

Anna Małodzińska
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

NARODOWY PROGRAM ZDROWIA WYRAZEM POLSKIEJ PUBLICZNEJ POLITYKI ZDROWIA

Abstract

National Health Programme expression of polish public health policy

This article is an introduction to the issues of public health policy. He begins by sketching the considerations of public policy, then introduces the concept of public health policy in Poland and abroad. It focuses primarily on the National Health Programme as a tool Polish public health policy.

Key words: public policy, public health policy, Polish National Health Programme

Streszczenie

Artykuł ten jest wprowadzeniem do problematyki publicznej polityki zdrowia. Autorka rozpoczyna rozważania od zarysu polityki publicznej, następnie przybliża ideę publicznej polityki zdrowia w Polsce, porównując ją z polityką zdrowia prowadzoną w innych krajach. Koncentruje się przede wszystkim na polskim Narodowym Programie Zdrowia jako swoistym zapisie publicznej polityki zdrowia.

Słowa kluczowe: polityka publiczna, publiczna polityka zdrowia, Narodowy Program Zdrowia

Wprowadzenie

Polska realizuje polityki publiczne celem osiągnięcia rozwoju, stabilności, konkurencyjności, spójności społecznej i wysokiej jakości życia obywateli. Formując polityki, państwo tworzy warunki do osiągnięcia celów ważnych dla obywatela i społeczeństwa [Zybała, 2012]. Nauka w zakresie polityki publicznej jest definiowana jako proces, w którym jednostki implementują nowe informacje i podejmują decyzje wpływające na politykę [Bennett, Howlett, 1992; Hall, 1993; Sabatier, 1999; Busenberg, 2002]. Polityki publiczne są areną działań zbiorowych, które podejmowane są w odpowiedzi na istotne problemy społeczeństwa. Działanie te mają się opierać na obiektywnej i aktualnej wiedzy [Zybała, 2012].

Celem niniejszego artykułu jest analiza Narodowego Programu Zdrowia, która wykaże, czy program ten ma stworzone warunki do realizacji wyznaczonych zadań. Wsparciem okazały się wyniki badań udostępnione przez Ministerstwo Zdrowia.

Projektowanie oraz wdrażanie polityki publicznej jest związane z uczestnictwem wielu aktorów tworzących swoje własne kręgi. Odnosząc się do polityki szczebla centralnego, można wyróżnić: wewnętrzny krąg władzy, krąg elit polityczno-rządowych, krąg elit społeczno-gospodarczych oraz krąg grup nacisku [Hausner, 2008]. Analizując określoną politykę publiczną, należy uwzględnić między innymi takie elementy, jak układ instytucjonalny, rozwiązania oraz narzędzia, plany wykonawcze, zasoby organizacyjne i finansowe, kadry, mechanizmy komunikacji społecznej oraz monitorowanie i ocenę [Zybała, 2012]. W przeciągu ostatnich 20 lat w całej Europie zyskała na znaczeniu ewaluacja polityki publicznej. Wiąże się to przede wszystkim z potrzebą zademonstrowania przez polityków, że rządy mądrze wydatkują powierzone im pieniądze. Ewaluacja w zarządzaniu sektorem publicznym w latach 80. i 90. ubiegłego wieku była trendem opierającym się na postrzeganiu obywatela jako klienta oraz promowaniu wyborów organizacyjnych w świadczeniu usług publicznych [Bachtler, 2008].

Bardzo cenny jest tutaj etyczny stosunek do podejmowanych działań – prowadzony jest stały monitoring realizacji kodeksów postępowania w sektorze publicznym. Przejrzyste zasady zgłaszania nieprawidłowości są szczególnie jego zaletą [Czaputowicz, 2012]. Etyka wyborów publicznych jest istotna z punktu widzenia organizacji, instytucji uczestniczących w programach publicznych, gdzie występują typowe dylematy. Problemy mogą dotyczyć grup, które chcą dokonać podziału niewystarczających dla wszystkich zasobów, tudzież rozwiązywania trudności grup mających sprzeczne interesy. Ich problemy są osadzone w rozstrzygnięciach normatywnych, etycznych [Considine, 2005]. Decyzje, które dotyczą kształtu polityk, zwyczajowo nie są moralnie neutralne. Ich rozstrzygnięcia stanowią bazę etyczną, która jest fundamentem działania. Konstytuując polityki publiczne, zawsze należy sobie uświadamiać wartości, na podstawie których się je buduje, to bowiem pozwala na uproszczenie ich formowania [Zybała, 2008].

Polski system opieki zdrowotnej opiera się na modelu ubezpieceniowym. Polityka zdrowia wyartykułowana jest między innymi za pomocą Narodowego Programu Zdrowia, który z kolei jest na bieżąco monitorowany, a pod koniec każdego roku udostępniane są raporty do publicznej wiadomości zainteresowanych stron. Narodowy Program Zdrowia podlega również ewaluacji, tak by można było udoskonalać i jak najlepiej realizować zawarte w nim zadania.

Publiczna polityka zdrowia

Zdrowie publiczne definiowane jest jako „nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia oraz promowania zdrowia poprzez organizację zbiorowych wysiłków społeczeństwa” [Zatoński, 2007]. Zdrowie jest podstawową

wartością w życiu ludzi, prawo do zdrowia przynależy do katalogu podstawowych praw człowieka. Osiągnięcie tego prawa w stopniu zapewniającym zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli ma priorytetowe znaczenie i musi być wspierane skuteczną polityką państwa [Szyborski, 2012]. Przejawia się to w tworzeniu sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych, zapobieganiu zakaźnym i niezakaźnym chorobom społecznym, w powszechnym i równym dostępie do opieki medycznej, co jest możliwe w wyniku kształtowania nawyków zdrowego stylu życia, na przykład w ramach edukacji szkolnej bądź realizacji programów promocji zdrowia w środowisku ludzi dorosłych [Miller, Opolski, 2009]. Wiąże się to z kosztami. Sposób finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce podlega wciąż reformom [Suchecka, 2011], które mają na celu zapewnienie sprawnego działania owego systemu, tak by spełniał swoją podstawową funkcję, to znaczy zabezpieczał potrzeby zdrowotne mieszkańców [Leowski, 2006]. Można obserwować w tej sferze ekspansję podmiotów prywatnych, które zajmują się zarówno świadczeniem usług medycznych, jak i oferowaniem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych [Bartochowski i in., 2011]. Kwestia polityki zdrowia nie może stać się przedmiotem gier politycznych [Ziółkowska, 2008].

Nowe Zdrowie Publiczne wymaga zorganizowanych programów rządu centralnego, samorządów regionalnych oraz lokalnych. Celem tych programów powinno być kreowanie sprzyjających zdrowiu warunków społecznych, środowiskowych oraz tych związanych z żywieniem i żywnością [Tulchinsky, Varavikova, 2000; Baillie i in., 2008; Hughes, Margetts, 2011]. Jest to naturalny wynik zwrócenia uwagi na czynniki, które istotnie oddziałują na skuteczność wdrażanych projektów. Dążenie do wywierania wpływu na polepszenie stanu zdrowia obywateli jest celem wszystkich społeczeństw. Rządy biorą udział w tych dążeniach przede wszystkim przez tworzenie polityk publicznych, które mogą bezpośrednio wpływać na zdrowie społeczeństw [Princen, 2007; Beaufort, 2012]. Odnosząc się do zdrowia publicznego, niektóre państwa mogą mieć całkiem spójne modele, takie, które wynikają z konstytucji, a dotyczą na przykład ochrony niektórych grup, w szczególności dzieci [Macinko, Silver, 2012].

Polityka zdrowotna (kształtująca poziom i jakość zdrowia społeczeństwa, rozumiana jako troska o zaspokojenie potrzeb zdrowotnych ludności) oraz polityka ludnościowa (określana jako celowe, długofalowe działania ogółu społeczności, mające wpływ na przebieg procesów demograficznych, dzięki którym można osiągnąć pożądany stan i strukturę mieszkańców kraju) mają wspólne cele i wspólne podmioty, które je realizują [Szyborski, 2009]. Można przyjąć, że polityka zdrowotna przyczynia się do realizacji celów polityki ludnościowej Polski [Szyborski, 2012].

Unia Europejska w dziedzinie polityki zdrowotnej posługuje się wieloma narzędziami legislacyjnymi, takimi jak rozporządzenia czy dyrektywy. Wykorzystuje również narzędzia pozaprawne, czyli programy ochrony zdrowia, kampanie informacyjne, konsultacje społeczne. Dyrektywa jako narzędzie polityki zdrowotnej UE ma zagwarantować ułatwienie w uzyskiwaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez mieszkańców Unii Europejskiej bez względu na miej-

sce ich przebywania. W traktacie o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE) państwa członkowskie określiły „wspólne problemy bezpieczeństwa w zakresie zdrowia publicznego”. Unia Europejska ma za zadanie zachęcać państwa członkowskie do współpracy w dziedzinie zdrowia oraz wspierać te działania [Bartochowski i in., 2011]. Przykładem na to może być publiczna polityka żywnościowa, która traktowana jest jako odrębny obszar nauki i jest przedmiotem akademickiego i zawodowego dyskursu w Europie od ponad 10 lat [Gonzalez-Zapata i in., 2008; Jonsdottir i in., 2012]. Konsultacje z zainteresowanymi stronami, rozwój pracowników we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej, audyty europejskie, plany polityki dotyczącej żywienia – wszystkie te działania wykazały, że dyskurs akademicki w kwestiach żywieniowych, dotyczący zdrowia publicznego, nie przeniknął do świadomości pracodawców i praktyków tejże polityki [Margetts, 2009].

Narodowy Program Zdrowia 2007–2015

Polityki publiczne realizowane są za pomocą wielu osobliwych narzędzi, takich jak: regulacje prawne, samoregulacje grup obywateli i biznesu, współpraca, debatowanie, argumentowanie, badanie, kształtowanie pozytywnych bodźców do przyjmowania oczekiwanych postaw, wskaźniki obiektywności działań, ewaluacja, ekspertyzy czy instytucje – urzędy publiczne, sieci współpracy organizacji społecznych [Peters, 2004; Zybala, 2012]. Zdrowie publiczne jest uwarunkowane społecznymi determinantami. Środkami perswazji można na przykład oddziaływać na obywateli, tak by zmienili bieżący styl życia, który pogarsza ich kondycję zdrowotną [Zybala, 2013].

Obecne założenia polityki zdrowotnej zostały sformułowane w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015, który stanowi zapis spójnej polityki zdrowotnej realizowanej przez organy państwa. Program został przyjęty uchwałą Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 roku (uchwała 90/2007). Pierwszy program, będący odpowiedzią na przygotowaną przez World Health Organization strategię *Zdrowie dla wszystkich w roku 2000*, był opracowany w latach 90. minionego wieku. Program ten był próbą zjednoczenia wysiłków różnych podmiotów w celu ochrony, utrzymania i poprawy zdrowia polskiego społeczeństwa [Golinowska, 2012]. Realizowany obecnie program składa się z 8 celów strategicznych oraz 15 celów operacyjnych, które zostały zidentyfikowane na podstawie potrzeb zdrowotnych populacji. Głównym założeniem programu jest poprawa zdrowia i jakości życia oraz zmniejszenie różnic w stanie zdrowia społeczeństwa. Wyznaczone cele mają być realizowane między innymi przez działania samorządów terytorialnych i organizacji pozarządowych, które będą mogły wybierać z programu najbardziej istotne dla siebie zadania i tworzyć w ten sposób własne programy. Narodowy Program Zdrowia oprócz wielu innych celów zakłada osiągnięcie pełnego dostępu pacjentów do podstawowej opieki zdrowotnej (między innymi przyjęcia niezwłocznie w dniu zgłoszenia). Szczegółowe cele są przedstawione w tabeli 1.

Strategiczne i operacyjne cele Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015

Cele strategiczne	Cele operacyjne
<ol style="list-style-type: none"> 1. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu 2. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych 3. Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków 4. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne 5. Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego 6. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego 7. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom 8. Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji 	<p>Cele dotyczące czynników ryzyka i działania w zakresie promocji zdrowia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu 2. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem 3. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości 4. Zwiększenie aktywności fizycznej ludności 5. Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych 6. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju <p>II. Cele operacyjne dotyczące wybranych populacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem 8. Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychosocjalnego oraz zapobieganie najczęstszemu problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży 9. Stworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych

Źródło: opracowanie na podstawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015, przyjętego uchwałą Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.

Powodzenie tego programu przypisuje się w pewnym stopniu zaangażowaniu mediów, zwłaszcza publicznych, które popularyzują Narodowy Program Zdrowia, ale też monitorują wyniki wprowadzania go w życie. Przekazywanie środków na realizację poszczególnych celów operacyjnych jest zależne od potrzeb i możliwości wykonawców. Trzy z podstawowych celów strategicznych są finansowane w szczególny sposób. Należą do nich: Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD, Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych oraz Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Ewentualne, ograniczone środki są przeznaczone na organizację systemu monitorowania Narodowego Programu Zdrowia, w ostateczności na nagrody dla samorządów i organizacji, które wyróżniają się w rankingach lub konkursach [Narodowy Program Zdrowia, 2007].

Narodowy Program Zdrowia jest monitorowany systematycznie. Każdego roku jest publikowany raport określający postęp w realizacji założonych celów. Monitorowaniu poddawane są zarówno oczekiwane efekty zdrowotne, jak i realizacja Narodowego Programu Zdrowia. Postępy w wykonaniu zadań są nadzorowane w zgodzie z *Programem monitorowania oczekiwanych efektów i korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji Narodowego Programu Zdrowia*, który został zatwierdzony przez kierownictwo MZ w 1998 roku. Program ten opisuje metodykę kontroli i określa odpowiednie wskaźniki zdrowotne. Ministerstwo Zdrowia powołało koordynatorów monitoringu. Wystandaryzowana procedura gromadzenia danych na odpowiednio przygotowanych formularzach ułatwia pracę podczas ewaluowania realizacji poszczególnych celów Narodowego Programu Zdrowia [2007].

Centrum Badania Opinii Społecznej w grudniu 2010 roku zaprezentowało wyniki badań dotyczące wykonania zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia w wybranych gminach [Ministerstwo Zdrowia, 2013]. Okazało się, że badane gminy przeznaczyły na cele ochrony i promocji zdrowia większe niż w ubiegłym roku środki z budżetu. Ustawa o samorządzie gminnym [2001] kieruje uwagę na fakt, że ochrona zdrowia jest zadaniem własnym gminy, reguluje i nakłada na samorząd funkcje organizacyjne. Zadania gminy związane są w szczególności z zabezpieczeniem ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń podstawowych, ale także z realizowaniem celów specjalnych, do jakich należą na przykład tworzenie zakładów opieki zdrowotnej czy promocja zdrowia.

Gmina jest zobowiązana do realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia [Lorek, Ostaszewski, 2008]. Aby porównać wykonanie gminnych zadań z dziedziny ochrony i promocji zdrowia, przedsięwzięcia realizowane w 2010 roku zestawiono z działaniami w tym zakresie dokonanymi w roku 2009. Otrzymane wyniki oceniono pozytywnie. Na ich podstawie wysnuto wnioski. W porównaniu z poprzedzającym rokiem przeprowadzono:

- więcej inicjatyw zewnętrznych, w których uczestniczyła gmina (inicjatywy te nie wymagały partycypacji finansowej gminy),
- więcej akcji promocyjnych,
- większą liczbę badań profilaktycznych,

- kontynuowano te projekty długookresowe, które przynosiły pozytywne rezultaty,
- stwierdzono większą aktywność mieszkańców w imprezach związanych z promocją ochrony zdrowia [Ministerstwo Zdrowia, 2013].

Centrum Badań Opinii Społecznej zaproponowało rozwiązania mające na celu zwiększenie aktywności gmin w realizacji zadań w zakresie ochrony i promocji zdrowia:

- wskazanie zadań możliwych do realizacji w danej gminie (niewymagających nakładów finansowych),
- wsparcie w pozyskiwaniu zewnętrznych źródeł finansowania zadań (rekomendowanie możliwych źródeł, pomoc w opracowywaniu wniosków o dofinansowanie),
- wskazanie podmiotów, z którymi możliwa byłaby współpraca w tym zakresie,
- organizowanie szkoleń z dziedziny ochrony i promocji zdrowia w gminach na zróżnicowanych poziomach – od podstawowego aż do możliwości dokształcania w wybranych tematach,
- wsparcie informacyjne – dostarczanie do gmin dotyczących ich medycznych danych statystycznych,
- powołanie funduszy celowych na realizację zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia (zdrowie nie ma w gminach statusu priorytetu – zawsze znajdują się cele, które zostaną uznane za pilniejsze do realizacji) [Ministerstwo Zdrowia, 2013].

Powodzenie Narodowego Programu Zdrowia uzależnione jest od aktywnego włączenia się w jego realizację administracji rządowej, samorządowej, organizacji rządowych i pozarządowych oraz obywateli. Przykładem stosunkowo dobrze prosperującego systemu opieki zdrowotnej jest model stworzony w Wielkiej Brytanii, finansowany bezpośrednio z centralnego budżetu państwa – środki trafiające do National Health Service (NHS) stanowią część struktury stałych wydatków państwa. Niemniej jednak, podobnie jak w polskim systemie opieki zdrowotnej, nie można nie zwrócić uwagi na wysokie koszty administracyjne systemu, a także na problemy z dostępem do części usług, z kolejkami oraz długim oczekiwaniem na wizyty u specjalistów. Pomimo tego National Health Service jest jednym z wydajniejszych ekonomicznie systemów zdrowotnych w Unii Europejskiej [Bartochowski i in., 2011]. Swego rodzaju podobieństwo do polskiego Narodowego Programu Zdrowia można też odnaleźć w politykach zdrowotnych Stanów Zjednoczonych i Kanady, gdzie znaczna część opracowania i wdrażania polityki zdrowia odbywa się na szczeblu lokalnym i regionalnym [Fox i in., 2008]. Odpowiedzialność za rozwój polityki publicznej zdrowia często wykracza poza publiczny sektor [Kuźnik, 2012; Rütten i in., 2013]. Pracownicy służby zdrowia współpracują z organizacjami, które pomagają stworzyć środowiska nauki i prowokują do odkrywania nowych rozwiązań, by sprzyjać polityce zdrowia [Macinko, Silver, 2012]. Podobnie izraelska opinia publiczna uważa za priorytet inwestycję w edukację, wierząc, że rozwój edukacji publicznej może

doprowadzić do osiągnięcia rozwoju między innymi w takich dziedzinach jak bezpieczeństwo i zdrowie [Cohen, Mizrahi, Yuval i in., 2011]. W zakresie rocznych wydatków na opiekę zdrowotną, w porównaniu z krajami OECD, Polska, osiągając 7,4% PKB, znalazła się w grupie państw o niskiej wartości tego współczynnika. Średnia dla OECD to 9,5%, pionierem europejskim jest Holandia z 12%. Poza Europą należy natomiast odnotować wysokie wydatki na ochronę zdrowia w USA (sięgają one 17,4% PKB). Zgodnie z prognozą demograficzną do 2050 roku w Polsce nastąpi zmniejszenie liczby ludności do około 32 milionów. Spowoduje to drastyczną zmianę proporcji między osobami znajdującymi się w wieku produkcyjnym a osobami w wieku 64 lat. Wzrost wydatków na osoby w wieku 65–74 lat do 2050 roku będzie w przybliżeniu dziesięciokrotny. Koszty leczenia osób w wieku 64 lat będą w 2050 roku wynosić ponad 50% wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną [Bartochowski i in., 2011].

Zakończenie

Narodowy Program Zdrowia ma jasno sprecyzowane cele i stworzone warunki do jego realizacji przez podmioty administracyjne. Program ten szczególnie akcentuje profilaktykę zdrowotną, z czym wiążą się dodatkowe projekty dotyczące promocji zdrowia. Istotne są tutaj środki przeznaczane na ochronę zdrowia, niestety proporcjonalnie niezbyt duże. Wobec wszystkich zadań realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego w Polsce wydatki na ochronę zdrowia mają istotnie znaczenie marginalne.

Literatura

- Bachtler J. (2008), *Ewaluacja regionalnej polityki w Europie. Kultura, zaangażowanie i potencjał* [w:] K. Olejniczak, M. Kozak, B. Ledzion (red.), *Teoria i praktyka ewaluacji interwencji publicznych. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Akademia Leona Koźmińskiego, Warszawa.
- Baillie E., Bjarnholt C., Gruber M., Hughes R. (2008), *A Capacity-Building Conceptual Framework for Public Health Nutrition Practice*, Public Health Nutrition, http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN12_08%2FS1368980008003078a.pdf&code=df7eae28cb73bf565367dab8427fc72d (dostęp: 23.09.2013).
- Bartochowski R., Byszek K., Chętko M., Kruk Ł., Leszczyński M., Pikus P., Popczyk P. (2011), *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne – narzędzia wprowadzania mechanizmów rynkowych w polskiej opiece zdrowotnej* [w:] M. Sakowicz (red.), *Analiza skuteczności narzędzi wybranych polityk publicznych*, Wydawnictwo Kontrast, Warszawa.
- Bartochowski R., Byszek K., Chętko M., Kruk Ł., Leszczyński M., Pikus P., Popczyk P. (2011), *Dyrektywa w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej jako narzędzie polityki zdrowotnej UE* [w:] M. Sakowicz (red.), *Analiza skuteczności narzędzi wybranych polityk publicznych*, Wydawnictwo Kontrast, Warszawa.

- Bartołchowski R., Byszek K., Chętko M., Kruk Ł., Leszczyński M., Pikus P., Popczyk P. (2011), *Redefinicja narzędzi polityk publicznych w założeniach reformy brytyjskiego systemu opieki zdrowotnej* [w:] M. Sakowicz (red.), *Analiza skuteczności narzędzi wybranych polityk publicznych*, Wydawnictwo Kontrast, Warszawa.
- Beaufort B. (2012), *Management Challenges at the Intersection of Public Policy Environments and Strategic Decision Making in Public Hospitals*, „Journal of Health and Human Services Administration”, Vol. 35, No. 2, Pittsburgh.
- Bennett C., Howlett M. (1992), *The Lessons of Learning: Reconciling Theories of Policy Learning and Policy Change*, Policy Sciences, Kluwer Academic Publishers, Netherlands.
- Busenberg G. (2002), *Learning in Organizations and Public Policy*, „Journal of Public Policy”, No. 2, Cambridge University Press, The United Kingdom, <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=94355> (dostęp: 23.09.2013).
- Cohen N., Mizrahi S., Yuval F. (2011), *Public Attitudes Towards the Welfare State and Public Policy the Israeli Experience*, „Israel Affairs”, Vol. 17, No. 4, Israel.
- Considine M. (2005), *Making Public Policy*, Polity Press, London.
- Czaputowicz J. (2012), *Etyka w służbie publicznej*, Wydawnictwo Kontrast, Warszawa.
- Dyson L., Renfrew M.J., McFadden A., McCormick F., Herbert G., Thomas J. (2009), *Policy and Public Health Recommendations to Promote the Initiation and Duration of Breast-Feeding in Developed Country Settings*, „Public Health Nutrition”, No. 2, http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN13_01%2FS136898000999067Xa.pdf&code=0ad35de3c18ce81250aadfcbedad50cd (dostęp: 23.09.2013).
- Fox A., Chenhall C., Traynor M., Scythes C., Bellman J. (2008), *Public Health Nutrition Practice in Canada: A Situational Assessment*, „Public Health Nutrition”, No. 2, Canada, http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN11_08%2FS1368980007001516a.pdf&code=ccd71749c9839e242cf84720c13bb8d5 (dostęp: 23.09.2013).
- Golinowska S. (2012), *Zarys systemu ochrony zdrowia*, WHO Regional Office for Europe, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa.
- Gonzalez-Zapata I., Alvarez-Dardet C., Ortiz-Moncada R., Clemente V., Millstone E., Holdsworth M., Sarri K., Tarlao G., Horvath Z., Lobstein T., Savva S. (2008), *Policy Options for Obesity in Europe: A Comparison of Public Health Specialists with Other Stakeholders*, „Public Health Nutrition” 12(7), http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN12_07%2FS136898000800308Xa.pdf&code=1ca54bdf3a69153a0244640216120c97 (dostęp: 23.09.2013).
- Hall P. (1993), *Policy Paradigms, Social Learning, and The State: The Case of Economic Policymaking in Britain*, „Comparative Politics”, Vol. 25, No. 3, New York.
- Hausner J. (2008), *Zarządzanie publiczne*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Kraków.
- Hughes R., Margetts B. (2011), *The public health nutrition intervention management bi-cycle: A Model for Training and Practice Improvement*, „Public Health Nutrition”, No. 2, http://www98.griffith.edu.au/dspace/bitstream/handle/10072/44266/77636_1.pdf?sequence=1 (dostęp: 23.09.2013).
- Jonsdottir S., Thorsdottir I., Kugelberg S., Yngve A., Kennedy N., Hughes R. (2012), *Core Functions for the Public Health Nutrition Workforce in Europe: A Consensus Study*, „Public Health Nutrition”, http://www.researchgate.net/publication/230755506_Core_functions_for_the_public_health_nutrition_workforce_in_Europe_a_consensus_study (dostęp: 23.09.2013).
- Kuźnik F. (2012), *Polityka rozwoju i zarządzanie usługami publicznymi w strukturach samorządowych*, Komitet Przestrzennego Zagospodarowania Kraju PAN, Warszawa.
- Leowski J. (2006), *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, CeDeWu, Warszawa.

- Lorek G., Ostaszewski K. (2008), *Samorząd terytorialny jako podmiot polityki administracyjnej w zakresie ochrony zdrowia* [w:] J. Łukasiewicz (red.), *Polityka administracyjna*, IV Międzynarodowa Konferencja Naukowa, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa, Rzeszów.
- Macinko J., Silver D. (2012), *Improving State Health Policy Assessment: An Agenda for Measurement and Analysis*, „American Journal of Public Health”, Vol. 102, No. 91.
- Margetts B. (2009), *Promoting the Public Health Nutrition Workforce in Europe: Final Report of the Jobnut Project*, University of Southampton, Southampton.
- Miller M., Opolski J. (2009), *Zdrowie publiczne w Polsce a polityka zdrowotna w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia*, „Postępy Nauk Medycznych”, nr 4/2009, Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Szkoła Zdrowia Publicznego, Warszawa.
- Ministerstwo Zdrowia (2013), *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=437&mx=0&ma=243> (dostęp: 20.09.2013).
- Narodowy Program Zdrowia (2007), Załącznik do Uchwały Nr 90/2007. Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015.
- Peters B. (2004), *American Public Policy. Promise and Performance*, CQ Press, Washington.
- Princen S. (2007), *Advocacy Coalitions and the Internationalization of Public Health Policies*, „Journal of Public Policy”, No. 2, Cambridge University Press, The United Kingdom, <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=649248> (dostęp: 23.09.2013).
- Rütten A., Abu-Omar K., Gelius P., Schow D. (2013), *Physical Inactivity as a Policy Problem: Applying a Concept from Policy Analysis to a Public Health Issue*, „Health Research Policy and Systems”, <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1478-4505-11-9.pdf> (dostęp: 16.06.2013).
- Sabatier P. (1999), *Theories of the Policy Process*, Westview Press, Boulder.
- Sucecka J. (2011), *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo ABC, Warszawa.
- Szymborski J. (2009), *Problematyka zdrowia publicznego w działalności Rządowej Rady Ludnościowej ze szczególnym uwzględnieniem lat 2000–2009*, Biuletyn nr 54, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- Szymborski J. (2012), *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, Wydawnictwo Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- Tulchinsky T., Varavikova E. (2000), *The New Public Health*, Academic Press, New York.
- Ustawa z 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym* (2001), Dz.U. 2001 Nr 142, poz. 1591.
- Zatoński W. (2007), *The East-West Health Gap in Europe – What are the Causes?*, „European Journal of Public Health”, Vol. 17, No. 121.
- Ziółkowska A. (2008), *Polityka administracyjna w zakresie ochrony zdrowia (wybrane zagadnienia)* [w:] J. Łukasiewicz (red.), *Polityka administracyjna*, IV Międzynarodowa Konferencja Naukowa, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa, Rzeszów.
- Zybała A. (2008), *Rzeczpospolita partnerska. Czy w Polsce można zarządzać programami i politykami publicznymi w sposób partnerski*, Centrum Partnerstwa Społecznego Dialog, Warszawa.
- Zybała A. (2012), *Polityki publiczne*, Wydawnictwo Krajowej Szkoły Administracji Publicznej, Warszawa.
- Zybała A. (2013), *Państwo i społeczeństwo w działaniu. Polityki publiczne wobec potrzeb modernizacji państwa i społeczeństwa*, Difin, Warszawa.