie stanu zdrowia<sup>26</sup>.

W praktyce zdrowie publiczne oznacza zespół działań nastawionych na pokonywanie problemów zdrowotnych zbiorowości, co w konsekwencji powinno doprowadzić do jego poprawy. Wiedzę zdrowia publicznego wykorzystuje się do budowania programów i strategii zdrowotnych, a związek jego z innymi dyscyplinami naukowymi jest ogromny, co przedstawia schemat 1.1.

**Schemat 1.1.** Niektóre dyscypliny nauki a zdrowie publiczne



Źródło: S. Paździoch, A. Ryś, *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1996, s. 47.

Zdaniem L. Kulmatyckiego wiadomo, że etiologia chorób współczesnej cywilizacji ma charakter wieloczynnikowy. Nie sposób wskazać tylko na jeden aspekt funkcjonowania i samopoczucia człowieka i mówić o zdrowiu czy chorobie. Zdrowie znacznie wychodzi poza obręb medycyny i coraz więcej innych

<sup>26</sup> B. Bik, L. Przewoźniak, A. Henzel-Korzeniowska, K. Szczercińska, *Wybrane zagadnienia promocji zdrowia*. Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1996, s. 207–209.

sektorów życia publicznego włącza się w szeroko pojętą ochronę zdrowia i profilaktykę chorób<sup>27</sup>.

Szeroko definiowane zadania zdrowia publicznego oraz jego rola w umacnianiu zdrowia społeczeństwa, jak wskazuje A. Wojtczak<sup>28</sup>, coraz częściej znajdują wyraz w kształtowaniu polityki zdrowotnej państwa. Rodzi to wiele kontrowersji. Po pierwsze, dotyczą one proporcji podziału środków przeznaczanych na realizację zadań medycyny naprawczej oraz zdrowia publicznego. Kontrowersje budzi także kwestia współdziałania w zakresie zdrowia publicznego i medycyny. Wśród polityków zdrowotnych, epidemiologów, promotorów zdrowia, ale także wśród lekarzy, spotkać można zwolenników pełnego oddzielenia działań na rzecz zdrowia publicznego od medycyny naprawczej, obawiających się jej dominacji, ale także zwolenników bliskiego współdziałania. W opinii A. Wojtczaka właściwą odpowiedzią jest zachowanie „aliansu” między programem zdrowia publicznego a medycyną, bo chociaż zdrowie publiczne nie obejmuje swym zakresem świadczeń medycznych, jednak konieczne jest tu pełne współdziałanie, np. w zakresie szczepień ochronnych czy w badaniach przesiewowych. Ponadto liczne działania na rzecz zdrowia publicznego mają charakter indywidualnych świadczeń medycznych, jak np. leczenie i wykrywanie chorób zakaźnych czy uzależnień. I choć są to działania na rzecz indywidualnych pacjentów, to mają istotne znaczenie dla zdrowia ogółu społeczeństwa.

Konsekwencją szerokiego definiowania zdrowia, na co wskazano we wcześniejszej części rozdziału, jest nadawanie równie szerokiego znaczenia ochronie zdrowia.

Pojęciem ochrona zdrowia, w szerokim znaczeniu, określa się wszelkie działania, które są bezpośrednio lub pośrednio związane z zapobieganiem chorobom, utrzymaniem i poprawianiem stanu zdrowia. Obejmuje ono nie tylko formalne działania, prowadzone przy wykorzystaniu odpowiednich zasobów rzeczowych i ludzkich oraz norm prawnych (np. szczepienia, leczenie szpitalne, ambulatoryjne), ale także inne czynności prewencyjne (np. właściwa dieta)<sup>29</sup>. W węższym znaczeniu pojęcie ochrony zdrowia odnosi się do funkcji, jakie spełnia odpowiedni podsystem infrastruktury społecznej, który przez świadczenie odpowiednich usług (profilaktycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, opiekuńczo-leczniczych) zaspokaja potrzeby społeczne<sup>30</sup>. W literaturze, w tak rozumianym węższym ujęciu, ochrona zdrowia określana jest jako opieka zdrowotna lub zgodnie z terminologią anglojęzyczną – służba zdrowia. J. Sobiech pojęcie to precyzuje jako

<sup>27</sup> L. Kulmatycki, *Ochrona i promocja zdrowia*, <http://www.eko.org.pl/wroclaw/pdf/zdrowie.pdf>.

<sup>28</sup> A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia...*, op.cit., s. 17–20.

<sup>29</sup> L.G. Pol, R.K. Thomas, *The Demography of Health and Health Care*, Plenum Press, New York 1992, s. 25.

<sup>30</sup> A. Baran, *Finanse w ochronie zdrowia*, [w:] *Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia*, J. Hryniewicz (red.), Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2001, s. 73.

działalność *sui generis* gospodarczą, w ramach której, w oparciu o ograniczone środki (rzeczowe i pracy), zmierza się do zaspokojenia specyficznych potrzeb człowieka, jakimi są potrzeby zdrowotne<sup>31</sup>.

Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego ludzi, co jest głównym celem systemu ochrony zdrowia<sup>32</sup>, dokonuje się przez zaspokojenie indywidualnych potrzeb medycznych, ale także poprzez działania mające na celu zapewnienie odpowiednich warunków życia, pracy, odżywiania, wypoczynku i innych aspektów życia, które zapobiegają lub zmniejszają ryzyko utraty zdrowia. Wyodrębnić więc można indywidualną opiekę medyczną oraz działania na rzecz zdrowia publicznego o charakterze wielosektorowym, obejmujące całą populację. Te dwa podsystemy wzajemnie się uzupełniają. W pracy przyjęto, zgodnie z poglądami prezentowanymi przez A. Wojtczaka, że zdrowie publiczne jest częścią szeroko rozumianej ochrony zdrowia, ukierunkowaną na zdrowie zbiorowości, obok opieki medycznej, której celem jest zapewnienie lub przywracanie zdrowia jednostkom.

Podsumowując rozważania podjęte w tej części pracy, należy podkreślić, że paradygmat społeczno-socjologiczny jest modelem służącym przede wszystkim konceptualizacji działań promocji zdrowia. Jak pisze M. Synowiec-Piłat<sup>33</sup>, ma on niewątpliwie charakter holistyczny, eksponuje bowiem fakt zależności stanu zdrowia jednostki od czynników biologicznych, przyrodniczych, psychicznych, kulturowych oraz społecznych. Można go też uznać za model dynamiczny, podkreśla się w nim bowiem wpływ jednostki na stan zdrowia poprzez modyfikację poszczególnych czynników wpływających na zdrowie. Jednak nie można pominąć faktu istnienia, wśród różnorodnych determinant zdrowia, opieki medycznej. We wspomnianej „koncepcji pól zdrowia” M. Lalonda opieka medyczna nie jest czynnikiem najsilniej wpływającym na stan zdrowia, to jednak przypisuje się jej od 10–do 20%.

Z chorobami nowotworowymi, chorobami serca i innymi chorobami przewlekłymi mają do czynienia wszystkie kraje. Są to choroby w dużej mierze uwarunkowane czynnikami środowiskowymi czy stylem życia. Tak więc wyzwania, przed jakimi staje zdrowie publiczne, a tym samym szeroko pojęta ochrona zdrowia, są podobne, także konieczność zdecydowanych działań w sferze działań zdrowia publicznego jest wspólna. Istnieją jednak różne podejścia do sposobu świadczenia opieki medycznej, a ich szczególny charakter obejmuje wzajemne relacje opieki prywatnej i publicznej oraz metody jej finansowania, czy to z opłat bezpośrednich, czy z ubezpieczenia, czy też z podatków. Uwarunkowa-

---

<sup>31</sup> J. Sobiech, *Warunki wyboru ekonomiczno-finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną*, Zeszyty Naukowe AE Poznań 1990, s. 10.

<sup>32</sup> Definicje, zakres i cele systemu ochrony zdrowia są przedmiotem rozważań w dalszej części pracy.

<sup>33</sup> M. Synowiec-Piłat, *Promocja zdrowia i profilaktyka onkologiczna...*, op.cit., s. 38.

nia polityczne i gospodarcze także nie pozostają tutaj bez wpływów. To wszystko wraz z uwarunkowaniem rozwoju polityki zdrowia publicznego oznacza, że poszczególne krajowe rozwiązania mogą charakteryzować się różnymi strukturami organizacyjnymi ochrony zdrowia, uwzględniającymi w różnym stopniu działania o charakterze promocyjnym i profilaktycznym.

Od wieków ludzie próbowali różnymi sposobami uchronić się przed chorobami. Strach przed nieznanymi lub nieuleczalnymi chorobami stawał się motorem napędowym w podejmowaniu działań mających na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania zdrowej części populacji. W przeszłości działania podejmowane były instynktownie, poparte doświadczeniami poprzednich pokoleń i osiągnięciami ówczesnej medycyny<sup>34</sup>.

**Profilaktyka (prewencja)**<sup>35</sup> jest terminem obecnie często przywoływanym i choć nie jest domeną medycyny i dotyczyć może wszystkich dziedzin życia, to szczególnie w obszarze ochrony zdrowia istnieje wokół niego sporo nieporozumień. Jednym z nich jest zamienne traktowanie profilaktyki chorób (*disease prevention*) i promocji zdrowia (*health promotion*). Wynika to z faktu nakładania się aktywności w obu tych obszarach i pojawiającej się kwestii: czy promocja zdrowia jest częścią profilaktyki, czy odwrotnie – to profilaktyka jest częścią promocji zdrowia? Odpowiedzi na to pytanie wcale nie muszą być jednoznaczne.

Decydujące znaczenie dla określenia istoty profilaktyki i promocji zdrowia oraz relacji między nimi ma dokonująca się zmiana, omówionych we wcześniejszej części rozdziału, paradygmatów (modeli) zdrowia i choroby.

Promocja zdrowia jest procesem umożliwiającym ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę<sup>36</sup>. Według innej definicji określa się ją jako sztukę interwencji w systemy społeczne i zachęcanie ich, aby rozwijały się w kierunku zdrowych środowisk<sup>37</sup>. Natomiast przez profilaktykę chorób należy rozumieć wszelkie działania mające na celu zapobieganie chorobom poprzez eliminowanie czynników ryzyka i źródeł choroby<sup>38</sup>. Punktem wyjścia promocji jest więc zdrowie, a w przypadku profilaktyki choroba.

<sup>34</sup> Działania ograniczające choroby znane były już w starożytności. Np. w piramidach odnalezionych zostały zapisane na papirusach zasady profilaktyki, do których zaliczyć można stwierdzenia, że: kontakt z osobą chorą może spowodować podobne schorzenie lub częste kąpiele podtrzymują zdrowie. W starożytnej Grecji m.in. Hipokrates doradzał wiele działań zabezpieczających przed chorobą. Po upadku cywilizacji greckiej profilaktyka na wiele wieków została zapomniana. Wznowienie zachowań profilaktycznych nastąpiło w okresie renesansu. *Sanologia. Nauka o zdrowiu społeczeństwa.*, pod. red. L. Jabłońskiego, Wyższa Szkoła Rozwoju Lokalnego w Żyrardowie, Warszawa 1998, s. 100–102.

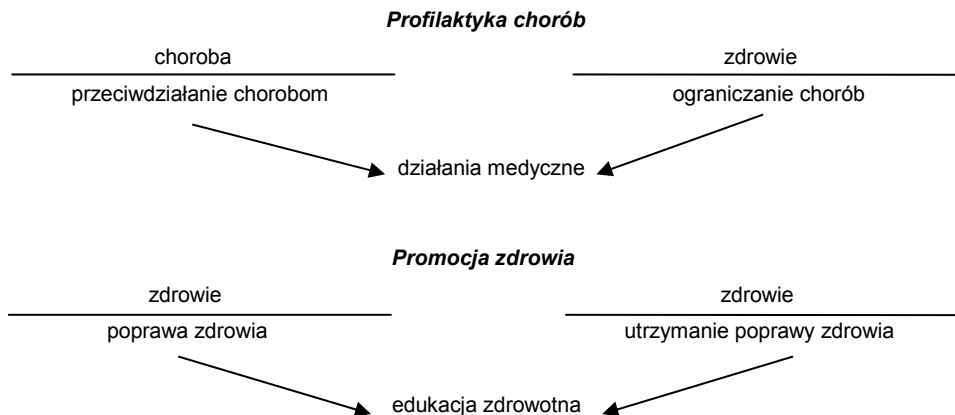
<sup>35</sup> Profilaktyka – prewencja to pojęcia stosowane zamiennie.

<sup>36</sup> First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.

<sup>37</sup> R. Grossmann, K. Scala, *Health Promotion and Organizational Development*, WHO/EURO, IFF, Vienne 1993.

<sup>38</sup> V. Korpowicz, *Promocja zdrowia...*, op.cit., s. 113.



**Schemat 1.2.** Profilaktyka chorób a promocja zdrowia

Źródło: V. Korpowicz, *Promocja zdrowia. Kształtowanie przyszłości*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2008, s. 116.

W praktyce rozgraniczenie promocji zdrowia od profilaktyki chorób jest trudne. Granice między działaniami obu obszarów są płynne, niekiedy obie te aktywności nakładają się i mają punkty wspólne. Przykładem mogą być szczepienia ochronne. Z punktu widzenia promocji traktowane są jako działania na rzecz wzmocnienia mechanizmów obronnych organizmu, a rozpatrywane z punktu widzenia zapobiegania chorobom – jako przeciwdziałanie ich wystąpieniu.

Profilaktyka (prewencja, zapobieganie; gr. *phylax* – stróż) to wszystkie działania podejmowane w celu zapobiegania pojawieniu się i/lub rozwojowi niepożądanych zachowań, stanów lub zjawisk w danej populacji<sup>39</sup>. Ich istotą jest przeciwdziałanie zagrożeniom, w tym także chorobom, których wystąpienie lub nasilenie w przyszłości jest prawdopodobne. Działania profilaktyczne mają zmniejszyć prawdopodobieństwo zagrożeń i służą utrzymaniu stanu dotychczasowego. Zauważmy jednak, że według definicji ogłoszonej przez WHO, zdrowie to całkowity fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, a nie tylko brak choroby lub niedomagania. W szerszym ujęciu „profilaktyka to proces, który wspiera człowieka w prawidłowym rozwoju i zdrowym życiu”. Jest także jednym ze sposobów reagowania na rozmaite zjawiska społeczne, które oceniane są jako szkodliwe i niepożądane. Ocena skłania do traktowania takich zjawisk w kategoriach zagrożeń i podejmowania wysiłków w celu ich eliminacji lub choćby ograniczania. Powszechnie uważa się, że skuteczna profilaktyka jest optymalnym sposobem hamowania rozwoju lub ograniczania skali zjawisk uznanych za dolegliwe społecznie. Głównie z tego względu jest znacznie bar-

<sup>39</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2008, s. 127.

dziej opłacalna niż kosztowne działania zaradcze konieczne w sytuacji, gdy wzrasta skala niepożądanych zjawisk.

Tradycyjne badania biomedyczne z zakresu prewencji skupiają się na takich strategiach zapobiegania jak interwencje chirurgiczne i badania przesiewowe (*screening*). Jednak zastosowanie analiz uwzględniających koszty, w tym szczególnie efektywność kosztów, wymuszają uwzględnianie i innych działań, np. usuwanie azbestu z budynków. Dlatego też stosowane strategie prewencyjne mogą być klasyfikowane jako:

- Kliniczne – organizowane przez podmiot związany z opieką zdrowotną pacjentowi, często w warunkach szpitalnych.
- Behawioralne – wymagające indywidualnych zachowań, takich jak rzucenie palenia, zmiana diety itp.; pobudzane kampaniami skierowanymi do całej populacji lub działaniami przeprowadzanymi w warunkach szpitalnych.
- Środowiskowe – wdrażane na poziomie społeczeństw i wymagające małego wysiłku ze strony osoby indywidualnej, np. zakaz palenia w miejscach publicznych, wymóg stosowanie pasów bezpieczeństwa.
- Systemowe – związane ze zmianą dotychczasowych rozwiązań, np. ułatwienie dostępu do opieki zdrowotnej może wymagać zmian konstrukcji i finansowania całego systemu<sup>40</sup>.

Powyższy podział należy oddzielić od tradycyjnego podziału medycznego modeli prewencji opartego na stadiach choroby.

W odniesieniu do profilaktycznych działań medycznych tradycyjnie wyróżnia się ich trzy fazy (stopnie, poziomy)<sup>41</sup>:

- Profilaktyka I fazy (pierwszorzędowa, pierwotna) – dotyczy całej populacji (lub co najmniej znacznej jej części), obejmuje działania najwcześniejsze, których celem jest uprzedzenie choroby lub zmniejszenie ryzyka jej rozwoju. Ma szeroki zakres i obejmuje działania swoiste i nieswoiste. Działania swoiste to zapobieganie konkretnej chorobie, jak np. szczepienia ochronne, podawanie (suplementacja) witamin etc. Natomiast działania nieswoiste to zapobieganie wielu chorobom (np. racjonalne odżywianie, aktywność fizyczna etc.).
- Profilaktyka II fazy (drugorzędowa, wtórna) – ukierunkowana jest na określoną grupę populacji, ze zwiększonym zagrożeniem wystąpienia choroby, a więc osoby o podwyższonym lub wysokim ryzyku. Jej celem jest wczesne wykrycie objawów choroby i wczesne rozpoczęcie leczenia. Przede wszystkim polega na wykonywaniu badań profilaktycznych, takich jak: testy przesiewowe i profilaktyczne badania lekarskie dzieci i młodzieży, finansowane z budżetu lub innych środków publicznych (w Polsce NFZ); profilaktyczne

<sup>40</sup> C. Donaldson, K. Gerard (red.), *Economics of Health Care Financing*, Palgrave, New York 2005, s. 29–43.

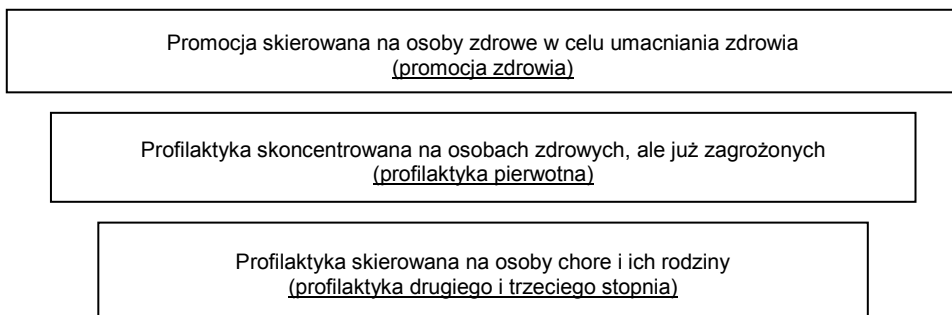
<sup>41</sup> Ibidem, s. 127–128.

badania lekarskie (a tym także laboratoryjne i rtg) różnych grup zawodowych, wykonywane przez lekarzy medycyny pracy (zgodnie z obowiązującymi przepisami) – ich koszty zwykle pokrywają pracodawcy; inne badania profilaktyczne u dorosłych w celu wczesnego wykrycia najczęstszych chorób (m.in. pomiar ciśnienia tętniczego, stężenie cholesterolu we krwi, badania cytologiczne, mammografia/usg piersi, etc.).

- Profilaktyka III fazy (zwana metafilaktyką – trzeciorzędowa, działania rehabilitacyjne, rewalidacyjne, reedukacyjne) – ukierunkowana na osoby przewlekłe chore lub niepełnosprawne. Jej celem jest zapobieganie dalszym, niepomyślnym skutkom chorób lub niepełnosprawności, w tym: przywrócenie (rehabilitacja) lub zastąpienie (np. przez zastosowanie protez) uszkodzonych funkcji; pomoc w radzeniu sobie z chorobą i w zaakceptowaniu swego stanu; przeciwdziałanie izolacji społecznej prowadzącej do wtórnego kalectwa czy też pomoc w utrzymaniu dobrej kondycji fizycznej i psychicznej (np. rozwijanie funkcji kompensujących niepełnosprawność, umiejętności samopielęgnacji, rozwijanie zainteresowań i umiejętności zwiększających szansę na aktywne i samodzielne uczestnictwo w życiu społecznym).

Trudności rozróżnienia promocji zdrowia i profilaktyki chorób pogłębiają się, gdy uwzględnimy fakt, że profilaktyka, jak wskazano wyżej, nie jest jednorodnym obszarem działań.

### **Schemat 1.3.** Zakres oddziaływania promocji zdrowia i profilaktyki chorób



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: J. Heszen-Niejodek, *Promocja zdrowia – próba systematyzacji z perspektywy psychologa*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” nr 5–6/1996.

Prezentowane tu stanowisko można podsumować następująco<sup>42</sup>:

- Włączanie promocji zdrowia w zakres profilaktyki zwykle wiąże się z umniejszaniem jej znaczenia. Promocja zdrowia w profilaktyce często sprowadzana jest jedynie do bardzo ograniczonego pola, które nawet w przybliżeniu nie oddaje jej wieloaspektowości. Wydaje się, że postępujący w ten sposób profi-

<sup>42</sup> M.J. Sochocki, *Profilaktyka czy promocja zdrowia?*, „Remedium” nr 7/8, 2004.

laktocy czasami nie zdają sobie sprawy ze znaczenia współczesnej, opartej na holistycznym paradygmacie, promocji zdrowia.

- W promocji zdrowia częste jest postrzeganie profilaktyki wyłącznie w kontekście biomedycznej koncepcji prewencji; również takie podejście prowadzi do niewłaściwego zawężenia perspektywy. Profilaktyka kształtowała się i nadal kształtuje nie tylko pod bezpośrednim wpływem medycyny, ale również poza jej obrębem. W ramach innych dyscyplin nauki wypracowano wiele, co najmniej równoważnych, sposobów rozumienia tego pojęcia (np. profilaktyka problemowa czy różne koncepcje psychoprofilaktyki).
- Daleko idąca zbieżność ujęć teoretycznych oraz stosowanych rozwiązań praktycznych sprawia, iż rozróżnienie pomiędzy promocją zdrowia a profilaktyką w wielu wypadkach traci klarowność. Nierzadko wspólny zakres jest na tyle duży, iż dystynkcja ta ma charakter wyłącznie formalny, stąd pojęcia te bywają niekiedy traktowane wymiennie.

Na każdym etapie działań profilaktycznych znaczącą rolę odgrywa edukacja zdrowotna – proces, w trakcie którego ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i innych osób. Koncentruje się ona na uświadamianiu związków między zdrowiem człowieka a jego stylem życia oraz środowiskiem fizycznym i społecznym. Edukacja zdrowotna obejmuje głównie działania informacyjne, których bezpośrednim celem jest ukształtowanie sprzyjających zdrowiu przekonań motywacji i umiejętności, a co za tym idzie, postaw zdrowotnych jednostki, które powinny prowadzić do realizacji zachowań służących zdrowiu. W edukacji, oprócz zagadnień szczegółowych, należy zwrócić uwagę na odkrycia wiedzy mające wpływ na kierunki działań w zdrowiu publicznym:

- Konstytucja genetyczna człowieka nie zmienia się na przestrzeni tysiącleci.
- Poprawa zdrowia obywateli wynika z poprawy warunków życia.
- Odkrycia nauk medycznych dotyczące etiologii oraz szerzenia się chorób zakaźnych i możliwościach zapobiegania im przez działania sanitarno-środowiskowe.
- Większości chorób niezakaźnych można zapobiec przez zmianę warunków życia i zachowania się – w tym przez dostrzeżenie czynników psychologicznych, np. że nie tyle okoliczności co nasz stosunek do nich odgrywa istotną rolę.

Ważną rolę w rozwoju promocji zdrowia, ale także profilaktyki chorób spełniały i nadal spełniają instytucje i organizacje międzynarodowe. Niewątpliwie najważniejszą rolę spełnia tu WHO. Spośród innych instytucji międzynarodowych, wytyczających kierunki działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, wskazać należy przede wszystkim na Unię Europejską. Członkostwo w UE zobowiązuje bowiem do realizacji programów zdrowotnych<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup> Wskazać tu należy na Traktat z Maastricht, a także na Traktat z Amsterdamu, w następstwie których kryteria wyboru priorytetów w programach polityki zdrowotnej obejmują przede wszystkim przeciwdziałanie schorzeniom powodującym wysoki poziom umieralności i chorobowości oraz odnoszą się do praktycznych aspektów wdrożenia masowych badań profilaktycznych.

Poszukując początków nadania działaniom profilaktycznym odpowiedniej rangi, należy wskazać na Pierwszą Międzynarodową Konferencję Promocji Zdrowia, która odbyła się w 1986 roku w Ottawie. I choć dotyczyła przede wszystkim działań w sferze promocji zdrowia, to jednak nie pominięto w niej zagadnień dotyczących profilaktyki. Określono podczas niej działania promocyjne w sferze zdrowia, takie jak:

- budowanie prozdrowotnej polityki społecznej,
- tworzenia środowisk sprzyjających zdrowiu,
- wzmacnianie działań zbiorowych,
- rozwijanie umiejętności indywidualnych,
- reorientacja służby zdrowia.

Reorientacja ta powinna iść w kierunku profilaktyki i docenienia szerszego spektrum metod – podejścia holistycznego.

Zainteresowanie Unii Europejskiej sprawami zdrowia rosło stopniowo. W traktatach z Maastricht i Amsterdamu ranga problemów związanych ze zdrowiem społeczeństw była coraz wyższa. Należy podkreślić, że polityka Unii pozostawiała i nadal pozostawia sprawy szczegółowe dotyczące ochrony zdrowia państwom członkowskim, natomiast w zakresie ogólnych elementów zdrowia publicznego przyjmowane są w kolejnych latach decyzje kształtujące politykę zdrowotną. W lipcu 2004 roku Komisarz Unii Europejskiej ds. Zdrowia i Ochrony Konsumenta D. Byrne podkreślił, jak ważne jest dla krajów członkowskich podejmowanie działań w zakresie poprawy stanu zdrowia, wielokrotnie wskazując na kwestie związane z profilaktyką i promocję zdrowia. Stąd pod koniec 2004 roku rozpoczęto w Polsce prace nad nową strategią ochrony zdrowia, która będzie częścią Narodowego Planu Rozwoju i wynikającego z zobowiązań, które były podjęte przez kraje członkowskie UE na konferencji w Lizbonie. W zakresie ochrony zdrowia wyznaczono wstępnie nowe kierunki polityki zdrowotnej, których celem nadrzędnym jest poprawa stanu zdrowia społeczeństwa polskiego w stopniu zmniejszającym dystans istniejący między Polską i średnim poziomem stanu zdrowia w Unii Europejskiej (przed przystąpieniem Polski do UE). Cele pośrednie i operacyjne tej strategii nakierowane są na takie dziedziny, jak:

- profilaktyka, promocja i edukacja zdrowotna,
- ratownictwo medyczne,
- lecznictwo,
- opieka zdrowotna: opieka nad matką i dzieckiem, opieka nad osobami w podeszłym wieku<sup>44</sup>.

Wskazanie na profilaktykę w celach strategii jest istotne i skutkować powinno zwiększeniem nakładów na działania profilaktyczne. Tymczasem od lat w Polsce

---

<sup>44</sup> *Monitoring oczekiwanych efektów realizacji Narodowego Programu Zdrowia 1996–2005. Suplement*, P. Goryński, B. Wojtyniak, K. Kuszewski (red.), Ministerstwo Zdrowia, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2005, s. 317.