

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	11
Wstęp	13
Rozdział pierwszy	
Koncepcja polityki zdrowotnej	19
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
Rozdział drugi	
Modele polityki zdrowotnej	64
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

Dobre rządzenie i korupcja	108
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

Aktorzy i dynamika procesu	150
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 – ACF</i>)	182
11. Nowy instytucjonalizm	184
12. Podsumowanie	188

Rozdział piąty

Kontrola kosztów, priorytety, racjonowanie	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

Nauka jako wsparcie polityki zdrowotnej	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

Zaplecze koncepcyjne	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

Zakończenie	313
--------------------------	------------

Piśmiennictwo	317
----------------------------	------------