

## Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego – Poznań 2006

W dniach 21–23 września br. w Collegium Anatomicum Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu odbyła się Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego – Poznań 2006” pod patronatem honorowym Ministra Zdrowia prof. dra hab. n. med. Zbigniewa Religi i Rektora AM w Poznaniu prof. dra hab. n. med. Grzegorza H. Bręborowicza.

Konferencja ta – pod hasłem „Między profilaktyką a medycyną kliniczną” – została zorganizowana przez: Zakład Higieny Katedry Medycyny Społecznej AM w Poznaniu, Katedrę i Zakład Medycyny Sądowej AM w Poznaniu, Polskie Towarzystwo Higieniczne – Oddział Poznański i Zarząd Główny w Warszawie oraz Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego – Zarząd Główny w Lublinie.

Przewodniczącą Komitetu Organizacyjnego była dr n. biol. Aneta Klimberg, mająca bardzo duże doświadczenie w organizowaniu konferencji naukowych. Ponadto w Komitecie Organizacyjnym działali: dr n. biol. Maria Stachowska, dr n. biol. Ewa Ulatowska-Szostak oraz dr n. med. Czesław Żaba. W Komitecie Naukowym pracowali: prof. AM dr hab. Jerzy T. Marcinkowski (Poznań), prof. dr hab. Zygmunt Przybylski (Poznań), prof. dr hab. Zenon Stęplewski (Philadelphia, USA), prof. dr hab. Zygmunt Stęplewski (Kielce), prof. dr hab. Leszek Wdowiak (Lublin).

W liście do uczestników konferencji Minister Zdrowia prof. Zbigniew Religa napisał m.in.: „Mam nadzieję, że podjęta debata nad zagadnieniami zdrowia publicznego, ze szczególnym uwzględnieniem polityki zdrowotnej państwa oraz jej roli w profilaktyce i promocji zdrowia, przyniesie polskiej ochronie zdrowia wymierne korzyści. Dorobek konferencji będzie z pewnością znaczącym wkładem w rozwój medycyny społecznej w Polsce”.

Z kolei Wiceminister Zdrowia dr n. med. Marek Ludwik Grabowski w słowie wstępnym skierowanym do uczestników konferencji powiedział m.in.: „Międzynarodowa Konferencja ‘Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego – Poznań 2006’ jest wydarzeniem ważnym, bo z jednej strony będącym forum wymiany doświadczeń i osiągnięć naukowych, z drugiej zaś – integrującym wszystkich zainteresowanych problematyką zdrowia publicznego (...). Owa jednocząca formuła ‘zdrowia publicznego’ jako pojęcia interdyscyplinarnego przetrwała kilkadziesiąt lat (zob. ramka obok – przyp. red.) mimo wielokrotnych prób jej podważania. Przetrwała, bo stworzona była przez luminarzy, na naturalnej więzi, jaką tworzy współdziałanie klinicystów, epidemiologów, higienistów, profilaktyków, lekarzy medycyny pracy, w wymiarze osobowym chorego i w jego otoczeniu, a więc w medycynie społecznej. Takie integrujące



Uczestnicy „Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego – Poznań 2006” przed Collegium Anatomicum

for. Aneta Klimberg

i interdyscyplinarne podejście było przed kilkudziesięciami laty *novum* w skali świata, ale w Polsce już tradycją wywodzącą się z idei zdrowia publicznego – stworzonej, także po raz pierwszy w świecie, przez polskich higienistów przełomu XIX i XX wieku, zgromadzonych wokół dra Józefa Polaka. Otwarty katalog chorób społecznych, zakaźnych i niezakaźnych: krążenia, metabolicznych, nowotworowych, zwyrodnieniowych czy urazów, jak i prognozy co do wystąpienia nowych dla Polski, Unii Europejskiej czy wreszcie świata zagrożeń powodują, iż konieczne jest wzmożenie zainteresowania politycznego i społecznego tą problematyką.

Przykładem na to, jak ważne dla życia i zdrowia ludzi jest odpowiednio wczesne, sprawne i umiejętne podejmowanie stosownych działań w obliczu zagrożenia, jest chociażby skuteczna walka w roku 2003 z epidemią szeregową wysocą niebezpiecznym zespołem ostrej, ciężkiej niewydolności oddechowej (SARS) czy podjęcie szeregu przedsięwzięć o charakterze planistycznym w związku ze spodziewaną pandemią grypy (...). Od momentu wejścia Polski do Unii Europejskiej podjęto, w zakresie ochrony zdrowia przed biologicznymi, chemicznymi i fizycznymi (w tym radiacyjnymi) czynnikami chorobotwórczymi, szereg zobowiązań międzynarodowych, jak chociażby włączenie naszego kraju do sieci nadzoru nad tymi zagrożeniami (EWRS, RAS-BICHAT, RASFF) (...).”

„Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego” odbywają się corocznie, przy czym Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego dokłada starań, aby za każdym razem odbywały się one w innym regionie kraju. Także w 2003 r. „Dni...” odbyły się w Poznaniu; od 14 do 16 września 2007 r. będą one zorganizowane przez Wyższą Szkołę Umiejętności im. Stanisława Staszica w Kielcach, a w 2008 r. przez Wyższą Szkołę Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie (przyp. autora).

Z kolei Wojewoda Wielkopolski Tadeusz Dziuba w liście odczytanym przez reprezentującego go dra n. med. Jana Głębockiego – pełnomocnika Wojewody ds. ratownictwa medycznego – napisał m.in.: „Zawarte w tematyce konferencji tematy obejmują spory obszar problematyki, od filozoficznych i etycznych aspektów medycyny, przez organizację i finansowanie systemu opieki zdrowotnej, profilaktykę, rehabilitację, aż po jakość świadczonych usług medycznych. Tak szeroki wachlarz zagadnień i duże grono uczestników różnych specjalności gwarantują pogłębioną dyskusję, której wnioski z pewnością przyczynią się do poprawy opieki zdrowotnej”. W imieniu Marszałka Województwa Wielkopolskiego Marka Woźniaka słowo wstępne wygłosił dyrektor Departamentu Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom Urzędu Marszałkowskiego p. Marek Daniel, a w imieniu Prezydenta Miasta Poznania Ryszarda Grobelnego p. Elżbieta Dybowska. Słowo wstępne wygłosiła także dr Elżbieta Prussak – dyrektor Wielkopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego.

Pierwszy referat w sesji plenarnej wygłosił Główny Inspektor Sanitarny dr Andrzej Wojtyła, przedstawiając opracowany w Ministerstwie Zdrowia **Projekt utworzenia Sieci Szpitali w Polsce**, oparty na następujących przesłankach:

- 1) infrastruktura opieki szpitalnej nie odpowiada potrzebom zdrowotnym lokalnych społeczności,
- 2) niskie jest wykorzystanie posiadanych zasobów mierzonych: liczbą hospitalizacji, średnim wykorzystaniem łóżek, średnim czasem pobytu,
- 3) wskaźnik średniego wykorzystania łóżek w 2005 r. wyniósł ok. 71 proc. (wg wstępnych danych z MZ-29/CSIOZ),
- 4) występuje niedostosowanie poziomu opieki zdrowotnej do rodzaju udzielanych świadczeń – brak motywacji ograniczającej hospitalizację – utrata funkcji *gate keepera* przez POZ,
- 5) brak kontroli dostępu do leczenia szpitalnego, efektywnej i skutecznej specjalistycznej opieki ambulatoryjnej zwiększa możliwości generowania popytu na opiekę szpitalną oraz wpływa na całkowite koszty operacyjne sektora,
- 6) infrastruktura opieki długoterminowej nie odpowiada potrzebom starzejącej się populacji – trendy demograficzne wyraźnie wskazują na postępujące starzenie się populacji kraju i związaną z tym potrzebę rozwoju długoterminowej opieki zdrowotnej,
- 7) znacząca liczba szpitali dysponuje małą liczbą łóżek.

Tymczasem konieczne jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w szczególności poprzez:

- dostosowanie struktury opieki szpitalnej i jej potencjału diagnostyczno-terapeutycznego do uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych, co umożliwi optymalne wykorzystanie zasobów ochrony zdrowia,
- zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych o wysokiej jakości,
- poprawę efektywności wykorzystania publicznych środków finansowych systemu ochrony zdrowia.

Dr Andrzej Wojtyła podkreślił, że:

- tworzenie sieci szpitali to proces wymagający systematycznej aktualizacji wskaźników i wytycznych (proponuje aktualizację co 5 lat),

RADA DS. SZPITALNICTWA jako ciało opiniodawczo-doradcze wspierałaby Ministra Zdrowia w:

- 1) opiniowaniu:
  - projektów regionalnych planów działań dostosowawczych przedstawianych Ministrowi przez regionalne rady,
  - okresowych raportów (sprawozdawanych co rok) i sprawozdań (po 5 latach) przekazywanych przez regionalne rady Ministrowi,
  - propozycji szpitali wytypowanych przez regionalne rady do umieszczenia w wykazie jednostek sieci;
- 2) podejmowaniu decyzji o umieszczeniu szpitala w wykazie jednostek funkcjonujących w sieci bądź jego usunięciu.

REGIONALNE RADY DS. SZPITALNICTWA funkcjonowałyby po jednej w każdym województwie (łącznie 16) z zadaniami:

- 1) koordynacji i nadzoru nad tworzeniem sieci na terenie województwa,
- 2) sporządzania projektu regionalnego planu działań dostosowawczych,
- 3) przekazywania projektu planu Ministrowi Zdrowia w celu zatwierdzenia po uprzednim pozytywnym zaopiniowaniu przez Radę ds. Szpitalnictwa,
- 4) dokonywania regularnej oceny stopnia dostosowania województwa do wskaźników i wytycznych określonych przez Ministra,
- 5) dokonywania systematycznej oceny kondycji finansowej szpitali w sieci:
  - monitorowania wskaźników finansowo-ekonomicznych,
  - przedkładania Ministrowi okresowych raportów i sprawozdań z realizacji regionalnego planu działań dostosowawczych,
  - zgłaszania/komunikowania Ministrowi problemów przy tworzeniu sieci w na terenie danego województwa.

- stopniowo, ewolucyjnie będzie się dążyć do możliwie najbardziej optymalnego poziomu przy danej dostępności zasobów, gdyż projekt wymaga:
  - zmian strukturalnych,
  - przeprofilowania jednostek i kadry medycznej (z uwzględnieniem prognoz i potrzeb zdrowotnych),
  - nakładów finansowych.

Dalsze istotne szczegóły *Projektu* to:

- 1) okresowa ocena stopnia dostosowania do wytycznych/wskaźników, powiązana z systemem kontraktowania świadczeń zdrowotnych,
- 2) wskazanie na przeprofilowanie i łączenie jednostek niż ich likwidację,
- 3) wspomaganie przez programy osłonowe/restrukturyzacyjne,
- 4) aktywne uczestnictwo stron interesu skupionych w *Radzie ds. Szpitalnictwa, Regionalnych Radach ds. Szpitalnictwa* (zob. ramka powyżej – przyp. red.),
- 5) dążenie do konsensusu społecznego,
- 6) wyraźny podział odpowiedzialności.

W pierwszym etapie zostanie skierowany pod obrady Rady Ministrów projekt ustawy (IV kwartał 2006 r.), a w drugim etapie projekt ustawy zostanie przekazany do Sejmu RP (grudzień 2006 r.). Dalsze terminy uzależnione będą od terminu przyjęcia przez Parlament *Ustawy o państwowym ratownictwie medycznym i Ustawy o sieci szpitali*.

Wiceminister Zdrowia dr n. med. Marek Ludwik Grabowski przedstawił referat pt. **Grypa ptaków współcześnie a pandemia grypy, która musi nadejść**. Podkreślił, że obecnie podstawowym celem działania całego świata jest zatrzymanie wirusa grypy ptaków w ich populacji. Pandemia (światowa epidemia grypy) pojawi się, gdy:

- 1) powstanie nowy wirus grypy w formie, która nie występowała w ostatnim czasie w populacji ludzkiej,
- 2) duży procent populacji ludzkiej będzie wrażliwy na ten wirus,
- 3) wirus będzie miał możliwość łatwego przenoszenia się z człowieka na człowieka.

Przygotowania Państwowej Inspekcji Sanitarnej opisane są m.in. w następujących dokumentach: (1) *Krajowym Planie Pandemicznym wraz z załącznikami*, (2) *Działaniach PIS w wypadku wystąpienia epidemii lub pandemii grypy*, (3) *Planach działań w wypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej (PIS, województwa, powiaty)*, (4) *Wytocznych Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczących standardów postępowania w zakresie ochrony zdrowia na wypadek wystąpienia na terenie Polski wirusa H5N1*.

Pandemia to kryzys, który dotyka całe państwo, dlatego tak ważne jest współdziałanie między resortami. Powołany 25 marca 2005 r. przez Ministra Zdrowia Krajowy Komitet do Spraw Pandemii Grypy w efekcie prowadzonych prac opracował *Krajowy plan działań dla Polski na wypadek wystąpienia kolejnej pandemii grypy*. Uwzględniono w nim przygotowania i działania wszystkich instytucji zaangażowanych w realizację zadań związanych z ochroną ludności przed skutkami pandemii grypy w państwie.

Na przewodniczącego Krajowego Komitetu do Spraw Pandemii Grypy powołano Głównego Inspektora Sanitarnego. Zastępcą przewodniczącego jest Dyrektor Departamentu Zarządzania Kryzysowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Pozostałe podjęte działania to: zakup sprzętu dla pracowni wirusologicznych WSSE, zakup specjalistycznych testów diagnostycznych RT-PCR wirusa H5N1, zakup oseltamiwiru (Tamiflu) dla ok. 5 proc. populacji (I transza pod koniec 2006 r., pozostałe w 2007 r.), utworzenie rezerwy celowej (35 mln zł) na zakup szczepionki pandemicznej.

Propozycje sprzętu uznanego przez Krajowy Komitet ds. Pandemii Grypy za konieczny do zgromadzenia w rezerwach państwowych są następujące:

- 1) respiratory transportowe (przenośne),
- 2) urządzenia do bezpiecznego transportu chorych zakażenie z zachowaniem warunków pełnej izolacji oddechowej (typu „Biovac”),
- 3) izolatoria podciśnieniowe,
- 4) namioty do dekontaminacji (z osprzętem) o średniej przepustowości,

- 5) zestawy do masowej dekontaminacji ludzi,
- 6) opryskiwacze do dekontaminacji dużych powierzchni,
- 7) przenośne urządzenia do prowadzenia dekontaminacji – odkażania obiektów/przedmiotów o dużych gabarytach oraz środki do dezynfekcji dużych powierzchni,
- 8) łóżka turystyczne do tworzenia izolatoriów i miejsc kwarentanowych,
- 9) środki do dezynfekcji rąk,
- 10) maseczki na twarz chroniące przed aerozolami i pyłami,
- 11) worki do transportu zwłok,
- 12) kombinezony ochrony biologicznej,
- 13) przejazdowe stanowiska do dezynfekcji kół pojazdów umożliwiające ich posadowienie na utwardzonej nawierzchni dróg,
- 14) jednorazowe komplety ochronne (kombinezon, gogle, maski).

Były wiceminister zdrowia w latach 1997–1999 w rządzie Jerzego Buzka dr Jacek Antoni Piątkiewicz, dr hab. Andrzej Szpak i mgr Dorota Huzarska przedstawili referat *Specjalizacja w dziedzinie zdrowia publicznego – regulacje prawne*. Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego prof. dr hab. Leszek Wdowiak i dr Iwona Bojar przedstawili referat *Zdrowie publiczne w perspektywie rozwoju polskiej wsi*, natomiast Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Higienicznego dr n. med. Kazimierz Dragański referat *II Wystawa Higieniczna w Warszawie w 1896 roku*.

Prof. dr hab. Andrzej Szkaradkiewicz przedstawił referat *Zakażenia szpitalne w Polsce*, a prof. AM dr hab. Jerzy T. Marcinkowski i dr n. biol. Aneta Klimberg referat *Pozwy sądowe o zakażenia zakładowe (szpitalne)*.

Streszczenia wszystkich referatów ukazały się w suplemencie kwartalnika „Problemy Higieny i Epidemiologii” – organie Polskiego Towarzystwa Higienicznego (redaktor naczelny: Jerzy T. Marcinkowski; sekretarz redakcji: Aneta Klimberg). Kwartalnik ten jest dostępny także w wersji *on line* pod adresem [www.phie.pl](http://www.phie.pl). Zachęcamy wszystkich zainteresowanych do obejrzenia tej strony internetowej. Pełne teksty wystąpień na konferencji będą zamieszczane sukcesywnie w tymże kwartalniku.

JERZY T. MARCINKOWSKI