

Antonina Ostrowska

Zdrowie nie dla wszystkich?

Medycyna, w sposób spektakularny ratując życie jednostkom, nie ma tak znaczącego wpływu na zdrowie całych populacji. Dobre zdrowie jest trudne do wyobrażenia tam, gdzie dominują niewłaściwe style życia i wzory konsumpcji.

Problemom opieki zdrowotnej często towarzyszą emocje, które biorą górę nad próbami obiektywnego spojrzenia. Tak stało się z dyskusją wokół „Zdrowia dla wszystkich” wywołaną w grudniu przez list wiceministra Rafała Nizankowskiego do Komisji Europejskiej. Z listu dowiedzieliśmy się, że zapewnienie wszystkim zdrowia jest nierealistyczne, „bo niektórzy potrzebują choroby, żeby odgrywać swoje role społeczne”, i kojarzy się z komunizmem.

Hasło „Zdrowie dla wszystkich” pojawiło się w oficjalnych dokumentach w połowie lat 80. i było wyrazem poszukiwania nowych metod poprawy stanu zdrowia społeczeństw, wykraczających poza tradycyjne systemy medyczne. Wprowadzanie nowych, kosztownych technologii medycznych pokazało coraz większą trudność powszechnego ich stosowania, nawet w bogatych krajach. Zanegowano tzw. wielkie równanie, na mocy którego wzrostowi wydatków na ochronę zdrowia to-

warzyszyć miała proporcjonalna poprawa stanu zdrowia ludności. Jednocześnie wykazano, że prócz – niewątpliwych – sukcesów medycyna może szkodzić. Szacunki dokonane w USA pokazały, że w latach 70. co piąty pacjent przyjęty do szpitala, opuszczał go z dodatkowymi komplikacjami będącymi skutkiem stosowanych leków. Rolę medycyny w podnoszeniu stanu zdrowia demystyfikowały też wyniki prowadzonych niezależnie od siebie długofalowych badań, które pokazały, że środowisko, w jakim żyją ludzie, ma relatywnie większy wpływ na długość życia niż medycyna.

Dziś największą rolę w polepszaniu stanu zdrowia przypisuje się stylowi życia i własnym zachowaniom prozdrowotnym, czynnikom środowiskowym i biologicznym (genetycznym), a dopiero na końcu opiece zdrowotnej. Tak więc medycyna, w sposób spektakularny ratując życie jednostkom, nie ma znaczącego wpływu na zdrowie całych populacji. Znaczy to, że dobre zdrowie jest trudne do wyobrażenia tam, gdzie jest bieda i związane z nią złe odżywianie czy warunki mieszkaniowe, gdzie istnieje wysokie bezrobocie, nieodpowiednie warunki pracy, degradacja środowiska naturalnego. Ale także tam,

gdzie dominują niewłaściwe style życia i wzory konsumpcji: palenie, picie alkoholu, nadużywanie leków, zbyt obfite lub niewłaściwe jedzenie, brak aktywności fizycznej, trudności w uporaniu się ze stresami.

Tymczasem wyniki badań socjologicznych pokazują, że Polacy są silnie przywiązani do dbania o swoje zdrowie głównie za pośrednictwem służby zdrowia. Wprawdzie prawie 80 proc. zgadza się, że zdrowie zależy w większym stopniu od sposobu życia niż działalności medycyny, istnieje jednak duża rozbieżność między tym, co uważa się za słuszne, a tym, co się realizuje w praktyce. Spośród 20 różnych możliwych zachowań związanych z dbaniem o zdrowie badani najczęściej wymieniają te związane bezpośrednio z medycyną (wizyty u lekarza, badania kontrolne, przyjmowanie preparatów farmakologicznych itd.). Podobnie rzecz się ma z interwencjami mediów – są one kierowane głównie pod adresem resortu zdrowia.

Zajmijmy się teraz drugim członem hasła „Zdrowie dla wszystkich”, czyli wszystkimi. Nie mamy wpływu na wyposażenie biologiczne jednostek, nie możemy wpływać na ich geny i zawsze będą występowały tu różnice. Świadomie jednak mówię o różnicach, a nie nierównościach. Z punktu widzenia sprawiedliwości społecznej inna jest bowiem ocena różnic w stanie zdrowia o podłożu biologicznym, a inna nierówności związanych z usytuowaniem jednostek w społeczeństwie. Choć istotne jest zapewnienie równego dostępu do opieki zdrowotnej, przynajmniej w obrębie podstawowego „koszyka”, to wiadomo, że to nie wystarczy, by wyrównać nierówności.

Jedną z ważniejszych ekspertyz w tej dziedzinie, brytyjski „Black Report”, pokazała, że niekorzystne różnice zdrowotne pomiędzy klasami nie tylko się utrzymują, ale wzrastają, pomimo że w Wielkiej Brytanii od wielu lat istnieje powszechna bezpłatna służba zdrowia. Ważniejsze więc wydaje się kształto-

wanie środowiska życia i maksymalne wyrównywanie skutków zajmowania różnych pozycji społecznych.

Warto jeszcze się przyjrzeć aktualnym nierównościom zdrowia u nas. W Polsce nie prowadzi się systematycznych badań dotyczących społecznych nierówności w zdrowiu. Tym samym problem umyka uwadze decydentów i mediów. Światło na to mogą rzucić badania socjologiczne przeprowadzone w końcu lat 90. Pokazują one, że osoby z niższych warstw społecznych nie tylko chorują częściej, ale ich choroby kumulują się w większym stopniu. Badania te wykazują, że na osoby z wykształceniem niepełnym podstawowym przypadają u nas średnio prawie trzy choroby przewlekłe, podczas gdy wśród osób z wykształceniem wyższym było ich o połowę mniej (dane GUS). U tych pierwszych kilkakrotnie częściej występowały choroby stawów i nadciśnienie. Tragicznie wypadł też bilans stanu uzębienia.

Z kolei badania Instytutu Filozofii i Socjologii PAN wykazały, że zachowania prozdrowotne różnicowały znacząco osoby o różnych pozycjach społecznych. Te o niższych mniej racjonalnie się odżywiały, częściej korzystały z używek, a rzadziej dbały o higienę, rzadziej wykonywały badania profilaktyczne. Szczególnie duży dystans istniał w tym względzie pomiędzy rolnikami a pozostałymi kategoriami społeczno-zawodowymi. A więc jest co „wyrównywać”.

Na ile „Zdrowie dla wszystkich” jest postulatem, który można wcielać w życie? Nawet w najbogatszych społeczeństwach istnieją nierówności społeczne i nie wydaje się, aby mogły być całkowicie wyeliminowane. Sprawa komplikuje się ponadto, gdy uwzględnimy problem indywidualnego wpływu na zdrowie (choćby niezdrowych nawyków czy „chorób z wyboru”). Na ile całe społeczeństwo powinno solidarnie ponosić odpowiedzialność za osoby, które świadomie robią wszystko, aby niszczyć swoje zdrowie? Czy

celem (nawet jeżeli nieco utopijnym) polityki zdrowotnej powinno być osiągnięcie bezwzględnej równości zdrowia przez wszystkich? Czy raczej równości w możliwościach zachowania zdrowia?

Zdrowie nie jest jednakowo postrzegane przez wszystkich jako nadrzędny cel, często podporządkowane jest celom ekonomicznym czy doraźnym przyjemnościom. W demokratycznym społeczeństwie każda jednostka powinna mieć zagwarantowane prawo dokonywania wyborów i planowania

swojego życia zgodnie z najważniejszymi dla siebie wartościami. Także możliwość długiego życia pozbawionego kłopotów zdrowotnych staje się wówczas przedmiotem indywidualnego wyboru. Dlatego eliminowanie różnic w zdrowiu winno być interpretowane raczej jako zapewnianie równych szans na dobre zdrowie i długie życie niż sprowadzanie go do identycznych parametrów. ●

„Gazeta Wyborcza” 17 stycznia 2005