

Dorota Zbroszczyk

Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny w Radomiu
Katedra Pedagogiki i Psychologii

Problematyka bezpieczeństwa zdrowotnego

The issues of health security

Streszczenie

Artykuł porusza problematykę bezpieczeństwa zdrowotnego, która stanowi bardzo ważny i skomplikowany obszar działań w polityce państwa. Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywatelom jest najważniejszym elementem polityki zdrowia. Poruszając obszar zdrowia należy wskazać na zakres zadań zdrowia publicznego, który rozszerza się wraz z narastaniem zagrożeń cywilizacyjnych.

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo zdrowotne, polityka zdrowotna, zdrowie publiczne

Abstract

The article contains the issues of health security, which provide very important and complicate area of activities in the state policy. The most important element of health policy is to ensure health security for citizens. Concentrating on the area of health, it is necessary to indicate the range of assignments in social health, which widen with growing civilization threats.

Keywords: health security, health policy, public health

Wprowadzenie

Zdrowie we współczesnym świecie traktowane jest nie tylko jako dobra kondycja człowieka, ale też jako podstawowe dobro publiczne oraz jako prawo przysługujące każdemu obywatelowi. Stawia to trudne wyzwania przed rządem państwa polskiego, ze względu na koszty i nakłady jakie trzeba ponieść, aby stworzyć system ochrony zdrowia na odpowiednim poziomie. Odnosi się to przede wszystkim do poszukiwania skutecznych relacji między ponoszonymi przez poszczególnych obywateli i państwo nakładami na opiekę zdrowotną i profilaktykę przy jednoczesnym braniu pod uwagę obciążeń w systemie gospodarczym i społecznym. Zdrowie jest wartością powszechną od zarania dziejów zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym. Zdrowe, aktywne społeczeństwo to również nieoceniona wartość dla gospodarki. Poziom zdrowotności człowieka, tym bardziej całego społeczeństwa jest uwarunkowany wieloma czynnikami, które bywają trudne do określenia w konkretnych wymiarach¹. Poruszając obszar zdrowia należy wskazać na zakres zadań zdrowia publicznego, który rozszerza się wraz z narastaniem zagrożeń cywilizacyjnych. Jednym z naczelných celów zdrowia publicznego jest promowanie zdrowego stylu życia oraz opieka na pacjentami.

Zdrowie publiczne jest aktywnością polityczną, ponieważ dotyczy zmian w sytuacji obiektywnego niedoboru. Tak więc wiele działań wiążących się ze zdrowiem społeczeństwa musi być podejmowane w procesie politycznym demokratycznego państwa prawnego². Można je rozumieć także w perspektywie pewnego sposobu rozwiązywania problemów zdrowotnych. Przede wszystkim jest podejściem społecznym, ponieważ przez działania społeczne, a nie indywidualne szuka się poprawy dobrostanu społecznego, poprzez zapewnienia warunków umożliwiających prowadzenie zdrowszego życia, zmniejszenie zagrożeń, które mogą być odwrócone lub zmniejszone tylko przez działania zespołowe³. Bez względu na różny punkt widzenia i rozumienia pojęcia, zdrowie pu-

¹ M. Cieślarczyk, I.A. Ttrzpil, D. Zbrozczyk, *Bezpieczeństwo zdrowotne w Polsce. Uwarunkowania personalne i strukturalne*, Wyd. UPH, Siedlce 2017, s. 5.

² J. Opolski, *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*, Tom I, Wyd. CMKP, Warszawa 2011, s. 16.

³ N.E. Kass, *An ethics framework for public health*, American Journal of Public Health, 2001; 91 (11): 1776-1782.

bliczne zmienia się w miarę rozwoju technologii medycznych i zmian wartości ważnych dla danego społeczeństwa, cele zdrowia publicznego pozostają te same: zmniejszenie występowania chorób i liczby przedwczesnych zgonów oraz stanów powodujących cierpienie i niepełnosprawność⁴. Od wielu lat dostrzegalna jest nasilająca się dysfunkcja systemu publicznej ochrony zdrowia, czego wyrazem są zakłócenia w funkcjonowaniu opieki podstawowej, przede wszystkim opieki profilaktycznej nad kobietami, dziećmi i młodzieżą, niedostatki ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego, pacjentami z zaburzeniami zdrowia psychicznego, osobami w wieku podeszłym. Zauważalne są problemy w funkcjonowaniu leczenia stacjonarnego, migracja lekarzy i pielęgniarek spowodowana brakiem satysfakcji finansowej pracowników ochrony zdrowia. Zasygnalizowane problemy są składnikiem zmniejszenia poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli⁵. Reakcją na zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia powinna być przede wszystkim poprawa funkcjonowania szpitali publicznych – stworzenia organizacji sieciowej, warunkującej przetrwanie, a przede wszystkim ich rozwój. Temat bezpieczeństwa zdrowia jest uwzględniany w europejskich programach bezpieczeństwa i zdrowia. W celu opracowania europejskiej polityki zdrowia w 2001 r. utworzono Komitet ds. Bezpieczeństwa Zdrowia. Dysponuje on wieloletnim programem pracy i zacieśniania współpracy władz państw członkowskich na rzecz poprawy gotowości i podejmowania konkretnych działań dotyczących zagrożeń dla bezpieczeństwa zdrowia⁶.

Niniejszy artykuł jest próbą przedstawienia wiedzy dotyczącej problematyki bezpieczeństwa zdrowotnego, może także posłużyć jako przesłanka do dalszych prac badawczych w tym kierunku.

⁴ Tamże, s. 17.

⁵ Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie „Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski”,

https://bip.stat.gov.pl/files/gfx/bip/pl/defaultstronaopisowa/462/1/1/bip_stanowisko_rrl_bezp_zdrow_ludnosc.pdf [dostęp:2.05.2018].

⁶ Raport. Bezpieczeństwo zdrowia: zacieśnianie międzynarodowej współpracy, Bruksela 5.12.2008.

Leksykalne ujęcie pojęcia bezpieczeństwo zdrowotne

Rozdzielne zdefiniowanie pojęć zdrowie i bezpieczeństwo jest niezbędne w procesie omawiania tematu, ponieważ w znacznym stopniu ułatwia poruszanie się w zakresie tych treści. Pierwsze wzmianki dotyczące definiowania zdrowia poruszane były już u Arystotelesa.

Arystoteles wskazywał, że pojęcie zdrowia związane jest z duszą i z wiedzą⁷. W kulturze europejskiej zdrowie dostrzegalne były u Hipokratesa, który nazwany został ojcem medycyny europejskiej. Twierdził on, iż stan organizmu uzależniony jest od czterech podstawowych soków – „humorów”: krwi, żółci, śluzu zwierzęcego oraz czarnej żółci. Zaburzenie równowagi między nimi, zwane dyskrazją, miało decydować o zaistnieniu choroby – patologii humoralnej⁸. W myśl jego poglądów dobre samopoczucie – to zdrowie, złe – choroba, która zależy od równowagi między nimi, a tym co nas otacza.

⁷ Zdrowie zatem powstaje wskutek następującego toku rozumowania: skoro zdrowie jest takim a takim określonym stanem, wobec tego jeżeli ma być to musi również zaistnieć ów stan np. jeżeli jest ruch równomierny to jest i ciepło. I rozumuje lekarz tak dalej, aż wreszcie dojdzie do czegoś, na co już sam potrafi oddziaływać. Zastosowany w tym stanie rzeczy ruch doprowadzający do zdrowia nazywamy sztucznym działaniem. Wynika z tego dalej, że zdrowie powstaje w pewien sposób ze zdrowia, a dom z domu, a mianowicie to co jest z materii – z niematerialnego; albowiem sztuka lekarska i budownictwo są formami zdrowia względnie domu, a niematerialna substancją danej rzeczy nazywam jej istotę. Wśród rodzajów powstawania i ruchu, jedne nazywają się myśleniem inne działaniem. Myślenie to ten rodzaj ruchu, który wychodzi z jakiejś zasady i formy, natomiast działanie to ruch, który się wywodzi z ostatecznych wyników myślenia. Podobnie w każdym innym wypadku zachodzącym między jednym a drugim. Zatem, jeżeli ktoś na przykład ma być zdrowy, to w jego ciele musi powstać stan określonej równomierności. Stan ten powstanie wtedy, gdy ciało zostanie ogrzane, a to już jest możliwe i leży w mocy lekarza. A zatem to, co działa i od czego zaczyna się punkt wyjściowy ruchu zdążającego do przywrócenia zdrowia, jako działania sztucznego, jest bytującą w duszy formą; gdyby ten proces przebiegał samoistnie to zaczęłoby się w tym samym punkcie wyjściowym, od którego zaczyna się działanie sztuczne. Takim to punktem wyjściowym do przywrócenia zdrowia jest ogrzanie, a ogrzanie można wywołać pocieraniem. Ciepło cielesne jest już przeto albo sama częścią zdrowia, albo zawiera coś, co bezpośrednio lub pośrednio stanowi jego część. To ostatnie jest czynnikiem zdrowia i jako takie stanowi jego materie, tak jak kamienie stanowią materie domu. Patrz H. Gumprich, *Wybór tekstów z historii filozofii*, Wyd. WSRP, Siedlce 1989, s. 59.

⁸ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Wyd. PWN, Warszawa 2008, s. 18.

W tym miejscu można zastanowić się nad pytaniem, gdzie projektuje się zdrowie? Najprostsza odpowiedzią jest stwierdzenie, że zdrowie tworzy się tam gdzie człowiek żyje, bytuje, pracuje i odpoczywa, czyli tworzy się w zależności od warunków i sposobu życia. Pozwolę sobie również na spostrzeżenie, że szkicuje się ono również w toku procesów politycznych i społecznych. Należy również wskazać, że zarówno zdrowie jak i bezpieczeństwo są kategoriami pozytywnymi (przeciwnieństwo chorób) oraz mają wymiar subiektywny i obiektywny. W przypadku bezpieczeństwa wymiarem subiektywnym jest braku zagrożeń oraz posiadanie poczucie bezpieczeństwa.

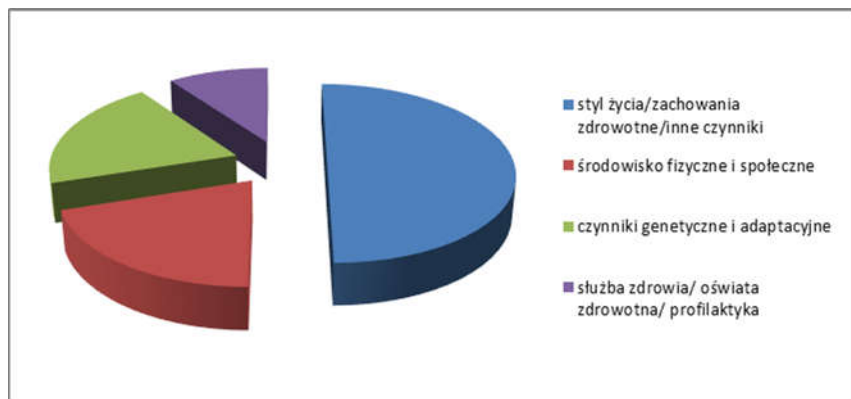
Światowa Organizacja Zdrowia WHO definiuje zdrowie jako stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawność⁹. Zaznacza również, że zdrowie jest wartością, dzięki której jednostka lub grupa może realizować swoje aspiracje i potrzebą osiągnięcia satysfakcji, zmieniać środowisko a przede wszystkim radzić sobie z nim. Podaje dalej, że zdrowie jest środkiem do osiągnięcia lepszej jakości życia a tym samym zasobem dla społeczeństwa gwarantujący jego rozwój społeczny i ekonomiczny; tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe¹⁰. Niezwykle istotny wpływ na definiowanie pojęcia zdrowie miała definicja socjologa T. Parsonsa, która podkreślała, że „(...) zdrowie to stan w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji”¹¹. Konstytutywnymi kryteriami asygnującymi zdrowie są: pokój, stały, stabilny system ekonomiczny, globalne i lokalne bezpieczeństwo obejmujące bezpieczeństwo ekologiczne, mieszkaniowe, żywieniowe, edukacji, sprawiedliwości i równości. Można wyróżnić cztery grupy czynników mających wpływ na zdrowie: styl życia, środowisko fizyczne i społeczne, czynniki genetyczne i adaptacyjne oraz służba zdrowia (rys. 1).

⁹ Definicja Światowej Organizacji Zdrowia.

¹⁰ Raport ZDW 2000. Cele i zadania polskiego programu „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”, Wyd. PZWL, Warszawa 1987.

¹¹ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, dz. cyt., s. 19.

Rysunek 1. Czynniki warunkujące zdrowie

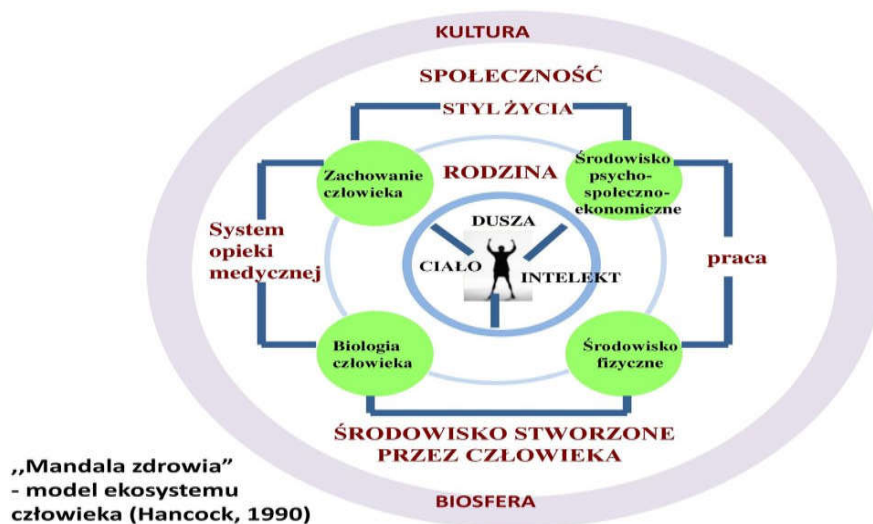


Źródło: Opracowanie własne na podstawie Narodowego Programu Zdrowia 1996-2005.

Styl życia i zachowania zdrowotne implikują w wysokim stopniu stan zdrowia ludności. W Polsce istnieje dużo istotnych nieprawidłowości w zakresie tej grupy czynników. Wśród nich można wskazać na małą aktywność fizyczną ogółu ludności, nieprawidłowości w sposobie żywienia, palenie tytoniu czy nadmierne spożywanie napojów wysokoprotentowych. Zarówno zagrożenia fizyczne jak i społeczne mają także wpływ na kondycję psychiczną i stan zdrowia ludności. Owe zagrożenia fizyczne powstające w środowisku jednostki z jednej strony wiążą się z intensywnym i postępującym procesem urbanizacji, a z drugiej strony z nie trafną polityką ekologiczną i brakiem troski o środowisko. Mimo wielorakich sformułowań dotyczących definiowania zdrowia należy podkreślić, iż zdrowie jest pojęciem wielowymiarowym i subiektywnym, jest kategorią pozytywną, odrębną niż choroba, oznacza dobrostan, pełnię możliwości, a przede wszystkim sprzyja dobrej jakości życia. Być zdrowym to być bezpiecznym w życiu.

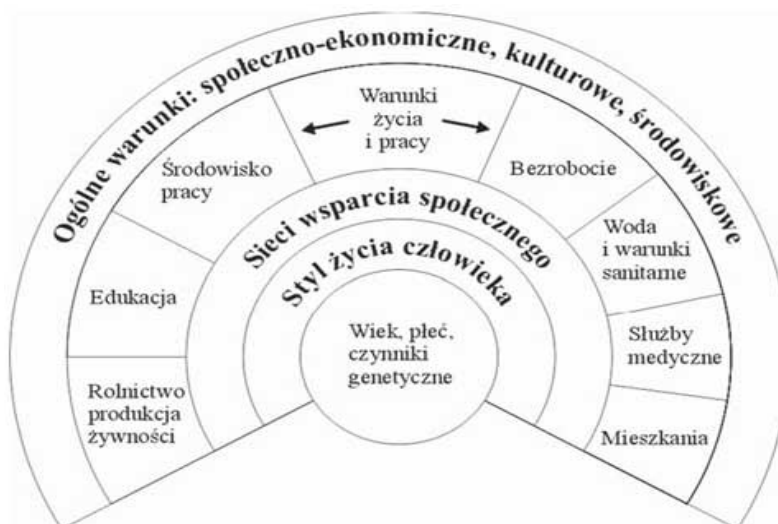
Istnieje wiele modeli czynników warunkujących zdrowie. W artykule przedstawiono dwa z nich Mandalę Zdrowia (rys. 2) oraz Tęczę czynników polityki zdrowia (rys. 3). Wskazane obszary funkcjonowania człowieka obejmują jego poczucie bezpieczeństwa. Bezpieczeństwo człowieka, to skomplikowany, odpowiadający naszym potrzebom system rutynowych rozwiązań zabezpieczających nasze życie i mienie. To także szereg działań i decyzji, jakie człowiek podejmuje, by ograniczyć ryzyko szeroko pojętego niebezpieczeństwa.

Rysunek 2. Mandala Zdrowia



Źródło: B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Wyd. PWN, Warszawa 2008, s. 29.

Rysunek 3. Model czynników warunkujących zdrowie



Źródło: B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Wyd. PWN, Warszawa 2008, s. 46.

Bezpieczeństwo jest stanem pewności i gwarancją jej utrzymania, dającą poczucie stabilizacji i pozwalającą na dalszy rozwój jednostki. Ta konieczność ładu i harmonii jest jedną z fundamentalnych potrzeb człowieka i cechuje się brakiem obawy przed utratą wartości, takich jak życie, zdrowie, uczucia, szacunek, praca, czy dobra, zarówno materialne, jak i niematerialne¹². Brak bezpieczeństwa wywołuje niepokój i poczucie zagrożenia. Problem bezpieczeństwa człowieka zredukowany do jego subiektywnych odczuć w epoce ponowoczesności nie jest nowy¹³, jak i nie jest nowe odniesienie do bezpieczeństwa zdrowotnego człowieka. Łącząc dwa rzeczowniki zdrowie i bezpieczeństwo możemy pokusić się na ustalenie wspólnego mianownika terminologicznego – bezpieczeństwo zdrowotne.

Terminem „bezpieczeństwo zdrowotne” posłużył się Jacek Ruszkowski w ekspertyzie poświęconej w istocie zagadnieniom systemu ochrony zdrowia w Polsce, wskazując iż „(...) brak bezpieczeństwa zdrowotnego odpowiada subiektywnemu poczuciu zagrożenia, jakie spotyka pacjentów i ich rodziny w sytuacji choroby. Pełną redukcję tego uczucia możemy traktować jako osiągnięcie swego rodzaju dobrostanu – poczucia pełnego bezpieczeństwa zdrowotnego”¹⁴.

Istotą pozycję bezpieczeństwo zdrowotne zajmuje w obszarze działań zarówno polityki państwa, jak i w zadaniach przyjętych przez organizacje międzynarodowe, a szczególnie Światową organizację Zdrowia (WHO), której głównym celem jest polepszanie zdrowia i dobrego samopoczucia ludności, usunięcie dyskryminacji w służbie zdrowia i zagwarantowanie skutecznych i dostępnych obywatelom w potrzebie systemów zdrowia¹⁵. Działania podejmowane na rzecz bezpieczeństwa są elementami pozwalającymi na rozwinięcie skutecznych metod,

¹² H. Filipczuk, *Dziecko w placówce wychowawczej*, Wyd. Nasza Księgarnia, Warszawa 1988, s. 105.

¹³ K. Drabik, *Poczucie bezpieczeństwa człowieka w dobie upadku „Wielkich narracji”*, [w:] K. Drabik, M. Żyła (red. nauk.), *Bezpieczeństwo personalne wobec współczesnych zagrożeń i wyzwań*, Wyd. ASW, Warszawa 2017, s. 59.

¹⁴ J. Ruszkowski, *Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego*, Ekspertyza finansowana ze środków projektu nr POPT.03.04.00-00-019/07 w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2007-2013 wykonana na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2010, s. 6; za: P. Grzywna, *Bezpieczeństwo zdrowotne – wprowadzenie do problematyki*, „Studia Politicae Universitatis Silesiensis” 2015, t. 14, s. 115.

¹⁵ M. Cieślarczyk, I.A. Trzpił, D. Zbroszczyk, *Bezpieczeństwo zdrowotne w Polsce. Uwarunkowania personalne i strukturalne*, Wyd. UPH, Siedlce 2017, s. 5.

które mają zapobiegać różnym potencjalnym zagrożeniom człowieka. Chodzi zarówno o zagrożenia w stosunku do podmiotów zewnętrznych, jak i tych, których podłoże może pojawić się w niezależnym systemie bezpieczeństwa jednostki, mające charakter wewnętrzny, psychofizyczny. Pojęcie bezpieczeństwa zdrowotnego jest bardzo szerokie – obejmuje istotne czynniki wpływające na stan zdrowia populacji. Ich współdziałanie jest determinantą procesu uzyskiwania efektów zdrowotnych w skali społecznej. Odpowiada subiektywnemu poczuciu zagrożenia, jakie spotyka pacjentów oraz ich rodziny w sytuacji choroby ponadto wiąże się ściśle z kwestiami dostępności w zakresie zaspokajającym potrzeby zdrowotne. Można bowiem precyzyjnie wymieniać instytucje i regulacje oraz określać cechy, cele i rezultaty polityk, które tworzą subsystem bezpieczeństwa zdrowotnego. Jednym z istotnych zadań bezpieczeństwa zdrowotnego jest właściwe zapewnienie ochrony zdrowotnej społeczeństwu zdolnemu do efektywnego tworzenia dóbr materialnych oraz kulturalnych. Zdrowie ma więc istotne znaczenie ekonomiczne w kontekście rozwoju społeczno-gospodarczego¹⁶.

W Strategii Bezpieczeństwa Narodowego z roku 2007 jest zapis podkreślający, że na problematykę bezpieczeństwa należy patrzeć szerzej, niż tylko przez pryzmat tradycyjnie rozumianego bezpieczeństwa militarnego. Należy mieć także na uwadze bezpieczeństwo ekonomiczne, energetyczne czy społeczno-kulturowe. W ramach tego ostatniego mieści się właśnie bezpieczeństwo zdrowotne. Jak wynika z badań opinii społecznej, dla Polaków to ono jest jednym z najistotniejszych elementów bezpieczeństwa. Zgodnie z przepisami prawa Biuro Bezpieczeństwa Narodowego bezpieczeństwo zdrowotne obywateli jest najważniejszym elementem bezpieczeństwa narodowego¹⁷. Niewłaściwy poziom bezpieczeństwa zdrowotnego odpowiada subiektywnemu poczuciu zagrożenia, jakie spotyka ludzi i ich najbliższe otoczenie w przypadku podejrzenia, zaistnienia lub trwania określonego zespołu chorobowego. Zmniejszenie lub usunięcie tego niekorzystnego wrażenia można traktować jako dojście do pewnego rodzaju dobrostanu, czyli poczucia braku zagrożenia, a więc pełnego bezpieczeństwa zdrowotnego. Wiąże się ono ściśle z niezachwianym przeświadczeniem świadczeniobiorcy o możliwości uży-

¹⁶ B. Bober, *Bezpieczeństwo zdrowotne jako istotny komponent bezpieczeństwa Państwa*, „Studia nad bezpieczeństwem”, nr 1, Wyd. AP, Słupsk 2016, s. 37-38.

¹⁷ <https://www.bbn.gov.pl/pl/wydarzenia/2040,BBN-a-ochrona-zdrowia.html?search=42451> (dostęp: 02.05.2018)

skania wymaganego świadczenia zdrowotnego oraz nieskrępowanym dotarciem do świadczeniodawcy¹⁸. Bezpieczeństwo zdrowotne stało się strategicznym priorytetem, jest wyrażane poprzez: demografię, warunki środowiskowe oraz rozwój technologii (rys. 4).

Rysunek 4. Bezpieczeństwo zdrowotne



Źródło: opracowanie własne na podstawie: B. Bober, *Bezpieczeństwo zdrowotne jako istotny komponent bezpieczeństwa państwa*, Studia nad Bezpieczeństwem, 2016.

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest wskazane, że do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia, w zakresie objętym ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej, należy w szczególności prowadzenie oraz współuczestniczenie w prowadzeniu edukacji w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych a także ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi¹⁹. Podkreślenie znaczenia dostępności świadczeń zdrowotnych ma istotny wpływ na poziom bezpieczeństwa obywateli.

¹⁸ M. Skarżyński, *Możliwości zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce (Wybrane aspekty)*, „Nowiny Lekarskie” 2012, 81, 5, s. 516.

¹⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 11 ust. 1-2.

Diagnozowanie bezpieczeństwa zdrowotnego

Bezpieczeństwo zdrowotne stanowi jedno z ważniejszych obszarów człowieka. Zdefiniowanie pojęcia diagnoza bezpieczeństwa zdrowotnego nie jest zabiegiem łatwym i nastręcza sporo problemów badaczom zajmującym się powyższą problematyką. Sposoby konceptualizacji samego terminu diagnoza bezpieczeństwa zdrowotnego wciąż pozostają niedookreślone. Brak jednolitych i wymagalnych standardów postępowania diagnostycznego oraz brak monitorowania efektów podejmowanych interwencji medycznych stanowi duży problem w obszarze polityki zdrowotnej. Definiowanie bezpieczeństwa zdrowotnego wymaga absolutnie nawiązania do polityki zdrowotnej. I w tym miejscu można zgodzić się z definicją zaproponowaną przez W. Cezarego Włodarczyka, że bezpieczeństwo zdrowotne to (...) dający się wyodrębnić proces intencjonalnie wywołanych zdarzeń odnoszących się do spraw zdrowia w skali ponadjednostkowej, w którym to procesie obecne są rozstrzygnięcia o charakterze władczym²⁰. Oddziaływanie polityki zdrowotnej wpływa na procesy modyfikowania stanu zdrowia, co powoduje, że jej zakres ulega rozszerzeniu, wykraczając poza nakreślony obszar. W podejściu Europejskiej Światowej Organizacji Zdrowia WHO zakłada się, że zasadniczymi celami polityki zdrowotnej są²¹:

- zmniejszanie nierówności w zakresie ochrony zdrowia dzięki zapewnieniu dostępu do systemu ochrony zdrowia;
- umacnianie zdrowia dzięki zapobieganiu chorobom, wypadkom, zagrożeniom;
- zapewnienie organizacji procesów leczenia w sposób, który umożliwi korzystanie z profesjonalnej pomocy oraz opieki zdrowotnej osobom potrzebującym dzięki zapewnieniu poszanowania godności chorego.

Na politykę zdrowia zwraca uwagę Zbigniew Woźniak, precyzując, iż „polityka zdrowotna jest aktywną w formach ochroną zdrowia jednostek i populacji oraz tworzeniem podstaw bezpieczeństwa zdrowotnego we współpracy ze wszystkimi podmiotami operującymi w obszarach odpowiedzialnych pośrednio i bezpośrednio za zdrowotne wa-

²⁰ W.C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna i wykluczenie społeczne*, [w:] *Polityka zdrowotna wobec dostępności, wykluczenia społecznego oraz nierówności w zdrowiu*, red. S. Golinowska, Warszawa 2007, s. 37.

²¹ J. Orczyk, *Polityka społeczna. Uwarunkowania i cele*, Poznań 2008, s. 145.

runki życia, pracy, nauki i wypoczynku oraz świadczenie usług zaspokajających potrzeby zdrowotne²². Przez politykę zdrowotną państwa determinującą poziom bezpieczeństwa zdrowotnego można również rozumieć zespół określonych regulacji prawno-organizacyjnych, kształtujących system opieki zdrowotnej. Polityka zdrowotna jest zatem aktywną formą ochrony zdrowia. Jest to działalność oparta na: rozpoznanych potrzebach zdrowotnych i oczekiwaniach ludności, aktualnej wiedzy medycznej i standardach leczenia, dostępnych zasobach oraz na sprawdzonych rozwiązaniach organizacyjnych. Jest ona realizowana zawsze w powiązaniu z procesem politycznym, ponieważ posiadanie władzy daje możliwość realizacji celów, także celów polityki zdrowotnej²³. Parafrazując powyższą definicję, można stwierdzić, że polityka zdrowotna pełni funkcję ochronną zdrowia mającą na celu rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych człowieka, wykorzystując przy tym posiadany aparat prawny i polityczny. Dlatego też dla właściwego projektowania polityki zdrowotnej niezbędna jest diagnoza środowiskowych zagrożeń dla zdrowia ludności oraz monitorowanie aktualnej sytuacji epidemiologicznej²⁴. Obecnie wskazuje się na kilka czynników mających istotny wpływ na stan zdrowia człowieka: starzenie się społeczeństwa, które implikuje zmianę struktury chorób (zmiany demograficzne); choroby cywilizacyjne (choroby układu krążenia, nowotwory, otyłość dorosłych i dzieci), picie alkoholu i palenie papierosów itd.

Bezpieczeństwo zdrowotne jest stanem zaspokojenia potrzeby zdrowotnej. Na stan zdrowia mogą mieć wpływ nie tylko czynniki biologiczne, ale również i społeczne. Dlatego można wskazać, że zdrowie nie jest tylko domeną medycyny, ale także wielu nauk. Według tej myśli człowiek to przede wszystkim zespół elementów powiązanych względnie prostymi relacjami, wiedza o każdym elemencie i każdej relacji to wiedza o człowieku jako całości²⁵. Zatem zdrowie w tej koncepcji można pojmować jako kategoria uniwersalna i jednoznaczna dla każdej po-

²² Z. Woźniak, *W stronę zdrowia społeczności – socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 66 z. 1/2004, s. 180.

²³ J. Kurkowski, *Silny może więcej*, „Gazeta Lekarska”, nr 4/2000, s. 10-11.

²⁴ A. Ameljańczyk, T. Ameljańczyk, *System monitorowania bezpieczeństwa zdrowotnego w państwie i jego zagrożenia*, „Kolegium Analiz Ekonomicznych”, z. 25/2012, s. 12.

²⁵ T.B. Kulik, *Koncepcja zdrowia w medycynie*, [w:] *Zdrowie publiczne*, (red.) T.B. Kulik, A. Pacian, Wyd. PZWL, Warszawa 2014, s. 5.

sługującej się nią osoby, niezależnie od wpływu i zmian otoczenia. Jednym z istotnych zadań bezpieczeństwa zdrowotnego jest właściwe zapewnienie ochrony zdrowotnej społeczeństwu zdolnemu do efektywnego tworzenia dóbr materialnych oraz kulturalnych. Zdrowie ma więc istotne znaczenie ekonomiczne w kontekście rozwoju społeczno-gospodarczego²⁶. Brak bezpieczeństwa zdrowotnego odpowiada subiektywnemu poczuciu zagrożenia. Poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego to przekonanie o braku (lub niskim prawdopodobieństwie) zagrożeń powodujących utratę (uszczerbek) zdrowia. Aby można było w sposób celowy i racjonalny wpływać na poziom bezpieczeństwa zdrowotnego, musi być możliwość pomiaru jego zagrożeń²⁷, czyli dokonać diagnozy usług publicznych.

Czym zatem jest diagnoza? to nic innego jak sposób dostarczania ludziom wiedzy o nich samych. Słowo diagnoza pochodzi z języka greckiego (*diagnosis*), i oznacza rozpoznanie, wyróżnienie. To odpowiedź na postawione pytania: Jak jest? Dlaczego tak jest? Co należy zrobić, aby było lepiej? Diagnozowanie problemów społecznych jest podstawą każdego działania służącego rozwiązywaniu problemów ludzi, a co za tym idzie – lepszemu zaspokajaniu ich potrzeb i poprawie jakości ich życia. Stosując analogię z medycyną, możemy powiedzieć, że lekarz bez postawienia dobrej diagnozy, czyli rozpoznania choroby, nie jest w stanie zaproponować skutecznego leczenia; co więcej, niekiedy może spowodować nasilenie objawów. Podobnie jest w przypadku problemów społecznych – bez dobrego rozpoznania trudno o skuteczną receptę na ich rozwiązanie²⁸. Diagnoza problemów społecznych dotyczy zjawisk, sytuacji, zachowań, które powodują, że istotne potrzeby społeczne nie mogą być zaspokajane, co może w konsekwencji oznaczać brak poczucia bezpieczeństwa jednostki. Posiadana wiedza na temat występujących zagrożeń społecznych w klarowny sposób przyczyni się do realnego zaplanowania natychmiastowych adekwatnych i realnych działań mających na celu ich ograniczenie lub wyeliminowanie. Pole zainteresowania w przypadku diagnozowania usług użyteczności publicznej obejmuje

²⁶ B. Bober, *Bezpieczeństwo zdrowotne...*, dz. cyt., s. 38.

²⁷ A. Ameljańczyk, *Ochrona przed skutkami nadzwyczajnych zagrożeń*, Warszawa 2011, s. 57.

²⁸ T. Schimanek, *Diagnozowanie problemów społecznych*, Wyd. FISE, Warszawa 2015, s. 2.

między np. promocję i ochronę zdrowia, bezpieczeństwo socjalne, sytuację materialną itd.

W toku diagnozy społecznej rozpatruje się nie tylko wybrany fragment życia człowieka, ale przede wszystkim dokonuje się jego oceny ze względu na dotkliwość i potrzebę zmiany. Ocenie podlegają również wyniki badań z punktu widzenia naukowej rzetelności, jak i zgodności stwierdzonego stanu rzeczy z normami społecznymi i oczekiwaniami dotyczącymi „dobrego życia”²⁹. Do źródeł danych istotnych do prowadzenia diagnozy zdrowia można zaliczyć: sprawozdania, dane statystyczne dotyczące społeczeństwa, gospodarki i sytuacji demograficznej, wypowiedzi respondentów ankiet i wywiadów dotyczące badanego obszaru w tym wypadku szeroko pojętego obszaru zdrowotnego lub obserwacja tych potrzeb.

Diagnozowanie czynników wpływających na stan zdrowia ludności, ocena wyników postępowania zapobiegawczego oraz wyników interwencji przeciwepidemicznych dotyczy raczej dużych populacji ludzkich. Dlatego też za te działania, organizowane na szeroką skalę, odpowiada państwo, gdyż wymagają one szerokiej współpracy międzynarodowej i międzysektorowej oraz udziału licznych instytucji państwowych i samorządowych. Mówiąc o diagnozowaniu bezpieczeństwa zdrowotnego niezwykle istotne wydaje się³⁰:

- opracowywanie prognozy potrzeb zdrowotnych danej społeczności, niezbędnych dla procesu planowania celów i zadań zdrowotnych w określonym horyzoncie czasowym;
- dostarczania danych do ustalania priorytetów dla programów zdrowotnych oraz danych dla procesu alokacji lub realokacji posiadanych zasobów zdrowotnych;
- ocena (ewaluacja) programów zapobiegania i zwalczania poszczególnych chorób; ocena efektywności strategii interwencyjnej, zarówno pod kątem efektów medycznych (*outcome*), jak i aspektów ekonomicznych (*output*);

²⁹ G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny, *Polityka społeczna*, Wyd. PWN, Warszawa 2007, s. 110.

³⁰ M. Sandecki, *Epidemiologia jako podstawowe narzędzie zdrowia publicznego. Determinanty zdrowia. Diagnozowanie sytuacji zdrowotnej*, [w:] *Zdrowie Publiczne. Wybrane Zagadnienia*, (red.) J. Opolski, Wyd. CMKP, Warszawa 2011, s. 72.

- długofalowe monitorowanie konsekwencji zdrowotnych w populacji wynikających z podjętych decyzji politycznych wprowadzających zmiany systemowe w opiece zdrowotnej i w zdrowiu publicznym;
- system nadzoru epidemiologicznego (*epidemiological surveillance*) nad rozwojem aktualnej sytuacji chorobowej oraz nad czynnikami środowiskowymi mogącymi powodować znaczące konsekwencje zdrowotne dla populacji.

Podsumowując powyższe rozważania, można stwierdzić, iż rozwiązanie istniejących lub pojawiających się zagrożeń i problemów społecznych mieści się w kompetencjach wielu podmiotów. Przedmiotem badań nad bezpieczeństwem zdrowotnym mogą być zatem celowe i spontaniczne zmiany czynników społecznych, środowiskowych i biologicznych wpływających na zmianę stanu zdrowia społeczeństwa. Wskakując na warsztat metodologiczny badania bezpieczeństwa zdrowotnego można oprzeć się na szerokim polu badawczym wielu dyscyplin naukowych.

Podsumowanie

Zdrowie stanowi jedną z podstawowych wartości w życiu człowieka, zaś brak jego powoduje subiektywny stan zagrożenia. Permanentny stan zagrożenia może utrzymywać się tak długo, dopóki człowiek nie otrzyma zadawalającej dla niego pomocowy i wsparcia potrzebnego do wyjścia z tego impasu. Znaczący wpływ na poprawę poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego człowieka ma kierunek i szybkość działań pomocowych ze strony instytucji promujących zdrowie. Z pewnością zapobieganie chorobom jest znacznie korzystniejsze i efektywniejsze dla człowieka i systemu opieki zdrowotnej, kiedy stosowana jest właściwa profilaktyka. W tym celu dla uzyskania właściwych warunków zdrowotnych należy brać po uwagę te środowiska, które wspierają zdrowie np. środowisko fizyczne, społeczne, środowisko polityki³¹, zasobów oraz środowisko polityczne. Problem stanowić może jednak poprawne diagnozowanie bezpieczeństwa zdrowotnego człowieka w jego publicznej

³¹ Kierunki działań i strategia reprezentowana przez sektory życia społeczno-gospodarczego, jak rolnictwo, energetyka, transport, przemysł, rynek, ochrona środowiska, kultura, ochrona zdrowia, nauka, edukacja, pomoc i opieka społeczna, patrz: J.B. Karski, *Promocja zdrowia z perspektywy ostatniej dekady XX wieku*, [w:] *Promocja zdrowia*, (red. nauk.) J.B. Karski, Wyd. IGNIS, Warszawa 1999, s. 22.

przeźreni. Brak koordynacji, spójnego systemu zbierania i monitorowania informacji w ochronie zdrowia, dotkliwie odbija się na projektowaniu strategii i wdrażaniu pomysłów na poprawę systemu zdrowia w Polsce. Konsekwencje tej sytuacji będą tak długo, dopóki nie zostaną zaproponowane jakieś rozwiązania, które byłyby furtką dla polityki zdrowotnej. Może w tej sytuacji rozwiązaniem byłoby stworzenie mapy potrzeb zdrowotnych ludzi zamieszkujących na danym obszarze, co ułatwiłoby diagnozowanie bezpieczeństwa zdrowotnego.

Bibliografia

- Ameljańczyk A., *Ochrona przed skutkami nadzwyczajnych zagrożeń*, Warszawa 2011.
- Bober B., *Bezpieczeństwo zdrowotne jako istotny komponent bezpieczeństwa Państwa*, *Studia nad bezpieczeństwem*, nr 1, Wyd. AP, Słupsk 2016.
- Cieślarczyk M., Trzpił I.A., Zbrozczyk D., *Bezpieczeństwo zdrowotne w Polsce. Uwarunkowania personalne i strukturalne*, Wyd. UPH, Siedlce 2017.
- Drabik K., *Poczucie bezpieczeństwa człowieka w dobie upadku „Wielkich narracji”*, [w:] K. Drabik, M. Żyła (red. nauk.), *Bezpieczeństwo personalne wobec współczesnych zagrożeń i wyzwań*, Wyd. ASW, Warszawa 2017.
- Filipczuk H., *Dziecko w placówce wychowawczej*, Wyd. Nasza Księgarnia, Warszawa 1988.
- Firlit-Fesnak G., Szyłko-Skoczny M., *Polityka społeczna*, Wyd. PWN, Warszawa 2007.
- Grzywna P., *Bezpieczeństwo zdrowotne – wprowadzenie do problematyki*, „*Studia Politicae Universitatis Silesiensis*” 2015, t. 14.
- Karski B., *Promocja zdrowia z perspektywy ostatniej dekady XX wieku*, [w:] *Promocja zdrowia*, J.B. Karski (red.), Wyd. IGNIS, Warszawa 1999.
- Kass N.E., *An ethics framework for public health*, *American Journal of Public Health*, 2001; 91 (11).
- Kulik T.B., *Koncepcja zdrowia w medycynie*, [w:] *Zdrowie publiczne*, (red.) T.B. Kulik, A. Pacian, Wyd. PZWL, Warszawa 2014.
- Kurkowski J., *Silny może więcej*, „*Gazeta Lekarska*”, nr 4/2000.
- Opolski J., *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*, Tom I, Wyd. CMKP, Warszawa 2011.

- Orczyk J., *Polityka społeczna. Uwarunkowania i cele*, Poznań 2008.
- Ruszkowski J., *Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego*, Warszawa 2010.
- Sandecki M., *Epidemiologia jako podstawowe narzędzie zdrowia publicznego. Determinanty zdrowia. Diagnozowanie sytuacji zdrowotnej*, [w:] *Zdrowie Publiczne. Wybrane Zagadnienia*, (red.) J. Opolski, Wyd. CMKP, Warszawa 2011.
- Skarżyński M., *Możliwości zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce (Wybrane aspekty)*, „Nowiny Lekarskie” 2012.
- Schimanek T., *Diagnozowanie problemów społecznych*, Wyd. FISE, Warszawa 2015.
- Włodarczyk W.C., *Polityka zdrowotna i wykluczenie społeczne*, [w:], *Polityka zdrowotna wobec dostępności, wykluczenia społecznego oraz nierówności w zdrowiu*, (red.) S. Golinowska, Warszawa 2007.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, Wyd. PWN, Warszawa 2008.
- Woźniak Z., *W stronę zdrowia społeczności – socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 66 z.1/2004.

Raporty

- Raport ZDW 2000. Cele i zadania polskiego programu „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”, Wyd. PZWL, Warszawa 1987.
- Raport. Bezpieczeństwo zdrowia: zacieśnianie międzynarodowej współpracy, Bruksela 5.12.2008.

Akty prawne

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Netografia

- <https://www.bbn.gov.pl/pl/wydarzenia/2040,BBN-a-ochrona-zdrowia.html?search=42451>

Dr Dorota Zbrozczyk – Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny w Radomiu, Katedra Pedagogiki i Psychologii.