

Ogólnoświatowa Organizacja Zdrowia została założona w 1948 roku jako specjalna agenda Narodów Zjednoczonych odpowiedzialna za kierowanie i koordynowanie działań dotyczących zdrowia publicznego. Jednym ze statutowych działań WHO jest dostarczanie obiektywnych i wiarygodnych informacji oraz kreowanie prawidłowej polityki w obszarze zdrowia człowieka. Odpowiedzialność tę wykonuje się między innymi poprzez publikacje programów, szukanie pomocy państwom, które wykonują te programy pomagające ochronie zdrowia publicznego i adresują je naciskając koncerny zdrowotne. Regionalne Biuro WHO w Europie jest jednym z sześciu takich biur na całym świecie. Zajmuje się ono problemami zdrowotnymi około 880 mln ludzi żyjących na obszarze rozciągającym się od Oceanu Arktycznego na północy i Morza Śródziemnego na południu oraz od Oceanu Atlantyckiego na zachodzie do Pacyfiku na wschodzie. Europejski program Ogólnoświatowej Organizacji Zdrowie wspiera wszystkie kraje w Regionie w rozwoju i realizacji ich własnej polityki zdrowotnej; wprowadza systemy i programy, mające na celu ograniczenie zagrożeń zdrowotnych; przygotowuje do realizacji przyszłych wyzwań zdrowotnych oraz nadzoruje wprowadzane w życie publiczne zadania zdrowotne. Aby zapewnić szeroki dostęp do autorytatywnych informacji, WHO prowadzi wielkie działania wydawnicze oraz zapewnia międzynarodową dystrybucję swych publikacji, zachęca do ich przekładów i adaptacji. Poprzez pomaganie w promowaniu i ochronie zdrowia oraz zapobieganiu i kontrolowaniu chorób publikacje Ogólnoświatowej Organizacji Zdrowia wnoszą swój wkład w osiąganie głównego celu organizacji, którym jest dążenie poprzez wszystkich ludzi do osiągnięcia jak najwyższego poziomu zdrowotnego. Odkąd w 1980 r. Europejskie Biuro WHO wprowadziło swój pierwszy regionalny program Zdrowie dla Wszystkich prowadzona jest polityka okresowej aktualizacji prac. Te aktualizacje obejmują monitoring, ewaluację, ponowną analizę i rewidowanie jak jego wykonanie zbliża się i uzupełnia politykę Zdrowia dla Wszystkich. Z jednej strony te działania są przymusowe. Regionalny Komitet dla Europy uwarunkował a następnie udoskonalił politykę Zdrowia dla Wszystkich w Regionie i rozpatrzył je w 2005 r. Takie prace stwarzają możliwość obserwacji, w jaki sposób systemy ochrony zdrowia są powiązane z etycznymi prawami człowieka. Ponadto

taka aktualizacja daje szansę na powiązanie przyjętych koncepcji programu Zdrowie dla Wszystkich z tworzeniem polityki służby zdrowia na początku XXI wieku. Dziesiąta Komisja Stała Komitetu Regionalnego była ciągle zaangażowana w zmiany podstaw polityki zdrowia w Regionie Europejskim.

Pozwoliło to na wypracowanie koncepcji, procesu oraz metodologii tych aktualizacji. Sugerują one umiejscowienie etyki systemu zdrowotnego w samym centrum prac i popierają rdzenne znaczenie programu Zdrowie dla Wszystkich. Wytyczne te, opublikowane pt. Zdrowie21, stanowią podstawę polityki

programu Zdrowia dla Wszystkich w Europejskim Regionie WHO, po jej aktualizacji w 1998 roku. Komisja Stała podjęła aktualizację po to, aby mieć na uwadze zmieniające się uwarunkowania polityczne i ekonomiczne oraz rosnącą potrzebę przetłumaczenia reprezentowanych wartości na język wytycznych

oraz stosowanych narzędzi, pomimo wysokiej próby takiego działania. Komisja zachęca do nowatorskiego opracowania koncepcji zasad etycznych i sposobu łączenia wartości z ich wprowadzaniem. Komitet Regionalny dyskutował o aktualizacji tej polityki na dwóch sesjach, przed i w trakcie jej

przygotowywania. Na 53. sesji, kraje członkowskie uzgodniły, iż ta aktualizacja powinna zapewnić kontynuację wszystkich prac omówionych w publikacji Zdrowie21 przy istotnym rozważeniu postępu oraz ostatnich osiągnięć nauki, natomiast jej sedno powinno kłaść nacisk na politykę opartą na wiedzy

oraz etykę służby zdrowia. Komitet Regionalny zatwierdził także metodologię i podejście do przygotowania aktualizacji dla Biura Regionalnego. Kraje członkowskie otrzymały na 54. sesji raport postępu. Obecna aktualizacja jest okazją do zainicjowania początkowego procesu umożliwiającego obszerną

koordynację i konsultacje z krajami członkowskimi. W 2003 roku, kiedy rozpoczęły się prace, Regionalne Biuro zdecydowało, że warto opracowywać dokument pod kątem trzech osi analitycznych. Składają się one na trzy istotne filary aktualizacji, z których każdy odpowiada na jedno kluczowe

pytanie. Europejskie Obserwatorium systemów i koncepcji zdrowotnych odpowiedziało na te pytania kierując się wiedzą, jak polityka Zdrowia dla Wszystkich została wykorzystana w Regionie Europejskim. Wiedzę tę uzyskano poprzez zainicjowane w 2003 roku dwa programy badawcze. Pierwsze badanie

dostarczyło zarysu faktycznego zaadoptowania i wykorzystania w krajach członkowskich koncepcji programu Zdrowie dla Wszystkich. Drugie badanie, stale trwające w czasie publikowania tej aktualizacji, szacuje doświadczenie krajów w realizacji programów zdrowotnych i opisuje projekty oraz ich wprowadzanie w zakresie narodowych celów zdrowotnych. Aby pomóc przy podejmowaniu decyzji wpływających na politykę, została powołana międzynarodowa grupa ekspertów, która dysponuje wiedzą i doświadczeniem w formułowaniu, ocenianiu i wprowadzaniu polityki zdrowotnej na szczeblu międzynarodowym, narodowym i lokalnym. Wprowadzanie w życie Zdrowia dla Wszystkich wiąże się z wieloma wyzwaniami. Dla osiągnięcia celu, został przeprowadzony przegląd dostępnych narzędzi, które mogą umożliwić decydentom skonstruowanie narodowych programów i koncepcji opartych na programie Zdrowie dla Wszystkich. Szeroki wachlarz takich narzędzi istnieje już w wielu krajach. Jeśli nie były one do tej pory jednoznacznie rozwijane do wprowadzenia albo oceny wartości, mogą być do tego wykorzystane. Dla przykładu, spośród tych narzędzi wybranych zostało 10 najistotniejszych. Wybór oparto na tym czy dane narzędzie było użyteczne na poziomie narodowym, czy miało charakter globalny i dający się przystosować oraz czy było testowane, poddawane dalszym udoskonaleniom i czy było dostępne. Metodologia i wybrane narzędzia są zaprezentowane w raporcie. Co więcej, osobom lub zespołom podejmującym decyzje oferuje się kilka wytycznych przydatnych do oceny, w jakim stopniu ich własne narodowe programy zdrowotne promują program Zdrowie dla Wszystkich. Taka aktualizacja europejskiego zarysu koncepcji Zdrowia dla Wszystkich została rozwinięta po to, aby stać się raczej inspiracją niż receptą. Nie dostarcza ona modelu dla krajów członkowskich do zaadoptowania albo naśladowania, lecz jedynie oferuje możliwą architekturę polityki zdrowotnej opartej na konkretnych zaletach. W rozwijaniu swoich własnych programów poszczególne kraje proszone są o wykorzystanie tego zarysu w sposób, który jest najbardziej poprawny i przystosowanie go do własnych specyficznych potrzeb ekonomicznych, kulturowych i historycznych. Ostatecznie, prawdziwym wyznacznikiem sukcesu jest to, jak każdy kraj podejrze do takiego procesu, a osoby tworzące politykę muszą zdecydować, jakie elementy Zdrowia dla

Wszystkich będą fundamentem realizacji ich własnych programów narodowych. Innymi słowy, obecna aktualizacja ma być konstrukcją, która zachęca do wyboru. Na przykład, każdy kraj musi zdecydować samodzielnie, czy alokować specjalne fundusze dla wprowadzenia Zdrowia dla Wszystkich. Tam, gdzie finansowe środki są ograniczone, taka alokacja może być użyta jako narzędzie dla zapewnienia przestrzegania wartości Zdrowia dla Wszystkich w sektorze zdrowia. Jednak, adaptacja narzędzi finansowych musi być specyficzna dla danego kraju i żadne rekomendacje nie mogą być poczynione na szczeblu regionalnym.

Innym narodowym wyborem, które trzeba dokonać, jest to, czy wprowadzić jedną krajową politykę prozdrowotną, czy też wprowadzać poszczególne elementy Zdrowia dla Wszystkich w każdej istniejącej dziedzinie gospodarki narodowej, mającej wpływ na zdrowie, aby zapewnić przestrzeganie zasad Zdrowia dla Wszystkich i wzmocnić koncepcję etycznych zasad. Ważnym jest, aby podkreślić, że dokument jest tylko propozycją unowocześnienia całej struktury polityki prozdrowotnej, a nie podwalinami nowego europejskiego programu Zdrowie dla Wszystkich. Upłynęło siedem lat od rozpoczęcia adaptacji programu opublikowanego jako Zdrowie21. Stała Komisja Komitetu Regionalnego stwierdziła, że czas był niezbyt długi, by przedyskutować i zaproponować całkowicie nową politykę dla Regionu. Dotychczas sformułowane cele Zdrowia dla Wszystkich były podobne dla wszystkich krajów w regionie europejskim.

Ostatnio uzgodniono, iż wytyczanie wspólnych celów dla wszystkich krajów w Regionie może często być nieprawdziwe, nieuczciwe albo po prostu nierealistyczne. Nie bierze się pod uwagę znacznych niezgodności w stanie zdrowia publicznego oraz w rozwoju kulturalnym i gospodarczym krajów członkowskich.

Tworzenie indywidualnych celów może być istotnym dokonaniem na narodowych i czasami ponadnarodowych poziomach. Cele narodowe mogą być doskonałymi założeniami polityki i narzędziami kierowania, jak również jednym z metod wyartykułowania stopnia narodowych ambicji. Kiedy wszystkie działania skierowane będą na formułowanie narodowych celów zdrowia, będzie można określić założenia wspólnej polityki zdrowia w regionie. Polecenia załączone do bieżącej aktualizacji nie są wyczerpujące, ani nie pokrywają się ze wszystkimi dziedzinami zdrowia publicznego. Zbyt mało uwypuklono działania i metody,

które są nowe albo znacznie rozwinęły się od 2000 roku. Chociaż Zdrowie21 zostało opublikowane niedawno, jest już widocznych wiele znaczących zmian w systemach zdrowia krajów członkowskich. Wiedza i doświadczenia, które nabyły kraje członkowskie, zostały już zaprezentowane. Inaczej mówiąc, to unowocześnienie zmierza bardziej do propagowania elastycznego podejścia do każdego problemu zdrowia w całym procesie jego ochrony niż do usiłowania stworzenia autorytatywnego dokumentu, który określa działania na rzecz zdrowia w całej polityce regionu. Zagadnienia polityki zdrowotnej mogą zostać rozpowszechnione dzięki ogromnemu zasięgowi programu Zdrowia dla Wszystkich, i wprowadzone w życie w całości lub wybiórczo w poszczególnych krajach świata. Niektóre kraje mogą zdecydować się na rozwinięcie i analizowanie narodowych studiów przypadku. Inne kraje członkowskie mogą uważać to unowocześnienie za zaproszenie do ponownego sprawdzenia i inspekcji ich polityki zdrowia. Jeszcze inne mogłyby zwrócić specjalną uwagę na to, jak najlepiej sformułować program Zdrowie dla Wszystkich w zakresie definicji pojęcia zdrowia, praw człowieka oraz modelu etycznego i jak optymalnie kierować go do różnych środowisk i ośrodków decyzyjnych. Wiele krajów może także wybrać konkretne punkty wyjścia, którym zamierza wprowadzać program Zdrowia dla Wszystkich. Pozwoli to im skupić się na miejscowych problemach i tym sposobem podnosić poziom kultury zdrowotnej. W ten sposób, grupa krajów mogłaby skierować wysiłek na rozwijanie narodowych i ponadnarodowych działań na rzecz zdrowia i wprowadzenia ich do Wytycznych Rozwoju Tysiąclecia Narodów Zjednoczonych. Większość tych koncepcji została zaproponowana przez poszczególne kraje podczas konsultacji nad unowocześnieniem programu. To tylko nieliczne przykłady spośród wielkich narodowych poczynań, które mogłyby zainicjować nowe i dynamiczne procesy w programie Zdrowia dla Wszystkich w Europie. Wszelkie te poczynania powinny być prezentowane na forum wymiany informacji w sprawach polityki zdrowotnej, doświadczeń i koncepcji. Narodowe i ponadnarodowe osiągnięcia mogłyby wzbogacić środki odnowienia i poprawy stanu zdrowia w procesie kontynuowania rozwoju regionalnego programu Zdrowia dla Wszystkich. Taki rozwój byłby najlepszym świadectwem rangi tego dokumentu i jego przydatności. W skrócie, niniejszy

dokument rozważa pojęcie zdrowia fundamentalnie, mając za podstawę zasady sprawiedliwości społecznej. Można go uznać za przewodnik naukowy do prac mających na celu lepszą ochronę zdrowia i zarys procesu, który będzie prowadził do stopniowego polepszenia zdrowia na świecie. Wszelkie innowacje w programie

Zdrowie dla Wszystkich są także zgodne z innymi podstawowymi założeniami polityki prozdrowotnej. Zostały one wprowadzone do XI Ogólnego Programu Pracy, który był przygotowany w 2006 roku w celu unowocześnienia głównych dziedzin pracy WHO do 2015 roku. Te dwa dokumenty mają kilka wspólnych cech, w

szczególności powszechne uznanie przez WHO jak i przez program Zdrowie dla Wszystkich problemu wartości. Są to: potwierdzenie istotnej roli wartości, położenie szczególnego nacisku na prawa i potrzeby poszczególnych społeczeństw oraz elastyczne podejście do możliwości realizowania polityki prozdrowotnej w

poszczególnych krajach. Unowocześnienie głównych dziedzin działania jest także silnie widoczne w pracach biur regionalnych. Rozpoznanie charakterystycznych potrzeb oraz realizacja planów danego regionu służyć ma ujednoczeniu polityki realizowanej przez biura regionalne. Polityka

programu Zdrowie dla Wszystkich oraz strategia kraju muszą być zgodne w zakresie rozwoju partnerstwa także na zewnątrz sektora ochrony zdrowia. Co więcej, w zgodzie z założeniami polityki danego kraju, nakierowanej na wzmocnienie systemu zdrowia, te modernizowane poczynania silnie wpływają na całą

strategię, jako podstawę dla wysiłków na rzecz ochrony zdrowia całego narodu. Unowocześnienia są także zgodne z pozycją, którą posiada regionalne biuro w zjednoczonych krajach. W sercu strategii regionalnych biur leżą założenia sprawiedliwości, solidarności i udziału w programie Zdrowie dla

Wszystkich. Te trzy założenia są bardzo ważne w związku z ekonomiczną różnorodnością regionów. Na problem biedy zwraca się dużo uwagi nie tylko w krajach biednych i średniorozwiniętych, ale także w krajach najbogatszych. Te założenia są też uwzględniane przez strategię MDGS, które

kładą nacisk na dwa problemy: przede wszystkim jak osiągnąć MDGS w krajach, które są temu niechętnie oraz jak skierować do tych krajów odpowiednią pomoc. Konstytucja Ogólnoświatowej Organizacji Zdrowia ustanowiła, że zadaniem wszystkich ludzi jest dążenie do osiągnięcia pokoju i bezpieczeństwa, opartego

na fundamentalnych prawach człowieka. Konstytucja uznaje także, że posiadanie najwyższych osiągalnych standardów ochrony zdrowia jest fundamentalnym prawem ludzkim. Do późnych lat siedemdziesiątych, posiadanie tego prawa pozostawiało wiele do życzenia. Ponad 10 milionów ludzi żyło w biedzie, w związku z tym zaakceptowanie odpowiednich standardów było po prostu niemożliwe. Odpowiadając aktualnym wyzwaniom, w celu przeniesienia uniwersalnej wizji zdrowia do strategii i polityki, członkowie WHO zabrali się do stworzenia specjalnej struktury działania. Proces ten rozpoczął się w 1977 roku apelem do rządów krajów o podjęcie prac umożliwiających wszystkim ludziom świata do 2006 roku osiągnięcie poziomu zdrowia, które pozwoli im prowadzić aktywne i ekonomicznie produktywnie życie. Ten pomysł i organizacja znane są pod nazwą Zdrowie dla Wszystkich. Idea Zdrowia dla Wszystkich była kolejno przedstawiana w 1978 roku na międzynarodowej konferencji podstawowej opieki zdrowotnej w Alma-Ata, w byłym Związku Radzieckim. Deklaracja Alma-Ata ustanowiła, że osiągnięcie Zdrowia dla Wszystkich jako części całkowitego rozwoju społeczeństwa, rozpoczyna się od zapewnienia ogólnej opieki zdrowotnej, opartej na akceptowanych metodach i technologiach. Poprzez akceptację takich poczynań przez osoby indywidualne, rodziny i środowiska, kraje i społeczeństwa będą w stanie zadania te realizować. Od tamtej pory podczas tworzenia polityki i planów akcji spierano się o koncepcje i zakres programu Zdrowia dla Wszystkich. Zakładano, że każdy kraj będzie w stanie wnieść swój udział do globalnej polityk Zdrowia dla Wszystkich do roku 2000 nie tylko poprzez realizowanie zaleceń programu w kontekście rozwoju socjalnego i politycznego. Akcja Zdrowie dla Wszystkich była i jest nadal fundamentalnym wezwaniem do stosowania zasad sprawiedliwości społecznej, równości i solidarności. Realizując jej zadania dąży się do osiągnięcia jedności w różnorodności, a nie tylko do osiągnięcia pojedynczego, ograniczonego celu. Zdrowie dla Wszystkich jest programem dążenia krajów do stopniowej poprawy zdrowia wszystkich obywateli. Globalnie WHO stale dąży do wprowadzenia programu Zdrowie dla Wszystkich. W 1980 roku Regionalna Komisja dla Europy zatwierdziła Europejską strategię programu Zdrowie dla Wszystkich do 2000 roku. Wprowadzenie tej strategii doprowadziło rok potem do

zatwierdzenia globalnego planu akcji. Komisja zdecydowała, że co dwa lata będzie monitorować strategię wprowadzenia, która rozpoczęła się w 1983 roku. Od 1985 roku ewaluje także jego efektywność. Odbywa się to co sześć lat. Zaraz po zainicjowaniu europejskiej polityki programu Zdrowie dla

Wszystkich Komitet Regionalny poprosił o wytyczenie specjalnych celów, mających pomóc we wprowadzeniu strategii regionalnej. Cele te wytyczono by zmotywować i zaktywizować kraje członkowskie do przyjęcia programu. Ich realizacja rozpoczęła się w 1984 roku, dając szeroką i precyzyjną wizję

rozwoju zdrowia w regionie oraz pokazująca zarys jasnego, etycznego pakietu problemów koniecznych do prowadzenia udoskonalonej polityki prozdrowotnej. Zamiast skupiania się wyłącznie na finansowaniu usług charakterystycznych dla nastawionego na szpitale sektora zdrowotnego, uwydatniają

także konieczność zwiększenia nakładów na podstawową opiekę zdrowotną. By mierzyć postępy w realizacji programu do 38 wytyczonych celów regionalnych została dodana lista 65-u wskazówek. W tym samym roku Komitet Regionalny przyjął plan aktywnego wprowadzenia polityki regionalnej. W planie tym

określone zostały role i działania wyznaczone odpowiednio dla krajów członkowskich, komitetu regionalnego i urzędu regionalnego. Pozostawione zostało także miejsce dla każdego kraju, by zdefiniował on swoje własne priorytety i strategie. Po przyjęciu tych trzech dokumentów w 1984 roku Komitet

Regionalny stworzył pakiet wytycznych dla polityki zdrowia w regionie. W tym samym czasie ustalono także mechanizm regularnego monitorowania i oceniania postępów w osiągnięciach programu Zdrowie dla Wszystkich w regionach do 2000 roku. Konsekwencją tego zobowiązania była przeprowadzona w 1991 roku

modernizacja polityki regionalnej, strategii i celów.

Tymczasem komitet regionalny oceniał co trzy lata postępy w osiągnięciu celów regionalnych. W 1998 roku został przyjęty poprawiony europejski pakiet polityczny programu Zdrowie dla Wszystkich, opublikowany jako Zdrowie21. Wywołało to ogromne

zmiany, których nie notowano w regionie od wprowadzenia poprzedniej polityki regionalnej. Do programu włączyło się 20 pluralistycznych społeczeństw, dotąd nie biorących udziału w programie. Jednak pomimo wielu pozytywnych wydarzeń, poważne załamania ekonomiczne doprowadziły do wielkiego kryzysu w



sektorze zdrowia. Program Zdrowie21 wyszczególnia dwa podstawowe cele, trzy elementarne wartości i cztery główne strategie. Zaopatrzone jest także w testy mierzące postęp w ulepszaniu i chronieniu zdrowia i w ograniczaniu wszelkiego ryzyka. Zdrowie dla Wszystkich zawiera komplet podstawowych wartości w rozwoju polityki zdrowia. Ich rdzeniem jest sprawiedliwość. W kontekście programu Zdrowie dla Wszystkich, system zapewnia każdemu jednakową możliwość wykorzystania wszelkich potencjalnych metod ochrony zdrowia. Troska o sprawiedliwość ma bezpośrednie znaczenie dla podejmujących wybór, jakie są priorytety w polityce zdrowotnej i jak zdecydować, które kwestie zdrowia publicznego i które grupy populacji zasługują na największą uwagę. Polityka zdrowia budowana w trosce o sprawiedliwość zapewni, że usługi medyczne będą ogólnie dostępne dla całej populacji. To może oznaczać, że sprawą nadrzędną jest dawanie biednym, niedostosowanym społecznie i innym grupom marginesu społecznego. System zdrowia oparty na sprawiedliwości przyczynia się do społecznej akceptacji takich upośledzonych grup i otoczenie ich opieką. Program Zdrowie dla Wszystkich podkreśla też wartość solidarności, która jest zazwyczaj interpretowana jako podstawowa idea społeczeństwa zbiorowej odpowiedzialności. W kontekście Zdrowia dla Wszystkich, solidarność oznacza, że każdy przyczynia się do rozwoju systemu ochrony zdrowia według własnych możliwości. Solidarność może być postrzegana jako sposób zapewnienia sprawiedliwości. Polityka prozdrowotna opierająca się na idei solidarności jest w stanie zrównoważyć nierówny dostęp do usług zdrowotnych i wynikające z tego problemy. Odwrotnie, polityka zdrowotna, która nie ceni solidarności, daje przywileje tym, którzy są zamożni, bardziej wykształceni i doświadczeni w wykorzystaniu z opieki zdrowotnej, która im przysługuje. Sprawiedliwość i solidarność są bezpośrednio powiązane z trzecią wartością, która staje się coraz bardziej ważna w ruchu Zdrowie dla Wszystkich. Jest to aktywne uczestnictwo. Aktywne uczestnictwo w systemie ochrony zdrowia dotyczy zarówno osób i organizacji, mających wpływ na jakość podejmowanych decyzji o zdrowiu społeczeństwa. Te trzy wartości: sprawiedliwość, solidarność i aktywne uczestnictwo bezpośrednio oddziałują na finanse systemu zdrowia, dostęp do usług medycznych, starania o poprawę zdrowia populacji i o

rozwój wysokojakościowych programów w sektorze. Istotną rolę odgrywają również działania rozpowszechniające informacje o zdrowiu. Nierówne rozpowszechnienie takich informacji przyczynia się do pogłębiania się nierówności społecznej i, odwrotnie, ogólnodostępny system informacyjny jest ważnym narzędziem w walce z tym zjawiskiem. Zawsze, gdy będzie potrzeba przekazania jakiegoś komunikatu zdrowotnego do całej populacji, skupienie na szczególnych, indywidualnych wyborach stylu życia i zachowania, nie powinno zmniejszyć znaczenia polityki ogólnej zdrowia społecznego i deprecjonować inicjatyw korelowanych z innymi sektorami. Szacunek dla podstawowych wartości ludzkich albo brak tego szacunku, znajduje odbicie w podejmowanych działaniach i wprowadzanych przepisach. Szacunek dla podstawowych wartości ludzkich albo brak tego szacunku, znajduje odbicie w podejmowanych działaniach i wprowadzanych przepisach. W wielu krajach praktyka ochrony zdrowia obraca się zasadniczo wokół choroby i politycy, nie tylko w krajach europejskich, często napotykają na utrudnienia we włączeniu innych jeszcze elementów służących rozwojowi programów prozdrowotnych. Idee programu Zdrowie dla Wszystkich powinny być wyeksponowane w założeniach polityki ogólnej krajów i być wyrazem nie tylko troski o zwalczanie chorób. Jedną z takich idei jest troska o pacjenta. Troskę tę traktuje się jako czynnik podnoszenia poziomu zdrowotności. Element ten staje się coraz bardziej powszechny, szczególnie w krajach, które przyjęły i rozwijają program Zdrowie dla Wszystkich. Inne propagowane idee dotyczą rozmaitych czynników socjalnych i ekonomicznych środowisk, w których ludzie żyją i pracują. Strukturalna wizja ochrony zdrowia ludności odgrywa kluczową rolę w tak szybko rozwijających się społeczeństwach. Skłania to polityków do penetracji innych, poza ochroną zdrowia, obszarów i wywołuje dążenie do osiągnięcia równowagi wśród kluczowych czynników, które przyczyniają się do zdrowia ludzkości. W programie Zdrowie dla Wszystkich takie dążenie do równowagi musi być widoczne przede wszystkim w założeniach budżetu i współgrać z wysiłkiem krajów skierowanych na efektywne leczenie chorób specjalnych programami czy przez przyjęcie bardziej ogólnych poczynań do podwyższania standardów ich narodowego systemu zdrowia. W wizji programu Zdrowie dla Wszystkich, podnoszenie zdrowotności nie jest

wyłączną domeną resortu zdrowia. Jest zbyt wiele przykładów, jak niewłaściwa polityka innych sektorów może prowadzić do powiększenia stanu zagrożenia zdrowia. Takie kwestie nie mogą być ignorowane. Do działań zmierzających do doskonalenia zdrowia muszą być zaangażowane inne sektory zarządzania. Tytuł, alkohol oraz odżywianie są trzeba przykładami platformy korzystnej współpracy sektora zdrowia z innymi sektorami jak ochrona środowiska naturalnego, edukacja, rolnictwo i przemysł. Współpraca międzynarodowa podnosi efektywność i umożliwia wiele dodatkowych sposobności do prac dla ochrony zdrowia. System rozwoju ochrony zdrowia powinien być umieszczony wysoko w miejscowym, narodowym i regionalnym, systemie hierarchii i nie może być ograniczany wyłącznie do sektora zdrowia jako pozycja budżetu. Ludzie zdrowi mają większy potencjał twórczy i dlatego sektor zdrowia ma znaczący wpływ na ogólny rozwój i wzrost gospodarczy kraju. To wzajemne oddziaływanie sektora zdrowia z innymi sektorami jest więc procesem dwutorowym. Fachowcy nie będący specjalistami w dziedzinie zdrowia, jak nauczyciele czy ekonomiści, mogą także pełnić ważną rolę w kwestiach zdrowia. Jednak jest istotnym, aby pamiętać, że tacy fachowcy są często wybitnymi znawcami innych dziedzin związanych z ochroną zdrowia i zagadnienia prozdrowotne widzą przez pryzmat swoich specjalności. Systemy ochrony zdrowia są realizowane przez instytucje społeczne, które muszą spełniać określone warunki. Narodowy system ochrony zdrowia oparty na programie Zdrowie dla Wszystkich musi mieć kilka istotnych cech. Powinno być wystarczająco dużo dóbr służb ułatwiających ochronę zdrowia, tak by sprostać potrzebom każdego obywatela. Zasoby programu przeznaczone na ten cel również muszą być wystarczające. Decyzja, co jest niezbędne dla poszczególnych krajów, zależy od narodowego kontekstu i stopnia rozwoju społecznego. Należy umożliwić korzystanie z każdego elementu programu ochrony zdrowia, ale koniecznym jest właściwy dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej. Dostęp ten ma wymiar ekonomiczny, który jest osiągalny, geograficzny, który jest fizycznie dostępny, etyczny, związany z respektowaniem praw człowieka, który jest dostępny dla całej ludzkości jednakowo, bez dyskryminacji, oraz wymiar komunikacyjny, związany z dostępem do informacji. Wszystkie czynniki i udogodnienia wpływające na ludzkie

zdrowie, towary i usługi, włączając w to komunikację i informację, powinny być dostosowane do poziomu rozwoju kulturalnego danego społeczeństwa i pełne szacunku dla różnic kulturowych i tradycji. Stosowanie mechanizmów, mających na celu zapewnienie ciągłego doskonalenia i modernizacji obsługi medycznej są istotą programu Zdrowie dla Wszystkich. Korzyści wynikające z takich zmian mają być jednakowo dostępne dla wszystkich, nie tylko dla tych, którzy mogą zapłacić. Wszelkie działania objęte programem Zdrowie dla Wszystkich przewidują stałe podnoszenie ich jakości. Na przykład, zastosowanie procedur, które zapewniają bezpieczeństwo pacjentom to doskonała droga zwiększająca jakość. Korzyści udoskonalenia jakości mają wpływ na polepszanie stanu zdrowotności, zmniejszają ilość niepowodzeń w trakcie leczenia, poprawiają stosunki między pacjentami a służbą zdrowia. W Europie systemy zdrowia mogą mieć trzy istotne cele, mianowicie: efektywność w leczeniu chorób, sprawiedliwość w dostępie do usług medycznych i szybkie reagowanie na wszelkie przejawy pojawiających się epidemii. Wszystkie trzy są w harmonii z koncepcją programu Zdrowie dla Wszystkich. Polepszanie stanu zdrowia jest tylko jednym z wielu celów, które Ogólnoswiatowa Organizacja Zdrowia wprowadza w życie. To także ważny czynnik rozwoju kraju i dlatego zdrowie powinno być dostępne dla wszystkich obywateli kraju i regionu. Sprawiedliwość w nakładach finansowych na zdrowie wymaga, by umożliwić uniwersalny dostęp dla zdrowia bez wysokich kosztów, prowadzących pacjentów lub ich rodziny do ubóstwa. System ochrony zdrowia, powinien również zaspokajać pozamedyczne oczekiwania zarówno poszczególnych osób, jak i całej populacji, na przykład poprzez ochranianie godności pacjenta, zapewnienie poufności i niezależności, poszanowanie praw pacjenta, promując pomoc społeczną i redukcję ubóstwa. Ostatecznie system, który skutecznie szanuje zdrowie wszystkich ludzi, doprowadza zdrowie publiczne do wysokiego poziomu w miarę dostępnych zasobów. Sposób, w jaki system zdrowia pracuje, jest odbiciem również wartości etycznych. Istotne są cztery funkcje systemu, mianowicie: dostępność usług, sposób finansowania, stan zasobów oraz poziom zarządzania i kierowania. Kwestionowanie solidarności i sprawiedliwości społecznej ma związek ze sposobem finansowania. W systemie opartym na programie Zdrowie dla

Wszystkich, budżety państw powinny czerpać środki na ochronę zdrowia z różnych źródeł zasilania. Na przykład inwestując w najnowocześniejsze technologie trzeba rozważyć również korzyści, jakie będzie można uzyskać dla poprawy stanu zdrowotności. Definicja pojęcia zdrowie wymaga szerokiego

podejścia do problemu. Regionalne Biuro dla Europy współpracuje z wieloma partnerami, takimi jak Bank Ogólnoświatowy, Unia Europejska oraz wielu innymi organizacjami pozarządowymi i osobami prywatnymi. Ta współpraca pomaga zapewnić poparcie działaniom Regionalnych

Biur na rzecz poszczególnych krajów w sposób jednolity, zgodny z założeniami. Takie wspólne podejście daje lepsze rezultaty, możliwe do uzyskania przez połączenie sił zasadniczo odmiennych partnerów przy ustalaniu wspólnych zakresów działania i przy wykorzystaniu wszystkich potrzebnych sił i

zdolności. W ramach polityki prowadzonej przez program Zdrowie dla Wszystkich takie współdziałanie jest istotne. Region Europejski propaguje pewne wspólne wartości społeczne oraz szanuje wartości widoczne w działaniach innych regionów i społeczności międzynarodowych. Dobrym przykładem takich

działań są poczynania podejmowane w Unii Europejskiej. Dysponując środkami zarówno prawnymi jak i finansowymi kraje Unii Europejskiej zrobiły wiele dla podniesienia poziomu zdrowia publicznego, co stało się przykładem dla wszystkich członków WHO. Przykładowo, normy dotyczące ochrony środowiska

nie tylko obowiązują w prawie wszystkich krajach Unii Europejskiej, ale są także automatycznie przyjmowane w krajach wstępujących do Unii Europejskiej oraz używane jako wzorce w państwach sąsiadujących. Ponadto liczne instytucje Unii Europejskiej takie jak: Europejski Bank Rozwoju, Europejska

Komisja ds. Zdrowia Publicznego, agendy Narodów Zjednoczonych i program PHARE, przyczyniają się do wspomagania kwestii zdrowotnych. Generalnie, prawo państw Unii Europejskiej mocno eksponuje sprawy zdrowia publicznego, co wpływa na ekonomiczny i społeczny rozwój państw członkowskich. Wspólna płaszczyzna

wartości tworzy międzynarodowe partnerstwo dla poprawy i utrzymania zdrowia. Obecnie program Zdrowie dla Wszystkich i przyjęte w nim wartości przenikają do polityki różnych regionów europejskich. Dużym krokiem naprzód dla Regionu Europejskiego byłoby stosowanie w praktyce pojęć etyki i

systemu wartości przez organizatorów i decydentów w polityce związanej ze zdrowiem publicznym. Spośród 52 przeanalizowanych krajowych programów polityki zdrowotnej, 40 spełnia wszystkie kryteria programu Zdrowie dla Wszystkich, które były omawiane. Dziewięć z wyżej określonych istnieje tylko jako projekt

polityki zdrowotnej, chociaż niektóre kraje członkowskie aktualnie zamierzają prowadzić politykę zdrowotną podobną do założeń programu Zdrowie dla Wszystkich. Spośród dwunastu państw członkowskich bez odrębnych programów ochrony zdrowia, dwa posiadają międzynarodowe dokumenty spełniające wszystkie

wymagane kryteria. Wyjątkiem jest Federacja Rosyjska. Program Zdrowie dla Wszystkich wprowadził dużą liczbę dokumentów koncentrujących się na pojedynczych sektorach, z których najważniejszym jest zapewnienie opieki zdrowotnej.