



Odnowione przez WHO podstawowe funkcje zdrowia publicznego powinny być mapą drogową do budowy potencjału zdrowia publicznego i odpornego systemu zdrowia w Polsce

Essential public health functions renewed by WHO should be a roadmap for building public health capacity and a resilient health system in Poland

Dorota Cianciara¹, A-F  

¹ Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych,

D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Cianciara D. Odnowione przez WHO podstawowe funkcje zdrowia publicznego powinny być mapą drogową do budowy potencjału zdrowia publicznego i odpornego systemu zdrowia w Polsce. *Med Og Nauk Zdr.* 2023; 29(2): 63–72. doi: 10.26444/monz/167457

■ Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Pandemia COVID-19 obnażyła porażkę zdrowia publicznego na wielu płaszczyznach na świecie i w Polsce. Celem pracy jest omówienie przedsięwzięć, podejmowanych przed wybuchem pandemii i aktualnie, nastawionych na budowanie potencjału zdrowia publicznego w Polsce, zwłaszcza w aspekcie tworzenia planów gotowości i reagowania na sytuacje kryzysowe, oraz odnowionej przez WHO listy podstawowych funkcji zdrowia publicznego (*essential public health functions*, EPHFs).

Metody przeglądu. Dokonano oceny regulacji prawnych i publikacji na temat funkcjonowania zdrowia publicznego umieszczonych na stronach internetowych GUS, ISAP, KZP PAN, MZ, NIZP-PZH – PIB, NIK, RM, RCL, Sejmu RP oraz OECD, PAHO, WHO.

Opis stanu wiedzy. Diagnoza funkcjonowania zdrowia publicznego w Polsce bazująca na koncepcji *essential public health operations* (EPhOs) wg Biura Regionalnego WHO dla Europy wykazała niedostatki w działalności. W ustawie o zdrowiu publicznym nie odwzorowano funkcji EPhOs. Zarówno ustawa, jak i Narodowe Programy Zdrowia nie objęły problematyki gotowości i reagowania. Aktualne dokumenty i publikacje dotyczące funkcjonowania zdrowia publicznego nie podnoszą tematyki działań przeciwepidemicznych. Odnowione EPHFs obejmują zarządzanie sytuacjami kryzysowymi dla zdrowia oraz funkcje nowe wobec EPhOs.

Podsumowanie. Niezbędny jest namysł nad określeniem funkcji, struktury i organizacji zdrowia publicznego w Polsce. Powinien być on udziałem wielu interesariuszy. Odnowione EPHFs powinny być brane pod uwagę przy budowaniu potencjału zdrowia publicznego.

Słowa kluczowe

zdrowie publiczne, podstawowe funkcje zdrowia publicznego,

gotowość i reagowanie na sytuacje awaryjne, wzmocnienie systemów zdrowia

■ Abstract

Introduction and Objective. The COVID-19 pandemic is a public health failure at multiple levels worldwide and in Poland. The aim of the article is to discuss pre-pandemic and current ventures aimed at public health capacity building in Poland, in focus on emergency preparedness and response, and the list of essential public health functions (EPHFs) renewed by WHO.

Review methods. The assessment was based on legal regulations and publications on the implementation of public health functions published on the websites of the Statistics Poland, ISAP, Polish Academy of Sciences, Ministry of Health, National Institute of Public Health-National Institute of Hygiene, Supreme Audit Office, Council of Ministers, Government Legislation Centre, Sejm of the Republic of Poland and the OECD, PAHO, WHO.

Brief description of the state of knowledge. Diagnosis of the public health functioning in Poland based on the concept of essential public health operations (EPhOs) according to the WHO Regional Office for Europe showed shortcomings. The EPhOs functions were not mapped in the Public Health Act. Neither the Act nor the National Health Programmes covered the issues of preparedness and response. Current documents and publications on public health activities do not raise anti-epidemic measures. WHO's renewed essential public health functions (EPHFs) include managing public health emergency and functions new to EPhOs.

Summary. It is necessary to consider the functions, structure and organization of public health in Poland. It should involve many stakeholders. Renewed EPHFs should be considered in public health capacity building.

Key words

public health, essential public health operations, essential public health functions, emergency preparedness, health systems strengthening

Adres do korespondencji: Dorota Cianciara, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum medyczne Kształcenia Podyplomowego, ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa, Polska

E-mail: dorota.cianciara@cmkp.edu.pl

Nadesłano: 11.05.2023; zaakceptowano do publikacji: 6.06.2023; publikacja online: 23.06.2023

WPROWADZENIE

Pandemia COVID-19 okazała się wielkim sprawdzianem w wielu dziedzinach życia. Sprządzian ten wykazał porażkę zdrowia publicznego w skali globalnej na wielu płaszczyznach: zapobiegania, racjonalności, przejrzystości, wykorzystania znanych i sprawdzonych praktyk, współpracy międzynarodowej oraz solidarności [1, 2]. Również w Polsce w czasie pandemii jaskrawo uwidoczniły się niedostatki zdrowia publicznego pod względem opracowania i realizowania planów gotowości (działań proaktywnych) oraz reagowania (działań reaktywnych), możliwości testowania, wyszukiwania kontaktów, obejmowania kwarantanną, strategii komunikacji i edukacji zdrowotnej, upowszechnienia niefarmaceutycznych metod profilaktyki, prowadzenia programu szczepień ochronnych [3]. Niedostatków tych nie mogły niwelować aktywności podejmowane przez różne gremia albo osoby prywatne, działające bez uprawnień nadzoru administracyjnego. Niepowodzenia działań w obszarze zdrowia publicznego negatywnie odbiły się na bieżącej pracy w lecznictwie [4, 5] oraz służbie medycyny pracy [6]. Pandemia nałożyła się na wcześniejsze niekorzystne zjawiska związane ze zdrowiem Polaków. Rok 2014 był ostatnim na trajektorii wydłużania przeciętnego trwania życia mężczyzn. Później nastąpiły liczne wahania, a w 2021 roku wartość ta spadła do 71,8 roku. Wśród kobiet podobna tendencja rozpoczęła się w 2017 roku i w 2021 roku wartość ta wyniosła 79,7 roku [7].

W czasie pandemii doszło w Polsce również do licznych zmian w otoczeniu prawnym i społecznym. Część wprowadzonych regulacji covidowych naruszyła porządek prawny ustanowiony w Konstytucji albo równowagę między ochroną zdrowia i życia obywateli a ich prawami podstawowymi [8]. Pogłębiły się problemy nierozwiązane i zjawiska kryzysowe. Doszło do ograniczania autonomii informacyjnej jednostki, podważenia społecznego zaufania do władzy publicznej i osłabienia społeczeństwa obywatelskiego – m.in. w wyniku powszechnie prowadzonego nauczania w formie zdalnej [9]. Ponadto okres pandemii odbił się niekorzystnie na działalności samorządów terytorialnych, zwłaszcza za sprawą spadku dochodów; było to szczególnie wyraźnie widoczne w miastach na prawach powiatu [10].

Wymienione problemy i zjawiska uwidoczniły, że zdrowie publiczne działa w roli łącznika między medycyną naprawczą a sektorami społecznymi innymi niż zdrowotny i toruje drogę do bezpieczeństwa zdrowotnego [11]. W piśmiennictwie międzynarodowym ukazał się już ogrom prac na temat oczekiwanych zmian w sektorze zdrowia i w zdrowiu publicznym oraz kierunków odbudowy po kryzysie covidowym. Wiele tych opinii czy postulatów zostało zaprezentowanych w polskojęzycznym piśmiennictwie [12, 13]. Dzisiaj zdrowie publiczne wymaga naprawy nie tylko w poszczególnych krajach, ale też w przestrzeni globalnej. Eksperti sugerują nawet, że należy na nowo przemyśleć idee oraz warsztat zdrowia publicznego i budować system po gruntownej rewizji [14]. W Polsce zaproponowano już, aby w przyszłości „polegać na wzmocnieniu procesów już zachodzących i ewentualnym ich uzupełnieniu tam wszędzie, gdzie COVID-19 ujawnił braki szczególnie dotkliwe”. Zarazem stwierdzono, że „Potrzeba jego [paradygmatu zdrowia publicznego] redefinicji wydaje się być koniecznością o globalnym zakresie” [12]. Za odmieniony paradygmat uznano taki, który zawiera działania oparte na dowodach oraz na dobrych praktykach, integrację zdrowia publicznego z medycyną naprawczą, a także

umacnia jedność zdrowia z czynnikami społecznymi i gospodarczymi poprzez działania międzysektorowe oraz obejmuje przywództwo i odpowiedzialne zarządzanie. Dokument, o którym mowa, adresowano do profesjonalistów zdrowia publicznego, badaczy polityk publicznych oraz do polityków.

W kontekście przedsięwzięć naprawczych czy odnowicielskich warto podać kilka przykładów z zagranicy. W USA w grudniu 2021 roku 20 senatorów demokratów, tzw. sponsorów, wniosło projekt ustawy S.674-Public Health Infrastructure Saves Lives Act [15]. Ustawa przewiduje znaczące wydatki na zdrowie publiczne, wzrastające z roku na rok od 750 mln do 4,5 mld USD w roku podatkowym 2026, z przeznaczeniem na nadzór epidemiologiczny, gotowość i reagowanie, naukowe wsparcie dla polityki, komunikację ze społeczeństwem, budowanie partnerstwa ze społecznościami oraz wzrost kompetencji i odpowiedzialności kadry kierowniczej. Wydaje się, że projekt jest na razie zamrożony.

W Wielkiej Brytanii w czerwcu 2022 roku rozpoczęło się niezależne dochodzenie pn. UK COVID-19 Inquiry, którego celem jest zbadanie przygotowań do pandemii i reakcji na nią w Anglii, Wali, Szkocji i Irlandii Północnej oraz przedstawienie raportu na ten temat. Dochodzenie jest konsekwencją licznych raportów dotyczących skutków pandemii. W tym oskarżycielskiego raportu Izby Gmin, w którym stwierdzono: „decisions on lockdowns and social distancing during the early weeks of the pandemic – and the advice that led to them – rank as one of the most important public health failures the United Kingdom has ever experienced” [16].

W grudniu 2021 roku na specjalnym posiedzeniu World Health Assembly (drugim w całej historii World Health Organization (Światowej Organizacji Zdrowia, WHO)) powołało międzynarodowy zespół negocjacyjny (ang. *international negotiating body*, INB) w celu opracowania i wynegocjowania – na mocy Konstytucji WHO – traktatu, konwencji, umowy lub innego instrumentu międzynarodowego służącego poprawie zapobiegania pandemii, gotowości i odpowiedzi. W lutym 2023 roku zespół INB przedstawił tzw. zerowy projekt takiej umowy [17]. Liczący 32 strony dokument zawiera liczne propozycje dla państw członkowskich, np. zobowiązanie, aby na profilaktykę pandemiczną, gotowość i reagowanie przeznaczać nie mniej niż 5% krajowych bieżących wydatków na zdrowie. W kwietniu ustalono zasady negocjacji treści umowy ze 194 państwami członkowskimi. Ponadto w lutym 2022 roku WHO przedstawiła propozycję odnowionej listy podstawowych funkcji zdrowia publicznego [18]. Lista ta została omówiona w dalszej części artykułu.

W kontekście powyższych informacji warto postawić pytania o stan sztuki zdrowia publicznego w Polsce przed pandemią, a także o aktualne krajowe i międzynarodowe inicjatywy związane z potencjałem wykonawczym tej dziedziny. Niniejszy artykuł jest próbą odpowiedzi na te pytania i głosem w dyskusji na temat odnowy zdrowia publicznego w Polsce.

CEL PRACY

Celem tej pracy jest omówienie: (a) podejmowanych przed nastaniem pandemii przedsięwzięć nastawionych na budowanie potencjału zdrowia publicznego w Polsce, (b) aktualnych krajowych przedsięwzięć tego typu, (c) odnowionej przez WHO w 2022 roku listy podstawowych funkcji zdrowia publicznego. Do realizacji celu a oraz b wykorzystano

informacje dotyczące historii legislacyjnej omawianych przedsięwzięć oraz umiejscowienia w nich planów gotowości i reagowania na sytuacje kryzysowe.

METODY PRZEGLĄDU

Dokonano przeglądu i oceny regulacji prawnych i publikacji dotyczących działalności i funkcji zdrowia publicznego zawartych na polskich stronach internetowych (w kolejności alfabetycznej: Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), Internetowego Systemu Aktów Prawnych (ISAP), Komitetu Zdrowia Publicznego PAN (KZP PAN), Ministerstwa Zdrowia (MZ), Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny – PIB (NIZP-PZH – PIB), Najwyższej Izby Kontroli (NIK), Rady Ministrów (RM), Rządowego Centrum Legislacji (RCL), Sejmu RP oraz na stronach OECD, PAHO, WHO, WHO iris.

OPIS STANU WIEDZY

Podjęte przed nastaniem pandemii przedsięwzięcia nastawione na budowanie potencjału zdrowia publicznego w Polsce

Diagnoza potencjału wg podstawowych funkcji zdrowia publicznego, tzw. EPHOs. Impulsem do rozwoju zdrowia publicznego w Polsce była rezolucja WHO Regional Committee for Europe z 2012 roku na temat *essential public health operations* (EPHOs) oraz europejskiego planu wzmocnienia potencjału i świadczeń zdrowia publicznego [19]. Do podstawowych „operacji” (funkcji) zaliczono 10 spraw (patrz dalej zestawienie 1). W tym 5 (EPHOs 1–5) nazwano kluczowymi, a kolejnych 5 (EPHOs 6–10) – wspomagającymi. Funkcja EPHOs 2 obejmowała m.in. przygotowanie i przetestowanie planów reagowania na sytuacje nadzwyczajne [20].

W związku z listą EPHOs w latach 2012–2014 roku pracowano nad roboczą, przeznaczoną do dyskusji i pilotażu, wersją narzędzia do oceny krajowego potencjału zdrowia publicznego. W 2015 roku udostępniono jego finalną wersję [21]. Narzędzie zostało wykorzystane w kilku krajach regionu, tj. w Jugosłowiańskiej Republice Macedonii (2014), Bośni i Hercegowinie (2014–2015), Polsce (2014–2015), na Cyprze (2015), w Armenii (2015–2016) oraz Słowenii (2015–2016) [22]. W Polsce ocena taka została przeprowadzona w wyniku współpracy Ministerstwa Zdrowia, Norwegian Directorate of Health oraz Konsorcjum Nauka i Zdrowie (w składzie NIZP-PZH, Uniwersytet Jagielloński (UJ), Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP)) oraz zaproszonych do współpracy ekspertów z różnych dziedzin. Przeprowadzono ją z użyciem dwóch metod – opisowej i parametrycznej. Ta ostatnia wykazała, że najbardziej rozwinięte są funkcje EPHOs 1, 3, 6. Wynikało to przede wszystkim z konstrukcji narzędzia, które kładło silny akcent na istnienie krajowych regulacji prawnych w danej domenie. Najslabiej oceniono funkcje EPHOs 4 i 7.

Ocena opisowa była bardziej dwuznaczna i nierzadko nie trafiała w sedno sprawy. Na przykład ocena kryterium pn. Przygotowanie do zagrożeń oraz reagowanie (element funkcji EPHOs 2) przybrała formę opisu lub cytatów z istniejących regulacji na temat zarządzania kryzysowego, ale bez komentarza. Kilka lat później NIK stwierdziła, że organy

odpowiedzialne za realizację zadań z zakresu zarządzania kryzysowego oraz obrony cywilnej nie stworzyły odpowiednich struktur, nie wdrożyły skutecznych procedur oraz nie zapewniły zasobów niezbędnych do zarządzania sytuacjami kryzysowymi [23]. Wyniki samooceny realizacji EPHOs przedstawiono w opracowaniach dostępnych na stronie <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/wydawnictwa>. Widoczne stało się, że krajowe zdrowie publiczne nie jest produktem pełnowartościowym, co było pewnym bodźcem do podjęcia pracy nad ustawą o zdrowiu publicznym. A ściślej – do kolejnej próby jej sformułowania i uchwalenia. W następnych latach nie przeprowadzono kolejnej oceny stanu rzeczy.

W 2016 roku Biuro Regionalne WHO dla Europy dokonało analizy wdrożenia całego planu wzmocnienia potencjału oraz świadczeń zdrowia publicznego w regionie. Stwierdzono m.in. życzliwe przyjęcie inicjatywy, ale raczej niewielkie polityczne zaangażowanie w jej realizację. Pokazano jednak dopingujące przykłady budowania przywództwa i współpracy oraz instytucjonalizacji zdrowia publicznego [24].

Ustawa o zdrowiu publicznym. W krajach OECD standardem jest regulowanie spraw dotyczących zdrowia obywateli (np. dostępu do świadczeń, zasad szczepień ochronnych czy izolacji), a także „biznesu” zdrowia publicznego, w tym licencjonowania instytucji, zawodów i procesów, prowadzenia kontroli warunków środowiskowych, a także łagodzenia uciążliwości czy ochrony przed nadużyciami etycznymi [25]. Zakres przedmiotowy regulacji jest zwykle bardzo szeroki i np. w 33 krajach regionu WHO Zachodniego Pacyfiku wyróżniono 39 grup regulacji zdrowia publicznego wg ich przedmiotu [26]. Zwykle oznacza to rozproszenie zadań i struktur zdrowia publicznego. Nie inaczej jest w Polsce. Od polskiej ustawy o zdrowiu publicznym często oczekiwano, że będzie całościowa i stanie się „konstytucją ochrony zdrowia”.

W marcu 2015 roku minister zdrowia skierował do konsultacji zewnętrznych projekt ustawy [27]. Projekt nie zawierał definicji zdrowia publicznego, co sprzyjało stanowisku Naczelnej Rady Lekarskiej, że „Ustawa powinna zgodnie z definicją zdrowia publicznego obejmować kompleksowo cały system zdrowia, a więc działania z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki, medycyny naprawczej i opieki zdrowotnej”. W takiej argumentacji czytelne jest oczekiwanie, aby ustawa regulowała „zdrowie publiczności”, a nie naukę i sztukę poprawy zdrowia zbiorowości [28]. Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu objął 326 stron i 719 uwag. W wyniku konsultacji dokonano dużych zmian w projekcie, w tym zmieniono zapisy odnośnie do zadań zdrowia publicznego oraz wykreślono powołanie pełnomocnika rządu do spraw zdrowia publicznego, będącego sekretarzem stanu w urzędzie ministra zdrowia.

Zmieniony, drugi projekt wpłynął do Sejmu w lipcu [29]. Przedstawiciele Biura Analiz Sejmowych w swoich opiniach zwracali uwagę na duże znaczenie ustawy, ale zarazem podkreślali liczne, a nawet fundamentalne, niedostatki projektu. Po niewielkich zmianach oraz ostatnim trzecim czytaniu ustawa przeszła większością 278 głosów. Nie było głosów przeciwnych, a 147 parlamentarzystów, w przygniatającej większości z ówczesnej opozycji, wstrzymało się od głosu. Senat nie zgłosił poprawek i ustawa została podpisana 26 października [30]. W ogłoszonym tekście ustawy, podobnie jak w projektach, nie umieszczono definicji zdrowia publicznego ani słownika, co sprzyja różnym interpretacjom istoty tego aktu prawnego.

W ustawie w zadaniach zdrowia publicznego znalazły się zarówno powtórzenia funkcji EPHOs, jak i ich modyfikacje, ale też odstępstwa od nich. W ogólnych przepisach merytorycznych odwołano się bezpośrednio do funkcji EPHOs 1, 4, 5, 7 oraz 10 (zestawienie 1), ale w nieidentycznej kolejności. Ponadto w przepisach szczegółowych uwzględniono elementy funkcji EPHOs 6 i 8.

Zakres EPHOs 2 ograniczono do działań w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji, co nie odnosi się bezpośrednio do sytuacji kryzysowych. Całkowicie zrezygnowano z EPHOs 3, czyli funkcji dotyczącej bezpieczeństwa środowiskowego. Takie samoograniczenie twórców ustawy w stosunku do EPHOs 2 i 3, polegające na tym, aby nie wkraczać na obszary unormowane w innych przepisach, było zapewne wynikiem pragmatyzmu prawnopolitycznego i dążenia do szybkiego uchwalenia ustawy. Ponadto zakres funkcji EPHOs 9 zawężono pod kątem prowadzenia edukacji zdrowotnej. Odstępstwem od EPHOs było dodanie zadań polegających na analizie adekwatności i efektywności (czy skuteczności?) świadczeń opieki zdrowotnej (jakich? czy także leczniczych?), ograniczaniu nierówności/niesprawiedliwości w zdrowiu oraz działaniach w obszarze aktywności fizycznej.

Ustawa – mimo niedoskonałości – wywarła wpływ na procesy zdrowia publicznego w kraju. Wprowadziła termin „zdrowie publiczne” do szerszego użycia, przynajmniej za sprawą obowiązku przekazywania (przez organy administracji rządowej i samorządowej oraz państwowe jednostki organizacyjne) rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych w poprzednim roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. W sprawozdaniu umieszcza się informacje o realizacji celów Narodowego Programu Zdrowia (NPZ), podając nakłady (realizator, czas, finansowanie) oraz produkty (liczba osób objętych zadaniem). Sprawozdanie nie obliegt do podania rezultatów czy wpływu [31]. Dane ze sprawozdań są przesyłane do systemu ProfiBaza.

Ustawa budziła nadzieję na stabilne finansowanie działań zdrowia publicznego, co było celem funkcji EPHOs 8, a w ustawie zostało rozpisane w formie zasad i maksymalnych wydatków z budżetu państwa. Określono też w niej dolną granicę wydatków (nie mniej niż 10%) na zadania NPZ, które dotyczą badań różnych aspektów sytuacji epidemiologicznej. Do badań takich zaliczono np. identyfikację i analizę rozpowszechnienia czynników stanowiących zagrożenie stanu zdrowia społeczeństwa. Nie zawarto w niej jednak wskazówki co do badań dotyczących sytuacji kryzysowych.

Nadzieje na stabilne finansowanie były płonne. Zgodnie z danymi GUS-u wg metodologii Narodowego Rachunku Zdrowia wydatki na profilaktykę i zdrowie publiczne w 2020 roku wynosiły 1,9% wydatków bieżących na ochronę zdrowia [32]. Według danych OECD odsetek ten lokował nasz kraj (razem z Rumunią i Portugalią) na 5. miejscu od końca stawki 36 krajów. Co więcej, w większości krajów nakłady na profilaktykę wzrosły w 2020 roku w stosunku do roku 2019, natomiast w Polsce zmalały z 2,1 do 1,9%. W Polsce udział nakładów na profilaktykę był najwyższy w 2016 roku (2,8%) i w każdym kolejnym roku zmniejszał się, aby osiągnąć podany pułap 1,9% [33].

Reasumując, można powiedzieć, że w ustawie o zdrowiu publicznym nie odwzorowano w pełni funkcji EPHOs i nie zsynchronizowano różnorodnych mechanizmów działalności zdrowia publicznego [34, 35]. Nie zawarto w niej *expressis verbis* zadań przeciwepidemicznych i zasad reagowania w sytuacjach kryzysowych, toteż nie zdała ona egzaminu covidowego. Niemniej deklaratorywnie doszło do przebudzenia dziedziny zdrowia publicznego.

Narodowe Programy Zdrowia. Dzięki ustawie o zdrowiu publicznym zmienił się status NPZ na lata 2016–2020 oraz 2021–2025. W przeciwieństwie do poprzednich edycji NPZ, które były załącznikiem do uchwały Rady Ministrów, dwie ostatnie wprowadzono na mocy rozporządzeń Rady Ministrów [36, 37]. Dzięki temu stały się źródłem prawa powszechnie obowiązującego. W obu programach w podobny sposób

Zestawienie 1. Porównanie funkcji EPHOs z zadaniami zdrowia publicznego wymienionymi w ustawie z 2015 roku o zdrowiu publicznym (numeracja dotyczy kolejności w danym dokumencie)

Lp.	Funkcje EPHOs	Lp.	Zadania z zakresu zdrowia publicznego określone w ustawie
1.	Nadzór nad zdrowiem i dobrostanem populacji	1.	Monitorowanie i ocena stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa
2.	Monitorowanie zagrożeń i sytuacji kryzysowych oraz reagowanie na zagrożenia	2.	Edukacja zdrowotna dostosowana do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych
3.	Ochrona zdrowia, w tym bezpieczeństwo środowiskowe, bezpieczeństwo w pracy, bezpieczeństwo żywności	3.	Promocja zdrowia
4.	Promocja zdrowia, w tym działania dotyczące społecznych nierówności w zdrowiu	4.	Profilaktyka chorób
5.	Profilaktyka chorób, w tym wczesne ich wykrywanie	5.	Działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji
6.	Zapewnienie zarządzania (gospodarowania) zdrowiem	6.	Analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa
7.	Zapewnienie kompetentnej kadry zdrowia publicznego	7.	Inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego
8.	Zapewnienie struktury organizacyjnej i finansowania	8.	Rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego
9.	Rzecznictwo, komunikacja i społeczna mobilizacja na rzecz zdrowia	9.	Ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych
10.	Rozwój badań w dziedzinie zdrowia publicznego dla potrzeb polityki i praktyki	10.	Działania w obszarze aktywności fizycznej

sformułowano cel strategiczny (wydłużenie życia w zdrowiu i zmniejszanie nierówności/niesprawiedliwości w zdrowiu). W obu programach cele operacyjne zdefiniowano nieco inaczej. W kontekście pandemii szczególną uwagę zwraca cel operacyjny 4 obu programów, który dotyczy ograniczania zagrożeń i ryzyka zdrowotnego. W NPZ 2016–2020 do realizacji tego celu przypisano kilkadziesiąt bardzo szczegółowych zadań oraz podzadań sformułowanych w sposób tradycyjny (np. wspieranie poprawy jakości powietrza, promowanie bezpieczeństwa żywności i wody, ograniczenie ekspozycji na nadmierny hałas). W NPZ 2021–2025 liczbę zadań i podzadań ograniczono do 14. W obu programach zapisano zadanie prowadzenia nadzoru epidemiologicznego nad typowymi chorobami zakaźnymi, a także koordynacji przepływu danych do ECDC oraz innych instytucji międzynarodowych. W programie na lata 2021–2025 zawarto zadanie całodobowego funkcjonowania Krajowego Punktu Centralnego ds. Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (IHR, 2005) oraz Krajowego Punktu Kontaktowego Wspólnotowego Systemu Wczesnego Ostrzegania i Reagowania (EWSR). W obu programach nie ma zadania jednoznacznie obciążającego do tworzenia planów gotowości i reagowania na sytuacje kryzysowe, w tym epidemie. Wyszukiwanie w systemie ProfiBaza informacji na temat realizacji zadań z celu 4 w NPZ 2016–2020 prowadzi do uzyskania informacji o ogromnej liczbie wykonanych działań. Niczego jednak nie wiadomo o ich wynikach. Zarazem NIK stwierdziła, że „Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020, w okresie objętym kontrolą, nie stanowił efektywnego narzędzia realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego. Jego wdrożenie w niewielkim stopniu wpłynęło na zwiększenie zakresu podejmowanych działań, a w konsekwencji na realizację celu strategicznego, jakim jest wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu” [38]. Podsumowując, można postawić tezę, że NPZ 2016–2020 nie doprowadził do radykalnej poprawy działań zdrowia publicznego.

Sektorowa Rama Kwalifikacji dla Zdrowia Publicznego.

W 2018 roku w zespole NIZP-PZH oraz Instytutu Badań Edukacyjnych, we współpracy z gronem ekspertów zewnętrznych oraz po uwzględnieniu opinii 313 praktyków zdrowia publicznego, opracowano Sektorową Ramę Kwalifikacji dla Zdrowia Publicznego (SRK ZP). Opisano w niej kwalifikacje zawodowe na poziomach 2–8 Polskiej Ramy Kwalifikacji w odniesieniu do kluczowych funkcji EPHOs 1–5 oraz funkcji ułatwiającej EPHOs 9. Kwestie związane z zagrożeniami dla zdrowia (EPHOs 2) wprowadzono w aspekcie wiedzy i umiejętności na poziomie 7 Ramy, czyli w odniesieniu do kwalifikacji uzyskiwanych na poziomie magisterskim w szkolnictwie wyższym [39]. Życie pokazało, że elementy te powinny znaleźć się już na poziomach 6 (licencjackim), a nawet 5 albo niższym, a także być szerzej opisane.

Informacja o opracowaniu i opublikowaniu SRK ZP znalazła się w opisie polskiego przypadku w publikacji Biura Regionalnego WHO dla Europy na temat profesjonalizacji kadry zdrowia publicznego [40]. Nie znaczy to, że SRK ZP stała się powszechnie znana, omawiana czy wykorzystywana w Polsce.

Aktualne przedsięwzięcia nastawione na budowanie potencjału zdrowia publicznego w Polsce

Wymienione poniżej przykłady inicjatyw służących regulacji systemu zdrowia publicznego nie są jedynymi. Dlatego w trakcie dalszych dyskusji i prac nad kształtem zdrowia publicznego warto byłoby dokonać ich inwentaryzacji i scharakteryzowania.

Zdrowa przyszłość. 27 grudnia 2021 roku, w trzecim wyrażonym szczycie zakażeń SARS-CoV-2, Rada Ministrów przyjęła dokument *Zdrowa przyszłość*, wyznaczający strategię rozwoju systemu zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 roku [41]. Powiedziano, że jest to „najważniejszy dokument strategiczny w ochronie zdrowia dla kraju”. W dokumencie wyróżniono cel 1.4 w brzmieniu „[Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych” oraz kierunek interwencji w brzmieniu „Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych”. Służyć temu mają trzy narzędzia, tj. realizowanie programów zdrowotnych, wdrożenie i realizowanie działań wspierających zdrowie osób pracujących oraz wspieranie (tylko wspieranie) działań kształtujących postawy prozdrowotne. Jako wskaźniki do monitorowania i ewaluacji takich działań przyjęto wzrost odsetka osób zgłaszających się na mammografię i cytologię przesiewową, dzieci zaszczepionych wg PSO, osób zaszczepionych przeciwko grypie oraz wydatków na profilaktykę w wydatkach bieżących na zdrowie. Słowa „COVID-19” lub „SARS-CoV-2” zostały w tekście użyte 96 razy, ale nie ma w nim odniesień do tworzenia planów gotowości i reagowania na wypadek sytuacji nadzwyczajnych. Można odnieść wrażenie, że pandemia była zjawiskiem przeszłości, nie stanowi zagrożenia ani teraz, ani w przyszłości. A problemy, przed którymi stoi zdrowie publiczne, są od lat takie same.

Zawód profilaktyka. W styczniu 2022 roku minister zdrowia skierował do konsultacji zewnętrznych projekt ustawy o niektórych zawodach medycznych. Dotyczył on wykonywania 17 zawodów, w tym całkowicie nowego zawodu profilaktyka. Do wykonywania tych zawodów wymagano posiadania zdolności prawnych, odpowiedniego stanu zdrowia, certyfikatu znajomości języka polskiego oraz posiadania uzyskanego w Polsce lub w krajach UE lub EFTA dokumentu, który potwierdza kwalifikacje do wykonywania zawodu. Wśród uwag Rządowego Centrum Legislacji znalazła się m.in. taka, że projekt nie określa zadań zawodowych dla osób wykonujących wymienione zawody [42]. Raport z uzgodnień objął 50 stron.

Zmieniony projekt trafił do Sejmu w kwietniu 2023 roku. Dopisano w nim zadania zawodowe dla każdego z zawodów, a w przypadku profilaktyka podano, że polegają na „wykonywaniu czynności zawodowych w zakresie profilaktyki, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej”. Nie określono jednak poziomu takich działań (jednostkowy czy zbiorowy), rodzaju profilaktyki (np. wg kryterium historii naturalnej choroby czy poziomu ryzyka), ani „świadczeniobiorcy” (np. pacjent, grupa pacjentów, podmiot leczniczy, organ administracji publicznej). Do wykonywania zawodu wymagane jest wykształcenie na poziomie studiów I stopnia w zakresie zdrowia publicznego i uzyskanie tytułu zawodowego co najmniej licencjata lub inżyniera. W uzasadnieniu projektu podano zaś, że do czynności zawodowych profilaktyka należą „planowanie, realizowanie i ocena profilaktyki w systemie zdrowia”, co wskazywałoby na populacyjny i administracyjny charakter jego pracy [43].

Omawiany projekt nie wprowadza obowiązku określenia standardów kształcenia dla 17 zawodów, o co wnioskowały różne gremia. Należy przypomnieć, że określenie standardów jest przyjęte w kształceniu na studiach przygotowujących do wykonywania zawodów medycznych, tj. lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego. Zasady kształcenia na kierunku studiów zdrowie publiczne były zaś określane przynajmniej trzykrotnie, poczynając od szczegółowych standardów kształcenia [44], poprzez mniej szczegółowe efekty kształcenia [45], a kończąc na najmniej szczegółowych charakterystykach kwalifikacji na 6 i 7 poziomie Polskiej Ramy Kwalifikacji [46].

Według danych Ministerstwa Zdrowia w latach 2014–2020 studia na kierunku zdrowie publiczne na studiach I stopnia ukończyło 4897 Polaków [47]. Usankcjonowanie zawodu profilaktyka mogłoby zapewnić pewną pulę miejsc/stanowisk pracy dla absolwentów tego kierunku studiów. Rodzi się jednak pytanie, czy jest uzasadniona opinia, że „Absolwenci zdrowia publicznego to kadry bardzo profesjonalnie i interdyscyplinarnie wykształcone” [48]. I czy absolwenci studiów o profilu ogólniakademickim i zawodowym są *en masse* przygotowani do wykonywania takiej pracy?

Projekt „Polskie Zdrowie 2.0”. W marcu 2023 roku z inicjatywy Komitetu Zdrowia Publicznego PAN powstał projekt pn. „Ocena wybranych elementów systemu zdrowia w Polsce w oparciu o dowody naukowe i dobre praktyki innych krajów – Polskie Zdrowie 2.0”. Podano, że uczestniczą w nim 64 osoby, członkowie Komitetu oraz zaproszeni eksperci, naukowcy i praktycy systemu zdrowia. Zespół ten planuje przedstawienie analiz w obrębie trzech modułów (system zdrowia, zdrowie publiczne, medycyna naprawcza), zawierających łącznie 14 tematów.

W module zdrowie publiczne zaplanowano opublikowanie czterech *policy briefs* – na temat wzmocnienia zdrowia publicznego, zmian w polityce alkoholowej, redukcji palenia oraz zwiększenia aktywności fizycznej. Jako pierwszy do wiadomości publicznej skierowano *policy brief* pt. *Zasadnicze wzmocnienie zdrowia publicznego* [49]. Dokument liczy 17 stron. Stwierdzono w nim, że konieczne jest przygotowanie nowej ustawy o zdrowiu publicznym, która zapewni właściwe finansowanie i odpowiednią infrastrukturę oraz zbudowanie spójnego systemu informacji, który będzie dostarczał danych epidemiologicznych, ekonomicznych i społecznych. Następnie podano tematy, które powinny być uwzględnione w nowym podejściu do zdrowia publicznego (zestawienie 2).

Zaproponowane tematy dotyczą różnych aspektów zdrowia publicznego, tj. metod i procesów, problemów zdrowotnych oraz adresatów/beneficjentów działań. Każdy z tematów został opatrzony komentarzem i argumentacją na rzecz danej kwestii wraz z odwołaniem do piśmiennictwa. Każdy jest ważny i pokazuje sfery zaniedbane w dotychczasowej działalności. Tematy mają charakter postulatów, a nie sformułowań gotowych do umieszczenia w nowej ustawie o zdrowiu publicznym w taki sposób, aby było to zgodne z zasadami techniki prawodawczej. Patrząc z perspektywy samych postulatów, chciałoby się tam dodać przynajmniej naprawę zarządzania sytuacjami kryzysowymi, profesjonalizację działań zdrowia publicznego (w tym ewaluację działań pod kątem uzyskiwanego rezultatu i wpływu) oraz integrację zdrowia publicznego z edukacją medyczną. Ten ostatni postulat jest znakiem naszych czasów [50].

Odnosząc się zaś do argumentacji na rzecz podanych postulatów, należy stwierdzić, że inspirujące byłoby ich rozszerzenie o kwestie „społecznej absorpcji” wskazanych rozwiązań oraz metod współpracy, takich jak *co-creation* i *co-design* [51]. Na przykład dla postulatu dotyczącego polityki informacyjnej (pkt 5) takim rozszerzeniem byłoby uwzględnienie społecznej mobilizacji na rzecz zdrowia, budowania partnerstwa ze społecznościami, w tym z adresatami przekazów, a także zaangażowania ich w różne procesy. Postulowane „wskazanie stanowiska dla osoby odpowiedzialnej za przekazywanie w imieniu władzy oficjalnych komunikatów dotyczących problemów zdrowotnych” samo z siebie nie rozwiąże problemu infodemii, nie zbuduje zaufania społecznego. Notabene, czyżby czynności zawodowe profilaktyka miały polegać na przekazywaniu komunikatów z góry na dół? W przypadku postulatu dotyczącego doradztwa nauki (pkt 6) korzystne byłoby odwołanie się do procesu translacji wiedzy. Doradztwo naukowe może przynieść efekty, gdy politycy mają odpowiednie kompetencje do zrozumienia i wykorzystania ustaleń naukowych oraz wykazują się gotowością do czerpania wiedzy, a badacze korzystają z reguł komunikowania. Ponadto badacze i użytkownicy wiedzy, czyli politycy i praktycy zdrowia publicznego, lecznictwa czy opieki społecznej, powinni się choć trochę rozumieć. A zatem postulowane „ograniczenie swobody decyzyjnej polityków poprzez propozycje przedstawione przez ekspertów” byłoby receptą na syntezę wiedzy i jej rozpowszechnienie, ale nie zastąpi interakcji między badaczami (ekspertami) a użytkownikami wiedzy.

Zestawienie 2. Aspekty do uwzględnienia w nowym podejściu do zdrowia publicznego wg projektu „Polskie Zdrowie 2.0”

Lp.	Aspekty
1.	Prowadzenie polityki zdrowotnej i prozdrowotnej państwa w oparciu o dowody naukowe i przy wykorzystaniu dobrych praktyk innych krajów, ze szczególnym uwzględnieniem reprezentatywnych danych epidemiologicznych i ekonomicznych, pozwalających na ocenę gospodarczych i społecznych konsekwencji utraty zdrowia i niepełnosprawności
2.	Odpowiednie do nowych potrzeb w zakresie zdrowia zintegrowanie medycyny naprawczej, zdrowia publicznego i polityki społecznej
3.	Stale monitorowanie nierówności w zdrowiu, sytuacji zdrowotnej i społecznej grup szczególnie narażonych, w tym seniorów, oraz zagrożeń środowiskowych
4.	Traktowanie zdrowia psychicznego jako priorytetu, szczególnie wśród dzieci, młodzieży i osób w podeszłym wieku
5.	Realizacja właściwej polityki informacyjnej i zbudowanie realnego przywództwa dla uzyskania zaufania społecznego niezbędnego do akceptacji polityki zdrowotnej państwa
6.	Zbudowanie nowoczesnego zaplecza eksperckiego dla badań naukowych oceniających efekty polityki zdrowotnej i przygotowujących usprawniające wdrożenia, a także zinstytucjonalizowanie środowisk eksperckich i ich spójcjonowanie w systemie doradztwa

Odnowiona, skonsolidowana przez WHO w 2022 roku lista podstawowych funkcji zdrowia publicznego

Kapitałną wskazówką do zwięzłego, a zarazem kompleksowego opisu zakresu działań zdrowia publicznego są opracowania WHO i przedstawicieli tej organizacji z lat 2022–2023. Są one odpowiedzią na aktualne wyzwania dla zdrowia, a w szczególności na luki w systemach zdrowia i fragmentację systemów, ujawnione przez COVID-19. Są efektem mandatu, który WHO otrzymała w rezolucji World Health Assembly w 2016 roku w sprawie wzmocnienia podstawowych funkcji zdrowia publicznego w celu osiągnięcia *universal health coverage* [52]. W rezolucji tej państwa członkowskie, mając na uwadze, że zdrowie publiczne jest najbardziej opłacalnym, kompleksowym i zrównoważonym sposobem poprawy zdrowia populacji i jednostek oraz zmniejszenia obciążenia chorobami, zwróciły się do Dyrektora Generalnego WHO z oczekiwaniem opracowania i rozpowszechnienia technicznych wytycznych na temat wykorzystania podstawowych funkcji zdrowia publicznego (*essential public health functions*, EPHFs) przy uwzględnieniu różnic regionalnych. Prace zmierzające do opracowania takich wytycznych przebiegały wielotorowo i były wielotematyczne.

Kamieniem milowym było zinventaryzowanie istniejących list podstawowych świadczeń/funkcji/operacji zdrowia publicznego, opracowanych w różnych regionach WHO, tj. regionie obu Ameryk, Europy, Wschodnim Śródziemnomorskim oraz Zachodniego Pacyfiku. Uwzględniono przy tym pierwszą listę opracowaną w WHO w 1998 roku za pomocą metody Delphi przy udziale przedstawicieli wszystkich regionów WHO. Analizowano również listy opracowane w kilku krajach i organizacjach, a także dokumenty strategiczne o zasięgu międzynarodowym [53, 54]. Przegląd ten i analiza porównawcza służyły do wytyczenia dalszej drogi postępowania. W ich wyniku zaproponowano trzy scenariusze pracy: (a) włączyć różnych interesariuszy i pracować nad międzynarodowym konsensem co do definicji oraz funkcji zdrowia publicznego w celu opracowania nowej

uniwersalnej listy EPHFs, możliwej do wykorzystania w różnych regionach WHO, (b) zostawić swobodę państwom członkowskim i regionom w określeniu ram postępowania oraz funkcji zadań publicznego, (c) opracować listę globalnych celów zdrowia publicznego, co oznaczałoby stworzenie mechanizmu politycznego. Każdy scenariusz analizowano pod kątem potencjalnych korzyści i ryzyka. Wybór dalszej drogi padł na opcję pierwszą.

W lutym 2022 roku centrala WHO w Genewie przedstawiła 44-stronicowy dokument do dyskusji poświęcony prezentacji przyjętego stanowiska na temat EPHFs [18]. Znalazły się tam: słownik terminów, lista 12 EPHFs, które są wspólne dla regionów WHO, opis związków funkcji EPHFs z innymi dokumentami i koncepcjami o randze międzynarodowej, uzasadnienie znaczenia zdrowia publicznego dla wzmocnienia systemów zdrowia oraz wezwanie interesariuszy do wykorzystania EPHFs.

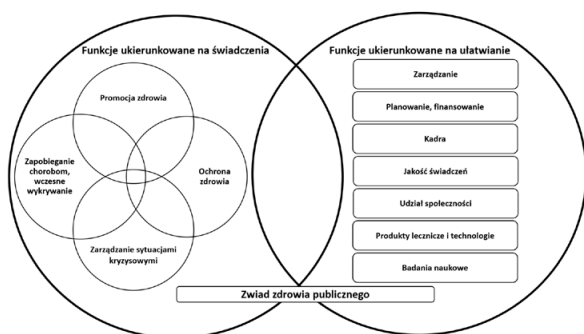
Porównanie listy odnowionych, skonsolidowanych funkcji EPHFs ze znaną europejską listą EPHOs prowadzi do dwóch wniosków. Po pierwsze, lista EPHFs jest dłuższa niż lista EPHOs, a między listami są istotne różnice w treści. Wśród wyłonionych 12 funkcji EPHFs znalazły się odpowiedniki lub rozszerzenia europejskich funkcji EPHOs (zestawienie 3). Ponadto umieszczono tam dwie funkcje dotyczące zapewnienia jakości i dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz dostępu do leków i technologii medycznych, które stanowią novum w stosunku do listy EPHOs. Obie nowości są zapożyczone, choć w odmiennym brzmieniu, z odnowionej przez PAHO w 2020 roku listy 11 funkcji zdrowia publicznego dla obu Ameryk [55, 56] i nie były obecne w listach z pozostałych regionów WHO. Warto dodać, że odnowione przez PAHO w 2020 roku funkcje przypisano do tzw. cyklu życia zdrowia publicznego, który opiera się na cyklu życia polityki publicznej. Wyróżniono cztery etapy życia zdrowia publicznego, tj. oceny/szacowania, tworzenia polityki, alokacji zasobów oraz dostępu (ang. *assessment, policy development, resource allocation, access*). Podział ten jest modyfikacją podziału na trzy etapy (ang. *assessment, policy development, assurance*),

Zestawienie 3. Lista funkcji EPHFs wyłonionych w analizie różnych list z regionów WHO w porównaniu do europejskich funkcji EPHOs

Lp.	Funkcje EPHFs	Odniesienie do EPHOs
1.	Monitorowanie i ocena (ewaluacja) stanu zdrowia ludności, wykorzystania świadczeń zdrowotnych oraz nadzór nad czynnikami ryzyka i zagrożeniami dla zdrowia	Odpowiednik EPHOs 1 oraz 2, tzw. zwiadu epidemiologicznego; rozszerzenie o monitorowanie i ewaluację wykorzystania świadczeń zdrowotnych
2.	Zarządzanie sytuacjami zagrożenia zdrowia publicznego	Rozszerzenie EPHOs 2
3.	Zapewnienie skutecznego zarządzania zdrowiem publicznym, a także regulacji i ustawodawstwa	Odpowiednik EPHOs 6
4.	Wspieranie wydajnych i skutecznych systemów zdrowotnych oraz wielosektorowego planowania, finansowania i zarządzania zdrowiem populacji	Rozszerzenie EPHOs 8
5.	Ochrona ludności przed zagrożeniami zdrowia, w tym środowiskowymi i zawodowymi, chorobami zakaźnymi, ryzykiem chemicznym i radiacyjnym; bezpieczeństwo żywności	Odpowiednik EPHOs 3
6.	Promowanie profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób zakaźnych i niezakaźnych	Odpowiednik EPHOs 5
7.	Promowanie zdrowia i dobrostanu oraz podejmowanie działań mających na celu uwzględnienie szerszych uwarunkowań zdrowia i niesprawiedliwości	Odpowiednik EPHOs 4
8.	Zapewnienie zaangażowania/włączenia społeczności, uczestnictwa i mobilizacji społecznej na rzecz zdrowia i dobrostanu	Odpowiednik EPHOs 9
9.	Zapewnienie odpowiedniej liczby odpowiednio wykwalifikowanych pracowników zdrowia publicznego	Odpowiednik EPHOs 7
10.	Zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych odpowiedniej jakości	Uzupełnienie funkcji EPHOs
11.	Postęp badań w zakresie zdrowia publicznego	Odpowiednik EPHOs 10
12.	Zapewnienie równego dostępu do podstawowych leków i innych technologii medycznych oraz racjonalnego ich wykorzystania	Uzupełnienie funkcji EPHOs

przyjętego jeszcze w 1988 roku, w którym rozpołowiono etap ostatni, tj. wykonania (ang. *assurance*). Proponowane przez WHO funkcje EPHFs, które zapożyczono od PAHO, są w Amerykach częścią etapu alokacji zasobów (produkty lecznicze i technologie) oraz dostępu (sprawiedliwość w dostępie do kompleksowych i wysokojakościowych świadczeń zdrowia publicznego).

Po drugie, w EPHFs nie zachowano podziału zastosowanego w liście EPHOs, tj. na funkcje kluczowe oraz ułatwiające. Zaproponowano inny podział, w którym 4 funkcje są zorientowane na świadczenia, a 7 kolejnych – na ułatwianie (ryc. 1). Funkcje ukierunkowane na świadczenia powinny być zintegrowane ze świadczeniami na wszystkich poziomach opieki, a zwłaszcza z podstawową opieką zdrowotną (POZ). W tej grupie znalazło się zarządzanie sytuacjami kryzysowymi. Funkcje wspomagające obejmują działania osadzone w systemie zdrowotnym, w innych systemach/sektorach oraz w społecznościach. Związek zdrowia publicznego, czyli funkcja EPHFs 1, jest działalnością przekrojową, która jest zorientowana na świadczenia i pełni rolę wspomagającą [57].



Rycina 1. Relacje między funkcjami EPHFs
Źródło: Y. Zhang i wsp. 2023

W maju 2022 roku WHO we współpracy z wieloma podmiotami opublikowała plan dostosowania kadr zdrowia publicznego do realizacji odnowionych funkcji EPHFs, zwłaszcza w kontekście gotowości oraz reagowania na sytuacje kryzysowe [58]. Dyskusje na ten temat są w toku [59], a raport końcowy na temat wzmocnienia kadry w kontekście nowych funkcji będzie gotowy w połowie bieżącego roku. W pracach tych uczestniczy m.in. ASPHER. W październiku 2022 roku WHO opublikowała dokument techniczny informujący, że listę EPHFs należy interpretować jako minimalne (sic!) wymagania wobec państw członkowskich, aby gwarantować holistyczne, zintegrowane i trwałe działania w dziedzinie zdrowia publicznego oraz odporność systemów zdrowia. Rekomendowano m.in., aby EPHFs uznać za strategiczny priorytet w reformach krajowych systemów zdrowia, w tym w określaniu ról instytucji zdrowia publicznego, a także wzmocnić POZ w celu operacjonalizacji EPHFs [60]. Obecnie (początek maja 2023 roku) znane są już wyniki analizy działalności zdrowia publicznego pod kątem odnowionych funkcji EPHFs, którą przeprowadzono w Irlandii. Stwierdzono, że wykorzystanie funkcji EPHFs i ich operacjonalizacja są pomocne do wzmocnienia potencjału zdrowia publicznego, a także przygotowania systemu zdrowia, aby mógł sprostać kolejnym wyzwaniom [61, 62].

PODSUMOWANIE

Diagnoza funkcjonowania zdrowia publicznego w Polsce bazująca na koncepcji *essential public health operations* (EPHOs) w opinii Biura Regionalnego WHO dla Europy wykazała niedostatki w działalności. W ustawie o zdrowiu publicznym nie odwzorowano funkcji EPHOs. Zarówno ustawa, jak i NPZ nie objęły problematyki gotowości i reagowania. A zatem przedsięwzięcia regulacyjne nie zapewniły zdolności do odpowiedniego przygotowania się do pandemii ani reagowania na nią. Obecnie w przestrzeni publicznej pojawiły się dokumenty i opracowania, w których kwestie przygotowania planów gotowości i reagowania na pandemię zostały pominięte. Być może jednak plany takie istnieją gdzieś w sferze pozaoficjalnej. Tak czy inaczej, kwestia poprawy zdolności przeciwepidemicznych zdrowia publicznego jest bezdyskusyjna.

Nie można jednak abstrahować od faktu, że zdolności te są tylko jedną z części złożonej maszyny społecznej zdrowia publicznego i nie można ich rozpatrywać w oderwaniu od innych zadań. Oznacza to potrzebę rewizji całego instrumentarium zdrowia publicznego oraz ustawy o zdrowiu publicznym. Podstawą do takiej rewizji powinny być odnowione przez WHO podstawowe funkcje zdrowia publicznego EPHFs. Te zaś wprowadzają nowe elementy oraz kładą silny akcent na zarządzanie kryzysowe i integrację zdrowia publicznego z podstawową opieką zdrowotną, a więc aspekty, których w Polsce dotychczas nie brano po uwagę. Namysł nad określeniem funkcji, struktury, organizacji, pełnomocnictw i władztwa zdrowia publicznego w Polsce, a więc także całego systemu zdrowia, powinien odbywać się przy udziale wielu interesariuszy. Wnioski i ustalenia pozwolą określić tożsamość dziedziny oraz mechanizmy współpracy. Skuteczne zdrowie publiczne nie jest wyłączną domeną jakiegś grupy zawodowej, ale wymaga współpracy wielosektorowej i interdyscyplinarnej. Partycypacja społeczna i systemowa koordynacja wszystkich zainteresowanych stron zapewniają, że polityki odpowiadają na potrzeby wszystkich ludzi, tworzą podstawę zaufania do polityk oraz sprawiają, że systemy opieki zdrowotnej są bardziej przejrzyste i odpowiedzialne [63]. Społeczność zdrowia publicznego powinna dobrze przygotować się do debaty na temat swoich zadań oraz oczekiwań wobec różnych interesariuszy.

PIŚMIENNICTWO

1. Sachs JD, Karim SSA, Aknin L, et al. TheLancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. *The Lancet* 2022; 400(10359):1224–1280. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01585-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01585-9)
2. Banco E, Furlong A, Pfahler L. How Bill Gates and partners used their clout to control the global Covid response – with little oversight. *Politico* 09.14.2022. <https://www.politico.com/news/2022/09/14/global-covid-pandemic-response-bill-gates-partners-00053969> (access: 2023.05.03).
3. Jędrzejczyk T, Balwicki Ł. Poland country snapshot: public health agencies and services in the response to COVID-19. *European Observatory on Health Systems and Policies*. March 2022. <https://eurohealthobservatory.who.int/news-room/articles/item/poland-country-snapshot-public-health-agencies-and-services-in-the-response-to-covid-19> (access:2023.05.03).
4. Fiałek B. On the verge of Poland's fifth wave of covid-19, healthcare staff are overworked and disenchanting. *BMJ*. 2022;376:o234. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.o234>
5. Mularczyk-Tomczewska P, Zarnowski A, Gujski M, et al. Barriers to accessing health services during the COVID-19 pandemic in Poland: A nationwide cross-sectional survey among 109,928 adults in

- Poland. *Frontiers in Public Health* 2022;10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.986996>
6. Marcinkiewicz A. The impact of the COVID-19 pandemic on the resources and activities of basic occupational health services in Poland. *Med Pr.* 2022;73(1):19–24. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01217>
7. Główny Urząd Statystyczny. Trwanie życia w 2021 r. Warszawa 29.07.2022. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2021-roku,2,16.html> (access: 2023.05.03).
8. Chrobak K, Burek W. Ustawodawstwo covidowe w świetle hierarchii źródeł prawa w Polsce – wybrane aspekty. *Rocznik Administracji Publicznej*. 2022(8):25–39. <https://doi.org/10.4467/24497800RAP.22.002.16778>
9. Piotrowski R. Demokracja w czasie pandemii. Uwagi o doświadczeniach polskich. In: *Prawo w czasie pandemii COVID-19*. Warszawa: Wydawnictwo naukowe Scholar; 2021. p. 11–27. https://www.google.pl/books/edition/Prawo_w_czasie_pandemii_COVID_19/bVukEAAQBAJ?hl=pl&gbpv=1&printsec=frontcover (access: 2023.05.03).
10. Owsiak K. Władze samorządowe wobec presji na wydatki związane z kryzysem pandemicznym. In: Ziolo M, editor. *Finanse publiczne*. Warszawa: Polska Akademia Nauk; 2021. p. 63–81. <https://publikacje.pan.pl/chapter/121863/rozdzial-4-wladze-samorzadowe-wobec-presji-na-wydatki-zwiazane-z-kryzysem-pandemicznym-br> (access: 2023.05.03).
11. Martin-Moreno JM, Lobo-Valbuena B, Martin-Gorgojo A. Integrating Essential Public Health Functions in Health Systems Ensuring Health Security. [w:] Siddiqi S, Mataria A, Rouleau KD, Iqbal M. *Making Health Systems Work in Low and Middle Income Countries*. Cambridge: Cambridge University Press; 2023. p. 496–510. <https://doi.org/10.1017/9781009211086>
12. Włodarczyk WC, Juszczyk G. *Zdrowie publiczne 3.0. Wnioski po pandemii COVID-19, perspektywa globalna*. Policy paper. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny; 2022.
13. Cianciara D, Szmigiel A, Pruszyński J. Recovery from COVID-19 crisis in public health perspective. *Journal of Education, Health and Sport* 2022;12(7):933–949. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2022.12.07.095>
14. Brownson RC, Burke TA, Colditz GA, Samet JM. *Reimagining Public Health in the Aftermath of a Pandemic*. *Am J Public Health*. 2020;110(11):1605–1610. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305861>
15. S.674 – Public Health Infrastructure Saves Lives Act. <https://www.congress.gov/bill/117th-congress/senate/bill/674/text> (access: 2023.05.03).
16. House of Commons. Health and Social Care and Science and Technology Committees. *Coronavirus: lessons learned to date*. 12 October 2021:32. <https://committees.parliament.uk/publications/7496/documents/78687/default/> (access: 2023.05.03).
17. World Health Organization. Zero draft of the WHO CA+ for the consideration of the Intergovernmental Negotiating Body at its fourth meeting. WHO convention, agreement or other international instrument on pandemic prevention, preparedness and response (“WHO CA+”). 1 February 2023. https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb4/A_INB4_3-en.pdf (access: 2023.05.03).
18. World Health Organization. 21st century health challenges. Can the essential public health functions make a difference? Discussion Paper. WHO, Geneva; 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038929> (access: 2023.05.03).
19. WHO Regional Office for Europe. Regional Committee for Europe. Resolution European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. Sixty-second session Malta, 10–13 September 2012. EUR/RC62/R5. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336533/62rs05e-EAPublicHealth-122086.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (access: 2023.05.03).
20. WHO Regional Office for Europe. Regional Committee for Europe. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. Sixty-second session Malta, 10–13 September 2012. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336410/62wd12e-rev1-EAPublicHealth-121828.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (access: 2023.05.03).
21. Martin-Moreno JM. Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen; 2015. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344398/9789289050999-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (access: 2023.05.03).
22. Harris M, Ruseva M, Mircheva D, et al. Self-assessments of the essential public health operations in the WHO European Region 2007–2015 Experiences and lessons from seven Member States. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen; 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/351404/WHO-EURO-2017-4786-44549-63086-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (access: 2023.05.03).
23. Najwyższa Izba Kontroli. *Ochrona ludności w ramach zarządzania kryzysowego i obrony cywilnej*. Informacja o wynikach kontroli. KPB.430.009.2017 Nr ewid. 147/2018/P/17/039/KPB. Warszawa, 12.09.2018. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,18895,vp,21498.pdf> (access: 2023.05.03).
24. WHO Regional Office for Europe. Midterm progress report on implementation of the European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. Regional Committee for Europe EUR/RC66/19 66th session Copenhagen, 12–15 September 2016. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338172/66wd19e-RepEAPublicHealth-160568.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (access: 2023.05.03).
25. Mok EA, Gostin LO, Gupta MD, et al. Implementing Public Health Regulations in Developing Countries: Lessons from the OECD Countries. *J. Law, Med. & Ethics* 2010; 38(3):508–519. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2010.00509.x>
26. Lee Y, Kim SY. Public health law coverage in support of the health-related sustainable development goals (SDGs) among 33 Western Pacific countries. *Global Health*. 2019;15:29. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0472-z>
27. Rządowe Centrum Legislacji. Projekt ustawy o zdrowiu publicznym. 28.03.2015. <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12270850> (access: 2023.05.03).
28. Rządowe Centrum Legislacji. Projekt ustawy o zdrowiu publicznym. Raport z konsultacji publicznych i opiniowania dot. projektu ustawy o zdrowiu publicznym (Pt II). <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12270850/katalog/12281779#12281779> (access: 2023.05.03).
29. SEJM RP. Rządowy projekt ustawy o zdrowiu publicznym. <https://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=3675> (access: 2023.05.03).
30. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. DzU 2015 poz.1916 z późn.zm.
31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. DzU 2016, poz. 2216.
32. Główny Urząd Statystyczny. *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2019–2021*. Warszawa: GUS; 29.07.2022. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-latach-2019-2021,27,2.html> (access: 2023.05.03).
33. OECD. Health expenditure and financing. <https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=SHA&lang=en> (access: 2023.05.03).
34. Izdebski H. Zakres przedmiotowy ustawy o zdrowiu publicznym – propozycje zmian. PL13 – Predefined Project: „Reducing social inequalities in health” co-financed by the Norwegian Financial Mechanism Final conference 6–7 April 2017. <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/nierownosci-w-zdrowiu> (access: 2023.05.03).
35. Dercz M. Ogólne podstawy prawne zdrowia publicznego w Polsce – stan obecny i postulowany. PL13 – Predefined Project: „Reducing social inequalities in health” co-financed by the Norwegian Financial Mechanism Final conference 6–7 April 2017. <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/nierownosci-w-zdrowiu> (access: 2023.05.03).
36. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. DzU 2016 poz. 1492.
37. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025. DzU 2021 poz. 642.
38. Najwyższa Izba Kontroli. Realizacja zadań Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. Informacja o wynikach kontroli. KZD.430.001.2020 Nr ewid. 2/2020/P/19/060/KZD. <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/19/060/LL0/> (access: 2023.05.03).
39. Cianciara D, Sugay L, Urban E, et al, editors. *Sektorowa Rama Kwalifikacji dla Zdrowia Publicznego (SRK ZP)*. Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa; 2020. <https://kwalifikacje.edu.pl/wp-content/uploads/publikacje/PDF/Sektorowa-Rama-Kwalifikacji-dla-Zdrowia-Publicznego-internet.pdf> (access: 2023.05.03).
40. WHO Regional Office for Europe, ASPHER. Roadmap to professionalizing the public health workforce in the European Region. WHO, Copenhagen; 2022: 73–74. <https://www.aspher.org/download/1032/who-euro-2022-4808-44517-63144-eng.pdf> (access: 2023.05.03).
41. Ministerstwo Zdrowia. *Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030*. Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030> (access: 2023.05.03).
42. Rządowe Centrum Legislacji. Projekt ustawy o niektórych zawodach medycznych. 21.01.2022. <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12355717/katalog/12849352#12849352> (access: 2023.05.03).
43. Sejm RP. Rządowy projekt ustawy o niektórych zawodach medycznych <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/agent.xsp?symbol=RPL&Id=RM-0610-33-23> (access: 2023.05.03).

44. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 r. w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki. Standardy kształcenia dla kierunku studiów: Zdrowie publiczne. Załącznik nr 117. DzU 2007 nr 164 poz. 1166.
45. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 2 listopada 2011 r. w sprawie Krajowych Ram Kwalifikacji dla Szkolnictwa Wyższego. DzU 2011 nr 253 poz. 1520.
46. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 14 listopada 2018 r. w sprawie charakterystyk drugiego stopnia efektów uczenia się dla kwalifikacji na poziomach 6–8 Polskiej Ramy Kwalifikacji. DzU 2018 poz. 2218.
47. Ministerstwo Zdrowia. Mapy potrzeb zdrowotnych. Studenci i absolwenci kierunków medycznych. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/studenci-i-absolwenci-kierunkow-medycznych/> (access:2023.05.03).
48. Domagała A. Forum absolwentów i pracodawców – zdrowie publiczne z perspektywy ukończonych studiów wyższych i rynku pracy. Relacja z dyskusji panelowej w trakcie konferencji z okazji 30-lecia IZP UJCM. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2021;19(3–4):173–179. <https://doi.org/10.4467/20842627OZ.21.021.16426>
49. Hanke W, Heitzman J, Juszczyk G, Samoliński B, et al, editors. *Polskie Zdrowie 2.0. Rekomendacje strategiczne na lata 2023–2027. Zasadnicze wzmocnienie zdrowia publicznego. Policy brief II.1. Komitet Zdrowia Publicznego, Polska Akademia Nauk, Warszawa: 2023.* https://pan.pl/wp-content/uploads/2023/03/Polskie-Zdrowie-2.0_Brief-nr-II.1_Zasadnicze-wzmocnienie-zdrowia-publicznego-1.pdf (access:2023.05.03).
50. Rao R, Hawkins M, Ulrich T, et al. The Evolving Role of Public Health in Medical Education. *Front Public Health*. 2020 Jun 26;8:251. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00251>
51. Vargas C, Whelan J, Brimblecombe J, et al. Co-creation, co-design and co-production for public health: a perspective on definitions and distinctions. *Public Health Res Pract*. 2022 Jun 15;32(2):3222211. <https://doi.org/10.17061/phrp3222211>
52. World Health Organization. Resolution WHA69.1. Strengthening essential public health functions in support of the achievement of universal health coverage. Sixty-ninth World Health Assembly. Resolutions and decisions, annexes. Geneva 23–28 May 2016: 3–6. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-en.pdf#page=1 (access:2023.05.03).
53. Martin-Moreno JM, Harris M, Jakubowski E, et al. Defining and Assessing Public Health Functions: A Global Analysis. *Annu Rev Public Health*. 2016. 37:12.1–12.21. <https://doi.org/annurev-publhealth-032315-021429>
54. World Health Organization. Essential public health functions, health systems and health security: developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action. WHO, Geneva 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272597/9789241514088-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (access:2023.05.03).
55. Pan American Health Organization. The Essential Public Health Functions in the Americas: A Renewal for the 21st Century. Conceptual Framework and Description. Washington D.C.: 2020. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53124> (access:2023.05.03).
56. Bascolo E, Houghton N, Del Riego A, et al. Contributions of the New Framework for Essential Public Health Functions to Addressing the COVID-19 Pandemic *Am J Public Health* 2022;112(S6):615–S620. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2022.306750>
57. Zhang Y, McDarby G, Seifeldin R, et al. Towards applying the essential public health functions for building health systems resilience: A renewed list and key enablers for operationalization. *Front Public Health*. 2023;10:1107192. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1107192>
58. World Health Organization. National workforce capacity to implement the essential public health functions including a focus on emergency preparedness and response Action plan (2022–2024) for aligning WHO and partner contributions. WHO, Geneva 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240050402> (access:2023.05.03).
59. Hunter MB, Ogunlayi F, Middleton J, et al. Strengthening capacity through competency-based education and training to deliver the essential public health functions: reflection on roadmap to build public health workforce. *BMJ Global Health* 2023;8:e011310. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2022-011310>
60. World Health Organization. Technical brief. Essential public health functions A sustainable approach to ensure multi-sectoral actions for population health. October 2022. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/universal-health-coverage/who-uhl-technical-brief-template-ephf.pdf?sfvrsn=261c680c_3&download=true (access:2023.05.03).
61. McDarby G, Mustafa S, Y Zhang Y, et al. Essential Public Health Functions in Ireland: Perspectives to strengthen capacities and stewardship. *Eur J Public Health* 2022; 32(Suppl 3): ckac129.207. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.207>
62. McNicholas T, Hendrick L, McDarby G, et al. A novel approach to utilizing the essential public health functions in Ireland's health system recovery and reform. *Front Public Health*. 2023;11:1074356. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1074356>
63. Espinosa MF, Andriukaitis VP, Kickbusch I, et al. Realising the right to health for all people – UHC is the umbrella to deliver health for all. *Lancet Glob Health* 2023; S2214-09X(23)00202–4. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00202-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00202-4)