

Małgorzata GLIN

Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie

Współczesne zagrożenia bezpieczeństwa ochrony zdrowia w Polsce

Streszczenie

W opracowaniu dokonano analizy zagrożeń bezpieczeństwa ochrony zdrowia w Polsce, w wymiarze prawnym, politycznym oraz gospodarczym. Ochrona życia i zdrowia obywateli, oraz przeciwdziałanie jego zagrożeniom, jest poważnym wyzwaniem ciężącym na władzach publicznych. Zapewnienie powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych, podniesienie jakości i efektywności usług medycznych pozwoli na zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Stopniowy ubytek ludności, starzejące się społeczeństwo, obciążenie populacji problemami zdrowotnymi, a przede wszystkim niewystarczające środki finansowe na ochronę zdrowia, są przesłankami do wprowadzenia istotnych zmian i udoskonalenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo, zagrożenia, ochrona zdrowia

Życie i zdrowie człowieka są zagrożone, kiedy obraduje parlament.

Mark Twain

Wstęp

Ochrona zdrowia obywateli jest jednym z najistotniejszych elementów bezpieczeństwa narodowego¹. Brak tego typu opieki powoduje uczucie zagrożenia

¹ *Bezpieczeństwo zdrowotne*, Biuro Bezpieczeństwa Narodowego, Warszawa 2010, <https://www.bbn.gov.pl/pl/wydarzenia/bezpieczenstwo-zdrowot/2046,BBNaocbronazdrowia.html> [dostęp: 28.08.2016].

w społeczeństwie². Niezbędne staje się więc zwrócenie uwagi społeczeństwa, polityków i decydentów na konieczność docenienia i wspierania rozwoju polityki zdrowia publicznego³ – poznania nauki i sztuki promowania zdrowia oraz organizowania działań medycznych i społecznych zapewniających wczesną diagnozę, poprawy leczenia, rehabilitacji i opieki socjalnej z dążeniem do jak najszerzego zaangażowania polityków, decydentów, środowisk naukowych, organizacji pozarządowych i społeczeństwa⁴.

Problemy zdrowia publicznego w Polsce

Na państwie spoczywa obowiązek udzielania niezbędnej pomocy obywatelom w zakresie ochrony zdrowia. Podejmuje ono więc wielosektorowe działania, mające na celu polepszenie zdrowia całej społeczności. Jego rolą jest m.in. kształtowanie pożądaných postaw prozdrowotnych służących ochronie zdrowia, zapobieganiu chorobom i przedłużaniu życia⁵.

Takie schorzenia, jak choroby układu krążenia czy choroby nowotworowe, są traktowane jako problemy zdrowia publicznego ze względu na ich masowy charakter. Choroby lokujące się na pierwszych miejscach przyczyn zgonów nie mogą być lekceważone, szczególnie jeśli istnieją możliwości zmiany stylu życia, dzięki czemu częstotliwość ich występowania może być zmniejszona. Także wczesne podejmowanie leczenia, możliwe dzięki przesiewowym badaniom, staje się dla zdrowia publicznego ważnym i obiecującym terenem aktywności. Z drugiej strony częste uwzględnianie cukrzycy na listach problemów zdrowia publicznego jest zapewne skutkiem dostrzegania jej wieloaspektowego warunkowania i możliwości interwencji realizowanej przez kojarzenie działań medycznych i angażowanie pacjentów do współpracy⁶. Jak wskazują badania i podkreślają lekarze, wielu chorobom przewlekłym można zapobiec poprzez ograniczenie palenia tytoniu, spożywania alkoholu, stosowanie odpowiedniej diety i zwiększenie aktywności fizycznej. Jednak same te czynniki potęgowane są także poprzez uwarunkowania środowiskowe i społeczno-ekonomiczne⁷.

² P. Bromber, J. Hady, H. Lachowska, M. Leśniowska-Gontarz, D. Szaban, B. Ślusarczyk, J. Zdanowska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2015, s. 46.

³ J.B. Karski, *Polityka zdrowotna samorządu terytorialnego a członkostwo Polski w Unii Europejskiej*, Warszawa 2005, s. 7.

⁴ Ibidem, s. 11.

⁵ M.D. Głowacka, J. Zdanowska, *Zdrowie publiczne w Polsce*, Warszawa 2013, s. 11.

⁶ W.C. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne w perspektywie międzynarodowej*, Kraków 2007, s. 270.

⁷ C. Marmura, *Aktywność ludzi w podeszłym wieku*, [w:] *Zagrożenia zdrowia publicznego – wybrane zagadnienia*, red. A. Denys, Warszawa 2014, s. 297.

Poważny problem społeczny stanowią również zaburzenia psychiczne. Problem ten narasta szczególnie w okresie ostatnich lat, a związany jest ze wzrostem dynamiki niekorzystnych zjawisk społecznych. Frustracja, stres związany ze zmianami społeczno-gospodarczymi, bezrobociem, napięciami w środowisku pracy, przemocą w szkołach, rosnącym spożyciem alkoholu, narkomanią, lekomanią – wszystko to powoduje wzrost zagrożeń zdrowia psychicznego⁸.

Odczuwaną przez człowieka potrzebę analizy stanu zdrowia i częstotliwość wykonywanych badań wyznaczają: dostępność, świadomość, odpowiedzialność, obowiązujące standardy (społeczne, prawne), odczuwane niepokojące zmiany w funkcjonowaniu organizmu, czynniki ekonomiczne i logistyczne⁹.

Starzenie się społeczeństwa zdecydowanie zwiększa zapotrzebowanie na opiekę długoterminową, świadczenia rehabilitacyjne oraz opiekuńcze. Jest to bez wątpienia wyzwanie na najbliższe dziesięciolecie dla świadczeń ochrony zdrowia, opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, polegające na dostosowaniu tych obszarów do nowych warunków¹⁰.

Pierwszym dokumentem w skali europejskiej, który w sposób precyzyjny opisuje stan krajowego systemu ochrony zdrowia, jest *Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne*. Jednocześnie pokazuje jego mocne i słabsze strony, a także wyzwania i szanse przed nim stojące. Jest to dokument, który przedstawia długofalową wizję rozwoju systemu ochrony zdrowia, a także cele strategiczne oraz narzędzia ich realizacji w sposób kompleksowy – opierając się na wiedzy i doświadczeniu z zakresu epidemiologii, demografii, analizy zasobów oraz prognozowania potrzeb. W poprzedniej perspektywie finansowej obszar zdrowia został zasilony środkami europejskimi w kwocie 4,5 mld zł. W chwili obecnej – w perspektywie 2014–2020 – kwota ta jest prawie trzykrotnie wyższa i wynosi blisko 12 mld zł. Jest to szansa, jakiej dotychczas nie było, i którą należy jak najlepiej wykorzystać¹¹. *Policy Paper* ma charakter dokumentu wdrożeniowego wobec krajowych projektów strategicznych. Składa się z trzech części. Pierwszy segment stanowi diagnoza sytuacji zdrowotnej w Polsce, obejmująca analizę demograficzną i epidemiologiczną, a także opis organizacji systemu zdrowotnego, w tym zasobów infrastrukturalnych oraz kadrowych w ujęciu krajowym oraz regionalnym. Druga część – strategiczno-implementacyjna

⁸ Z. Tokarski, *Zaburzenia psychiczne, [w:] Zagrożenia zdrowia publicznego – wybrane zagadnienia*, red. A. Denys, Warszawa 2014, s. 133.

⁹ M.D. Głowacka, J. Zdanowska, *Zdrowie publiczne w Polsce*, Warszawa 2013, s. 15–16.

¹⁰ C. Marmura, op. cit., s. 303–304.

¹¹ *Krajowe ramy strategiczne – Policy paper*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015, <http://www.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycje/fundusze-europejskie-dla-sektora-ochrony-zdrowia/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper/> [dostęp: 22.08.2016].

– uwzględnia cele długoterminowe i kierunki interwencji zawarte w dokumentach strategicznych nowego systemu zarządzania rozwojem Polski. Cele operacyjne i narzędzia implementacji zostały wypracowane m.in. w oparciu o propozycje składane w ramach zespołu powołanego *Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2011 roku w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania dokumentów programowych dla nowej perspektywy finansowej funduszy strukturalnych na lata 2014–2020 w obszarze zdrowia*. W trzeciej części dokumentu przedstawiono ramy realizacyjne projektowanych działań: system koordynacji, monitorowania i ewaluacji wsparcia sektora zdrowia ze środków UE na poziomie centralnym oraz regionalnym, wraz z mechanizmami proefektywnościowymi, wskaźnikami kontekstowymi wynikającymi z dokumentów strategicznych i wskaźnikami dla celów operacyjnych oraz ramami finansowymi¹².

Podstawowym dokumentem polityki zdrowia publicznego ustanowionym w drodze rozporządzenia Rady Ministrów na lata 2016–2020 jest Narodowy Program Zdrowia. NPZ wyznacza cele strategiczne i operacyjne oraz najważniejsze zadania do realizacji na rzecz poprawy zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa. Narodowy Program Zdrowia (NPZ) sporządza się na co najmniej 5 lat.

Cel strategiczny NPZ to wydłużenie życia Polaków w zdrowiu, poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. Cel strategiczny można osiągnąć dzięki realizacji celów operacyjnych. W NPZ są one ukierunkowane na zmniejszenie narażenia społeczeństwa na największe zagrożenia dla zdrowia. NPZ łączy różne programy profilaktyczne realizowane dotychczas na podstawie przepisów kilku ustaw o różnych terminach realizacji oraz różnych źródłach i poziomach finansowania (m.in. z zakresu przeciwdziałania narkomanii lub alkoholizmowi).

Założenia operacyjne określone w Narodowym Programie Zdrowia (NPZ) mają pomóc w osiągnięciu celu nadrzędnego, jakim jest poprawa zdrowia i wydłużenie życia Polaków. W katalogu zadań niezbędnych do realizacji tych planów znajdują się działania na rzecz poprawy stanu zdrowia i jakości życia zarówno całego społeczeństwa, jak i szczególnie zagrożonych grup¹³.

¹² *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe Strategiczne Ramy*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2014, http://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-34-2133-Policy_paper_dla_ochrony_zdrowia_na_lata_2014_2020_Krajowe_Strategiczne_Ramy.html [dostęp: 25.08.2016].

¹³ *Narodowy Program Zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015, <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2016-2020/komitet-sterujacy-npz/> [dostęp: 25.08.2016].

Bezpieczeństwo ochrony zdrowia w wymiarze prawnym

Zdrowie jest uznawane za jedną z podstawowych potrzeb i wartości, a w czasach współczesnych włączane jest nawet do katalogu praw człowieka. Działania na rzecz ochrony i poprawy stanu zdrowotności społeczeństw podejmuje wiele instytucji międzynarodowych. Jak dowodzi praktyka, jest to jednak wciąż sfera realizacji¹⁴. Prawo do ochrony zdrowia najczęściej zaliczane jest do praw tzw. drugiej generacji, pozostaje jednak w ścisłym związku z prawami fundamentalnymi pierwszej generacji (prawami osobistymi), a mianowicie – prawem do ochrony życia, wolnością od nieludzkiego bądź poniżającego traktowania lub karania, prawem do prywatności, a także wolnością sumienia i wyznania czy prawem do informacji¹⁵.

System ochrony zdrowia nie funkcjonuje w próżni politycznej, gospodarczej czy instytucjonalnej. O jego strukturze i funkcjonowaniu decydują akty prawne różnej rangi, poczynając od konstytucji, przez ratyfikowane umowy międzynarodowe oraz rozporządzenia, dyrektywy i decyzje UE, a także ustawy i rozporządzenia z mocą ustaw, rozporządzenia, po akty prawa miejscowego, do których zaliczane są zarządzenia wydawane np. przez Prezesa NFZ. W Polsce mamy do czynienia z syndromem „miękkiego państwa”, co negatywnie przekłada się także na sektor ochrony zdrowia¹⁶. System ochrony zdrowia musi być określony regulacją prawną opartą na świadomie wybranych zasadach i uwzględniającą różne interesy¹⁷.

Polskie przepisy prawa zapewniają osobom uprawnionym świadczenia zdrowotne mające na celu zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie zaburzeń, leczenie, pielęgnację oraz ograniczanie niepełnosprawności. Realizacja tego obowiązku odbywa się poprzez określenie przez ustawodawcę świadczeń gwarantowanych¹⁸, finansowanych ze środków publicznych na rzecz pacjentów pobierających świadczenia z powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

Prawo do ochrony zdrowia oraz równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej gwarantuje każdemu człowiekowi *Konstytucja RP*. Artykuł 68 mówi,

¹⁴ I. Popiuk-Rysińska, *Instytucjonalizacja współpracy międzynarodowej na rzecz ochrony zdrowia*, [w:] *Ochrona zdrowia w stosunkach międzynarodowych*, red. W. Lizak, A.M. Solorz, Warszawa 2013, s. 9.

¹⁵ T. Jasudowicz, *Prawo do zdrowia*, [w:] *Prawa człowieka i ich ochrona*, red. B. Gronowska, T. Jasudowicz, M. Balcerzak, M. Lubiszewski, R. Mizerski, Toruń 2010, s. 491.

¹⁶ E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2011, s. 19.

¹⁷ *Ibidem*, s. 178.

¹⁸ P. Bromber, J. Hady, H. Lachowska, M. Leśniowska-Gontarz, D. Szaban, B. Ślusarczyk, J. Zdanowska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2015, s. 34.

że każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia, niezależnie od sytuacji materialnej, gdyż władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Zgodnie z ust. 3 władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i w podeszłym wieku. Natomiast ust. 4 wskazuje, że to władze publiczne są zobowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska¹⁹. Za realizację konstytucyjnej zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych odpowiedzialne są władze publiczne, w szczególności minister zdrowia, któremu powierzone zostało kierowanie działem administracji publicznej – zdrowie (par. 1 ust. 1 *Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia*).

Nie istnieje żaden akt prawny, który w sposób kompleksowy wskazywałby katalog organów władzy publicznej, odpowiedzialnych za zapewnienie prawidłowego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, szczegółowy zakres obowiązków tych podmiotów oraz ich odpowiedzialności. Przepisy statuujące obowiązki ministra zdrowia rozproszone zostały w bardzo wielu aktach prawnych o różnej randze ustawowej (ustawy, rozporządzenia, zarządzenia). Sytuacja ta w znaczącym stopniu utrudnia ustalenie dokładnego zakresu obowiązków ministra, a tym samym powoduje brak możliwości przypisania mu odpowiedzialności za ewentualne niezrealizowanie tych obowiązków²⁰.

Prawo do ochrony zdrowia przewiduje również *Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz.U. 2012 nr 159 z późn. zm., dalej: u.p.p.). Zgodnie z art. 6 ust. 1 i 2 pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. W sytuacji, gdy wystąpią ograniczenia umożliwiające udzielenie odpowiednich świadczeń zdrowotnych, pacjent ma prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń (tzw. listy oczekujących). W sytuacjach nagłych powyższego rozwiązania nie stosuje się. Świadczenia zdrowotne są udzielane niezwłocznie²¹. Zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej

¹⁹ *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.* (Dz.U. nr 78 poz. 483 z późn. zm.).

²⁰ J. Kozakiewicz, *Szpitala województwa śląskiego – najważniejsze dylematy i zagrożenia na tle polskich problemów ochrony zdrowia*, Katowice 2013, <http://www.slaskie.pl/zdjecia/2013/05/20/1369064986.pdf> [dostęp: 21.08.2016].

²¹ P. Bromber, J. Hady, H. Lachowska, M. Leśniowska-Gontarz, D. Szaban, B. Ślusarczyk, J. Zdanowska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2015, s. 31.

finansowanych ze środków publicznych oraz ich realizacji przewiduje ustawia o pomocy społecznej²², a także ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej²³.

W celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli ustawodawca wprowadził prawo do ochrony zdrowia i liczne regulacje umożliwiające jego realizację. Jednak w praktyce nie zawsze prawo to jest należycie wykonywane. W mediach co jakiś czas nagłaśniane są przypadki odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala, mimo bezpośredniego zagrożenia zdrowia, a nawet życia, problemów związanych z dostępem do lekarzy specjalistów, błędów wynikających z braku kompetencji osób świadczących usługi medyczne lub błędów organizacyjnych²⁴.

Bezpieczeństwo ochrony zdrowia w wymiarze politycznym

Na władzach publicznych spoczywa odpowiedzialność za uregulowania prawne funkcjonowania systemu, zapewniające przejrzystość sposobu finansowania, organizacji i zarządzania (w tym metod kontroli), a także racjonalnego wykorzystania zasobów, gwarantujące obywatelom powszechność i równość w dostępie do opieki zdrowotnej, a tym samym poczucie bezpieczeństwa. Dotychczasowe uregulowania prawne dotyczące funkcjonowania systemu nie zapewniają wymogu przejrzystości. Tego typu zapis nie pojawił się ani w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 1997 r., wprowadzonej w życie z dniem 1 stycznia 1999 r., ani w kolejnych nowelizacjach, łącznie ze zmianą Kas Chorych na Narodowy Fundusz Zdrowia²⁵.

Reforma administracyjna w Polsce przesunęła część odpowiedzialności za sytuację społeczno-gospodarczą ludności z podmiotu państwowego na samorządy terytorialne, określając szeroki zakres ich zadań i przyznając niewystarczające środki na ich realizację. Skoro jednostki samorządu terytorialnego mają możliwość działania, podejmowania inicjatyw, posiadają narzędzia do prowadzenia względnie samodzielnej polityki, to są tym samym odpowiedzialne za swoje działania, przekładające się na szeroko rozumiany poziom i jakość życia lokalnego społeczeństwa. Tak więc regionalna polityka

²² Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593).

²³ Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. (Dz.U. 1991 r. nr 91 poz. 408 z późn. zm.).

²⁴ P. Bromber, J. Hady, H. Lachowska, M. Leśniowska-Gontarz, D. Szaban, B. Ślusarczyk, J. Zdanowska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2015, s. 46.

²⁵ J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne – ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, Warszawa 2004, s. 176.

zdrowotna nastawiona jest na rozwiązywanie spraw społecznych, dotyczących określonego obszaru. Powinna skupiać się na typowych dla regionu potrzebach oraz sposobach ich zaspokajania (to w skali lokalnej występuje bezpośrednie połączenie istniejących potrzeb oraz środków przeznaczonych na ich realizację). Ponadto polityka zdrowotna samorządów terytorialnych, zachowując pewną samodzielność, powinna być prowadzona zgodnie z celami polityki społecznej kraju²⁶.

Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności:

- tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia,
- analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany,
- promocję zdrowia i profilaktykę mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu,
- finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.

Uszczegółowienie tych zadań i przypisanie ich konkretnym jednostkom samorządu terytorialnego oraz administracji rządowej zawierają przepisy art. 7–11 u.ś.o.z.²⁷

Zadania i kompetencje jednostek samorządu terytorialnego w zakresie opieki zdrowotnej regulują również przepisy prawa, które zostały określone w ustawach o: wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, zapobieganiu narkomanii, chorobach zakaźnych i zakażeniach, ochronie zdrowia psychicznego, ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, inspekcji sanitarnej, rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Kontrola nad podmiotami leczniczymi, zgodnie z obowiązującą ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2013 r. poz. 217), powierzona została ministrowi zdrowia oraz podmiotowi, który utworzył dany ośrodek leczniczy (np. jednostki samorządu terytorialnego). Kontrola wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej powierzona została natomiast Narodowemu Funduszowi Zdrowia (*Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*). Wskazane organizacje funkcjonują niezależnie od siebie, ich działania nie są koordynowane przez podmiot nadrzędny, który czuwałby nad całym systemem opieki zdrowotnej i miał realny wpływ na

²⁶ A. Frączkiewicz-Wronka, *Region jako główny czynnik wyznaczający status, rolę i miejsce świadczeniodawcy w systemie ochrony zdrowia*, [w:] *Polityka zdrowotna...*, op. cit., s. 15.

²⁷ *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z dnia 27 sierpnia 2004 r.*, (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.).

kształt polityki zdrowotnej, co w konsekwencji wpływałoby na pogorszenie dostępności do usług medycznych oraz spadek ich jakości²⁸.

Jedną z metod ustalenia problemów właściwych polityce zdrowotnej może polegać na przeglądzie definicji stosowanych lub proponowanych w literaturze. Przy zastosowaniu tego podejścia możliwe jest wskazanie następujących problemów:

- wyznaczenie celów i priorytetów,
- definiowanie horyzontów czasowych,
- gromadzenie i alokacja zasobów,
- określenie reguł dostępności i korzystania (odpłatność lub jej brak),
- ustalenie relacji między płatnikiem i świadczeniodawcami,
- określenie zasad współdziałania świadczeniodawców²⁹.

Potencjalne zainteresowania polityki zdrowotnej mogą dotyczyć każdej ze wskazanych spraw. W praktyce jednak dochodzi do okresowego skupiania się na zagadnieniach, które aktualnie w opinii polityków uchodzą za najważniejsze³⁰.

Bezpieczeństwo ochrony zdrowia w wymiarze gospodarczym

Bezpieczeństwo ekonomiczne oznacza zachowanie odpowiedniego poziomu życia, a także wskazuje na wpływ czynnika ekonomicznego na zachowanie państwa³¹.

Większość współczesnych systemów ochrony zdrowia jest ciągle reformowana z powodu braku stabilizacji finansowej, konieczności tworzenia nowych więzi z otoczeniem, ze względu na potrzebę zmiany pojęcia odpowiedzialności indywidualnej i publicznej. Spostrzegamy zmiany w strukturach demograficznych społeczeństw, nieracjonalność zarządzania, brak prawidłowych relacji między rozwijającą się medycyną i funkcjonowaniem systemów ochrony zdrowia³².

²⁸ J. Kozakiewicz, *Szpital województwa śląskiego – najważniejsze dylematy i zagrożenia na tle polskich problemów ochrony zdrowia*, Katowice 2013.

²⁹ Źródło: www.slaskie.pl/zdjecia/2013/05/20/1369064986.pdf [dostęp: 21.08. 2016].

³⁰ W.C. Włodarczyk, *Współczesna polityka zdrowotna – wybrane zagadnienia*, Warszawa 2014, s. 43.

³¹ K.M. Księżopolski, *Problem HIV/AIDS jako zagrożenie dla bezpieczeństwa ekonomicznego państw*, [w:] *Ochrona zdrowia w stosunkach międzynarodowych*, red. W. Lizak, A.M. Solorz, Warszawa 2013, s. 101.

³² A. Denys, *Potrzeba uwzględnienia zagadnień biologii środowiska w planowaniu polityki zdrowotnej kraju*, [w:] *Zagrożenia zdrowia publicznego – zdrowie człowieka a środowisko*, red., A. Denys, Warszawa 2015, s. 19.

System ochrony zdrowia w Polsce ma konstrukcję triady i tworzą go trzy rodzaje uczestników, czyli świadczeniodawcy, płatnicy i świadczeniobiorcy. Zakłady opieki zdrowotnej stanowią własność publiczną i niepubliczną, czyli prywatną, funkcjonując w różnych formułach organizacyjno-prawnych³³. Ustalenie reguł określających funkcjonowanie systemu i jego części składowych oraz relacji pomiędzy systemem a społeczeństwem jako użytkownikiem należy do podstawowych obowiązków państwa³⁴. Ponieważ zdrowie ludzkie, a więc i jego ochrona, ma szczególne znaczenie, trzeba znaleźć rozwiązanie, które pozwoli przede wszystkim osiągnąć bezpieczeństwo zdrowotne, coraz lepszy stan zdrowia każdego człowieka, w systemie efektywnym ekonomicznie i skutecznym klinicznie³⁵.

Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce stały się tematem zażartych polemik. Szczególnie ważnym zagadnieniem jest finansowanie leczenia szpitalnego. Wielkość tych kosztów i ich udział w publicznych i całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia uzasadnia potrzebę wnikliwej analizy. Fundusze, jakimi dysponuje NFZ, są ograniczone, co szczególnie wyraźnie widać w przypadku możliwości produkcyjnych szpitali, a przede wszystkim szpitali publicznych³⁶. Z uwagi na ograniczoność środków finansowych system opieki medycznej nie jest w stanie zapewnić wszystkich świadczeń wszystkim obywatelom i dlatego trzeba ciągle dokonywać trudnych wyborów odnośnie dostępności, ilości i rodzaju świadczeń, a także rozwiązywać coraz to nowe problemy etyczne³⁷.

Zmiany w strukturze finansowania systemu ochrony zdrowia wyznaczają następujące czynniki:

- niewystarczające zasilanie finansowe systemu ochrony zdrowia,
- wysokie koszty świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania systemu,
- strukturalny deficyt (państwowego) ubezpieczyciela,
- brak przejrzystości w finansowaniu,
- nieuwzględnienie w finansowaniu opieki zdrowotnej zmieniających się potrzeb społecznych w tym zakresie, zwłaszcza starzenie się społeczeństwa³⁸.

³³ E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2011, s. 202.

³⁴ A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne – wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Warszawa 2009, s. 67.

³⁵ E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2011, s. 14.

³⁶ E. Nojszewska, *Finansowanie lecznictwa szpitalnego ze szczególnym uwzględnieniem wieku rozwojowego*, [w:] *System ochrony zdrowia – problemy i możliwości ich rozwiązań*, red. E. Nojszewska, Warszawa 2011, s. 17.

³⁷ A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne – wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Warszawa 2009, s. 19.

³⁸ J. Klich., *Państwo w systemach ochrony zdrowia: kierunki i perspektywy*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2012, nr 3, s. 13.

Przyjęcie w strukturze systemu ochrony zdrowia dostępności jako istotnego czynnika jego działania może znacząco podnieść poziom bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Skuteczność kliniczna i efektywność ekonomiczna funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest celem dla twórców polityki zdrowotnej. Można odnieść wrażenie, że cel ten, jak horyzont, jest niemożliwy do osiągnięcia³⁹.

Podsumowanie

Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli w systemie ochrony zdrowia staje się przedmiotem dyskusji publicznej w Polsce oraz w wielu innych krajach. W żadnym państwie nie funkcjonuje system ochrony zdrowia, którym społeczeństwo byłoby usatysfakcjonowane i z którym władze publiczne nie miałyby problemu⁴⁰. Strategia działania państwa na rzecz usprawniania funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce stanowi kluczowe zadanie organów władzy publicznej w zakresie ochrony zdrowia i zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Państwo ma obowiązek zapewnić źródła finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia, a tymczasem pobyt w publicznym szpitalu może wiązać się z wysokimi wydatkami pacjenta. Trudno osiągnąć bezpieczeństwo zdrowotne obywateli bez zdecydowanych zmian w polityce zdrowotnej i w systemie finansowania ochrony zdrowia.

Literatura

Źródła prawa

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483 z późn. zm.).

Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz.U. 18 listopada 2011 z późn. zm.).

Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654).

³⁹ E. Nojszewska, *Funkcjonowanie systemu zdrowia w Polsce*, [w:] *System ochrony zdrowia – problemy i możliwości ich rozwiązań*, red. E. Nojszewska, Warszawa 2011, s. 219.

⁴⁰ E. Nojszewska, *Poszukiwania racjonalnego sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych*, [w:] *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, red. T. Mróz, Białystok 2011, s. 132.

- Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r.* (Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593).
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz.U. 2012 nr 159 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (Dz.U. 1982 nr 35 poz. 230 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (Dz.U. 1985 nr 12 poz. 49).
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym* (Dz.U. 2001 nr 142 poz. 1591 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej* (Dz.U. 1991 nr 91 poz. 408 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz.U. 2001 nr 231 poz. 1375 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych* (Dz.U. 1996 nr 10 poz. 55 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianie osób niepełnosprawnych* (Dz.U. 2011 nr 127 poz. 721 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym* (Dz.U. 2001 nr 142 poz. 1592 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa* (Dz.U. 2001 nr 142 poz. 1590 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska* (Dz.U. 2001 nr 62 poz. 627).
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* (Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593 ze zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 3125 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii* (Dz.U. 2005 nr 179 poz. 1485 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz.U. 2008 nr 234 poz. 1570 z późn. zm.).

Opracowania

- Bromber P., Hady J., Lachowska H., Leśniowska-Gontarz M., Szaban D., Ślusarczyk B., Zdanowska J., *System ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2015.
- Denys A., *Potrzeba uwzględnienia zagadnień biologii środowiska w planowaniu polityki zdrowotnej kraju*, [w:] *Zagrożenia zdrowia publicznego – zdrowie człowieka a środowisko*, red. A. Denys, Warszawa 2015.

- Frączkiewicz-Wronka A., *Region jako główny czynnik wyznaczający status, rolę i miejsce świadczeniodawcy w systemie ochrony zdrowia*, „Polityka zdrowotna”, 2005/3.
- Głowacka M.D., Zdanowska J., *Zdrowie publiczne w Polsce*, Warszawa 2013.
- Jasudowicz T., *Prawo do zdrowia*, [w:] *Prawa człowieka i ich ochrona*, red. B. Gronowska, T. Jasudowicz, M. Balcerzak, M. Lubiszewski, R. Mizer-ski, Toruń 2010.
- Karski J.B., *Polityka zdrowotna samorządu terytorialnego a członkostwo Pol-ski w Unii Europejskiej*, Warszawa 2005.
- Księżopolski K.M., *Problem HIV/AIDS jako zagrożenie dla bezpieczeństwa ekonomicznego państw*, [w:] *Ochrona zdrowia w stosunkach między-narodowych*, red. W. Lizak, A.M. Solorz, Warszawa 2013.
- Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne – ochrona zdrowia w go-spodarce rynkowej*, Warszawa 2004.
- Marmura C., *Aktywność ludzi w podeszłym wieku*, [w:] *Zagrożenia zdrowia pu-blicznego – wybrane zagadnienia*, red. A. Denys, Warszawa 2014.
- Nojszewska E., *Finansowanie lecznictwa szpitalnego ze szczególnym uwzględnieniem wieku rozwojowego*, [w:] *System ochrony zdrowia – pro-blemy i możliwości ich rozwiązań*, red. E. Nojszewska, Warszawa 2011.
- Nojszewska E., *Funkcjonowanie systemu zdrowia w Polsce*, [w:] *System ochrony zdrowia – problemy i możliwości ich rozwiązań*, red. E. Nojszew-ska, Warszawa 2011.
- Nojszewska E., *Poszukiwania racjonalnego sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych*, [w:] *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologicz-ne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, red. T. Mróz, Białystok 2011.
- Nojszewska E., *System ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2011.
- Popiuk-Rysińska I., *Instytucjonalizacja współpracy międzynarodowej na rzecz ochrony zdrowia*, [w:] *Ochrona zdrowia w stosunkach między-narodowych*, red. W. Lizak, A.M. Solorz, Warszawa.
- Tokarski Z., *Zaburzenia psychiczne*, [w:] *Zagrożenia zdrowia publicznego – wybrane zagadnienia*, red. A. Denys, Warszawa 2014.
- Włodarczyk W.C., *Zdrowie publiczne w perspektywie międzynarodowej*, Kra-ków 2007.
- Włodarczyk W.C., *Współczesna polityka zdrowotna – wybrane zagadnienia*, Warszawa 2014.
- Wojtczak A., *Zdrowie publiczne – wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wie-ku*, Warszawa 2009.

Czasopisma

Klich J., *Państwo w systemach ochrony zdrowia: kierunki i perspektywy*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2012, nr 3, s. 13.

Źródła internetowe

<http://www.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycje/fundusze-europejskie-dla-sektora-ochrony-zdrowia/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper/>.

<http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2016-2020/komitet-sterujacy-npz/>.

<http://www.slaskie.pl/zdjecia/2013/05/20/1369064986.pdf>.

http://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-34-2133-Policy_paper_dla_ochrony_zdrowia_na_lata_2014_2020_Krajowe_Strategiczne_Ramy.html.

<https://www.bbn.gov.pl/pl/wydarzenia/bezpieczenstwo-zdrowot/2046,BBNa-ochronazdrowia.html>.

Modern security threats of healthcare in Poland

Summary

The elaboration shows the analysis of security threats of healthcare in Poland in law, political and economic dimension. Protecting the lives and health of citizens and counteraction of its threats is a major responsibility of public authorities. Assurance of widespread access to health benefits and improvement of quality and efficiency of medical services will allow to increase healthcare security of citizens. Gradual population loss, aging society, population with the burden of health problems and primarily insufficient funds on healthcare are reasons for introducing significant changes and improving the functioning of the healthcare system in Poland.

Keywords: security, threats, healthcare