



Stanowisko oficjalne Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland wobec programu nauczania zdrowia publicznego na kierunku lekarskim

Wstęp

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobie, wydłużania życia oraz promowania zdrowia poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa. Wiedza dotycząca tej tematyki jest niezbędna do prawidłowego wykonywania zawodu lekarza, dlatego też zdrowie publiczne jest przedmiotem obowiązkowym na kierunku lekarskim na wszystkich uczelniach medycznych w Polsce. Zgodnie z programem nauczania studenci m.in. zdobywają informacje na temat metod oceny i monitorowania stanu zdrowia populacji oraz diagnozowania jej potrzeb zdrowotnych, promocji zdrowia, profilaktyki chorób a także nabywają umiejętności w zakresie oceny wpływu poszczególnych czynników na stan zdrowia. Z założenia absolwenci kierunku lekarskiego są w pełni gotowi do funkcjonowania w ochronie zdrowia. Zastanówmy się jednak, czy przekazywana wiedza jest przydatna i wykorzystywana w zawodzie lekarza oraz czy przedstawianie informacji, głównie w formie wykładów oraz seminariów, jest najlepszym sposobem na nauczanie zdrowia publicznego. Dbanie o wysoką jakość nauczania tego przedmiotu umożliwi absolwentom uzyskanie szerokiej perspektywy na całość opieki medycznej.

Stanowisko IFMSA-Poland

My, członkowie IFMSA-Poland, sądzimy, że wiedza z zakresu zdrowia publicznego jest niezbędna w codziennej pracy lekarza. W szczególności chcemy zwrócić uwagę na to, jak bardzo ważna jest znajomość struktury i organizacji ochrony zdrowia, praw pacjenta, finansowania ochrony zdrowia, czy też umiejętność prowadzenia dokumentacji medycznej, sporządzania zaświadczeń lekarskich oraz oceny sytuacji epidemiologicznej. Ponadto pragniemy odnieść się do trzeciego, czwartego i szóstego Celu Zrównoważonego Rozwoju. Sądzimy, że zawierają one kluczowe treści, które według nas należy wziąć pod uwagę podczas tworzenia programu nauczania zdrowia publicznego na kierunku lekarskim. Na podstawie własnych obserwacji oraz przeprowadzonej przez nas ankiety na temat zdrowia publicznego uważamy, że przedmiot ten jest nauczany nieodpowiednio na większości uczelni medycznych w Polsce, co znacząco przekłada się zarówno na wiedzę studentów dotyczącą zdrowia publicznego, jak i opinię na temat tej dziedziny medycyny.



My, IFMSA-Poland wzywamy:

1) Ministerstwo Zdrowia do:

- a) organizacji programów edukacyjnych i ich mentoringu skierowanych do całego społeczeństwa w temacie szeroko pojętego zdrowia publicznego;
- b) organizacji programów edukacyjnych dla pacjentów na temat medycyny stylu życia w zakresie zdrowia publicznego;
- c) rozwijania i zwiększania liczby edukacyjnych programów zdrowotnych w celu zwiększenia świadomości społeczeństwa o zdrowiu publicznym;
- d) tworzenia kampanii społecznych mających na celu zwiększenie świadomości na temat roli zdrowia publicznego w społeczeństwie;

2) Ministerstwo Edukacji i Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego do:

- a) promowania idei zdrowia publicznego poprzez wprowadzanie treści do programu nauczania oraz podstawy programowej szkół podstawowych i ponadpodstawowych;
- b) zachęcania do organizacji spotkań z ekspertami w zakresie zdrowia publicznego w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych;
- c) zachęcania społeczności szkolnej do podejmowania oddolnych inicjatyw mających na celu promocję zdrowia i propagowanie treści wchodzących w zakres zdrowia publicznego;
- d) utworzenia wytycznych dotyczących nauczania zdrowia publicznego opartych na rekomendacjach międzynarodowych i ogólnopolskich stowarzyszeń, towarzystw i organizacji medycznych lub zajmujących się zdrowiem publicznym;

3) Radę Ministrów do:

- a) propagowania wśród innych resortów włączenia kryterium zdrowia publicznego w przetargi i wszystkie podejmowane decyzje wpływające na polskie społeczeństwo;
- b) podejmowania decyzji dotyczących sektora ochrony zdrowia z uwzględnieniem edukacji medycznej zgodnie z trzecim, czwartym i szóstym Celem Zrównoważonego Rozwoju w celu polepszenia zdrowia publicznego w Polsce;



- c) zwiększania świadomości reprezentantów kraju na temat zachowań i postaw zgodnych z założeniami zdrowia publicznego i konieczności ich przestrzegania;

4) Władze uczelni wyższych prowadzących kierunek lekarski do:

- a) ujednolicenia sylabusów i programów nauczania przedmiotu zdrowia publicznego na kierunku lekarskim
- b) realizacji zajęć z zakresu zdrowia publicznego z wykorzystaniem nowoczesnych metod nauczania, angażujących studentów do tworzenia samodzielnych treści opartych na wprowadzającej formie podawczej;
- c) zachęcania społeczności uczelni do włączania się w lokalne inicjatywy mające na celu szerzenie wiedzy z zakresu zdrowia publicznego;
- d) podejmowania i realizacji działań mających na celu zapewnienie studentom i pracownikom uczelni dostępu do rzetelnych źródeł informacji w zakresie zdrowia publicznego;
- e) bieżącej ewaluacji materiałów wykorzystywanych w czasie prowadzenia zajęć ze studentami;
- f) podjęcia działań w zakresie informowania o możliwościach rozwoju w specjalizacji zdrowie publiczne przez biura karier;
- g) zwiększenia funduszy na szkolenia dla nauczycieli akademickich z zagadnień zdrowia publicznego;
- h) prowadzenia części zajęć poza uczelnią, w jednostkach badawczych, czy też stacjach sanitarno-epidemiologicznych;

5) Nauczycieli akademickich nauczających na kierunku lekarskim do:

- a) realizacji zajęć z zakresu zdrowia publicznego z wykorzystaniem nowoczesnych metod nauczania, angażujących studentów do tworzenia samodzielnych treści opartych na wprowadzającej formie podawczej;
- b) tworzenia i prowadzenia Studenckich Kół Naukowych w zakresie zdrowia publicznego;
- c) opieki nad studenckimi projektami badawczymi oraz kampaniami społecznymi z zakresu zdrowia publicznego oraz włączania studentów w własne projekty w tym zakresie;
- d) popularyzacji specjalizacji zdrowie publiczne wśród studentów kierunku lekarskiego;



- e) rozszerzenia programu prowadzonych przez siebie zajęć przedklinicznych i klinicznych o elementy zdrowia publicznego w zakresie tematycznym realizowanego przedmiotu;

6) Pozostałe uczelnie wyższe do:

- a) wprowadzenia podstaw zdrowia publicznego do programów nauczania, ze szczególnym uwzględnieniem praktycznych zagadnień dotyczących higieny, profilaktyki chorób i epidemiologii;
- b) organizacji spotkań lub prelekcji dotyczących podstaw zdrowia publicznego z ekspertami zajmującymi się tą dziedziną;
- c) włączania się w kampanie dotyczące popularyzacji zdrowia publicznego;
- d) popularyzacji zagadnień związanych ze zdrowiem publicznym poprzez akceptację prezentacji i prac badawczych studentów podczas konferencji naukowych omawiających temat zdrowia;

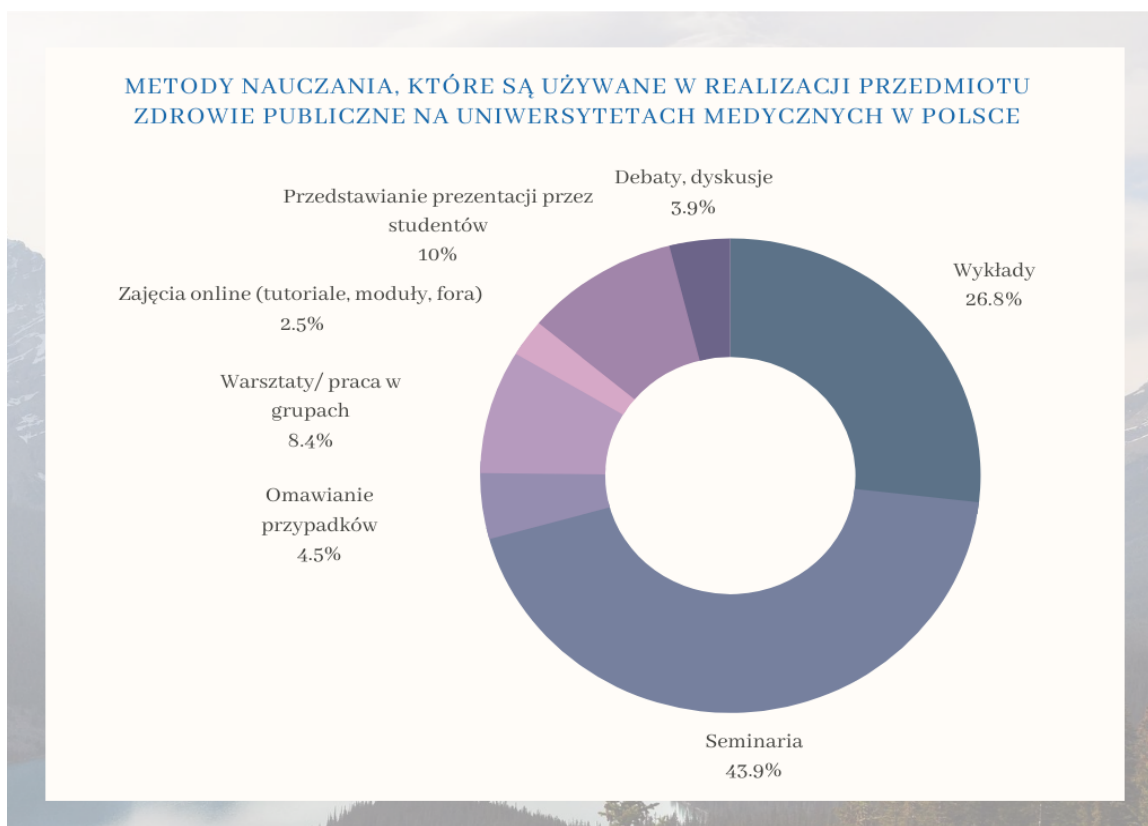
7) Członków IFMSA-Poland i studentów kierunków medycznych do:

- a) aktywnego włączania się w inicjatywy uczelniane i pozauczelniane, związane ze zdrowiem publicznym, z uwzględnieniem projektów IFMSA-Poland;
- b) stałego poszerzania i uaktualniania swojej wiedzy związanej ze zdrowiem publicznym, epidemiologią, profilaktyką, promocją zdrowia i higieną;
- c) inicjowania i prowadzenia własnych projektów związanych ze zdrowiem publicznym, takich jak kampanie społeczne, akcje profilaktyczne i badania naukowe;
- d) uczestnictwa w warsztatach i treningach organizowanych przez IFMSA-Poland o tematyce związanej ze zdrowiem publicznym;
- e) stosowania się do rekomendacji i zaleceń międzynarodowych i ogólnopolskich organizacji, stowarzyszeń i towarzystw profesjonalnie zajmujących się tematyką zdrowia publicznego.



Tło problemu

Pomimo niepodważalnego znaczenia wiedzy i umiejętności praktycznych z zakresu zdrowia publicznego w prawidłowym wykonywaniu zawodu lekarza, nauczanie tego przedmiotu na większości uczelni medycznych pozostaje według nas zaniedbane. Poruszyliśmy tę problematykę w naszej ankiecie, dzięki której studenci mogli wyrazić swoją opinię na temat obecnego programu nauczania zdrowia publicznego na kierunku lekarskim, a także zaproponować zmiany w nauczaniu tego przedmiotu. Jej wyniki wskazują na to, że jednym z głównych problemów jest sam sposób prowadzenia zajęć. Najczęstsze metody nauczania używane w realizacji przedmiotu to seminaria, wykłady, przedstawianie prezentacji przez studentów, a także praca w grupach.



Większość osób zwróciła uwagę na to, że zajęcia powinny być jednak prowadzone w ciekawy i praktyczny sposób, na przykład poprzez omawianie przypadków, systemów zdrowotnych na świecie albo poprzez prowadzenie części zajęć w stacji sanitarno-epidemiologicznej, z czym spotkała się i pozytywnie ocenia część naszych ankietowanych. Niektórzy uważają, że elementy zdrowia publicznego można by było wprowadzić na innych zajęciach klinicznych, dzięki czemu konkretne aspekty

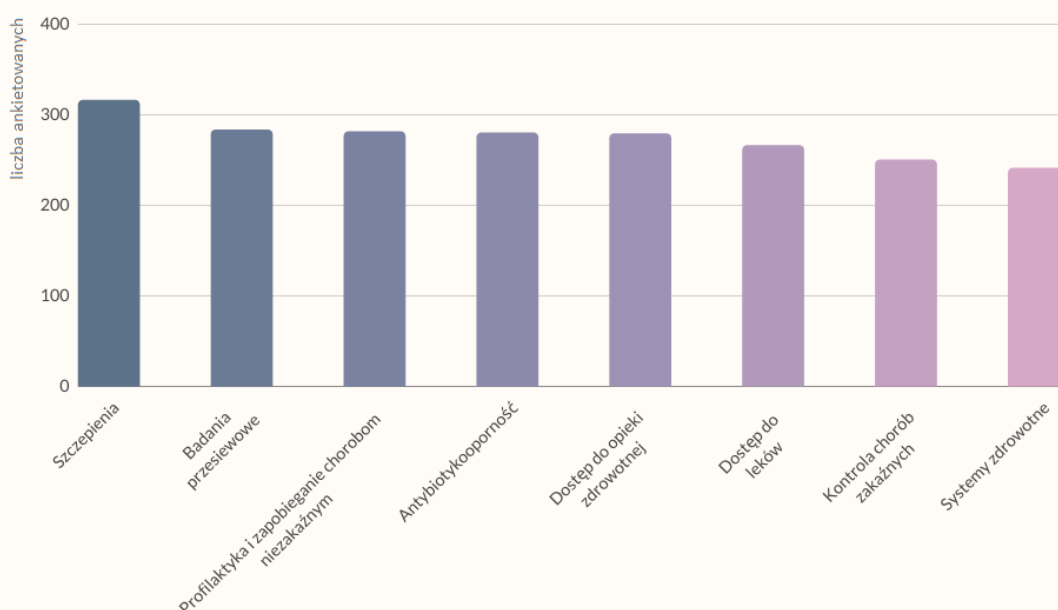


danego przedmiotu, w połączeniu z praktycznymi zajęciami klinicznymi, stałyby się bardziej zrozumiałe.

Kolejną kwestią, na którą zwróciliśmy uwagę, jest rok studiów, na którym nauczanie przedmiotu byłoby najbardziej efektywne. Ankietowani zaproponowali, by przenieść zajęcia na późniejsze lata studiów, gdyż na początku, jeszcze przed rozpoczęciem zajęć klinicznych przedmiot może zostać niedoceniony i odebrany jako nieciekawym i niepotrzebny. Ponadto studenci pierwszego, czy drugiego roku są przeciążeni innymi ważnymi przedmiotami i niechętnie poświęcają czas na naukę zdrowia publicznego.

Za nie mniej ważną uważamy również tematykę poruszaną podczas ćwiczeń. Według badanych, w programie nauczania powinny znaleźć się głównie tematy dotyczące: szczepień (316; 81,2% ankietowanych), badań przesiewowych (283; 72,8%), profilaktyki i zapobiegania chorobom zakaźnym (281; 72,2%), antybiotykooporności (280; 72%), dostępu do opieki zdrowotnej (279; 71,1%), dostępu do leków (266; 68,4%), kontroli chorób zakaźnych (250; 64,3%), czy też systemów zdrowotnych (241; 62%).

OBSZARY ZDROWIA PUBLICZNEGO, KTÓRE POWINNY ZNALEŻĆ SIĘ W PROGRAMIE NAUCZANIA





Powyższe kwestie, oprócz szczepień i antybiotykooporności, na temat których zostały już przyjęte stanowiska, są na tyle ważne, że omówimy je w osobnych sekcjach. Informacje dotyczące badań przesiewowych zostaną omówione w ramach sekcji poświęconej chorobom zakaźnym.

Profilaktyka i zapobieganie chorobom zakaźnym

Programy profilaktyczne są najpełniejszym źródłem informacji o stanie zdrowia w danej populacji. Wdrażanie działań profilaktycznych jest szczególnie istotne w przypadku chorób zakaźnych, będących ogromnym problemem w krajach wysoko rozwiniętych, stanowiąc łącznie ponad 70% przyczyn śmierci Polaków. Najwięcej zgonów (zgodnie z danymi z roku 2017) zarejestrowano z powodu chorób układu krążenia (41,5%) oraz chorób nowotworowych (26,5%) [1].

W rozwoju chorób układu krążenia ogromną rolę odgrywają współczesne wzorce zachowań będących elementami stylu życia, takie jak mała aktywność ruchowa, stres czy palenie papierosów. W ramach profilaktyki chorób układu krążenia w Polsce mamy przeprowadzanych kilka programów profilaktycznych. Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia realizowany przez wszystkie placówki Podstawowej Opieki Zdrowotnej NFZ obejmuje osoby, które w danym roku kalendarzowym kończą 35, 40, 45, 50 lub 55 rok życia i umożliwia wykonanie badań biochemicznych krwi (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, triglicerydów i poziomu glukozy na czczo), pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, określenia BMI, a także obejmuje edukację zdrowotną pacjentów. Inne programy profilaktyczne obejmujące swoim zakresem choroby układu krążenia to Program Profilaktyki Udarów czy Program Profilaktyki Chorób Kardiologicznych KORDIAN, są one jednak realizowane w wybranych placówkach [2].

Liczba zachorowań na nowotwory w Polsce rośnie [3]. Niektórymi elementami profilaktyki, jakie możemy podejmować sami, jest regularna aktywność fizyczna, zdrowa dieta, unikanie alkoholu i papierosów, utrzymywanie prawidłowej masy ciała czy ograniczenie ekspozycji na promienie słoneczne – takie zachowania pozwalają na redukcję ryzyka choroby nowotworowej nawet o 80% [4]. W Polsce funkcjonuje wiele programów profilaktycznych dotyczących chorób nowotworowych, m.in. program profilaktyki raka szyjki macicy, raka piersi, raka jelita grubego, raka płuc czy nowotworów skóry [2]. Zgłaszalność na badania profilaktyczne jest jednak bardzo niska – zgodnie z danymi na 1 sierpnia 2020 zgłaszalność na mammografię jest na poziomie 34,18%, a na cytologię jedynie 14,17% [5].

Programem badań przesiewowych objęte są również noworodki. Obecny program na lata 2019-2022 obejmuje badania na 29 chorób wrodzonych, w szczególności wad metabolicznych. Jego celem jest przede wszystkim zmniejszenie liczby zgonów, ale także zapobieganie ciężkim upośledzeniom wynikającym z chorób, w których jedynie przedobjawowe ich wykrycie poprawia rokowanie pacjenta poprzez możliwość wczesnego wdrożenia leczenia. Do programu zaliczane są badania na



m.in. fenyloketonurię, wrodzoną niedoczynność tarczycy, mukowiscydozę czy wrodzony przerost nadnerczy [6].

Jedną z przyczyn niezwykle niskiej zgłaszalności na badania profilaktyczne jest brak świadomości pacjentów. Na przykładzie raka jelita grubego, z badania przeprowadzonego w 2016 roku wynika, że jedynie 49% pacjentów kwalifikujących się do programu profilaktycznego wiedziało o możliwości wykonania takiego badania, a tylko 22% osób z tej grupy informację taką uzyskało w gabinecie lekarskim [7]. Statystyki te są niewątpliwą przesłanką do tego, że wiadomości na temat programów profilaktycznych oraz sposobu edukacji pacjentów na ich temat powinny być włączone w program nauczania na kierunku lekarskim.

Dostęp do opieki zdrowotnej i leków

Na mocy Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka a także zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej każdy obywatel, każdy człowiek ma prawo do ochrony zdrowia, w tym dostępu do podstawowych leków [8, 9, 10].

Opieka zdrowotna powinna być powszechna co oznacza, że wszystkie osoby i społeczności, otrzymują opiekę lekarską, której potrzebują, bez ponoszenia wysokich kosztów. Obejmuje ona pełne spektrum podstawowych usług wysokiej jakości - od promocji zdrowia po profilaktykę, leczenie, rehabilitację czy opiekę paliatywną [11].

Niestety w obecnych czasach na świecie nadal istnieje ogromna liczba osób, które są pozbawione opieki zdrowotnej lub mają ograniczony do niej dostęp.

Raport opublikowany przez Bank Światowy i Światową Organizację Zdrowia (WHO) wskazuje, że ponad połowa populacji światowej nie jest w stanie uzyskać niezbędnych świadczeń zdrowotnych, z kolei 800 mln ludzi (ok. 12% populacji światowej) wydaje co najmniej 10% swojego budżetu domowego na opłacenie opieki zdrowotnej [12]. Z powodu wydatków na zdrowie, każdego roku ok. 100 mln osób na świecie doprowadza się do skrajnego ubóstwa [11].

Tedros Adhanom Ghebreyesus, dyrektor generalny WHO, proponuje wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (UHC – Universal Health Coverage), które mogłoby stanowić rozwiązanie tego problemu [12].

WHO pracuje nad wspieraniem krajów w procesie wypracowania efektywnych systemów opieki zdrowotnej a także wprowadzeniem strategii mających na celu uprawnienie Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego do 2030 r. [11].

W Polsce do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie, mają prawo osoby objęte powszechnym (obowiązkowym i dobrowolnym) ubezpieczeniem zdrowotnym, ale również osoby nieubezpieczone uprawnione do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej z budżetu



państwa i osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji w krajach UE [13].

Pomimo powyższych regulacji prawnych, w Polsce dostęp do opieki zdrowotnej nadal jest utrudniony. Do przyczyn należy m.in. deficyt lekarzy niektórych specjalności, nieefektywny system opieki zdrowotnej i niewystarczające kwalifikacje do prowadzenia publicznych placówek opieki zdrowotnej, biurokratyzacja pracy, korupcja itd. [14].

Jeżeli chodzi o dostęp do leków, również napotykamy utrudnienia.

WHO od 1977 r. publikuje Listę Leków Podstawowych, aktualizowaną co 2 lata. Jest to zestawienie substancji czynnych, które uznawane są za niezbędne do prawidłowego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej [15].

Na mocy deklaracji z Alma Aty (1978 r.) listę uznano za jeden z ośmiu podstawowych elementów opieki zdrowotnej. Została ona wprowadzona w co najmniej 156 krajach na świecie, w tym w Polsce w 1991 r. Ponadto 13 krajów wprowadziło wzmianki do swoich konstytucji o prawie do dostępu do leków [15].

Leki umieszczone na liście powinny być dostępne dla każdego kto ich potrzebuje, obejmując przystępność cenową. Lista może stanowić podstawę dla poszczególnych krajów do opracowania własnych list krajowych. Uwzględniają one obciążenie danymi chorobami oraz istniejącą infrastrukturę systemu opieki zdrowotnej [16].

WHO wskazuje, że utrudnienia w pełnym dostępie do leków spowodowane są szeregiem czynników, do których należą m.in. wysokie ceny i problemy regulacyjne tj. duże opóźnienia z wprowadzaniem leków na rynek [17].

Problem z dostępem do leków jest obecny także w Polsce – świadczy o tym nie tylko brak rejestracji niektórych substancji leczniczych, ale również okresowe deficyty w dostępności refundowanych produktów [10, 18].

Budowanie wykwalifikowanej kadry medycznej jest podstawą dobrze funkcjonujących systemów, które są w stanie zapewnić opiekę zdrowotną osobom jej potrzebującym. Większa świadomość studentów odnośnie przyczyn i skutków nierównego dostępu do opieki zdrowotnej i leków pozwoli na budowanie empatii wobec pacjentów a możliwe, że stanie się również podstawą do wypracowania nowych, bardziej skutecznych rozwiązań w przyszłości. Dlatego tak ważne jest uzupełnienie programów nauczania zdrowia publicznego na uczelniach medycznych o wyżej wymienione treści i przekazanie ich w sposób, który zachęcałby studentów do działania i pokazywał im możliwości jakie mają przed sobą.



Kontrola chorób zakaźnych

Choroby zakaźne okazały się poważnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego jak i stabilizacji ekonomicznej w społeczeństwie globalnym [19, 20]. W ciągu ostatnich 35 lat powstało przynajmniej 30 nowych mikroorganizmów powodujących choroby zakaźne ludzi. Ich pochodzenie polega jednoznacznie na korelacji z czynnikami socjo-ekonomicznymi, środowiskowymi i ekologicznymi [21].

Część chorób zakaźnych jest związana z dzikimi zwierzętami oraz zwierzętami domowymi.

Endemiczne zoonozy (choroby zakaźne przenoszonymi przez zwierzęta, występujące na podobnym poziomie przez wiele lat) są relatywnie często pomijane w dyskusji o zdrowiu publicznym, prawdopodobnie z powodu niezaakceptowania ich istnienia i wpływu na życie i dobrostan społeczeństw na poziomie lokalnym [22].

Jednym z rozwiązań proponowanych w literaturze będzie zastosowanie strategii One Health, zwłaszcza poprzez identyfikację oraz łagodzenie działań ludzkich, prowadzących do powstawania i rozprzestrzeniania się zwierzęco pochodnych chorób zakaźnych [22]. Nie mniej jednak, zdecydowanie najbardziej wydajną taktyką będzie zastosowanie One Health na wszystkich poziomach- lokalnym, narodowym i globalnym z uwzględnieniem wszystkich zaangażowanych stron, w tym osób tworzących prawo jak i medyków [20, 22].

Wiele chorób zakaźnych jest związanych z ubóstwem. Osoby nim dotknięte i chorujące na tropikalne i rzadkie choroby zakaźne nie mają wystarczająco silnego głosu politycznego [21].

Aby sprostać problemowi chorób zakaźnych na świecie WHO wspiera działania prawne i zwiększanie świadomości oraz wykazuje wsparcie badaniom nad patogenizacją chorób zakaźnych, a także ulepszeniu procedur diagnostycznych [21]. W związku z tym, WHO uchwaliło rezolucję w czasie 66. World Health Assembly w maju 2013 roku, nawołującą kraje członkowskie do zintensyfikowania wspólnej pracy nad profilaktyką chorób zakaźnych i zintegrowania międzynarodowych inwestycji na poczet poprawy zdrowia i dobrobytu populacji dotkniętych tym problemem.

Ogólnym celem w kontroli chorób zakaźnych jest uzyskanie całkowitej eradykacji. W przypadku ospy prawdziwej cel ten został osiągnięty. W czasie epidemii eboli w Zachodniej Afryce także udało się wyciągnąć wnioski, mówiące, że optymalna eradykacja chorób zakaźnych jest możliwa do osiągnięcia [21].

Najlepszym wyjściem z opisanej sytuacji będzie skuteczniejsza edukacja w zakresie zdrowia publicznego nie tylko studentów medycyny i osób związanych ze środowiskiem medycznym, ale także wszystkich osób w społeczeństwie. Tylko takie podejście zagwarantuje większą świadomość na temat chorób zakaźnych, co będzie skutkowało ich lepszą wyleczalnością.

Systemy zdrowotne

Wraz z rozwojem społeczeństw pojęcie globalnego zdrowia oraz zakres działań na poziomach międzynarodowym oraz krajowym ulegają ciągłym zmianom. Coraz większym wyzwaniem dla zdrowia publicznego na poziomie globalnym stają się niezakaźne choroby przewlekłe, zmniejsza się natomiast rola chorób zakaźnych [23]. Współczesne zdrowie publiczne musi również stawić czoła zdrowotnym konsekwencjom zmian klimatycznych [23, 24] oraz migracji [24, 25]. Szybko zmieniający się kontekst społeczny i rozwój technologiczny stanowi wyzwanie dla systemów opieki zdrowotnej i wymaga zastosowania nowych koncepcji [24, 26].

Światowy Raport Zdrowia z 2010 roku wskazał zapewnienie powszechnej opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom jako cel, do którego powinny dążyć współczesne systemy zdrowotne [27]. Idee zmniejszania nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej i jej powszechność aktywnie wspiera m.in. WHO i UNICEF [28, 29]. Pogląd ten jest wynikiem ewolucji koncepcji systemów zdrowotnych na przestrzeni ostatnich kilku dekad, począwszy od lat 60. XX wieku, gdy zdrowie publiczne musiało zmierzyć się z przemianami społecznymi związanymi z postkolonializmem. Konferencja Alma Ata i związana z nią deklaracja *Health for All* (1978r.) po raz pierwszy wyeksponowała rolę podstawowej opieki zdrowotnej w systemach opieki zdrowotnej. Popularność neoliberalizmu w latach 80. i nacisk na opłacalność strategii zdrowotnych spowodowała jednak pojawienie się koncepcji selektywnej podstawowej opieki zdrowotnej. Począwszy od lat 90., nowe projekty systemów zdrowotnych cechują się coraz większą złożonością [30]. Wynika to między innymi z faktu, że ewolucja i funkcjonowanie systemów zdrowotnych jest nierozzerwalnie związane z polityką danego państwa [31] i dotyczy każdego obywatela. Co więcej, medycy są jego elementem również od strony zawodowej. Systemy różnią się w poszczególnych krajach w zależności od ich historii, sytuacji epidemiologicznej i warunków ekonomicznych [32], również pod względem udziału sektora prywatnego [33], a próba porównania ich pod względem funkcjonalności jest bardzo trudnym zadaniem [34]. Autorzy wyróżniają trzy podstawowe systemy: model Beveridge'a (finansowany z podatków), Bismarcka (oparty na powszechnych ubezpieczeniach społecznych) [34, 35, 36] oraz system płatności bezpośrednich (ang. *out-of-pocket*, OOP) [37, 38], podkreślając przy tym ograniczenia związane z taką próbą klasyfikacji systemów zdrowotnych bez szerszego kontekstu socjoekonomicznego, jak również zaznaczając, że w wielu krajach występują modele mieszane [36]. System oparty o płatności bezpośrednie dokonywane w momencie świadczenia usług zdrowotnych cechuje się najbardziej nieefektywnym i nierównościowym podejściem do finansowania opieki zdrowotnej [37, 38].

Reformowanie systemu opieki zdrowotnej jest procesem wymagającym pogodzenia wielu często sprzecznych ze sobą interesów i konieczny jest dialog społeczny w tym zakresie [35]. Wspólnym mianownikiem wszystkich działań wzmacniających systemy zdrowotne powinno być dążenie do powszechnej opieki zdrowotnej, rozumianej jako dostęp do opieki wysokiej jakości dla całej społeczności bez nadmiernego obciążenia finansowego dla poszczególnych jej członków [27, 39]. Nauczanie o systemach zdrowotnych



(ang. *health systems science*) powinno być integralną częścią programu nauczania uczelni medycznych w celu zwiększenia kompetencji ich absolwentów [40, 41, 42].

Autorzy: Agata Okulus, Wiktoria Izdebska, Aleksandra Gładyś, Karolina Sabczewa i Martyna Szczerbakow

Referencje:

- [1] Rocznik demograficzny Głównego Urzędu Statystycznego 2019
- [2] Serwis Ministerstwa Zdrowia i NFZ. Programy Profilaktyczne <https://pacjent.gov.pl/programy-profilaktyczne>
- [3] Krajowy Rejestr Nowotworów. Raport za lata 1997-2016 <http://onkologia.org.pl/raporty/>
- [4] Krajowy Rejestr Nowotworów. Profilaktyka nowotworowa. <http://onkologia.org.pl/profilaktyka-nowotworowa/>
- [5] Narodowy Fundusz Zdrowia. Dane o realizacji programów według stanu na 1 sierpnia 2020. Cytologia – objęcie populacji oraz Mammografia – objęcie populacji. <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/dane-o-realizacji-programow/>
- [6] Serwis Rzeczypospolitej Polskiej. Program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2019-2022. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-badan-przesiewowych-noworodkow-w-polsce-na-lata-2019-2022>
- [7] Janiak M., Głowacka P., Kopeć A., Staśkiewicz A. Czynniki determinujące zgłaszalność na badania kolonoskopowe w Programie Badań Przesiewowych raka jelita grubego w Polsce. *Gastroenterologia Kliniczna* 2016, tom 8, nr 4, 142–151
- [8] UNESDOC Digital Library, Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (pol). https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_pol
- [9] Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. <https://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm>
- [10] World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia). Access to essential medicines as part of the right to health. https://www.who.int/medicines/areas/human_rights/en/
- [11] World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia). Universal health coverage. https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1
- [12] Polityka Zdrowotna “100 mln ludzi na świecie żyje w skrajnym ubóstwie z powodu kosztów opieki zdrowotnej” <https://www.politykazdrowotna.com/31307,100-mln-ludzi-na-swiecie-zyje-w-skrajnym-ubostwie-z-powodu-kosztow-opieki-zdrowotnej>
- [13] Narodowy Fundusz Zdrowia - Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki w Szczecinie, Uprawnieni do świadczeń. http://www.nfz-szczecin.pl/lipdu_uprawnieni_do_swiadczen.htm
- [14] Wikipedia. System opieki zdrowotnej w Polsce https://pl.wikipedia.org/wiki/System_opieki_zdrowotnej_w_Polsce
- [15] Wikipedia. Lista leków podstawowych Światowej Organizacji Zdrowia. https://pl.wikipedia.org/wiki/List%C3%B3w_podstawowych_%C5%9Awiatowej_Organizacji_Zdrowia
- [16] World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia). Health systems governance. https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance#tab=tab_1
- [17] Biotechnologia.pl. “WHO: należy zwiększyć dostęp do leków generycznych na świecie”. <https://biotechnologia.pl/farmacja/who-nalezy-zwiekszyc-dostep-do-lekow-generycznych-na-swiecie,19140>
- [18] Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, Komunikat dotyczący dostępności do leków, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-dotyczacy-dostepnosci-do-lekow>
- [19] JLN; Cunningham AA; Daszak P; Wood. “One Health, Emerging Infectious Diseases and Wildlife: Two Decades of Progress?” *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological*



- Sciences, U.S. National Library of Medicine, 2017, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28584175/>
- [20] Kouadio IK; Aljunid S; Kamigaki T; Hammad K; Oshitani H; Isidore K. "Infectious Diseases Following Natural Disasters: Prevention and Control Measures." *Expert Review of Anti-Infective Therapy*, U.S. National Library of Medicine, 2011, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22149618/>
- [21] S; Esposito. "Infectious Diseases: Pathophysiology, Diagnostics and Prevention." *International Journal of Molecular Sciences*, U.S. National Library of Medicine, 2016, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27598145/>
- [22] NI; Nii-Trebi. "Emerging and Neglected Infectious Diseases: Insights, Advances, and Challenges." *BioMed Research International*, U.S. National Library of Medicine, 2017, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28286767/>
- [23] Frenk, J., Gómez-Dantés, O. and Moon, S. 2014, From sovereignty to solidarity: a renewed concept of global health for an era of complex interdependence. *The Lancet*, 383(9911), pp.94-97.
- [24] Peters, D.H. Health policy and systems research: the future of the field. *Health Res Policy Sys* 16, 84 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0359-0>
- [25] Migrants' health: Building migrant-sensitive health systems
Simone Villa, Mario Carlo Raviglione, *Journal of Public Health Research* 2019; volume 8:1592
- [26] Marc Mitchell & Lena Kan (2019): Digital Technology and the Future of Health Systems, *Health Systems & Reform*, DOI: 10.1080/23288604.2019.1583040
- [27] World Health Organization 2010, Health systems financing: the path to universal coverage. World health report 2010. [online] Geneva: World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/whr/2010/en/> [Accessed 21 Jun. 2019].
- [28] National health inequality monitoring: a step-by-step manual. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- [29] UNICEF. The UNICEF Health Systems Strengthening Approach. <https://www.unicef.org/media/60296/file>
- [30] van Olmen et al.: Health systems frameworks in their political context: framing divergent agendas. *BMC Public Health* 2012 12:774.
- [31] World Health Organization. A framework for national health policies, strategies and plans. https://www.who.int/nationalpolicies/FrameworkNHPSP_final_en.pdf
- [32] Ruggles, B. M., Xiong, A., & Kyle, B. (2019). Healthcare coverage in the US and Japan. *Nursing*, 49(4), 56–60. doi:10.1097/01.nurse.0000553277.03472.d8
- [33] Hipgrave, D. B., Alderman, K. B., Anderson, I., & Soto, E. J. (2014). Health sector priority setting at meso-level in lower and middle income countries: Lessons learned, available options and suggested steps. *Social Science & Medicine*, 102, 190–200. doi:10.1016/j.socscimed.2013.11.056
- [34] Funkcjonowanie współczesnych modeli ochrony zdrowia, Białynicki-Birula, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie nr 759, 2007
- [35] Polski system ochrony zdrowia – Perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej, Marcin Kolwicz, *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 2010, 56, 3, 131–143
- [36] World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Thomson, Sarah, Foubister, Thomas & Mossialos, Elias. (2009). Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326415>
- [37] World Health Organization. Out-of-pocket payments, user fees and catastrophic expenditure. https://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/out-of-pocket-payments/en/
- [38] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Care Services; Board on Global Health; Committee on Improving the Quality of Health Care Globally. Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide. Washington (DC): National Academies Press (US); 2018 Aug 28. 7, Embedding Quality Within Universal Health Coverage. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535659/>
- [39] World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2017). Strengthening health systems towards universal health coverage : an introduction to the department of health system development. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260169>



- [40] Gonzalo JD, Ogrinc G. Health Systems Science: The "Broccoli" of Undergraduate Medical Education. *Acad Med.* 2019;94(10):1425-1432. doi:10.1097/ACM.0000000000002815
- [41] Davis CR, Gonzalo JD. How Medical Schools Can Promote Community Collaboration Through Health Systems Science Education. *AMA J Ethics.* 2019;21(3):E239-E247. Published 2019 Mar 1. doi:10.1001/amajethics.2019.239
- [42] Riegelman R. Commentary: Health systems and health policy: a curriculum for all medical students. *Acad Med.* 2006;81(4):391-392. doi:10.1097/00001888-200604000-00014

