

Nierówności społeczne w dostępie do zdrowia

Social inequalities in health care availability

TADEUSZ KACZMAREK^{1/}, JERZY T. MARCINKOWSKI^{2/}, MONIKA ZYSNARSKA^{3/}, TOMASZ MAKSYMILUK^{3/}, ALEKSANDRA MAJEWICZ^{4/}

^{1/} Zakład Ubezpieczeń Społecznych – Oddział w Pile

^{2/} Zakład Higieny, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

^{3/} Zakład Zdrowia Publicznego, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

^{4/} Przychodnia Zespołu Lekarza Rodzinnego „Amica” w Zbąszyniu

Nierówność społeczna najczęściej wiąże się z pewnego rodzaju kategoryzacją i klasyfikacją oraz wyznacza człowiekowi określone pozycje na „skali możliwości społecznych”. Cechą charakterystyczną tego zjawiska jest jego przenoszenie z jednej sfery funkcjonowania do innej.

Szczególnie istotnym zagadnieniem jest nierówność społeczna w obliczu choroby i śmierci. Zdrowie jako podstawowe prawo jednostki ludzkiej, wartość oraz bogactwo całego społeczeństwa jest podstawowym warunkiem tworzenia dobra – zarówno w aspekcie materialnym jak i kulturowym. Redukcja nierówności w tym zakresie powinna bezspornie znaleźć się zatem w centrum polskiej polityki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: nierówność społeczna, polityka zdrowotna, choroba, śmierć

Social inequality is, most frequently, associated with certain categorisation and classification; an individual is thus set against the background of a “scale of social potential”. A specific feature of this phenomenon is its ability to move from one sphere of functioning to another.

Social inequality in the face of disease and death is particularly important here. Health, as the fundamental right of the individual, the value and wealth of the whole society constitutes the principal condition of creating common good, both in the material and the cultural aspect. Reduction of inequality in the above-mentioned areas should therefore become the heart of the Polish health policy.

Key words: social inequality, health policy, disease, death

© Probl Hig Epidemiol 2007, 88(3): 259-266

www.phie.pl

Nadesłano: 12.07.2007

Zakwalifikowano do druku: 29.09.2007

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Dr med. Tadeusz Kaczmarek

Zakład Ubezpieczeń Społecznych – Oddział w Pile, 64-920 Piła
ul. Drygasa 28, e-mail: nostromo1947@wp.pl

„Prima pars est aequitatis aequitatis”

(Najpierwsza odmiana sprawiedliwości to równość)

Seneka, *Listy moralne* 30, 11

Społeczne nierówności w obliczu choroby i śmierci są jednym z najbardziej drażliwych problemów, związanych z nierównością społeczną. Nierówności społeczne – najogólniej rzecz ujmując – oznaczają nierówny podział w społeczeństwie dóbr materialnych a także niematerialnych. Nierówności społeczne same w sobie nie są czymś negatywnym, problemy pojawiają się dopiero wówczas, gdy prowadzą one do – na przykład ekonomicznej – kategoryzacji i klasyfikacji, kiedy różnice te wyznaczają określone pozycje na „skali wartości” czy „skali możliwości” społecznych. Nierówności społeczne towarzyszą ludzким zbiorowościom od zarania dziejów, choć różny był sposób ich postrzegania, interpretacji oraz ich skutków społecznych [1, 2, 3, 4].

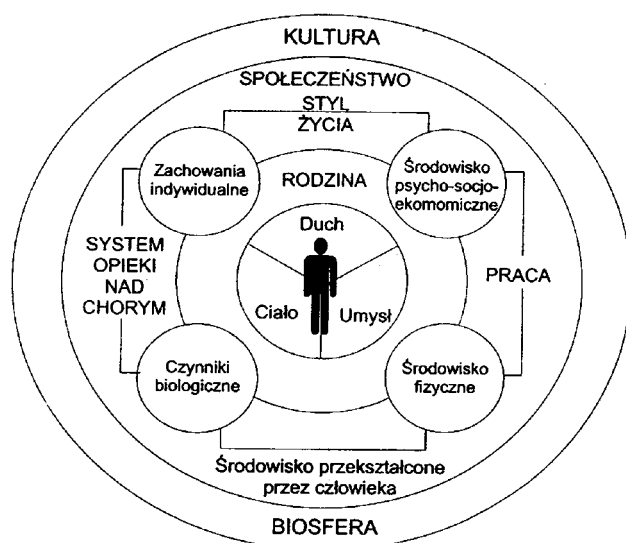
Wyróżnia się 3 podstawowe rodzaje nierówności: polityczną, ekonomiczną oraz społeczną. Róż-

nicowanie społeczne może wynikać i być skutkiem różnego rodzaju uwarunkowań, często występujących równocześnie, takich jak: cechy biologiczno-fizyczne i psychiczne danej jednostki, uwarunkowania demograficzne, ekonomiczne, polityczne i prawne. Nierówność społeczna najczęściej występuje w sferze prawnej i materialnej (oznacza wówczas różne dochody, odmienne warunki mieszkaniowe, różne szanse awansu społecznego i kulturalnego). Konsekwencje nierówności społecznej wyrażają się w uczestnictwie (lub absencji) w życiu społecznym, kulturalnym, politycznym, w różnych sposobach spędzania czasu wolnego i wypoczynku, w tym także w odmiennych możliwościach korzystania z „dostępu do zdrowia”, w tym zwłaszcza w możliwości korzystania z opieki zdrowotnej. Cechą charakterystyczną zjawiska nierówności społecznej jest to, że doznawanie nierówności szybko przenosi się z jednej sfery funkcjonowania społecznego do innej – nierówność społeczna rzutuje na wszelkie przejawy życia osobistego i społecznego ludzi, chociaż może wywołać się u danego człowieka z jednego źródła, np. sta-

tusu ekonomicznego, niedostatecznego wykształcenia lub stanu zdrowia [1].

Spółeczne nierówności w obliczu choroby i śmierci są jednym z najbardziej drażliwych problemów związanych z nierównością społeczną.

Definicja zdrowia zawarta w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) podkreśla, że zdrowie nie może być rozpatrywane jedynie w kategoriach choroby lub inwalidztwa, ale jako całościowy stan fizycznego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia (*Constitution of the World Health Organization Conference, New York 19-22 June 1946*). Współcześnie zdrowie jest rozumiane jako dobra jakość życia. Według M. Lalonda na zdrowie oddziałują cztery główne grupy czynników: styl życia, czynniki biologiczne, środowisko fizyczne oraz organizacja opieki zdrowotnej (ryc. 1).



Ryc. 1. Mandala zdrowia – model ekosystemu człowieka [5]

Fig. 1. The mandala of health – the model of human ecosystem [5]

W ostatnich latach coraz częściej podkreśla się, że głównymi determinantami stylu życia, zdrowia i chorób są warunki społeczno-ekonomiczne, a największym zagrożeniem dla zdrowia jest ubóstwo i niski poziom wykształcenia ludności [6].

Redukowanie skutków ubóstwa i nierówności społecznej powinno znaleźć się w centrum polityki zdrowotnej każdego państwa – stąd dążenie do równości w zdrowiu jest jednym z najważniejszych zadań ujętych w strategii WHO.

Realizacja tych postulatów jest szczególnie trudna w okresie rozwoju gospodarki rynkowej, która w swym początkowym okresie zwykle powoduje znaczne rozwarstwienie społeczeństwa. Wymaga to większej troski i zaangażowania wszystkich podmiotów tworzących i realizujących politykę społeczną i zdrowotną, bowiem przemiany ekonomiczne i spo-

łeczne, w tym także problemy związane z bezrobociem i wykluczeniem społecznym, powodują niespotykane dotąd różnice w stanie zdrowia, zarówno w wymiarze terytorialnym jak i poszczególnych grup społecznych. Jedną z przyczyn takiego stanu jest stratyfikacja dochodów i wynikająca z tego inna struktura celów i możliwości inwestowania w zdrowie.

W marcu 2000 r. w Lizbonie przywódcy państw Unii Europejskiej (UE), zobowiązali się do wprowadzenia w życie dziesięcioletniej strategii gospodarczej i społecznej odnowy, opartej na wzmocnieniu europejskiego modelu społecznego poprzez połączenie wzrostu gospodarczego ze spójnością społeczną. Intencją tej inicjatywy jest przyjęcie w krajach członkowskich UE modelu zrównoważonego stosunku polityki gospodarczej względem polityki społecznej – bowiem idea „Europejskiego Modelu Społecznego”, przyjęta w Deklaracji Lizbońskiej, zakłada brak sprzeczności między postępem gospodarczym i społecznym; a skuteczna polityka społeczna (w tym również obejmująca ochronę środowiska naturalnego), jest warunkiem koniecznym dla zrównoważonego rozwoju społeczno-ekonomicznego. Polityka społeczna musi dążyć do eliminacji wykluczenia społecznego i zwalczać dyskryminację poprzez redystrybucję dochodów i gwarantowanie powszechnego dostępu do usług publicznych, w tym także do opieki zdrowotnej. W dokumencie tym akcentuje się, że polityka społeczna musi również promować sprawiedliwość społeczną, możliwość ustawicznego kształcenia oraz równe prawa do ochrony zdrowia. Podkreśla się, że działania te są szczególnie niezbędne w nowych państwach członkowskich UE, w celu zapewnienia ich obywatelom możliwości korzystania z ochrony socjalnej na podobnym poziomie jak w piętnastu starszych państwach członkowskich. Realizacja tego celu powinna uwzględnić przede wszystkim inną alokację środków na cele społeczne i zdrowotne tak, aby wspierać najsłabsze grupy społeczne. Wskazuje się, że zadania te powinny być również celem jednostek samorządu terytorialnego wszystkich szczebli i organizacji pozarządowych, bowiem zdrowie w nowoczesnych społeczeństwach spostrzegane jest jako kapitał i najlepsza inwestycja [6].

Poszczególne kraje UE podejmują wiele różnych inicjatyw na szczeblu państwowym i samorządowym, aby zmniejszać przejawy nierówności społecznej i zapobiegać degradacji społecznej. Nierówność społeczna nie jest bowiem bezpośrednim skutkiem określonego dochodu narodowego w danym państwie, lecz wynikiem ustalonego w nim podziału dochodu narodowego i stosowanej polityki społecznej [1]. Dokonująca się w Polsce transformacja ustrojowa (zapoczątkowana w 1989 r.) i zmiany, jakie w związku z nią zaszły, wymusiły również przeobrażenia w sfer-

rze usług medycznych. Niewątpliwie przyczyniła się do tego reforma systemu opieki zdrowotnej, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 1999 r. Głównym celem zmian wprowadzanych w systemie opieki zdrowotnej było uruchomienie mechanizmów rynkowych, które miały zrationalizować wykorzystanie środków publicznych w celu poprawy poziomu i dostępności świadczeń medycznych. Zapewnienie powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych, z zachowaniem równych praw, co do zakresu i jakości opieki dla wszystkich uprawnionych, było jednym z czterech celów strategicznych uwzględnionych w Strategii dla Zdrowia [1].

Dostęp do usług medycznych na danym obszarze jest jednym z mierników oszacowania jakości życia i zapewnienia zaspokojenia podstawowych potrzeb ludności. Jest również podstawowym elementem oceny funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej lub też jego fragmentu. Dostęp do świadczeń zdrowotnych to wskaźnik (określany w kategoriach rodzaju, ilości i miejsca), udostępnianych zasobów oraz usług opieki zdrowotnej w stosunku do potrzeb danej osoby lub społeczności. Dostęp do świadczeń wiąże się z pięcioma znaczeniami [7]:

1. Osiągalność, czyli relacja między wielkością i strukturą zasobów znajdujących się do dyspozycji systemu a wielkością i strukturą potrzeb zdrowotnych określonej populacji. Miernikiem tego aspektu dostępności jest liczba pracowników medycznych określonych kategorii, jednostek infrastruktury (łóżek szpitalnych) przypadającą na daną liczbę ludności.

2. Dostępność przestrzenna – relacja między przestrzenną dystrybucją zasobów a terytorialnym rozmieszczeniem osób, które mają korzystać ze świadczeń. Podstawą oceny tego aspektu jest odległość między miejscem realizacji usługi a miejscem zamieszkania oraz warunki komunikacyjne, łatwość korzystania ze środków transportu, koszt pokonania odległości.

3. Dostępność organizacyjna – stopień dostosowania organizacyjnych warunków udostępniania świadczeń i praktycznych możliwości korzystania przez pacjentów ze stosowanych rozwiązań. Warunki, o których tu mowa, to czas pracy placówki jak i poszczególnych jej pracowników, zasady rejestracji i ustalania wizyt, możliwość kontaktu telefonicznego i zakres udzielanej w ten sposób pomocy.

4. Dostępność kosztowa – rozpatrywana na poziomie makro i mikro. W skali makro dotyczy zasad przyznawania uprawnień do korzystania ze świadczeń. Na poziomie mikro jest to postrzegana przez pacjenta jego zdolność do poniesienia kosztu związanego z korzystaniem z określonego świadczenia medycznego.

5. Akceptowalność – czyli relacja między oczekiwaniami pacjenta dotyczącymi technicznych, psychologicznych i kulturowych aspektów zaspokajania potrzeb, a stopniem spełnienia tych oczekiwań.

Założenia reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce określały, że świadczenia zdrowotne mają być udzielane ubezpieczonym w ramach środków posiadanych przez Kasy Chorych i jednocześnie powinny odpowiadać aktualnej wiedzy i praktyce medycznej oraz nie powinny przekraczać granic koniecznej potrzeby. Miało to ograniczać eskalację wydatków na opiekę zdrowotną, a jednocześnie zapewnić ubezpieczonym równy dostęp do świadczeń zdrowotnych.

Już w XVIII wieku *Jean-Jacques Rousseau*, propagując idee egalitaryzmu społecznego, odróżnił dwa rodzaje nierówności między ludźmi: nierówności warunkowane naturą, wynikające np. z różnego wieku, stanu zdrowia, sił fizycznych czy cech osobowościowych, oraz nierówności „moralne” czy „polityczne”. Te drugie, wskazywał, tworzone są przez ludzi i są przez nich utrwalane, bądź też znoszone. *Rousseau* określał te różnice jako „naturalne”, jednak większość z nich – jak uważał – jest również społecznie determinowana, zależna od przynależności do określonego środowiska społecznego. To właśnie ta – jak to określał – społeczna predeterminacja, w sposób znaczący przyczynia się do utrzymania nierówności społecznych [8].

Spółeczne nierówności wobec zdrowia można ująć w 2 kategoriach przyczyn [1, 2, 3, 6, 7]:

- **niezależnych od jednostki** (uwarunkowanych socjoekonomicznie), do których zaliczyć można:
 - określone cechy genetyczne (typ konstytucjonalny), warunkujące podatność na występowanie określonych schorzeń
 - określoną predeterminację społeczną, wynikająca lub uzależnioną od:
 - miejsca urodzenia (w jakim kraju, z jakimi zasobami bogactw naturalnych i o jakich warunkach klimatycznych, na jakim poziomie rozwoju cywilizacyjnego i o jakim ustroju społeczno-politycznym)
 - pochodzenia społecznego (z określonej warstwy lub klasy społecznej, poziomu zamożności materialnej, praw politycznych i obywatelskich, przynależności religijnej etc.)
 - możliwości edukacji i awansu zawodowego i społecznego, zależne od obowiązującego w danym kraju porządku ekonomiczno-społeczno-politycznego oraz funkcjonującego systemu edukacji
 - sytuacji panującej na rynku pracy w danym kraju
 - funkcjonującego systemu polityki społecznej i ubezpieczeń społecznych, w tym zabezpieczenia socjalnego, oraz

- funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej wraz z obowiązującym w danym kraju systemem ubezpieczeń zdrowotnych
- **zależnych od jednostki** nierówności wobec zdrowia (zależnych od jednostki zachowań nie-sprzyjających zdrowiu), będących skutkiem:
 - niewłaściwego stylu życia (stylu życia nie-prozdrowotnego) w tym nałogów zagrażających zdrowiu i zwiększających ryzyko wystąpienia określonych schorzeń
 - brak należytej dbałości i troski o własne zdrowie poprzez zaniedbywanie określonych zabiegów profilaktycznych (np. szczepienia ochronne) oraz badań profilaktycznych (np. programy profilaktyki różnych chorób nowotworowych)
 - lekceważenie wczesnych objawów różnych schorzeń, w tym nowotworowych, zbyt późne zgłaszanie się na badania lekarskie w przypadku wystąpienia niepokojących objawów dotyczących stanu zdrowia
 - nie stosowanie się do zaleceń lekarskich odnośnie proponowanego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego
 - brak należytej dbałości o zachowanie bezpiecznych warunków wykonywania pracy, unikania wypadków w pracy i poza miejscem zatrudnienia (np. wypadki drogowe) oraz właściwych warunków zamieszkania, odpoczynku i rekreacji.

Tak więc zarówno od stopnia świadomości zdrowotnej, jaki i pozycji oraz aktywności ekonomicznej a także życiowej zaradności określonej osoby zależy to, czy zechce ona wpływać na zależne od danej jednostki społeczne nierówności wobec zdrowia i modyfikować je, z korzyścią nie tylko dla siebie i własnej rodziny, ale także z określonymi korzyściami dla całego społeczeństwa.

Według WHO, jeśli nakłady na ochronę zdrowia w danym kraju wynoszą poniżej 5% produktu krajowego brutto (PKB), nie jest realizowana powszechna dostępność do usług medycznych; tymczasem w 1999 r. nakłady te w Polsce wynosiły tylko około 4% PKB [9]. Polska wchodziła w okres przemian ustrojowych w szczególnie trudnej sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. U progu lat 90. wskaźniki stanu zdrowia ludności były zdecydowanie niekorzystne w porównaniu do rozwiniętych krajów Europy.

Wszędzie rynek usług medycznych charakteryzuje się rosnącą nadwyżką popytu nad podażą, m.in. ze względu na proces starzenia się społeczeństw. Nawet w bogatych krajach o nieporównywalnie większych niż w Polsce nakładach na świadczenia medyczne limitowany jest dostęp do najnowocześniejszych technologii [10]. Wszelkie usługi ponadstandardowe wiążą się z dodatkowymi kosztami. Stąd też ustala się pewne *optimum* świadczeń zdrowotnych,

które musi określać nie tylko ich rodzaj, ale również określony poziom ich jakości oraz zakres dostępności do nich. Bezkrytyczne oferowanie niezdefiniowanego „najwyższego standardu” świadczeń medycznych rozbudza bowiem i zawyża oczekiwania społeczeństwa, a niemożność zrealizowania usług zgodnie z takimi standardami wywołuje jego frustrację i niezadowolenie. Należy podkreślić, że na dostępność do świadczeń zdrowotnych w skali całego systemu, poza limitowanymi środkami finansowymi, nakłada się jednak jeszcze dostępność organizacyjna, przestrzenna i jego akceptowalność przez pacjentów, kształtowana przez poszczególne placówki opieki zdrowotnej bądź organy założycielskie. Przenikające się wzajemnie wymiary dostępności do świadczeń medycznych stają się podstawą jej oceny, dokonywanej przez pacjentów, a równowaga popytu i podaży na rynku usług medycznych gwarantuje zadowalający dostęp do świadczeń [7].

W celu monitorowania wyrównywania nierówności w zdrowiu wprowadzono w Polsce – wzorem innych krajów europejskich – Kartę Praw Pacjenta, w której o prawach pacjenta mówi się w trzech głównych aspektach. Pierwszy dotyczy realizowania praw człowieka w przebiegu procesu leczenia, drugi wiąże się z przestrzeganiem praw obywatelskich i odpowiednim traktowaniem pacjenta (np. pacjent ma prawo do godności, poufności, prywatności, do informacji, do zachowania tajemnicy lekarskiej itp.). Jako trzeci obszar wymienia się ruch konsumencki w zakresie dotyczącym usług medycznych, co oznacza, że w przypadku błędów albo też zaniedbań lekarskich pacjent może dochodzić swoich praw przed sądem lekarskim, lub powszechnym. Ważnym problemem jest także sprawa braku dostępu do określonych świadczeń medycznych, który właśnie paradoksalnie nasilił się po wprowadzeniu reformy w 1999 r. [11].

A przecież pacjent wewnątrz systemu opieki zdrowotnej musi być traktowany podmiotowo i trzeba szanować jego godności człowieka. W katalogu praw pacjenta podkreśla się między innymi następujące prawa:

- pacjent ostatecznie decyduje o sposobie leczenia i procesie diagnozowania względem siebie samego a lekarz może tylko proponować różne możliwości
- pacjent ma prawo do informacji własnym stanie zdrowia
- pacjent ma prawo wolnego wyboru lekarza prowadzącego oraz placówki medycznej
- pacjent ma prawo znać nazwiska leczących go osób
- pacjent decyduje o wyrażeniu bądź nie zgody na pobranie jego organów do przeszczepu po śmierci
- pacjent ma prawo do zapewnienia mu dyskrecji (jeżeli dojdzie do naruszenia tego prawa może do-

magać się prowadzenia sprawy związanej z naruszeniem dóbr osobistych)

- pacjent ma prawo żądać zadośćuczynienia, gdy powstaną szkody zdrowotne w przebiegu procesu diagnostycznego i/lub leczniczego
- pacjent ma prawo do stałego kontaktu z rodziną, innymi bliskimi czy opiekunami
- pacjent ma prawo do godnych warunków umierania [12].

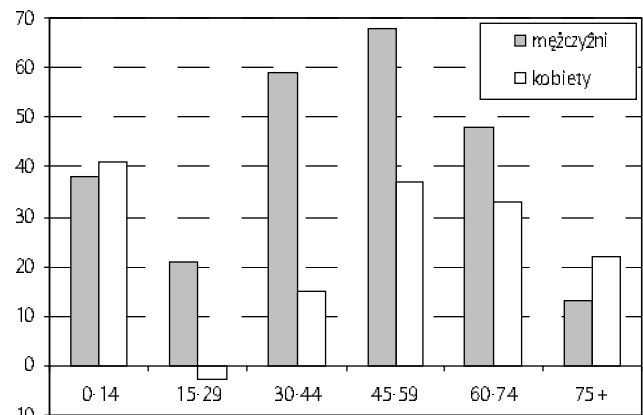
W krajach UE wprowadzono Karty Praw Pacjenta w celu poprawy jakości świadczeń medycznych, aby pacjenta podnieść do rangi pełnoprawnego partnera w procesie leczenia i diagnostyki, aby miał poczucie bezpieczeństwa, a także w celu wyznaczenia kompetencji, odpowiedzialności jak i uprawnień czy obowiązków dla dwóch stron pacjenta i pracownika służby zdrowia. Do rozpowszechnienia idei praw pacjenta przyczyniły się przede wszystkim Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) i jej agenda – WHO. Już w 1946 r. WHO najogólniejszą definicję zdrowotnych praw człowieka, w której mowa o tym, iż „dostęp do możliwie wysokiego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdego człowieka bez względu na rasę, przynależność polityczną, ekonomiczną i społeczne uwarunkowania”, co miało zapewnić równy dostęp do opieki medycznej wszystkim [13].

W rozważaniach dotyczących nierówności w dostępie do zdrowia (w tym zwłaszcza do świadczeń udzielanych przez system ochrony zdrowia), należy zwrócić także uwagę na fakt terytorialnego zróżnicowania natężenia występowania najczęstszych schorzeń (w tym tzw. chorób cywilizacyjnych), które zależne jest zarówno od lokalnych warunków środowiska naturalnego i statusu społeczno-ekonomicznego ludności na danym terenie, jak i jej poziomu kulturowego i świadomości zdrowotnej. Jeżeli sytuacji takiej nie towarzyszy proporcjonalna do sytuacji zdrowotnej na danym terenie infrastruktura medyczna oraz proporcjonalny do zapotrzebowania na określone świadczenia zdrowotne poziom kadry medycznej na danym terenie a także adekwatny do tych potrzeb algorytm finansowania świadczeń zdrowotnych, muszą występować – mimo obowiązujących w systemie ochrony zdrowia zasad równości w dostępie do niego – dość znaczne nawet regionalne dysproporcje w możliwości korzystania przez pacjentów z pewnych świadczeń.

Choroby układu krążenia stanowią najczęstszą przyczynę umieralności w wielu krajach, wręcz mówi się, że na całym świecie mamy do czynienia z pandemią chorób sercowo-naczyniowych. Do najczęstszych przyczyn zgonów na świecie zaliczono w 1996 r.: chorobę niedokrwienną serca (7,2 mln zgonów) oraz udary mózgu (4,6 mln zgonów) [14].

Również w Polsce choroby układu krążenia stanowią bardzo ważny problem – nie tylko zdrowotny ale i społeczno-ekonomiczny. Na podstawie przeprowadzonych w naszym kraju w 2001 r. badań stwierdzono, że choroby serca i naczyń stanowiły przyczynę około połowy wszystkich zgonów w Polsce (48%), a przedwczesna umieralność poniżej 65 roku życia należała do najwyższych w Europie – standaryzowane wskaźniki umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca i udarów mózgu były w Polsce od półtora do trzech razy wyższe niż w krajach „starej” UE [15, 16, 17].

Jak podaje Państwowy Zakład Higieny (PZH) na podstawie opracowanych danych za 2002 rok, uzyskanych z bazy WHO HFA (Biuro Regionalne w Kopenhadze) [18], stan zdrowia Polaków w porównaniu z innymi mieszkańcami z pozostałych 25 krajów UE jest nadal znacznie gorszy; również poziom umieralności jest wyższy w porównaniu do przeciętnego poziomu w krajach UE – praktycznie we wszystkich grupach wiekowych. Najgorszą sytuację obserwuje się wśród mężczyzn w wieku 30-59 lat i dzieci do 15. roku życia (ryzyko zgonu większe o 40% w stosunku do ich rówieśników żyjących w innym kraju UE), co ilustruje poniższa rycina (ryc. 2).



Ryc. 2. Nadwyżka umieralności (w procentach) w Polsce w odniesieniu do średniego poziomu w 25 krajach UE – wg płci i grup wiekowych w 2002 r. [15].

Fig. 2. Excess mortality (in per cent) in Poland, as related to the average level in the EU countries (25), by gender and age-group, in 2002 [15].

Jak podkreśla *Majewicz*, wielokrotnie w Polsce poszukiwano przyczyn tak wysokiej śmiertelności z powodu schorzeń sercowo-naczyniowych w naszym kraju. Stwierdzono, że za taki stan rzeczy może odpowiadać wiele czynników. Przede wszystkim podkreśla się zbyt małą wykrywalność chorób serca i naczyń, a także niedostateczną skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego, zaburzeń gospodarki węglowodanowej, hiperlipidemii. Wśród innych przyczyn wymienia się niedostateczne działania na rzecz promocji zdrowia i profilaktyki wymienionych schorzeń, co związane jest m.in. z niską świadomością społeczną.

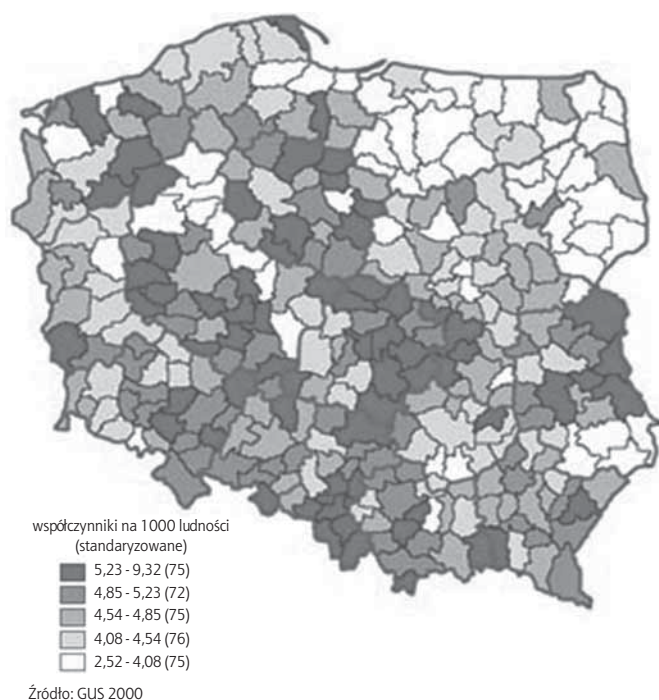
czeństwa na temat własnego zdrowia i zachowań zdrowotnych [17]. Jak podaje *Majewicz*, bardzo złą sytuację epidemiologiczną w zakresie chorób układu krążenia stwierdzano w Polsce już w latach 70-tych i 80-tych ubiegłego stulecia. Z tego powodu między innymi, w celu pełniejszej oceny rozpowszechnienia w populacji ogólnej czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, Akademia Medyczna w Gdańsku w latach 1994-2002, przeprowadziła badanie epidemiologiczne NATPOL (Nadciśnienie Tętnicze w Polsce), które wykazało znaczne zróżnicowanie rozpowszechnienia chorób sercowo-naczyniowych i zgonów z powodu chorób układu krążenia pomiędzy poszczególnymi powiatami w Polsce (ryc. 3). Wymaga oczywiście zastanowienia i bardziej wnikliwych badań pytanie: czy istotnie w regionach oznaczonych jako posiadających najniższe współczynniki umieralności („białe plamy na mapie”), stan zdrowia mieszkańców jest istotnie tak dobry, czy też niepełne są informacje statystyczne o stanie zdrowotności populacji w tych regionach, być może w znacznej części wynikające głównie z niedostatecznej dostępności do świadczeń zdrowotnych na danym terenie? [17].

Nie może ulegać wątpliwości, że najbardziej społecznie odczuwaną wadą systemu opieki zdrowotnej jest niedostateczna dostępność do świadczeń zdrowotnych, która kształtowana jest przez wiele czynników leżących zarówno po stronie wykonawców

świadczeń zdrowotnych, ich płatnika jak i też organizatorów opieki zdrowotnej. Niewątpliwą wadą aktualnie funkcjonującego publicznego systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest nie tylko mało stabilny system finansowania wynikający z niedoskonałości rozstrzygnięć prawnych, ale także brak jednolitego słownika usług medycznych umożliwiającego porównywalną i rzetelną ich rejestrację oraz brak funkcjonowania precyzyjnego i obiektywnego systemu gromadzenia i przetwarzania informacji o świadczeniach udzielanych w sektorze usług medycznych.

Jednym z istotniejszych problemów związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia – najczęściej podnoszonych przez pacjentów – jest kwestia czasu oczekiwania na świadczenia. W wielu przypadkach bowiem długość oczekiwania może decydować o zdrowiu, a nawet życiu pacjenta. W wielu krajach określa się, w jakim terminie należy zapewnić choremu przeprowadzenie określonego badania, zabiegu czy operacji. W polskich przepisach prawnych dotyczących praw pacjenta nie istnieje norma, dotycząca samego czasu oczekiwania na usługę. Ustawodawca mówi jedynie o rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedurze ustalającej kolejność do świadczeń, jeśli możliwości ich udzielania są ograniczone. Do trudności związanych z dostępem do usług medycznych trzeba także zaliczyć sytuacje, w których obarcza się pacjenta kosztami środków farmaceutycznych oraz materiałów medycznych potrzebnych w leczeniu, pomimo tego, że szpital powinien je pacjentowi zapewnić. Przeprowadzone badania ankietowe wykazały, że co piąty pacjent w trakcie leczenia szpitalnego musiał się starać we własnym zakresie o środki farmaceutyczne, leki i materiały medyczne oraz pokrywać ich koszty [19, 20]. Inną trudnością, z którą – według autorów cytowanego badania ankietowego – spotykali się ankietowani pacjenci, była propozycja ze strony lekarza wykonania usługi, zabiegu lub operacji za dodatkową, prywatną opłatą. Na taką trudność wskazywał co dziesiąty respondent. Propozycje prywatnych opłat tym częściej spotykały pacjentów, im lepiej byli wykształceni, co wiąże się z szerszym korzystaniem z różnych usług i świadczeń medycznych, zwłaszcza przez osoby z wyższym wykształceniem [20]. Opisywane sytuacje niewątpliwie wpisują się w pojęcie nierówności w dostępie zdrowia z przyczyn społeczno-ekonomicznych i mogą powodować swoistą dyskryminację pacjentów o niskim statusie materialnym.

Przypadki pobierania opłat nieformalnych i dodatkowych są nie tylko wyrazem niewydolności finansowo-organizacyjnej systemu ochrony zdrowia – stwarzają one również określony dylemat moralny dla lekarzy funkcjonujących w tym systemie, którzy w „Przyrzeczeniu lekarskim”, składanym wzorem „Przysięgi Hipokratesa”, zawartym w obowiązującym



Ryc. 3. Mapa Polski z standaryzowanymi współczynnikami umieralności na 1000 mieszkańców z powodu chorób układu krążenia w poszczególnych gminach – wg GUS.

Fig. 3. The map of Poland with standardized mortality rates, related to cardiovascular diseases, in individual communes, per 1000 inhabitants. Source: GUS [National Statistical Bureau].

w Polsce Kodeksie Etyki Lekarskiej (KEL), zobowiązują się sumiennie spełniać obowiązki lekarskie „...służąc życiu i zdrowiu ludzkiemu”. Wynika to również z Art. 22 KEL, w którym zapisano: „W przypadkach wymagających szczególnych form diagnostyki, terapii lub działań zapobiegawczych, które nie mogą być stosowane równocześnie u wszystkich potrzebujących, lekarz ustalający kolejność pacjentów powinien opierać się na kryteriach medycznych”.

Zasada „sprawiedliwości społecznej”, także w dostępie do ochrony zdrowia – pojęcia przeciwnego społecznej nierówności – jest jednoznacznie wyakcentowana w Art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej: „Rzeczpospolita Polska jest demokratycznym państwem prawnym, urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej”. Zapisano w niej także, że „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia” (Art. 68 ust.1) i „Wszyscy są równi wobec prawa. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne” (Art. 32 ust. 1).

Jeśli zatem te konstytucyjne zapisy mają być obowiązujące i respektowane, to zasady sprawiedliwości społecznej winny wykluczać wszelką nierówność społeczną, w tym także na tak ważnym dla ludzkiej egzystencji polu, jakim jest dostępność do świadczeń zdrowotnych. I takie warunki winien zapewniać system ochrony zdrowia w Polsce i to nie tylko pacjentom, ale również funkcjonującemu w tym systemie personelowi medycznemu. Bowiem zgodnie z Art. 2 ust. 2 KEL „Największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady”.

Pozostaje oczywiście pytanie, czy w obecnie funkcjonującym systemie ochrony zdrowia, pełna realizacja tego imperatywu społecznej równości do świadczeń zdrowotnych jest możliwa?

Istnieje jednak konieczność stałego analizowania i rozpatrywania problemu dostępu do świadczeń zdrowotnych – rozumianego jako „dostęp do zdrowia” – wynikająca przede wszystkim z faktu, że jest on jednym z ważniejszych wyznaczników poziomu i warunków życia ludności, a jego poprawa winna być jednocześnie jednym z podstawowych założeń w procesie reformowania systemu ochrony zdrowia [21]. W Polsce w 1990 r., w odpowiedzi na strategię WHO „Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku”, po raz pierwszy opracowano Narodowy Program Zdrowia (NPZ). Dokonywane się w naszym kraju w ostatniej dekadzie zmiany polityczne, ekonomiczne i społeczne niosły za sobą nie tylko nowe wyzwania i nowe możliwości, ale także nowe zagrożenia zdrowotne dla wielu ludzi. Spowodowało to konieczność nowelizacji NPZ, której dokonano w latach 1993 i 1996. W ostatnich latach przeprowadzono analizę oczeki-

wanych efektów i korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji NPZ. Wykazała ona wprawdzie wzrost przeciętnego dalszego trwania życia i zmniejszające się zagrożenie chorobami układu krążenia, jednak nadal dzieli nas znaczny dystans od krajów UE, co wskazuje na potrzebę dalszych, intensywnych działań dla poprawy zdrowia społeczeństwa. Jednym z podstawowych celów powinno być wyrównywanie różnic terytorialnych i społecznych w zakresie sytuacji zdrowotnej. Obecna, czwarta już wersja NPZ na lata 2005-2015, powstała w okresie po wdrożeniu wielu reform: administracyjnej, ochrony zdrowia, ubezpieczeń społecznych, systemu edukacji, które w kolejnych latach podlegały kolejnym modyfikacjom. Aktualny zapis programu nawiązuje do Światowej Deklaracji Zdrowia, przyjętej także przez Polskę w 1998 r. na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia, w której potwierdzono, że „...zdrowie jest jednym z podstawowych praw jednostki ludzkiej”. Generalnie, polska koncepcja NPZ jest także zasadniczo zgodna z merytorycznymi założeniami programu UE, dotyczącego monitorowania stanu zdrowia (Decyzja 1400/1997/WE) oraz nowej strategii zdrowia publicznego zaproponowanej przez Komisję Europejską, określonej m.in. w programie „Zdrowia Publicznego”. W dokumentach UE podkreśla się, że zdrowie jest wartością podstawową dla każdej jednostki i warunkiem koniecznym dla dobrego samopoczucia i odpowiedniej jakości życia (rozumianej jako sprawne funkcjonowanie do późnej starości, umożliwiające większą wydajność w pracy i lepsze zarobki oraz satysfakcję z życia). W sposób jednoznaczny akcentuje się w nich, że zdrowie jest zarówno podstawowym prawem każdego człowieka jak i zasobem (bogactwem) dla całego społeczeństwa – tylko zdrowe społeczeństwo może rozwijać się i tworzyć dobra materialne i kulturowe. Ujmuje się to często w haśle: „Dobre zdrowie obywateli jest podstawą zrównoważonego rozwoju społecznego i gospodarczego każdego państwa”. Stąd też jednym z celów operacyjnych NPZ (cel operacyjny nr 16) jest poprawa dostępności, jakości i efektywności usług świadczonych w ochronie zdrowia, ponieważ – jak podkreśla się w tym dokumencie – w Polsce wystąpiła znaczna rozbieżność pomiędzy oczekiwaniami społeczeństwa zwłaszcza w zakresie dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz ich standardu, a możliwościami ich zaspokojenia. W opinii WHO, to właśnie jednym z ważniejszych wskaźników oceny funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w danym państwie, jest szybkość i standardy „reagowania” systemu na wyrażane przez społeczeństwo potrzeby zdrowotne, zapewniające natychmiastową pomoc w przypadkach nagłych i niezbyt długi, przewidywalny czas oczekiwania na skuteczną interwencję w pozostałych przypadkach [21].

Piśmiennictwo / References

1. Dyoniziak R. Nierówność społeczna jako problem socjologiczny, <http://www.univ.rzeszow.pl/nierownosci/wyklady/55.doc>
2. ***Nierówności społeczne: http://www.sciaga.pl/tekst/34952-35-nierownosci_spoleczne
3. ***Nierówności społeczne: <http://pl.wikipedia.org/wiki/>
4. ***Struktura społeczna: http://www.sciaga.pl/tekst/46223-47-struktura_spoleczna
5. Birk B. Koncepcja promocji zdrowia [w:] Czupryna A, Poździej S, Włodarczyk WC: Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia. Uniwersyteckie Wyd. Med. Vesalius, Kraków 2000: 2, 215.
6. ***Agenda Polityki Społecznej 2006-2010: Propozycje Platformy Społecznej http://www.socialplatform.org/module/FileLib/SocialPolicyAgenda2006-2010_Final_PL.pdf
7. ***Nierówności społeczne: <http://www.wsap.bialystok.pl/pub/wykladowcy/Socjologia/socjologia7.doc>
8. Rousseau JJ. Rozprawa o pochodzeniu nierówności między ludźmi, 1755, http://pl.wikipedia.org/wiki/Jan_Jakub_Rousseau
9. Kralkowska E. Ocena i prognoza. Gazeta Lekarska 2000; 5, <http://www.gazetalekarska.pl/>
10. Safjan M. Ustawa zasadnicza i standardy medyczne. Gazeta Lekarska 2002; 2, <http://www.gazetalekarska.pl/>
11. Halik J. Prawa pacjenta w Polsce – teoria a problemy praktycznego przestrzegania [w:] Zdrowie i zarządzanie. Zdrowie i Zarządzanie 2001; 3, 2, 25.
12. Woźniak Z. Lekarze wielkopolscy wobec rozwiązań organizacyjno-finansowych w opiece zdrowotnej. Biuro Wielkopolskiej Unii Opieki Zdrowotnej, Poznań 1997, s. 27.
13. Golinowska S. Opieka zdrowotna w Polsce po reformie. Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych. Raporty CASE, Warszawa 2002, s. 255.
14. ***NATPOL: Epidemiologia chorób serca i naczyń na świecie, w Europie i w Polsce. www.natpol.pl
15. Kornacewicz-Jach Z. Choroby układu krążenia w Polsce – stan obecny, przyczyny i nowoczesne metody zapobiegawcze. <http://www.esculap.pl/FZS/>
16. ***Materiały szkoleniowe dla lekarzy uczestniczących w projekcie PP400M w swoich gminach pt. „Wielośrodkowy projekt interwencyjny i badawczy: Program prewencji zawałów serca i udarów mózgu wśród mieszkańców małych miast i wsi w Polsce”, 2005.
17. Majewicz A. Rola i możliwości lekarza rodzinnego we wdrażaniu programu prewencji chorób układu krążenia wśród mieszkańców małych miast i wsi - na przykładzie gminy Zbąszyń. Rozprawa doktorska. Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2007.
18. ***Państwowy Zakład Higieny na podstawie danych WHO: Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013. www.pzh.gov.pl
19. Stępień J. Popyt i podaż – analiza polskiego rynku usług medycznych. Antidotum 2000; 8, 69.
20. Krot K, Glińska E. Problem dostępu do usług medycznych po reformie służby zdrowia w Polsce. Politechnika Białostocka – Wydział Zarządzania <http://www.univ.rzeszow.pl/nierownosci/wyklady/28.doc>
21. ***Ministerstwo Zdrowia, Państwowy Zakład Higieny: Wstępny ramowy projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006-2015.