

Polityka zdrowotna w programach partii politycznych w Polsce. Wyborczy wyścig po zdrowie?

Iwona Kowalska-Bobko, Anna Mokrzycka,
Michał Zabdyr-Jamróż

Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Iwona Kowalska-Bobko, Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, ul Grzegórzecka 20, 31-531 Kraków, iwkowalska@poczta.onet.pl

■ Abstract

Health policy in political parties in Poland

Public debate concerning Poles health, accessibility to health care services, long time waiting lists for the most emerging medical services, namely ontological treatment, as well as many other fundamental healthcare system question, due to the hot period of political elections, became much more visible in last months. Politicians have to tackle such issues under Polish citizens pressure however this particular group influence seems to be underestimated. The complexity of problems, differentiated and multiplicity of health needs, accompanied with very intensive development of medical sciences and technologies on one hand and the economical rationalization on second hand constitute the unavoidable conditions in the sphere of choices that cannot be disregarded. This difficult and politically risky process, strongly dependent on interrelations between different interests groups – with the political parties amongst them – starts at the stage of political programs creation. The article goal is to describe and evaluate particular political parties programs in this sphere, aiming at the possible future scenario concerning dimensions of health policy and public health in Poland. The paper constitutes an attempt of comparative analysis in the sphere described above, showing the frames of national.

Key words: health policy, political elections, political parties, public health, policy programs

Słowa kluczowe: partie polityczne, polityka zdrowotna, programy polityczne, wybory, zdrowie publiczne

■ Wstęp

Debata na temat zdrowia Polaków, gwarancji dostępu do świadczeń zdrowotnych, skrócenia czasu oczekiwania na wybrane kategorie usług medycznych (np. onkologicznych), *in vitro*, zasad finansowania świadczeń zdrowotnych itp. jest w roku wyborczym szczególnie ważna i stanowi jedno z istotniejszych i często obecnych w mediach pól aktywności publicznej polityków.

Obecna złożoność problemów związanych ze zdrowiem, różnorodność i mnogość identyfikowanych potrzeb zdrowotnych, a także intensywny rozwój medycyny zderzają się z koniecznością racjonowania dostępu do świadczeń zdrowotnych, co w konsekwencji prowadzi do nieuniknionych problemów związanych z dokonywaniem niezbędnych wyborów [1]. Procesowi podejmowania

decyzji w polityce zdrowotnej zawsze towarzyszy wzajemne oddziaływanie na siebie różnych grup społecznych, w tym partii politycznych, które na zasadzie „racjonalności ograniczonej” wynikającej ze sprzeczności interesów poszczególnych grup wpływają na kierunki działań polityki zdrowotnej [2].

Głównym celem artykułu jest przegląd programów wyborczych znaczących na polskiej scenie politycznej partii oraz identyfikacja potencjalnych kierunków rozwoju krajowej polityki zdrowotnej po wyborach prezydenckich i parlamentarnych w 2015 roku. Na tym tle zaprezentowane zostaną możliwe scenariusze rozwoju zdrowia publicznego w Polsce w perspektywie legislacyjnej.

1. Nowa perspektywa działań w polityce zdrowotnej

Rozwój demograficzny wraz z postępowaniem cywilizacyjnym i technologicznym wpłynął na reorientację profilu chorobowego z wyraźną dominacją chorób przewlekłych w społeczeństwach wysoko rozwiniętych. Zachodzące zmiany wywołały znaczny wpływ na dotychczasową działalność obu ujęć polityki zdrowotnej i wydaje się, że zarówno działania z zakresu indywidualnych świadczeń medycznych, jak i zdrowia publicznego powinny zostać dostosowane do nowej sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. Sytuacja ta, pomimo dużego wpływu medycyny naprawczej na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa, wymaga przeciwdziałania szkodliwym czynnikom i zapobiegania występowaniu chorób, co jest możliwe jedynie poprzez wielowymiarowe działania prewencyjno-promocyjne skierowane do grup szczególnego ryzyka i całych społeczeństw [3].

Ogólny zarys działań zdrowia publicznego uwzględniający obecną sytuację zdrowotną przedstawia definicja nowego zdrowia publicznego T.H. Tulchinskiego i T.A. Varavikovej przedstawiona w 2000 roku [4]. Reprezentuje ona całościowe podejście do zdrowia, obejmujące szerokie spektrum działań i angażujące podmioty różnych sektorów. Naczelnym celem programów centralnych i lokalnych ma być koordynowanie i tworzenie dogodnych warunków do zwiększania efektywności przedsięwzięć.

W świetle tej koncepcji działania zdrowia publicznego powinny zatem uwzględniać współpracę nie tylko władz publicznych, ale i wielu innych organizacji mogących mieć jakikolwiek wpływ na stan zdrowia społeczeństwa (m.in. organizacji akademickich, grup zawodowych, organizacji broniących praw konsumentów, instytucji ubezpieczeniowych, podmiotów medycznych i farmaceutycznych, instytucji działających w rolnictwie, organizacji związanych z żywnością i żywieniem oraz mediami, rozrywką, a także instytucjami zajmującymi się tworzeniem norm prawnych [5]. Uwzględnia się w tym podejściu wszystkie determinanty zdrowia, zgodnie z szerokim ujęciem włączającym aspekty społeczne, kulturowe, geograficzne i inne¹.

Działania z zakresu zdrowia publicznego są w pewnym sensie najtańszą inwestycją w zdrowie, stanowią podstawę całego systemu zdrowotnego oraz potencjalnie umożliwiają zapobieganie wielu chorobom jeszcze przed ich powstaniem. W działaniach tych najważniejszym aspektem jest ich powszechność, uniwersalność i jednocześnie wielokierunkowość, która może być zapewniona jedynie przez formułowanie stosownej polityki państwa uwzględniającej konieczną współpracę wielu sektorów [3].

Opisując priorytety zdrowia publicznego w Polsce, należy odnieść się do międzynarodowych koncepcji podstawowych funkcji zdrowia publicznego, które identyfikują zakresy działań dotyczących zdrowia zarówno całego społeczeństwa, jak również poszczególnych jednostek. Zalicza się do nich działania dotyczące m.in. monitorowania stanu zdrowia i identyfikacji potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, zapobiegania rozprzestrzenianiu się chorób (przede wszystkim zakaźnych i społecznych),

rozpoznawania zagrożeń społecznych i ich zwalczania, zapobiegania wypadkom i urazom, a także zapewnienia odpowiedniej pomocy w przypadku ich wystąpienia, zagwarantowania kompleksowego nadzoru epidemiologicznego, promowania aktywnych działań społeczeństwa (w szczególności poprzez promocję zdrowego stylu życia), kształcenia i zwiększania kompetencji profesjonalistów medycznych i zdrowia publicznego, zapewnienia jednolitych norm prawnych dotyczących wszystkich zakresów systemu ochrony zdrowia, monitorowania jakości i dostępu do świadczeń oraz zagadnień związanych z przestrzeganiem praw pacjenta, oceny i porównań międzynarodowych sytuacji zdrowotnej kraju, a także dostępu do działań zapobiegawczych (szczepienia, programy wczesnego wykrywania chorób zakaźnych), umożliwienia korzystania ze świadczeń medycznych grupom tego pozbawionym, objęcia opieką leczniczą osób chorujących na choroby o znaczeniu społecznym, wprowadzenia badań skринingowych dla grup wysokiego ryzyka wystąpienia chorób społecznych oraz prowadzenia nadzoru merytorycznego i wsparcia finansowego dla organizacji pozarządowych prowadzących działalność w zakresie udzielania pomocy medycznej osobom potrzebującym [3].

Ważnym postulatem działań w polityce zdrowotnej powinny być także kwestie związane z organizacją dostępności do świadczeń zdrowotnych, co uwarunkowane jest już na poziomie fundamentalnych zasad ustanowionych w konstytucji. Konieczne jest w tej kwestii uwzględnienie czynników zarówno efektywności ekonomicznej, jak i uwarunkowań wzrostu potrzeb zdrowotnych, społecznych oczekiwań, ale także czynników zewnętrznych, m.in. naszego członkostwa w organizacjach europejskich, takich jak: Unia Europejska (np. opieka transgraniczna), Rada Europy (np. konwencje bioetyczne), EuroWHO (np. strategia Health 2020) [6].

2. Planowane działania na rzecz zdrowia ujęte w programach głównych partii politycznych

Polityka zdrowotna często identyfikowana jest z konkretnymi działaniami państwa w zakresie zdrowia. Pomimo uznawania państwa za jeden z najważniejszych podmiotów polityki zdrowotnej należy mieć na uwadze, że samo w sobie jest ono pozbawione zdolności podejmowania decyzji czy prowadzenia jakichkolwiek działań. Państwo jako podmiot wyposażony w prerogatywy władzy działa poprzez osoby, które aktualnie zajmują stanowiska w organach państwowych, społeczeństwo postrzega je natomiast jako główny, w pewnym sensie samoistny podmiot odpowiedzialny za stan zdrowia społeczeństwa oraz funkcjonowanie systemu zdrowotnego. Demokratyczna formuła realizowania polityki zdrowotnej przesądza o odpowiedzialności rządów za realizację polityki zdrowotnej. Bez wątplenia trzeba też zauważyć, że sprawy zdrowia często traktowane są w kategoriach przedmiotu kampanii wyborczych, szczególnie w zakresie działań mających znaczny wpływ na dostęp obywateli do opieki zdrowotnej i na poziom ponoszonych na tę opiekę wydatków [2].

Podjęcie decyzji dotyczące priorytetów zdrowotnych opiera się na trzech tendencjach powstałych w wyniku ograniczenia zasobów. Pierwsza z nich dotyczy podejmowania decyzji w sprawie priorytetów na podstawie bardziej przejrzystych i demokratycznych zasad, zwłaszcza gdy decyzje te mogą być kontrowersyjne (np. w sytuacji ograniczenia dostępu do świadczeń). W niektórych przypadkach spowodowało to zwiększenie zaangażowania społeczeństwa w procesie podejmowania decyzji dotyczących priorytetów zdrowotnych i w jakimś stopniu umożliwiło prowadzenie szerszej debaty wokół kwestii stanowiących przedmiot najważniejszych decyzji. W konsekwencji możliwe było wyjaśnienie społeczeństwu konieczności dokonywanych wyborów, np. z powodu ograniczonych funduszy, a także w pewnym stopniu uzyskanie legitymizacji trudnych decyzji w kategoriach tak politycznych, jak i etycznych. Drugą ważną tendencją jest próba bardziej efektywnego wykorzystania ograniczonych zasobów poprzez zwiększone zainteresowanie rozwojem oraz wykorzystaniem informacji na temat skuteczności poszczególnych metod leczenia i zapobiegania. Jako trzecia wystąpiła tendencja do brania pod uwagę zagadnień etycznych związanych z ustalaniem priorytetów zdrowotnych [7].

Pomimo zwiększenia udziału rynku w podejmowaniu decyzji polityki zdrowotnej – co zresztą stanowi przedmiot kontrowersji wokół kwestii takich procesów, jak komercjalizacja czy prywatyzacja w sektorze, zwiększanie udziału finansowego środków prywatnych czy wreszcie konieczność zawężania zakresu koszyka świadczeń finansowanych ze środków publicznych – rola państwa jest ciągle bardzo istotna. Jego główne zadania koncentrują się przede wszystkim wokół tworzenia prawnych ram działania systemu, rozwiązywania problemów wynikających z różnych celów aktorów polityki zdrowotnej, koordynacji działań oraz finansowania działań w systemie zdrowotnym w określonym stopniu. Zgodna opinia wielu badaczy wskazuje na cztery podstawowe działalności państwa w zakresie polityki zdrowotnej: (1) finansowanie ze środków publicznych działań mających przynieść korzyści całemu społeczeństwu; (2) stworzenie jasnych zasad finansowania systemu opieki zdrowotnej oraz określenie poziomu finansowania prywatnego i publicznego; (3) określenie zasad funkcjonowania i organizowania podmiotów leczniczych i innych jednostek wchodzących w zakres polityki zdrowotnej; (4) wprowadzanie reguł dotyczących działalności personelu medycznego [2]. Wszystkie te działania mają na celu prawidłowe funkcjonowanie systemu zdrowotnego, jednak w praktyce w dużej mierze zależą od konkretnych osób, które w danym momencie są odpowiedzialne za podejmowanie decyzji. W zależności od założeń partii, która akurat sprawuje władzę, działania systemu zdrowotnego mogą być nakierowane na różnorakie kierunki rozwoju. Ideologie poszczególnych partii mają znaczny wpływ na ogólne ramy polityki zdrowotnej państwa oraz na zasady funkcjonowania systemu zdrowotnego, w tym również na proporcje pomiędzy działaniami z zakresu zdrowia publicznego i świadczeń medycznych, sposób finansowania zarówno całego systemu, jak i samych

świadczeń zdrowotnych, poziom współpłacenia ze strony pacjentów i wiele innych aspektów dotyczących polityki zdrowotnej. W kontekście powyższego należy mieć jednak na uwadze, że analizowane dokumenty są programami politycznymi, deklaracjami, doniesieniami prasowymi i zawierają jedynie założenia, które ostatecznie nie muszą być wprowadzone do systemu nawet w sytuacji zwycięstwa danej partii.

Na końcowy kształt podejmowanej i realizowanej polityki wpływają różne czynniki, takie jak obecna sytuacja polityczno-ekonomiczna, pojawiające się aktualne problemy czy doraźne kompromisy polityczne. Z tego względu treść oficjalnych programów i deklaracji partii rządzących często pozostaje tylko w sferze tych teoretycznie deklarowanych celów, bez dalszych konsekwencji praktycznych i nie jest wdrażana konkretnymi działaniami, niemniej dokumenty te stanowią najlepszą wskazówkę co do ogólnych intencji i woli politycznej. Te z kolei są istotnym elementem procesu dokonywania politycznych wyborów i tworzenia polityk publicznych.

W **Tabeli I** zostały opisane założenia funkcjonowania polityki zdrowotnej państwa wybranych partii. Poszczególne zagadnienia ujęte w tabeli dotyczą: modelu proponowanego systemu, instytucji finansujących, roli samorządu terytorialnego, wskazywanych przez partię najważniejszych problemów zdrowotnych, działań mających na celu eliminację nierówności w zdrowiu, założeń praktyki dobrego rządzenia, działań polityki zdrowotnej w odniesieniu do cyklu życia człowieka, sposobu nadzoru nad chorobami zakaźnymi, proponowanych działań profilaktycznych dotyczących chorób niezakaźnych oraz włączenia do polityki środowiskowych uwarunkowań zdrowia i podejmowania zadań z tego zakresu.

Poszczególne partie zakładają różne modele funkcjonowania systemu, począwszy od zdominowania go przez sektor publiczny (PiS) aż do rozwiązań wprowadzających ograniczenia koszyka usług i wprowadzenie dodatkowych form finansowania (PO). Również plany dotyczące istotności każdego z poziomów opieki różnią się w zależności od partii, przeważająca większość jednak wskazuje na potrzebę wzmocnienia działań z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz zwiększenia kompetencji na tym poziomie. Twój Ruch to jedyna partia wskazująca na konieczność wprowadzenia profilaktyki i edukacji zdrowotnej jako podstawy całego systemu, co umożliwiłoby zmniejszenie liczby świadczeń medycznych. Partie wskazują także w swych programach na kompleksowość prowadzonych świadczeń, uwarunkowaną stworzeniem powiązań pomiędzy poszczególnymi poziomami opieki medycznej. Twój Ruch proponuje również wprowadzenie ubezpieczeń dodatkowych, które pokrywałyby poza kosztami usług wyłączonych z koszyka również koszty leków, które stanowią obecnie największą część wydatków na zdrowie, i udział ten będzie się z pewnością zwiększał. SLD natomiast w swych założeniach wskazuje na konieczność zniesienia rocznych limitów na świadczenia oraz wprowadzenia limitów indywidualnych wydatków na leki, powyżej których byłyby one bezpłatne, co w znacznym stopniu mogłoby poprawić dostęp, przy obecnym finan-

Partia polityczna	Proponowane zmiany systemowe	Finansowanie świadczeń zdrowotnych	Rola samorządu terytorialnego/ lokalnego	Forma własności podmiotów leczniczych
PO	<ol style="list-style-type: none"> Oparty na konkurencji ubezpieczycieli, decentralizacji i regionalizacji instytucji odpowiedzialnych za ubezpieczenie zdrowotne. Świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych zdefiniowane w wąskim koszyku usług gwarantowanych. Zbudowanie silniejszych powiązań pomiędzy POZ, opieką specjalistyczną a szpitalnictwem w celu zapewnienia ciągłości leczenia. Możliwy wybór ubezpieczyciela. 	<ul style="list-style-type: none"> Wielość publicznych ubezpieczycieli zdrowotnych + dodatkowi ubezpieczyciele prywatni (ubezpieczenia alternatywne i dodatkowe). Nadzorowanie przez państwo. 	<ul style="list-style-type: none"> Organy założycielskie / właściciele podmiotów leczniczych, odpowiedzialne za ich stan finansowy i przyszłość. Wpływ regionów, województw na rozwój systemu opieki zdrowotnej i jego finansowanie. Poprawa dostępności do szczepień ochronnych. 	Spółki prawa handlowego
PiS	<ol style="list-style-type: none"> Domnacja sektora publicznego. Finansowanie usług zdrowotnych z budżetu państwa. Likwidacja NFZ. Model oparty na „sięciach szpitali publicznych”. Fundamentalne znaczenie podstawowej opieki zdrowotnej. Zapewnienie powszechnej dostępności do świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – przyjęcie w dniu zgłoszenia (płacenie za aktywność lekarza, a nie za samą obecność). Odpowiedzialność wojewody za stan bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców danego województwa. Świadczenia szpitalne finansowane w systemie <i>pay for service</i>, co oznacza, że płacić się będzie za faktycznie wykonane świadczenie zdrowotne, bez limitów. Zdefiniowanie koszyka gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Zastosowanie finansowania kapitałowego do ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej. 	<ul style="list-style-type: none"> Budżetowe finansowanie jednostek opieki zdrowotnej, które będzie się odbywać za pośrednictwem urzędów wojewódzkich. Brak wydzielonej w systemie instytucji finansującej świadczenia zdrowotne. 	<ul style="list-style-type: none"> Właściciele zakładów opieki zdrowotnej. Odpowiedzialność właścicielska (państwa, województwa, powiatu, gminy) za ewentualne ponowne zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej, ustanawiająca obowiązek spłacenia długu z budżetu właściciela. Współpraca samorządu terytorialnego w celu przedstawienia propozycji i opinii na temat problemów ochrony zdrowia w Polsce oraz wypracowania wspólnych stanowisk. 	Podmioty publiczne: organem założycielskim szpitala publicznego będzie mógł być wyłącznie właściwy urząd marszałkowski.
Twój Ruch	<ol style="list-style-type: none"> System ochrony zdrowia oparty na rozwiniętej profilaktyce oraz powszechnej edukacji zdrowotnej. Przekazanie zadań NFZ ministrowi zdrowia. Kasy chorych podległe nadzorowi KNF, występujące w roli jedynie operatora składki. Weryfikacja koszyka świadczeń dokonana, pod nadzorem Agencji Oceny Technologii Medycznych przez konsultantów krajowych i wojewódzkich oraz przedstawicieli towarzystw naukowych. Wprowadzenie dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, obejmujące procedury usunięte z koszyka świadczeń gwarantowanych oraz koszt zakupu leków, w tym refundowanych. Zwiększony zakres kompetencji i odpowiedzialności lekarzy rodzinnych – w ślad za czym musi iść wzrost nakładów finansowych. Zniesienie przywilejów dotyczących płacenia składki zdrowotnej (KRUS). 	<ul style="list-style-type: none"> Konkurujące z sobą dwie lub trzy publiczne kasy chorych oraz „operatorzy niepubliczni”, którzy miałby dostęp do składek i rynku świadczeń zdrowotnych. 	<p>Jednym z największych wyzwań, przed którym stoi samorząd, jest znalezienie odpowiedniej drogi do tzw. dialogu obywatelskiego, czyli do zwiększenia aktywności organizacji pozarządowych.</p>	Podmioty publiczne
PSL	<ol style="list-style-type: none"> Decentralizacja i zwiększenie kompetencji w regionach. Wdrożenie koszyka gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej i podział usług na: gwarantowane, częściowo gwarantowane oraz niefinansowane ze środków wspólnych (publicznych). Prywatne zakłady opieki zdrowotnej podlegające nadzorowi zdrowotnemu. Wprowadzenie dobrowolnych, dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. 	<p>Państwowy, centralny + prywatni ubezpieczyciele (ubezpieczenia dodatkowe).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Samorząd powinien podejmować decyzje w kwestii prywatyzacji jednostek ochrony zdrowia i świadczeń zdrowotnych. Udział samorządów reprezentujących poszczególne szczeble, np. w radzie oddziału NFZ. 	Spółki prawa handlowego

SLD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zapewnienie obywatelom bezpieczeństwa w zakresie ochrony zdrowia jako konstytucyjnego obowiązku rządu. 2. Równy dostęp do świadczeń zdrowotnych. 3. Wdrożenie zasady „pieniądz idzie za pacjentem”. 4. Określenie zakresu leczenia przysługującego pacjentom (koszyk świadczeń gwarantowanych) 5. POZ jako przewodnik po systemie. 6. Ujednolicony system ubezpieczeniowy (połączenie ubezpieczeń: zdrowotnego, chorobowego i wypadkowego). 7. Wprowadzenie maksymalnych rocznych limitów wydatków na leki. 8. Ubezpieczeni wszyscy obywatele. 9. Zmiana metod finansowania opieki zdrowotnej (brak limitów). 10. Przywrócenie odpowiedzialności struktur publicznych za stan opieki zdrowotnej. 11. Finansowanie ze środków publicznych tylko szpitali działających w formule <i>non profit</i>. 12. Wprowadzenie sieci szpitali publicznych. 	NFZ	<ul style="list-style-type: none"> - Uprawnienia w zakresie współdecydowania o podziale środków finansowych systemu dotyczących inwestycji infrastrukturalnych (zakup sprzętu medycznego, budowa i remonty szpitali). - Pomoc w zapewnieniu opieki nad osobami niepełnosprawnymi i osobami w podeszłym wieku. - Częściowe finansowanie systemu. 	Publiczne, niekomercyjne.
-----	--	-----	--	---------------------------

Tabela 1. Ramy systemu polityki zdrowotnej państwa według głównych partii politycznych – cz. I.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie programów politycznych partii zasiadających w parlamencie RP (kadencja 2011–2015) oraz pracy I. Banaś, *Polityka zdrowia publicznego w Polsce w kontekście priorytetów zdrowotnych deklarowanych w dokumentach Euro WHO (2014) – maszynopis*, [8].

sowaniu jednak prowadziłyby do zadłużenia systemu i jego niewydolności.

W kontekście zbliżających się wyborów parlamentarnych należy przedstawić również bardzo lakoniczny pogląd dotyczący reformy sektora zdrowotnego sformułowany na potrzeby wyborów prezydenckich przez Pawła Kukiza, który zapowiada stworzenie Ruchu Obywatelskiego, planującego start w wyborach do Sejmu i Senatu w październiku 2015 roku. Paweł Kukiz uważa, że w sprawie reformy systemu ochrony zdrowia przede wszystkim powinni się wypowiadać eksperci, ponieważ on sam nie jest przekonany do żadnego z proponowanych przez główne siły polityczne pomysłów (system budżetowy i likwidacja NFZ czy może decentralizacja płatnika). Paweł Kukiz podkreśla konieczność organizacji okrągłego stołu z udziałem ekspertów i mediów, aby wypracować efektywne rozwiązania i odpowiednio wytłumaczyć je Polakom².

Założenia partii dotyczące podmiotów finansujących świadczenia zdrowotne są zróżnicowane: propozycje zakładają zarówno konkurencję płatników publicznych, jak i wprowadzenie finansowania budżetowego, ale także dodatkowy udział płatników prywatnych w finansowaniu. Jedynie SLD w swym programie nie widzi potrzeby wprowadzania zmian podmiotu pełniącego rolę płatnika w systemie, co wynika przypuszczalnie z traktowania przez tę partię NFZ jako dziedzictwa swoich wcześniejszych rządów, tworu powołanego w wyniku ponownej centralizacji finansowania świadczeń w systemie po likwidacji kas chorych.

Rola samorządów terytorialnych w programach partii politycznych poza jej dotychczasowymi zadaniami dotyczącymi funkcji organów właścicielskich oraz w zakresie zapewnienia pomocy w dostępie do świadczeń medycznych osobom potrzebującym dodatkowo uwidacznia się w ich wpływie na rozwój systemu i jego finansowaniu, udziale w wypracowywaniu wspólnych stanowisk z zakresu polityki zdrowotnej i dążeniu do zwiększenia udziału organizacji pozarządowych w systemie.

W kwestii tak istotnych w kontekście procesów prywatyzacji problemów poszczególne partie polityczne zajmują różne stanowiska dotyczące formy własności podmiotów leczniczych. PO i PSL jako formę własności popierają formułę spółki prawa handlowego jako właściwej dla działalności leczniczej, natomiast PiS, Twój Ruch i SLD za najlepszą formę uważają podmioty publiczne. PiS w swych założeniach przewiduje również ograniczenie funkcji właścicielskich szpitali jedynie dla urzędów marszałkowskich. Zastanawiający jest brak odniesienia się w tym względzie do perspektywy zwiększenia udziału podmiotów działających w formule *non profit/non for profit*.

Identyfikacja najważniejszych problemów we wszystkich partiach skupia się przede wszystkim na powszechnie występujących nierównościach w zdrowiu i kwestii dostępności do świadczeń medycznych. Dodatkowo w analizowanych programach partii poruszane są takie problemy, jak niska jakość świadczonych usług, zadłużenie podmiotów leczniczych, brak personelu medycznego i zły stan techniczny szpitali.

W odpowiedzi na najważniejszy problem poruszany przez wszystkie partie polityczne, jakim są nierówności w zdrowiu, poddane zostały analizie działania, z którymi partia wystąpiła w celu usunięcia tych nierówności. Zasadniczo w tym zakresie wskazywane są: zapewnienie powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych, wyrównanie możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych dzieci i młodzieży z miast i z terenów wiejskich, zapewnienie wszystkim uczniom dostępu do edukacji zdrowotnej oraz ciepłego posiłku i sprawiedliwy podział zasobów systemu.

Działania partii uwzględniają w różnym stopniu praktyki dobrego rządzenia³ poprzez odnoszenie się do efektywności podejmowanych działań, aspektów ekonomicznych, wykonywania zadań o popartej dowodami naukowymi skuteczności, wprowadzanie działań oddolnych i uwzględnianie potrzeb obywateli. Warto wspomnieć, iż pomimo wielu opisów wskazujących na potrzebę implementacji do polityk zdrowotnych państwa przynajmniej części z zasad dobrego rządzenia w żadnym z nich termin „dobre rządzenie” nie pojawił się bezpośrednio. Działania wskazujące na konieczność stosowania tego pojęcia, czy wręcz imperatyw dla realizowanej polityki, opisywane są w większości programów i doniesień z planowanych działań poszczególnych partii w sposób chaotyczny, przez co są trudne do zidentyfikowania.

Kompleksowe działania związane z cyklem życia jednostki zostały przewidziane jedynie w programie SLD, który proponuje tworzenie centrów zdrowia rodziny, gdzie opieka zostanie zapewniona wszystkim jej członkom z uwzględnieniem szczególnych potrzeb związanych z ich wiekiem. Pozostałe partie planują jedynie cząstkowe działania w tym zakresie, które najczęściej odnoszą się do grup mających te szczególne prawa do opieki zdrowotnej, zapewnione konstytucyjnie.

Wśród partii można dostrzec duże zbieżności co do zasad prowadzenia promocji zdrowia, a przede wszystkim w kwestii jej finansowania ze środków publicznych. Zdrowy styl życia, zdrowa żywność, zdrowe środowisko oraz szeroko rozumiana profilaktyka i edukacja zdrowotna to główne zagadnienia związane z promocją zdrowia. Biorąc powyższe pod uwagę, można stwierdzić, że w deklaracjach polskich polityków następuje reorientacja podejścia do zdrowia, w którym do niedawna dominowało ukierunkowanie na świadczenia medyczne, profilaktyka i edukacja zaś były odsuwane na drugi plan.

Pomimo znacznego ograniczenia zachorowalności i śmiertelności z powodu chorób zakaźnych nadal stanowią one poważne zagrożenie dla zdrowia całego społeczeństwa, dlatego tak ważne jest kontynuowanie prowadzonych w tym zakresie działań. Analizowane dokumenty poszczególnych partii wskazują na identyfikację dwóch priorytetów, którymi są monitorowanie i nadzór nad chorobami zakaźnymi poprzez stworzenie systemu nadzoru oraz poprawa dostępności do szczepień ochronnych i rozszerzenie zakresu dostępnych szczepień w celu poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego.

Profilaktyka chorób niezakaźnych, które w obecnym okresie stanowią pierwszą przyczynę zgonów, to ważny aspekt działań, które powinny być podejmowane przez

partie rządzące. Założenia programów partyjnych dotyczą tworzenia programów w dziedzinie profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób o najwyższych wskaźnikach zachorowalności i śmiertelności oraz o poważnych skutkach finansowych, zapewnienia opieki lekarskiej i dentystrycznej w szkołach, wprowadzenia zakazu sprzedaży artykułów żywnościowych zawierających szkodliwe składniki w sklepikach szkolnych. Do najczęściej wymienianych schorzeń wymagających wprowadzenia dodatkowych programów należą: choroby metaboliczne, w tym otyłość, choroby układu krążenia, nowotwory, choroby płuc, uzależnienia.

Ostatnim zagadnieniem analizowanym w programach partii są środowiskowe uwarunkowania zdrowia. Wśród rozpatrywanych założeń jako najważniejsze zadania rządu wskazywane jest zapewnienie obywatelom czystego powietrza, wody, terenów zielonych, tworzenie stref wolnych od GMO, dążenie do poprawy stanu środowiska naturalnego, co zagwarantuje lepszą ochronę zdrowia mieszkańców i dobrą przyszłość naszego kraju.

Bardziej szczegółowe informacje na temat planowanych przedsięwzięć głównych partii politycznych zostały zestawione w **Tabeli II**.

3. Możliwe scenariusze rozwoju zdrowia publicznego w Polsce w perspektywie programowej i legislacyjnej. Podsumowanie

Biorąc pod uwagę programy głównych partii politycznych, można wskazać dwa najbardziej reprezentatywne dla partii scenariusze działań z zakresu zdrowia publicznego, które zasadniczo różnią się poziomem udziału sektora publicznego w tej sferze. Pierwszy zakłada włączenie do systemu rozwiązań rynkowych oraz wprowadzenie większej liczby instytucji pełniących rolę płatnika (w zależności od programów partii mogą to być instytucje publiczne lub prywatne) oraz prowadzenie podmiotów leczniczych w formie spółek prawa handlowego, natomiast drugi oparty jest na przeważających działaniach sektora publicznego oraz prowadzeniu podmiotów leczniczych przez podmioty publiczne, w tym przez jednostki samorządu terytorialnego.

Wszystkie z analizowanych tu programów głównych partii wskazują również na konieczność rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej, której zakres działań obejmuje poza świadczeniami medycznymi również działania profilaktyczne i prewencyjne. Działalność kompleksowego systemu podstawowej opieki zdrowotnej wraz z nadzorem i monitoringiem chorób zakaźnych oraz rozbudowanymi programami profilaktyki dotyczącymi najważniejszych chorób społecznych daje duże szanse na powolną reorientację świadczeń, co potencjalnie przyczyniłoby się do rozwoju świadczeń zdrowia publicznego, w konsekwencji umożliwiłoby poprawę zdrowia społeczeństwa oraz zmniejszyło zapotrzebowanie na świadczenia medyczne.

Pozytywne wnioski płynące z powyższego opracowania dotyczą przede wszystkim rozwoju szeroko rozumianych działań promocji zdrowia oraz edukacji zdro-

Partie polityczne	Promocja zdrowia	Nadzór nad chorobami zakaźnymi	Profilaktyka chorób niezakaźnych	Środowiskowe uwarunkowania zdrowia
PO	<ul style="list-style-type: none"> – Państwo odpowiedzialne za promocję zdrowia. – Państwo powinno zachęcać obywateli do zdrowego stylu życia i finansować działania profilaktyczne i edukacyjne na rzecz poprawy stanu zdrowotności. – Nacisk na profilaktykę oraz edukację zdrowotną. 	<ul style="list-style-type: none"> – Poprawa dostępności do szczepień ochronnych. – Zwiększenie skuteczności nadzoru nad osobami chorymi na choroby, które ze względów epidemiologicznych podlegają obowiązkowi leczenia w warunkach szpitalnych. 	Minister Zdrowia powinien określać programy w dziedzinie profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób o najwyższych wskaźnikach zachorowalności i śmiertelności oraz poważnych skutkach finansowych, takich jak zwalczanie otyłości, zwalczanie złego odżywiania, promocja aktywności fizycznej i kampania przeciw paleniu tytoniu.	<ul style="list-style-type: none"> – Najważniejszym celem rządu jest zapewnienie obywatelom wysokiej jakości życia – czystego powietrza, czystej wody i terenów zielonych, w zgodzie z rozwojem gospodarczym kraju. – Tworzenie stref wolnych od GMO.
PiS	<ul style="list-style-type: none"> – Zrównoważona polityka zdrowotna, w której nie może zabraknąć ani miejsca, ani tym bardziej środków finansowych na zadania z zakresu promocji zdrowia. – Zwiększenie dostępu do stomatologa. – Finansowanie ogólnopolskich programów zdrowotnych z budżetu państwa. 	Stworzenie sprawnego systemu kompleksowego nadzoru nad zakażeniami i chorobami zakaźnymi jako jeden z priorytetów systemu ochrony zdrowia w Polsce.	<ul style="list-style-type: none"> – Rozszerzenie zakresu programów profilaktycznych dotyczących chorób układu krążenia, nowotworowych czy metabolicznych. – Profilaktyka podstawowym problemem w walce z rakiem piersi. 	Dążenie do poprawy stanu środowiska naturalnego (również środowiska pracy i nauczania).
Twój Ruch	<ul style="list-style-type: none"> – Badania profilaktyczne. – Zwiększenie liczby godzin wychowania fizycznego w przedszkolach i szkołach. – Wprowadzenie obowiązkowego przedmiotu wiedzy o zdrowiu we wszystkich klasach szkoły podstawowej, gimnazjum i liceum. 	Rozwinięcie programu szczepień profilaktycznych.	<ul style="list-style-type: none"> – Podniesienie znaczenia profilaktyki prozdrowotnej. – Zapewnienie uczniom zdrowych posiłków w szkołach, przywrócenie im opieki lekarskiej i dentystycznej. – Zwiększenie liczby programów o tematyce zdrowotnej w publicznych mediach. – Wprowadzenie systematycznych programów profilaktycznych. 	Wskazanie ważności wpływu środowiska na zdrowie (przytoczenie modelu pól Lalonda).
PSL	Zadbanie o promocję zdrowego stylu życia i zdrowej żywności.	<ul style="list-style-type: none"> – Nadzór nad zakażeniami i chorobami zakaźnymi. – Szczepienia przeciw chorobom zakaźnym. 	<ul style="list-style-type: none"> – Wzmocnienie profilaktyki. – Zakaz sprzedaży artykułów żywnościowych zawierających wzmacniacze smaku, sztuczne barwniki, sztuczne cukry, produkty mocno słone lub bardzo tłuste w sklepikach szkolnych. 	Zapewnienie bezpieczeństwa ekologicznego Polski, gwarantującego lepszą ochronę zdrowia mieszkańców i dobrą przyszłość naszego kraju.
SLD	Kształtowanie postaw prozdrowotnych u dzieci i młodzieży, edukacja zdrowotna i promocja zdrowia zapewniona poprzez właściwie skonstruowany program szkolny, media publiczne oraz oświatę zdrowotną prowadzoną w zakładach opieki zdrowotnej.	b.d.	Zwiększenie środków finansowych na prowadzenie programów profilaktycznych z zakresu onkologii, kardiologii, chorób płuc i chorób zakaźnych, programów mających na celu zwalczanie uzależnień wśród dorosłych i młodzieży.	Czyste i sprzyjające zdrowiu środowisko jako konkretne zobowiązanie do konsekwentnego i uczciwego działania dla ochrony środowiska w Polsce.

Tabela II. Ramy systemu polityki zdrowia publicznego państwa według głównych partii politycznych – cz. II.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie programów politycznych partii zasiadających w parlamencie RP (kadencja 2011–2015) oraz pracy I. Banas, *Polityka zdrowia publicznego w Polsce w kontekście priorytetów zdrowotnych deklarowanych w dokumentach Euro WHO (2014) – maszynopis* [8].

wotnej, które określane są jako kluczowe w programach wszystkich omawianych partii. Świadczy to o rozwoju polityki zdrowotnej w kierunku działań prewencyjnych, zapobiegawczych, ukierunkowanych na sferę promocji zdrowia i działań zdrowia publicznego. Z kolei zauważenie potrzeby tworzenia systemu odpowiadającego potrzebom społeczeństwa w taki sposób, aby mogło ono współuczestniczyć w podejmowaniu decyzji z nim związanych, świadczy pozytywnie o podejściu do kwestii uczestnictwa społecznego w procesie podejmowania istotnych decyzji. Włączenie jednostek samorządu terytorialnego oraz pacjentów w proces określania zapotrzebowania na świadczenia, planowania oraz funkcjonowania systemu jest ważnym wskaźnikiem rozwoju zdrowia publicznego, co (jeśli istotnie proces ten nastąpi) będzie miało pozytywny wpływ na stan zdrowia społeczeństwa. Ważny postęp można także zauważyć, obserwując uwzględnienie w podejmowanych działaniach zasad dobrego rządzenia. Pomimo iż bardzo często są one jedynie w niewielkim stopniu włączane do tych działań, można uznać, że są to pierwsze kroki do ich powszechnego wdrożenia we wszystkie zakresy polityki zdrowotnej.

Jako mniej optymistyczne można określić działania zdrowotne dotyczące całego cyklu życia. W Polsce odnoszą się one przede wszystkim do działań skierowanych na grupy wskazane w Konstytucji jako szczególnie narażone na ryzyko. W tej dziedzinie państwo powinno dokładnie przeanalizować korzyści idące za tak sformułowanymi działaniami oraz dostosować obecne przedsięwzięcia do przyjętych zasad. Jest to bardzo ważne w szczególności w odniesieniu do obecnego profilu chorób, często ujmowanego w perspektywie całego cyklu życia lub przeważającej jego części.

Bardzo istotnym czynnikiem mającym wpływ na zdrowie oraz jednym z kluczowych zagadnień zdrowia publicznego jest także zdrowie środowiskowe, którego waga dla zdrowia jest także wskazywana w programach partii. Działania prowadzone w tym zakresie są jednak pomijane przez osoby zajmujące się polityką społeczną, a odpowiedzialność za nie przenoszona jest na inne sektory, co nie zawsze ma pozytywny wpływ na zdrowie.

Wszystkie działania zidentyfikowane na podstawie programów partii politycznych i doniesień medialnych wskazują na powolne, lecz ciągle postępy w sferze rozwoju zdrowia publicznego w Polsce. Wiele z deklaracji zostaje w konsekwencji wprowadzonych jako działania na rzecz zdrowia, jednak równie wiele pozostaje jedynie w sferze „pobożnych życzeń”. Bywa także i tak, że ich wprowadzanie jest nieudolne, co decydująco wpływa na ich efektywność, a nawet może ją całkowicie udaremnić. W celu poprawy sytuacji w tym zakresie należałoby kierować się doświadczeniami innych państw i zaleceniami organizacji międzynarodowych. Konieczne jest wprowadzanie działań adekwatnych do potrzeb, ale równie istotna jest ocena pod kątem skuteczności – chodzi o działania, których efekty zostały udowodnione naukowo. Analiza programów, biorąc pod uwagę rozwój zdrowia publicznego, wskazuje na dobry kierunek proponowanych czy też deklarowanych zmian w Polsce, w praktyce

jednak wiele jest jeszcze do zrobienia w celu osiągnięcia pełnego rozwoju tej sfery.

Najważniejszym zagadnieniem wpływającym na tempo i „kształt” rozwoju wydaje się to, że polityka zdrowotna nadal nie stanowi jednego ze stałych, głównych problemów, którymi zajmują się partie polityczne. Problemy z tej dziedziny są poruszane zazwyczaj okresowo, w trakcie wydarzeń prowokujących do podejmowania tematów dotyczących zdrowia – na przykład w okresie zbliżających się wyborów. Pomimo tej „incydentalności” zainteresowania pozwala to na zwrócenie uwagi opinii publicznej na temat proponowanych zmian w tym zakresie, a także powoduje uświadomienie problemu oraz wprowadzenie działań służących jego rozwiązaniu. Należy w tym miejscu podkreślić, że silna i spójna koalicja ułatwia wprowadzanie zmian (wspólnota zasadniczych celów), natomiast konieczność wypracowywania kompromisów pomiędzy partiami mającymi całkowicie rozbieżne stanowiska (zróżnicowane istotne cele) może wręcz udaremnić lub znacznie utrudnić wprowadzenie reformy, a także doprowadzić ją do takiego kształtu, w którym nie będzie służyła zidentyfikowanym w pierwotnych założeniach celom [9].

System ochrony zdrowia stanowi wyodrębnioną część rzeczywistości społeczno-ekonomicznej z ustaloną wewnętrzną strukturą składającą się z podsystemów uporządkowanych według ustalonych reguł określających tak ich wzajemne relacje, jak i relacje z użytkownikami indywidualnymi i społeczeństwem jako całością. Ustalenie reguł określających funkcjonowanie systemu i jego części składowych oraz relacji pomiędzy systemem a społeczeństwem jako użytkownikiem należy do podstawowych obowiązków państwa, partie polityczne powinny zajmować w tym względzie wyraźne stanowisko. Trzeba podkreślić, że bardzo ważnym aspektem realizacji tego zadania jest tworzenie zaplecza badawczo-analitycznego w ochronie zdrowia, dostarczającego informacji na potrzeby kształtowania polityki zdrowotnej. Brak w obecnym systemie tworu, który można byłoby określić jako swoiste obserwatorium systemowe, to istotny problem, także dla procesu kształtowania założeń dla polityki zdrowotnej i rozwoju sfery zdrowia publicznego. Konieczne byłoby utworzenie takiej instytucji, która mogłaby dokonywać przeglądu głównych polityk zdrowotnych i odnosić się do nich.

Istotnym problemem w kontekście powyższego *status quo* jest brak systemowej regulacji w zdrowiu publicznym, gdyż w tej sytuacji zdolność, o której mowa, postrzegana jako zdolność podmiotów podejmujących decyzje w sektorze, jest zdecydowanie niska. Dotyczy to w szczególności funkcji koordynujących, wykonywanych w stosunku do poszczególnych działań, zakresowo należących do zróżnicowanych polityk. Kwestię takiej koordynacji przewiduje projekt ustawy o zdrowiu publicznym, należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że proces opracowania tej ustawy jest bardzo wolny. Pomimo deklarowanych ze strony władz działań ukierunkowanych na wprowadzenie nowego projektu brak wyraźnego postępu, szczególnie w sferze szerokiej dyskusji nad projektem, a także na gruncie samych programów partii politycznych.

Kwestia zaniechania legislacyjnego w tym obszarze, niedostrzegana zasadniczo przez polityków wszystkich ugrupowań, to problem luki prawnej przede wszystkim w zakresie ustawy o zdrowiu publicznym postrzeganej jako ustawa kompetencyjna (w kontekście trudnych decyzji politycznych w sferze katalogu świadczeń, inwestycji, zobowiązania do nadzoru nad głównymi politykami dotyczącymi zdrowia publicznego – w sektorach, odpowiedzialności instytucji itd.). Wpływ braku ustawy powinien być także dostrzegany tam, gdzie chodzi o kwestię konieczności finansowania inwestycji w sektorze ochrony zdrowia i w szerokiej infrastrukturze zdrowia publicznego. Tu zdolność do pozyskiwania informacji, ich analizowania jest bardzo ograniczona, podobnie jak w zakresie przeglądu głównych polityk, strategii rozwoju czy inwestycji. Dla kształtu proponowanej polityki zdrowotnej, w tym jakości przedstawionych w programach rozwiązań – jak i perspektywy ich realizacji – istotna jest rola ekspertów i instytucji kompetentnych. Pozyskiwanie istotnych informacji, zbieranie i analiza adekwatnych danych powinny być realizowane przez niezależne instytuty badawcze, agencje oceny i centra przetwarzania danych. W obecnie obowiązujących regulacjach brak jest odpowiednich przepisów dotyczących zakresu kompetencji i mocy wiążącej rezultatów takich badań, opinii i ekspertyz, a partie w swoich programach do problemu tego konkretnie się nie odnoszą. Oznacza to, że mimo wzmoczonego zainteresowania bardziej profilaktycznym podejściem do zdrowia – w aspekcie samych działań poszczególnych instytucji (zob. Tabele I i II) – partie polityczne w swoich programach nie dostrzegają jeszcze w szczególności systemowo-koordynacyjnego wymiaru profilaktyki i promocji zdrowia (jaki jest chociażby przedmiotem projektowanej ustawy o zdrowiu publicznym).

Obecnie zdolność przeglądu głównych polityk zdrowotnych i rozwoju jest mała i ściśle związana z brakiem instytucji koordynującej działania w sferze zdrowia publicznego, gdyż Ministerstwo Zdrowia nie realizuje takiej funkcji. W strukturze organizacyjnej ministerstwa nie występuje tego rodzaju jednostka, odpowiedzialna za przegląd polityk i strategii rozwoju oraz inwestycji. Powołana na mocy Zarządzenia Ministra Zdrowia⁴ Rada Naukowa ma kompetencje opiniodawcze jedynie w sferze naukowo-badawczej, nie ma natomiast kompetencji w przedmiotowym zakresie. W kontekście wskazanej luki legislacyjnej należy podkreślić, że istotna rola ustawy o zdrowiu publicznym, poza obszarami jej pożądanymi skutkami systemowymi, dotyczy zdecydowanej większości zagadnień wskazywanych w analizowanych programach partii politycznych jako cele polityki zdrowotnej. Można tu wskazać na przykład konieczność wprowadzenia na gruncie tej regulacji zasad tworzenia właściwych warunków społecznych pozwalających na pełną społeczną partycypację w opisanych wyżej procesach, zarówno w sensie udziału jednostki, jak i poszczególnych grup społecznych, profesjonalistów i ekspertów, stowarzyszeń pacjentów i innych zainteresowanych. Zagadnienie partycypacji społecznej, zwiększenia udziału społeczeństwa w procesie podejmowania decyzji istotnych dla ochrony

zdrowia jest wskazywane we wszystkich deklaracjach politycznych. W projektowanej zmianie prawa z jednej strony wprowadzenie przepisów pozwalających jednostce na wpływanie i kształtowanie własnego zdrowia oraz zawierających instrumenty motywujące do pożądanego zachowań, a z drugiej doprecyzowanie roli państwa w inicjowaniu przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia i w tworzeniu warunków ułatwiających zachowania prozdrowotne, szczególnie w stosunku do innych instytucji systemowych, odnoszą się do kwestii w mniejszym lub większym stopniu dostrzeganych w analizowanych programach.

Ustawa o zdrowiu publicznym, określana przez lidera głównej partii jako konstytucja zdrowia publicznego, powinna się także odnosić do obowiązku inicjowania działań w zakresie profilaktyki chorób oraz realizacji programów zdrowotnych, w tym ustalać obowiązki władz publicznych oraz innych podmiotów w zakresie wykonywania zadań dotyczących profilaktyki i edukacji oraz promocji zdrowia, co wydaje się stanowić istotny punkt odniesienia dla omawianych wyżej programów partii politycznych. Ponadto w świetle przepisów projektowanej ustawy edukacja zdrowotna, jako niezbędny element programów profilaktycznych i interwencyjnych mających na celu poprawę zdrowia społeczeństwa, powinna się stać stałym elementem procesów kształcenia na wszystkich poziomach – tu jednak w programach i deklaracjach brak jakiegokolwiek ustosunkowania się do problemu.

Stwierdzenie, że główne tezy, założenia programowe i cele partii politycznych w sferze zdrowia publicznego są zasadniczo zgodne z zakresem proponowanej zmiany legislacyjnej, wydaje się ogólnie uzasadnione. Może zatem dziwić brak woli politycznej i zdecydowanych działań w kierunku przyjęcia tej tak istotnej dla polityki zdrowotnej regulacji systemowej, szczególnie w kontekście wieloletniego już zaniechania legislacyjnego – Polska wyróżnia się pod tym względem zdecydowanie negatywnie na tle innych krajów europejskich. W programach głównych partii politycznych brak jest wyraźnego powiązania zagadnień polityki zdrowotnej z postulatami przyjęcia tej legislacji i propozycjami wpływu na kształt ustawy, a ministerialny projekt (trzeci z kolei w ciągu kilku ostatnich lat) nie stanowi przedmiotu szerokiej debaty publicznej, politycznej i eksperckiej. Sytuacja ta niestety zasługuje na wyraźną krytykę, szczególnie w kontekście bardzo ogólnej deklaracji partii rządzącej o konieczności wprowadzenia tej zmiany w systemie prawa w ochronie zdrowia, za którą nie idą jednak konkretne kroki legislacyjne, a pozostałe partie wydają się również nie doceniać wagi problemu.

Przypisy

¹ Obecny np. w modelu determinant zdrowotnych Dalghra i Whithead.

² Opracowano na podstawie materiałów TVN24 pochodzących z debaty kandydatów na prezydenta RP. Na stronach internetowych Ruchu Obywatelskiego na rzecz Jednomandatowych Okręgów Wyborczych niestety nie ma żadnych informacji dotyczących kompleksowego programu Ruchu i w konsekwencji

także jakichkolwiek odniesień do polityki społecznej czy zdrowotnej.

³ Właściwe rządzenie (*good governance*) dotyczy całego sektora administracji publicznej, odnosi się zarówno do pożądanego sposobu podejmowania decyzji i zarządzania, jak i do wysokiej jakości działań podejmowanych przez państwo. Założenia właściwego rządzenia wskazują na konieczność zagwarantowania przez rządy uczciwego traktowania wszystkich obywateli, stwarzania możliwości korzystania z rozbudowanego zakresu świadczeń. Instytucje rządowe powinny być podmiotami zaufania, które działają w celu ochrony interesów kraju i całego społeczeństwa.

⁴ Zarządzenie MZ z dnia 28 lipca 2006 r.

Piśmiennictwo

- Głowacka M.D., Zdanowska J., *Zdrowie Publiczne w Polsce*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2013.
- Włodarczyk C., *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010.
- Kowalska I., Mokrzycka A., *Międzynarodowe koncepcje podstawowych funkcji/świadczeń zdrowia publicznego ze szczególnym uwzględnieniem funkcji środowiskowych i ich wpływ na identyfikację priorytetów zdrowia publicznego w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2012; 1: 31–44.
- Tulchinsky T.H., Varavikova E.A., *The New public health*, Academic Press, New York 2000.
- Wysocki M.J., Miller M., *Nowe Zdrowie Publiczne w perspektywie ostatnich 30 lat*, w: Nosko J., *Zdrowie publiczne w zmieniającej się Europie i w Polsce*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2004: 142–152.
- Golinowska S., Włodarczyk C., Kowalska I., Mokrzycka A., Fyderek Ł., Sowa A. (red.), *Polityka zdrowotna wobec dostępności opieki zdrowotnej, wykluczenia oraz nierówności w zdrowiu*, Wydawnictwo IPiSS, Warszawa 2007.
- Abel-Smith B., Figueras J., Holland W., McKee M., Mosialos E., *Choices in Health Policy. An Agenda for the European Union*, Dartmouth Publishing Co Ltd, Dartmouth 1995.
- Banaś I., *Polityka zdrowia publicznego w Polsce w kontekście priorytetów zdrowotnych deklarowanych w dokumentach Euro WHO (2014) – maszynopis*.
- Włodarczyk C., *Proces reformowania systemów opieki zdrowotnej. Analiza doświadczeń*, Instytut Zdrowia Publicznego, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, <http://www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Cezary%20Wlodarczyk.pdf>, dostęp: 20.05. 2014.