

MAŁGORZATA ZATORSKA-ZOŁA

Opieka zdrowotna i zdrowie publiczne w Rzeszowie

1. Uwagi wstępne

Głównym zagadnieniem, które stanowi przedmiot niniejszego opracowania, jest opieka zdrowotna i zdrowie publiczne w Rzeszowie. A czym jest zdrowie publiczne? Obecny minister zdrowia K. Radziwiłł twierdzi, że „mamy problem z definicją, ponieważ często uznaje się, że zdrowiem publicznym jest to, co dotyczy zdrowia, a nie jest opieką zdrowotną”¹, i dalej minister dodaje: „To jest wszystko: zarówno to, co można robić w zakresie bardzo wczesnej profilaktyki i interwencji, jak i organizacji opieki”². Definicji jest wiele, we wszystkich przewija się troska o zachowanie i umacnianie zdrowia. Analiza szczegółowych zagadnień składających się na problem główny koncentrować się będzie przede wszystkim na relacjach pomiędzy organizacją ochrony zdrowia oraz jej dostępnością i jakością a społecznie uwarunkowanymi problemami korzystania z usług publicznej służby zdrowia w Rzeszowie.

Wśród czynników warunkujących zdrowie zarówno jednostki, jak i zbiorowości we wszystkich modelach wymienia się opiekę medyczną. W biomedycznym modelu zdrowia przypisuje się jej szczególną rolę, co ma związek z rozwojem nauk medycznych (nowe technologie medyczne związane z diagnostyką i leczeniem wcześniej nieuleczalnych chorób).

Zdrowie publiczne – w ujęciu definicji Światowej Organizacji Zdrowia – jest to zorganizowany wysiłek społeczny realizowany głównie przez wspólne działanie instytucji publicznych mające na celu polepszanie, promocję, ochronę i przywracanie zdrowia ludności. Obejmuje m.in. takie rodzaje działalności jak analiza sytuacji zdrowotnej, nadzór zdrowotny, promocja

¹ PAP, *Radziwiłł zapowiada zmiany w ustawie o zdrowiu publicznym*, www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Radziwill-zapowiada-zmiany-w-ustawie-o-zdrowiu-publicznym,157645,14.html, data dostępu: 29.12.2015.

² Tamże.

zdrowia, zapobieganie, zwalczanie chorób zakaźnych, ochrona środowiska oraz działania przygotowawcze na wypadek katastrof i nagłych sytuacji zdrowotnych. „Zdrowie jest w ludzkiej kulturze obiektem powszechnego zainteresowania i odwiecznym celem pożądania. Jako dobro szczególnie cenne stało się ono przedmiotem wielowiekowej refleksji oraz różnych działań indywidualnych i zbiorowych podejmowanych na rzecz jego ochrony”³. Opieka zdrowotna może być analizowana na dwóch poziomach: poziomie mikro – relacja lekarz – pacjent i poziomie makro – polityka zdrowotna, która powinna być realizowana przez zastosowanie zasady równego dostępu do usług medycznych wysokiej jakości. Zasada równości obywateli (pacjentów) w dostępie do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych wynika z zapisów Konstytucji (art. 68) i oznacza, że obywatele nie mogą być dyskryminowani w jakikolwiek sposób.

„Postrzeganie zdrowia zawsze dokonuje się przez pryzmat społeczno-kulturowych uwarunkowań, w jakich żyją ludzie. Taka sytuacja jest przyczyną rozbieżności w określaniu tego, czym jest zdrowie, a czym choroba. Jednocześnie jest to punkt odniesienia w ocenie zdrowia jako jednej z wartości życiowych”⁴. System zdrowia publicznego ma bezpośredni wpływ na jakość życia społeczeństwa. Zdrowe miasto winno być przyjazne dla swoich mieszkańców, oferując im m.in. miejsca do aktywności fizycznej i kulturalnej, zdrowe i bezpieczne środowiska pracy, nauki i wypoczynku, dostęp do opieki zdrowotnej. Powinno działać w celu wyeliminowania nierówności w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych.

W Rzeszowie daje się zauważyć dużą aktywność miasta na polu polityki prozdrowotnej, w czym zawierają się m.in.: bezpłatne programy profilaktyczne, stałe poszerzanie zakresu usług medycznych, utworzenie Wydziału Medycznego na Uniwersytecie Rzeszowskim, jak również działania motywujące do zwiększenia aktywności fizycznej mieszkańców miasta, w tym m.in. stworzenie i rozbudowa ścieżek rowerowych, obiektów sportowych, organizowanie i współorganizowanie licznych akcji prozdrowotnych oraz konferencji medycznych o zasięgu krajowym i międzynarodowym.

Kolejnym zagadnieniem niniejszego artykułu będzie dostępność do leczenia w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, a zwłaszcza problematyka związana z oczekiwaniem do specjalistów (tzw. listy oczekujących). Jed-

³ Z. Zalewski, *Wstępny zarys problematyki. Bioetyka a zdrowie publiczne* [w:] C.W. Włodarczyk, D. Shickle, K. Czabanowska, N.E. Moran (red.), *Zdrowie publiczne w krajach europejskich*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007, s. 25.

⁴ R. Bogusz, *Społeczno-kulturowy wymiar zdrowia i choroby* [w:] A. Majchrowska (red.), *Wybrane elementy socjologii*, Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2003, s. 54.

nym z zadań polityki zdrowotnej było i jest nadal (w związku z wciąż trwającą reformą w ochronie zdrowia) stworzenie mechanizmów wzmocnienia znaczenia systemu opieki zdrowotnej, a także ocena skuteczności i efektywności tego systemu. Zagadnienia, które stanowią przedmiot niniejszego opracowania, są analizowane na podstawie danych udostępnianych przez: Wydział Zdrowia Urzędu Miasta Rzeszowa, Podkarpacki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia, Podkarpacki Urząd Wojewódzki – Wydział Polityki Społecznej, Naczelną Izbę Lekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek, GUS, jak również SP ZOZ nr 1 w Rzeszowie. K. Kajdanek zauważa, że „agregacji danych nie sprzyja zróżnicowanie zakładów opieki zdrowotnej pod względem organizacyjnym i własnościowym. Należy wskazać na duże zindywidualizowanie w charakterze prawnym i organizacyjnym organów założycielskich w sektorze publicznym (administracja państwowa, odpowiednie szczeble samorządu terytorialnego: gmina, powiat, województwo) oraz w sektorze prywatnym (spółki prawa cywilnego, handlowego, fundacje, stowarzyszenia, kościoły i zakony, związki wyznaniowe i inne)”⁵. Dane uzyskane w czasie opracowywania publikacji odnoszą się do osób zamieszkałych w powiecie rzeszowskim ziemskim i grodzkim, nie uwzględniają populacji wywodzącej się spoza tych rejonów.

2. Sytuacja demograficzno-zdrowotna w Rzeszowie

Zgodnie z ewidencją prowadzoną przez Wydział Spraw Obywatelskich w Rzeszowie liczba mieszkańców wynosi 186 392 (stan na 14 sierpnia 2015 r.), w tym kobiet 96 937, mężczyzn 86 727. Są to osoby zameldowane na pobyt stały i czasowy. Statystyka urodzeń wykazuje, że w 2013 r. urodzonych i zamieszkałych w Rzeszowie było 1958 dzieci, w tym chłopców 1007, dziewczynek 951, co wskazuje na zwiększanie się liczby urodzeń w stosunku do lat ubiegłych. Jeśli chodzi o zgony, w roku 2013 w Rzeszowie wynosiły one ogółem 1398, w tym 722 mężczyzn i 676 kobiet. Dane dotyczące zgonów utrzymują się od kilku lat na zbliżonym poziomie. Najczęściej (dane GUS) zgony w Rzeszowie w latach 2002–2013 spowodowane były chorobami układu krążenia (44,6%) i chorobami nowotworowymi (26,8%). Pociągające jest to, że mieszkańcy Rzeszowa, podobnie jak i całego woje-

⁵ K. Kajdanek, *Opieka zdrowotna i zdrowie publiczne* [w:] S.W. Kłopotek, M. Błaszczuk, J. Pluta (red.), *Problemy społeczne w przestrzeni Wrocławia*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2010, s. 186.

wództwa podkarpackiego, są jednymi z najdłużej żyjących w Polsce. „Noworodek płci męskiej urodzony na Podkarpaciu w 2012 r. będzie żył przeciętnie 74,3 lat; jest to najwyższy wskaźnik wśród województw (kraj – 72,3 lat). Przeciętne dalsze trwanie życia dla noworodka płci żeńskiej wynosi 82,1 lat; jest to drugi pod względem wielkości wskaźnik wśród województw (większy ma tylko woj. podlaskie – 82,3; kraj – 81,0”⁶. Jeśli chodzi o hospitalizację mieszkańców Rzeszowa, leczonych w szpitalach ogólnych w województwie wg wieku i przyczyn, zauważalny jest spadek pobyków w szpitalu zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Zachorowalność dzieci i młodzieży (0–18 lat) w powiecie rzeszowskim ziemskim i grodzkim (osoby będące po opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w 2014 r. wynosiła ogółem 2519 (wskaźnik na 100 tys. ludności). Zachorowalność ludności w wieku 19 lat i więcej w powiecie rzeszowskim ziemskim i grodzkim (osoby będące po opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w 2014 r. wynosiła ogółem 4909,2 (wskaźnik na 100 tys. ludności). W obydwu grupach wiekowych zauważa się spadek zachorowalności w stosunku do 2013 r.

W województwie podkarpackim w 2012 r. zarejestrowano 7949 nowych przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe, w tym 4267 u mężczyzn i 3682 u kobiet. Należy zauważyć, że w stosunku do 2003 r. zachorowania wzrosły ogółem o 14,1%. W populacji kobiet zanotowano wzrost zachorowań o 16,7%, natomiast w populacji mężczyzn o 12,0%.

W 2012 r. najczęściej rozpoznawanymi nowotworami u mężczyzn były nowotwory złośliwe gruczołu krokowego (16%), płuca (12%) i jelita grubego (6%). Największą zachorowalność u mężczyzn obserwowano w powiatach: m. Krośnie, m. Rzeszowie i w leskim, najniższą w powiatach tarnobrzeskim i ropczycko-sędziszowskim. W tym samym okresie najczęściej rozpoznawanymi nowotworami u kobiet były nowotwory złośliwe piersi (20%), skóry (9%) i trzonu macicy (8%). Najwyższy wskaźnik zachorowalności stwierdzono w powiatach: m. Tarnobrzegu, mieleckim i w m. Rzeszowie. Najmniejszą zachorowalność zaobserwowano w powiatach kolbuszowskim, przemyskim i leskim⁷. W Rzeszowie zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe mężczyzn i kobiet przedstawiają tabele 1, 2, 3, 4.

⁶ Szerzej zob. „Rynek Zdrowia” 2014, nr 4, s. 24.

⁷ M. Grądzka-Lampart, A. Radziszewska, A. Patro, J. Gawęłko, *Nowotwory złośliwe w województwie podkarpackim w 2012 roku*, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. F. Chopina, Podkarpackie Centrum Onkologii, Zakład Epidemiologii i Podkarpacki Rejestr Nowotworów, Rzeszów 2014, s. 7.

Tabela 1. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe mężczyzn w Rzeszowie w 2012 r.

Umiejscowienie nowotworu	Liczba bezwzględna	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany	Wskaźnik struktury %
Województwo podkarpackie	4267	409,4	274,9	100,0
Miasto Rzeszów ogółem	425	498,0	322,6	100,0

Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe mężczyzn w Rzeszowie

Gruzoł krokowy	71	83,2	53,5	16,7
Oskrzela	59	69,1	46,8	13,9
Jelito grube	48	56,2	35,2	11,3
Skóra	47	55,1	29,6	11,1
Nerka	32	37,5	26,0	7,5

Tabela 2. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe kobiet w Rzeszowie w 2012 r.

Umiejscowienie nowotworu	Liczba bezwzględna	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany	Wskaźnik struktury %
Województwo podkarpackie	3682	338,9	196,8	100,0
Miasto Rzeszów ogółem	371	388,8	226,9	100,0

Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe kobiet w Rzeszowie

Pierś	84	88,0	56,1	22,6
Skóra	53	55,5	25,4	14,3
Jelito grube	26	27,2	13,3	7,0
Trzon macicy	26	27,2	16,1	7,0
Nerka	21	22,0	13,2	5,7

Tabela 3. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe mężczyzn w Rzeszowie w 2012 r.

Umiejscowienie nowotworu	Liczba bezwzględna	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany	Wskaźnik struktury %
Województwo podkarpackie	2406	230,8	147,6	100,0
Miasto Rzeszów ogółem	184	215,6	127,5	100,0

Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w Rzeszowie

Oskrzela	48	56,2	35,1	26,1
Żołądek	21	24,6	14,7	11,4
Gruzoł krokowy	19	22,3	9,6	10,3
Jelito grube	12	14,1	7,9	6,5
Trzustka	9	10,5	5,9	4,9

Tabela 4. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe kobiet w Rzeszowie w 2012 r.

Umiejscowienie nowotworu	Liczba bezwzględna	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany	Wskaźnik struktury %
Województwo podkarpackie	1748	160,9	79,4	100,0
Miasto Rzeszów ogółem	166	173,9	79,5	100,0

Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe w Rzeszowie

Oskrzela	22	23,1	10,6	13,3
Pierś	20	21	10,3	12
Jelito grube	16	16,8	7,2	9,6
Jajnik	11	11,5	5,0	6,6
Macica	10	10,5	5,1	6,0

Źródło: M. Grądańska-Lampart, A. Radziszewska, A. Patro, J. Gawełko, *Nowotwory złośliwe w województwie podkarpackim w 2012 roku*, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. F. Chopina, Podkarpackie Centrum Onkologii, Zakład Epidemiologii i Podkarpacki Rejestr Nowotworów, Rzeszów 2014, s. 152–155

3. Funkcjonowanie ochrony zdrowia

O strukturze i funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce decydują akty prawne różnej rangi – od najwyższego począwszy, czyli Konstytucji, poprzez ustawy i rozporządzenia Ministra Zdrowia, a od czasu wejścia Polski do UE różnorakie dyrektywy i decyzje unijne. Przede wszystkim jednak jego funkcjonowanie uwarunkowane jest stanem gospodarki, a co za tym idzie – wielkością wydatków na zdrowie. „Wiedza ekonomiczna o funkcjonowaniu ochrony zdrowia stwarza podstawy do podejmowania racjonalnych decyzji i prowadzenia dialogu na tematy, które są szczególnie ważne dla każdego człowieka i dla wszystkich uczestników systemu”⁸. Społeczeństwo polskie jest ciągle niezadowolone, zniecierpliwione i coraz głośniej narzeka na rodzimą ochronę zdrowia, domagając się efektywnych zmian w jej funkcjonowaniu. Wprawdzie kolejne ekipy rządzące przedstawiają projekty różnych zmian, jednak większość z nich albo nie wyszła poza etap planowania, albo jest niezadowolająca. Może jest też tak, że jesteśmy społeczeństwem narzekającym. Zmiany systemu wymagają długofalowych działań i współpracy różnych środowisk, a w głównej mierze środowisk politycznych, które obecnie nie są w stanie przyjąć jednolitej płaszczyzny

⁸ E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, LEX a Wolters Kluwer Bussines, Warszawa 2011, s. 15.

postępowania w tym zakresie. W przypadku reform w ochronie zdrowia najczęstszą strategią, jak można zauważyć, są bądź powierzchowne (kosmetyczne czy raczej pozorne) zmiany, bądź też zaniechanie jakichkolwiek działań ukierunkowane na tzw. przeczekanie. Ten sposób postępowania elit politycznych doprowadził do sytuacji, w której zmiany systemowe i polityczne nie przyczyniły się do zdecydowanej poprawy sytuacji w ochronie zdrowia. W dalszym ciągu pacjenci narzekają na trudny dostęp do leczenia w ramach NFZ (długi czas oczekiwania na wizyty do specjalistów oraz dostępność zabiegów). Problem w tym zakresie dostrzeżony również został w publikacji K. Kajdanek *Opieka zdrowotna i zdrowie publiczne*. Autorka wskazuje m.in., iż z „badań ogólnopolskich wiadomo, że Polacy najchętniej w przypadku drobnych dolegliwości leczą się domowymi sposobami lub kupują dostępne farmaceutyki bez recepty, korzystając co najwyżej z porad i sugestii farmaceutów. Do lekarza udają się z poważniejszymi dolegliwościami lub kiedy niedyspozycja musi być udokumentowana zwolnieniem lekarskim. Trudno jednoznacznie rozstrzygnąć, na ile brak kontroli stanu zdrowia wynika z trudności związanych z uzyskaniem odpowiednich skierowań od lekarzy pierwszego kontaktu, a na ile jest spowodowany lekceważeniem profilaktyki zdrowotnej”⁹. Ironizując, można odwołać się w tym zakresie do ludowych metod leczenia, które znane były od wieków, o czym wspomina w swoim dziele *Kultura ludowa Słowian* K. Moszyński.

Należy również w tym miejscu podjąć inny wątek, który ma wpływ na strukturę i formę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce, na co zwracają uwagę niektórzy publicyści zajmujący się problematyką służby zdrowia, a mianowicie: zwiększanie finansowania ochrony zdrowia nie uzdrawia systemu, a raczej poprawia sytuację ekonomiczną jednej grupy zawodowej, co jest szczególnie widoczne w zakresie dysproporcji płac lekarzy i pozostałych grup medycznych (pielęgniarek, diagnostów, rehabilitantów, ratowników medycznych). Sytuacja ta w szerszym kontekście prowadzi do destabilizacji systemu. Uwarunkowania te negatywnie odbijają się nie tylko na pracownikach ochrony zdrowia, ale także na jakości świadczonych usług, a co za tym idzie – na najważniejszym uczestniku systemu – pacjencie.

Finansowanie ochrony zdrowia, a zwłaszcza mechanizmy i sposoby finansowania, to temat bardzo rozległy, budzący wiele emocji zarówno wśród świadczeniobiorców, świadczeniodawców, jak i decydentów, a także ekonomistów zajmujących się ochroną zdrowia, E. Nojszewska pisze: „Nie

⁹ K. Kajdanek, *Opieka zdrowotna i zdrowie publiczne* [w:] S.W. Kłopotek, M. Błaszczuk, J. Pluta (red.), *Problemy społeczne w przestrzeni Wrocławia...*, s. 198.

ma bowiem takich pieniędzy, jakich nie wchłonełaby opieka zdrowotna, można by na nią przeznaczyć nawet cały PKB”¹⁰.

Autorzy Akademii Zdrowia 2030 radzą, by wydatki na zdrowie traktować jako inwestycję w rozwój państwa, która pozytywnie wpływa na PKB i podnosi komfort życia obywateli. Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł zapowiedział zmianę sposobu finansowania, a mianowicie: przeniesienie finansowania systemu ochrony zdrowia na budżet państwa, tak jak ma to miejsce w Finlandii, Hiszpanii czy Wielkiej Brytanii¹¹. Cele polityki zdrowotnej państwa, w tym systemu ochrony zdrowia jako tego, który ma te cele realizować, określane są w dokumentach rządowych w ramach prac nad długookresowymi strategiami rozwoju kraju. Strategiczne dokumenty opracowywane są, a przynajmniej powinny być, przez samorządy wojewódzkie posiadające w tej dziedzinie kompetencje.

W Rzeszowie, podobnie jak na całym Podkarpaciu i w Polsce, nie istnieje jeden urząd czy instytucja kreująca politykę zdrowotną, stąd trudności w jej koordynacji. Dopóki nie zostanie opracowana „mapa potrzeb zdrowotnych”, to trudno będzie prowadzić politykę zdrowotną właściwie określającą potrzeby zdrowotne miasta, regionu, kraju (m.in. liczba i struktura łóżek). Jak z tego można wywnioskować, obecna polityka zdrowotna prowadzona jest w oparciu o doraźne potrzeby oraz opłacalność procedur, a to oczywiście nie ma żadnego związku z planowaniem w tym zakresie. Samorząd województwa w porozumieniu z powiatami i gminami właśnie na podstawie „mapy potrzeb zdrowotnych” powinien tworzyć regionalne strategie ochrony zdrowia, które winny stanowić filar potrzeb zdrowotnych danego obszaru (miasta).

W 2014 r. w Rzeszowie funkcjonowało 9 szpitali ogólnych (tylko z łózkami stacjonarnymi), w tym 4 szpitale publiczne (podmioty niebędące przedsiębiorcami), 4 szpitale niepubliczne (podmioty będące przedsiębiorcami) oraz szpital MSW. W szpitalach tych było 2270 łóżek, z czego w podmiotach niebędących przedsiębiorcami 2104 łóżka. Ponadto w Rzeszowie funkcjonują inne podmioty lecznicze publiczne i niepubliczne. Z „Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w Rzeszowie” wynika, że leczenie stacjonarne jednego dnia oferuje 21 podmiotów, leczenie ambulatoryjne specjalistyczne 99 podmiotów, leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej 49 podmiotów. Na uwagę zasługuje fakt, że 8 podmiotów realizuje leczenie w domu pacjenta, a 2 w trybie hostelowym. Stacjonarną długoterminową opiekę pielęgnacyjną realizuje 7 podmiotów, a długoter-

¹⁰ Tamże, s. 20.

¹¹ K. Lisowska, *Minister zdrowia zapowiada ewolucję*, „Rynek Zdrowia” 2015, nr 12, s. 13.

minową opiekę pielęgniarską w domu pacjenta 4 podmioty. W zakresie rehabilitacji 5 podmiotów działa w trybie stacjonarnym, ambulatoryjnie 50 podmiotów, rehabilitację w domu pacjenta realizuje 21 podmiotów. Mieszkańcy Rzeszowa mogą korzystać z nocnej i świątecznej pomocy medycznej, którą zabezpieczają 3 podmioty. Przedstawiając liczbę placówek medycznych, nie można pominąć zestawień liczbowych podstawowego personelu medycznego – lekarzy i pielęgniarek. W 2014 r. w powiecie rzeszowskim grodzkim i ziemskim pracowało (w liczbach bezwzględnych) 1259 lekarzy, 2550 pielęgniarek, 490 położnych (bez resortów: MON, MSWiA i sprawiedliwości). Wskaźnik na 10 tys. ludności wynosił: lekarze – 35,8, pielęgniarki – 72,5, położne – 13,9. Liczba lekarzy w Polsce to 143 226, ale wykonujących zawód 131 156 (stan na 10 listopada 2015 r. wg Naczelnej Izby Lekarskiej). Liczba pielęgniarek to 282 522 i 35 454 położne (stan na 31 grudnia 2014 r. wg Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych). Wskaźnik na 1000 mieszkańców w Polsce wynosił: 2,2 lekarza, 5,4 pielęgniarki. Tak więc sytuacja w Rzeszowie, jeśli chodzi o liczbę personelu medycznego, w porównaniu do reszty kraju wygląda znacznie korzystniej. Na wysoki wskaźnik personelu pielęgniarskiego wpływa zapewne duża liczba szkół pielęgniarskich w województwie podkarpackim: pięć kształci na studiach I stopnia (licencjat pielęgniarstwa), a Uniwersytet Rzeszowski na studiach II stopnia (mgr pielęgniarstwa). Wyższy wskaźnik lekarzy w stosunku do innych części kraju może mieć swoje źródło w tym, że młodzi ludzie wyjeżdżają na studia medyczne, a następnie wracają w rodzinne strony. W Rzeszowie i okolicy powstają nowe i atrakcyjne miejsca pracy, nowoczesne, dobrze wyposażone placówki medyczne z możliwością specjalizacji w takich dziedzinach, w których jeszcze kilka lat wcześniej nie było możliwości zdobywania specjalizacji. Medycy z Rzeszowa zapewne też rzadziej niż ich koledzy np. z Wrocławia czy Szczecina migrują na Zachód, ale tego typu danych nie uzyskano.

Z analizy dostępnych informacji wyłania się obraz rzeszowskiej służby zdrowia dotkniętej problemami systemowymi związanymi z kształtem niekończącej się reformy służby zdrowia w Polsce. „Zdrowie i jego ochrona odgrywają szczególną rolę dla każdego człowieka i dlatego dostępność i jakość świadczeń stanowi przedmiot szczególnego zainteresowania i dbałości nie tylko pacjentów i świadczeniodawców, ale także rządu. Jednakże funkcjonowanie ochrony zdrowia jest szczególnie złożone, zaś na państwie spoczywają obowiązki związane organizacją tego systemu”¹². Wiele spośród wskazanych problemów ma swoje źródło w nierozwiązanej do końca kwestii dostępności opieki zdrowotnej, w tym zwłaszcza podstawowej opieki

¹² E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia w Polsce...*, s. 15.

zdrowotnej, która jest głównym i fundamentalnym ogniwem całego systemu. Lekarz POZ powinien działać w zespole profesjonalistów medycznych o szeroko zdefiniowanych kompetencjach. Praca zespołów POZ powinna być wspierana także przez innych fachowych pracowników o określonych i specyficznych kompetencjach. Zespoły te powinny być wyposażone w skuteczne narzędzia do polityki zdrowotnej, w tym stosowne regulacje prawne i instrumenty finansowe¹³.

Kolejne problemy pacjentów to utrudniona i wydłużona dostępność do lekarzy specjalistów, długi czas oczekiwania na wysokospecjalistyczne usługi medyczne. W związku z tym resort zdrowia opracował pakiet kolejki dotyczący ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, proponując kilka zmian mających na celu zwiększenie liczby wizyt u specjalistów i jednocześnie skrócenie czasu oczekiwania na taką wizytę. Zaproponowane zmiany mają też na celu motywowanie do szybkiej diagnostyki ułatwiającej przeprowadzenie skutecznego leczenia, a tym samym sprawne przejście pacjenta przez procedury medyczne. Jednak w tym miejscu pojawia się kolejny nierozstrzygnięty problem związany z limitowaniem usług zdrowotnych przez NFZ. Szpitale, jak można wnosić z zaobserwowanej praktyki, byłyby w stanie wykonać więcej procedur medycznych, jednak mając w perspektywie ograniczone możliwości odzyskania poniesionych kosztów (NFZ pokrywa całkowicie koszty procedur ratujących życie, natomiast w innych przypadkach podpisywane są ugody z placówkami medycznymi na zwrot części poniesionych kosztów przez świadczeniodawcę), tego nie podejmują, dlatego placówki medyczne po zrealizowaniu kontraktu, broniąc się przed tzw. nadwykonaniami, wpisują pacjentów na listy oczekujących.

Oto kilka przykładów oczekiwania na świadczenia medyczne w Rzeszowie: do poradni chirurgii naczyniowej 173 dni, oczekujących 319 osób (stan na 18 grudnia 2015 r.), do poradni kardiochirurgicznej 141 dni, oczekujących 41 osób (stan na 11 grudnia 2015 r.), do poradni hematologicznej 196 dni, oczekujące 172 osoby (stan na 13 grudnia 2015 r.), do poradni neurochirurgicznej 144 dni, oczekujących 167 osób (stan na 11 grudnia 2015 r.). W zakresie leczenia szpitalnego najdłużej i najwięcej pacjentów oczekuje na zabieg dotyczący soczewki oka (zaćma), w niektórych placówkach nawet 333 dni (stan na 18 grudnia 2015 r.). Długi czas oczekiwania dotyczy endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego – od 90 dni do ponad roku (tutaj decydujący wpływ ma popularność lekarzy zatrudnionych w poszczególnych oddziałach). Około 90 dni oczekuje się na Oddział

¹³ A. Mądrala (red.), *System ochrony zdrowia w Polsce*, Akademia Zdrowia 2030, Warszawa 2013, s. 27.

Rehabilitacji dla Dzieci (stan na 11 grudnia 2015 r.). Tak wydłużony czas oczekiwania w placówkach publicznych powoduje, że pacjenci coraz liczniej korzystają ze świadczeń odpłatnych w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Stąd jak grzyby po deszczu powstają różnorodne podmioty, w tym w zakresie leczenia jednego dnia. Pacjent po zabiegu opuszcza ten zakład jeszcze w tej samej dobie – jest to może wygodne dla pacjentów, ale też korzystne dla tych zakładów przede wszystkim ze względu na koszty. Pomimo że dostęp do świadczeń w publicznych placówkach ochrony zdrowia powinien być powszechny, równy i oferowany bez zbędnej zwłoki, to ze względu na różne ograniczenia, przede wszystkim finansowe, nie może być oferowany bez ograniczeń.

Poza dostępnością do usług jako bardzo ważnym aspektem na jakość świadczeń zdrowotnych składa się m.in. fachowość, wiedza, a co za tym idzie – kompetencje personelu medycznego. Pacjent, przebywając w placówce zdrowotnej, bez względu na to, czy jest to publiczny czy niepubliczny zakład, powinien mieć poczucie bezpieczeństwa, poszanowania godności i zapewnioną intymność. Ma prawo do szczegółowych informacji o swoim stanie zdrowia i leczeniu. Tymczasem dobra komunikacja z pacjentem i jego rodziną, w tym umiejętność nawiązywania rozmowy, przedstawienie planu leczenia i aktywne słuchanie, to ciągle w wielu placówkach i wielu przypadkach sfera pobożnych życzeń. A jest to tak ogromnie ważne i wpływające na ocenę poziomu świadczeń medycznych (tak wynika z badania satysfakcji pacjentów). Oprócz wymienionych wyżej elementów jakość to również wyposażenie w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną, zasoby kadrowe, stan techniczny budynków, warunki socjalne (wyżywienie, zaplecze sanitarne) i oczywiście odpowiedzialne zarządzanie.

A. Donabedian – jeden z twórców nowoczesnego systemu poprawy jakości w medycynie – zauważył, że jakość opieki zdrowotnej zależy od trzech wzajemnie przenikających się czynników: jakości technicznej, relacji osobowych pomiędzy uczestnikami procesu leczenia oraz warunków lokalowych i czasowych, w jakich są świadczone usługi medyczne¹⁴. Rzeszów w zakresie ochrony zdrowia, jak już wspomniano, boryka się z takimi samymi problemami jak cała Polska, ale 2015 r. był dla rzeszowskiej służby zdrowia, można powiedzieć, rokiem sukcesów – przede wszystkim utworzenie Wydziału Medycznego na Uniwersytecie Rzeszowskim, ale także otwarcie oddziału onkohematologii dziecięcej. Każdego roku u około 100 dzieci z Podkarpacia rozpoznawany jest nowotwór. Młodzi pacjenci musieli

¹⁴ Por. M. Biernacki, *Ocena efektywności instytucji publicznych w sektorach edukacji i ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Wrocław 2013, s. 297.

jeździć do odległych ośrodków w kraju. Uruchomienie onkohematologii dziecięcej gwarantuje tej grupie pacjentów dostęp do diagnostyki, leczenia i opieki zdrowotnej blisko miejsca zamieszkania. Ponadto zaplanowano utworzenie centrum perinatologii. To ośrodek, który zajmowałby się diagnostyką schorzeń kobiety ciężarnej i płodu, co zapewne miałooby wpływ na statystykę (zmniejszenie) zgonów okołoporodowych na naszym terenie.

Przed rzeszowską ochroną zdrowia stoją duże wyzwania związane z informatyzacją, dopasowaniem różnorodności systemów i umożliwieniem migracji danych pomiędzy jednostkami ochrony zdrowia, co ułatwi życie i pacjentom, i personelowi medycznemu. Utworzenie kierunku lekarskiego na UR to duży wysiłek, ale też prestiż, a także uzyskanie przez część rzeszowskich szpitali lub oddziałów szpitalnych statusu kliniki, co wiąże się z koncentracją najwyższych kompetencji zawodowych, a co za tym idzie – wykonywaniem wysokospecjalistycznych świadczeń medycznych. To również koncentracja innowacyjnej technologii medycznej i w związku z tym realizacja świadczeń adekwatnych do poziomu rozwoju techniki medycznej. Pierwsi studenci Wydziału Medycznego w Rzeszowie rozpoczęli kształcenie w roku akademickim 2015/2016.

Kolejnym wymagającym pilnej interwencji zadaniem w ochronie zdrowia w Polsce, w tym również w Rzeszowie, jest polityka senioralna. Konieczna jest budowa skutecznego systemu opieki nad ludźmi starszymi wymagającymi specjalistycznego leczenia i pielęgnacji. Zmiany demograficzne (starzenie się społeczeństwa) zwiększają zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne. Polskie społeczeństwo, jak już wspomniano, starzeje się – osoby powyżej 65. roku życia stanowią 14,7% populacji (kwiecień 2015 r.), a wg szacunków GUS w roku 2035 osoby w tej kategorii wiekowej będą stanowiły ponad 23% ogólnej populacji. W Rzeszowie liczba osób 60+ stanowi 19,4% i jest to najniższy wskaźnik ze wszystkich miast wojewódzkich, co nie znaczy, że nie ma problemu z właściwym zapewnieniem opieki ludziom starszym. Kolejną kwestią związaną z zabezpieczeniem zdrowotnym ludzi starszych jest dostęp do bezpłatnych leków (szacuje się, że około 17% wypisanych recept nie jest realizowana z powodu braku pieniędzy, większość dotyczy osób starszych). Wg zapowiedzi nowego ministra zdrowia projekt dotyczący bezpłatnych leków dla osób w wieku 75+ jest realizowany jako pierwszy (seniorzy wydają średnio około 300 zł miesięcznie na leki). Kontrole przeprowadzone przez NIK wskazują, że w Polsce brakuje powszechnych, kompleksowych i zestandaryzowanych procedur postępowania w stosunku do osób w podeszłym wieku. Nie jest wykorzystywana przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej skala, dzięki której w prosty i szybki sposób można określić, kto po 60. roku życia kwalifikuje się do objęcia

opieką geriatryczną. Zwrócono również uwagę, że Polska znacznie odbiega od średniej europejskiej w zakresie liczby geriatrów. W 2014 r. w Polsce było 321 geriatrów, średnio 0,8 geriatry na 100 tys. mieszkańców, w Niemczech 2,2, a w Szwecji około 8 geriatrów. W Rzeszowie jest 2 lekarzy ze specjalizacją z geriatrii.

W zakresie polityki senioralnej sfera socjalna jest tak samo ważna jak sfera zdrowotna i wymaga współpracy resortów zdrowia i polityki społecznej przy angażowaniu samorządów lokalnych. Możemy zauważyć pewien postęp w tym zakresie, bo np. w 2011 r. w Polsce funkcjonowało ok. 30 oddziałów geriatrycznych, w 2012 r. – 40, w 2013 r. – ponad 50. Liczba podmiotów działalności leczniczej z zarejestrowaną działalnością geriatryczną wg województw to 307 (stan na 7 listopada 2013 r.), są to różne podmioty: stacjonarne, dzienne, sanatoryjne. Podmioty te oprócz opieki ambulatoryjnej posiadają 1202 łóżka stacjonarne, w tym 271 łóżek dla opieki psychogeriatrycznej. W Rzeszowie funkcjonuje jeden Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, liczący 59 łóżek, który przyjął program pod nazwą „Kompleksowa interwencja geriatryczna realizowana w ZOL SP ZOZ nr 1 w Rzeszowie dla pacjentów w wieku podeszłym z ciężką niesprawnością czynnościową”. Pozostałe zakłady dla seniorów w Rzeszowie mają charakter pielęgnacyjno-opiekuńczy. W celu poprawy sytuacji osób starszych przyjęto dokument „Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce w latach 2014–2020” (Uchwała nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r.), w którym widnieje zapis: „Celem polityki senioralnej w Polsce będzie wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych”¹⁵. W realizację tego zadania muszą zaangażować się organy administracji publicznej wszystkich szczebli oraz wiele innych instytucji państwowych i organizacji pozarządowych.

4. Profilaktyka i promocja zdrowia w Rzeszowie

Zgodnie z nową ustawą o zdrowiu publicznym (przyjętą w grudniu 2015 r.), której podstawą działań ma być dokument pod nazwą Narodowy Program Zdrowia, ustalony na lata 2016–2020, celem strategicznym tego programu jest wydłużenie życia, poprawa zdrowia, a co za tym idzie – jakości życia oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu. Realizacja

¹⁵ *Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*. Załącznik do uchwały 238 Rady Ministrów z dnia 24.12.2013, poz. 118.

tej ustawy i Narodowego Programu Zdrowia ma wpłynąć na skuteczniejsze zapobieganie chorobom i podnoszenie potencjału zdrowia. Zakłada się prowadzenie kampanii edukacyjnych, promowanie spożywania zdrowych produktów, pomoc w leczeniu uzależnień, m.in. od nikotyny i alkoholu, położony będzie nacisk na pomoc ludziom z zaburzeniami psychicznymi typu nerwica czy depresja. „Ustawa ma znacząco wzmocnić mechanizmy diagnozowania problemów zdrowia publicznego i umożliwić racjonalne planowanie działań przez podmioty odpowiedzialne za prowadzenie polityki zdrowotnej – jednostki samorządu terytorialnego, Narodowy Fundusz Zdrowia, służby medycyny pracy, Państwową Inspekcję Sanitarną, kuratorów oświaty, szkoły i uczelnie wyższe”¹⁶. Zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmują m.in. edukację zdrowotną, profilaktykę chorób i promocję zdrowia. Promocja zdrowia jako ruch społeczny wyłoniła się w drugiej połowie XX w. na skutek badań epidemiologicznych wskazujących, jak duży wpływ na nasze zdrowie mają indywidualne zachowania zdrowotne. Zadania promocji zdrowia realizowane są przez edukację zdrowotną i prozdrowotną politykę publiczną. „Na skutek działań prozdrowotnych, edukacji zdrowotnej i związanych z nią przedsięwzięć mających na celu podnoszenie świadomości zdrowotnej społeczeństwa zdrowie postrzegane jest w kategoriach wartości, zasobu i środka determinującego jakość życia człowieka”¹⁷. Powstało wiele definicji promocji zdrowia – jedne kładą nacisk na środowisko społeczne, inne na zachowania indywidualne człowieka (styl życia). „Promocja zdrowia jako nauka ma dostarczać człowiekowi rzetelnych argumentów warunkujących korzystność dla jego zdrowia. Odbывается to poprzez wybory świadomie dokonywane w trakcie przejawianej aktywności życiowej”¹⁸.

Promocja zdrowia (wg „Karty ottawskiej” z 1986 r.) to proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem przez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu. „Karta ottawska” wyróżnia pięć kierunków działań, których podjęcie uznaje się za konieczne dla stworzenia efektywnej strategii promocji zdrowia. Są to:

- określenie zdrowotnej polityki społecznej w państwie (m.in. przez ustalenie i sukcesywną realizację programów prozdrowotnej polityki społecznej przy zapewnieniu realnych źródeł finansowania); tworzenie polityki zdrowia publicznego;

¹⁶ *Weszła w życie ustawa o zdrowiu publicznym*, [www.rynekzdrowia.pl/Polityka zdrowotna](http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka_zdrowotna), data dostępu: 29.12.2015.

¹⁷ D. Lizak, *Promocja zdrowia jako element egzystencji współczesnego człowieka* [w:] R. Żarów (red.), *Człowiek w zdrowiu i chorobie, promocja zdrowia, leczenie i rehabilitacja*, t. 1, Wyższa Szkoła Zawodowa, Tarnów 2010, s. 65.

¹⁸ M.D. Głowacka, J. Zdanowska, *Zdrowie publiczne w Polsce*. Wydawnictwo ABC a Wolters Kluwer Bussines, Warszawa 2013, s. 53.

- tworzenie środowisk wspierających zdrowie (przez rozwijanie wiedzy i umiejętności działań na rzecz zdrowia, angażowanie członków społeczeństwa poprzez sieć struktur społeczności lokalnych do aktywnego uczestnictwa w sprawach dotyczących zdrowia);
- wzmacnianie działań społecznych;
- rozwijanie umiejętności osobniczych (indywidualnych);
- reorientacja świadczeń zdrowotnych (odejście od modelu ekonomiki szpitalnej w kierunku holistycznego ujmowania korzyści zdrowotnych, ekonomicznych i rozwojowych całego kraju)¹⁹.

Profilaktyka zdrowotna to działania, które mają na celu zapobieganie chorobom przez ich wczesne wykrycie i leczenie, a także umacnianie zdrowia. W Polsce za realizację programów profilaktycznych odpowiada głównie Narodowy Fundusz Zdrowia, który w oparciu o analizy i dane dotyczące stanu zdrowia Polaków oraz dostępne środki finansowe ustala listę priorytetowych działań. W 2015 r. w Polsce realizowane były programy profilaktyczne w ramach kampanii „4 pory roku dla zdrowia”. W Rzeszowie realizowane są następujące programy:

- program wczesnej diagnostyki i leczenia jaskry,
- program profilaktyki raka szyjki macicy (etap podstawowy i pogłębiony),
- program profilaktyki raka piersi.

Ponadto realizowane są programy w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia, gruźlicy, chorób odtytoniowych, badania prenatalne. W Rzeszowie funkcjonuje również „Miejski program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii”. Kolejny to „Przetestuj się na HIV bezpiecznie, bezpłatnie, anonimowo”. Liczne programy w zakresie zdrowia dla mieszkańców Rzeszowa realizowane są co roku wspólnie przez Urząd Miasta i miejską służbę zdrowia (SP ZOZ nr 1 w Rzeszowie). Oto programy wdrażane w 2015 r.:

- „Program badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania i leczenia powikłań ocznych cukrzycy dla osób powyżej 45. roku życia”;
- „Program profilaktyki raka piersi – badania USG piersi dla kobiet od 20. do 44. roku życia”;
- „Program profilaktyki raka piersi – badania mammograficzne dla kobiet od 45 do 49 lat i od 70. roku życia”;
- Program „Wczesne wykrywanie i leczenie cukrzycy typu II dla osób od 40. roku życia”;
- Program „Profilaktyka raka jelita grubego dla osób od 40. roku życia”;

¹⁹ *Health promotion*, www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html, data dostępu: 30.12.2015.

- Program „Zdrowe dziecko – zdrowa rodzina – zdrowe społeczeństwo”;
- Program „Racjonalne odżywianie – kapitał zdrowia na przyszłość”;
- „Program szczepień przeciw grypie”;
- Program „Profilaktyka choroby alkoholowej, uzależnienia narkotykami i nałogu nikotyny dzieci i młodzieży wieku szkolnego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego”;
- Program „Kompleksowa interwencja geriatryczna realizowana w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym dla pacjentów w wieku podeszłym z ciężką niesprawnością czynnościową”;
- „Program profilaktyki wad postawy – badanie uczniów klas I publicznych szkół prowadzonych przez Gminę Miasto Rzeszów”;
- „Pilotażowy program wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C wśród mieszkańców miasta Rzeszowa”.

Osobnym zagadnieniem jest percepcja tych programów przez mieszkańców Rzeszowa. Jak wynika z dostępnych danych, programy są realizowane od 50 do 100%. Ogromnym zainteresowaniem cieszył się nowy program dotyczący wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C. Wysoki procent realizacji dotyczy programów związanych z profilaktyką raka piersi, niższy zaś związany z wczesnym wykrywaniem i leczeniem cukrzycy typu II.

W społeczeństwie polskim istnieje zauważalna rozbieżność między wysoką deklarowaną wartością zdrowia a małą dbałością o zdrowie. Przyczyną takiego stanu jest m.in. brak edukacji zdrowotnej, a w związku z tym niski poziom wiedzy medycznej, gotowość przedkładania innych celów życiowych nad zdrowie, zbyt późne reagowanie na utracone zdrowie. „Według badań krajowych zaledwie 30% młodzieży bierze udział w zajęciach poprawiających sprawność fizyczną w czasie wolnym, a odsetek ten zmniejsza się do 5% w wieku dojrzałym. Stwierdzono również, że poziom aktywności fizycznej osób dorosłych w Polsce jest jednym z najniższych w Europie. 72,9% badanych osób w Polsce zakwalifikowano do prowadzących siedzący tryb życia”²⁰.

5. Podsumowanie

Przedmiotem artykułu było dokonanie analizy i oceny funkcjonowania opieki zdrowotnej na płaszczyźnie zdrowia publicznego w Rzeszowie. Głównym celem zdrowia publicznego jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Podniesione zagadnienia wskazują, iż jednym

²⁰ M. Biernacki, *Ocena efektywności instytucji publicznych w sektorach edukacji i ochrony zdrowia...*, s. 247.

z kluczowych zadań służących naprawie systemu ochrony zdrowia (co w obecnym stanie faktycznym jest konieczne) będzie zwiększenie nacisku na promocję zdrowia, profilaktykę i edukację zdrowotną oraz ilości środków przeznaczanych m.in. na zagwarantowanie właściwej opieki dzieciom i osobom starszym. Edukację zdrowotną powinno się rozpocząć od najmłodszych lat poprzez wszystkie szczeble kształcenia (od przedszkola po studia). Polegać ona powinna na tworzeniu dobrych nawyków zdrowotnych, w tym żywieniowych, oraz podkreślaniu roli i znaczenia aktywności fizycznej w utrzymaniu zdrowia. Edukacja zdrowotna zgodnie z założeniami ustawy o zdrowiu publicznym powinna być dostosowana do potrzeb różnych grup zdrowotnych, w szczególności dzieci, młodzieży oraz osób starszych. Państwo poprzez swoje organy winno zająć się intensywną promocją zdrowia oraz profilaktyką chorób cywilizacyjnych. Sprawy te powinny być również popularyzowane przez samorządy lokalne, które zresztą mają obowiązek uczestniczyć w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego. Chodzi głównie o schorzenia układu krążenia i schorzenia nowotworowe (są one najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce, w tym również w Rzeszowie) oraz bardzo rozpowszechnione wszelkiego rodzaju nerwice i depresje. Efektywny system opieki medycznej powinien oprzeć się na takich filarach jak stworzenie programu zarządzania leczeniem chorób przewlekłych oraz koordynacja opieki, która umożliwi wczesne wykrywanie chorób. W zadaniach z zakresu zdrowia publicznego na uwagę zasługuje zapis w ustawie o zdrowiu publicznym²¹, w którym wskazuje się, że działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego prowadzone będą na szeroką skalę w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji. Realizacja tych założeń wymagać będzie współpracy wielu organów administracji rządowej i samorządowej, a także wielu instytucji, głównie medycznych. Według znawców problematyki medycznej istotne jest także wprowadzenie terapii zindywidualizowanych oraz leków innowacyjnych. Ciężar diagnostyki i leczenia pacjentów powinien zostać przesunięty w kierunku podstawowej opieki zdrowotnej. Z raportu NIK wynika, że „podstawowa opieka zdrowotna, która powinna być filarem systemu ochrony zdrowia, w ponad połowie skontrolowanych przez NIK podmiotów nie była wystarczająco skuteczna w zakresie zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i ich wczesnego wykrywania”²². Należy więc medycynę rodzinną zorientować na profilaktykę, zwłaszcza w zakresie chorób cywilizacyjnych. Kontynuowanie informatyzacji ochro-

²¹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, DzU 2015, poz. 1916, art. 2, pkt 5.

²² NIK krytycznie o podstawowej opiece zdrowotnej, „Rynek Zdrowia” 2015, nr 12, s. 3.

ny zdrowia, elektroniczne konta pacjentów oraz e-recepty, e-skierowania, e-zlecenia, e-zwolnienia to kolejne wyzwania, przed jakimi stoi ten resort.

Zasadne, a wręcz pożądane wydaje się również podniesienie stopy życiowej społeczeństwa w naszym kraju, obfitującym nie tylko w bogactwo intelektualne ale również, a może przede wszystkim w różnorodne bogactwa naturalne. Stworzenie systemowych rozwiązań i wdrażanie zmian w systemie opieki zdrowotnej wymaga zaangażowania i działań polityków dbających o długofalowy interes kraju i potrafiących przez jakiś czas iść nawet pod prąd oczekiwań dużych i wpływowych grup społeczno-zawodowych. W przeciwnym razie podejmowanie kolejnych działań „uzdrawiania” publicznej opieki zdrowotnej (mającej ogromny wpływ na zdrowie publiczne) pozostanie w sferze programowych projektów.

Health care and public health in Rzeszow

Abstract

The main issue which is the subject of this article is health care and public health in Rzeszow. There are many definitions of health care and public health but all mainly concern for the preservation and strengthening of health. Healthcare can be analyzed on two levels: the micro level (doctor – patient relationship) and a macro level (health policy), which should be achieved through the application of the principle of equal access to high-quality medical services. Health care and promotion should be realized on every stage of person's life, from childhood into old age. Health care is a main duty of each person as well as a whole community. Good health condition is closely linked with economic benefits, effective work and life comfort. This publication is designed to provide accurate and authoritative information in regard to the subject matter covered.

Keywords: health, health care, health promotion, public health