

Joanna Zdanowska

Uniwersytet Zielonogórski

ORCID 0000-0001-7921-8974

j.zdanowska@wpa.uz.zgora.pl

Rola zdrowia publicznego w zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych

Słowa kluczowe: zdrowie publiczne, bezpieczeństwo zdrowotne, zapobieganie, zwalczanie chorób zakaźnych

Streszczenie. Zdrowie publiczne jest gwarantem bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli zarówno na poziomie indywidualnym, jak i zbiorowym. Celem artykułu jest wskazanie roli zdrowia publicznego, jaką zgodnie z założeniami doktrynalnymi i ustawowymi pełni w zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń oraz problemów funkcjonalnych zdrowia publicznego, które ujawniły się w dobie pandemii COVID-19.

Pandemia uwiarydociła zaniedbania państwa w obszarze zdrowia publicznego, głównie w zakresie procedur oraz zaplecza instytucjonalnego powołanego do zapobiegania oraz zwalczania chorób zakaźnych. Nadto w Polsce marginalizowana jest rola zdrowia publicznego oraz nie wykorzystuje się potencjału specjalistów z tego zakresu.

The role of public health in fighting infections and infectious diseases

Keywords: public health, health security, prevention, combating infection diseases

Summary. Public health is the guarantor of citizens' health security, both on an individual and collective level. The aim of the article is to indicate the role of public health with the doctrinal and statutory assumptions, in combating infectious diseases and infections as well as functional problems of public health that emerged during the COVID-19 pandemic.

The pandemic highlighted the state's negligence in the area of public health, mainly in terms of procedures and institutional facilities established to prevent and combat infectious diseases. In Poland the role of public health is marginalized and the potential of specialists is not used.

Wprowadzenie

Pojęcia „zdrowia” i „zdrowia publicznego” są potocznie często utożsamiane, pomimo odmiennego zakresu semantycznego. Zdrowie odnosi się do jednostki i jego definicja została zawarta w preambule Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, zgodnie z którą „jest to stan zupełnej pomysłowości fizycznej, umysłowej i społecz-

nej, a nie jedynie brak choroby lub ułomności¹. Ujęcie wymiaru fizycznego, psychicznego i społecznego zdrowia wskazuje na złożoność i wieloaspektowość tego terminu. Trudność funkcjonalną rodzi brak wskazania wyznaczników oceny stanu zdrowia. Konstrukcja definicji sugeruje konieczność zastosowania zarówno kryteriów obiektywnych związanych z czynnikami biologicznymi, jak i subiektywnych, odnoszących się do samopoczucia². Jednocześnie przyjmuje koncepcję „zdrowia pozytywnego” uznającego je nie jako cel sam w sobie, ale środek dający możliwość człowiekowi, a tym samym społeczeństwu, lepszego wykorzystania go do osiągnięcia korzyści³.

Współcześnie w cywilizacji zachodniej przyjmuje się, że zdrowie społeczeństwa jest determinantem wydajności gospodarczej i dobrobytu. Nie można jednak przyjmować, iż zdrowie społeczności stanowi sumę zdrowia poszczególnych jej jednostek⁴. Jest to pojęcie znacznie bardziej złożone, wieloczynnikowe. W celu dokonania oceny stanu zdrowia społeczeństwa wypracowano zobiektywizowane kryteria zawarte głównie w koncepcji pól zdrowia Lalonde’a. Uwzględniają one następujące obszary: biologii i genetyki; zachowań i stylu życia; środowiska obejmującego czynniki ekonomiczne, społeczne, kulturowe i fizyczne oraz organizacji systemu ochrony zdrowia⁵.

Pojęcie zdrowia publicznego zostało zdefiniowane po raz pierwszy w 1920 r. przez Charlesa-Edwarda A. Winslowa jako „nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego przez wysiłek społeczności, nadzór nad higieną środowiska, zapobieganie zakażeniom, nauczanie zasad higieny osobistej, organizację służb medycznych i pielęgniarskich ukierunkowanych na zapobieganie chorobom i wczesną diagnozę, rozwój mechanizmów społecznych zapewniających każdemu członkowi społeczności warunki życia pozwalające na utrzymanie zdrowia”⁶. Pojemność definicji wskazująca z jednej strony na wielość aspektów zdrowia publicznego, a z drugiej sposoby realizacji celu, jakim jest utrzymanie zdrowia, spowodowała, że była ona stosowana przez wiele lat i wyznaczała kierunki działań wprowadzanych zarówno na arenie międzynarodowej, jak i w poszczególnych krajach. Ujęty w definicji wymóg podejmowania wysiłku przez spo-

¹ 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. z 1948 r., Nr 61, poz. 477.

² J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego*, Wydawnictwo Beck, Warszawa 2013, s. 3.

³ *Promocja zdrowia*, t. I, *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, red. A. Andruszkiewicz, M. Banaśkiewicz, Lublin 2008, s. 12.

⁴ *Zdrowie publiczne*, red. A. Felińczak, A.M. Fal, Wrocław 2010, s. 10.

⁵ M.J. Wysocki, M. Miller, *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, nr 57, s. 505-512.

⁶ A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 10.

łeczność determinował konieczność wprowadzenia regulacji prawnych określających jego formy organizacyjne.

W latach 70. XX w. zrodziła się koncepcja tzw. Nowego zdrowia publicznego. Prezentuje ona podejście uwzględniające ówczesne i nadal aktualne zagrożenia zdrowotne, wiedzę na temat ich pochodzenia oraz możliwości przeciwdziałania im, a także wyznacza kierunek kompleksowych i spójnych aktywności. Wskazuje na potrzebę rozszerzenia działań poprzez włączenie aspektów społecznych, kulturowych, ekonomicznych i socjalnych w kontekście ich związku ze zdrowiem, a nie tylko sanitarnych i zwalczających choroby zakaźne, na czym skupiano się wcześniej⁷.

Choć w literaturze co jakiś czas pojawiają się nowe definicje zdrowia publicznego, to obecnie największe znaczenie ma definicja będąca modyfikacją definicji Winslow'a, zaproponowana w 1988 roku przez D. Achesona i uznająca, iż „zdrowie publiczne jest nauką i sztuką zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia poprzez zorganizowany wysiłek społeczności”⁸. Z uwagi na swój lapidarny charakter pozostawiający jednocześnie szeroki zakres przedmiotowy i podmiotowy znajduje ona powszechne zastosowanie.

Celem niniejszego artykułu jest wskazanie roli zdrowia publicznego, zgodnie z założeniami doktrynalnymi i ustawowymi, jaką pełni w zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń oraz problemów funkcjonalnych zdrowia publicznego, które ujawniły się w dobie pandemii COVID-19.

Bezpieczeństwo zdrowotne

Głównym celem zdrowia publicznego jest zagwarantowanie bezpieczeństwa zdrowotnego obywatelom. Jego realizacja odbywa się zarówno na poziomie indywidualnym, jak i zbiorowym, w zależności od rodzaju podejmowanych działań⁹.

Po raz pierwszy terminu bezpieczeństwa zdrowotnego użyto w 2001 r. w rezolucji Światowego Zgromadzenia Zdrowia zatytułowanej *Global health security: epidemic alert and response*¹⁰. Zwrócono wówczas uwagę m.in. na zjawiska związane z globalizacją, w tym swobodne przemieszczanie się ludności w wyniku migracji, turystyki czy na skutek katastrof i działań zbrojnych, jako determinantów mogących

⁷ *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. I, red. J. Opolski, Warszawa 2011, s. 19.

⁸ B. Rechel., M. McKee, *Facets of Public Health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series*, Open University Press, Maidenhead 2014, s. 3.

⁹ T.B. Kulik, M. Latański, *Zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych*, Lublin 2002, s. 41.

¹⁰ *Global health security – epidemic alert and response*, World Health Organization 2001, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78718> [dostęp: 22.11.2021].

powodować zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego o zasięgu międzynarodowym. Powyższe umożliwia bowiem szybsze rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych¹¹.

Rezolucja dała impuls do podjęcia w 2005 r. prac nad rewizją dotychczasowych „Międzynarodowych przepisów zdrowotnych”. Jest to zbiór wytycznych, praw i obowiązków nałożonych na państwa-strony oraz Światową Organizację Zdrowia. Są prawnym instrumentem służącym do ochrony przed rozprzestrzenianiem się różnych chorób w ujęciu globalnym oraz minimalizowania ich skutków, a także przyczyniania się do zagwarantowania możliwie najwyższego stopnia bezpieczeństwa zdrowotnego¹².

W literaturze przedmiotu zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego dzieli się, w zależności od źródła pochodzenia, na wewnętrzne i zewnętrzne. Wewnętrzne czynniki wynikają głównie z braku podejmowania dostatecznych i skoordynowanych działań instytucji publicznych mających na celu poprawę zdrowia i jego promocję. U ich podłoża leży brak zapewnienia wysokiego poziomu opieki zdrowotnej, pozwalającej na zaspokajanie potrzeb społeczeństwa w zakresie profilaktyki, promocji zdrowia, diagnostyki, leczenia naprawczego i rehabilitacji¹³. Z kolei czynniki zewnętrzne mogą być pochodzenia biologicznego, chemicznego, środowiskowego bądź nieznanego¹⁴. Aktualnie, z uwagi na łatwość przemieszczania się ludności, zagrożenia biologiczne (bakterie, wirusy) mogą szybko przedostawać się do różnych części globu, a ich zahamowanie jest praktycznie niemożliwe. Dlatego konieczne jest – oprócz realizowanych działań na arenie międzynarodowej w zakresie współpracy – podejmowanie wysiłków lokalnie, w skali poszczególnych krajów. W tym celu zasadne jest stworzenie odpowiednich ram instytucjonalnych. W Polsce organem powołanym do wielotorowego działania w przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowotnego jest Rządowe Centrum Bezpieczeństwa, które przygotowuje i aktualizuje „Krajowy plan zarządzania kryzysowego”¹⁵. W planie tym wśród zagrożeń zdrowotnych wymienia m.in. epidemie.

Pojęcie bezpieczeństwa zdrowotnego zostało użyte również w „Strategii Bezpieczeństwa Narodowego RP” w 2014 r. W art. 53 uznano, iż bezpieczeństwo zdrowotne obywateli współkształtuje bezpieczeństwo narodowe, na które wpływ mają narastające zmiany demograficzne, zmiany warunków środowiskowych oraz

¹¹ P.M. Nowicka, J. Kocik, *Zewnętrzne zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego Polski*, „Studia BAS” 2018, nr 4, s. 105.

¹² *Ibidem*, s. 105-106; *Rewizja Międzynarodowych przepisów zdrowotnych*, <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Miedzynarodowe-Przepisy-Zdrowotne-2005.pdf> [dostęp: 21.11.2021].

¹³ Ministerstwo Zdrowia, *Jakość w opiece medycznej*, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/jakosc-w-opiece-zdrowotnej/> [dostęp: 15.11.2021].

¹⁴ P.M. Nowicka, J. Kocik, *op. cit.*, s. 109.

¹⁵ Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego, <https://rcb.gov.pl/krajowy-plan-zarzadzania-kryzysowego/> [dostęp: 18.11.2021].

rozwój nowych technologii¹⁶. Uznanie bezpieczeństwa zdrowotnego jako elementu bezpieczeństwa narodowego niewątpliwie należy oceniać pozytywnie. Jednak potraktowanie go zdawkowo w tak obszernym dokumencie świadczy o pobieżnym podejściu do problematyki, niezauważaniu skali problemu i dynamiki rozwoju chorób zakaźnych. Jest to tym bardziej zastanawiające, że w momencie tworzenia wyżej wymienionego dokumentu świat walczył z epidemią wywołaną wirusem Ebola, którego przypadki odnotowywano również w Europie¹⁷.

Rozszerzenia koncepcji bezpieczeństwa zdrowotnego nie dokonano również w „Strategii Bezpieczeństwa Narodowego RP” wydanej w 2020 r.¹⁸ Jest ona, co prawda, jedynie strategią przygotowań systemu bezpieczeństwa narodowego, jednakże jako dokument mający ustanawiać fundamenty koncepcyjne organizacji systemu bezpieczeństwa narodowego w czasie pokoju oraz zagrożenia wydaje się, iż zagadnienie to powinno zostać dookreślone. Tym bardziej, że w momencie podpisania „Strategii...” przez Prezydenta RP panowała już epidemia COVID-19, więc realne zagrożenie było widoczne.

Powyższe wskazuje na marginalizację zagrożenia chorobami zakaźnymi w kontekście bezpieczeństwa narodowego.

Obowiązek państwa zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych

Zdrowie jest wartością chronioną prawem. Ochrona zdrowia jest ściśle związana z ochroną życia. Stanowią one wartości o nadrzędnym znaczeniu dla bytu oraz funkcjonowania każdej wspólnoty¹⁹.

W Polsce podstawowe standardy ochrony wyznacza art. 68 Konstytucji RP. Prawo ochrony zdrowia jest jednym z praw człowieka. Zaliczane jest do kategorii praw socjalnych, co oznacza gwarancję uzyskania koniecznych świadczeń materialnych od władz publicznych²⁰. Niemniej jednak prawa te mają charakter norm programowych. Państwo ma więc wyznaczone cele i jest zobowiązane dążyć do ich realizacji w ramach prowadzonej polityki. Sposób i zakres realizacji jest warunko-

¹⁶ Strategia Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 2014, <https://www.bbn.gov.pl/ftp/SBN%20RP.pdf> [dostęp: 22.11.2021].

¹⁷ D.L. Heymann, A. West, *Emerging infections. Threats to health and economic security*, [w:] *Routledge Handbook of Global Health Security*, red. S. Rushton, J. Youde, New York 2014, s. 92-104.

¹⁸ Strategia Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 2020, https://www.bbn.gov.pl/ftp/dokumenty/Strategia_Bezpieczenstwa_Narodowego_RP_2020.pdf [dostęp: 24.11.2021].

¹⁹ W. Lis, *Działania podejmowane w przypadkach zakażeń i chorób zakaźnych ze względu na ochronę bezpieczeństwa obywateli*, „Studia Prawnicze KUL” 2017, nr 3, s. 32.

²⁰ K. Ryś, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia i prawo do szczególnej opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe Prawa Konstytucyjnego” 2017, nr 10, s. 116-123.

wany jego możliwościami, głównie kondycją finansową²¹. Jednocześnie jednostki pozbawione są kompetencji powoływania się wyłącznie na te prawa przy występowaniu z roszczeniami²². Możliwość realizacji przez jednostkę prawa do ochrony zdrowia jest uzależniona od podejmowania konkretnych działań przez władze publiczne. Nie można więc wykluczyć, że przy braku realizacji którejś z norm programowych nie dojdzie do naruszenia chronionego prawem interesu jednostki, a w konsekwencji możliwości dochodzenia roszczeń przez osobę domagającą się ochrony swych dóbr²³.

Socjalny charakter prawa do ochrony zdrowia widoczny jest w ust. 2-5 art. 68 Konstytucji RP. Przepisy te tworzą dla obywatela system gwarancji uzyskania koniecznych świadczeń związanych z opieką medyczną, opieką nad osobami w wieku podeszłym, niepełnosprawnymi, dziećmi i kobietami w ciąży, także z prowadzeniem działań zmierzających do poprawy stanu zdrowotnego społeczeństwa, do których należy między innymi zwalczanie chorób epidemicznych²⁴. Jak słusznie zauważa Anna Surówka, odnosząc się do praktycznego aspektu korzystania z prawa do ochrony zdrowia, nie można pomijać zagadnienia dotyczącego świadczenia usług medycznych. Najczęściej bowiem zarówno w ujęciu jednostkowym, jak i zbiorowym ochronę zdrowia postrzega się przez pryzmat możliwych do uzyskania usług medycznych. Stąd też logiczną konsekwencją jest norma prawna zawarta w ust. 4 art. 68 ustawy zasadniczej, nakładająca na władze publiczne obowiązek zwalczania chorób epidemicznych²⁵.

Artykuł 68 ust. 1 Konstytucji RP należy interpretować w taki sposób, aby wywieść podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia oraz obiektywny nakaz podejmowania przez władze publiczne takich działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa²⁶. Nadto treść prawa do ochrony zdrowia nie jest wskazana jako abstrakcyjnie określony stan zdrowia poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, który jest ukierunkowany na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności²⁷. W zakresie zwalczania chorób epidemicznych zadania władz publicznych sprowadzają się do działań prewencyjnych, profilaktyki, dbałości o higienę, kontroli zakażeń oraz podejmowania leczenia różnych chorób bez zbędnej zwłoki poprzez prawidłowo zor-

²¹ J. Trzcński, *Artykuł 68*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. III, Warszawa 2003, s. 3.

²² A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2012, nr 3, s. 93.

²³ *Ibidem*, s. 127.

²⁴ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 grudnia 2002 r., K 43/01, OTK 2002, nr 7A, poz. 96 (Dz.U. Nr 1, poz. 14).

²⁵ A. Surówka, *op. cit.*, s. 95.

²⁶ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 marca 1999 r., K 2/98.

²⁷ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03.

ganizowaną i działającą opiekę medyczną²⁸. Zobowiązanie państwa do zwalczania chorób epidemicznych ma na celu ochronę zdrowia publicznego. Ochrona zdrowia ogółu obywateli przekłada się bowiem bezpośrednio na interes jednostkowy.

Prawna ochrona zdrowia implikuje określone obowiązki państwa wobec obywateli. Obowiązki te powinny być realizowane w ramach prowadzonej polityki zdrowotnej, u podłoża której winna znajdować się wiedza empiryczna pozyskana z dziedziny, jaką jest zdrowie publiczne. Stąd też ten obszar wiedzy nie może być marginalizowany, tym bardziej że pozyskana wiedza pozwala na konstruowanie rekomendacji, wytycznych i zaleceń również dla innych polityk, w tym między innymi polityki edukacji oraz opieki społecznej.

Współczesne problemy zdrowia publicznego

Pandemia COVID-19 uwidoczniała znaczące zaniedbania państwa w obszarze zdrowia publicznego. System opieki zdrowotnej był nieprzygotowany na nagły, znaczący wzrost liczby pacjentów. Nie istniały skuteczne procedury ani zaplecze instytucjonalne powołane do zapobiegania oraz zwalczania chorób zakaźnych w razie ich wystąpienia. Nie było i nadal brak jest instytucji, które kompleksowo zajmowałyby się podejmowaniem działań związanych z aktualną sytuacją epidemiologiczną w kraju. Instytucje takie powinny zajmować się zarówno analizowaniem sytuacji, jak i projektowaniem procedur oraz podejmowaniem konkretnych działań. Częściowo zadania te realizuje Państwowa Inspekcja Sanitarna oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, ale brakuje jasno wskazanych zasad ich wzajemnej współpracy oraz współdziałania z organami administracji rządowej i samorządowej²⁹.

Pandemia pojawiła się w momencie, kiedy w Polsce, podobnie jak i innych krajach wysokorozwiniętych, stosowany jest wzorzec zdrowia publicznego skupiający się na przeciwdziałaniu występowaniu niezakaźnych chorób przewlekłych. Aktywność państwa koncentruje się wokół promocji zdrowego trybu życia, poprawy warunków bytowych oraz medycyny naprawczej. Skutkiem tego jest przesunięcie na dalszy plan działań mających na celu zapobieganie chorobom zakaźnym. W konsekwencji środki finansowe przekierowano na obszar medycyny naprawczej, ograniczając je tym samym w sferze zdrowia publicznego.

Jeszcze innym problemem jest niedocenianie roli zdrowia publicznego w Polsce. Podejście to widoczne było chociażby w związku z nieprzyjmowaniem przez wiele

²⁸ B. Banaszak, *Komentarz do art. 68, [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 412.

²⁹ S. Golinowska i in., *Alert zdrowotny 2*, s. 2-3, https://oees.pl/alerty-eksperckie/?doing_wp_cr on=1642077136.2687950134277343750000 [dostęp: 30.11.2021].

lat regulacji ustawowych dotyczących zdrowia publicznego, pomimo zgłaszanych postulatów w tym zakresie przez różne środowiska, głównie medyczne. Ustawę o zdrowiu publicznym przyjęto ostatecznie w 2015 r., jednakże fragmentaryczny lub pobieżny charakter wielu regulacji prawnych zawartych w ustawie nie pozwala na stworzenie ram prawnych wymaganych dla działania koherentnego i efektywnego systemu zdrowia publicznego. Jednym z istotnych braków ustawy jest niedokonanie szczegółowego przyporządkowania poszczególnych zadań wchodzących w zakres zdrowia publicznego konkretnym instytucjom publicznym. Tym samym utrudnione jest konkretne zdefiniowanie zakresów odpowiedzialności³⁰.

Z marginalizacją roli zdrowia publicznego łączy się marnowanie potencjału osób wyspecjalizowanych w tej dziedzinie. Obecny rynek pracy w sektorze usług zdrowotnych nie jest przygotowany do wykorzystywania wiedzy absolwentów studiów na kierunku zdrowie publiczne. W zakresie zapobiegania chorobom, w tym chorobom zakaźnym, edukacji i profilaktyki osoby te skutecznie mogą odciążyć lekarzy, którzy swoją aktywność skupiają głównie na medycynie naprawczej. Nie są jednak prawidłowo kojarzeni ze swoimi umiejętnościami. Wynika to z braku precyzyjnego określenia kompetencji tych osób oraz wskazania zdrowia publicznego jako zawodu³¹. Wpływ na zmianę postrzegania może mieć opracowanie przygotowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny sektorowych, rynkowych ram kwalifikacji dla absolwentów ww. kierunku. Niemniej potrzebna jest zmiana nastawienia zarówno na szczeblu zarządzania placówkami ochrony zdrowia, jak i ustawodawczym w kierunku zwiększania wykorzystania potencjału specjalistów w dziedzinie zdrowia publicznego.

Podsumowanie

Działania czynione w celu uniknięcia lub ograniczenia ryzyka wystąpienia zakażeń i chorób zakaźnych są kierowane troską o dobro wspólne, jakim jest bezpieczeństwo zdrowotne całej populacji. Zminimalizowanie tych zagrożeń daje ludziom gwarancję przetrwania. Są to wartości o fundamentalnym znaczeniu zarówno dla bytu człowieka, jak i sprawnego funkcjonowania państwa³².

Obecnie, w wyniku doświadczeń zdobytych w związku z wystąpieniem pandemii COVID-19, chcąc zwiększyć skuteczność zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, potrzebne jest podjęcie działań wieloaspektowych. Konieczne jest

³⁰ *Ustawa o zdrowiu publicznym. Komentarz*, red. M. Dercz, <https://sip.lex.pl/komentarze-i-publikacje/komentarze/ustawa-o-zdrowiu-publicznym-komentarz-587707693> [dostęp: 22.11.2021].

³¹ Ustawa o zdrowiu publicznym nie zawiera definicji specjalisty zdrowia publicznego.

³² W. Lis, *op. cit.*, s. 47.

uporządkowanie kompetencji podmiotów publicznych i niepublicznych działających w obszarze zdrowia publicznego.

Nadto należy stworzyć sprawny system reagowania w sytuacjach kryzysowych. W przypadku medycyny naprawczej brak gromadzenia różnych zasobów jest tłumaczony potrzebą efektywnego zarządzania zasobami. Odmienne jest w obszarze zdrowia publicznego: przypisanie mu funkcji ochronnej całej populacji wymusza niejako konieczność posiadania możliwości podejmowania działań w sytuacjach nagłych. Wiąże się to z koniecznością zwiększenia w tym zakresie finansowania ochrony zdrowia.

Problemem pozostaje także marginalizowanie roli zdrowia publicznego. Celowe byłoby wyodrębnienie zdrowia publicznego jako dyscypliny naukowej³³, co sprzyjałoby rozwojowi badań naukowych, przy zapewnieniu odpowiedniego finansowania. Zasadne jest również zwiększenie wykorzystania potencjału specjalistów z zakresu zdrowia publicznego.

Literatura

- Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M., Banaszak B., *Komentarz do art. 68, [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012.
- Barcik J., *Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego*, Warszawa 2013.
- Felińczak A., *Fal A.M. Global health security — epidemic alert and response*, World Health Organization 2001, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78718>.
- Golinowska Ś. i in., *Alert zdrowotny 2*, https://oees.pl/alerty-eksperckie/?doing_wp_cron=1642077136.2687950134277343750000.
- Heymann D.L., West A., *Emerging infections. Threats to health and economic security*, [w:] *Routledge Handbook of Global Health Security*, red. S. Rushton, J. Youde, New York 2014.
- Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego, <https://rcb.gov.pl/krajowy-plan-zarzadzania-kryzysowego/>.
- Kulik T.B., Latalski M., *Zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych*, Lublin 2002.
- Lis W., *Działania podejmowane w przypadkach zakażeń i chorób zakaźnych ze względu na ochronę bezpieczeństwa obywateli*, „Studia Prawnicze KUL” 2017, nr 3.
- Ministerstwo Zdrowia, *Jakość w opiece medycznej*, <http://www.mz.gov.pl/system--ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/jakosc-w-opiece-zdrowotnej/>.
- Nowicka P.M., Kocik, J., *Zewnętrzne zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego Polski*, „Studia BAS” 2018, nr 4.
- Promocja zdrowia, t. I, Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, red. A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz, Lublin 2008.
- Rechel B., McKee M., *Facets of Public Health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series*, Maidenhead 2014.
- Ryś K., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia i prawo do szczególnej opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe Prawa Konstytucyjnego” 2017, nr 10.
- Rewizja Międzynarodowych przepisów zdrowotnych, <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Miedzynarodowe-Przepisy-Zdrowotne-2005.pdf>.
- Strategia Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 2014.
- Strategia Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 2020.

³³ S. Golinowska i in., *op. cit.*, s. 9-10.

- Surówka A., *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2012, nr 3.
- Trzciński J., *Artykuł 68*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. III, Warszawa 2003.
- Ustawa o zdrowiu publicznym. Komentarz*, red. M. Dercz, <https://sip.lex.pl/komentarze-i-publicacje/komentarze/ustawa-o-zdrowiu-publicznym-komentarz-587707693>.
- Wojtczak A., *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
- Wysocki M. J., Miller M., *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, nr 57.
- Zdrowie publiczne*, red. A. Felińczak, A.M. Fał, Wrocław 2010.
- Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, red. J. Opolski, Warszawa 2011, t. I.