Szymon Kawałko

# Istota i zadania współczesnej polityki ochrony zdrowia

Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość 11, 325-338

2014

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MUZEUM HISTORII POLSKI

Szymon Kawałko*

# Istota i zadania współczesnej polityki ochrony zdrowia

Zdrowie, będąc szczególną wartością kulturową, jest jednym z podstawowych dóbr cenionych przez społeczeństwo. Powszechnie uznaje się, że zły stan zdrowia utrudnia jednostkom odgrywanie oczekiwanych od nich ról czy podtrzymywanie więzi społecznych, lub też zrywanie istniejących[1]. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)[2] zdrowie oznacza stan samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, pozwalający na prowadzenie przez człowieka produktywnej, sensownej i twórczej aktywności w życiu kulturowo-cywilizacyjnym. Zainteresowanie polityki społecznej zdrowiem wynika z faktu, iż dostęp społeczeństwa do świadczeń medycznych jest jednym z podstawowych elementów bezpieczeństwa socjalnego obywateli, a co za tym idzie – stanowi jedną z dziedzin zabezpieczenia społecznego[3]. Polityka społeczna zajmuje się tworzeniem warunków dla zdrowia społeczeństwa oraz wyrównywaniem dostępu do służby zdrowia.

Rozpoznając kwestię zdrowia, rozróżnia się trzy jej dziedziny:

– profilaktykę – rozumianą jako zapobieganie chorobom w społeczeństwie przez kształtowanie odpowiedniego rozwoju człowieka oraz warunków życia wpływających na jego zdrowie;
– lecznictwo – skierowane na człowieka chorego, rozpoznanie choroby i jej leczenie;

* Mgr Szymon Kawałko, Uniwersytet Gdański, Gdańsk
e-mail: skawalko@its.jnj.com

[1] G. Magnuszewska-Otulak, *Ochrona zdrowia w polityce społecznej*, [w:] *Polityka społeczna*, red. G. Firlit-Fesnak, M. Szylko-Skoczny, Warszawa 2013, s. 201.

[2] L. Frąckiewicz, *Polityka społeczna*, Katowice 1998, s. 62.

[3] A. Wojtczak, *U źródeł medycyny społecznej i zdrowia publicznego*, „Zdrowie Publiczne" 1992, nr 3 (103), s. 117–130.

– rehabilitację – działalność zorientowaną na przywracanie do zdrowia, sprawności i przydatności społecznej ludzi dotkniętych kalectwem lub upośledzonych fizycznie, psychicznie, społecznie[4].

Kategoria zdrowia pozostaje także w zakresie zainteresowania ekonomii, przez którą traktowana jest jako wartość instrumentalna, tworząca określone ramy społeczne i ekonomiczne do podnoszenia jakości życia. W tym zakresie istotne są koszty podniesienia jakości życia rozpatrywane w sektorze zdrowotnym, w kontekście demograficznym i ekonomicznym[5].

Zdrowie może być też rozpatrywane w szerszym zakresie: to zdrowie publiczne definiowane jako nauka oraz sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia oraz promowania zdrowego stylu życia poprzez organizację zbiorowych wysiłków społeczeństwa[6]. Pojęcie zdrowia zbiorowości określane jest jako stan równowagi pomiędzy populacją a otoczeniem zapewniający jej warunki przetrwania i rozwoju dzięki korzystnemu ukształtowaniu się cech biologicznych jednostek oraz pozytywnych zmian w środowisku[7].

W polskim systemie prawnym zdrowie publiczne zdefiniowane jest w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w której opisywane jest jako stan zdrowotny całego społeczeństwa lub też jego części, określany na podstawie wskaźników epidemiologicznych i demograficznych. Konsekwencją uznania zdrowia jako dobra publicznego jest osadzenie ochrony zdrowia i jego promocji w sferze działalności publicznej polegającej na interwencji państwa oraz finansowanie jej ze środków publicznych[8].

System opieki zdrowotnej definiowany jest jako spójna całość, której liczne, wzajemnie oddziałujące na siebie części wpływają pozytywnie na stan zdrowia społeczeństwa. Wskazuje się następujące cele systemu opieki zdrowotnej: poprawa (niedopuszczenie do pogorszenia) stanu zdrowia populacji; zapewnienie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego; ulga w cierpieniu; niesienie pociechy; pewność dostępu; równość dostępu; solidarność; autonomia pacjenta; autonomia lekarza; satysfakcja lekarza i innych pracowników; medyczna jakość świadczeń; poczucie odpowiedzialności pacjenta za własne zdrowie[9].

Opieka zdrowotna jest szerokim, wieloaspektowym programem medycyny zapobiegawczej, a pomoc medyczna i program powszechnej pomocy medycznej odpowiadają na potrzeby wynikające ze stanu zdrowia społeczeństwa. Zdrowie jako

[4] J. Auleytner, *Polityka społeczna w Polsce i w świecie*, Warszawa 2012, s. 264.

[5] I. Rudawska, *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*, Warszawa 2007, s. 10.

[6] J. Szymborski, *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, t. II, Warszawa 2012, s. 11.

[7] E. Syrek, *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*, Katowice 2000, s. 40.

[8] J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Bydgoszcz 2004, s. 46.

[9] K. Kowalska, *Koordynowana opieka zdrowotna. Doświadczenia polskie i międzynarodowe*, Warszawa 2009, s. 23.

istotna część ładu społecznego i ekonomicznego definiowane jest jako dobro publiczne, a więc z założenia całość społeczeństwa powinna mieć zagwarantowany przez administrację publiczną równy dostęp do jego ochrony.

Zaspokajanie potrzeb socjalnych społeczeństwa to jedno z zadań władz samorządowych i krajowych, a państwo pełni funkcje regulatora dostępu do dóbr deficytowych. Potrzeby takie, jak ochrona zdrowia, edukacja czy obrona narodowa winny być zaspokajane zbiorowo przez państwo, ponieważ dotyczą potrzeb całego społeczeństwa[10].

Jako główne funkcje systemu opieki zdrowotnej wymienia się:

- gromadzenie środków niezbędnych do finansowania opieki zdrowotnej;
- tworzenie funduszu zabezpieczającego przed ryzykiem finansowym wynikającym z możliwości pogorszenia się stanu zdrowia (uwzględniającego funkcję ubezpieczeniową);
- nabywanie usług medycznych przez dysponentów środków publicznych (firmy ubezpieczeniowe i agencje publiczne);
- dostarczanie kompleksowej opieki zdrowotnej przez podmioty odpowiedzialne za wytworzenie określonych świadczeń zdrowotnych.

Przez pojęcie „polityka" rozumie się działalność społeczną skierowaną na dążenie do zdobywania i wykonywania władzy państwowej na płaszczyźnie zarówno wewnątrzpaństwowej, jak międzypaństwowej[11].

Przyjmuje się, że ochrona zdrowia jest jedną z fundamentalnych funkcji, jakie wypełnia państwo w stosunku do swoich obywateli. W tym aspekcie jest ona jedną z polityk publicznych. Przez pojęcie „polityka publiczna" rozumie się określanie przez administrację publiczną problemów występujących w danym obszarze życia społecznego i uznawanie ich za wymagające interwencji publicznej[12]. Pojęcie „polityka zdrowotna", rozumiane jako podejmowanie skoordynowanych decyzji dotyczących tej sfery, odnosi się do uporządkowanych działań dotyczących zbioru zasad będących wytycznymi przy podejmowaniu decyzji w tej materii[13].

W związku z różnymi podejściami w definiowaniu, warto przytoczyć następujące interpretacje pojęcia „polityka" funkcjonujące w kontekście polityki zdrowotnej:

- specyficzny zbiór decyzji powiązanych ze sobą w celu zapewnienia realizacji określonego programu;
- dający się wyodrębnić ciąg działań zorientowany intencjonalnie na osiągniecie danego celu;

[10] A. Frąckiewicz-Wronka, Z. Skrzypczak, *Organizacja i funkcjonowanie europejskich systemów zdrowotnych*, [w:] *Ochrona zdrowia na świecie*, red. K. Ryć, Z. Skrzypczak, Warszawa 2011, s. 168.

[11] A. Chodubski, *Wstęp do badań politologicznych*, Gdańsk 2003, s. 31.

[12] J. Hausner, *Zarządzanie publiczne*, Warszawa 2008, s. 44–47.

[13] M. D. Głowacka, J. Zdanowska, *Zdrowie publiczne w Polsce*, Warszawa 2013, s. 50.

- skutki aktywności podmiotów działających w dziedzinie objętej zainteresowaniem danej polityki;
- rozwinięty program działania, cele i metody ich osiągania;
- zasady i założenia służące za wytyczne i wskazówki przy podejmowaniu decyzji dotyczących doboru celów, ich priorytetyzacji i doboru środków do ich realizacji;
- dający się określić jako specyficzny – sposób realizacji zadań przez instytucje danego systemu;
- oficjalna wypowiedź bądź dokument zawierający postulaty realizacji któregokolwiek z wyżej wymienionych elementów[14].

Należy jednak podkreślić, iż państwo jako podmiot odpowiedzialny za ochronę zdrowia nie jest jednak w stanie spełniać wszystkich oczekiwań społeczeństwa w zakresie ochrony zdrowia.

Polityka zdrowotna, będąc częścią polityki społecznej (socjalnej) państwa, wpływa na regulacje dotyczące zatrudnienia oraz takie sfery życia kulturowo-cywilizacyjnego, jak: kształcenie, kultura, struktura dochodów i wydatków oraz zabezpieczenie społeczne (emerytury i renty). Poczucie bezpieczeństwa socjalnego i zdrowotnego stanowi dla większości obywateli istotny czynnik decydujący o poziomie zaufania do władzy[15]. Jako część polityki społecznej polityka zdrowotna powinna być osadzona w realiach społecznych i ekonomicznych oraz być zorientowana na zapewnienie warunków sprzyjających zachowaniu zdrowia społeczeństwa. Wspólne elementy jej i polityki zdrowotnej można zaobserwować m.in. w założeniach aksjologicznych, wykorzystywaniu tych samych zasad teoretycznych i metodologicznych oraz w działaniach władzy publicznej, dla której obszar zainteresowań polityki zdrowotnej jest w pewnym sensie konsekwencją realizowanej polityki społecznej[16]. Rozumienie polityki zdrowotnej jako części polityki społecznej wymaga zdefiniowania skutecznych mechanizmów umożliwiających zintegrowanie zdrowia jako wartości z innymi czynnikami społecznymi, między którymi zdrowie zajmuje fundamentalną pozycję[17].

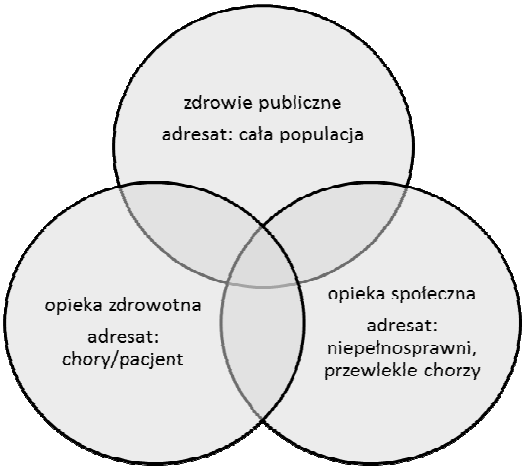
Realizacja polityki zdrowotnej widoczna jest w organizacji systemu ochrony zdrowia, promowaniu zdrowego stylu życia i ochronie środowiska, w którym żyje człowiek.

[14] C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź – Kraków – Warszawa 1996, s. 30.

[15] J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa 2011, s. 71–72.

[16] C. Włodarczyk, op. cit., s. 26.

[17] H. Izdebski, *Doktryny polityczno-prawne. Fundamenty współczesnych państw*, Warszawa 2012, s. 352.




Rysunek 1. Obszary wspólne dla sektora zdrowotnego
w kontekście polityki zdrowotnej państwa

Źródło: Raport *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona księga II* (wersja 3), red. S. Golinowska, Warszawa 2008, s. 10.

Na rysunku 1. przedstawiono obszary wspólne dla sektora zdrowotnego w kontekście polityki zdrowotnej zorientowanej na poprawę stanu zdrowia obywateli, warunków pracy i życia oraz eliminowanie negatywnych zjawisk. Zobrazowano adresatów oraz główne funkcje, jakie realizowane są w sektorze zdrowotnym. W obszarze opieki zdrowotnej zawierają się usługi dedykowane chorym i pacjentom, nazywane także medycyną naprawczą. Działania skierowane do ogółu społeczeństwa realizowane są w sektorze zdrowia publicznego i obejmują m.in. prewencję chorób oraz zagrożeń zdrowotnych. Trzeci obszar adresowany jest do osób starszych, niepełnosprawnych i chronicznie chorych. Zawiera on świadczenia socjalne i zdrowotne wykonywane przez opiekę społeczną.

System ochrony zdrowia wraz z otoczeniem jest złożony z różnych elementów (struktury rządowe, samorządowe, zasoby medyczne, pacjenci itd.), a jego podstawowym celem jest ochrona zdrowia obywateli. Wyróżnia się trzy grupy uczestników systemu zdrowotnego: świadczeniobiorców (pacjentów), świadczeniodawców (lekarzy, Zakłady Opieki Zdrowotnej – ZOZ-y) i płatników (czyli ubezpieczyciela finansującego świadczenia) zwanych trzecią stroną[18].

Przyjmuje się, że na politykę zdrowotną na świecie oddziaływają: zmiany demograficzne (wzrost liczby ludności i starzenie się społeczeństw); postęp cywilizacyjny oraz technologiczny (nowe techniki diagnostyczne oraz rozwój wiedzy medycznej

[18] M. Kolwitz, *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie" 2010, t. I, s. 132.

i jednocześnie pojawianie się nowych zagrożeń zdrowotnych); realia ekonomiczne (ograniczenia sektora publicznego w nakładach finansowych na zdrowie)[19].

Politykę zdrowotną można także definiować jako dynamiczny proces polegający na przygotowywaniu i wdrażaniu działań wpływających na kształt i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej[20]. Może być ona również definiowana według ujęcia opisowego i normatywnego. Ujęcie normatywne skupia się na tym, jaka powinna być polityka zdrowotna, podczas gdy perspektywa opisowa ukierunkowana jest na poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, jaka ona jest[21].

W aksjologicznym ujęciu polityka zdrowotna orientuje się na określenie prawa do ochrony zdrowia. Prawo to zostało przyjęte powszechnie w kulturze zachodniej jako jedno z podstawowych dóbr człowieka i wpisane jest do większości, jeżeli nie do wszystkich, ustaw konstytucyjnych państw rozwiniętych[22]. Taka wizja prawa do ochrony zdrowia ugruntowana została w wielu dokumentach międzynarodowych o charakterze globalnym lub regionalnym, zwłaszcza w Międzynarodowym Pakcie Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, przyjętym przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych w 1966 r., konwencji o prawach dziecka z 1989 r. oraz *Europejskiej karcie socjalnej* uchwalonej przez Radę Europy w 1961 r.[23] Wraz z rozwojem nowych międzynarodowych inicjatyw na rzecz ochrony zdrowia poszerzeniu ulegał zakres definicyjny pojęcia. Według WHO krajowa polityka zdrowotna ukierunkowana jest na dążenie do poprawy sytuacji zdrowotnej, określanie priorytetów w obrębie celów oraz na wskazywanie głównych kierunków ich realizacji. Polityka zdrowotna określa to, co powinno być zrobione, kto powinien być za to odpowiedzialny i w jakim okresie oraz określa wymagane zasoby finansowe[24]. Bank Światowy w swoich dokumentach podkreśla podstawową rolę państwa w organizacji i zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, co jest konsekwencją definiowania zdrowia publicznego jako dobra przysługującego ogółowi społeczeństwa w takim samym stopniu, jak edukacja czy bezpieczeństwo.

Politykę zdrowotną można rozumieć również jako deklaratywny zestaw zasad spójnych z zakładanymi celami regulującymi rozdział środków na realizację zadań zdrowotnych lub jako rzeczywisty rozkład wydatków na realizację zadań związa-

[19] J. Leowski, *Polityka zdrowotna – aktualne aspekty międzynarodowe*, [w:] *Promocja zdrowia*, red. J. B. Karski, Warszawa 1999, s. 42.

[20] L. Waszkiewicz, *Polityka zdrowotna*, [w:] *Zdrowie publiczne*, red. T. B. Kulik, M. Latalski, Lublin 2002, s. 178.

[21] C. Włodarczyk, *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Warszawa 2010, s. 16.

[22] Z. Orzeł, *Polityka zdrowotna*, [w:] *Zdrowie publiczne*, red. T. B. Kulik, A. Pacian, Warszawa 2014, s. 247.

[23] S. Poździoch, *System zdrowotny*, [w:] *Zdrowie publiczne*, red. A. Czupryn, S. Poździoch, A. Ryś, C. Włodarczyk, Kraków 2000, s. 141.

[24] WHO, *Formulating strategies for all by the year 2000. Guiding principles and essential issues*, Geneva 1979.

nych z ochroną zdrowia. Można też ją analizować według tego, jakie grupy objęte są działaniami systemu zdrowotnego, lub w jaki sposób i w jakim zakresie poszczególne grupy korzystają z działań na rzecz zdrowia populacji[25].

Według WHO ważnymi celami polityki zdrowotnej są: zmniejszanie nierówności w zakresie ochrony zdrowia; zapewnianie dostępu do poprawy zdrowia; umacnianie zdrowia poprzez zapobieganie chorobom, wypadkom i zagrożeniom; zapewnienie takiej organizacji procesów leczenia, aby z fachowej pomocy oraz opieki zdrowotnej mogły korzystać osoby tego potrzebujące i aby organizacja tej opieki, pomocy zapewniała poszanowanie godności chorego.

Zakładanym celem polityki zdrowotnej jest niwelowanie różnic zdrowotnych oraz dążenie do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa poprzez: zapewnienie powszechnego dostępu do podstawowych usług medycznych; promowanie zachowań prozdrowotnych i społecznego dobrostanu; osiąganie zadowolenia pacjentów; zapewnienie wysokiej jakości usług przy zachowaniu zasady efektywnego wykorzystania zasobów oraz stabilności finansowej i organizacyjnej systemu[26].

Politykę zdrowotną jako koncepcję i praktykę warunkuje wiele czynników, m.in.:

- polityczne – ukazujące miejsce, jakie zajmują problemy zdrowotne w przestrzeni oddziaływania władzy ustawodawczej, wykonawczej i w programach partii politycznych, a także stan zorganizowania grup wpływowych w sferze zdrowia;
- ekonomiczne – związane z ogólną sytuacją gospodarczą, stanem zamożności oraz aktywnością ekonomiczną społeczeństwa, a także z poziomem bezrobocia;
- demograficzne i zdrowotne – będące konsekwencją rozwoju demograficznego oraz wcześniej realizowanych polityk zdrowotnych[27].

Pojęcie polityki zdrowotnej utożsamiane jest z pojęciem polityki zdrowotnej państwa, a samo państwo określane jest jako najważniejszy jej podmiot. Podkreślić należy, że w jego imieniu działają osoby zajmujące stanowiska w parlamencie, rządzie i organach administracyjnych. Za kreowanie polityki zdrowotnej na poziomie krajowym i lokalnym odpowiedzialne są następujące podmioty: rząd wraz z ministerstwami (z uwzględnieniem szczególnej roli ministerstwa zdrowia) koordynujący ochronę zdrowia; średni i wyższy personel medyczny; pacjenci; producenci i dystrybutorzy leków oraz sprzętu medycznego.

Podstawowymi zasadami, na jakie zorientowana jest polityka zdrowotna państw europejskich, są efektywność i solidaryzm. Efektywność w realizacji celów zdro-

[25] G. Magnuszewska-Otulak, *Wybrane problemy polityki zdrowotnej w Polsce*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i dyskusje" 2013, nr 2 (21), s. 89.

[26] Idem, *Ochrona zdrowia…,* s. 208

[27] T. Szumlicz, *System zabezpieczenia społecznego w zarządzaniu zdrowiem*, [w:] *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*, red. W. Korporowicz, Warszawa 2004, s. 59.

wotnych opiera się na uzyskaniu najbardziej pożądanego efektu zdrowotnego przy ograniczonym wzroście wydatków w systemie i odnosi się zarówno kryteriów medycznych, jak i ekonomicznych. Solidaryzm rozumiany jest jako współuczestniczenie w systemie poszczególnych obywateli opierające się na wzajemnej partycypacji w kosztach systemu[28].

Polityka zdrowotna realizowana jako wielosektorowe działanie, kreujące warunki do powszechnego uczestnictwa jednostek i grup społecznych w podejmowanych decyzjach, staje się podstawą efektywnej promocji zdrowia[29]. Należy podkreślić, iż etyczne zagadnienia występujące w obszarze zdrowia publicznego przybliżają go do procesu politycznego dostarczającego środków i narzędzi do realizacji celów zdrowotnych, czyniąc jednocześnie z polityków uczestników i partnerów w tym zakresie[30].

Proces kształtowania polityki zdrowotnej zorientowany jest na określone kierunki funkcjonowania. W szczególności są to działania w zakresie: organizacji i działania systemu ochrony zdrowia; kształtowania odpowiedniego, tzn. zdrowego stylu życia i edukacji zdrowotnej; ochrony ekosystemu (środowiska), w którym żyje człowiek[31].

Jednocześnie jest ona zorganizowanym współdziałaniem władzy publicznej oraz współpracujących z nią organizacji, którego głównym zadaniem jest zaspokojenie zdrowotnych potrzeb społeczeństwa. Należy podkreślić publiczny charakter procesu określanego jako polityka zdrowotna. Nie będą zatem polityką zdrowotną działania poszczególnych obywateli mające charakter prywatny czy też przedsięwzięcia wpływające bezpośrednio na zdrowie jednostkowego pacjenta. Eliminuje to z jej zakresu działania medyczne związane z leczeniem indywidualnych osób, jak i pojedyncze decyzje administracyjne, takie jak jednorazowe zamówienie zagranicznego preparatu leczniczego. Punktem odniesienia w ocenie stanu zdrowia jest skala ponadjednostkowa, co potwierdza powyższe założenie. Należy jednak pamiętać, że zagregowanie indywidualnych decyzji osiągających wystarczająco dużą skalę, pozwala na przypisanie cech właściwych polityce zdrowotnej.

Zdrowie publiczne i jego obszar zainteresowań rozszerzają medycynę społeczną o zakres wielosektorowej polityki zdrowotnej i działań zorientowanych na zdrowie ogółu społeczeństwa, mających na celu ocenę stanu zdrowia – z uwzględnieniem

[28] M. Kolwitz, op. cit. s. 132

[29] M. Koziński, *Bezpieczeństwo Unii Europejskiej. Zdrowie publiczne i świadczenia*, Gdańsk 2001, s. 19.

[30] C. W. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne w perspektywie międzynarodowej. Wybrane problemy*, Kraków 2007, s. 268.

[31] Idem, *Polityka zdrowotna…*, op. cit., s. 39.

uwarunkowań środowiskowych, społecznych – jak i pracę na rzecz zdrowia oraz prewencji chorób i kalectwa[32].

Najważniejszym organem określającym całokształt działalności Światowej Organizacji Zdrowia jest Światowe Zgromadzenie Zdrowia uchwalające zarządzenia dla wszystkich krajów członkowskich oraz określające standardy i obowiązujące normy. Podstawę prawną i zakres dla polityki zdrowotnej tej organizacji stanowią zapisy *Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia* z 1946 r. wskazujące jako główne zadanie doprowadzenie wszystkich społeczeństw do najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia. W artykule 2. zapisane zostały następujące, szczegółowe cele działalności:

- podejmowanie kierowniczych i koordynacyjnych działań o charakterze międzynarodowym w dziedzinie ochrony zdrowia;
- ustalenie i podtrzymywanie efektywnej współpracy pomiędzy państwami członkowskimi ONZ, instytucjami specjalistycznymi, administracjami rządowymi, organizacjami zawodowymi i innymi;
- udzielanie efektywnej pomocy rządom państw członkowskich w celu stałego doskonalenia poziomu opieki zdrowotnej;
- podejmowanie i rozwijanie działań administracyjnych oraz technicznych, w tym serwisu statystycznego i analiz epidemiologicznych;
- zwalczanie chorób epidemicznych, endemicznych i innych;
- podejmowanie działań mających na celu poprawę żywienia, warunków mieszkaniowych, warunków pracy, higieny i zdrowotności środowiska naturalnego;
- wspieranie działań na rzecz zdrowia podejmowanych przez organizacje naukowe i profesjonalne;
- wypracowanie konwencji, porozumień, zarządzeń i rekomendacji dotyczących spraw międzynarodowych w dziedzinie zdrowia;
- podejmowanie działań mających na celu stały postęp w dziedzinie ochrony zdrowia matki i dziecka;
- wspieranie działań w celu rozwijania higieny psychicznej i harmonijnych stosunków międzyludzkich;
- stymulowanie badań naukowych w zakresu ochrony zdrowia;
- rozwój działalności w kierunku doskonalenia programów kształcenia personelu medycznego i innego, niezbędnego dla potrzeb opieki zdrowotnej;
- rozwój higieny publicznej;
- gromadzenie, analiza i wymiana informacji w dziedzinie zdrowotności;
- wypracowanie standardów i norm międzynarodowych;

[32] M. Latalski, *Zdrowie publiczne a medycyna społeczna*, [w:] *Zdrowie publiczne*, red T. B. Kulik, M. Latalski, op. cit., s. 30–40.

- standaryzacja w zakresie metod diagnostycznych;
- wypracowanie, rozwój i wdrażanie międzynarodowych norm w dziedzinie produktów biologicznych oraz substancji farmaceutycznych;
- podejmowanie wszelkich innych działań w dziedzinie zdrowia i zdrowotności publicznej niezbędnych dla osiągnięcia celów organizacji[33].

WHO wskazuje opiekę podstawową jako fundament całego systemu opieki zdrowotnej, stanowiącego wsparcie dla narodowego systemu zdrowia, poprzez zapewnienie jej powszechności i przypisanie roli pierwszego kontaktu obywateli z systemem w miejscu zamieszkania lub pracy. Obecnie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, która stanowi najbardziej elementarny zakres świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, pacjenci otrzymują m.in. opiekę lekarską – sprawowaną przez lekarza i pielęgniarkę – z zakresu diagnostyki, badań, kierowania na konsultacje specjalistyczne i do jednostek lecznictwa zamkniętego oraz zabiegi i leczenie farmakologiczne.

Polityka zdrowotna realizowana jest w wymiarze lokalnym, regionalnym, krajowym oraz międzynarodowym. Międzynarodową realizuje wiele organizacji, a jej kierunki określane są przez Organizację Narodów Zjednoczonych, głównie Światową Organizację Zdrowia. Najwyższym organem WHO jest Światowe Zgromadzenie Zdrowia, które podczas corocznych sesji plenarnych uchwala zarządzenia obowiązujące wszystkie kraje członkowskie, określając standardy i normy oraz bada, a także przyjmuje raporty i sprawozdania. Działania i programy mające związek z ochroną zdrowia podejmowane są także przez inne organizacje współpracujące ze Światową Organizacją Zdrowia, takie jak Organizacja do Spraw Oświaty, Nauki i Kultury Organizacji Narodów Zjednoczonych (UNESCO) czy Organizacja Pomocy Dzieciom (UNICEF).

Kontynuacją założeń światowej strategii zdrowia są strategie regionalne i narodowe dostosowujące priorytety, metody i środki działania do sytuacji zdrowotnej, możliwości i potrzeb w danym regionie czy państwie. Europejska polityka zdrowotna współtworzona i koordynowana jest przez trzy organizacje międzynarodowe: Biuro Europejskie Światowej Organizacji Zdrowia, Unię Europejską oraz Radę Europy.

Polityka zdrowotna państwa poprzez regulacje prawne definiuje cele danego systemu ochrony zdrowia oraz – zapewniając środki – wpływa na ich realizację. Bezpośredni wpływ na sytuację zdrowotną obywateli wywierają także występujące przemiany globalne, takie jak: przemiany demograficzne, rozwój ekonomiczny, sytuacja ekonomiczna, pogłębianie sfery ubóstwa i zmiany struktury społecznej, rozwój technologiczny oraz zmiany na rynku pracy[34]. Rolą i zadaniem państwa jest

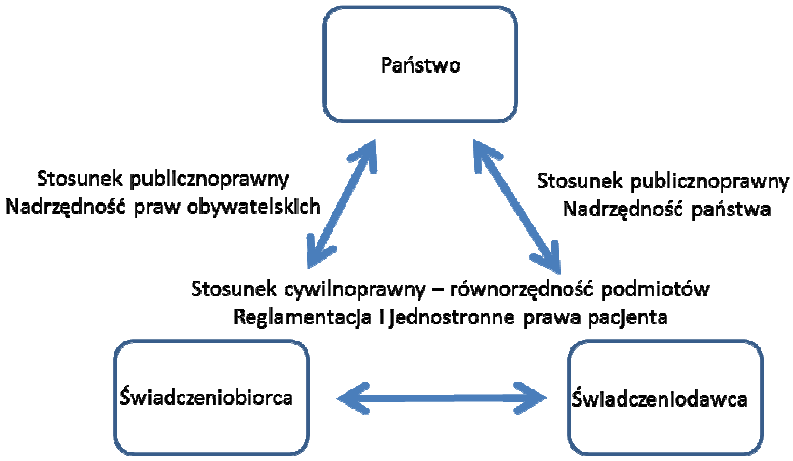
[33] S. Poździoch, *Międzynarodowa polityka zdrowotna*, [w:] *Zdrowie publiczne*, red. A. Czupryn, S. Poździoch, A. Ryś, C. Włodarczyk, op. cit., s. 169.

[34] J. Leowski, *Polityka zdrowotna – aktualne…*, op. cit., s. 42.

zorientowanie działalności administracji centralnej i samorządowej na poprawę warunków życia najuboższych, dbałość o edukację społeczeństwa i promocję zdrowia[35].

Do podstawowych funkcji systemu ochrony zdrowia zalicza się całość działań, obejmujących ogół społeczeństwa danego kraju, zorientowanych na zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkim obywatelom, jak również podejmowanie określonych aktywności skierowanych do osób narażonych na czynniki ryzyka zagrażające zdrowiu lub pozbawionych, ze względów społecznych, dostępu do świadczeń zdrowotnych[36]. Wyzwaniem systemu ochrony zdrowia są stale rosnące (pod względem ilościowym i jakościowym) potrzeby zdrowotne, przy jednocześnie ograniczonej wielkości zasobów finansowych przeznaczonych na zdrowie. Jest to szczególnie istotne obecnie, gdy obserwujemy starzenie się populacji krajów europejskich – liczba osób powyżej 60. roku życia wzrasta szybciej niż pozostałych grup wiekowych. Jest to pozytywy efekt prowadzenia skutecznej polityki zdrowia publicznego obejmującego leczenie i profilaktykę oraz jednocześnie – wyzwanie do poprawy ochrony zdrowia i funkcjonalnej wydajności osób starszych funkcjonujących w życiu społecznym.

W publicznym systemie opieki zdrowotnej obecni są, jako główne podmioty: rząd, płatnicy, dysponenci środków publicznych, producenci dóbr i usług medycznych oraz pacjenci, a zależności między nimi zobrazowano na rysunku 2.




Rysunek 2. Zależności głównych podmiotów obecnych w systemie opieki zdrowotnej

Źródło: K. Bolt, *Wprowadzenie do tematu „Prawne aspekty reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce*, [w:] *Prawne aspekty reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce*, red. K. Bolt, D. Sieniarzewska-Michalska, B. Węgrzynowski, Gdynia 2013, s. 13.

[35] A. Denys, C. Marmura, *Zagrożenia dla zdrowia związane z rozwojem współczesnej cywilizacji*, [w:] *Zagrożenia zdrowia publicznego*, red. A. Denys, Warszawa 2014, s. 25.

[36] T. B. Kulik, A. Pacian, *Zdrowie publiczne*, Warszawa 2014, s. 21–22.

Relacje między świadczeniobiorcą a państwem uregulowane są w przepisach prawa krajowego. Zależności między świadczeniobiorcą a świadczeniodawcą opierają się na zasadach cywilnoprawnych z zastrzeżeniem, iż środki na realizowane świadczenia zabezpiecza system ubezpieczeń. Powoduje to, że mechanizm ten może generować zwiększony popyt na usługi medyczne. Zależność państwo – świadczeniodawca bazuje na partnerstwie cywilnoprawnym w kontekście administracyjnego umocowania administracji państwowej.

Na politykę zdrowotną wpływają także zachodzące obecnie zmiany demograficzne, tzn. mobilność ludzi wewnątrz danego kraju oraz emigracja, jak również społeczne rozwarstwienie czy różnice kulturowe i sytuacja ekonomiczna. Uwzględniając rosnące koszty nowych technologii diagnostyczno-leczniczych i nowych procedur medycznych, polityka ochrony zdrowia powinna być również skierowana na zaspokajanie potrzeb grup narażonych na utratę zdrowia i życia w sposób szczególny, np. kobiet w ciąży, dzieci czy upośledzonych fizycznie i umysłowo. W obszarze zainteresowań polityki zdrowotnej powinny się znaleźć także kwestie: zapewnienia warunków sprzyjających zdrowiu w środowisku życia i pracy; zdrowej żywności; odpoczynku, rekreacji i rozwoju fizycznego oraz promocji zdrowia i zapobiegania chorobom[37].

Podsumowując, należy stwierdzić, że:

1. Zdrowie uznawane jest za jedną z fundamentalnych potrzeb i wartości, a działania administracji centralnej mające na celu ochronę zdrowia widoczne są w działalności podmiotów publicznych na całym świecie.
2. Polityka zdrowotna powinna obejmować swym działaniem całą populację bez względu na uwarunkowania demograficzne, ekonomiczne, społeczne i geograficzne.
3. Zagadnienie polityki ochrony zdrowia obejmuje szeroki zakres wielopłaszczyznowych i multidyscyplinarnych działań zorientowanych na rzecz poprawy i prewencji w obszarze zdrowia społeczeństwa.
4. Podmiotami polityki zdrowotnej działającymi na rzecz poprawy i ochrony zdrowia są organizacje międzynarodowe i regionalne, organy władzy publicznej na szczeblu krajowym i samorządowym, partie polityczne oraz organizacje pozarządowe.
5. Polityka zdrowotna, realizując swoje główne funkcje, skupiając swoje działania na podnoszeniu efektywności funkcjonującego systemu i obejmując swoim zakresem całokształt poczynań mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego ludności, powinna w sposób ciągły modyfikować swoje krótkookresowe priorytety, dostosowując je do bieżących potrzeb obywateli.

[37] A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Warszawa 2009, s. 60.

## Bibliografia


Auleytner J., *Polityka społeczna w Polsce i w świecie*, Warszawa 2012.

Chodubski A., *Wstęp do badań politologicznych*, Gdańsk 2003.

Frąckiewicz L., *Polityka społeczna*, Katowice 1998.

Głowacka M. D., Zdanowska J., *Zdrowie publiczne w Polsce*, Warszawa 2013.

Hausner J., *Zarządzanie publiczne*, Warszawa 2008.

Izdebski H., *Doktryny polityczno-prawne. Fundamenty współczesnych państw*, Warszawa 2012.

Kolwitz M., *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie" 2010, t. I.

Kowalska K., *Koordynowana opieka zdrowotna. Doświadczenia polskie i międzynarodowe*, Warszawa 2009.

Koziński M., *Bezpieczeństwo Unii Europejskiej. Zdrowie publiczne i świadczenia*, Gdańsk 2001.

Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa 2011.

Magnuszewska-Otulak G., *Wybrane problemy polityki zdrowotnej w Polsce*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i dyskusje" 2013, nr 2 (21).

Niżnik J., *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Bydgoszcz 2004.

*Ochrona zdrowia na świecie*, red. K. Ryć, Z. Skrzypczak, Warszawa 2011.

*Polityka społeczna*, red. G. Firlit-Fesnak, M. Szylko-Skoczny, Warszawa 2013.

*Prawne aspekty reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce*, red. K. Bolt, D. Sieniarzewska-Michalska, B. Węgrzynowski, Gdynia 2013.

*Promocja zdrowia*, red. J. B. Karski, Warszawa 1999.

*Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona księga II*, red. S. Golinowska, Warszawa 2008.

Rudawska I., *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*, Warszawa 2007.

Syrek E., *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*, Katowice 2000.

Szymborski J., *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, t. II, Warszawa 2012.

WHO, *Formulating strategies for all by the year 2000. Guiding principles and essential issues*, Geneva 1979.

Włodarczyk C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź – Kraków – Warszawa 1996.

Włodarczyk C., *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Warszawa 2010.

Włodarczyk C., *Zdrowie publiczne w perspektywie międzynarodowej. Wybrane problemy*, Kraków 2007.

Wojtczak A., *U źródeł medycyny społecznej i zdrowia publicznego*, „Zdrowie Publiczne" 1992, nr 3 (103).

Wojtczak A., *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Warszawa 2009.
*Zagrożenia zdrowia publicznego*, red. A. Denys, Warszawa 2014.
*Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*, red. W. Korporowicz, Warszawa 2004.
*Zdrowie publiczne*, red. A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, C. Włodarczyk, Kraków 2000.
*Zdrowie publiczne*, red. T. B. Kulik, A. Pacian, Warszawa 2014.
*Zdrowie publiczne*, red. T. B. Kulik, M. Latalski, Lublin 2002.

## Summary

## The priorities and tasks of contemporary healthcare policy

Health is a significant cultural value and is one of the basic good valued by the society. Institutions responsible for the improvement of public health are regional and international organizations, public authorities, political parties as well as non-governmental organization, which should secure health safety of the population. Health policy should include in its action whole population regardless demographic, economic, social and geographic conditionings.