

Wprowadzenie

Szanowne Czytelniczki i Szanowni Czytelnicy!

Przekazywane Państwu wydanie naszych „Zeszytów Naukowych” poświęcone jest zdrowiu publicznemu. Uznaliśmy, że tegoroczna **debata wokół ustawy o zdrowiu publicznym** to dobry czas, aby jeszcze raz wypowiedzieć się, jak je rozumiemy i dlaczego traktujemy tak bardzo poważnie. Tym razem bardziej z naukowej oraz akademickiej perspektywy. Mimo pozornego bowiem zakorzenienia się tego pojęcia w powszechnej świadomości – wiele instytucji nosi je w swej nazwie (liczne uczelnie prowadzą zajęcia na tak nazywanym kierunku) – to teoretyczne podstawy do określenia treści kategorii są nadal słabe, a zakreszenie granic aktywności dla zdrowia publicznego w porównaniu z opieką zdrowotną nieostre. Teza ta odnosi się przede wszystkim do sytuacji w naszym kraju, ale i w wielu innych nadal trwa debata o nowych wyzwaniach zdrowia publicznego, zmieniających granice dziedziny i aktywności. Przekazujemy Państwu artykuły pochodzące z trzech głównych krajów, reprezentatywnych dla tej debaty, oraz nowych w nich ustaleń: Wielkiej Brytanii, Holandii i Kanady.

Zdrowie publiczne (*public health*) jako działalność instytucjonalnie odrębna od leczenia pojawiła się w XIX wieku w Wielkiej Brytanii wraz z rozwojem higieny, służącej zapobieganiu zakażeniom. Dalsza działalność zdrowia publicznego ewoluowała w kierunku kontrolowania zagrożeń zdrowia w pracy, miejscu zamieszkania i w innych miejscach zbiorowego przebywania. Z czasem objęła także ogólną ocenę sytuacji zdrowotnej populacji oraz stymulowanie rozwoju polityki zdrowotnej, tworzenia regulacji oraz instytucji na rzecz zapewnienia dostępu do ochrony zdrowia.

Zakres zdrowia publicznego definiowany w poszczególnych krajach nie zawsze jest tak szeroki, jak to wynikałoby z postulatów ekspertów i akademików. Niekiedy obecne są tylko nieco rozszerzone działania tradycyjne, czyli związane z higieną i kontrolowaniem zdrowotnej jakości produktów oraz miejsc zbiorowego przebywania. Podejście szersze zaproponowane w USA (*Essential Services of Public Health*) przyjmowane jest jednak coraz częściej. Rozwinęła je Komisja Europejska, formułując kierunkowy zakres działań (<http://ec.europa.eu/health/index>). Wspiera jej stanowisko WHO i ASPHER.

Na słabości w definiowaniu zdrowia publicznego w Polsce, tak teoretycznie, jak i operacyjnie, wpływa relatywnie krótka historia tej dziedziny, licząca nie więcej niż ćwierć wieku, chociaż czasopismo, które ostatecznie – od 1934 roku – nosiło tytuł „Zdrowie Publiczne”, miało swe początki w XIX wieku.

We współczesnej Polsce koncepcyjny renesans „zdrowia publicznego” wiązał się bezsprzecznie z utworzeniem w 1991 roku Szkoły Zdrowia Publicznego w Krakowie, co było rezultatem oddolnych inicjatyw, które

doprowadziły do uchwalenia przez Senaty dwóch uczelni: Uniwersytetu Jagiellońskiego i Akademii Medycznej decyzji o wspólnym prowadzeniu szkoły, co oczywiście nie byłoby wówczas możliwe bez życzliwego wsparcia Ministerstwa Zdrowia. Spontaniczność podjętych działań odbywała się w warunkach niedoceniaenia teoretycznych podstaw całego przedsięwzięcia. Ważniejsze było rozpoczęcie aktywności niż troska o doprecyzowanie treści i zakresu merytorycznych kompetencji.

Niedoceniaenie teoretycznych podstaw zdrowia publicznego spowodowało, że określenie charakteru tej dyscypliny nie było jasne – i tak pozostaje do dzisiaj. W Instytucie Zdrowia Publicznego UJ oraz w środowisku jego współpracowników oraz absolwentów najczęściej przywołuje się propozycję Donalda Achesona (1988), który twierdzi, że mamy do czynienia z „nauką i sztuką”, służącą zdrowiu całej populacji (*public health – the science and art of preventing disease, prolonging life, and promoting health through the organised efforts of society*). A sprawy zdrowia są przedmiotem dociekań także dyscyplin społecznych, nie tylko medycyny. Z pełnym przekonaniem możemy powiedzieć, że zdrowie publiczne jest to obszar wielodyscyplinarny: społeczno-biologiczny. Tematyka zdrowia publicznego, także stosowane pojęcia i metody badawcze, obejmuje treści pochodzące zarówno z nauk społecznych, jak i biologicznych. Nie zawsze jest to rozumiane i powszechnie przyjmowane. Z tego zapewne wynikają kłopoty z ustaleniem, co to jest zdrowie publiczne i czym ma się zajmować.

Słabości teoretyczne oraz brak ustaleń aktywności zdrowia publicznego kładą się cieniem na proces jego nauczania i losy absolwentów. Sytuacja w Polsce jest w tym względzie trudniejsza. W innych krajach zdrowie publiczne jest od lat uznaną dyscypliną akademicką, mimo dyskusji i nowych regulacji.

Sprawa zdefiniowania i usytuowania zdrowia publicznego wśród innych nauk została w Polsce podjęta marginesowo wobec licznych zagadnień związanych z porządkowaniem zasad kształcenia w polskich uczelniach i ich dostosowywaniem do wymogów procesu bolońskiego. Pozostawiając uniwersytetom prawo do ostatecznych ustaleń, zalecano stosowanie ogólnie obowiązujących wzorców. Jednak we wzorcach tych przyporządkowanie zdrowia publicznego nie było jednoznaczne. Z jednej strony uznano je za dziedzinę z zakresu nauk społecznych, wśród 22 dyscyplin, takich jak socjologia, ekonomia, politologia, polityka społeczna i prawo. Usytuowanie zdrowia publicznego w tym miejscu i połączenie tego z opisem efektów kształcenia w sferze nauk społecznych zdawało się nie pozostawiać wątpliwości, że jest traktowane jako nauka społeczna. Z drugiej jednak strony zdrowie publiczne jest także sytuowane w naukach biologicznych, a ściślej – w medycznych. Wymienia się je bowiem w opisie efektów kształcenia na studiach me-

dycznych. Sformułowanie nie jest jednak jednoznaczne, ponieważ brzmi: „można jeszcze brać pod uwagę: zdrowie publiczne...”, a przy tym stwierdzenie to zostało opatrzone znakiem zapytania i skomentowane, że – „jak się wydaje, wśród badaczy nie ma zgodności co do jego przynależności obszarowej tego kierunku”.

We wczesnych uregulowaniach prawnych można było odnaleźć ślady poglądu o dwoistej, społecznej i medycznej, naturze przedmiotu (Rozporządzenie MNiSW z 12 lipca 2007 roku). W jednym z przepisów stwierdzono, że absolwenci zdrowia publicznego powinni posiadać wiedzę interdyscyplinarną z zakresu nauk społecznych oraz nauk medycznych. Skoro taka miała być treść kompetencji wynoszonych ze studiów, to zdrowie publiczne, jako przedmiot nauczany, powinno zawierać komponenty obu obszarów naukowych.

Kolejna decyzja ministra nauki – Rozporządzenie z 2 listopada 2011 roku – pozbawiła nadziei zwolenników traktowania zdrowia publicznego jako odrębnej, chociaż wielodyscyplinarnej dziedziny. W tej regulacji w ogóle nie padła nazwa „zdrowie publiczne”. Pojęcie to nie zostało wymienione ani jako nazwa dziedziny, ani dyscypliny naukowej. Sprawy jego nauczania – a więc także merytorycznego zakresu – zostały omówione zbiorczo w załączniku do tego rozporządzenia zatytułowanym „Opis efektów kształcenia w obszarze kształcenia w zakresie nauk medycznych, nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej”. Zdrowie publiczne zostało potraktowane jako element czy fragment nauk o zdrowiu. W konsekwencji – mimo istnienia stopnia licencjackiego i magisterskiego ze zdrowia publicznego – nie można w Polsce uzyskać stopnia doktorskiego ze zdrowia publicznego (por.: Obwieszczenie Centralnej Komisji do spraw Stopni i Tytułów z dnia 31 maja 2010 r. w sprawie wykazu jednostek organizacyjnych uprawnionych do nadawania stopni doktora i doktora habilitowanego wraz z określeniem nazw nadawanych stopni).

Nie mamy wątpliwości, że takie potraktowanie zdrowia publicznego w regulacjach dotyczących nauczania akademickiego stanowi bodziec negatywnie oddziałujący na decyzje o podejmowaniu tematyki należącej do tego zakresu wiedzy, tak w badaniach naukowych, jak i w wyborze drogi życiowej przez studentów. Brak jasnych perspektyw umożliwiających rozwój naukowy i stopniowe awansowanie poprzez kolejne szczeble akademickiej kariery nie jest zachęcający. To też nie sprzyja możliwości budowania poczucia akademickiej wspólnoty wokół misji zdrowia publicznego. W wielu krajach, gdzie zdrowie publiczne jest zakorzenione w uniwersyteckiej i instytucjonalnej tradycji, troska o tworzenie spójnej *public health community* jest szczególnie eksponowana.

Jak to często bywa w Polsce, rzeczywistość kształtują rozwiązania nieregulowane (nieformalne). Także tożsamość zdrowia publicznego można rozwijać i wzmacniać, niezależnie od regulacji, jeśli stosunki między różnymi kierunkami prowadzonymi na wydziałach nauk o zdrowiu – gdzie zlokalizowane jest obecnie nauczanie zdrowia publicznego – układają się w sposób poprawny.

Poprawne uregulowanie treści i zakresu zdrowia publicznego oznacza **uszanowanie odrębności zdrowia**

publicznego w relacji do nauk medycznych i biologicznych. Istotnym elementem tego poszanowania jest uznanie, że np. w ocenie dorobku naukowego ze zdrowia publicznego przyjmowanie tych samych kryteriów, co w naukach medycznych i biologicznych, „musi być stosowane z najwyższą ostrożnością”. Wiemy, że bywa to trudne, ale przede wszystkim wymaga zrozumienia, że w zakresie zdrowia publicznego nie mamy tego samego zakresu uniwersalności, co w medycynie i biologii. Zdrowie konkretnej populacji uwarunkowane jest zarówno ekonomicznie, społecznie, jak i kulturowo, co trudno byłoby powiedzieć o leczeniu chorób, chociaż i tutaj coraz częściej odkrywane są społeczne determinanty. To oznacza, że potrzebne jest rozpoznawanie uwarunkowań specyficznych i lokalnych oraz traktowanie ich wyników na równi z wynikami badań zorientowanych na tematy uniwersalne i globalne, które mają priorytety w wydawnictwach światowych.

Przygotowana obecnie ustawa o zdrowiu publicznym (już uchwalona przez parlament) zorientowana jest przede wszystkim na wskazanie i nadanie odpowiedniej rangi aktywnościom prewencyjnym i promocji zdrowia wraz z podtrzymaniem tradycyjnego zakresu działań kontrolujących warunki życia ludzi pod względem sanitarnym. Jest to szczególnie ważne wobec niezwykle dynamicznej zmiany demograficznej oraz epidemiologicznej zachodzącej w Polsce. Nie rozwiązuje jednak rozważanych problemów edukacji i nauki w zakresie zdrowia publicznego. Warto o tym pamiętać, a tymczasem pozostaje mieć nadzieję, że zdrowie publiczne będzie się rozwijać naukowo w ramach nauk o zdrowiu, czerpiąc wzory z harmonijnej i owocnej współpracy na niejednej polskiej uczelni. Podstawą tego mogą być nasze własne doświadczenia na Uniwersytecie Jagiellońskim.

Debata wokół ustawy o zdrowiu publicznym nie doprowadziła do ustaleń w zakresie źródeł i metod jego finansowania. A ustalenia te są podstawą racjonalnych działań wielu podmiotów, odpowiedzialnych za zdrowie populacji. Poświęcamy tej sprawie jeden z artykułów przekazywanego numeru. Wskazuje on na trudności tych ustaleń, których źródłem jest zarówno złożona natura dziedziny, jak i rozproszona w praktyce odpowiedzialność przy niedostatkach koordynacji. Ponadto w przypadku naszego kraju, gdy źródła finansowania sektora zdrowotnego są generalnie niskie, każda próba zmiany struktury alokacji środków na sprawy zdrowia przy tej samej ich puli wywołuje tylko konflikty. Tak też było i w przypadku prac nad tegoroczną ustawą. Aby ich nie rozszerzać, zrezygnowano z jakichkolwiek systemowych zapisów o źródłach finansowania zdrowia publicznego. W konsekwencji **nadal stoimy przed rozstrzygnięciami w dziedzinie finansowania zdrowia publicznego**. A najlepiej przygotowanymi strategiami i szeroko ogłaszanymi apelami oraz kampaniami w sprawie zdrowego stylu życia jako jedynymi metodami nie osiągniemy celów zdrowotnych na skalę naszych potrzeb i ambicji.

Stanisława Golinowska
Cezary Włodarczyk