

*dr hab., Barbara Piontek, prof. nadzw.*<sup>1</sup>

Katedra Zarządzania  
Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej

*mgr inż. Krzysztof Macha*

Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej

## **Kategoria „zdrowie” i „choroba” i ich implikacje dla zarządzania systemem ochrony zdrowia**

### WSTĘP

*Zdrowie i choroba* należą do jednych z najstarszych kategorii. Ich historia sięga pięciu tysięcy lat i rozpoczyna się na Dalekim Wschodzie. W literaturze przyjęło się ich wzajemne występowanie i definiowanie, ale od około dwustu lat często pisze się o nich w kontekście trzeciego istotnego terminu – systemu ochrony zdrowia. Choć kategorie „zdrowie” i „choroba” mają czytelne potoczne i naukowe definicje, to jednak, zwłaszcza w systemach zachodnich, stale postępuje proces ich redefiniowania, który wpływa na wiele elementów życia społecznego. System ochrony zdrowia jest obszarem wyjątkowo trudnym do efektywnego zarządzania, a jednym z pierwszych problemów, który napotykamy, są zmieniające się interpretacje podstawowych dla tego systemu kategorii: „zdrowie” i „choroba”. W szczególności, zmiany te powodują zaburzenia w systemie ochrony zdrowia państwa przyczyniając się do jego niestabilności. Celem artykułu jest wskazanie problemów definicyjnych kategorii „zdrowie” i „choroba”, jako kluczowych dla efektywnego zarządzania systemem ochrony zdrowia. **W niniejszym artykule przyjmuje się założenie, że postrzeganie, rozumienie i definiowanie kategorii „zdrowie” i „choroba” zawierają przyjęty sposób widzenia rzeczywistości, który determinuje podstawy dla rozwiązań systemowych dla ochrony zdrowia oraz wpływa na możliwości budżetowania systemu ochrony zdrowia.**

---

<sup>1</sup> Adres korespondencyjny: Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej, ul. Zygmunta Cieplaka 1c, 41-300 Dąbrowa Górnicza.

## GENEZA KATEGORII „ZDROWIE” I „CHOROBA” – PROBLEMY DEFINICYJNE

Zdrowie dla człowieka to najwyższa, najdroższa i niewycenialna wartość życiowa. Nie można go zastąpić niczym innym. A równocześnie dopóki jesteśmy zdrowi, zwykle nie interesujemy się nadmiernie funkcjonowaniem własnego organizmu. Ta sytuacja radykalnie się odменя, kiedy zaczynamy chorować – wtedy próbujemy dowiedzieć się jak najwięcej nie tylko o chorobie, która nas trawi, ale także o jej efektywnym leczeniu, przyszłej rehabilitacji i możliwej profilaktyce.

Przyjmuje się, że medycyna w najszerszym możliwym rozumieniu tego słowa, miała podobny początek bez względu na różnice geograficzne i cywilizacyjne i opierała się na instynkcie samozachowawczym pierwotnego człowieka, zaś wzorowała się w swym sensie na postępowaniu zwierząt w sytuacjach zagrożenia życia. Środków leczniczych szukano u zarania dziejów przede wszystkim w świecie roślinnym, natomiast leczenie zachowawcze opierało się na ich stosowaniu na drodze czysto empirycznej, którą bardziej obrazowo nazwalibyśmy dziś zastosowaniem „na ślepo” [Domosławski, 2007].

Istniejące zapiski wskazują, iż pierwszy chiński zielnik powstał w IV tysiącleciu przed naszą erą. Był on oparty o silny system filozoficzny Lao Tsu, w którym zdrowie rozumiano jako współistnienie sił Yang i Yin, czynników kosmicznych męskiego i żeńskiego. Istotną cechą, do dziś odróżniającą Tradycyjną Medycynę Chińską (TMCH) od medycyny Zachodu, było postrzeganie medycyny przede wszystkim w jej aspekcie zapobiegawczym, a nie naprawczym.

Młodsze zapiski dotyczące historii medycyny znaleźć możemy w Egipcie 2000 lat p.n.e., w Indiach (1500–800 lat p.n.e), w Mezopotamii (VII–VI w. p.n.e.), a w okresie późniejszym już praktycznie na każdym z posiadających własną cywilizację kontynentów.

W tym sensie współczesne dyskusje o zdrowiu rozpoczynają się na kontynencie europejskim (w świecie „zachodnim”) od Hipokratesa (ok. 460–370 r. p.n.e.), który swą definicję kategorii „zdrowie” oparł o rozumienie holistyczne. Jego pierwotny model holistyczny spisany został ok. wiek po śmierci ojca medycyny Zachodu w dziele „Corpus Hippocrateum”. Dokonania Hipokratesa bez większych zmian przetrwały do czasu pojawienia się filozofii kartezjańsko-newtonowskiej, związanej z redukcjonistycznym widzeniem świata.

Przeciwstawną do hipokratesowskiej koncepcję „zdrowia” przedstawił w XVII w. Kartezjusz. Opierając ją o przyjęty w renesansie dualizm duszy i ciała zaproponował on widzenie ciała ludzkiego, jako doskonałej maszyny, co nadało tej koncepcji wymiar biomedyczny. Takie postrzeganie stworzyło podwaliny do intensywnego rozwoju nauk medycznych, kierując uwagę praktyków medycyny na sferę dostępną obiektywnemu badaniu klinicznemu i wskazując chorobę jako weryfikowalne odchylenie od normy. W ten sposób zdrowie zostało utożsamio-

ne z brakiem zakłóceń w biologicznym funkcjonowaniu organizmu człowieka, a sam model zdrowia skupił się na czynnikach jedynie biologicznych, nie obejmując wpływu na nią innych czynników: psychologicznych, środowiskowych czy społecznych [McClelland, 1985]. Model biomedyczny jest dziś jednym z dwu podstawowych modeli zdrowia, a jego założenia rozszerzone o wpływ elementów opisanych modelem holistycznym są podstawowe dla kształtowania systemów ochrony zdrowia zwłaszcza w obszarze ich ekonomiki.

Drugi z powszechnych dziś modeli zdrowia – model holistyczny, ma jak już powiedziano, podstawę hipokratejską. Jego współczesny rozwój jest oparty o zrozumienie konieczności pełniejszej oceny zdrowia pacjenta, która obejmowałaby także obszary jego funkcjonowania, nieoceniane klinicznie. Za podstawę teoretyczną holistycznego pojmowania zdrowia uznaje się Ogólną Teorię Systemów (*General System Theory*) [*Encyklopedia Zarządzania*, ([http](http://))] w miejscu, gdzie twierdzi, iż mechanizmów działania na wyższych poziomach organizacji nie da się wyjaśnić przez proste zsumowanie cech i mechanizmów działania ich części. OTS stwierdza, że wśród organizmów żywych, człowiek zajmuje uprzywilejowaną, najwyższą pozycję taksonomiczną.

Holistyczny model zdrowia definiuje zdrowie w obszarach:

- a) fizycznym (biologiczne funkcjonowanie organizmu);
- b) psychicznym (poznawcze i emocjonalne funkcjonowanie organizmu);
- c) społecznym (zdolność do utrzymywania prawidłowych relacji międzyludzkich);
- d) duchowym (związanej z osobistymi przekonaniem, wierzeniami czy praktykami religijnymi) [Ostrzyżek, Marcinkowski, 2012].

Tak rozumiane zdrowie jest stanem równowagi dynamicznej pomiędzy wskazanymi powyżej obszarami, a stanem choroby, rozumianym w sposób kliniczny. Holistyczna perspektywa zdrowia jest szersza od definicji zdrowia przyjętej przez WHO (która definiuje je jako stan dobrego samopoczucia psychicznego, fizycznego i społecznego, a nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności), stąd też w literaturze pojawiają się postulaty o rozszerzenie definicji WHO.

W XX wieku w kulturze Zachodu w przeciągu 100 lat dokonały się trzy rewolucje zdrowotne, w efekcie czego zdrowie stało się wartością, o którą warto dbać i zabiegać. Wartością nie tylko z punktu widzenia społecznego i ekonomicznego, ale również jednostkowego. Początkowo zdrowie definiowano jako brak choroby, a chorego jako bierny przedmiot medycznych oddziaływań lub profilaktyki środowiskowej. Następnie zwrócono uwagę na wpływ indywidualnego stylu życia i zachowań jednostki na zdrowie rozumiane jako niezmienny dobrostan w sferach somatycznej, psychicznej i społecznej. Kolejne przemiany XX wieku spowodowały, że osoba pojmowana była jako niepodzielna, autonomiczna całość biopsychosocjalna, osadzona w kontekście historyczno-kulturowym. Wtedy to zwrócono uwagę na wpływ świadomości jednostki na stan zdrowia poprzez możliwość samostanowienia o sobie i swoim zdrowiu-

chorobie. Tak przyjęta koncepcja człowieka pozwala na ujęcie zdrowia w kontekście procesów rozwojowych, umożliwiających twórcze, bezustanne przystosowywanie się człowieka do wymogów mających swe źródło zarówno w otoczeniu, jak i wewnątrz podmiotu [Sęk, Ścigała, Pasikowski, Beisert, Bleja, 1992].

Pierwszą rewolucję zdrowotną stanowiło podjęcie przez państwo działalności w trosce o zdrowie publiczne, nakierowanej na wprowadzanie zmian w środowisku zewnętrznym i na poprawę warunków życiowych – sanitarnych, mieszkalnych, żywieniowych – społeczeństwa. Okres drugiej rewolucji zdrowotnej to czas po II wojnie światowej, kiedy podjęto walkę z nieskutecznością medycyny naprawczej wobec niektórych chorób. Wówczas to styl życia i zachowania społeczeństw o najwyższym poziomie rozwoju społecznego wraz ze współistniejącym zanieczyszczeniem środowiska naturalnego uznano za istotne czynniki ryzyka dla rozwoju chorób cywilizacyjnych [Wrona-Polańska, 2003]. Trzecią rewolucję zdrowotną, w której toku do dziś się znajdujemy, zainicjowały odkrycia naukowe i rozwój technologiczny w połączeniu z dokonaniem nurtu holistyczno-dynamicznego w psychologii. W jej założeniach przyjęto myślenie o zdrowiu w kategoriach dynamicznego procesu stałego dążenia do równowagi organizmu, nieustannie zmuszanego do reakcji na zewnętrzne, jak i wewnętrzne zmiany. W takim ujęciu zdrowia zdolność do utrzymywania stanu równowagi i spójności obejmuje sferę fizyczną i psychiczną człowieka i uwzględnia kwestię współdziałania z i na środowisko [Dolińska-Zygmunt, 1996].

Istotnym elementem trzeciej rewolucji zdrowotnej stał się też wzrost powszechnej świadomości i odpowiedzialności w kwestii zdrowia, w szczególności w najszerszym, potocznym jego rozumieniu. Osiągnięto to poprzez połączenie wyników badań naukowców z różnych dziedzin i dyscyplin naukowych. Rozpoczęte w ten sposób interdyscyplinarne integrowanie wiedzy i rezultatów badawczych poszczególnych nauk uprościło, a przez to umożliwiło szerszą i transparentną prezentację wiedzy o zdrowiu. Takie podejście stworzyło możliwość tworzenia i wprowadzania programów dotyczących promocji edukacji zdrowotnej społeczeństwa [Wrona-Polańska, 2006].

Od 1948 roku kategorię „zdrowie” określa się korzystając z definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Zgodnie z zawartymi w niej zapisami „Zdrowie jest pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie tylko brakiem choroby lub niedomagania”. Takie rozumienie kategorii „zdrowie” oparte jest o model holistyczny, a wśród pojawiających się postulatów środowiska naukowego godnym wymienienia jest też wniosek o uzupełnienie definicji o stan dobrostanu duchowego [Stopińska, 2011].

Warto też przytoczyć definicję M. Kacprzaka (1988–1968), polskiego higienisty i teoretyka medycyny społecznej, który zdrowie definiuje „jako nie tylko brak choroby czy niedomagań, ale i dobre samopoczucie oraz taki stopień przystosowania biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki jest osiągalny dla danej jednostki w najkorzystniejszych warunkach” [Sygit, 2010].

Osobnym aspektem definicyjnym kategorii „zdrowie” zajmuje się ekonomia zdrowia, która jest obecnie oddzielną dyscypliną nauk wywodzącą się z teorii ekonomii. Głównym celem analiz ekonomicznych prowadzonych w sektorze zdrowia jest określenie i pomiar korzyści osiąganych przez poszczególnych interesariuszy. Ekonomia zdrowia traktowana jest jako nauka o przydziale i podziale zasobów dla systemu ochrony zdrowia oraz wiedza o sposobach stosowania zasad ekonomicznych w tym systemie [Folland, Goodman, Stano, 2011]. Kwestia uwzględnienia potrzeby dobrostanu ekonomicznego w definicji zdrowia jest jednym z postulatów najważniejszego z interesariuszy – pacjenta. Dobrostan ten podnosić można w dwu obszarach – wielkości dochodów poszczególnych członków WHO *per capita* oraz likwidując nierówności w dostępie do zdrowia opisywane współczynnikiem Giniego [<http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI>].

Analiza definicji kategorii „zdrowie” prowadzi do wyodrębnienia trzech kryteriów, na podstawie których można określić tę kategorię: subiektywne, obiektywne i społeczne [Sygit, 2010]. Na uwagę zasługuje w tym podziale fakt, iż kryterium obiektywne obejmujące analizę różnych obszarów fizjologicznych organizmu jest bliskie w swej definicji biomedycznemu postrzeganiu zdrowia zapoczątkowanemu przez Kartezjusza.

Konsekwencją tych dyskusji jest przyjęcie dwu podstawowych modeli zdrowia: biomedycznego i holistycznego. Jednak model holistyczny wydaje się uzyskiwać wiodącą pozycję, gdyż narasta świadomość, iż człowiek, owszem, żyje dłużej, lecz niewiele przybywa mu lat o pełnej jakości zdrowotnej i życiowej. Narastająca ilość schorzeń przewlekłych, w tym wielu chorób cywilizacyjnych prowadzi do sytuacji, iż rozumienie medycyny jako systemu sporadycznego wsparcia w okresie pogorszenia zdrowia staje się w coraz większym stopniu kosztowną i nieskuteczną służbą utrzymania życia [Wasilewski, 2011].

### KATEGORIA „CHOROBA”

Kiedy mówimy o zdrowiu – i to zarówno w sensie społecznym, jak i jednostkowym – najczęściej definiujemy je jako stan braku choroby. Dorobek naukowy w pojmowaniu tej kategorii sięga okresu równie odległego, jak definicje zdrowia i w dokumentach pisanych można go odnaleźć w dorobku Tradycyjnej Medycyny Chińskiej z okresu trzeciego tysiąclecia p.n.e. Z okresu tego pochodzą też podobne rozważania indyjskie i tybetańskie, skupiające się, podobnie jak starochińskie, na kwestiach życia w zdrowiu, czyli zapobieganiu chorobie.

W zależności od gałęzi nauki podejście do kategorii choroby jest odmienne. Z tego punktu widzenia można wyodrębnić co najmniej cztery modele zdrowia i choroby [Michałowska, 2008]:

- a) biomedyczny, w którym choroba jest definiowana w kategoriach anatomii, fizjologii, biochemii i mikrobiologii. Choroba jest zaburzeniem funkcjonowania układu, narządu, tkanki lub komórki [Capra, 1987];
- b) socjomedyczny, gdzie choroba jest postrzegana jako dewiacja biologiczna lub społeczna wymagająca interwencji lekarza lub właściwego opiekuna społecznego [Clark, 1977];
- c) psychologiczny, podkreślający aspekt relacji pomiędzy stanem psychicznym a funkcjami organizmu człowieka. W tym modelu człowiek traktowany jest podmiotowo, a choroba pojawia się w momencie utraty właściwych zasobów energii uniemożliwiającej zachowanie stanu równowagi i harmonii [Sęk, Ścigała, Beisert, Bleja, 1992];
- d) socjoekologiczny, mówiący, iż choroba jest brakiem równowagi, dysharmonią elementów ułożonych hierarchicznie struktur ekosystemu [Sęk, Ścigała, Beisert, Bleja, 1992; Capra, 1987].

Jednak równie ważną, a w wielu przypadkach o wiele przydatniejszą od przedstawionych definicji jest podjęta przez środowisko naukowe próba sklasyfikowania chorób, której początek datuje na koniec XVIII i XIX w. wiążąc je z nazwiskami François Boissier de Sauvages de Lacroix, Karola Linneusza i Williama Cullena [Knibbs 1929]. W 1893 r. została zainicjowana tzw. Klasyfikacja Bertillona, znana bardziej pod nazwą Międzynarodowa Lista Przyczyn Zgonów. W 1900 roku, w Paryżu odbyła się I Międzynarodowa Konferencja ds. Rewizji Międzynarodowej Listy Przyczyn Zgonów, która rozpoczęła trwający nieprzerwanie do dziś proces definiowania chorób, które dotyczą ludzkość [*International Statistical....*, 2009].

Piąta Międzynarodowa Konferencja ds. Rewizji Międzynarodowej Listy Przyczyn Zgonów jesienią 1938 roku przyjęła rezolucję o zaleceniu opracowania międzynarodowej listy chorób, która została przyjęta dekadę później pod nazwą Szóstej Dziesięcioletniej Rewizji Międzynarodowych List Chorób i Przyczyn Zgonów [Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, 2008]. Kolejne Rewizje doskonały dokument, który w międzyczasie stawał się bardzo popularnym, przydatnym i powszechnym na świecie. W Rewizji IX (używane oznaczenie ICD-9) dla wygody użytkowników życzących sobie opracowywania statystyk i indeksów zorientowanych na opiekę medyczną wprowadzono systemy klasyfikacji uwzględniające ten aspekt [Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, 2008]. Obecnie obowiązującym dokumentem jest Rewizja X, funkcjonująca pod nazwą Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), która m.in. wprowadziła elementy informacyjne ułatwiające posługiwanie się klasyfikacją. Kolejna Rewizja, nr XI, jest w przygotowaniu [Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, 2008].

Istotne wobec dokonania teoretycznych wyróżnieniem tych katalogów jest upowszechnianie rzeczowego, rozumianego jako fizyczny lub psychiczny aspekt choroby jako dysfunkcji organizmu. Tak stworzona klasyfikacja niesie za sobą możliwość przyjęcia teoretycznych podstaw metod leczenia oraz procedur, technik i terapii umożliwiających te procesy. Katalog Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang. *International Classification of Diseases*, używany skrót ICD) stanowi bazę do rodziny różnych innych klasyfikacji medycznych jako zbiór informacji diagnostycznych dla celów ogólnych. Powstałe w oparciu o ICD inne klasyfikacje są zwykle tworzone w celu wyeksponowania istotnych społecznie innych aspektów skutków choroby [Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, 2008]. Kolejne rewizje klasyfikacji ICD pojawiają się w cyklu dziesięcioletnim. Zauważalny jest stały rozwój klasyfikacji w kierunku uzupełniania jej o schorzenia z obszaru zdrowia psychicznego oraz chorób wieku podeszłego.

Jednym z bardzo istotnych zastosowań Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jest użycie jej do zarządzania systemami ochrony zdrowia. Katalog ICD jest rodzajem podręcznika, którego celem jest umożliwienie systematycznego rejestrowania, analizowania, interpretacji i porównywania danych dotyczących umieralności i zachorowalności, zbieranych w określonych krajach lub obszarach w różnych okresach czasu. ICD pozwala na przyjmowanie jednakowych standardów rozpoznawania i leczenia chorób we wszystkich krajach, umożliwia prowadzenie statystyk epidemiologicznych, które dają rekomendacje do zarządzania budżetem zdrowia państwa oraz ukierunkowuje działalność naukową na rozwiązywanie problemów leczenia zdefiniowanych schorzeń. Praktyczne użycie katalogu oparte jest o biomedyczny model zdrowia i najczęściej sprowadza się do klasyfikowania danych rejestrowanych występujących w dokumentach medycznych pod nagłówkami takimi jak „rozpoznanie”, „przyczyna przyjęcia”, „leczone choroby” czy „przyczyna konsultacji” [Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, 2008].

#### SYSTEM OCHRONY ZDROWIA INSTRUMENTEM ZARZĄDZANIA ZDROWIEM

Definicja systemu zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) określa istotę systemu, wielość współdziałających instytucji realizujących określone cele i wewnętrzną spójność systemu. Według tej definicji system zdrowotny jest definiowany jako spójna całość, której liczne powiązane między sobą części, wspólnie oddziałując wpływają pozytywnie na stan zdrowia ludności.

Ochronę zdrowia można z pewnością zaliczyć do grupy jednych z najbardziej społecznie uznanych wartości, a system zdrowotny należy uznać za jeden

z podsystemów systemu politycznego. Zasadniczą koncepcją określającą miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia oraz jego politykę zdrowotną jest zasada *stewardship*. Pojęcie to pojawiło się w raporcie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2000 r. i oznacza odpowiedzialność państwa za ochronę zdrowia obywateli. Władze państwowe są więc podmiotem, któremu powierzono realizację celu zdrowotnego. System opieki zdrowotnej to zespół osób i instytucji mający za zadanie zapewnić opiekę zdrowotną ludności. System ochrony zdrowia (zdrowotny) wraz z jego otoczeniem jest złożony z różnych elementów (struktury rządowe, samorządowe, zasoby medyczne, pacjenci itd.), a jego zasadniczym celem jest ochrona zdrowia obywateli. Koncepcja tzw. trójkąta dzieli uczestników systemu zdrowotnego na trzy grupy: świadczeniobiorców (pacjentów), świadczeniodawców (lekarze, Zakłady Opieki Zdrowotnej – ZOZ) i płatnika (czyli ubezpieczyciela finansującego świadczenia) zwanego trzecią stroną [Mechanic, (http)].

Podstawowym celem systemu ochrony zdrowia są poprawa stanu zdrowia populacji i promowanie społecznego dobrostanu, zapewnianie równości w dostępie do opieki zdrowotnej, zapewnianie mikro- i makroekonomicznej efektywności wykorzystania zasobów, dbałość o skuteczność kliniczną dostarczanej opieki, poprawa jakości opieki zdrowotnej i satysfakcji pacjentów oraz zapewnienie długookresowej stabilności finansowej systemu. Z kolei na efektywność sektora zdrowia decydujący wpływ ma system finansowania. W większości systemów zdrowotnych (poza systemem centralistycznym) środki finansowe przeznaczone przez płatnika na realizację świadczeń szpitalnych są określane według ustalonych grup powiązanych diagnostycznie Jednorodnych Grup Pacjentów (*Diagnosis Related Groups*). Oznacza to, że podmiot medyczny musi podejmować decyzje o wdrożeniu określonej technologii medycznej, w celu osiągnięcia efektu leczenia przy uwzględnieniu kryterium ekonomicznego, jakim jest stawka oferowana za tę procedurę przez ubezpieczyciela/płatnika [Folland, Goodman, Stano, 2011]. S. Poździejch próbując określić cele, które mogłyby być efektywnie realizowane w systemie ochrony zdrowia odwołuje się do definicji mówiącej, iż system ochrony zdrowia jest to zorganizowany i skoordynowany zespół działań, którego celem jest realizacja świadczeń i usług profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych, mających na celu zabezpieczenie i poprawę stanu zdrowia jednostki i zbiorowości. Wśród celów działania systemu opieki zdrowotnej, mających przyczynić się do zabezpieczenia i poprawy stanu zdrowia wymienia dostępność opieki, jakość opieki medycznej z uwzględnieniem zasady jej ciągłości i globalnego podejścia oraz efektywność opieki [Poździejch, 2000]. M. Kautsch idzie jeszcze dalej i definiuje cele systemu ochrony zdrowia przez pryzmat kategorii efektywności, przez co wyróżnia je w sposób następujący: dostępność do usług ochrony zdrowia, jakość świadczeń i zadłużenie systemu [Kautsch, 2011]. Warto też jednak przytoczyć opinię J. Michalaka,



który zwraca uwagę, iż ustalenie efektywności systemu ochrony zdrowia wymaga przezwyciężenia licznych problemów metodycznych, do których rozwiązania niezbędne są badania z udziałem zespołów multidyscyplinarnych, a problem efektywności ochrony zdrowia dotyczy zarówno krajów rozwiniętych, jak i rozwijających się. Problem ten nie wynika wyłącznie z ograniczonych środków finansowych przeznaczanych na opiekę zdrowotną [Michalak, 2013]. Z kolei w „Krajowym indeksie sprawności ochrony zdrowia 2014”, którego autorami i konsultantami było szereg autorytetów zarządczych z obszaru polityki zdrowotnej uznano, że od systemu w Polsce oczekuje się by chronił i poprawiał stan zdrowia mieszkańców, był efektywny i stabilny finansowo oraz by pacjenci byli zadowoleni z jego funkcjonowania [Kozierkiewicz, Boguszewska, Gajda, Gilowski, 2014]. Na zakończenie naszych rozważań warto jeszcze przypomnieć opinię F. Piontka, który wskazał na probabilistyczny charakter badań naukowych, w szczególności zwracając uwagę na ich prawdziwość tylko w określonych warunkach i przy przyjęciu określonych założeń, a przez to brak merytorycznego uzasadnienia tworzenia przez naukę odmiennych od dotychczasowych systemów wartości [F. Piontek, 2002]. Takie teoretyczne podejście prowadzi wprost do wniosku, iż medycyna Zachodu, przy swym zdominowaniu przez ekonomię, preferuje biomedyczny model zdrowia, a w modelu holistycznym szuka odpowiedzi, kiedy ten pierwszy zawodzi.

#### PODSTAWOWE MODELE SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA

Za twórcę pierwszego w świecie zintegrowanego systemu ochrony zdrowia uznaje się sir Edwina Chadwicka (1800–1890). Celem sformułowanego przez niego systemu było utrzymanie pracowników w jak najlepszym zdrowiu do późnego wieku. W późniejszych okresach zaproponowano różne modele systemów ochrony zdrowia, z których najczęściej poddaje się analizie cztery: Siemaszki, który funkcjonował w krajach socjalistycznych, ubezpieczeniowy Bismarcka, budżetowy Beveridge’a i model rezydualny (rynkowy)<sup>2</sup> będące próbami rozwiązania problemów zdrowia społeczeństwa przyjmowanymi z punktu widzenia polityki poszczególnych krajów. Na podejmowane rozwiązania istotny wpływ miały takie elementy, jak koncepcja państwa opiekuńczego w Wlk. Brytanii, szukanie wsparcia wyborczego w Niemczech czy potrzeba zwalczania epidemii chorób zakaźnych. Modele te bazowały na kompetencji lekarza ogólnego. Modele Bismarcka i Beveridge’a są wciąż udoskonalane, z kolei model Siemaszki został zarzucony. Model rezydualny nie wydaje się spełniać założeń systemu ochrony zdrowia współczesnego państwa [Michalak, 2013]. Merytoryczna dys-

<sup>2</sup> Materiały edukacyjne, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Farmaceutyczny, [www.zzief.am.lublin.pl/Ekonomika%20leku/.../Prezentacja%2016.3.pdf](http://www.zzief.am.lublin.pl/Ekonomika%20leku/.../Prezentacja%2016.3.pdf)

kusja toczy się często wokół koncepcji połączenia elementów modeli Bismarcka i Beveridge’a w jeden wspólny, który jednak w każdym przypadku zależeć będzie od przyjętej polityki państwowej [Jończyk, 2010]. Z innych modeli ciekawym wydaje się model salutogenezy, który łączy elementy medycyny spersonalizowanej z kwestiami zapobiegania będącymi odpowiedzią protagonistów zdrowia publicznego na, często nierozwiązywalne, problemy medycyny naprawczej [Michalak, 2013].

Każdy z modeli systemu ochrony zdrowia zauważa kwestie finansowania. Lepsze wyniki zdrowotne uzyskuje się w systemach ochrony zdrowia finansowanych z podatków; w sytuacji, gdy władzę sprawują ugrupowania centrolewicowe. Systemy oparte na ubezpieczeniach społecznych w większym od innych stopniu są zainteresowane efektywnością ekonomiczną [Tenbenschel, Eagle, Ashton, 2012].

#### BIOMEDYCZNY VS HOLISTYCZNY MODEL ZDROWIA I ICH WPŁYW NA SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

Modele biomedycyny i holistycznej zdrowia funkcjonują w literaturze przedmiotu równie często. W celu ich porównania poniżej zebrano najistotniejsze z punktu widzenia tematu artykułu różnice pomiędzy nimi.

**Tabela 1. Różnice poznawcze pomiędzy modelem biomedycznym i holistycznym zdrowia**

Zdrowie	Model biomedycyny	Model holistyczny
1	2	3
1. Jako kategoria	Koncepcja mechanistyczna i redukcjonistyczna.  Człowiek jest maszyną i może być naprawiony. Zasada prymatu części nad całością. Człowiek nie jest samodzielnym twórcą zdrowia, jego zdrowie jest zdeterminowane przez kod genetyczny.	Koncepcja ogólnosystemowa.  Człowiek jest elementem całości (złożonej z wymiarów: fizycznych, psychicznych, duchowych, społecznych i kulturowych). Całość determinuje zdrowie każdego z elementów. Człowiek jest względnie samodzielnym twórcą własnego zdrowia.
2. Stosunek do kategorii „choroba”	1. Zdrowie to brak choroby.  2. Przywracanie do zdrowia opiera się na wyleczeniu choroby, rozumianej jako zaburzenie w „działaniu” (funkcjonowaniu lub nie spełnianiu określonych funkcji) organizmu.	1. Zdrowie nie wyklucza współistnienia choroby.  2. Zdrowie jest pełnią potencjału rozwojowego i dobrostan; jest cechą systemu lub podsystemu, który warunkuje równowagę (korzystną dla zdrowia).

1	2	3
	3. Możliwość definiowania tylko przez przedstawicieli nauk medycznych.	3. Uwaga skupia się na przyczynie choroby, która traktowana jest jako brak równowagi bio-psycho-społecznej. 4. Definicja o podłożu społecznym.
3. Przyjęty wzorzec zdrowia	1. Kliniczny. Brak zdefiniowanych wzorców choroby. 2. Monopol medyków na wiedzę o zdrowiu. Dominacja chemicznych sposobów leczenia. 3. Scjentyzm naukowy (wiara w wyłączną moc medycyny).	1. Przyjmowanie subiektywnych kryteriów oceny. 2. Przyjęcie pozamedycznych metod kształtowania potencjału zdrowotnego. 3. Uznany wpływ środowiska, zasobów biologicznych, społecznych, wiedzy i kryteriów ekonomicznych.
4. Stosunek do profilaktyki	Preferencja dla profilaktyki mającej na celu wyszukanie osób ze skłonnościami do choroby będącej zagrożeniem zdrowia lub życia dla większych grup społecznych.	Preferencja dla promocji zdrowia, edukacji i profilaktyki mającej na celu kształtowanie zachowań prozdrowotnych.
5. Rola człowieka w osiągnięciu zdrowia	Ograniczona i bierna. Człowiek jest zobowiązany do wypełniania zaleceń dyktowanych przez sztukę medyczną.	Nieograniczona i aktywna. Człowiek w sposób świadomy wpływa na swoje zdrowie.
6. Podstawa teoretyczna	Kartezyjański dualizm ontologiczny: ciało jako maszyna biologiczna i myśląca, świadoma dusza.	<b>Holistyczna, hipokratejska.</b> Człowiek ujmowany jest wielowymiarowo z uwzględnieniem perspektywy biologicznej, psychologicznej i społeczno-kulturowej. <b>Dyskutuje się perspektywę duchową i ekonomiczną.</b> <b>Obecnie określana także jako bio-psycho-społeczna, socjo-ekologiczna, eko-holistyczna, neohipokratejska.</b>

Źródło: opracowanie własne. Zob. także: [Kowalski, Gawel, 2006; Czarnicka, Cierpiałkowska, 2007].

Jak już wskazano wcześniej, we współczesnej medycynie funkcjonują równolegle oba modele zdrowia. W dyskusji często jednak postuluje się oderwanie problematyki biomedycznej od zagadnień zdrowia i jego ochrony, wysuwając na plan pierwszy nurt holistyczny. Równocześnie jednak następuje proces odwrotny, w którym kategorie o charakterze aksjologii filozoficznej są zastępowane regułami technologicznymi [B. Piontek, 2006]. Medycyna holistyczna jest w oczywisty sposób zgodna z etosem medycyny Hipokratesa, a jej materialnym dokonaniem jest pomoc ludziom. Ma też swoje zrozumiałe miejsce wśród nauk

łącąc ich różne obszary. Lecz jako nauka praktyczna medycyna holistyczna nie jest w stanie uwolnić się od potrzeby oceny klinicznej, zwłaszcza w sytuacji tak dynamicznego rozwoju metod diagnostycznych, w szczególności zaś tryumfalnego rozwoju nieinwazyjnej diagnostyki obrazowej. Wydaje się więc tylko naturalną kwestią redefiniowanie biomedycznego modelu zdrowia [Ostrzyżek, Marcinkowski, 2012] i jego rozszerzenie w kierunku dokonań autorów z nurtu holistycznego. Równocześnie dokonania techniki stale poszerzają możliwości diagnostyki obszarów definicji holistycznej wcześniej uznawanych za niemożliwe do zmierzenia. Zarówno biomedyczne, jak i holistyczne pojmowanie kategorii „zdrowie” ulega w ten sposób definicyjnemu rozszerzaniu dając naukowcom niedostępne wcześniej informacje, które często stają się kanonami oceny klinicznej zdrowia i terapii.

W modelu biomedycznym pacjent jest zwykle traktowany jako pasywny odbiorca leczenia. Takie podejście ma wpływ na diagnozowanie, leczenie oraz profilaktykę choroby. Z kolei włączenie pojęć z kategorii modelu holistycznego personalizuje relację lekarz – pacjent, przez co zwiększa potencjał terapeutyczny medycyny. Oba podejścia mają jednocześnie istotny wpływ na proces zarządzania systemem ochrony zdrowia, w szczególności, jeśli analizujemy je z punktu widzenia podstawowego interesariusza tego systemu, pacjenta. Próba zestawienia istotnych różnic zawiera poniższa tabela.

**Tabela 2. Możliwości zarządzania systemem ochrony zdrowia w podstawowych modelach zdrowia z perspektywy zdolności do wypełnienia funkcji zarządzania**

Funkcje zarządzania	Model biomedyczny	Model holistyczny
1	2	3
Planowanie	Wąski zakres czynników wpływu ułatwia planowanie. Możliwość historycznego odniesienia. Możliwość badań epidemiologicznych.	Bardzo szeroki zakres czynników wpływu utrudnia planowanie. Definiowanie w oparciu o tzw. nowe zdrowie publiczne czyli z uwzględnieniem perspektywy biologicznej, psychologicznej i społeczno-kulturowej. <b>Dyskutuje się perspektywę duchową i ekonomiczną.</b>
Organizowanie	Możliwość przyjęcia mierzalnych zadań i ładu umożliwiającego realizację funkcji.	Większość czynników wpływu nie zależy od systemu ochrony zdrowia, co uniemożliwia lub utrudnia realizację funkcji.
Motywowanie	Pacjent bierny, realizujący zalecenia lekarza.	Pacjent aktywny, działający w kierunku zmiany niekorzystnych uwarunkowań.

1	2	3
Kontrola	Mierzalność wskaźnikami epidemiologicznymi. Niemożliwość występowania choroby w sytuacji wyleczenia. Jeśli choroba nie istnieje dla systemu ochrony zdrowia (nie jest zdefiniowana) – brak kontroli.	Subiektywna ocena pacjenta. Możliwość występowania choroby w sytuacji zadowolenia pacjenta z wyników leczenia. Brak zdefiniowania choroby nie uniemożliwia oceny wyników leczenia.

Źródło: opracowanie własne.

Ujęcie zdrowia jako procesu dynamicznego równoważenia potrzeb jednostki z warunkami otoczenia jest zdeterminowane poziomem zasobów środowiska, poczynając od tych tkwiących w jednostce, aż do dostępnych nauce, systemowi politycznemu, gospodarczemu i społecznemu. Stan równowagi jest zakładanym i pożądanym do osiągnięcia celem działań systemu ochrony zdrowia, ale stale rozwijające się definicje kategorie „zdrowie” i „choroba” zmuszają system ochrony zdrowia do działania nadążnego. Działanie takie jest zwykle opóźnione w czasie lub ze względu na potencjał finansowy systemu zaniechane do momentu stworzenia możliwości finansowania.

#### PODSUMOWANIE

Rozwijające się zainteresowanie problematyką zdrowia prowadzi do dyskusji o wypełnianiu przez naukę roli dotyczącej definicji kategorii „zdrowie”, a co za tym idzie również i kategorii „choroba”. Dynamika procesu redefiniowania tych kategorii – zwłaszcza w kontekście przebijającego się uznania modelu holistycznego zdrowia – jest na tyle duża, że system ochrony zdrowia nie jest w stanie nadążyć za oczekiwaniami społecznymi, które równocześnie są ważnym elementem gry politycznej. Zarówno biomedyczny, jak i holistyczny model zdrowia coraz lepiej odzwierciedlają potrzeby zdrowotne społeczeństwa. To uzasadnia ich wdrażanie do procesów zarządzania ochroną zdrowia, co równocześnie wytrąca z równowagi dynamicznej dotychczasowy system ochrony zdrowia. Pozostaje mieć nadzieję, że dla odpowiedzialnych za system opieki zdrowotnej w Polsce inspiracją nie będą badania Pietera van Baala – głównego ekonomisty Narodowego Instytutu Zdrowia Holandii: „Profilaktyka zdrowotna jest dobra dla poszczególnych ludzi, ale z ekonomicznego punktu widzenia jest kosztowna i mało opłacalna. Owszem, przedłuża życie, ale kłopot w tym, że im dłużej ludzie żyją, tym większe są wydatki na ich zdrowie. (...). Z badań opublikowanych w „Science Medicine” wynika, że takie osoby umierają później, w dodatku na choroby, które są wyjątkowo kosztowne w leczeniu.

## BIBLIOGRAFIA

- Capra F., 1987, *Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura*, PIW Warszawa.
- Clark D.H., 1977, *Terapia społeczna w psychiatrii*, PIW, Warszawa.
- McClelland DC, 1985, *Human Motivation*, Cambridge University Press, New York.
- Czarnecka M., Cierpiąłkowska L., 2007, *Naukowe a subiektywne koncepcje zdrowia i choroby wśród studentów i ich determinanty*, „Nowiny Lekarskie”.
- Domostawski Z., 2007, *Wprowadzenie do medycyny*, Jelenia Góra.
- Dolińska-Zygmunt G., 1996, *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu* [w:] *Elementy psychologii zdrowia*, red. G. Dolińska-Zygmunt, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Encyklopedia Zarządzania*, [http://mfiles.pl/pl/index.php/Teoria\\_systemów](http://mfiles.pl/pl/index.php/Teoria_systemów)
- Folland S., Goodman A.C., Stano M., 2011, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, red. nauk. wydania polskiego J. Suchecka, Warszawa.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD-10, 2009, Vol. I, World Health Organization.
- Jończyk J., 2010, *Zasady i modele ochrony zdrowia*, „Państwo i Prawo” nr 8.
- Knibbs G.H., 1929, *The International Classification of Disease and Causes of Death and its revision*, „Medical Journal of Australia”, No. 1:2-12.
- Kautsch M., 2011, *Cele systemu ochrony zdrowia a efektywność w ochronie zdrowia w Polsce*, „Problemy Zarządzania”, Vol. 9, nr 3 (33).
- Kozierkiewicz A., Boguszewska E., Gajda K., Gilewski D., 2014, *Krajowy indeks sprawności ochrony zdrowia 2014*, serwis internetowy [www.dane-i-analazy.pl](http://www.dane-i-analazy.pl), firma doradcza PwC.
- Kowalski M., Gawel A., 2006, *Zdrowie – wartość – edukacja*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Lalonde M., *A New Perspective on the Health of Canadians*, <http://www.phacaspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.
- Michalak J., 2013, *Czy system ochrony zdrowia może być efektywny?*, UE, Katowice.
- Michałowska D., 2008, *Koncepcja zdrowia i choroby jako podstawy do konstruowania podejść do edukacji zdrowotnej*, „Przegląd Terapeutyczny” nr 4/2008.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*, 2008, R 10, t. II. World Health Organization.
- Materiały edukacyjne, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Farmaceutyczny, [www.zzief.am.lublin.pl/Ekonomika%20leku/.../Prezentacja%2016.3.pdf](http://www.zzief.am.lublin.pl/Ekonomika%20leku/.../Prezentacja%2016.3.pdf)
- Mechanic D., Strona internetowa Institute for Health, Health Care Policy and Aging Research, Faculty, Staff & Student Directory [on-line]. [www.ihhpar.rutgers.edu](http://www.ihhpar.rutgers.edu).
- Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T., 2012, *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 93(4).
- Piontek B., 2006, *Współczesne uwarunkowania rozwoju społeczno-gospodarczego*, Wydawnictwo Hyla, Bytom.
- Piontek F., 2002, *Sektorowość i integralność kapitału ludzkiego w procesie globalizacji, a w rozwoju zrównoważonym i trwałym*, ATH w Bielsku-Białej, Wisła.
- Póździoch S., 2000, *System zdrowotny* [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, red. A. Czupryna, S. Póździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków.

- Sęk H., Ściagała I., Pasikowski T., Beisert M., Bleja A., 1992, *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane Uwarunkowania*, „Przegląd Psychologiczny” nr 3.
- Stopińska W., 2011, *Medycyna między Wschodem, a Zachodem*, Łódź.
- Sygit M., 2010, *Zdrowie publiczne*, Warszawa.
- Tenbenschel T., Eagle S., Ashton T., 2012, *Comparing Health Policy Agendas Across Eleven High Income Countries: Islands of Difference in a Sea of Similarity*, „Health Policy” Vol. 106, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.04.011>.
- Wasilewski B., 2011, *Holistyczne rozumienie medycyny wymogiem współczesności*, „Sztuka Leczenia” nr 1–2.
- Wrona-Polańska H., 2003, *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem*, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków.
- Wrona-Polańska H., 2006, *Zdrowie – psychologiczne wyznaczniki, sposoby jego promowania i wspomagania*, „Sztuka Leczenia”, t. XII, nr 1–2.

### *Streszczenie*

Podjęty temat jest niezwykle istotny z punktu zmian, jakie zachodzą we współczesnej rzeczywistości. Przede wszystkim należy zauważyć, że, pomimo iż mówimy o niespotykanym dotąd „skoku cywilizacyjnym”, szansie, której nie miały wcześniejsze pokolenia i postępie technologicznym, wciąż borykamy się z fundamentalnymi wyzwaniami w zakresie dostępności do usług wrażliwych, tj. bezpośrednio związanych z ochroną i ratowaniem zdrowia oraz życia. Należy zwrócić uwagę, że zdrowie społeczne jest obszarem strategicznym, a kształtowanie ładu w tym zakresie powinno być branżą strategiczną polityki publicznej.

System ochrony zdrowia jest obszarem wyjątkowo trudnym do efektywnego zarządzania, a jednym z pierwszych problemów, który napotykamy, są zmieniające się interpretacje podstawowych dla tego systemu kategorii: „zdrowie” i „choroba”. W szczególności, zmiany te powodują zaburzenia w systemie ochrony zdrowia państwa przyczyniając się do jego niestabilności. Celem artykułu jest wskazanie problemów definicyjnych kategorii „zdrowie” i „choroba”, jako kluczowych dla efektywnego zarządzania systemem ochrony zdrowia. W niniejszym artykule przyjmuje się założenie, że postrzeganie, rozumienie i definiowanie kategorii „zdrowie” i „choroba” zawierają przyjęty sposób widzenia rzeczywistości, który determinuje podstawy dla rozwiązań systemowych dla ochrony zdrowia oraz wpływa na możliwości budżetowania systemu ochrony zdrowia.

*Słowa kluczowe:* zdrowie, choroba, system ochrony zdrowia, biomedyczny model zdrowia, holistyczny model zdrowia

### **Category „Health” and „Disease” and their Implications for a Healthcare System Management**

#### *Summary*

The issue under research is essentially important considering changes in modern reality. First of all it must be pointed out that although we experience a unique civilization change, take a chance that was unachievable for earlier generations and observe technological progress, we still struggle with fundamental challenges specified by accessibility of services which are directly connected with

healthcare and life preservation. It must be stressed that social health constitutes a strategic field, and creation of right order in the field should be treated as strategic aim of public policy.

Healthcare system constitutes a field that is very difficult to be efficiently managed, and changing interpretation of basic categories for the system: “health” and “disease” are one of the first met problems. Especially, these changes result in troubles in a state healthcare system by increasing its instability. An aim of the study is to indicate problems in defining categories “health” and “disease” as the essential ones to efficiently manage a healthcare system. In the study we make an assumption that perception, understanding and defining categories “health” and “disease” contain a way of perceiving reality which determines basics to systemic solutions for healthcare and influence ability to finance a healthcare system.

*Keywords:* health, disease, healthcare system, biomedical health model, holistic health model

JEL: I19