

Katarzyna ZadrosPolitechnika Częstochowska
w Częstochowie, Polska**SPOŁECZNO-EKONOMICZNE DETREMINANTY ZDROWIA
I POLITYKI ZDROWOTNEJ PO 1989 ROKU****Wprowadzenie**

W każdym nowoczesnym państwie polityka zdrowotna jest jednym z najważniejszych obszarów aktywności państwa, społeczeństwa i jednostek, a każdy system ochrony zdrowia powstaje i funkcjonuje dzięki polityce zdrowotnej decydującej o jego celach, zadaniach, sprawności, kosztach funkcjonowania oraz efektywności. Można powiedzieć, że żadne państwo nie jest w stanie uciec od uprawiania polityki zdrowotnej, bo nawet świadoma rezygnacja z jej realizacji jest także polityką zdrowotną, a jej rola w życiu społeczeństwa i poszczególnych ludzi widoczna jest w postaci pozytywnych lub negatywnych skutków społecznych.

Wydaje się także, że racjonalne tworzenie i realizowanie polityki zdrowotnej jest jednym z najtrudniejszych zadań zarządczych, gdyż musi godzić bardzo różne uwarunkowania społeczne, ekonomiczne, kulturowe, etyczno-moralne i inne. „Współcześnie coraz większa liczba badaczy, ale także polityków, pacjentów i obywateli uświadamia sobie, że zbudowanie idealnie funkcjonującego systemu zdrowotnego, z którego działania byłoby zadowoleni wszyscy, nie jest możliwe. Co więcej, coraz częściej można odnieść wrażenie, że nie jest możliwe nawet stworzenie idealnego wzorca takiego systemu – wobec wątpliwości dotyczących jego fundamentalnych zasad – i nieuchronnie jesteśmy zmuszeni do powtarzania drobnych kroków usprawniających¹. Dlatego punktem wyjścia dla racjonalnej polityki zdrowotnej jest osiągnięcie konsensusu społecznego i politycznego, umożliwiającego, w długim okresie czasu, realizację jej celów o strategicznym charakterze.

Nie dziwi zatem fakt, że od początku przemian społeczno-polityczno-gospodarczych w Polsce przełomu XX i XXI wieku obszar ten poddawany jest ciągłym, głębokim zmianom, a jednocześnie, jest postrzegany jako jeden z tych, które poniosły najwyższe koszty przemian. Wielu współczesnych badaczy zwraca uwagę na coraz większy chaos, powstawanie i utrwalanie patologii organizacyjnych, a przede wszystkim niewydolność rozwiązań przyjmowanych dla potrzeb polityki zdrowotnej i efektywnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a co za tym idzie, konsekwencje dysfunkcji odczuwanych przez społeczeństwo oraz zagrażających bezpie-

¹ W.C. Włodarczyk, *Współczesna polityka zdrowotna. Wybrane zagadnienia*, wyd. 2, Warszawa 2014, s. 17.

czeństwu zdrowotnemu obywateli. Dlatego też w artykule poddano analizie kluczowe czynniki społeczne i ekonomiczne, które przyczyniały się do zmian i kształtują obecną politykę zdrowotną państwa.

Zdrowie i jego determinanty

Każdy obszar polityki społecznej, w tym polityka zdrowotna, aby sprawnie i efektywnie funkcjonować, musi mieć precyzyjnie wyznaczony przedmiot oddziaływania, cele do realizacji oraz wiedzieć, jakie podmioty będą w nim uczestniczyć. Z perspektywy polityki zdrowotnej przedmiotem oddziaływania jest zdrowie jednostek i społeczeństwa, a także jego ochrona, wzmacnianie i przywracanie. Państwo, jako podmiot odpowiedzialny za realizację polityki zdrowotnej, powinno realizować dwa kluczowe jej cele:

- budowanie i pielęgnowanie zdrowia
- naprawianie i restaurowanie zdrowia.²

Zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), „zdrowie jest jednym z podstawowych praw jednostki ludzkiej”³, a jednocześnie zasobem dla społeczeństwa, a co za tym idzie „tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne oraz kulturowe i się rozwijać”⁴ tworząc kapitał ludzki będący najważniejszym czynnikiem wzrostu gospodarczego⁵. Z tego powodu zainteresowanie problematyką zdrowia i jego ochrony ma w pełni racjonalne uzasadnienie, gdyż dotyczy zarówno ogółu społeczeństw, jak i każdego człowieka oddzielnie.

W ujęciu biomedycznym przyjmuje się, że zdrowie to stan prawidłowego funkcjonowania organizmu, brak choroby⁶. Można także mówić o podejściu środowiskowym (holistycznym), w którym zwraca się uwagę na homeostazę organizmu człowieka oraz jego harmonijne funkcjonowanie w otoczeniu. Najbardziej uniwersalną, najpopularniejszą i jednocześnie jedną z najszerzej krytykowanych, definicję zaproponowała w 1948 r. WHO. Zgodnie z nią zdrowie jest stanem pełnej pomyślności fizycznej, psychicznej i społecznej, który pozwala człowiekowi na prowadzenie produktywnego życia pod względem socjalnym i ekonomicznym⁷. Jako wzmocnienie tego stwierdzenia można potraktować zapis art. 25.1 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, przyjętej

² Ibidem, s. 10.

³ *Preambuła Konstytucji WHO z 1946 r.*, World Health Organization: Alma-Ata 1978, *Primary Health Care*, Geneva 1978.

⁴ M. Kubiak, *Polityka ochrony zdrowia*, [w:] *Wprowadzenie do polityki społecznej*, pod red. R. Gabryszak, D. Magierki, Warszawa 2009, s. 135.

⁵ E. Nojszewska, *Spoleczno-ekonomiczne czynniki determinujące status zdrowotny społeczeństwa na przykładzie Polski*, „*Ekonomia i Prawo w Ochronie Zdrowia*”, nr 1, 2016, s. 60.

⁶ J. Domaradzki, *O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie*, „*Hygeia Public Health*”, nr 48(4), 2013, s. 409.

⁷ P. Krasucki, *Optymalizacja systemu ochrony zdrowia. Koszty i korzyści*, Warszawa 2005, s. 9-10.

przez Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ) w 1948 r.⁸ Zdrowie zostało w niej zestawione, ale nie utożsamione, z dobrobytem. Przyjęte sformułowanie nie mówi w dosłownym słowa znaczeniu o prawie do zdrowia czy dobrobytu, lecz o prawie do „stopy życiowej”, która zapewnia zdrowie i dobrobyt. Warunkuje lub zapewnia zdrowie i „bycie w dobrym stanie”, poprzez dostęp do elementarnych dóbr materialnych, takich jak: wyżywienie, odzież, mieszkanie, opieka lekarska oraz konieczne świadczenia socjalne⁹. Efektem ewolucyjnego podejścia do problematyki przez WHO jest przyjęcie w 1984 r. zmodyfikowanej definicji, zgodnie z którą „zdrowie jest to obszar, w którym jednostka lub grupa jest zdolna – z jednej strony – spełniać swoje aspiracje i zaspokajać potrzeby, a z drugiej – zmieniać otoczenie lub radzić sobie z otaczającym środowiskiem”¹⁰. Na podstawie definicji można wysnuć wniosek, że problematyka dotycząca zdrowia powinna być traktowana jako wieloaspektowy problem, mający znaczenie w wymiarze teoretycznym, jak i działalności praktycznej podejmowanej przez państwa, organizacje międzynarodowe oraz społeczeństwa.

Współcześnie WHO zaleca stosowanie modelu determinantów zdrowia „tęczowo-warstwowego”, zaproponowanego przez G. Dahlgrena i M. Whitehead (rys. 1), na podstawie którego możliwe jest wyjaśnianie przyczyn nierówności w zdrowiu. Wynika z niego, że różnice te nie mają losowego charakteru, ale wynikają z „systematycznych nierówności w rozkładzie wpływających na nie czynników”¹¹. Na podstawie tego modelu możliwe jest tworzenie kompleksowych rozwiązań w obszarze polityki zdrowotnej. Konieczność kompleksowego podejścia przez państwo do problematyki zdrowia warunkowana jest obowiązującymi w Polsce rozwiązaniami prawnymi. Kluczowe znaczenie wśród tych regulacji mają zapisy Konstytucji RP. Zgodnie z jej art. 68, punkt 2: „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”¹².

Wśród innych przesłanek prawnych należy wymienić, wspomniane już: Konstytucję WHO, Światową Deklarację Zdrowia i Pakty Praw Człowieka, a także zapisy traktatu z Maastricht (art. 129) i traktatu amsterdamskiego (art. 152 par 1)¹³, wskazujące na rangę działań na rzecz poprawy zdrowia obywateli Unii Europejskiej (UE), podejmowanych przez poszczególne państwa członkowskie i instytucje UE¹⁴.

⁸ *Universal Declaration of Human Rights*, G.A. Res. 217A (III), U.N. GAOR, 3d Sess., 1st plen. mtg., U.N. Doc. A/810 (Dec. 10, 1948).

⁹ W. Galewicz, *Zdrowie jako prawo człowieka*, „Diametros”, nr 42, 2014, s. 60.

¹⁰ J. Suchecka, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Warszawa 2010, s. 99.

¹¹ D. Godlewski, K. Godlewska, A. Witek, P. Wojtyś, *Analiza stanu zdrowia i potrzeb opieki zdrowotnej na najbliższe lata*, Warszawa 2016, s. 8.

¹² *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, „Dz. U.”, nr 78 poz. 83, z późn. zm.

¹³ P. Goryński, B. Wojtyński, *Polityka zdrowotna w krajach Europy, Unii Europejskiej i w Polsce*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 86(1), 2005, s. 2.

¹⁴ G. Magnuszewska-Otulak, *Wybrane problemy polityki zdrowotnej*, „Problemy Polityki Społecznej i Zdrowotnej”, t. 2, nr 21, 2013, s. 87.

Rys. 1. Model determinantów zdrowia G. Dahlgrena i M. Whitehead



Źródło: M. Woźniak, I. Brukwicka, Z. Kopański, R. Kollar, M. Kollarowa, B. Bajger, *Zdrowie jednostki i zbiorowości*, „Journal of Clinical Healthcare”, nr 4, 2015, s. 3 za: G. Dahlgren, M. Whitehead, *European strategies for tackling social inequities in health: leveling up Part 2*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2007, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf, s. 20.

Kluczowym problemem, z jakim musi radzić sobie nie tylko polska polityka zdrowotna, jest to, że potrzeby zdrowotne mają nieograniczony charakter zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym, a jednocześnie państwo dysponuje ograniczonymi zasobami umożliwiającymi ich zaspokajanie¹⁵. Poza tym zdrowie jednostek i społeczeństwa kształtowane jest nie tylko przez czynniki, na które ludzie mają wpływ, ale także takie, na które jednostka nie ma wpływu lub ten wpływ ma znacznie ograniczony. Z tego powodu niekorzystne rozwiązania w obszarze zabezpieczenia społecznego, polityki edukacyjnej, rynku pracy czy ochrony środowiska mogą przyczynić się do pogorszenia stanu zdrowia w wymiarze jednostkowym i zbiorowym¹⁶.

Większość ekonomistów jest zdania, że najważniejszym z czynników jest poziom wykształcenia, który warunkuje możliwości realizacji w życiu zawodowym. Im wyższy poziom wykształcenia, tym jednostki lepiej sobie radzą z trudnościami. Poziom wykształcenia zazwyczaj generuje także kolejny czynnik – możliwość pozyskiwania dochodu. Z perspektywy państwa należy zwrócić uwagę na to, że większe znaczenie niż wysokość dochodu ma jego dystrybucja, gdyż badania wskazują, że to ona właśnie określa śmiertelność¹⁷, następnie wskazywane jest prawdopodobieństwo bezrobocia

¹⁵ T. Szumlicz, *Podmiotowość w zarządzaniu zmianą systemu ochrony zdrowia*, Warszawa 2007, s. 133.

¹⁶ J.B. Karski, *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*, wyd. 5, Warszawa 2011, s. 39.

¹⁷ N.E. Adler, K. Newman, *Socioeconomic Disparities in Health: Pathways and Policies*, „Health Affairs” nr 2, 2002, s. 22.

i czas jego trwania. Dopiero w dalszej kolejności wymieniane są warunki środowiska, styl życia, zachowania i dostęp do ochrony zdrowia. Wszystkie te czynniki wpływają na kształt polityki zdrowotnej oraz organizację i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce po 1989 r.

Wpływ czynników socjoekonomicznych na politykę zdrowotną Polski na przełomie XX i XXI wieku

Przez pojęcie polityki zdrowotnej można rozumieć zestaw deklaracyjnych zasad dotyczących realizacji celów zdrowotnych, jako rzeczywisty sposób alokacji środków związanych z realizacją zadań w obszarze ochrony zdrowia, lub z perspektywy grup społecznych, do których jest kierowana¹⁸. Kluczowym jej celem powinno być zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego, eliminacja przedwczesnych zgonów, wydłużanie życia oraz minimalizacja „odstępstw od fizjologicznych i funkcjonalnych norm poprzez działania profilaktyczne, i wczesne wykrywanie chorób, wzmacnianie odporności na choroby, minimalizowanie dyskomfortu i niesprawności, wzmacnianie potencjału zdrowotnego oraz wspieranie poczucia dobrobytu i samorealizacji¹⁹. Stałym elementem jest także zmniejszanie nierówności w zdrowiu, czyli ograniczanie, niechcianych i niezawinionych, ale możliwych do uniknięcia różnic w stanie zdrowia między grupami społecznymi²⁰.

Od początku okresu przekształceń do czynników bezpośrednio wpływających na kierunki zmian w polityce zdrowotnej w Polsce można zaliczyć negatywne procesy demograficzne, zwłaszcza niskie wartości wskaźnika przyrostu naturalnego ludności, obniżenie poziomu dzietności kobiet we wszystkich grupach wiekowych oraz starzenie się społeczeństwa. Kolejną grupę stanowią niekorzystne zjawiska zdrowotne związane ze zmianą stylu życia i postępem społecznym, wśród których za najważniejsze należy uznać: wzrost zapadalności na choroby cywilizacyjne, zwłaszcza: układu krążenia, cukrzycę, nowotwory, choroby nerwowe i psychiczne, zwiększenie, w początkowym okresie transformacji, liczby tzw. zdarzeń nagłych oraz postęp technologiczny w medycynie i związane z nim zmiany w procesach terapeutycznych obniżające wskaźniki umieralności, ale zwiększające liczbę osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych.

W pierwszym dwudziestolecu przekształceń istotne znaczenie miały także niekorzystne zjawiska gospodarcze, takie jak bezrobocie i związane z nim ubożenie dużych grup społecznych. To sprawiło, że nie udało się uniknąć wielu uwarunkowań nazywanych społecznymi determinantami zdrowia (SDH). Dlatego państwo opracowało i realizuje szereg strategii, które mają przyczynić się do wzrostu zdrowia populacji, w tym dłuższego życia w dobrej jakości poprzez poprawę warunków życia, obejmującą za-

¹⁸ G. Magnuszewska-Otulak, *Wybrane problemy*, s. 89.

¹⁹ Ibidem, s. 89-90.

²⁰ B. Łyszczarz, Z. Wyszowska, *Socjoekonomiczne determinanty stanu zdrowia – perspektywa regionalna*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy”, nr 16, 2010, s. 304.

równy środowisko naturalne, warunki pracy, sferę życia zbiorowego, warunki mieszkaniowe, edukację oraz konsumpcję. Dzięki temu podejściu wdrażana jest koncepcja „zdrowie we wszystkich politykach”, która pozostaje w zgodzie ze współczesnym rozumieniem determinant zdrowia²¹.

Zanim jednak nowoczesne podejście do polityki zdrowotnej znalazło miejsce w działalności władz publicznych, musiały zajść i dalej zachodzą głębokie przekształcenia systemowe, które trwają nieprzerwanie od 1990 r. Pierwszym krokiem w reformowaniu systemu ochrony zdrowia było prawne uregulowanie działalności samorządów zawodów medycznych (lekarzy i pielęgniarek), a nieco później, w 1991 r., przyjęcie ustawy o zakładach opieki zwrotnej²². Dzięki niej uporządkowano kwestie organizacji i funkcjonowania publicznych i niepublicznych podmiotów leczniczych. W kolejnych latach pojawiły się nowe rozwiązania organizacyjno-funkcjonalne systemu. Jednym z pierwszych o istotnej randze było przekazanie dużym miastom własności i zarządu nad placówkami ochrony zdrowia²³. Dzięki tej ustawie możliwe było przejęcie przez samorząd terytorialny zakładów opieki zdrowotnej, a także inwestowanie w ich rozwój i dostosowanie profilu działania do potrzeb społeczności lokalnych. Można powiedzieć, że to rozwiązanie było jednym z korzystniejszych dla funkcjonowania systemu jako całości oraz dla realizacji polityki zdrowotnej na szczeblu samorządu, zwłaszcza że podobnym procesem zostały objęte placówki szkolne, dzięki czemu władze lokalne miały także wpływ na kształt profilaktyki i ochrony zdrowia w placówkach edukacyjnych.

Podjęte zostały również prace na rzecz stworzenia systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych (PUZ). Podstawą do jego budowy miało być wyodrębnienie finansów ochrony zdrowia z budżetu państwa i powierzenie funkcji finansowych specjalnie do tego powołanym funduszom, których dysponentami staną się kasy chorych²⁴. Efektem tych prac było przyjęcie 6 lutego 1997 r. ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz zastąpienie, w 1999 r., modelu budżetowego modelem ubezpieczeniowo-budżetowym, „który opierał się na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Poza tym każdy z pacjentów miał prawo do wyboru świadczeniodawcy, szpitala oraz posiadał równy dostęp do świadczeń zdrowotnych”²⁵.

Główną wadą wdrożonego rozwiązania było całkowite pominięcie roli samorządów wojewódzkich i lokalnych w sprawach ochrony zdrowia na ich terenie. Tym samym częściowo było ono sprzeczne z wcześniej przyjętymi rozwiązaniami, na bazie

²¹ *Zarys systemu ochrony zdrowia w Polsce*, pod red. S. Golinowskiej, Warszawa 2012, s. 189.

²² *Ustawa z dnia 30 sierpnia 1990 roku o zakładach opieki zdrowotnej*, „Dz. U.”, nr 91, poz. 408, z późn. zm.

²³ *Ustawa z dnia 24 listopada 1995 roku o zmianie zakresu działania niektórych miast oraz miejskich strefach usług publicznych*, „Dz. U.”, nr 141, poz. 692, z późn. zm.

²⁴ *Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*, „Dz. U.”, nr 28, poz. 153, z późn. zm.

²⁵ A, Wasiak, P., Szelaąg, *Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej w latach 2007–2011*, „Journal of Finance and Financial Law”, 2015, II(2), s. 68.

których nastąpiło rozszerzenie kompetencji samorządów terytorialnych w realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia. Wprowadzając reformę, zakładano, że przez szereg lat będzie ona, obok ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, najważniejszym aktem prawnym wyznaczającym kierunki przekształceń ochrony zdrowia. Jednak już po dwóch latach obowiązywania ustawy zaobserwowano wzrost negatywnych ocen funkcjonującego systemu oraz istotne utrudnienia w dostępie do lekarzy specjalistów. Z badań wynika także, że już w tym czasie zaczęły spadać publiczne wydatki na ochronę zdrowia, a wzrastać prywatne. Między innymi z tego powodu w 2004 r. następuje kolejna daleko idąca zmiana – w miejsce kas chorych zostaje powołany organ centralny, podległy ministrowi zdrowia – Narodowy Fundusz Zdrowia²⁶, który do chwili obecnej pełni funkcję płatnika i organizatora świadczeń zdrowotnych, jednocześnie nie mając obowiązku współuczestniczenia w planowaniu i realizacji polityki zdrowotnej, co skutkuje coraz większym niezadowoleniem społeczeństwa z istniejącego stanu rzeczy i stałym wzrostem nakładów prywatnych na zdrowie. Sytuacji w tym zakresie nie poprawiła przyjęta w 2011 r. ustawa o działalności leczniczej oraz jej kolejne nowelizacje²⁷. Wydaje się, że jej kluczowym celem było przeniesienie odpowiedzialności za niewydolność systemu na samorząd terytorialny oraz wymuszenie likwidacji nierentownych podmiotów, których organem założycielskim jest samorząd. Co więcej, ustawa powieliła błędy wcześniejszych regulacji oraz po raz kolejny całkowicie pomija rozwiązania dotyczące profilaktyki i promocji zdrowia.

Prace reformatorskie stanowią tylko część aktywności władz państwa w obszarze ochrony zdrowia, równoległe z nimi już od 1990 r. tworzony jest projekt dokumentu o charakterze zbliżonym do normy prawnej – Narodowego Programu Zdrowia (NPZ)²⁸. W NPZ polityka zdrowotna została potraktowana jako szeroka dziedzina działalności, w której jednym z elementów jest opieka zdrowotna. Program ten dla ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej państwa wyznacza szereg celów o charakterze strategicznym, taktycznym i operacyjnym. Późniejsze rządy kilkakrotnie wracały do planu z 1990 r., ale nigdy nie udało im się go wdrożyć, natomiast w kolejnych okresach planistycznych w 1993 i 1996 r. dokonano jego modernizacji. Mimo że założenia NPZ są z pewnością słuszne i istotne z punktu widzenia polityki zdrowotnej państwa, to nakłady na tę sferę i inne dziedziny kształtujące sytuację zdrowotną polskiego społeczeństwa znacznie ograniczały możliwość jego realizacji. Dopiero od 2007 r., gdy wprowadzono kolejny, czwarty zgodny z wytycznymi UE program, można zaobserwować podejmowanie przez podmioty polityki zdrowotnej nieco szerszych działań na rzecz jego realizacji. Ciągłe jednak problemy, na które zwracano uwagę w pierwszej edycji NPZ, pozostają aktualne²⁹.

²⁶ Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, „Dz. U.”, nr 45, poz. 391, z późn. zm.

²⁷ Raport: *Health at a Glance: Europe 2016*, www.Medekspres.pl [20.05.2017].

²⁸ *Narodowy Program Zdrowia*, Warszawa 1990.

²⁹ <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2007-2015> [20.05.2017]

Podobnie jest w przypadku najnowszego NPZ na lata 2016-2020³⁰. Przy czym, widoczny jest tu pewien postęp, a mianowicie wcześniej wdrażane programy walki z chorobami układu krążenia, zwłaszcza z zawałami i udarami, zaczynają przynosić pozytywne efekty, w postaci spadku zgonów z ich przyczyn oraz mniejszymi wskaźnikami niepełnosprawności nimi spowodowanej (tab. 1.). Nie da się w chwili obecnej przewidzieć, czy równie pozytywne efekty przyniesie program walki z chorobami nowotworowymi, na które umieralność systematycznie rośnie (tab. 1.). Wycofywanie się państwa z odpowiedzialności za zdrowie obywateli wyraźnie widoczne jest w analizach prowadzonych w ramach Narodowego Rachunku Zdrowia oraz danych prezentowanych w kolejnych Raportach OECD.

Tabela 1. Zgony z powodu chorób układu krążenia i nowotworów w Polsce w latach 1990–2014 (w %)

Przyczyna	Rok				
	1990	2000	2005	2010	2014
ch. ukl. krążenia	57	53	46	46	45,1
nowotwory	19	22,9	24,7	24,5	25,4
ogółem	76	75,9	70,7	70,5	70,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, red. B. Wojtyński i P. Goryński, Warszawa 2008, 2012 i 2016; *Roczniki statystyczne GUS*.

Z najnowszego Raportu wynika, że w 2013 r. wydatki „rządowe” na leczenie w Polsce wynosiły tylko około 10%, podczas gdy dopłaty własne pacjentów osiągnęły poziom około 24%, tymczasem średnia unijna wynosi 36% dla wydatków rządowych, a dla dopłat pacjentów 6%³¹. Polska jest także jednym z państw przeznaczających najmniejszą część PKB na ochronę zdrowia – 6,4% PKB, podczas gdy średnia unijna wynosi 8,9%. W ślad za tym idzie niski poziom wydatków na opiekę zdrowotną per capita, jest to 1530 dolarów rocznie, podczas gdy średnia dla krajów OECD wynosi 3453 dolary. Bardzo niski jest także poziom nakładów na profilaktykę i promocję zdrowia, nie przekracza 2% ogólnych wydatków na zdrowie³². Należy tu zwrócić uwagę, że od wielu lat nakłady na zdrowie są istotnie niższe niż w „starej” UE, ponieważ w latach 2005–2006 wynosiły 6,2% PKB, w 2008 było to 6,9% PKB, wręcz „zawrotną” wartość osiągnęły w 2009 roku, bo 7,2% PKB³³, aby w następnych latach znów spadać aż do obecnego poziomu. Utrzymywanie od wielu lat tak niskiego poziomu nakładów oznacza niewielkie prawdopodobieństwo odwrócenia niekorzystnych

³⁰ <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2016-2020> [20.05.2017]

³¹ Raport: *Health*.

³² D. Godlewski, K. Godlewska, A. Witek, P. Wojtyś, *Analiza stanu*, s. 25.

³³ *Realizacja zadań na rzecz pacjentów. Podsumowanie działań i wyzwania na przyszłość* (brak autora), Warszawa 2015, s. 57.

trendów zdrowotnych, zwłaszcza zachorowalności na choroby cywilizacyjne, nie ulegnie także poprawie efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Kolejnym, bardzo silnie zaniedbanym obszarem jest liczba pracowników medycznych w przeliczeniu na 1000 mieszkańców. Szczególnie niekorzystne relacje dotyczą liczby lekarzy, w Polsce jest to 2,2–2,3 lekarza na 1000 pacjentów³⁴. Co więcej, przeciętny lekarz jest w wieku około 55 lat, a to oznacza, że wkrótce Polaków nie będzie miał kto leczyć. Złuszczanie nowych kadr to proces znacznie rozciągnięty w czasie. „Efekt działań w tym zakresie widoczny będzie po około 10 latach od ich wdrożenia”³⁵.

Mimo niekorzystnych, z punktu widzenia Polaków, zmian w polityce zdrowotnej i organizacji systemu ochrony zdrowia, widoczne są także pozytywne trendy w poziomie ich zdrowia. Przede wszystkim systematycznie wydłuża się przeciętna długość życia, kobiety żyją średnio 82 lata (1,7 roku krócej niż średnia europejska), a mężczyźni 74 (4 lata krócej). Poprawia się także ogólny poziom zdrowia, zmniejsza umieralność okołoporodowa noworodków, poprawia się także sytuacja zdrowotna w zakresie chorób cywilizacyjnych, ale jednocześnie pojawiają się nowe wyzwania związane ze starzeniem się społeczeństwa oraz niekorzystnymi trendami w płodności i dzietności kobiet. Stąd działania rządu podejmowane w ostatnich kilkunastu miesiącach w obszarze polityki rodzinnej związane z wprowadzeniem w życie programu 500+, który istotnie przyczynił się do obniżenia poziomu ubóstwa wśród najmłodszych. W minionym roku odnotowano także wzrost liczby urodzeń, ale jest to zbyt krótki czas, aby stwierdzić, czy jest to stały efekt spowodowany tym programem. Można natomiast sądzić, że w dłuższej perspektywie czasu program powinien przynieść pozytywne skutki zdrowotne, gdyż umożliwi rodzicom lepsze zaspokojenie potrzeb zdrowotnych dzieci. W ostatnim roku podjęte zostały także działania w ramach programu senioralnego, polegające na wprowadzeniu listy darmowych leków dla osób przewlekle chorych powyżej 75 roku życia oraz programów zdrowotnych kierowanych do najstarszych Polaków³⁶. Jednak na razie ocena jego efektywności nie jest możliwa. Natomiast prowadzone badania wśród osób w starszych grupach wieku wskazują, że podejmowanie przez te osoby aktywności prozdrowotnej ma na celu pomyślne starzenie, długowieczność, aktywną i twórczą starość. Niestety postrzegają je raczej z perspektywy stanu aktualnego w chwili badania, a nie celu, do którego można dążyć, czy procesu, dla realizacji którego warto podjąć wysiłek. Dlatego dla redukcji problemów

³⁴ *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, pod red. B. Wojtyniaka i P. Goryńskiego, Warszawa 2016, s. 28.

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 kwietnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, „Dz. U.”, nr 2015, poz. 581, z późn. zm.

starzejącego się społeczeństwa konieczne jest realizowanie, na znacznie szerszą niż dotychczas skalę, działań na rzecz promocji zdrowia osób starszych³⁷.

Zakończenie

Reasumując, należy podkreślić, że w całym okresie po 1989 roku brak jest spójnej, opartej na najnowszej wiedzy, racjonalnych przesłankach i danych epidemiologicznych, polityki zdrowotnej. Mimo wytycznych Unii Europejskiej i WHO, rozwiązania przyjmowane w polskim systemie ochrony zdrowia nie gwarantują poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych oraz wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, zwłaszcza profilaktykę i promocję. Co więcej, zamiast zmniejszać nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych, przyczyniają się do powstawania coraz większych dysproporcji w tym obszarze, zarówno w odniesieniu do grup społecznych, jak i w ujęciu terytorialnym.

Gwałtowny rozwój technologii medycznych i postęp w metodach leczenia, jakie miały miejsce w minionych trzech dekadach, istotnie podnoszą koszty funkcjonowania systemów na całym świecie, w tym także w Polsce, oraz podnoszą poziom aspiracji zdrowotnych Polaków. Natomiast państwo polskie zdecydowanie za tymi zmianami nie nadąza, przerzucając koszty innowacji w ochronie zdrowia na pacjentów, którzy za coraz więcej usług muszą, w pełni lub częściowo, płacić. Brak konsensusu politycznego i wynikające z tego chaotyczne, wzajemnie wykluczające się zmiany sprawiają, że wzrasta skala marnotrawstwa i niegospodarności, a tym samym maleje efektywność systemu ochrony zdrowia, co łatwo można obserwować, śledząc informacje dotyczące czasu oczekiwania na usługi specjalistyczne.

Optymizm budzi jednak to, że mimo tak wielu problemów, z jakimi boryka się polska polityka zdrowotna i niezadowolenia z jej realizacji dużych grup społecznych, obiektywne wskaźniki obrazujące poziom zdrowia Polaków systematycznie się poprawiają. Może nie tak szybko jakbyśmy tego chcieli, ale żyjemy coraz dłużej, coraz mniej z nas choruje i umiera na choroby układu krążenia, będące główną przyczyną zgonów w całej Europie i tylko martwi rosnąca liczba osób, we wszystkich grupach wieku, w tym najmłodszych, z nadwagą i otyłością.

Streszczenie

Ostatnie dziesięciolecie XX i początek XXI wieku to okres intensywnych przemian społecznych, gospodarczych i politycznych. Część z nich miała jednoznacznie pozytywny charakter, a część niosła ze sobą, obok korzyści, negatywne konsekwencje i wysokie koszty społeczne. Wiele z tych zmian powodowało także destabilizację państwa i jego podsystemów. Do tego grona można zaliczyć przekształcenia polityki

³⁷ M. Młynarska, E. Rudnicka-Drożak, G. Nowicki, P. Misztal-Okońska, J. Dyndur, P. Majcher, *Pojęcie zdrowia w opiniach osób powyżej 65 roku życia*, „Gerontologia Polska”, nr 1, 2015, s. 16.

zdrowotnej i systemu ochrony zdrowia. Odejście od modelu Siemaszki i państwowej służby zdrowia, komercjalizacja, wprowadzenie ubezpieczeń zdrowotnych, to tylko niektóre z przedsięwzięć, jakie kształtują nowe rozwiązania funkcjonalne w tym obszarze. Jednocześnie otwarcie polskiej gospodarki na rynki zachodnie spowodowało napływ nowych technologii, przyspieszyło i ułatwiło wymianę wiedzy i doświadczeń, a tym samym postęp, co nie ominęło także medycyny. W ślad za tym idą zmiany w zachowaniach i świadomości Polaków, którzy chcą być leczeni na poziomie porównywalnym z tym, jaki oferują swym obywatelom państwa Europy Zachodniej, oczekując od państwa gwarancji bezpieczeństwa zdrowotnego, a także rozwiązań systemowych, zapewniających to bezpieczeństwo. Niestety, brak konsensusu politycznego odnośnie kierunków zmian oraz liczne, często wzajemnie wykluczające się, rozwiązania kształtujące politykę zdrowotną państwa i organizację systemu ochrony zdrowia, znacznie utrudniają możliwości zaspokojenia potrzeb i oczekiwań obywateli w tym zakresie. Można wręcz stwierdzić, że powodują coraz większe niezadowolenie społeczne ze sposobu funkcjonowania poszczególnych podmiotów leczniczych i całego systemu. Dlatego w opracowaniu została przedstawiona analiza kluczowych czynników społecznych i ekonomicznych, które przyczyniły się i przyczyniają w dalszym ciągu, do budowania współczesnej polskiej polityki zdrowotnej.

Summary

SOCIO-ECONOMIC DETERMINANTS OF HEALTH AND HEALTH POLICY AFTER 1989

Last decade of twentieth century and beginning of 21st century is a time of intense social, economic and political changes. Some of them were unequivocally positive and some brought with them, besides benefits, negative consequences and high social costs. Many of these changes also destabilized the state and its subsystems. This includes transformation of health policy and health care. Abandonment of the Siemaszko model and national healthcare, commercialization, introduction of health insurance are just some of initiatives that shape new functional solutions in this area. At the same time, opening up of the Polish economy for Western markets has led to influx of new technologies, accelerated and facilitated exchange of knowledge and experience, and thus progress that has did not miss medicine. This result in changes in behavior and awareness of Poles who want to be treated at a level comparable to that offered to Western European citizens. They expect from the state an health security as well as systemic solutions that ensure that safety. Unfortunately, the lack of political consensus on the direction of change and many mutually exclusive solutions that shape the health policy of the state and organization of healthcare system make it very difficult to meet needs and expectations of citizens in this regard. It can be said that they cause increasing social dissatisfaction with way Individual healing entities and whole system functioning. Therefore, an analysis of key social and economic factors that con-

tribute and continue to contribute to development of contemporary Polish health policy be presented.

Słowa kluczowe: zdrowie, polityka zdrowotna, państwo, system ochrony zdrowia, obywatel, zmiana.

Keywords: health, health policy, the state, health system, citizen, change.

Bibliografia

- Adler Nancy, Newman Katherine, *Socioeconomic Disparities in Health: Pathways and Policies*, "Health Affairs" nr 2, 2002, s. 238-246.
- Domaradzki Jan, *O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowia*, „Hygeia Public Health”, nr 48(4), 2013, s. 408-419.
- Galewicz Włodzimierz, *Zdrowie jako prawo człowieka*, „Diametros”, nr 42, 2014, s. 57-82.
- Godlewski Dariusz, Godlewska Katarzyna, Witek Anna, Wojtyś Piotr, *Analiza stanu zdrowia i potrzeb opieki zdrowotnej na najbliższe lata*, Warszawa: Instytut Wolności, 2016.
- Goryński Paweł, Wojtyniak Bogdan, *Polityka zdrowotna w krajach Europy, Unii Europejskiej i w Polsce*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, t. 86(1), 2005, s. 1-10.
- Holly Romuald, *Racjonalna polityka zdrowotna a procedur i standardy medyczne w systemie ochrony zdrowia*, [w:] *Polityka zdrowotna, t. 1: Rola procedur i standardów medycznych w konstrukcji koszyka świadczeń*, red. nauk. Romuald Holly, Andrzej Lewiński, Warszawa: Krajowy Instytut Ubezpieczeń, 2004.
- Karski Jerzy B., *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*, wyd. 5, Warszawa.
- Krasucki Piotr, *Optymalizacja systemu ochrony zdrowia. Koszty i korzyści*, Warszawa: CeDeWu, 2005.
- Kubiak Michał, *Polityka ochrony zdrowia*, [w:] *Wprowadzenie do polityki społecznej*, red. nauk. Renata Gabryszak, Dariusz Magierka, Warszawa: Difin, 2009.
- Kubów Adam, *Ochrona zdrowia w okresie przemian*, [w:] *Zabezpieczenie społeczne*, red. nauk. Zdzisław Pisz, Wrocław: Wyd. Akademii Ekonomicznej im. O. Langego, 1998.
- Łyszczarz Błażej, Wyszowska Zofia, *Socjoekonomiczne determinanty stanu zdrowia – perspektywa regionalna*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy”, nr 16, 2010, s. 303-313.
- Magnuszewska-Otulak Grażyna, *Wybrane problemy polityki zdrowotnej*, „Problemy Polityki Społecznej i Zdrowotnej”, t. 2, nr 21, 2013, s. 85-107.
- Młynarska Magdalena, Rudnicka-Drożak Ewa, Nowicki Grzegorz, Misztal-Okońska Patrycja, Dyndur Jolanta, Majcher Piotr, *Pojęcie zdrowia w opiniach osób powyżej 65 roku życia*, „Gerontologia Polska”, nr 1, 2015, s. 11-18.
- Realizacja zadań na rzecz pacjentów. Podsumowanie działań i wyzwania na przyszłość*, (brak autora), Warszawa: NFZ, 2015.

- Suchecka Jadwiga, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer business, 2010.
- Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, red. nauk. Bogdan Wojtyniak, Paweł Goryński, Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia – Państwowy Zakład Higieny, 2008, 2012, 2016.
- Szumlicz Tadeusz, *Podmiotowość w zarządzaniu zmianą systemu ochrony zdrowia*, Warszawa: GlaxoSmithKline, 2007.
- Wasiak Anna, Szelaż Paulina, *Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej w latach 2007–2011*, „Journal of Finance and Financial Law”, 2015, II(2), s. 67-85.
- Włodarczyk Włodzimierz C., *Współczesna polityka zdrowotna. Wybrane zagadnienia*, wyd. 2, Warszawa: Wolters Kluwer Polska S.A., 2014.
- World Health Organization: Alma-Ata 1978, *Primary Health Care*, Geneva: WHO, 1978.
- Woźniak Marcin, Brukwicka Irena, Kopański Zbigniew, Kollar Roman, Kollarowa Margita, Bajger Barbara, *Zdrowie jednostki i zbiorowości*, “Journal of Clinical Healthcare”, nr 4, 2015, s. 1-3.
- Zarys systemu ochrony zdrowia w Polsce*, red. nauk. Stanisława Golinowska, Warszawa: NFZ i European Observatory on Health System and Policies, 2012.

Akty prawne

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, „Dz. U.”, nr 78, poz. 83, z późn. zm.
- Preambuła Konstytucji WHO z 1946 r.*
- Universal Declaration of Human Rights*, G.A. Res. 217A (III), U.N. GAOR, 3d Sess., 1st plen. mtg., U.N. Doc. A/810 (Dec. 10, 1948).
- Ustawa z dnia 30. sierpnia 1990 roku o zakładach opieki zdrowotnej*, „Dz. U.”, nr 91, poz. 408, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 24 listopada 1995 roku o zmianie zakresu działania niektórych miast oraz miejskich strefach usług publicznych*, „Dz. U.”, nr 141, poz. 692, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*, „Dz. U.”, nr 28, poz. 153, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia*, „Dz. U.”, nr 45, poz. 391, z późn. zm.
- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 kwietnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, „Dz. U.”, nr 2015, poz. 581, z późn. zm.

Data przesłania artykułu do Redakcji: 2017.06.15.

Data wstępnej akceptacji artykułu przez Redakcję: 2017.06.29.