

Paweł Grzywna

Bezpieczeństwo zdrowotne — wprowadzenie do problematyki

Abstract: Health security — an introduction to the problems

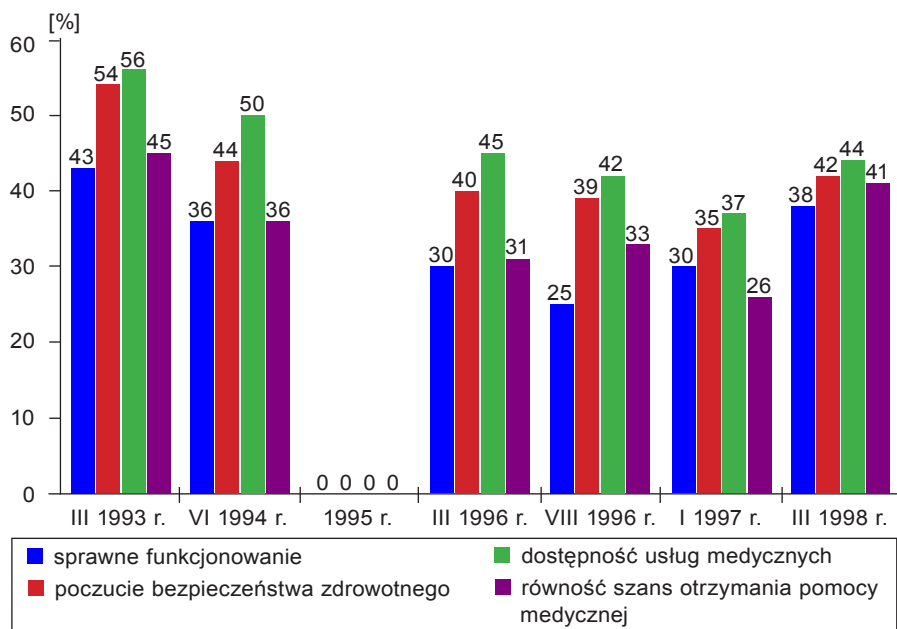
The aim of this paper is to present and analyze the concept of health security. The main categories conditioning the health security will be explained, including the security context of the sectoral approach. Furthermore, objective and subjective aspects of health security will be taken into consideration in this paper.

Key words: health security, political discourse, human security, systemic transformation

Terminy „zdrowie” oraz „bezpieczeństwo” stanowią ważne kategorie przywoływane we współczesnym dyskursie politycznym, społecznym, ale także i naukowym. Istotną przesłanką skłaniającą do podjęcia tejsze tematyki w sposób łączny stało się rosnące znaczenie problematyki bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Bezpieczeństwo zdrowotne obecne jest w polskim dyskursie politycznym co najmniej od początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku. Dylematy wynikające z transformacji systemowej w sferze organizacji ochrony zdrowia, a w szczególności mechanizmów jej finansowania, wywoływały poważne kontrowersje społeczne. Opinie o wybranych aspektach funkcjonowania państwowej podówczas służby zdrowia zawiera wykres 1.

Wyraźna tendencja spadkowa w latach 1993—1997 w zakresie pozytywnych ocen funkcjonowania systemu ochrony zdrowia obejmowała wszystkie rozpatrywane sfery. Nieznaczną zmianą trendu w roku 1998 wynikać mogła ze zbliżającej się fundamentalnej reorganizacji systemu ochrony zdrowia, której jednym z deklarowanych celów było zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. Jednakże pomimo publicznych gwarancji



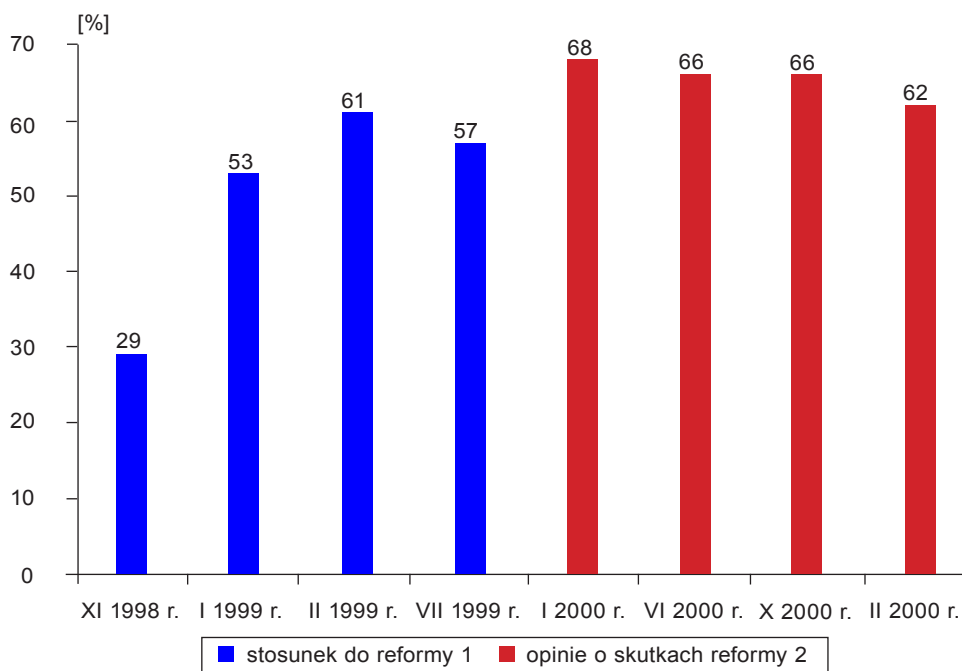
Wykres 1. Opinie o funkcjonowaniu państwowej służby zdrowia w latach 1993—1998

Objaśnienia: Skumulowane odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak” udzielone na pytanie o opinię dotyczącą funkcjonowania państwowej służby zdrowia.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Raportów z badań Centrum Badania Opinii Społecznej za lata 1993—1998 zamieszczonych na stronie <http://www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty.php> (dostęp: 03.12.2014).

podjętym działaniom nie towarzyszyła kompleksowa analiza złożoności procesów, które miały przywrócić zachwiane bezpieczeństwo. Już w pierwszych latach zmian wyraźnie zarysowały się negatywne opinie o reformie służby zdrowia — zamiast podnoszenia poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego odnotowano wzrastający wskaźnik obaw związanych z reformą oraz z jej skutkami (wykres 2). Ogólna ocena systemu ochrony zdrowia, włącznie z poziomem jakości świadczeń oraz usług medycznych, pozostawała na bardzo niskim poziomie, co skutkowało również niskim poczuciem bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli (wykres 3). Należy także podkreślić, że wskutek zamiany metodologii badań opinii społecznej w kwestii systemu ochrony zdrowia w miejsce dotychczas badanego poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego wprowadzono inne kategorie, na przykład „jakość świadczeń” czy „dostępność świadczeń” — z zachowaniem zasady równości szans. Można uznać, iż wskazane terminy do pewnego stopnia wyrażają zakres bezpieczeństwa zdrowotnego.

Kolejne zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia, zwłaszcza reforma powołująca w miejsce dotychczasowych Kas Chorych Narodowy Fundusz Zdrowia, nie spowodowały poprawy ogólnej oceny funkcjonowania



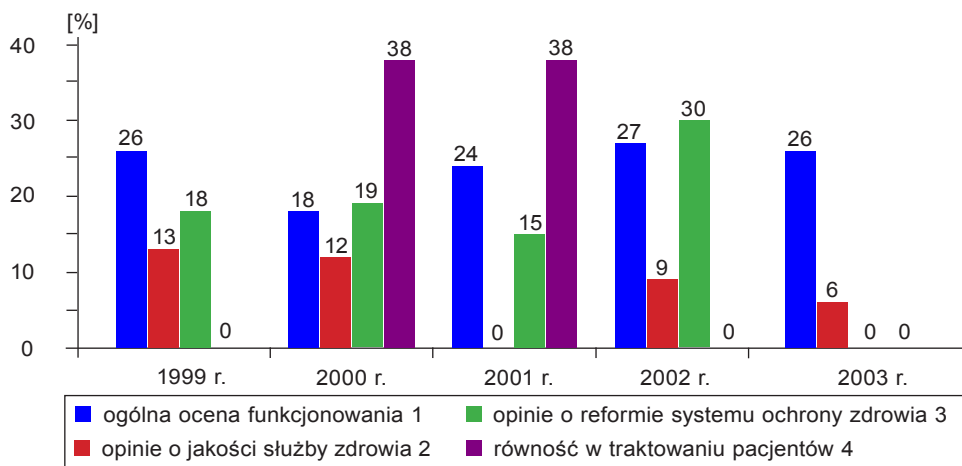
Wykres 2. Opinie o reformie służby zdrowia oraz jej skutkach w latach 1998—2001

Objaśnienia: 1 — odpowiedź „raczej obawy niż nadzieje” udzielona na pytanie o opinie odnośnie do skutków reformy służby zdrowia dla lat 1998 i 1999; 2 — skumulowane odpowiedzi „znacznie gorzej” i „trochę gorzej” udzielonych na pytanie o funkcjonowanie opieki zdrowotnej w kontekście poprzedniego roku dla lat 2000 i 2001.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Raportów z badań Centrum Badania Opinii Społecznej za lata 1999—2001 zamieszczonych na stronie <http://www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty.php> (dostęp: 10.02.2015).

służby zdrowia, która niezmiennie pozostaje na niskim poziomie. Stan ten wynika w znacznej mierze z problemu niedostatku środków finansowych w sferze ochrony zdrowia oraz dylematów związanych z kontraktowaniem świadczeń medycznych. Obserwowany jednakże od 2012 roku wzrost poziomu jakości opieki medycznej, świadczeń oraz poprawa warunków leczenia (od 2007 r.) mogą oznaczać, iż kryzys systemu ochrony zdrowia nie obejmuje wszystkich jego sfer (wykres 4).

Wznowienie tematyki bezpieczeństwa zdrowotnego w dyskursie politycznym nastąpiło w skutek inicjatywy szefa Biura Bezpieczeństwa Narodowego Aleksandra Szczygły, który w listopadzie 2009 roku zwrócił się do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz do minister zdrowia Ewy Kopacz w kwestii poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych w latach 2009—2010 oraz ich wpływu na poziom bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Otrzymane rozbieżne informacje uznane zostały za niewystarczające, a szef BBN nakazał bezpośrednie zebranie niezależnych informacji w publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej, w formie ankiet, których wypełnienie zostało



Wykres 3. Opinie o funkcjonowaniu służby zdrowia w latach 1999—2003

Objaśnienia: 1 — skumulowane odpowiedzi „zdecydowanie dobrze” i „raczej dobrze” udzielone na pytanie o ogólną ocenę funkcjonowania publicznej służby zdrowia dla lat 1999—2001; skumulowane odpowiedzi „zdecydowanie zadowolony” i „raczej zadowolony” udzielone na pytanie o funkcjonowanie opieki zdrowotnej dla lat 2002 i 2003; 2 — skumulowane odpowiedzi „zdecydowanie lepsze” i „raczej lepsze” udzielone na pytanie o jakość świadczeń usług medycznych po reformie dla lat 1999, 2000; skumulowane odpowiedzi „zdecydowanie poprawiła się” i „raczej poprawiła się” udzielone na pytanie o poprawę jakości opieki zdrowotnej dla lat 2002 i 2003; 3 — odpowiedź „jest korzystna” na pytanie o wprowadzenie reformy systemu ochrony zdrowia z 1999 r. dla lat 1999 i 2001; odpowiedź „usprawni funkcjonowanie służby zdrowia” na pytanie o likwidację Kas Chorych dla 2002 r.; 4 — skumulowane odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak” udzielone na pytanie o opinie dotyczące poprawy jakości porad i świadczeń medycznych dla lat 2000 i 2001.

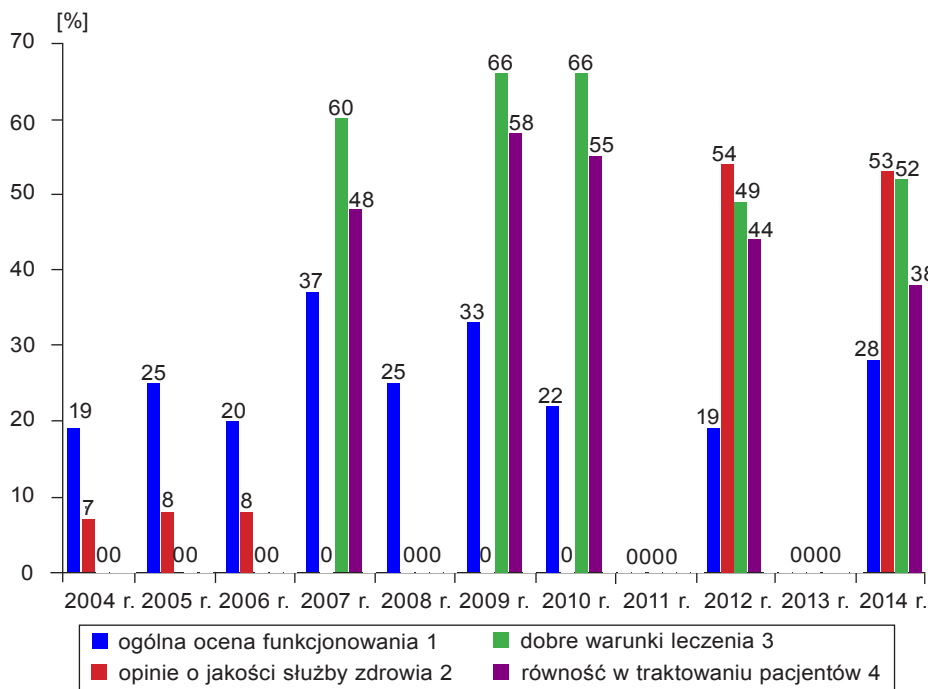
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Raportów z badań Centrum Badań Opinii Społecznej za lata 1999—2003 zamieszczonych na stronie <http://www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty.php> (dostęp: 10.02.2015).

uznane za obligatoryjne¹. Działania BBN przyjęte zostały jednakże jako ingerencja w kompetencje Ministerstwa Zdrowia, co skutkowało kolejną odsłoną konfliktu w relacjach Prezydent Rzeczypospolitej a koalicja rządu.

W rozważaniach naukowych obszary zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego znajdowały się w polu badawczym medycyny, polityki zdrowotnej oraz administracji i nauk wojskowych. Rozwój nauki, zwłaszcza podejść interdyscyplinarnych, umożliwiających wieloaspektową eksplorację materii współczesnego świata, spowodował, że kategorie „zdrowie” oraz „bezpieczeństwo zdrowotne” stały się przedmiotem badawczym wielu innych dyscyplin nauki. Jednocześnie sposoby konceptualizacji samego terminu „bezpieczeństwo zdrowotne” wciąż pozostają niedookreślone, czemu sprzyja deklaratywność oraz eksponowany polityczny kontekst tejże kategorii. Dotychczasową analizę tego pojęcia cechowały raczej powściągliwość i dystans niż pogłę-

¹ Biuro Bezpieczeństwa Narodowego: Bezpieczeństwo zdrowotne. BBN a ochrona zdrowia [<http://www.bbn.gov.pl/pl/wydarzenia/bezpieczenstwo-zdrowot/2046,BBNaochronazdrowia.html>] (dostęp: 04.12.2014)].

biona refleksja naukowa. Rezultatem tego faktu jest stan funkcjonowania w wymiarze werbalnym kategorii, której desygnat nie został sprecyzowany czy wyraźnie określony.



Wykres 4. Opinie o funkcjonowaniu służby zdrowia w latach 2004–2014

Objaśnienia: 1 — skumulowane odpowiedzi „zdecydowanie zadowolony” i „raczej zadowolony” udzielone na pytanie o funkcjonowanie opieki zdrowotnej; 2 — skumulowane odpowiedzi „zdecydowanie poprawiła się” i „raczej poprawiła się” udzielone na pytanie o poprawę jakości opieki zdrowotnej dla lat 2004 i 2005; skumulowane odpowiedzi „w pełni pozytywna” i „raczej pozytywna” udzielone na pytanie o jakość leczenia (kompetencje lekarzy, stosunek do pacjentów) dla lat 2010, 2012 i 2014; 3 — skumulowane odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak” udzielone na pytanie o opinie dotyczące porad i świadczeń medycznych dla lat 2007, 2009, 2010, 2012 i 2014; 4 — skumulowane odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak” udzielone na pytanie o opinie dotyczące porad i świadczeń medycznych dla lat 2007, 2009, 2010, 2012 i 2014.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Raportów z badań Centrum Badania Opinii Społecznej za lata 2004–2014 zamieszczonych na stronie <http://www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty.php> (dostęp: 10.02.2015).

Celem przeprowadzonych rozważań było zatem wskazanie zasadniczych kwestii warunkujących obszar problemowy sektora bezpieczeństwa zdrowotnego.

Wielość podejść i metod analizy kategorii „bezpieczeństwo” powoduje, iż niezbędny staje się zabieg uszczegółowienia — wskazania jego odmian, co umożliwi prowadzenie dalszych rozważań nad aspektami współczesnego bezpieczeństwa w ogóle. Poszerzająca się bowiem sfera kontekstów, w których występuje bezpieczeństwo, obejmuje nie tylko utrwalone już płaszczyzny mili-

tarną czy polityczną, ale także kwestie ekologii, demografii, energetyki czy też właśnie zdrowia. Podkreślić także należy, iż bezpieczeństwo zdrowotne pojmowane w kategoriach szczególnej wartości przenikającej i determinującej wiele dziedzin życia społecznego, stanowi swoiste podłoże procesu wyłaniania się licznych sektorów bezpieczeństwa.

Nowo wyłonione rodzaje bezpieczeństwa charakteryzuje jednakże ogólnikowa treść i niejednokrotnie zamieszanie terminologiczne. Przekładają się one na trudności w jednoznacznym rozumieniu tychże pojęć. Zabiegiem umożliwiającym uporządkowanie rodzajów bezpieczeństwa jest zastosowanie metody polegającej na sprowadzeniu ich do wymiarów, w których ramach możliwe będzie badanie bezpieczeństwa w sposób całościowy. Wyznaczyć zatem można między innymi wymiar przedmiotowy, który definiuje rodzaj bezpieczeństwa podmiotu. Marian Cieślarczyk wskazuje, iż „przedmiot bezpieczeństwa mieści się z jednej strony w sferze wartości podmiotu, z drugiej zaś — w sferze aktywności podmiotu”², zatem wstępnie wymienić należy bezpieczeństwo ekologiczne, zdrowotne, ekonomiczne, polityczne czy społeczne³.

Kompleksowe podejście w definiowaniu bezpieczeństwa, uwzględniające kontekst zarówno militarny, jak i pozamilitarny, przedstawili Barry Buzan, Ole Wæver oraz Jaap de Wilde w pracy *Security. A New Framework for Analysis*⁴. Autorzy wyróżniając horyzontalną oraz wertykalną perspektywę studiów nad bezpieczeństwem, zainicjowali nowe płaszczyzny eksploracji. Poziome rozszerzenie zakresu bezpieczeństwa obejmowało poszerzenie odpowiedzialności za stan bezpieczeństwa na inne, również pozapaństwowe, podmioty. Pionowy wymiar badań przenosił akcent z dotychczasowego wymiaru militarnego na rozszerzony obszar problemowy. Konsekwencją tych procedur stało się wyróżnienie pięciu sektorów bezpieczeństwa:

- 1) militarny, obejmujący przymus siłowy;
- 2) polityczny, dotyczący relacji władzy, instytucji zarządzania oraz identyfikowania;
- 3) ekonomiczny, odnoszący się do relacji zachodzących między produkcją, handlem a finansjerą;
- 4) społeczny, opierający się na tożsamości wspólnotowej;
- 5) ekologiczny, obejmujący relacje między aktywnością człowieka a środowiskiem przyrodniczym.

² M. Cieślarczyk: *Teoretyczne i metodologiczne podstawy badania problemów bezpieczeństwa i obronności państwa*. Siedlce 2009, s. 73.

³ Por. M. Brzeziński: *Kategoria bezpieczeństwa*. W: *Bezpieczeństwo wewnętrzne państwa. Wybrane zagadnienia*. Red. S. Sulowski, M. Brzeziński. Warszawa 2009, s. 34.

⁴ Zob. B. Buzan, O. Wæver, J. de Wilde: *Security. A New Framework for Analysis*. Boulder—London 1998.

Wylonionym sektorom bezpieczeństwa odpowiadało natomiast pięć typów bezpieczeństwa: militarne, polityczne, ekonomiczne, społeczne oraz ekologiczne⁵. Zmiany w sposobie myślenia o bezpieczeństwie, a zwłaszcza poszerzanie (*widening*) oraz dalsze pogłębianie (*deepening*) jego zakresu spowodowało wyłonienie kolejnych, nowych, płaszczyzn, których eksploracja, pomimo wzajemnych związków, możliwa jest w sposób uporządkowany, zapewniając jednocześnie ich odrębność.

Poszerzenie podmiotowego ujęcia bezpieczeństwa stanowi zatem rezultat przyjęcia szerokiej perspektywy bezpieczeństwa. Idea szkoły Buzana stanowiła swoistą inspirację dla procesu dalszego pogłębiania badań nad istotą bezpieczeństwa. Jedną z ważniejszych konsekwencji wskazanego procesu stało się wypracowanie koncepcji *human security* — bezpieczeństwa jednostki ludzkiej, której źródeł należy upatrywać w tak zwanej mowie *O czterech wolnościach*, wygłoszonej 6 stycznia 1941 roku podczas dorocznego przemówienia prezydenta Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej Franklina D. Roosevelta do Kongresu. Prezydent zapowiedział, iż „Stany Zjednoczone walczą o uniwersalne »cztery wolności«: wolność słowa [*the freedom of speech*], wolność wyznania [*the freedom of worship*], wolność od niedostatku [*the freedom from want*] i wolność od strachu [*the freedom from fear*]”⁶.

Koncepcja „wolności od strachu i nędzy” zapisana została także wśród zasad Karty atlantyckiej podpisanej 14 sierpnia 1941 roku przez prezydenta F.D. Roosevelta oraz premiera Winstona Churchilla. Zasada szоста głosiła, iż USA „po ostatecznym zniszczeniu nazistowskiej tyranii mają nadzieję ustanowić pokój, który zapewniłby wszystkim narodom warunki bezpiecznego życia wewnątrz swoich granic i dawał pewność, że wszyscy mieszkańcy wszystkich krajów będą mogli prowadzić życie wolne od lęku i nędzy”⁷.

Idea „wolności od strachu i nędzy” uściślona została w opublikowanym w 1994 roku przez Program Organizacji Narodów Zjednoczonych do spraw Rozwoju (UNDP) Raporcie o Rozwoju Społecznym zatytułowanym *New Dimensions of Human Security*, w którym zaakcentowano fakt, iż „koncepcja bezpieczeństwa zbyt długo była rozumiana w sposób wąski, jako bezpieczeństwo danego terytorium [...], lub jako ochrona interesu narodowego w polityce zagranicznej, bądź jako światowe bezpieczeństwo [...]. Dla

⁵ Ibidem, s. 7, por. K.P. Marczuk: *Bezpieczeństwo wewnętrzne w poszerzonej agendzie studiów nad bezpieczeństwem*. W: *Bezpieczeństwo wewnętrzne państwa...*, s. 68—69.

⁶ F.D. Roosevelt: *The Four Freedoms. Delivered 6 January 1941* [<http://www.americanrhetoric.com/speeches/fdrthefourfreedoms.htm>] (dostęp: 12.12.2014).

⁷ S. Okubo: *“Freedom from Fear and Want” and “the Right to Live in Peace, and “Human Security”*. “Ritsumekan International Affairs” 2007, Vol. 5, s. 5.

większości ludzi brak poczucia bezpieczeństwa wynika z obawy o codzienny byt (pożywienie, pracę czy bezpieczeństwo rodziny), a nie ze strachu przed globalną katastrofą”⁸.

W raporcie UNDP wyróżnione zostały sektory bezpieczeństwa, w którego przedmiocie powinny zostać uwzględnione zagrożenia w siedmiu obszarach (poszerzona koncepcja Buzana). Chodzi o bezpieczeństwo:

- ekonomiczne,
- żywnościowe,
- zdrowotne,
- środowiskowe (ekologiczne),
- osobiste,
- społeczne (wspólnot),
- polityczne⁹.

Zauważyć należy również, że rozumienie samej koncepcji *human security* jest niejednorodne — ukształtowało się wokół dwóch szkół: japońskiej oraz kanadyjskiej. Pierwszy nurt badań definiuje bezpieczeństwo w kategorii „wolności od niedostatku” (*freedom from want*), czyli zaspokojenia potrzeb egzystencjalnych jednostki (potrzeby przeżycia) oraz zagwarantowanie pozytywnego bezpieczeństwa — możliwości rozwoju (bezpieczeństwo rozwojowe). Szkołę japońską cechuje zatem szerokie ujęcie koncepcji *human security*, podkreślające godność człowieka oraz jego niezbywalne prawo do rozwoju. Realizacją tych deklaracji stało się utworzenie, z inicjatywy rządu Japonii, w ramach Organizacji Narodów Zjednoczonych, United Nations Trust Fund for Human Security, którego głównym przesłaniem jest promocja bezpieczeństwa jednostki w myśl zasady: *Freedom from fear, freedom from want, freedom to live in dignity*¹⁰.

Szkoła kanadyjska przyjęła natomiast ograniczone podejście do koncepcji *human security*, koncentrując się na rozważaniach obejmujących konflikty zbrojne (koncepcje neorealistyczne) oraz związane z nimi interwencje humanitarne (podejście *freedom from fear*), a także akcentowanie wolności politycznych i praw człowieka w stosunkach międzynarodowych. Kanadyjskie podejście do *human security* dopuszcza także wykorzystanie siły na terenie innego państwa, jednakże wyłącznie z powodu ochrony życia oraz praw jednostki¹¹. Konsekwencją działań kanadyjskiej szkoły *human security* stało się powołanie Sieci Bezpieczeństwa Jednostki (Human Security Network —

⁸ *United Nations Development Program: Human Development Report 1994*. New York—Oxford 1994, s. 22.

⁹ *Ibidem*, s. 24.

¹⁰ *United Nations Trust Fund for Human Security: Human Security for All* [<http://www.unocha.org/humansecurity/about-human-security/human-security-all>] (dostęp: 16.12.2014).

¹¹ K.P. Marczuk: *Trzecia opcja. Gwardie narodowe w wybranych państwach basenu Morza Śródziemnego*. Warszawa 2007, s. 87.

HSN) składającej się z kilkunastu państw¹², której celem jest promowanie środkami dyplomatycznymi koncepcji *human security*¹³.

Koncepcja *human security* stała się również przedmiotem krytyki, której podstawowe zarzuty odnoszą się do niewystarczającego stopnia sprecyzowania koncepcji, zbyt szeroko nakreślonego zakresu, który obejmuje niemalże wszystkie dziedziny życia — od bezpieczeństwa fizycznego po żywnościowe czy psychiczne, co może skutkować przesunięciem akcentów z militarnej płaszczyzny osiągania celów na inne warstwy. W konsekwencji idea *human security* stanowić może istotny obszar badawczy, jednakże nie powinna, w perspektywie krytyków, konstituować nowego paradygmatu bezpieczeństwa w XXI wieku¹⁴.

Występowanie odmiennych stanowisk w odniesieniu do statusu naukowego idei *human security* nie stanowi przeszkody w zaakcentowaniu faktu, że wskazana koncepcja stanowi istotny wkład w poszerzenie zakresu badań nad naturą bezpieczeństwa, wpisując się jednocześnie w sposób trwały we współczesne pojmowanie bezpieczeństwa, którego obszar znacznie odbiega już od tradycyjnego wymiaru militarnego. Przykład poszerzonego ujęcia bezpieczeństwa odnaleźć można na przykład w *Białej Księdze Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej* (tab. 1).

Tabela 1

Struktura bezpieczeństwa narodowego
przyjęta w Strategicznym Przeglądzie Bezpieczeństwa Narodowego

| Dziedziny bezpieczeństwa narodowego | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------|-------------|---------------|------------------------------|-------------|-----------|------------|----------|---------------|-------------|-----|-----------|--------------|--------------|---------------------------|------------------------|-----|
| obronna | | | ochronna | | | społeczna | | | | gospodarcza | | | | | | | |
| Sektory bezpieczeństwa narodowego | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| dyplomatyczny | militarny | wywiadowczy | kontrywiadowy | prawa i porządku publicznego | ratownictwa | kulturowy | edukacyjny | socjalny | demograficzny | migracyjny | ... | finansowy | energetyczny | transportowy | infrastruktury krytycznej | środowiska naturalnego | ... |

Źródło: Biuro Bezpieczeństwa Narodowego: *Biała Księga Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej*. Warszawa 2013, s. 19 [http://www.spbn.gov.pl/ (dostęp: 12.12.2014)].

Zainicjowane w pracach Buzana podejście sektorowe w analizie bezpieczeństwa pozwala zatem na zbudowanie obrazu środowiska bezpieczeń-

¹² Zob. <http://cips.uottawa.ca/the-human-security-network-fifteen-years-on/> (dostęp: 16.08.2014).

¹³ K.P. Marczuk: *Trzecia opcja...*, s. 88.

¹⁴ R. Paris: *Human Security: Paradigm Shift or Hot Air?* "International Security" 2001, Vol. 26, No. 2, s. 87 [http://live.belfercenter.org/publication/394/human_security.html (dostęp: 16.12.2014)].

stwa, który cechuje względna całość. Perspektywa sektorów bezpieczeństwa pozwala ponadto na dokonanie uporządkowania w poziomach analizy, a w szczególności stwarza przestrzeń dla nowych sfer, które będą rozpatrywane zgodnie z kryterium przedmiotowym.

W literaturze przedmiotu wyraźnie zauważalne są bowiem tradycyjne sektory: militarny, polityczny, ekonomiczny, społeczny i ekologiczny. Stanowią one podstawę, rdzeń rozważań w sektorowym podejściu do bezpieczeństwa, którego zakres został poszerzony o nowe sektory, takie jak: bezpieczeństwo migracyjne, kulturowe czy zdrowotne, wyznaczając nowe kierunki w analizie bezpieczeństwa.

Problematykę bezpieczeństwa w perspektywie sektorowej, we współczesnych dziedzinach nauki, podjął między innymi Edward Przewodźki. Badacz ten zauważył, że najczęściej przytaczanymi perspektywami bezpieczeństwa są: militarna, ekonomiczna, ekologiczna oraz polityczna, natomiast rzadziej podkreśla się kontekst społeczny, ideologiczny, naukowo-techniczny oraz kulturalny, sporadycznie zaś wymieniane są: bezpieczeństwo zdrowotne, kulturowe, technologiczne, demograficzne i humanitarne¹⁵. Wskazany uprzednio zakres rozważań wymaga jednakże skupienia uwagi na bezpieczeństwie zdrowotnym — kategorii, której pojmowanie nie zostało dotychczas w sposób jednoznaczny ukazane. Zidentyfikować można jednak pewne próby wprowadzenia tej kategorii w obszar rozważań nad bezpieczeństwem. Marian Cieślarczyk ujmując bezpieczeństwo według kryterium przedmiotowego, wyliczył pośród wielu również bezpieczeństwo zdrowotne¹⁶, jednakże nie przybliżając jego zakresu czy istoty. Kategoria „bezpieczeństwo zdrowotne” została jednakże przez tego badacza odniesiona do innych sektorów bezpieczeństwa w ramach przygotowanej tak zwanej piramidy bezpieczeństwa. Zaznaczyć również należy, że bezpieczeństwo zdrowotne zostało ukazane łącznie z bezpieczeństwem ekologicznym, co nadało tym kategoriom rangę podstawowych dla każdego podmiotu, a w kontekście strategicznego myślenia o bezpieczeństwie — stanowiących fundament kształtowania kolejnych segmentów bezpieczeństwa¹⁷.

Porównywalny zabieg uczynił Gareth Evans, dokonując wyszczególnienia typów bezpieczeństwa: militarne, ekonomiczne, polityczne, społeczne, zdrowotne oraz ekologiczne, nie przeprowadzając jednak ich głębszej analizy¹⁸.

Terminem „bezpieczeństwo zdrowotne” posłużył się także Jacek Ruszkowski w ekspertyzie poświęconej w istocie zagadnieniom systemu ochrony

¹⁵ Por. E. Przewodźki: *Bezpieczeństwo militarne państwa — analiza podstawowych pojęć i treści*. Warszawa 1997, s. 12.

¹⁶ M. Cieślarczyk: *Teoretyczne i metodologiczne podstawy...*, s. 150.

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ G. Evans: *Współpraca dla pokoju. Agenda globalna na lata dziewięćdziesiąte i następne*. [Przeł. K. Paturej, R. Smoleń]. Warszawa 1994, s. 6.

zdrowia w Polsce. W dokumencie tym podniesiono między innymi kwestie kontrowersji związanych z posługiwaniem się kategorią „bezpieczeństwo zdrowotne” przez polityków czy media bez wskazania, jak pojęcie to interpretują. Jacek Ruszkowski wskazał również, 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”¹⁹.

Stosowaniu więc kategorii „bezpieczeństwo zdrowotne” nie towarzyszy należyte przedstawienie jej definicji ani zakresu. Stan ten powoduje powstanie luki badawczej i jednocześnie nakłania do badań nad tym zagadnieniem. Zaakcentować należy działalność powołanej w 1948 roku Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), podmiotu koordynującego działania w zakresie międzynarodowego zdrowia publicznego. W preambule konstytucji WHO z 1946 roku nawiązano do kategorii „zdrowie” i „bezpieczeństwo”, deklarując, iż „zdrowie wszystkich ludów jest podstawą dla osiągnięcia pokoju i bezpieczeństwa”²⁰. Pojęcie bezpieczeństwa odnosi się jednakże do kategorii bezpieczeństwa *sensu largo*. Termin „bezpieczeństwo zdrowotne” nie pojawia się zatem wprost w Konstytucji WHO, niemniej jednak potencjalna działalność praktyczna tej organizacji zawiera się w polu bezpieczeństwa zdrowotnego, co znalazło potwierdzenie na przykład w Rezolucji nr 54.14 Światowego Zgromadzenia Zdrowia z 2001 roku zatytułowanej *Global Health Security: Epidemic Alert and Response*²¹, w której pojęcie bezpieczeństwa zdrowotnego odniesiono do globalnej strategii na rzecz zapobiegania chorobom zakaźnym.

Rozumienie bezpieczeństwa zdrowotnego w kontekście zdrowia publicznego zostało sformułowane w Światowym Raporcie Zdrowia z 2007 roku *The World Health Report 2007 — A Safer Future: Global Public Health Security in the 21st Century*. Termin „globalne bezpieczeństwo” w zakresie zdrowia publicznego zdefiniowano jako „niezbędne działania, zarówno proaktywne (aktywne) i reaktywne (pasywne), aby zminimalizować podatność na ostre (*acute*) zdarzenia dotyczące zdrowia publicznego, które zagrażają zdro-

¹⁹ 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 [<https://www.mir.gov.pl/szukaj/Strony/Results.aspx?k=ruszkowski&s=> (dostęp: 18.12.2014)].

²⁰ Por. *Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r.*, Dz.U. 1948, Nr 61, poz. 477.

²¹ *Fifty-Fourth World Health Assembly (WHA54.14): Global Health Security: Epidemic Alert and Response* [apps.who.int/medicinedocs/documents/s16356e/s16356e.pdf (dostęp: 18.12.2014)].

wiu zbiorowemu populacji w różnych regionach geograficznych i granicach międzynarodowych”²².

Postulowana przez WHO interpretacja kategorii „bezpieczeństwo zdrowotne” nie rozwiązuje jednakże w pełni dylematów definicyjnych, w szczególności zakresu oraz kontekstu stosowania tegoż pojęcia. Zarysowuje się kwestia dotycząca między innymi zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego grupom szczególnie narażonym na przykład na wykluczenie społeczno-ekonomiczne. Kontrowersje może budzić także zakres bezpieczeństwa zdrowotnego w relacji do innych przyjętych wartości w kontekście systemu polityczno-społeczno-ekonomicznego.

Proces zespolenia problemów zdrowotnych oraz samego terminu „zdrowie” z kategorią „bezpieczeństwo” został zaakcentowany także w przytoczonym uprzednio Raporcie UNDP o Rozwoju Społecznym z 1994 roku, w którego zapisach zidentyfikowano między innymi sektor bezpieczeństwa zdrowotnego w perspektywie *human security*. Intensyfikacja badań nad tą koncepcją doprowadziła do opublikowania w 2003 roku przez Komisję ds. Bezpieczeństwa Ludności (*Commission Human Security*) raportu *Human Security Now*. Wśród zaleceń Komisji siódme obejmowało zakresem zdrowie, zwłaszcza „wysoki priorytet w postaci powszechnego dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej”²³. Bezpieczeństwem jednostki ludzkiej uzupełniono niejako kategorię „stan bezpieczeństwa”, jednakowoż z naciskiem na prawa człowieka, w tym prawo do ochrony zdrowia.

Kategorię „bezpieczeństwo zdrowotne” charakteryzują zatem dwie zasadnicze cechy: brak ostrości pojęcia połączony z niejednorodnym jego stosowaniem. Postuluje się zatem, aby bezpieczeństwo zdrowotne definiować jako zapewnienie przez państwo oraz jego agendy warunków (społecznych, ekonomicznych i środowiskowych) pozwalających na realizację prawa do ochrony zdrowia, którego istotny element stanowi gwarancja dostępu do świadczeń medycznych na równych dla beneficjentów zasadach. Dostępność systemu ochrony zdrowia implikuje bowiem poziom bezpieczeństwa zdrowotnego.

Głównymi elementami warunkującymi bezpieczeństwo zdrowotne są więc prawo do ochrony zdrowia, którego podstawowym gwarantem są instytucje państwa, oraz dostęp do świadczeń medycznych na równych zasadach, a równa i sprawiedliwa dostępność świadczeń zdrowotnych stanowi zasadnicze wyzwanie dla polityki zdrowotnej, a przez to również i dla bezpieczeństwa zdrowotnego.

²² *World Health Organization: The World Health Report 2007 — A Safer Future: Global Public Health Security in the 21st Century*, s. IX [http://www.who.int/whr/2007/en/ (dostęp: 16.12.2014)].

²³ *Commission on Human Security: Human Security Now*. New York 2003, s. 138 [www.unocha.org/humansecurity/chs/finalreport/English/FinalReport.pdf (dostęp: 18.12.2014)].

Prawo do ochrony zdrowia asekuruje jedno z zasadniczych dóbr, a jednocześnie wartość dla każdego człowieka — zdrowie, równoległe przyznając gwarancję jego ochrony, z którą w sposób nierozzerwalny związane są świadczenia zdrowotne. Podstawowe zatem znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego ludności ma prawo do ochrony zdrowia, wyrażone w art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej²⁴. Materia art. 68 ust. 1 Konstytucji stanowi, iż „każdy ma prawo do ochrony zdrowia”. Dalsze ustępy wprowadzają obowiązki władzy publicznej, których realizacja ma urzeczywistnić korzystanie z prawa do ochrony zdrowia. Zobowiązania państwa obejmują zatem powinności:

- zapewnienia obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych niezależnie od ich sytuacji materialnej (art. 68 ust. 2);
- zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym oraz osobom w podeszłym wieku (art. 68 ust. 3);
- zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska (art. 68 ust. 4);
- popierania rozwoju kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży (art. 68 ust. 5).

Prawo do ochrony zdrowia określa zasadnicze cele polityki państwa w sferze bezpieczeństwa zdrowotnego, gwarantując stworzenie systemu ochrony zdrowia umożliwiającego obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Prawo do ochrony zdrowia, a zwłaszcza jego socjalny element przejawiający się w prawie do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, zapewnia, iż przedmiotem prawa do ochrony zdrowia „nie jest [...] abstrakcyjnie określony [...] stan »zdrowia« poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności”²⁵. Prawo do ochrony zdrowia obliguje zatem organy państwa do podejmowania działań nakierowanych na sferę szeroko definowanego bezpieczeństwa zdrowotnego.

Istotnym problemem wynikającym z normy nakazującej zagwarantowanie każdej jednostce prawa do ochrony zdrowia jest kwestia dostępności świadczeń medycznych, a zwłaszcza dylemat racjonalnego rozmieszczenia zasobów w ramach poszczególnych jednostek podziału terytorialnego kraju, która to alokacja może determinować wykluczenie osób i grup z możliwości dostępu do tychże świadczeń. W opinii Aldony Frączkiewicz-Wronki,

²⁴ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997, Nr 78, poz. 483, z późn. zm.

²⁵ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03, OTK ZU 2004, seria A, nr 1, poz. 1.

ograniczenie powszechności dostępu do systemu ochrony zdrowia wiąże się z dwoma zasadniczymi kwestiami. Pierwsza obejmuje rozlokowanie zasobów systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza w sferze wysokiego stopnia koncentracji kadr medycznych na terenach aglomeracji miejskich wraz z jednoczesnym ich niedoborem w małych miastach oraz wsiach, co świadczy o niewystarczającej reakcji systemu na zgłaszane potrzeby zdrowotne. Drugą złożoną grupę problemów stanowią sami beneficjenci systemu ochrony zdrowia, szczególnie stan ich zróżnicowania pod względem ekonomicznym, społecznym oraz kulturowym. Dochody osiągane przez gospodarstwa domowe (lub ich brak) stanowią determinantę dostępu do świadczeń medycznych i korzystania z nich — potencjalne współpłacenie lub nawet pełna odpłatność zasadniczo wpływają na dostępność do systemu ochrony zdrowia²⁶.

Społeczno-kulturowe uwarunkowania korzystania z systemu ochrony zdrowia również oddziałują na dostępność. Zazwyczaj wyższy poziom uzyskanego wykształcenia oznacza również dysponowanie większym zakresem świadomości zdrowotnej, która wyraża się na przykład w podejmowaniu działań prewencyjnych w zakresie zdrowia. Wykształcenie determinuje także dostępność informacji o stanie zdrowia czy też o potencjalnych procedurach leczenia. Niższy poziom wykształcenia oznacza zwykle mniejszy zasób wiedzy na temat zależności między zdrowiem a postawami, które je wspierają. Różnice natury społeczno-kulturowej warunkują zatem reakcje jednostek w sytuacji zaistnienia choroby, świadomość potrzeb zdrowotnych lub jej brak, stosowanie się do zaleceń lekarza, prowadzenie prozdrowotnego stylu życia oraz podejmowanie działań promujących zdrowie.

Zdefiniowanie kategorii „bezpieczeństwo zdrowotne” w przedstawionej perspektywie powoduje, iż wyróżnić można dwa obszary tej koncepcji:

- obiektywny — wyrażający się urzeczywistnieniem prawa do ochrony zdrowia w perspektywie dostępności świadczeń medycznych na podstawie zasady równości;
- subiektywny — obejmujący realizację treści oczekiwań społecznych adresowanych do systemu — wypełnienie żądań zaspokojenia potrzeb zdrowotnych oraz stopień ich zaspokojenia, które znajdują odzwierciedlenie w subiektywnym poczuciu bezpieczeństwa zdrowotnego.

Podejście obiektywne można identyfikować z ujmowaniem bezpieczeństwa zdrowotnego zarówno jako stanu, jak i procesu. Na fakt dualnej natury bezpieczeństwa zwrócił uwagę między innymi Janusz Stefanowicz, akcentując, iż jest ono „zarazem stanem i procesem, czyli da się określić *hic et nunc*, nie odznacza się jednak niezmiennością w dłuższych przedzia-

²⁶ A. Frączkiewicz-Wronka: *Perspektywa terytorialna w kształtowaniu i realizacji celów publicznych w obszarze ochrony zdrowia*. W: *Ochrona zdrowia w regionie. Aspekty organizacyjne i prawne*. Red. A. Frączkiewicz-Wronka. Katowice 2006, s. 46.

łach czasu, ponieważ zależy od ruchomych układów sił²⁷. Kontekst zdrowia w bezpieczeństwie, definiowanym jako stan, podjął Dinesh Mohan, analizując zagrożenia oraz czynniki przyczyniające się do obrażeń natury fizycznej, psychicznej, psychologicznej lub materialnej, które monitorowane są z zamierzeniem zachowania zdrowia, także dobrego samopoczucia jednostek oraz całej populacji²⁸. W literaturze przedmiotu przeważa jednakże perspektywa postrzegania kategorii bezpieczeństwa jako procesu — Józef Kukułka zwraca uwagę na fakt, iż „bezpieczeństwo jest nie tyle określonym stanem rzeczy, ile ciągłym procesem społecznym, w ramach którego podmioty działające starają się doskonalić mechanizmy zapewniające im poczucie bezpieczeństwa”²⁹. Bezpieczeństwa zdrowotnego również nie cechuje stałość, lecz podlega ono zmiennej dynamice, determinowanej przez wiele współzależnych procesów.

Bezpieczeństwo zdrowotne może zostać również odniesione do sfery emocjonalnej zarówno jednostki, jak i całej populacji, a uzyskując status subiektywnego stanu emocjonalnego, ulega fluktuacji w miejscu i czasie. Ze względu na przedmiot oraz poziom analizy można zatem wyszczególnić personalne oraz zbiorowe poczucie bezpieczeństwa. Na podkreślenie zasługuje również związek z innymi odczuciami, jak na przykład z poczuciem bezpieczeństwa socjalnego.

W działaniach związanych z kształtowaniem poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego zasadniczą rolę odgrywają elementy związane z szeroko pojmowaną wiedzą o organizacji systemu ochrony zdrowia, jego dostępnością, ideą bycia przyjaznym pacjentowi, ograniczaniem barier, poczuciem równości beneficjentów, niezmiennością reguł oraz dbałością o jakość udzielanych świadczeń. Zaakcentować należy, iż proces zapewniania bezpieczeństwa zdrowotnego oraz poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego stanowią dwa niejako sprzężone zagadnienia. Poziom poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego nie jest jednakże identyczny z poziomem faktycznego bezpieczeństwa zdrowotnego, a stan ten może wynikać między innymi z tego, iż poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego może nie opierać się na realnie zapewnionym bezpieczeństwie. Rzeczywistego stanu bezpieczeństwa zdrowotnego nie warunkują w prawdzie jedynie czynniki subiektywne, odgrywają jednakże ważną rolę w procesie jego kształtowania. Unifikacja scharakteryzowanych podejść w postaci nastawienia badawczego obiektywno-subiektywnego pozwala na uwzględnienie kwestii zarówno teoretycznych, jak i psychospołecznych.

Z zaprezentowanych rozważań wynika, iż kategoria „bezpieczeństwo zdrowotne” konceptualizowana jest w kontekście głównych kategorii spo-

²⁷ J. Stefanowicz: *Bezpieczeństwo współczesnych państw*. Warszawa 1984, s. 18.

²⁸ Cyt. za: L.F. Korzeniowski: *Securitologia. Nauka o bezpieczeństwie człowieka i organizacji społecznych*. Kraków 2008, s. 57.

²⁹ J. Kukułka: *Międzynarodowe stosunki polityczne*. Warszawa 1982, s. 31.

łącznych. Odpowiednim punktem wyjścia w procesie wstępnej analizy tego pojęcia jest adekwatne usytuowanie bezpieczeństwa zdrowotnego w kontekście wypracowanych dotychczas podejść badawczych. Istotną trudność zawiera się bowiem w relacji bezpieczeństwa zdrowotnego do istniejących już kategorii powstałych w ramach zdrowia publicznego oraz polityki zdrowotnej — dylemat może stanowić niespójność w ich rozumieniu.

Mając na uwadze sygnalizowaną kwestię, należy wyróżnić dwa podstawowe stanowiska obejmujące wskazany obszar problemowy. Pierwsze podejście z interpretacją bezpieczeństwa zdrowotnego w kontekście Raportu UNDP z 1994 roku sprawia, że wskazaną koncepcję cechuje zgodność z podstawowym nastawieniem zdrowia publicznego, eksponującym zaangażowanie „instytucji publicznych, mające na celu poprawę, promocję oraz ochronę zdrowia ludności, poprzez takie działania jak m.in.: analiza sytuacji zdrowotnej, nadzór zdrowotny, promocja zdrowia, zapobieganie, zwalczanie chorób zakaźnych, ochrona środowiska i nadzór sanitarny, działania przygotowawcze na wypadek nagłych sytuacji zdrowotnych”³⁰, a także ochronę grup szczególnie narażonych na przykład na wykluczenie społecznie.

Definiowanie bezpieczeństwa zdrowotnego wymaga również nawiązania do polityki zdrowotnej, rozumianej zgodnie z propozycją W. Cezarego Włodarczyka, jako „dający się wyodrębnić proces intencjonalnie wywołanych zdarzeń odnoszących się do spraw zdrowia w skali ponadjednostkowej, w którym to procesie obecne są rozstrzygnięcia o charakterze władczym”³¹. Oddziaływanie polityki zdrowotnej obejmuje więc założenie o możliwości wpływania na procesy modyfikowania stanu zdrowia, co powoduje, iż jej zakres ulega znacznemu rozszerzeniu, wykraczając poza tradycyjnie nakreślony obszar.

W podejściu WHO zakłada się, że zasadniczymi celami polityki zdrowotnej są:

- 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 chorego³².

Podstawowym celem polityki zdrowotnej stała się zatem gwarancja bezpieczeństwa zdrowotnego, rozumianego w kategoriach procesów minimali-

³⁰ *World Health Organization: Health Systems Strengthening Glossary: Public Health* [http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html#17] (dostęp: 20.12.2014)].

³¹ 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.

³² J. Orczyk: *Polityka społeczna. Uwarunkowania i cele*. Poznań 2008, s. 145.

zowania i eliminowania zagrożeń zdrowotnych oraz ich skutków warunkujących utratę poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego.

Na współzależność polityki zdrowotnej i bezpieczeństwa zdrowotnego wskazał 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 warunki życia, pracy, nauki i wypoczynku oraz świadczenie usług zaspokajających potrzeby zdrowotne”³³.

Bezpieczeństwo zdrowotne może jednakże zostać przedstawione wyłącznie w kontekście ochrony jednostek przed zagrożeniami płynącymi z zewnątrz, wynikającymi z takich zdarzeń, jak na przykład bioterroryzm, wówczas koncepcja „bezpieczeństwo zdrowotne” zostaje odizolowana od terminów „zdrowie publiczne” i „polityka zdrowotna”, pozostając w obszarze polityki bezpieczeństwa międzynarodowego, co może powodować konsekwencje uniemożliwiające wypracowanie koherentnych ram teoretycznych oraz operacyjnych dla tej koncepcji.

W podsumowaniu przeprowadzonych dotychczas rozważań zaakcentowania wymaga fakt, iż status koncepcji „bezpieczeństwo zdrowotne” ciągle jeszcze nie został w sposób jednoznaczny wyznaczony. Podkreślić należy również, iż termin ten wywodzi się z koncepcji „wolność od strachu i nędzy”, która posłużyła jako punkt wyjścia dla idei *human security*. Zakres bezpieczeństwa zdrowotnego zawiera się natomiast w postulatcie ścisłego związku z prawem do ochrony zdrowia oraz dostępnością świadczeń medycznych na równych dla beneficjentów zasadach.

Bezpieczeństwo zdrowotne stając się nową, odrębną kategorią teoretyczną, wymagać będzie sprecyzowania, zwłaszcza w kontekście potencjalnych możliwości poznawczych.

³³ Z. Woźniak: *W stronę zdrowia społeczności — socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej*. „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2004, R. 66, z. 1, s. 180.