

## SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów .....	11
Wstęp .....	13
<b>Rozdział pierwszy</b>	
<b>Koncepcja polityki zdrowotnej .....</b>	<b>19</b>
1. Ustalenia wstępne .....	19
2. Specyfika sektora zdrowotnego .....	24
3. Definicja minimum .....	27
4. Aspekty i kontekst polityki zdrowotnej .....	32
5. Wartości .....	34
6. Zaniechania .....	39
7. Problemy i zakres polityki zdrowotnej .....	43
8. Misja polityki zdrowotnej .....	51
9. Samodzielność i podporządkowanie polityki zdrowotnej .....	57
10. Substraty polityki zdrowotnej .....	60
11. Podsumowanie .....	62
<b>Rozdział drugi</b>	
<b>Modele polityki zdrowotnej .....</b>	<b>64</b>
1. Uwagi wstępne .....	64
2. Model racjonalny .....	65
2.1. Uwagi ogólne .....	65
2.2. Nieobecność konfliktów .....	66
2.3. Bezinteresowność wykonawców .....	67
3. Racjonalność w polityce zdrowotnej .....	68
4. Podejście inkrementalne .....	71
4.1. Uwagi ogólne .....	71
4.2. Kryteria w modelu inkrementalnym .....	73
4.3. Powtarzalność i wyjątkowość sytuacji .....	74
4.4. Częstkowe rozwiązania .....	76
4.5. Odrzucenie modelu docelowego .....	79
5. Modele polityki zdrowotnej a reformowanie systemów .....	80
6. Modele polityki zdrowotnej: próby kompromisu .....	87

7. Fazy procesu .....	89
8. Fazy w polityce zdrowotnej .....	94
9. Realistyczne podejście do faz .....	95
10. Dyskurs jako kategoria polityki zdrowotnej .....	101
11. Podsumowanie .....	107

## Rozdział trzeci

<b>Dobre rządzenie i korupcja .....</b>	<b>108</b>
1. Uwagi wstępne .....	108
2. Rządzenie .....	108
3. Konteksty instytucjonalne .....	112
3.1. Uwagi ogólne .....	112
3.2. Organizacja Narodów Zjednoczonych i jej instytucje .....	113
3.3. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju .....	114
3.4. Unia Europejska .....	116
3.5. Bank Światowy .....	118
3.6. Agencja Stanów Zjednoczonych ds. Rozwoju Międzynarodowego .....	119
4. Interpretacje .....	119
5. <i>Governance</i> : kontekst zdrowia i stanowisko WHO .....	121
6. Koncepcja <i>stewardship</i> .....	123
7. Kwestie koncepcyjne .....	127
8. <i>Governance for health, health governance</i> .....	133
9. Dobre rządzenie a korupcja w sektorze zdrowotnym .....	138
10. Korupcja na rynku farmaceutycznym .....	144
11. Podsumowanie .....	148

## Rozdział czwarty

<b>Aktorzy i dynamika procesu .....</b>	<b>150</b>
1. Uwagi wstępne .....	150
2. Aktorzy .....	150
3. Państwo jako aktor .....	153
4. Problem profesjonalizmu .....	156
5. Lepsza administracja .....	160
6. Model Kingdona .....	162
7. Żelazne trójkąty ( <i>iron triangle</i> ) .....	168
8. Zdolność odpowiadania na oczekiwania ( <i>responsiveness</i> ) .....	170
9. Uczestnictwo .....	172
9.1. Uwagi ogólne .....	172
9.2. Wyrażanie opinii .....	174
9.3. Reprezentowanie .....	175
9.4. Udział w decyzjach .....	175
9.5. Przestrzeganie praw pacjenta .....	176
10. Formuły partycypacji .....	179
10.1. Uwagi ogólne .....	179
10.2. Społeczności polityczne ( <i>policy community</i> ) .....	179

10.3. Sieci problemowe ( <i>issue network</i> ) .....	180
10.4. Sieci polityczne ( <i>policy network</i> ) .....	181
10.5. Koalicja ( <i>advocacy coalition framework</i> – ACF) .....	182
11. Nowy instytucjonalizm .....	184
12. Podsumowanie .....	188

## Rozdział piąty

<b>Kontrola kosztów, priorytety, racjonowanie</b> .....	191
1. Uwagi wstępne .....	191
2. Krótka historia .....	191
3. Ograniczone zasoby .....	193
4. Racjonowanie .....	194
5. Priorytety .....	200
6. Racjonowanie ze względu na wiek .....	204
7. Opinia publiczna .....	207
7.1. Uwagi ogólne .....	207
7.2. Badania europejskie .....	207
7.3. Badania brytyjskie .....	209
7.4. Badania niemieckie .....	209
7.5. Szwecja 1 .....	210
7.6. Szwecja 2 .....	210
7.7. Hiszpania .....	211
7.8. Portugalia .....	212
7.9. Komentarz .....	212
8. Doświadczenia z budowaniem priorytetów i racjonowaniem .....	213
8.1. Uwagi ogólne .....	213
8.2. Holandia – technologia racjonowania .....	213
8.3. Oregon – lista priorytetów .....	215
8.4. Izrael – trudności z rozszerzaniem koszyka .....	217
8.5. Przykład brytyjski – czas oczekiwania .....	218
9. Podsumowanie .....	219

## Rozdział szósty

<b>Nauka jako wsparcie polityki zdrowotnej</b> .....	221
1. Uwagi wstępne .....	221
2. Dowody w polityce zdrowotnej .....	221
3. Instytucje badawcze .....	233
4. Fazy procesu a wykorzystanie danych .....	242
5. Modele współpracy .....	244
6. Realia .....	247
7. Modele wykorzystywania wiedzy .....	249
7.1. Uwagi ogólne .....	249
7.2. Model pełnego uzasadnienia .....	250
7.3. Model rozwiązywania problemów .....	250
7.4. Model interaktywny .....	251

7.5. Model polityczny .....	252
7.6. Model taktyczny .....	252
7.7. Model naukowego oświecenia .....	253
8. Dane w politykach zdrowotnych .....	254
9. Podsumowanie .....	258

## **Rozdział siódmy**

<b>Zaplecze koncepcyjne</b> .....	260
1. Uwagi wstępne .....	260
2. Koncepcja Alforda: wewnętrzna dynamika systemu .....	260
3. Michael Reich: modele polityki zdrowotnej .....	264
4. Prawo Harta: prawo odwrotnej adekwatności opieki ( <i>Law of Inverse Care</i> ) .....	265
5. Prawo Roemera: łóżka szpitalne jako stymulator korzystania i popyt stymulowany przez świadczeniodawców .....	269
6. Lokalne różnice praktyki .....	273
7. RAND: Eksperyment Ubezpieczeń Zdrowotnych ( <i>Health Insurance Experiment</i> ) .....	276
8. Eksperyment oregoński .....	286
9. Efektywność prywatnych szpitali .....	287
10. Sytuacja społeczna i ekonomiczna a zdrowie .....	292
10.1. Uwagi ogólne .....	292
10.2. Zamożność .....	293
10.3. Wykształcenie .....	295
10.4. Środowisko pracy .....	298
11. Bogactwo i zdrowie .....	303
12. Uwarunkowania sukcesu procesu reformatorskiego .....	305
12.1. Uwagi ogólne .....	305
12.2. Badanie OECD .....	305
12.3. Badanie amerykańskie: niepowodzenie reform .....	308
12.4. Badania amerykańskie: proces legislacyjny .....	310
13. Podsumowanie .....	311
<b>Zakończenie</b> .....	313
<b>Piśmiennictwo</b> .....	317