



*Podstawy promocji/edukacji
zdrowotnej w wybranych chorobach
cywilizacyjnych w tym alergicznych*



Redakcja

*Edyta Krzych-Fałta, Dominik Olejniczak,
Bolesław Samoliński*

Spis treści

Słowo wstępu Redaktora	7
1. Wprowadzenie do zagadnień z zakresu alergologii (<i>Edyta Krzych-Fałta</i>)	9
2. Wprowadzenie do praktyki promocji zdrowia (<i>Dominik Olejniczak</i>)	19
2.1 Promocja zdrowia – teoria a praktyka	
2.2 Cele i zadania promocji zdrowia	
3. Zagadnienia prawne związane z promocją zdrowia w Polsce (<i>Aleksander Zarzeka</i>)	30
4. Uwarunkowania zdrowia (<i>Dominik Olejniczak</i>)	43
5. Model działań promujących zdrowie w środowisku lokalnym (<i>Dominik Olejniczak</i>)	54
5.1. potrzeba realizacji działań w środowisku lokalnym	
5.2. kompatybilność narzędzi realizacji i działań w środowisku lokalnym	
5.3. algorytm działań promujących zdrowie w środowisku lokalnym	
6. Health literacy – alfabetyzm zdrowotny (<i>Dominik Olejniczak</i>)	64
7. Promocja zdrowia w środowisku lokalnym (<i>Aneta Duda-Zalewska, Anna Staniszweska</i>)	76
8. Metody i narzędzia tworzenia i realizacji programów promocji zdrowia (<i>Aneta Duda-Zalewska, Anna Staniszweska</i>)	88
9. Przykłady dobrych praktyk w Sieci Szpitali i Placówek Medycznych Promujących Zdrowie (2012 rok) (<i>Aneta Duda-Zalewska, Anna Staniszweska</i>)	103
10. Kampania społeczna (<i>Mariusz Gujski</i>)	120
11. Motywowanie pacjentów do zmiany (<i>Karolina Mazurczak</i>)	129
12. Promocja/edukacja zdrowotna w chorobach alergicznych (<i>Edyta Krzych-Fałta, Bolesław Samoliński</i>)	142

ISBN 978-83-7637-312-6

Wydrukowano w Oficynie Wydawniczej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Zamówienie nr 394/2014
Nakład 80 egz.

Wykaz autorów

dr n. o zdr. Aneta Duda-Zalewska
Warszawski Uniwersytet Medyczny Wydział Nauki o Zdrowiu Zakład Zdrowia Publicznego
e-mail: anetaduda@op.pl

dr m med. Mariusz Gujski
Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauki o Zdrowiu Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii
e-mail: mariuszgujski@doktor.pl

dr n. o zdr. Edyta Krzych-Falta
Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauki o Zdrowiu Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii
e-mail: edyta.krzych-falta@wum.edu.pl

mgr Karolina Mazurczak
Fundacja Dzieci Niczyje
e-mail: karolina_mazurczak@o2.pl

dr n. med. Dominik Olejniczak
Warszawski Uniwersytet Medyczny Wydział Nauki o Zdrowiu Zakład Zdrowia Publicznego
dominikolejniczak@op.pl

prof. dr hab. Bolesław Samoliński
Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauki o Zdrowiu, Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii
e-mail: boleslaw.samolinski@wum.edu.pl

dr n. med. Anna Staniszevska
Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej i Wydział Lekarski
Zakład Farmakodynamiki Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Warszawski Uniwersytet Medyczny
e-mail: anna.staniszevska@wum.edu.pl

mgr Aleksander Zarzeka
Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauki o Zdrowiu
aleksander.zarzeka@wum.edu.pl

3. Zagadnienia prawne związane z promocją zdrowia w Polsce

Aleksander Zarzeka

Wprowadzenie

Wszelkie działania dotyczące ochrony zdrowia, w szczególności promocji zdrowia i profilaktyki oprócz podłoża merytorycznego mają swoją podstawę prawną. Możemy promować zdrowie na poziomie lokalnym nieformalnie, np. zachęcając do badań profilaktycznych, czy zdrowego trybu życia, jednak myśląc o tworzeniu i wdrażaniu, a przede wszystkim finansowaniu programów zdrowotnych, konieczne jest poznanie prawnych źródeł tego rodzaju działalności. Przepisy informują nas choćby za jakie działania odpowiadają organy centralne, za jakie Narodowy Fundusz Zdrowia, a za jakie samorząd terytorialny i na jakim szczeblu. Prawo wskazuje też, co wyłączone jest z zakresu obowiązków publicznych w ochronie zdrowia, tzn. jakie świadczenia muszą być finansowane ze źródeł prywatnych.

Niniejsze opracowanie skierowane jest dla wszystkich, dlatego stosowne zdaje się wyjaśnienie hierarchii aktów prawa w Polsce, szczególnie w kontekście wielości dokumentów dotyczących ochrony i promocji zdrowia. Zaznaczyć należy, iż poniższy wywód ma charakter uproszczony i służy jedynie uzyskaniu ogólnej orientacji w systemie prawnym.

Akty prawa w Polsce dzielą się na powszechnie obowiązujące i wewnętrznie obowiązujące. Powszechnie obowiązujące akty prawa wiążą wszystkich, co oznacza że każdy ma obowiązek ich przestrzegać. Należą do nich:

1. Konstytucja,
2. ratyfikowane umowy międzynarodowe,
3. ustawy,
4. rozporządzenia
5. akty prawa miejscowego (uchwały Rady Gminy, Rady Miasta, Rady Powiatu i Sejmiку Wojewódzkiego).

Katalog ten jest zamknięty i modyfikowany może być jedynie poprzez zmianę Konstytucji. Prawo ma też swoją hierarchię, co – najprościej ujmując – oznacza, że akty niższego rzędu muszą być zgodne z aktami wyższego rzędu.

Każdy akt prawa musi być zgodny z Konstytucją, ustawy także z ratyfikowanymi za zgodą Sejmu umowami międzynarodowymi. Rozporządzenia dodatkowo z Ustawami, a akty prawa miejscowego ze wszystkimi wymienionymi. Te ostatnie obowiązują także w ograniczonym zakresie terytorialnym. Uchwała rady gminy na jej terenie, a Sejmiку Województwa w tym tylko województwie.

Odrębną kategorią przepisów są akty wewnętrznie obowiązujące. Jako przykład można tu podać regulamin pracy, który w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej obowiązują tylko pracowników, albo zarządzenie Prezesa NFZ regulujące szczegółowe zasady kontraktowania świadczeń z podmiotami leczniczymi. Przysłowiowy „Kowalski” nie jest związany takimi regulacjami. Dodać należy także, iż wszystkie akty prawa wewnętrznego muszą być zgodne z powszechnie obowiązującym prawem [1].

1. Konstytucja

Ochrona zdrowia obywateli, a także częściowe finansowanie jej ze środków publicznych ma swoje źródło w najważniejszym akcie prawnym – Konstytucji. Art. 68 przyznaje każdemu prawo do ochrony zdrowia, a obywatelom RP równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Ustęp 4 komentowanego artykułu zwraca uwagę na konieczność zwalczania chorób epidemicznych przez władze państwowe, co dotyczy się także działań prewencyjnych. Do konstytucyjnych zadań państwa należy więc kontrola zakażeń, dbałość o higienę i inne działania profilaktyczne. Ustęp 5 stanowi zaś, iż władze publiczne zobowiązane są do popierania rozwoju kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży. „Oznacza to konieczność finansowania budowy i utrzymania obiektów sportowych oraz podejmowania działań edukacyjnych i organizacyjnych na rzecz rozwoju fizycznych uzdolnień człowieka, zapewnienia mu możliwości czynnego wypoczynku i uprawiania sportu.” [2].

2. Ustawy

Szczegółowe regulacje dot. ochrony i promocji zdrowia zawarte są w aktach niższego rzędu, w szczególności w ustawach. Do ustaw o najbardziej doniosłym znaczeniu dla tworzenia i wdrażania programów promocji zdrowia należą:

- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 ze zm.). Określa ona formy i zakres finansowania przez państwo ochrony zdrowia w Polsce. Definiuje m. in. pojęcie programu zdrowotnego, oraz wymagania jakie musi on spełniać.
- Ustawa o samorządzie gminnym z dn. 8 marca 1990r. (Dz. U. z 1990 r. Nr 16, poz. 95 ze zm.). Akt stanowi podstawę działalności samorządu terytorialnego w Polsce nakładając na gminę podstawowe zadania, w szczególności z zakresu promocji i ochrony zdrowia. Przepisy te są szczególnie ważne, gdyż to właśnie na poziomie gminy tworzone są głównie programy promocji zdrowia.
- Ustawa o samorządzie powiatowym z dnia 5 czerwca 1998 r. (Dz. U. z 1998 r. Nr 91, poz. 578 ze zm.). Określone są w niej kompetencje poszczególnych organów samorządu powiatowego w zakresie ochrony i promocji zdrowia.
- Ustawa o samorządzie województwa z dnia 5 czerwca 1998 r. (Dz. U. z 1998 r. Nr 91, poz. 576 ze zm.). Wskazano tu uprawnienia nadzorcze samorządu wojewódzkiego w zakresie realizacji zadań dot. ochrony zdrowia przez samorządy powiatowe i gminne.
- Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 ze zm.). Jest to podstawowy akt prawny z zakresu ochrony zdrowia w Polsce. Zastąpił wielokrotnie nowelizowaną Ustawę o zakładach opieki zdrowotnej. Przepisy ustawy definiują działalność leczniczą zaliczając do niej między innymi promocję zdrowia.
- Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. (Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535 ze zm.). W Ustawie uregulowano status i postępowanie wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, zaznaczając jednak, iż celem państwa jest również ochrona zdrowia psychicznego. W tym zakresie ważnym uzupełnieniem Ustawy jest wydane na jej podstawie rozporządzenie Rady Ministrów – Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 24 Poz. 128 ze zm.).

- Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r. (Dz. U. z 2005 r. Nr 179, poz. 1485). Powinny się z nią zapoznać osoby, które mają zamiar tworzyć i wdrażać programy zdrowotne w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Ustawa m. in. ustanawia Krajowe Biuro ds. przeciwdziałania narkomanii, które koordynuje wszelkie działania podejmowane w tym zakresie.
- Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami ozywania tytoniu i wyrobów tytoniowych z dnia 9 listopada 1995 r. (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55 ze zm.). Jak wynika z krótkiej preambuły, ustawa uchwalona została „w celu przeciwdziałania uzależnieniu od używania tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz ochrony zdrowia przed jego następstwami”. Jej dogłębna lektura powinna poprzedzać tworzenie programów promocji zdrowia z zakresu profilaktyki i leczenia nikotynizmu.
- Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 r. (Dz. U. z 1982 r. Nr 35, poz. 230 ze zm.). Określa zadania państwa w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi, a także formy prowadzenia takiej działalności i podmioty jakie są do tego zobowiązane.

3. Inne regulacje:

Regulacje dotyczące promocji zdrowia znajdują się również na poziomie rozporządzeń. Należą do nich:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje (Dz. U. Nr 163 poz. 1024)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139 poz. 1133)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137 poz. 1126)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. Nr 140 poz. 1148).

Ważnym dokumentem z zakresu promocji zdrowia jest także „Narodowy Program Zdrowia” aktualnie przewidziany na lata 2007-2015. Jest on opracowywany przez interdyscyplinarny zespół i zawiera strategiczne cele zdrowotne państwa przewidziane na dany czas [3]. Należy pamiętać, że jako Uchwała Rady Ministrów nie jest on powszechnie obowiązującym źródłem prawa. Dlatego też stanowi jedynie wskazówkę dla działalności organów władzy publicznej w zakresie ochrony zdrowia. Nikt nie jest jednakowoż związany jego postanowieniami. Aktualnie wśród ekspertów toczy się żywa dyskusja dotycząca uchwalenia kolejnego Narodowego Programu Zdrowia już w formie rozporządzenia, czyli aktu prawnego powszechnie obowiązującego, tak jak poczyniono to w przypadku Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Zadania władz publicznych w zakresie promocji zdrowia.

1. Podstawowe pojęcia

W tej części opracowania omówione zostaną pokrótce zadania władz publicznych w zakresie promocji zdrowia z uwzględnieniem kompetencji poszczególnych szczebli jednostek samorządu terytorialnego. Najpierw jednak przytoczone i wyjaśnione zostaną podstawowe pojęcia dotyczące profilaktyki zdrowotnej, gdyż prawo bardzo często definiuje zagadnienia w sposób odmienny do potocznego rozumienia. Ważne jest więc, by posługiwać się właściwymi terminami w ich normatywnym znaczeniu (tzw. definicjami legalnymi). Unikniemy wtedy wieloznaczności i nieporozumień.

Ustawa o działalności leczniczej w art. 3 ust. 1 i 2 definiuje tę działalność jako udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz promocję zdrowia i inne działania dydaktyczne lub badawcze z nimi powiązane. Ustawodawca zdecydował się wprost ustanowić edukację zdrowotną samodzielnym rodzajem działalności leczniczej. Ustanowiono także definicję legalną promocji zdrowia w brzmieniu: „działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu” [4].

Są to więc działania skierowane indywidualnie i do oznaczonej grupy osób mające na celu:

1. zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia
 2. poprawę przez to stanu zdrowia
 3. promowanie zdrowego stylu życia
 4. promowanie środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu.
- Pojęcie promocji zdrowia rozumiane jest bardzo szeroko, co z pewnością sprzyja rozwojowi programów zdrowotnych na wielu poziomach i w różnych grupach społecznych. Definicja wspomnianego programu zdrowotnego zawarta jest natomiast w Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej: „zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, finansowany ze środków publicznych” [5]. Ważne są tu przede wszystkim kryteria skuteczności, bezpieczeństwa, słusznego uzasadnienia oraz osiągalności celu w oznaczonym czasie. To właśnie przez pryzmat tych czynników oceniane są projekty programów i podejmowane decyzje o ich realizacji oraz finansowaniu.

2. Podmioty odpowiedzialne za promocję zdrowia w Polsce oraz ich zadania.

Na wstępie rozróżnić należy dwie kategorie podmiotów realizujących zadania z zakresu ochrony zdrowia:

1. podmioty ustawowo zobowiązane do podejmowania działań w tym zakresie, tj. jednostki samorządu terytorialnego (gmina, powiat, województwo), Ministerstwo Zdrowia, Agencja Oceny Technologii Medycznych i inne organy wskazane w przepisach szczególnych.
2. Podmioty gotowe i kompetentne do realizacji przedmiotowych działań, w szczególności fundacje, stowarzyszenia, kościoły i związki wyznaniowe, czy samorzady zawodowe [6].

W niniejszej części opracowania autorzy skupią się jedynie na pierwszej kategorii podmiotów i zadaniach jakie nakłada na nie prawo.

2.1. Zadania samorządu

W największym stopniu promocja zdrowia i realizacja programów zdrowotnych powierzona została gminom. Zgodnie z zasadą subsydiarności ustawodawca *expressis verbis* zastrzegł domniemanie kompetencji gminy w spawach lokalnych [7]. Oznacza to, że jeśli jakaś sprawa lokalna nie jest zastrzeżona dla konkretnego organu (np. Starosty Powiatu), zająć powinna się nią gmina. Wynika to z założenia, że małe społeczności dużo lepiej znają swoje własne potrzeby i problemy, dlatego same powinny decydować o sposobie ich rozwiązania. Dodatkowo ustanowiono odpowiedzialność gminy za zaspokajanie zbiorowych potrzeb obywateli do których należy ochrona zdrowia, a także rozwój kultury fizycznej mieszkańców [8]. Jest to tzw. zadanie własne jednostki, dlatego też jej finansowanie również opiera się o środki własne gminy. Oczywiście nie jest możliwe, by mała gmina z własnego budżetu łożyła choćby na specjalistyczną infrastrukturę medyczną konieczną do przeprowadzenia badań przesiewowych o wysokiej czułości i swoistości. Dlatego też jej zadania zostały sprecyzowane w Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej. Do zadań własnych gminy należy w szczególności:

- 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy;
- 2) przekazywanie powiatowi informacji o realizowanych programach zdrowotnych;
- 3) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaspokajania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami;
- 4) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy [9].

Programy zdrowotne są przygotowane w oparciu o aktualne potrzeby gminy, a następnie przyjmowane w formie uchwały rady gminy. Mając więc moc prawną aktu prawa lokalnego. Uchwalony program realizowany jest przez odpowiednie jednostki organizacyjne gminy lub powierzany podmiotowi „gotowemu i kompetentnemu”, o którym mowa była wyżej. Nie każda gmina uchwała programy zdrowotne. Większość uznaje, że zaspokaja potrzeby mieszkańców poprzez zapewnienie dostępności do medycyny naprawczej i to na podstawowym poziomie. Inne, mimo iż widzą potrzebę profilaktyki zdrowotnej tłumaczą się brakiem dostatecznych funduszy na realizację

jakiegokolwiek programu. W województwie opolskim (2012) ok. 1/3 gmin prowadzi przynajmniej jeden program zdrowotny i odsetek ten uważany jest to za sukces. Ich przedmiotem jest najczęściej profilaktyka onkologiczna, a także wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych tj. cukrzyca czy choroby układu krążenia [10].

W myśl art. 4 Ustawy o samorządzie powiatowym, powiat w zakresie ochrony i promocji zdrowia, a także kultury fizycznej wykonuje określone działania o charakterze ponad gminnym. Przekazane zostały tej jednostce zadania, którym nie może podobać gmina lub swym zasięgiem obejmują większy obszar. Podobnie jak w przypadku gminy, kompetencje powiatu w zakresie promocji zdrowia precyzują przepisy Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej:

- 1) opracowywanie i realizację oraz ocenę efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami;
 - 2) przekazywanie marszałkowi województwa informacji o realizowanych na terenie powiatu programach zdrowotnych;
 - 3) inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu;
 - 4) pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia;
 - 5) podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych [11].
- Inicjatywy podejmowane przez powiat w zakresie tworzenia i realizacji programów zdrowotnych mają charakter pomocniczy wobec gminnych programów i muszą być konsultowane z właściwymi gminami. Działania powiatu muszą więc być kompatybilne względem gmin i powinny we właściwy sposób uzupełniać politykę tych jednostek. Jeśli więc gminy w danym powiecie wdrażają profilaktykę w zakresie chorób układu krążenia, powiat powinien wspomagać je, rozszerzając zakres podejmowanych czynności, a nie ustanawiać swój własny program przeciwnowotworowy. Wynika to ze wspomnianej już koncepcji, że gmina lepiej zna potrzeby swoich mieszkańców, dlatego jeśli uznała ona za wskazane promowanie zdrowej diety i aktywnego trybu życia w odniesieniu do zapobiegania miażdżycy, powiat nie może degradować tych inicjatyw wprowadzając własny program skierowany na profilaktykę onkologiczną.

Należy zwrócić też uwagę na funkcje monitorujące i wspomagające promocję i ochronę zdrowia prowadzoną przez społeczność lokalną. Powiat ma względem gminy rolę nadzorczy i doradcy, a także pomocnika w realizowaniu własnych działań. Dodatkowo władze powiatowe raportują Marszałkowi Województwa stan realizacji polityki zdrowotnej na swoim terenie. Między innymi na tej podstawie samorząd wojewódzki jest w stanie ocenić potrzeby zdrowotne swoich mieszkańców i zdecydować o dystrybucji środków na ochronę i promocję zdrowia, a stosowne informacje przekazać dalej – organom administracji centralnej.

Również samorząd województwa zobowiązany jest do realizacji zadań w odniesieniu do ochrony i promocji zdrowia. Zgodnie z art. 14 Ustawy o samorządzie województwa wykonuje on określone w ustawach zadania w tym zakresie. Podobnie jak w przypadku gminy i powiatu zadania samorządu wojewódzkiego precyzuje Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej:

- 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami
- 2) przekazywanie wojewodzie informacji o realizowanych na terenie województwa programach zdrowotnych;
- 3) opracowywanie i wdrażanie programów innych niż określone w pkt. 1 służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia;
- 4) inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia;
- 5) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa [13].

Rola samorządu wojewódzkiego jest więc zbliżona do tej jaką pełni samorząd powiatowy wobec gminnego, z tą różnicą, że przekazuje on informacje o realizowanych programach zdrowotnych wojewodzie. Samorząd Wojewódzki musi też dbać o to, by na jego terenie ochrona zdrowia funkcjonowała efektywnie. Chodzi przede wszystkim o kontrolę nad spójnością programów zdrowotnych między gminami i między nimi, a powiatami. Ważna jest też dbałość o niemarnotrawienie środków finansowych. Szczególną uwagę ustawodawca zwraca na potrzebę restrukturyzacji opieki zdrowotnej. Zgodnie z aktualną wiedzą naukową za najrozsądniejszy jej kierunek należy

uznać wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym promocji i profilaktyki zdrowotnej. Jest to więc szansa dla profesjonalistów w tej dziedzinie, twórców i realizatorów programów promocji zdrowia.

2.2 Zadania administracji rządowej

Swoje funkcje w zakresie ochrony zdrowia wykonuje nie tylko samorząd terytorialny, ale też administracja rządowa. Mimo daleko idącej decentralizacji w tej dziedzinie pewnie istotne zadania powierzone są Ministrowi Zdrowia i przedstawicielowi rządu w terenie, czyli Wojewodzie. Wojewoda – w przeciwieństwie do marszałka województwa – nie jest przedstawicielem samorządu, a rządowym nadzorcą na jego określonym terenie (województwa – przyp. red.). Wojewoda mocą Ustawy o Świadczeniach opieki zdrowotnej zobowiązany jest do:

- 1) oceny zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa;
 - 2) oceny realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego;
 - 3) przekazywanie ministrowi zdrowia, rocznych informacji o zrealizowanych programach zdrowotnych oraz o programach zdrowotnych planowanych na kolejny rok [13].
- Zadania wojewody mają charakter nadzorczy. Nie tworzy on, ani nie wdraża programów zdrowotnych, a jedynie kontroluje ich wykonanie i ocenia je. Wszelkie związane z tym informacje Wojewoda przekazuje w określonych terminach Ministrowi Zdrowia. Zakres przedmiotowej informacji również wskazany został w Ustawie.

Ostatnim, najważniejszym organem władzy centralnej odpowiedzialnym za ochronę i promocję zdrowia w całym społeczeństwie jest Minister Zdrowia. Również jego zadania zostały oznaczone m. in. w Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej. W ramach tych z nich które dotyczą promocji zdrowia i profilaktyki wskazać należy:

- 1) edukacja w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych;
- 2) opracowywanie i finansowanie oraz ocena efektów programów zdrowotnych, a także nadzór nad ich realizacją;

3) współdziałanie z organizacjami pozarządowymi o charakterze regionalnym lub ogólnokrajowym działającymi na rzecz ochrony zdrowia;

Ministerstwo posiada kompetencje bardzo ogólne i całościowe. Umożliwia to skupienie uwagi na problemach zdrowotnych które dotyczą całej populacji. MZ może tworzyć i wdrażać programy promocji zdrowia i profilaktyki, czy edukować w zakresie zagrożeń środowiskowych, jednak ocenia i finansuje też wykonywanie zadań przez inne podmioty (np. samorządy). Podkreślić należy prawny obowiązek współpracy Ministerstwa z organizacjami pozarządowymi, których statutowym celem jest ochrona zdrowia. W ramach kompetencji nadzorczych w 2010 r. Ministerstwo Zdrowia zleciło zbadanie i ocenę realizację działań z zakresu ochrony i promocji zdrowia przez gminy. Badaniem objęto 14 gmin w różnych województwach. Wyniki wskazują, że gminy przeznaczają na zdrowie bardzo mało środków (jeśli gmina nie ma na utrzymaniu ZOZ, jest to mniej niż 1% budżetu). Jako przyczynę tego stanu rzeczy wskazuje się, że promocja zdrowia wcale nie należy do zadań gminy, lub iż są dużo ważniejsze wydatki dla gminy. Wójtowie argumentują, iż do zadań powiatu czy województwa także należy promocja zdrowia, dlatego oni sami nie czują się zobowiązani do podejmowania działań w tym zakresie, szczególnie w kontekście ogólnego braku środków [14].

Podsumowanie

Ustawodawca tworząc regulacje dotyczące ochrony, a w szczególności promocji zdrowia w Polsce przyjął założenie, iż największy wpływ na zachowania i postawy jednostek związane ze zdrowiem mają wspólnoty lokalne. Jest to niewątpliwie zgodne z aktualną wiedzą naukową w tym zakresie. Dlatego też w poszczególnych aktach prawnych widzimy wskazanie takich samych zadań różnym jednostkom (gminom, powiatom województwom) [15]. Doskonałym przykładem jest tworzenie i realizacja programów zdrowotnych, które znalazły się w kompetencji wszystkich trzech poziomów samorządu. Dzięki temu, jeśli rozpoznana potrzeba zdrowotna społeczności dotyczy większego obszaru, dużą akcję profilaktyczną przeprowadzić może województwo lub współpracujące ze sobą powiaty. Również odwrotnie – nawet najmniejsza gmina może przeznaczyć środki na rozwiązywanie problemu specyficznego jedynie dla jej mieszkańców.

Elastyczność prawa ma jednak swoje wady. Często prowadzi to do sytuacji, kiedy żaden organ nie czuje się odpowiedzialny za tę sferę życia publicznego, bo nie jest to jasno wskazane. Rozwiązaniem takiej sytuacji mogłoby być tworzenie wewnętrznych regulacji na niższym szczeblu, stanowisk i jednostek administracji odpowiedzialnych jedynie za politykę zdrowotną, a także większe otwarcie się samorządu na współpracę z organizacjami pozarządowymi zajmującymi się zagadnieniami zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Banaszak B., Komentarz do art. 87 (w:) Banaszak B., Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz., CH BECK, wyd.2, Warszawa 2012.
2. Banaszak B., Komentarz do art. 68 (w:) Banaszak B., Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz., CH BECK, wyd.1, Warszawa 2009.
3. Strona internetowa Ministerstwa Zdrowia <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia> (data dostępu: 20-07-2014).
4. Art. 2 ust. 1 pkt 7 Ustawy o działalności leczniczej.
5. Art. 5 pkt. 30 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
6. Pajor W., Ramy prawne, organizacyjne i finansowe (w:) Świączkiewicz G (red.), Profilaktyka w środowisku lokalnym, Warszawa 2002.
7. [7. Art. 6 Ustawy o Samorządzie gminnym.
8. Art. 7 Ustawy o Samorządzie gminnym.
9. Art. 7 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
10. Strona internetowa czasopisma „Rynek Zdrowia” <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Opolskie-co-trzecia-gmina-wciela-w-zycie-programy-zdrowotne.129604,14.html> (data dostępu: 20-09-2013).
11. Art. 8 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
12. Art. 9 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

13. Art. 10 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

14. Materiały Ministerstwa Zdrowia

http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/real_zaad_zp_16112011.pdf (data wejścia: 28-09-2013).

15. Krajewski-Siuda K., Olszanecka-Glinianowicz M., Kaczmarek K., Samorządowa promocja zdrowia. Podręcznik dla urzędników, Katowice 2006.
http://www.zdrowieja.pl/pdf/samorzadowa_promocja_zdrowia.pdf (data dostępu: 28-09-2013).

4. Wybrane modele uwarunkowań zdrowia

Dominik Olejniczak

Wprowadzenie

W promocji zdrowia istnieje wiele modeli uwarunkowań zdrowia i choć różnią się one w szczegółach, to analizując je można zauważyć wiele części wspólnych. Modele te, począwszy od bardziej ogólnych, jak model Lalonde'a, czy model Światowej Organizacji Zdrowia, ewoluują do bardziej szczegółowych, zawierających dokładny opis zjawisk i cech determinujących zdrowie. Opis takich dwóch wybranych modeli zawiera poniższy rozdział [1,2].

Uwarunkowania zdrowia model francuski [1]

Francuski model uwarunkowań zdrowia jest nieco bardziej rozbudowany i szczegółowy od omówionych wcześniej, nie mniej pewne elementy są tożsame. Francuskie Ministerstwo Zdrowia zaproponowało niniejszy podział w 2000 roku.

- warunki społeczno-gospodarcze

* zatrudnienie

* styl życia

* dochody

* organizacja społeczna.

Jest to grupa uwarunkowań, której wpływ na zdrowie został omówiony przy okazji analizy poprzednich modeli uwarunkowań zdrowia. Jest to dość szeroka grupa uwarunkowań, obejmująca swoim zasięgiem tak szerokie zagadnienie jak styl życia, ale dotycząca także aspektu ekonomicznego, takiego jak dochody, czy zatrudnienia.

- warunki polityczne

- decentralizacja
- uwrażliwienie radnych
- wybór priorytetów.