

Tadeusz Płusa\*, Henryk Porajski\*\*

## UWARUNKOWANIA STANU ZDROWIA POLSKIEGO SPOŁECZEŃSTWA

DOI: 10.26399/meip.4(67).2019.40/t.plusa/h.porajski

### WPROWADZENIE

Stan zdrowia populacji danego kraju pozostaje w ścisłej zależności od stopnia jego rozwoju ekonomicznego i oddziaływania środowiska naturalnego. Zaburzenie stabilności zjawisk naturalnych lub celowe destrukcyjne działanie człowieka może prowadzić do zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa.

### 1. DANE EPIDEMIOLOGICZNE DOTYCZĄCE POLSKIEGO SPOŁECZEŃSTWA

**Liczba ludności Polski** według Rocznika Statystycznego GUS w 2018 roku wynosiła 38 399 tys. osób zaliczonych do kategorii ludności faktycznej. Wskazuje to, że od 2015 roku liczba ludności zmniejszyła się (przy ujemnym wzroście demograficznym wynoszącym 2,5 na 1000 mieszkańców) i według wyliczeń demografów w 2030 roku w Polsce będzie żyło ok. 35 mln obywateli.

**Przeciętna długość życia** w Polsce wynosi średnio 78,2 lat, w tym 73,5 dla mężczyzn i 81,5 dla kobiet<sup>1</sup>. Z przeprowadzonego spisu liczby ludności

---

\* Tadeusz Płusa – prof. dr hab., Wydział Medyczny, Uczelnia Łazarskiego w Warszawie, e-mail: tadeusz.plusa@lazarski.edu.pl, ORCID 0000-0002-4949-7834

\*\* Henryk Porajski – mgr inż., Wydział Ekonomii i Zarządzania, Uczelnia Łazarskiego w Warszawie, e-mail: porajskihw@wp.pl, ORCID 0000-0002-9111-3179

<sup>1</sup> Rocznik Statystyczny 2018, GUS, Warszawa 2018.

nie wynika, że uległa ona zwiększeniu. Według prognozy GUS odsetek osób starszych będzie się szybko zwiększał i w 2030 roku osiągnie 22,3%. Liczba osób w wieku emerytalnym zwiększy się do 8195 tys. w 2030 roku. Należy przy tym podkreślić, że długość życia jest jednym z podstawowych i najczęściej używanych wskaźników służących do ogólnej oceny stanu zdrowia populacji. Istotnym czynnikiem jest także jakość życia, którą określa się jako **długość trwania życia w zdrowiu** (HLY – Healthy Life Years, lub DFLE – Disability Free Life Expectancy). Przez brak zdrowia rozumie się zazwyczaj ograniczoną sprawność, występowanie określonych chorób przewlekłych, złą samoocenę stanu zdrowia. Z raportu WHO wynika, że obecnie Polacy żyją w zdrowiu przeciętnie 64 lata (63,5 mężczyźni i 64,2 kobiety), a więc o ok. 6 lat krócej niż mieszkańcy krajów UE, przy czym różnica w stosunku do najdłużej żyjących w zdrowiu mieszkańców Szwecji wynosi 7,5 roku, od mieszkańców Litwy zaś, których pozycja w Unii jest pod tym względem najniższa, żyjemy dłużej średnio o 10 lat (tabela 1).

Tabela 1

Przeciętna długość życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności)  
i przy jego braku w Polsce

Płeć	Wiek	W zdrowiu		Z ograniczoną sprawnością	
		Liczba lat	Procent długości życia	Liczba lat	Procent długości życia
<b>Mężczyźni</b>	Średnia	63,5	86,0	10,5	14,0
	>74	8,3	58,3	6,0	41,7
<b>Kobiety</b>	Średnia	64,2	79,0	18,0	25,0
	>81,8	10,0	56,0	9,0	44,0

Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Raport z 30.01.2019 r., <https://www.pzh.gov.pl>, dostęp 30.09.2019.

## 2. CHOROBOWOŚĆ I UMIERALNOŚĆ W POLSCE

**Przyczyną hospitalizacji** chorych w Polsce są głównie choroby układu krążenia (18%), nowotwory (11,4%), choroby układu trawiennego (10,6%), oddechowego (9,3%), urazy (9,1%), choroby zakaźne (2,3%) i pozostałe (39%)<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> OECD Health Data, *Przyczyny hospitalizacji w Polsce*, 2005.

**Zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV)** pomimo istotnego postępu wiedzy i doświadczeń gromadzonych od prawie 35 lat pozostaje nadal chorobą rozpoznawaną późno, w objawowym, zaawansowanym stadium, zarówno w Europie, jak i w Polsce<sup>3</sup>. W naszym kraju skumulowana liczba zarejestrowanych zachorowań rośnie i do końca stycznia 2019 roku wynosiła 24 236 przypadków, natomiast nieznana pozostaje rzeczywista liczba osób zakażonych. Dostępność w pełni refundowanego leczenia antyretrowirusowego (cART), jego skuteczność i bezpieczeństwo przyczyniają się do wydłużenia i poprawy jakości życia osób zakażonych.

**Umieralność** ustalona na podstawie prowadzonych analiz i symulacji w poszczególnych grupach chorobowych wskazuje, że dominującymi przyczynami zgonów mieszkańców Polski są zdecydowanie choroby układu krążenia, a następnie nowotwory złośliwe. Choroby układu oddechowego zajmują czwarte miejsce<sup>4</sup>.

**Analizy symulacyjne umieralności na świecie** wskazują jednoznacznie, że liczba zgonów w 2030 roku z powodu chorób serca i naczyń nadal będzie główną przyczyną zgonów. Natomiast przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) będzie czwartą, zapalenie płuc piątą, a rak płuca szóstą przyczyną zgonów. Jak się okazuje, na występowanie poszczególnych patologii wpływa status ekonomiczny kraju (tabela 2)<sup>5</sup>.

Tabela 2

Główne przyczyny zgonów prognozowanych na 2030 rok  
w zależności od statusu ekonomicznego kraju

Lp.	Na świecie	Kraje o wysokim statusie ekonomicznym	Kraje o umiarkowanym statusie ekonomicznym	Kraje o niskim statusie ekonomicznym
1.	Choroby serca i naczyń	Choroby serca i naczyń	Choroby naczyń mózgowych	Choroby serca i naczyń
2.	Choroby naczyń mózgowych	Choroby naczyń mózgowych	Choroby serca i naczyń	HIV/AIDS

<sup>3</sup> Dane Ministerstwa Zdrowia z lutego 2019 roku, <https://www.gov.pl>, dostęp 30.09.2019.

<sup>4</sup> B. Wojtyński, P. Goryński, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, PZH, Warszawa 2018.

<sup>5</sup> C.D. Mathers, D. Loncar, *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*, „PLOS Medicine” 2006, 3(11), e442.

Tabela 2 (cd.)

Lp.	Na świecie	Kraje o wysokim statusie ekonomicznym	Kraje o umiarkowanym statusie ekonomicznym	Kraje o niskim statusie ekonomicznym
3.	HIV/AIDS	Rak płuca	POChP	Choroby naczyń mózgowych
4.	POChP	Cukrzyca	HIV/AIDS	POChP
5.	Zapalenie płuc	POChP	Rak płuca	Zapalenie płuc
6.	Rak płuca	Zapalenie płuc	Cukrzyca	Powikłania okołoporodowe
7.	Cukrzyca	Choroba Alzheimerera	Rak żołądka	Wypadki drogowe
8.	Wypadki drogowe	Rak jelita grubego	Nadciśnienie tętnicze	Biegunki
9.	Powikłania okołoporodowe	Rak żołądka	Wypadki drogowe	Cukrzyca
10.	Rak żołądka	Rak gruczołu krokowego	Rak wątroby	Malaria

Źródło: C.D. Mathers, D. Loncar, *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*, „PLOS Medicine” 2006, 3(11), e442.

### 3. TENDENCJE I KIERUNKI ZMIAN STANU ZDROWIA OBYWATELI NA ŚWIECIE, W EUROPIE I W POLSCE

Rozwój chorób układu krążenia oraz nowotworowych jest determinowany w znacznym stopniu zachowaniami ludzi i stylem ich życia, a więc czynnikami możliwymi do kontrolowania oraz zależnymi od indywidualnych i zbiorowych decyzji. Spektakularnym dowodem na słuszność tej opinii są wyniki prospektywnych badań, którymi od 1948 roku obejmowano mieszkańców miejscowości Framingham w stanie Massachusetts w Stanach Zjednoczonych. Wykazały one, że wśród badanych czynników na powstawanie chorób oraz przedwczesne zgony mieszkańców tego miasta największy wpływ miały styl życia (53%), a na drugim miejscu środowisko (21%)<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> K. Berra, B.J. Fletcher, L.L. Hayman et al., *Global cardiovascular disease prevention: a call to action for nursing: the global burden of cardiovascular disease*, „The Journal of Cardiovascular Nursing” 2011, 10 (suppl. 2), S1–2.

## Zagrożenie chorobami cywilizacyjnymi

Za choroby cywilizacyjne (zwane także chorobami XXI wieku) uznaje się globalnie szerzące się, powszechnie znane choroby, zależne od stopnia rozwoju cywilizacyjnego społeczeństwa. Nie ma dokładnego podziału i nie można jednoznacznie powiedzieć, czy dana choroba jest chorobą cywilizacyjną, ale powszechnie za takie uznaje się m.in. chorobę wieńcową, nadciśnienie tętnicze i cukrzycę<sup>7</sup>. Badania amerykańskie, kanadyjskie i europejskie oraz polskie dowodzą, że zmniejszenie liczby zgonów z powodu chorób wieńcowych w 50–70% jest uwarunkowane zmianami czynników ryzyka<sup>8</sup>.

Liczba zgonów z powodu chorób sercowo-naczyniowych w 2020 roku może przekroczyć 200 tys. Najbardziej zagrożone są osoby z rodzinną hipercholesterolemią – jak poinformował na seminarium na temat ogólnopolskiego programu profilaktyki w zakresie miażdżycy i chorób serca 19 lipca 2019 roku w Warszawie prof. Michał Zakliczyński ze Śląskiego Centrum Chorób Serca. Dodał on, że np. w 2013 roku na skutek tych chorób zmarło 177 tys. osób.

Intensywny rozwój metod leczenia zarówno ostrej, jak i przewlekłej choroby wieńcowej ma ograniczony wpływ na umieralność. Z badania INTERHEART wynika, że 9 modyfikowanych potencjalnie czynników ryzyka jest odpowiedzialnych za ok. 90% ryzyka wystąpienia zawału mięśnia sercowego<sup>9</sup>. W badaniu IMPACT Poland zwrócono z kolei uwagę na to, że leczenie ostrego zespołu wieńcowego przyczyniło się do zmniejszenia umieralności z powodu tej choroby o jedynie ok. 9%. Natomiast redukcja zgonów mężczyzn o 52% i kobiet o 60% była związana z mniejszym narażeniem tych osób na oddziaływanie uznanych czynników ryzyka wystąpienia choroby<sup>10</sup>. Wskazuje to, że największy wpływ na zmniejszenie liczby zachorowań na chorobę niedokrwinną serca mają działania prewencyjne polegające na zwalczaniu uznanych czynników ryzyka (nadciśnienie tętnicze, brak aktywności fizycznej, brzuszny typ otyłości, palenie tytoniu i niewłaściwa dieta).

<sup>7</sup> A. Januszewicz, W. Januszewicz, E. Szczepańska-Sadowska, M. Sznajderman, *Nadciśnienie tętnicze*, „Medycyna Praktyczna” 2007, Nr 09, s. 488.

<sup>8</sup> F. Young, S. Capewell, E.S. Ford et al., *Coronary mortality declines in the U.S. between 1980 and 2000. Quantifying the contributions from primary and secondary prevention*, „American Journal of Preventive Medicine” 2010, 39, 228–234.

<sup>9</sup> S. Yusuf, S. Hawken, S. Ounpuu et al., *Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART Study): case-control study*, „Lancet” 2004, 364 (9438), 937–952.

<sup>10</sup> P. Bandosz, M. O’Flaherty, W. Drygas, *Decline in mortality from coronary heart disease in Poland after socioeconomic transformation: modelling study*, „BMJ Clinical Research” 2012, 344 (25), d8136.

Przeprowadzona ostatnio analiza wskaźnika stylu życia u chorych po ostrym zespole wieńcowym wykazała konieczność zmiany stylu życia w ramach prewencji wtórnej, prowadzonej podczas rehabilitacji kardiologicznej. Analiza wskaźnika stylu życia u zdrowych sygnalizuje potrzebę podejmowania działań propagujących prozdrowotny styl życia w ramach profilaktyki pierwotnej<sup>11</sup>.

## Zagrożenie chorobami zakaźnymi

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce należy uznać za dobrą. Nie obserwowano epidemicznego występowania chorób zakaźnych, zaś obserwowany wzrost zachorowań na niektóre choroby zakaźne miał, podobnie jak w latach ubiegłych, charakter sezonowy lub był kontynuacją trendów wieloletnich obserwowanych wcześniej. Zauważono znaczący wzrost epidemicznych zachorowań na grypę, w tym wywołaną zakażeniami pandemicznym szczepem wirusa grypy A/H1N1. Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych zostały przedstawione na podstawie przygotowanych przez Państwowy Zakład Higieny w Warszawie na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego *Meldunków dwutygodniowych o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatrucia zgłoszone w 2009 roku*<sup>12</sup>.

W kwietniu 2009 roku w Meksyku wystąpiły pierwsze ogniska zachorowań wywołanych nowym szczepem wirusa grypy. Początkowo została ona określona mianem „świńskiej grypy” jednakże późniejsze badania wykazały, że nowy szczep wirusa A(H1N1)v jest szczepem grypy ludzkiej, który powstał w wyniku reasortacji jego materiału genetycznego z materiałem genetycznym pochodzącym z wirusów grypy świń oraz ptaków. Zmiany antygenowe, które zachodzą w osłonce wirusa z powodu reasortacji, skutkują wyższym potencjałem epidemicznym wirusa (tzw. skok antygenowy) niż mające źródło w kumulacji drobnych mutacji przesunięcie antygenowe, które jest źródłem zmienności wirusów sezonowych. W przypadku reasortacji zmiana charakterystyki antygenowej wirusa jest na tyle duża, że większość ludzi nie jest już dłużej chroniona przez nabytą w drodze zakażeń wirusami grypy krążącymi we wcześniejszych latach odporność krzyżową.

Zachorowania szybko rozprzestrzeniły się na inne kontynenty. Występowanie ognisk epidemicznych po sezonie zachorowań, który zwykle dla półkuli

<sup>11</sup> A. Mejer, R. Irzmański, L. Pawlicki, J. Kowalski, *Ocena stylu życia chorych po świeżo przeżytym ostrym zespole wieńcowym zakwalifikowanych do rehabilitacji kardiologicznej oraz zdrowych*, „Polski Merkurusz Lekarski” 2013, 35/205, s. 39–42.

<sup>12</sup> Państwowa Inspekcja Sanitarna, *Stan sanitarny za 2010 rok*, <https://www.gis.gov.pl>, dostęp 30.09.2019.

północnej przypada na okres jesienno-zimowy (od września do kwietnia), wskazywały na znaczny potencjał szerzenia się nowego wirusa. Spowodowało to uznanie nowego szczepu za pandemiczny i ogłoszenie w dniu 11 czerwca 2009 roku przez WHO pandemii grypy.

Pierwsze zawleczenia choroby do Polski wystąpiły już w maju 2009 roku i ich liczba zwiększała się wraz z nasileniem zachorowań w innych krajach Europy, zwłaszcza w Anglii i Hiszpanii, gdzie zachorowania o charakterze epidemicznym wystąpiły już w okresie wakacyjnym. Epidemiczny wzrost zachorowań na grypę wystąpił natomiast z początkiem listopada, tzn. dwa miesiące wcześniej niż w latach ubiegłych, gdy epidemie były wywoływane przez szczepy sezonowe. Szczep wirusa A(H1N1)v zdecydowanie dominował wśród wirusów grypy, wypierając niemal całkowicie szczep sezonowy A(H1N1) oraz dominujący we wcześniejszych latach szczep A(H3N2). Większość zachorowań miała jednak typowy dla grypy sezonowej, łagodny, samoograniczający się przebieg. Jednakże podobnie jak w przypadku grypy sezonowej, u części chorych przebieg choroby był cięższy. Na wystąpienie powikłań w postaci pierwotnego wirusowego zapalenia płuc lub wtórnych bakteryjnych zapaleń płuc narażone były zwłaszcza osoby z przewlekłymi chorobami płuc, układu krążenia, wątroby, nerek oraz schorzeniami powodującymi obniżenie odporności. W części przypadków wskutek wystąpienia niewydolności oddechowej konieczne było stosowanie wentylacji mechanicznej (respirator) lub pozaustrojowego utlenowania krwi (ECMO). W sezonie grypowym 2018/2019 od września do 15 marca, zgodnie z raportem Rządowego Centrum Bezpieczeństwa, zanotowano łącznie 3 337 044 przypadki grypy. W wyniku powikłań zmarło w tym okresie 108 osób.

#### 4. PRZEDMIOT NADZORU EPIDEMICZNEGO

Skala realnych i potencjalnych zagrożeń decyduje o tym, jakie czynniki środowiskowe powinny być przedmiotem systematycznego nadzoru i wynikających z tych zagrożeń działań represyjnych oraz interwencyjnych.

Dla oceny stanu warunków zdrowotnych ludności w kraju istotne są te elementy otoczenia, które związane są z masową i długotrwałą ekspozycją na czynniki patogenne, jak np.:

- żywność, której zanieczyszczenia chemiczne i mikrobiologiczne implikują istotne skutki zdrowotne,
- woda przeznaczona do spożycia przez ludzi, która może być źródłem groźnych zakażeń lub zatruć,



- środowisko pracy, w którym występują czynniki szkodliwe i uciążliwe dla zdrowia,
- stan sanitarny obiektów żywnościowo-żywnościowych, zakładów opieki zdrowotnej, placówek nauczania i wychowania oraz innych obiektów użyteczności publicznej.

Aktualnie w Polsce działa 16 wojewódzkich, 318 powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz 10 granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych<sup>13</sup>. Zoptymalizowana struktura organizacyjna, coraz nowocześniejsze wyposażenie laboratoriów oraz fachowa, stale podnosząca kwalifikacje zawodowe kadra pozwalają Państwowej Inspekcji Sanitarnej na obiektywną, dotyczącą całego terytorium kraju ocenę stanu sanitarnego, która uwzględnia zarówno istniejące, jak i mogące się pojawić zagrożenia dla zdrowia ludzi. Prowadzenie systematycznych badań oraz dokonywanie okresowych ocen stanu sanitarnego umożliwia monitorowanie sytuacji epidemiologicznej i sanitarnej oraz podejmowanie niezbędnych działań interwencyjnych. Wszelkiego rodzaju analizy i oceny są źródłem informacji do opracowania planów długoterminowych w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz określania priorytetowych kierunków działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Dostęp do wiarygodnych danych we wszystkich obszarach objętych nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie byłby możliwy bez sprawnie działającej bazy laboratoryjnej. Laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonujące badania w szerokim zakresie (badania żywności, wody, różnego rodzaju badania środowiskowe i inne), dysponujące wykwalifikowaną kadrami, odpowiednio przygotowaną infrastrukturą, w tym nowoczesną aparaturą, stanowią podstawowy instrument nadzoru. W laboratoriach wdrażane są i stosowane w codziennej praktyce nowoczesne metody badawcze.

## 5. UWARUNKOWANIA FORMALNOPRAWNE I ORGANIZACYJNE STANU ZDROWIA OBYWATELI W POLSCE

Stan bezpieczeństwa narodowego powinien być rozpatrywany w sytuacji stabilizacji i zagrożenia. W związku z powyższym regulacje normatywne muszą uwzględniać zarówno potencjalne, jak i realne zagrożenie związane z zachwianiem stanu bezpieczeństwa. Jakość bezpieczeństwa narodowego

<sup>13</sup> Państwowa Inspekcja Sanitarna. *Stan sanitarny kraju za 2018 rok*, <https://www.gis.gov.pl>, dostęp 30.09.2019.



zapewniają regulujące tę sferę przepisy prawne, które nie są w pełni spójne z wyznaczonymi celami bezpieczeństwa zdrowotnego.

W obecnie obowiązującym polskim systemie prawnym brak jednego aktu prawnego, który całościowo obejmowałby problematykę bezpieczeństwa narodowego. Prawo regulujące tę sferę obejmuje nie tylko regulacje związane z bezpieczeństwem *sensu stricto*, lecz także te, które wspomagają realizację celów bezpieczeństwa narodowego. W dzisiejszych uwarunkowaniach, gdy bezpieczeństwa nie rozpatruje się tylko przez pryzmat zagrożeń militarnych i działalności obronnej państwa, gdy wiele dziedzin aktywności państwa (i społeczeństwa) wiąże się z zapewnieniem wolności od zagrożeń oraz niezakłóconych warunków bytu i rozwoju, działalność prawodawcza w różnych sferach krzyżuje się i nawzajem przenika<sup>14</sup>.

System prawa Rzeczypospolitej Polskiej, którego treść wiąże się z problematyką bezpieczeństwa, jest niezwykle bogaty w ogromną liczbę aktów bezpośrednio regulujących lub pośrednio wspierających tę dziedzinę. Jej ewolucja jest od wielu lat naturalną konsekwencją przejścia od myślenia w kategoriach bezpieczeństwa militarnego do bezpieczeństwa wszechstronnego, a co za tym idzie rozszerzenia koncepcji bezpieczeństwa poza aspekty suwerenności, integralności terytorialnej i ładu wewnętrznego. W konsekwencji polskie prawo, w ujęciu przedmiotowym, reguluje problematykę bezpieczeństwa w różnych jego przejawach, a głównie: politycznym; militarnym; ekonomicznym; społecznym; ekologicznym; kulturowym; ideologicznym; publicznym i powszechnym oraz informacyjnym.

## 6. UWARUNKOWANIA FORMALNOPRAWNE BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO

Nad zachowaniem bezpieczeństwa zdrowotnego w Polsce czuwają Ministerstwo Zdrowia i podległe mu instytucje. Ministerstwo Zdrowia zostało utworzone na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów jako dział administracji rządowej, którego komórki organizacyjne wykonują w obszarze działania ministra zdrowia m.in. następujące zadania<sup>15</sup>:

- inicjują, opracowują, opiniują i uzgadniają projekty aktów prawnych,
- prowadzą bieżącą analizę zmian obowiązującego prawa,

<sup>14</sup> A. Karkoszka, *Zespół systemu bezpieczeństwa narodowego. Strategiczny przegląd bezpieczeństwa narodowego*, BBN, Warszawa 2012, s. 98–122.

<sup>15</sup> Dz.Urz. MZ 2009 Nr 13, poz. 68.

- realizują zadania wynikające z członkostwa w Unii Europejskiej oraz ze współpracy z innymi organizacjami międzynarodowymi,
- analizują prawo wspólnotowe,
- zadania w zakresie przygotowań obronnych państwa dotyczących administracji zdrowiem:
  - planowanie zadań w zakresie przygotowania i wykorzystania publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej na potrzeby obronne państwa,
  - przygotowywanie rozwiązań organizacyjno-planistycznych na sytuacje kryzysowe lub zagrożenie bezpieczeństwa państwa i wojnę,
  - planowanie rezerw produktów leczniczych i wyrobów medycznych służących realizacji zadań związanych z obronnością i bezpieczeństwem państwa, nieprzewidzianych zdarzeń i klęsk żywiołowych,
  - opracowywanie planów reagowania kryzysowego,
  - nadzorowanie ratownictwa medycznego,
- nadzorują działalność organów oraz jednostek podległych lub nadzorowanych,
- planują wydatki przeznaczone na zadania realizowane w części 46 budżetu (zdrowia).

Do zadań władz publicznych w zakresie zdrowia należy zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a w szczególności:

- tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia,
- analiza i ocena potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany,
- promocja zdrowia i profilaktyka, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu,
- finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.

Do zadań samorządu terytorialnego, w tym zadań własnych gminy w zakresie zdrowia, należy zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności:

- opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy,
- przekazywanie powiatowi informacji o realizowanych programach zdrowotnych,
- inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami,

- podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Do zadań własnych realizowanych przez powiat w zakresie zdrowia należy zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności:

- opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami,
- przekazywanie marszałkowi województwa informacji o realizowanych na terenie powiatu programach zdrowotnych,
- inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu,
- pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia,
- podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.

Do zadań własnych realizowanych przez samorząd województwa w zakresie zdrowia należy zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności zaś:

- opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami,
- przekazywanie wojewodzie informacji o realizowanych na terenie województwa programach zdrowotnych,
- inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia,
- podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.

Do zadań wojewody w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:

- ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa,
- ocena realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego,
- przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do dnia 15 lutego każdego roku, rocznych informacji o zrealizowanych w ubiegłym roku programach zdrowotnych oraz o programach zdrowotnych planowanych na ten rok.

Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń 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,
- ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi,
- opracowywanie i finansowanie oraz ocena efektów programów zdrowotnych, a także nadzór nad ich realizacją,
- finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych oraz innych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa, w tym medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, współdziałanie z organizacjami pozarządowymi o charakterze regionalnym lub ogólnokrajowym działającymi na rzecz ochrony zdrowia,
- sprawowanie nadzoru nad ubezpieczeniem zdrowotnym, zatwierdzanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych,
- opiniowanie sprawozdania finansowego Funduszu,
- przedkładanie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej do dnia 31 sierpnia następnego roku sprawozdania rocznego z działalności Funduszu.

Do zadań ministra właściwego do spraw finansów publicznych w zakresie objętym ustawą należy w szczególności:

- sprawowanie nadzoru w zakresie gospodarki finansowej NFZ,
- zatwierdzanie sprawozdania finansowego Funduszu, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia, oraz przedkładanie sprawozdania wraz z opinią ministra właściwego do spraw zdrowia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej do dnia 31 sierpnia roku następującego po roku, którego to sprawozdanie dotyczy.

Zasady działalności leczniczej pełnionej przez podmioty lecznicze, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także na promocji zdrowia oraz realizacji zadań dydaktycznych i badawczych, w tym wdrażaniu nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, określa ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 roku<sup>16</sup>. Podmiotami leczniczymi są:

- przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców<sup>17</sup> we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej,

<sup>16</sup> t.j. Dz.U. 2018 r. poz. 2190 ze zm.

<sup>17</sup> Dz.U. z 2018 r., poz. 646 ze zm.

- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez ministra obrony narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, ministra sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej,
- instytuty badawcze,
- fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
- posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń,
- osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku państwa do Kościoła katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania,
- jednostki wojskowe
- w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Lekarze i pielęgniarki mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

## 7. UWARUNKOWANIA PRAWNO-FINANSOWE BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO

Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie:

- spółki kapitałowej,
- jednostki budżetowej.

Rodzajami działalności leczniczej są:

- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne: szpitalne i inne niż szpitalne,
- ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne mogą polegać w szczególności na:

- udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych,
- udzielaniu świadczeń zdrowotnych polegających na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia,
- sprawowaniu wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieki nad rodzinami tych pacjentów.

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach przedsiębiorstwa, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne mogą obejmować także udzielanie świadczeń zdrowotnych, które pokrywają swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane są w ambulatorium (przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych), a także w zakładzie badań diagnostycznych i medycznym laboratorium diagnostycznym. Pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą muszą spełniać określone wymagania odpowiednie do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wymagania dotyczą w szczególności warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych.

Warunki udzielania, zakres oraz zasady i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>18</sup>. Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo osoby objęte powszechnym, obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zwane dalej ubezpieczonymi, oraz inne określone w ww. ustawie.

<sup>18</sup> t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm.

Status członka rodziny osoby ubezpieczonej oraz status członka rodziny będącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji zwalnia te osoby z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego osoby podlegającej temu obowiązkowi oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie; przysługują im też świadczenia gwarantowane.

W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W razie zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, który, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie.

Świadczeniobiorca ma prawo wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego, świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniobiorca ma również prawo wyboru lekarza dentystry spośród lekarzy dentyistów, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wybór lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorca potwierdza pisemnym oświadczeniem woli, zwanym dalej „deklaracją wyboru”.

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skie-



rowania lekarza, lekarza dentysty lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne, a do rehabilitacji leczniczej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.

Minister właściwy do spraw zdrowia może usunąć dane świadczenie opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonać zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego, działając z urzędu lub na wniosek:

- konsultantów krajowych z dziedziny medycyny odpowiedniej dla danego świadczenia opieki zdrowotnej,
- stowarzyszeń będących zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym,
- prezesa Funduszu,
- stowarzyszeń i fundacji, których celem statutowym jest ochrona praw pacjenta.

Usunięcie danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania następuje po uzyskaniu rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych, państwowej jednostki organizacyjnej posiadającej osobowość prawną, nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór nad działalnością Agencji, stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności.

Ministrowie, jednostki samorządu terytorialnego lub Fundusz mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować programy zdrowotne dotyczące w szczególności:

- ważnych zjawisk epidemiologicznych,
- innych istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania,
- wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.

Program zdrowotny może być realizowany w ciągu jednego roku albo wielu lat. Do organizowania udzielania świadczeń gwarantowanych i gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi na ich realizację utworzony został Narodowy Fundusz Zdrowia będący państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną. W skład Funduszu wchodzi centrala i oddziały wojewódzkie Funduszu.

Oddziały wojewódzkie Funduszu tworzone są zgodnie z podziałem terytorialnym państwa. W oddziałach wojewódzkich mogą być tworzone placówki terenowe na zasadach określonych w statucie Funduszu.

Środki finansowe Funduszu mogą pochodzić również z kredytów i pożyczek. Prezes Funduszu może zaciągać pożyczki i kredyty, po uzyskaniu zgody ministra właściwego do spraw finansów publicznych i ministra właściwego do spraw zdrowia. Wysokość rat kredytów i pożyczek przypadających do spłaty w danym roku nie może przekroczyć wysokości rezerwy ogólnej przewidzianej w planie finansowym na dany rok.

Prezes Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz z ministrem właściwym do spraw zdrowia w terminie do dnia 15 czerwca sporządza coroczną prognozę przychodów na kolejne trzy lata. Ponadto prezes Funduszu opracowuje projekt planu finansowego Funduszu i przedstawia go, w celu zaopiniowania, w terminie do dnia 15 lipca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan, Radzie Funduszu i komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej. Plan finansowy Funduszu powinien być zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów. Zmiany planu finansowego Funduszu można dokonać w przypadku zaistnienia sytuacji, których nie można było przewidzieć w chwili zatwierdzenia albo ustalenia planu. Może tego dokonać prezes Funduszu lub minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych na uzasadniony wniosek prezesa Funduszu. Do wniosku o zmianę planu dołącza się opinię Rady Funduszu, opinie komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą (który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w drodze konkursu) a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Nadzór nad działalnością Funduszu sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia. Natomiast nadzór w zakresie gospodarki finansowej Funduszu sprawuje, na zasadach przewidzianych w ustawie i przepisach szczególnych, minister właściwy do spraw finansów publicznych, stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności.

## 8. UWARUNKOWANIA ORGANIZACYJNE BEZPIECZEŃSTWA NARODOWEGO I ZDROWOTNEGO

Bezpieczeństwo narodowe jest potrzebą i dobrem narodowym, ale może być traktowane jako system społeczny i twór organizacyjny. Pozwala to na opisanie go jako uporządkowanego zbioru elementów społecznych, kulturowych i materialno-technicznych dla realizacji określonych celów – ochrony i obrony dóbr, celów i interesów narodowych, a także bezpieczeństwa zdrowotnego.

W Polsce utworzono organizacyjne systemy, które ze względu na ich odrębność i brak systemu nadrzędnego można określić mianem szczególnych systemów bezpieczeństwa (operacyjne systemy bezpieczeństwa). Należą do nich systemy<sup>19</sup>:

- obronny (system obronny państwa), powołany dla przeciwstawienia się wszelkim zagrożeniom żywotnych interesów narodowych, w tym zagrożeniom militarnym,
- ochrony granicy państwowej, mający na celu niedopuszczenie do nielegalnego jej przekraczania i przewożenia towarów bez zezwolenia, a także zapobieganie przenikaniu przez granicę chorób zakaźnych lub materiałów niebezpiecznych,
- ochrony ludności, mający na celu ochronę ludności cywilnej przed niebezpieczeństwami spowodowanymi działaniem sił natury i (lub) działalnością człowieka, przewyżczanie ich następstw, a także zapewnienie warunków koniecznych do przetrwania,
- zarządzania kryzysowego, obejmującego działalność organów administracji publicznej polegającą na zapobieganiu sytuacjom kryzysowym, przygotowaniu do przejmowania nad nimi kontroli w drodze zaplanowanych działań, reagowaniu w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych, usuwaniu ich skutków oraz odtwarzaniu zasobów i infrastruktury krytycznej,
- ratownictwa, m.in. Krajowy System Ratowniczo-Gaśniczy, Państwowe Ratownictwo Medyczne,
- ochrony państwa i jego porządku konstytucyjnego (system ochrony państwa), którego celem jest rozpoznawanie, zapobieganie, wykrywanie i przeciwdziałanie zagrożeniom godzącym w bezpieczeństwo, obronność, niezależność i ciągłość państwa (dotyczy to głównie aktów szpiegostwa, terroryzmu, naruszeń tajemnicy państwowej, przestępstw przeciwko państwu i jego porządkowi konstytucyjnemu),

<sup>19</sup> A. Karkoszka, *op. cit.*, s. 58–79.

- ochrony bezpieczeństwa i porządku publicznego, przeznaczony do zapewnienia ochrony życia, zdrowia, mienia i innych wartości przed bezprawnymi działaniami oraz ochrony zasad współżycia społecznego i stosunków regulowanych normami prawnymi i zwyczajami,
- ochrony informacji niejawnych, służący podejmowaniu działań na rzecz ochrony informacji, których nieuprawnione ujawnienie spowodowałoby lub mogłoby spowodować szkody dla Rzeczypospolitej Polskiej albo byłoby z punktu widzenia jej interesów niekorzystne,
- ochrony danych osobowych, realizujący regulacje prawne dotyczące tworzenia i posługiwania się zbiorami danych osobowych, a także pojedynczymi danymi, mające na celu administracyjno-prawną ochronę prawa do prywatności,
- ochrony przeciwpożarowej, polegającej na realizacji przedsięwzięć mających na celu ochronę życia, zdrowia, mienia lub środowiska przed pożarem, klęską żywiołową lub innym miejscowym zagrożeniem, zapewnienie sił i środków do zwalczania tych zagrożeń oraz prowadzenie działań ratowniczych,
- ochrony przeciwpowodziowej oraz przeciwdziałania skutkom suszy na obszarze państwa, obejmującej: zachowanie i tworzenie systemów retencji wód, budowę i rozbudowę zbiorników retencyjnych, suchych zbiorników przeciwpowodziowych oraz polderów przeciwpowodziowych; racjonalne retencjonowanie wód oraz użytkowanie budowli przeciwpowodziowych, a także sterowanie przepływami wód; funkcjonowanie systemu ostrzegania przed niebezpiecznymi zjawiskami zachodzącymi w atmosferze oraz hydrosferze; kształtowanie zagospodarowania przestrzennego dolin rzecznych lub terenów zalewowych, budowanie oraz utrzymywanie wałów przeciwpowodziowych, a także kanałów ulgi,
- inne (np. osłony hydrologiczno-meteorologicznej; monitoringu środowiska; ochrony infrastruktury krytycznej; ochrony systemów informacyjnych; walki z terroryzmem, ochrony zabytków).

## 9. UWARUNKOWANIA ŚWIADOMOŚCIOWE

Bezpieczeństwo zdrowotne jest istotną potrzebą człowieka i grup społecznych, pozostając w nierozdzielalnym związku z rozwojem i życiem człowieka. Wśród poprzednio przedstawionych uwarunkowań organizacyjno-prawnych duże znaczenie mają także uwarunkowania świadomościowe i środowiskowe.

Uwarunkowania świadomościowe obejmują zarówno kulturę bezpieczeństwa zdrowotnego w poszczególnych grupach społecznych, w tym w środowisku służby zdrowia, jak i innych grupach zawodowych, które powiązane są z kształ-

towaniem bezpieczeństwa zdrowotnego dzieci, bezpieczeństwa i higieny pracy oraz opieki nad ludźmi starszymi. Szczególnie istotna w tym procesie jest kultura bezpieczeństwa zdrowotnego, edukacja zdrowotna i profilaktyka, w tym styl życia obywateli, oczekiwania i opinie o funkcjonowaniu systemu zdrowia<sup>20</sup>.

Wśród zachowań zdrowotnych wyróżniamy<sup>21</sup>:

- zachowania prozdrowotne – pozytywnie wpływające na nasze zdrowie, należą do nich: zbilansowana dieta, aktywność ruchowa, higiena, umiejętność radzenia sobie ze stresem, wykonywanie okresowych badań profilaktycznych,
- zachowania antyzdrowotne – mające negatywny wpływ na nasze zdrowie, należą do nich: nałogi, przypadkowe kontakty seksualne, brak ruchu, brak odpowiedniej diety, zapominanie o badaniach profilaktycznych, nadużywanie leków, substancji odurzających, stres, brak odpoczynku.

Celem promocji zdrowia jest ciągłe mobilizowanie populacji do uczestnictwa w działaniach podejmowanych na rzecz zdrowia. Ważne jest wsparcie poszczególnych osób z rodziny, a także grupy społecznej oraz władz lokalnych, dzięki którym praktykowane zachowania zdrowotne stałyby się normą społeczną.

Zgodnie z ustaleniami zawartymi w Karcie Ottawskiej (1986) w promocji zdrowia wyróżnia się pięć wzajemnie powiązanych strategii działania:

- 1) budowanie prozdrowotnej polityki publicznej,
- 2) tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu,
- 3) wzmacnianie działań społeczeństwa na rzecz zdrowia,
- 4) rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu,
- 5) reorientacja systemu opieki zdrowotnej<sup>22</sup>.

Edukacja zdrowotna jest kluczowym elementem, który ma wspomóc terapię chorób, zapobiec im oraz promować zdrowie. Aby ludzie mogli uczestniczyć w procesach leczenia oraz potrafili zapobiegać złym stanom zdrowia i wzmacniać swój organizm, muszą przede wszystkim wiedzieć, jak to robić. Edukacja zdrowotna jest bardzo ważna przede wszystkim dla osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych oraz w przypadku wszelkiego rodzaju urazów, chorób zakaź-

<sup>20</sup> A. Trzpił, *Uwarunkowania bezpieczeństwa zdrowotnego*, [w:] M. Cieślarczyk, A. Filipek, A.W. Świdorski, J. Wązniewska (red.), *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego, Siedlce 2011, s. 35–47.

<sup>21</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, wyd. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 53.

<sup>22</sup> Z. Słońska, M. Misiuna, *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Agencja Promo-Lider, Warszawa 1993, s. 34–35.

nych czy infekcji różnych układów. Rola lekarza, pielęgniarki czy rehabilitanta podczas każdego spotkania z człowiekiem chorym powinna mieć charakter edukacyjny, gdyż wpływa to niezwykle korzystnie na efekty leczenia, poprawę samopoczucia chorego, a także w pewnym stopniu zmniejsza koszty leczenia<sup>23</sup>. Aby edukacja zdrowotna miała sens, musi być skierowana do ludzi w każdym wieku. Już od najmłodszych lat powinno się edukować dzieci w sferze zdrowia.

Programy edukacji zdrowotnej powinny cechować się przede wszystkim swobodą w doborze treści i metod edukacji w zależności od potrzeb uczniów, możliwości szkoły oraz klasy. Istotnym elementem jest także nawiązanie dialogu z uczniami oraz zainteresowanie ich tematyką i rozpoznanie ich potrzeb. Aby edukacja spełniała swoją funkcję, muszą być w nią zaangażowani także ludzie spoza środowiska szkolnego, dlatego też wyróżnia się edukację bezpośrednią – nauczanie realizowane w szkole, oraz edukację pośrednią, do której przyczyniają się rodzice dzieci. Tymczasem większość rodziców jest bierna. Stanowi to doniosły problem, ponieważ rodzina powinna być największym sojusznikiem szkoły w kreowaniu prawidłowych, zdrowych zachowań uczniów.

Edukacją osób przewlekle chorych powinni zajmować się przede wszystkim lekarze specjaliści oraz zespoły terapeutyczne. Leczenie osób przewlekle chorych nie opiera się tylko i wyłącznie na farmakologii, ale przede wszystkim na terapii psychologicznej i edukacji, która jest elementem całościowego postępowania terapeutycznego. Ma ona nauczyć chorych, jak dążyć do osiągnięcia maksimum swoich zdolności fizycznych oraz psychicznych. Chory zmuszony jest posłużyć się przeróżnymi metodami, które umożliwią mu kompensowanie zaburzonych funkcji<sup>24</sup>.

Głównym zadaniem edukacji chorych przewlekle jest umożliwienie im powrotu do życia choćby podobnego do życia ludzi zdrowych. Celem jest udzielenie pomocy w zrozumieniu choroby, w życiu z nią, wykorzystując przy tym wszystkie możliwości oraz zasady, a przede wszystkim prowadząc do wzbudzenia radości życia w chorym. Edukacja zdrowotna powinna także polegać na uczeniu o funkcjonowaniu służby zdrowia, sposobach i możliwościach korzystania z niej, trzeba również podnosić poziom wiedzy na temat zdrowia i choroby, a także radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Do każdego pacjenta należy podchodzić indywidualnie, przekazując informacje dotyczące patogenezы choroby, profilaktyki oraz powikłań nie tylko wczesnych, ale także późniejszych. Pacjent powinien otrzymywać wyczerpujące informacje o samokontroli w chorobie oraz o tym, jak nadać życiu odpowiednią jakość.

<sup>23</sup> B. Woynarowska, *op. cit.*, s. 126–127.

<sup>24</sup> *Ibidem*, s. 266.



## 10. INNE RODZAJE UWARUNKOWAŃ

Zdrowie jest nieodłączną częścią egzystencji każdego z nas. Co więcej, brak umiejętności czytania czy pisania stanowi poważny problem, który oddziałuje negatywnie na funkcjonowanie w środowisku opieki zdrowotnej. Edukacja zdrowotna ma na celu określenie zależności między umiejętnościami czytania i pisania pacjentów a postępowaniem zgodnie z zaleceniami lekarzy i pielęgniarek. Chodzi tu głównie o rozumienie informacji zawartych w ulotkach, broszurach, zaleceniach lekarskich, formularzach zgody na zabiegi czy terapię. Ma to również istotny wpływ na umiejętność negocjowania kompleksowych usług w zakresie opieki zdrowotnej, słuchanie, analizowanie, podejmowanie różnych decyzji związanych z własnym zdrowiem. Koniecznymi umiejętnościami są także obliczanie dawek zażywanych leków i interpretowanie wyników badań lekarskich<sup>25</sup>.

WHO przyjęła następujące rozumienie alfabetyzmu:

„Alfabetyzm zdrowotny to umiejętności kognitywne i społeczne determinujące motywacje i zdolność jednostek do uzyskiwania dostępu do informacji, zrozumienia i wykorzystania ich w sposób służący wspieraniu, utrzymywaniu zdrowia w dobrym stanie. Alfabetyzm zdrowotny oznacza coś więcej niż umiejętność czytania broszur i pomyślnego odbywania wizyt u lekarza. Również zwiększenie dostępu do informacji zdrowotnych oraz zdolności ludzi do ich skutecznego wykorzystywania. Alfabetyzacja zdrowotna stanowi kluczowe pojęcie w odniesieniu do uzyskania kontroli nad własnym życiem”<sup>26</sup>.

Brak umiejętności odczytywania informacji o zdrowiu utrudnia angażowanie się obywateli w życie społeczne i wspólne dbanie o rozwój praw, dostępu do świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwa, a więc realizowanie idei promocji zdrowia i zdrowia publicznego. Niska wiedza o zdrowiu pociąga za sobą również skutki ekonomiczne. Powoduje niekorzystne zmiany w zachowaniach pacjentów, a w konsekwencji szereg chorób, których leczenie generuje dodatkowe koszty. Taki stan rzeczy kształtuje funkcjonowanie całego systemu opieki zdrowotnej, np. zmniejsza się jego wydolność. Niezbędne jest mnożenie i intensyfikacja edukacji zdrowotnej. Im większa ilość i jakość programów zdrowotnych, tym wyższy poziom rozumienia zdrowia (*health literacy*) można osiągnąć.

Wśród osób mających problemy z alfabetyzmem zdrowotnym więcej jest pacjentów chorujących przewlekłe (gł. nadciśnienie, cukrzyca, astma),

<sup>25</sup> B.J. Karski, *Praktyka i teoria promocji zdrowia*, CeDeWu, Warszawa 2003, s. 63–64.

<sup>26</sup> M. E. Kowalska, P. Kalinowski, U. Bojakowska, *The concept of health literacy in health promotion*, „Journal of Education, Health and Sport” 2017; 7(9) s. 430–438.



niekorzystających z opieki profilaktycznej, częściej i dłużej przebywających w szpitalu. Niski poziom świadomości zdrowotnej ma również niekorzystny wpływ na jakość życia, częstość występowania chorób nowotworowych oraz umieralność. Widocznymi oznakami braków w alfabetyzacji zdrowotnej są m.in.: przerywanie terapii antybiotykowej, rezygnacja bądź samowolna zmiana leczenia, brak reakcji na wczesne oznaki choroby, brak znajomości podstawowych terminów medycznych, takich jak: dieta niskocholesterolowa, na czczo, choroba przewlekła, nowotwór, zakażenie, nosiciel<sup>27</sup>.

## PODSUMOWANIE

Z punktu widzenia regulacji zakresu kompetencji i powinności prawo bezpieczeństwa RP wyróżnia właściwości: organów władzy publicznej oraz innych organów i instytucji państwowych, przedsiębiorców, organizacji pozarządowych, a także społeczeństwa obywatelskiego i poszczególnych obywateli. W świetle obowiązujących w Polsce przepisów nie można jednak jednoznacznie przyjąć, że istnieje formalny system bezpieczeństwa narodowego (SBN). Brak bowiem w Polsce jednoznacznych regulacji prawnych dla takiego systemu, który powinien być wyodrębniony ze struktury państwowej i wewnętrznie skoordynowany.

Należy również poddać analizie wpływ, jaki na sytuację epidemiologiczną obywateli RP ma kryzys związany z uchodźcami i nielegalną emigracją. Intensywny ruch graniczny nie daje możliwości pełnej kontroli stanu zdrowia przekraczających granicę RP. Wynika to m.in. ze szczupłości środków przeznaczonych na tę ochronę. Zajmuje się tym tylko 10 stacji sanitarno-epidemiologicznych służących temu celowi. W 2018 roku granice naszego państwa przekroczyło ogółem 52 291 128 osób, w tym 36 013 770 cudzoziemców, a 5524 osoby – nielegalnie. Granicę przekroczyło również 12 435 345 środków transportu<sup>28</sup>, co pokazuje skalę problemu i potencjalne zagrożenia dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli naszego kraju.

<sup>27</sup> A. Baryszników, *Dobra komunikacja = zdrowszy pacjent*, 29.03.2013, <http://www.mia-stowformie.pl/artykuly/artykul.php?id=52>, dostęp 30.09.2019.

<sup>28</sup> *Informacja statystyczna za 2018 rok Straży Granicznej*, KG SG, Warszawa 2019.

## BIBLIOGRAFIA

- Bandosz P., O'Flaherty M., Drygas W., *Decline in mortality from coronary heart disease in Poland after socioeconomic transformation: modeling study*, „BMJ Clinical Research” 2012, 344 (25), d8136.
- Baryszników A., *Dobra komunikacja = zdrowszy pacjent*, 29.03.2013, <http://www.miastowformie.pl/artykuly/artykul.php?id=52>, dostęp 30.09.2019.
- Berra K., Fletcher B.K., Hayman L.L. et al., *Global cardiovascular disease prevention: a call to action for nursing: the global burden of cardiovascular disease*, „The Journal of Cardiovascular Nursing” 2011, 10 (suppl. 2), S1–2.
- Rocznik Statystyczny 2018 r., GUS, Warszawa 2018.
- Informacja statystyczna za 2018 rok Straży Granicznej, KG SG, Warszawa 2019.
- Januszewicz A., Januszewicz W., Szczepańska-Sadowska E., Sznajderman M., *Nadciśnienie tętnicze*, „Medycyna Praktyczna” 2007, nr 09.
- Karkoszka A., *Zespół systemu bezpieczeństwa narodowego. Strategiczny przegląd bezpieczeństwa narodowego*, 2012.
- Karski B.J., *Praktyka i teoria promocji zdrowia*, CeDeWu, Warszawa 2003.
- Kowalska M. E., Kalinowski P., Bojakowska U., *The concept of health literacy in health promotion*, „Journal of Education, Health and Sport” 2017;7(9).
- Mathers C.D., Loncar D., *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*, „PLOS Medicine” 2006, 3(11), e442.
- Mejer A., Irzmański R., Pawlicki L., Kowalski K., *Ocena stylu życia chorych po świeżo przebyłym ostrym zespole wieńcowym zakwalifikowanych do rehabilitacji kardiologicznej oraz zdrowych*, „Polski Merkuriusz Lekarski” 2013, 35/205.
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Raport z 30.01.2019 r., <https://www.pzh.gov.pl>, dostęp 30.09.2019.
- OEDC Health Data, *Przyczyny hospitalizacji w Polsce*, 2005.
- Państwowa Inspekcja Sanitarna, Stan sanitarny za 2010 rok, <https://www.gis.gov.pl>, dostęp 30.09.2019.
- Państwowa Inspekcja Sanitarna, Stan sanitarny kraju za 2018 rok, <https://www.gis.gov.pl>, dostęp 30.09.2019.
- Słońska Z., Misiuna M., *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Agencja Promo-Lider, Warszawa 1993.
- Trzpił A., *Uwarunkowania bezpieczeństwa zdrowotnego*, [w:] M. Cieślarczyk, A. Filipek, A.W. Świdorski, J. Ważniewska (red.), *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego, Siedlce 2011.

- Wojtyniak B., Goryński P., *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, PZH, Warszawa 2018.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, wyd. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Young F., Capewell S., Ford E.S. et al., *Coronary mortality declines in the U.S. between 1980 and 2000. Quantifying the contributions from primary and secondary prevention*, „American Journal of Preventive Medicine” 2010, 39.
- Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S. et al., *Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART Study): case-control study*, „Lancet” 2004, 364 (9438).

## UWARUNKOWANIA STANU ZDROWIA POLSKIEGO SPOŁECZEŃSTWA

### Streszczenie

Bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa jest elementem bezpieczeństwa narodowego. Organizacja i sprawność działania systemu ochrony zdrowia decydują o skutecznym przeciwdziałaniu zagrożeniom spowodowanym działaniami natury oraz aktywnością celową ludzi. Zagrożenie chorobami cywilizacyjnymi i zakaźnymi postrzegane jest obecnie zarówno jako problem współczesnej medycyny, jak i problem społeczno-polityczny. Uwarunkowania formalnoprawne i organizacyjne stanu zdrowia obywateli w Polsce wskazują na brak jednego aktu prawnego, który całościowo obejmowałby problematykę bezpieczeństwa narodowego, w tym bezpieczeństwa zdrowotnego.

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo zdrowotne, system ochrony zdrowia, zagrożenia chorobami cywilizacyjnymi i zakaźnymi

## DETERMINANTS OF POLISH SOCIETY'S STATE OF HEALTH

### Abstract

Society health safety is an element of national security. Organisation and efficiency of the healthcare system are decisive factors in effective prevention of threats resulting from nature and purposeful human activities. Vulnerability to civilizational and contagious diseases is currently perceived as a challenge to contemporary medical science, and a social and political problem.

Formal, legal and organisational determinants of the citizens' of Poland state of health indicate there is a lack of a single legal act that would entirely cover the issue of national security, including health safety.

Key words: health safety, healthcare system, vulnerability to civilizational and contagious diseases

## ФАКТОРЫ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ УРОВЕНЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПОЛЬСКОМ ОБЩЕСТВЕ

### Резюме

Охрана здоровья в обществе является одним из элементов национальной безопасности. Организация и эффективность системы здравоохранения служат фактором эффективного противодействия угрозам, вызванным природными катаклизмами и целенаправленной деятельностью людей. Угроза распространения болезней цивилизации и инфекционных заболеваний в настоящее время рассматривается как в контексте проблем современной медицины, так и социально-политических проблем. Анализ формально-правовых и организационных факторов состояния здоровья граждан в Польше позволяет утверждать об отсутствии единого законодательного акта, в котором проблематика национальной безопасности, в том числе охраны здоровья, нашла бы всестороннее и исчерпывающее отражение.

Ключевые слова: охрана здоровья, система здравоохранения, угроза распространения болезней цивилизации и инфекционных заболеваний

### Cytuj jako:

Plusa T., Porajski H., *Uwarunkowania stanu zdrowia polskiego społeczeństwa*, „*Myśl Ekonomiczna i Polityczna*” 2019 nr 4(67), s. 106–131. DOI: 10.26399/meip.4(67).2019.40/t.plusa/h.porajski

### Cite as:

Plusa, T., Porajski, H. (2019), 'Uwarunkowania stanu zdrowia polskiego społeczeństwa' ['Determinants of Polish society's state of health'], *Myśl Ekonomiczna i Polityczna* 4(67), 106–131. DOI: 10.26399/meip.4(67).2019.40/t.plusa/h.porajski