KONSORCJUM NAUKA I ZDROWIE

PROJEKT PREDEFINIOWANY:
OGRANICZANIE SPOŁECZNYCH NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU

realizowany w ramach Programu Operacyjnego PL13

Poddziałanie 1.4

Międzysektorowa strategia na rzecz zmniejszania społecznych nierówności w zdrowiu

Zadanie szczegółowe: **Ekspercka strategia wspomagania realizacji NPZ 2016-2020 w zakresie ograniczania geograficznych i społecznych nierówności w zdrowiu z wykorzystaniem funkcji i instytucji zdrowia publicznego.**

Redakcja: prof. dr hab. Piotr Tyszko, mgr Magdalena Bogdan

Autorzy: Magdalena Bogdan, Maciek Godycki – Ćwirko,
Justyna Grudziąż – Sękowska, Piotr Samel – Kowalik,
Kuba Sękowski, Piotr Tyszko

Współpraca: dr Michał Marek, mgr Dariusz Poznański

SPIS TREŚCI

Objaśnienia skrótów występujących w tekście …… 6

I. WPROWADZENIE *(Piotr Tyszko).* ……. 8

II. NPZ JAKO INSTRUMENT POLITYKI ZDROWOTNEJ *(Piotr Tyszko, Magdalena Bogdan, Michał Marek)* …… 12
2.1. NPZ w cyklu polityki zdrowotnej …… 14
2.2. Zasady istotne dla realizacji NPZ …… 17
2.3. Podsumowanie ……. 26

III. CELE NPZ A CELE INNYCH, AKTUALNYCH STRATEGII ROZWOJU ORAZ CELE REALIZOWANE W KONTRAKTACH TERYTORIALNYCH (*Piotr Tyszko, Magdalena Bogdan*) …… 27
3.1. Cele NPZ a cele innych aktualnych strategii rozwoju …… 28
3.1.1. Okres planowania 2007 – 2013 ……... 29
3.1.2. Okres planowania po roku 2014 ……..… 31
3.1.3. Problematyka nierówności w zdrowiu w dokumentach centralnych od roku 2014 ……. 36
3.2. Planowane działania na rzecz zdrowia i ochrony zdrowia oraz ograniczania nierówności społecznych w kontraktach terytorialnych ……..… 40
3.3. Podsumowanie ……. 47

IV. **WARUNKI SPRAWNOŚCIOWE ZWIĄZANE ZE STRUKTURĄ NPZ** (*Piotr Tyszko, Magdalena Bogdan*) …… 48
4.1. Wprowadzenie ……. 48
4.2. Formułowanie celów, działań i zadań ……. 50
4.3. Wykonawcy i odpowiedzialność ……. 51
4.3.1. Udział jednostek samorządu terytorialnego w realizacji NPZ …. 53
4.4. Poprawność wskaźników monitorowania i ewaluacji ……. 56
4.5. Podsumowanie ……. 60

V. ANALIZA SPRAWNOŚCIOWA MOŻLIWOŚCI REALIZACJI NPZ – ASPEKTY PRAWNE (*Justyna Grudziąż-Sękowska, Kuba Sękowski*) …….. 61
5.1. Wstęp ……. 61
5.2. Ocena zakresu regulacji NPZ ……. 63
5.2.1. Obligatoryjny charakter NPZ …… 64
5.2.2. Zakres NPZ …… 65
5.2.3. Cel, struktura i minimalny czas obowiązywania NPZ …….. 71
5.2.3.1. Cel strategiczny ……. 72
5.2.3.2. Cele operacyjne ……. 73
5.2.3.3. Zadania ……... 74
5.2.3.4. Podmioty odpowiedzialne i realizatorzy zadań ……. 75
5.2.3.5. Tryb i wysokość finasowania zadań …….. 77
5.2.3.6. Wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji …… 77
5.2.4. Kontekst międzynarodowy …… 78
5.3. Ocena charakteru, podziału i przypisania zadań poszczególnym realizatorom …….. 80
5.3.1. Zadania przypisane administracji rządowej …… 81

5.3.2. Zadania przypisane jednostkom samorządu terytorialnego …… 83
5.3.2.1. Województwa …… 84
5.3.2.2. Powiaty …….. 84
5.3.2.3. Gminy …… 84
5.3.2.4. Charakter zadań JST …….. 85
5.3.3. Podmioty spoza sektora publicznego …….. 87
5.4. Finansowanie …….. 89
5.4.1. Finansowanie NPZ na poziomie JST …….. 89
5.4.2. Finansowanie NPZ na poziomie centralnym …….. 91
5.4.3. Tryb finansowania zadań NPZ …… 92
5.5. Koordynacja zadań przewidzianych w NPZ i sprawozdawczość – efektywność narzędzi koordynacyjnych przewidzianych w UoZP …. 94
5.6. Podsumowanie ……. 97

VI. ISTOTNE OPERACJE ZDROWIA PUBLICZNEGO WAŻNE DLA REALIZACJI NARODOWEGO PROGRAMU ZDROWIA (*Piotr Tyszko, Magdalena Bogdan, Maciek Godycki-Ćwirko*) ……... 99
6.1. Grupowanie operacji zdrowia publicznego i ich elementy składowe …….. 99
6.2. Operacje zdrowia publicznego a Narodowy Program Zdrowia ……... 102
6.3. Operacje zdrowia publicznego a działania na rzecz ograniczania nierówności zdrowotnych ……. 103
6.4. Podsumowanie ……. 104

VII. PODSTAWOWE INSTYTUCJE REALIZUJĄCE OPERACJE ZDROWIA PUBLICZNEGO ISTOTNE DLA OSIĄGNIĘCIA CELÓW NPZ, SZCZEGÓLNIE W ZAKRESIE SPOŁECZNYCH NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU (*Maciek Godycki – Ćwirko, Magdalena Bogdan, Piotr Tyszko*) …. 110
7.1. Podmioty organizacji systemu zdrowia publicznego w Polsce ……. 110
7.2. Państwowa Inspekcja Sanitarna …….. 113
7.3. Podstawowa opieka zdrowotna ……... 118
7.3.1. Podstawowa opieka zdrowotna w Narodowym Programie Zdrowia 118
7.3.2. POZ w realizacji operacji zdrowia publicznego (EPHOs) ……. 119
7.4. Równość zdrowotna a podstawowa opieka zdrowotna …… 122
7.4.1. Założenia do ustawy o POZ a równość zdrowotna ……. 123
7.4.2. Siła i słabości POZ względem równości zdrowotnej …….. 125
7.4.3. Cele zmian POZ w Polsce w kontekście równości zdrowotnej …. 125
7.5. Podejście angielskie ……. 126
7.6. Podejście norweskie ……. 127
7.7. Podsumowanie ……. 128

VIII. PROBLEMY ZARZĄDZANIA REALIZACJĄ NPZ (*Piotr Tyszko, Magdalena Bogdan*) …… 129
8.1. Model zarządzania Narodowym Programem Zdrowia …… 130
8.1.1. Znaczenie przywództwa …… 134
8.2. Wybrane, szczegółowe aspekty zarządzania NPZ …….. 137
8.2.1. Uwarunkowania współpracy przy realizacji NPZ na poziomie centralnym i lokalnym …….. 137
8.2.1.1. Ogólne zasady koordynacji działań ……. 138
8.3. Wyłanianie wykonawców w drodze konkursów …… 141
8.4. Baza dobrych praktyk ……. 145

8.5. Podsumowanie …… 146
IX. MARKETING I KOMUNIKACJA SPOŁECZNA W REALIZACJI NPZ, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM GRUP DOCELOWYCH NARAŻONYCH NA SPOŁECZNE NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU (*Piotr Samel – Kowalik, Magdalena Bogdan*) …….. 147
9.1. Wprowadzenie, cel i zakres opracowania …….. 147
9.2. Metodologia opracowania. Wykorzystane źródła …….. 150
9.3. Ogólne informacje dotyczące marketingu i komunikacji społecznej ……. 152
9.3.1. Definicje …… 153
9.3.2. Zastosowania marketingu społecznego w zdrowiu publicznym ….. 154
9.3.3. Marketing społeczny a zmiana zachowań zdrowotnych …….. 157
9.4. Zasady marketingu i komunikacji społecznej warunkujące sprawną realizację NPZ …… 160
9.5. Analiza poszczególnych grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu …….. 163
9.6. Przykłady zastosowania marketingu społecznego i komunikacji społecznej w Polsce ……. 172
9.7. Przykłady zastosowania marketingu społecznego i komunikacji w innych krajach …… 174
9.8. Wnioski …….. 179
9.9. Propozycja modelu służącego do opracowania międzysektorowej strategii dotyczącej marketingu i komunikacji społecznej w realizacji NPZ, ze szczególnym uwzględnieniem grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu …….. 180
9.9.1. Opracowanie założeń realizacji programu ……. 180
9.10. Ilustracja zastosowania modelu służącego do opracowania międzysektorowej strategii dotyczącej marketingu i komunikacji społecznej w realizacji NPZ, ze szczególnym uwzględnieniem grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu …….. 182
9.10.1. Opracowanie założeń realizacji programu …….. 182
9.11. Podsumowanie ……... 187

X. ZASADY I MECHANIZMY OGRANICZANIA NIERÓWNOŚCI SPOŁECZNYCH W ZDROWIU (*Maciek Godycki – Ćwirko, Magdalena Bogdan, Piotr Tyszko*) …… 189
10.1. Wprowadzenie ……. 190
10.2. Wybrane modele strategii interwencji …… 192
10.3. Polityki …… 196
10.3.1. Polityki szczegółowe dotyczące POZ …… 198
10.4. Wybrane narzędzia przydatne w ograniczaniu społecznych nierówności w zdrowiu ……. 201
10.4.1. Narzędzie do oceny równości zdrowia (NORZ) …… 201
10.4.2. Integracja działań na rzecz ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu wg koncepcji Centrum Usług Socjalno–Medycznych 203
10.4.2.1. Założenia dotyczące funkcjonalnej integracji działań POZ i pomocy społecznej …….. 203
10.4.2.2. Narzędzia proponowane dla funkcjonalnej integracji działań POZ i pomocy społecznej ……. 205
10.5. Podsumowanie …… 210

XI. **PODSUMOWANIE WYNIKÓW ANALIZ** (*Piotr Tyszko, Maciek Godycki – Ćwirko, Justyna Grudziąż – Sękowska, Kuba Sękowski, Piotr Samel – Kowalik, Magdalena Bogdan*) ……. 211

XII. **ELEMENTY STRATEGII WSPOMAGANIA REALIZACJI NPZ 2016 – 2010, SZCZEGÓLNIE W ZAKRESIE OGRANICZANIA GEOGRAFICZNYCH I SPOŁECZNYCH NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU Z WYKORZYSTANIEM OPERACJI I INSTYTUCJI ZDROWIA PUBLICZNEGO** *(Piotr Tyszko, Maciek Godycki – Ćwirko, Justyna Grudziąż – Sękowska, Kuba Sekowski, Piotr Samel – Kowalik, Magdalena Bogdan)* ……. 218

XIII. **PIŚMIENNICTWO** …….. 227

XIV. **SPIS TABEL, RYCIN, RAMEK i SCHEMATÓW** …….. 239

XV. **ZAŁĄCZNIKI** ……... 240

SKRÓTY WYSTĘPUJĄCE W TEKŚCIE

AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
CUSM – Centrum Usług Socjalno-Medycznych
CZP – Centrum Zamówień Publicznych
EAP – The European Action Plan
ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control
EPHOs – Essential Public Health Operations
GIS – Główny Inspektor Sanitarny
IOZP – istotne operacje zdrowia publicznego
JST – jednostki samorządu terytorialnego
KBPN – Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii
KCAIDS – Krajowe Centrum do spraw AIDS
KPPN – Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii
MNiSW – Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego
MON – Ministerstwo Obrony narodowej
MR – medycyna rodzinna
MRiF – Ministerstwo Rozwoju i Finansów
MRPiPS – Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
MSiT – Ministerstwo Sportu i Turystyki
MSWiA – Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji
MZ – Ministerstwo Zdrowia
MZK NPZ – Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia
NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
NICE – Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Opieki
NIK – Najwyższa Izba Kontroli
NORZ – Narzędzie Oceny Równości Zdrowia
NPOZP – Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
NPZ – Narodowy Program Zdrowia
NSP – nowe substancje psychoaktywne (tzw. „dopalacze”)
OZ – ochrona zdrowia
PARPA – Państwowa Agencja rozwiązywania Problemów Alkoholowych
PHAMEU – Primary Health Care Activity Monitor for Europe
PIS – Państwowa Inspekcja Sanitarna

PKB – Produkt Krajowy Brutto

POCHP – przewlekła obturacyjna choroba płuc

POZ – podstawowa opieka zdrowotna

POZNPT – Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu

RM – Rada Ministrów

RP – Rzeczpospolita Polska

RPO – Rzecznik Praw Obywatelskich

SMART – koncepcja zarządzania (akronim od ang. Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Time-bound)

ŚOZ – Światowa Organizacja Zdrowia

ŚSP – świadczenie specjalistyczne pozaszpitalne

UE – Unia Europejska

UoZP – Ustawa o Zdrowiu Publicznym

WHO – World Health Organization

WONCA – World Organization of Family Doctors

ZP – Zdrowie Publiczne

ZTP – Zasady Techniki Prawodawczej

I. WPROWADZENIE *(Piotr Tyszko).*

Narodowe Programy Zdrowia są opracowywane i realizowane w Polsce od roku 1990 jako sposób włączania się w realizację celów strategicznych Światowej Organizacji Zdrowia. Pierwsza edycja Programu, na lata 1990 – 1995[1], uwzględniała założenia strategii „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000"[2]. Program był pierwszą próbą włączenia do działań na rzecz ochrony zdrowia wszystkich resortów, instytucji centralnych i całego społeczeństwa. W roku 1993 wprowadzono nowelizację Narodowego Programu Zdrowia i opublikowano jego drugą wersję (NPZ 1993).

W roku 1996 rozpoczęto realizację kolejnego Narodowego Program Zdrowia - 1996 - 2005[3]. Cele zdrowotne dla populacji Polski na dalsze lata zostały określone i były realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia 2007 - 2015[4]. Można pokusić się o stwierdzenie, iż wszystkie Programy były wprowadzane w oparciu o zastępczą podstawę prawną. W przypadku NPZ 2007-2015 –podstawą była ustawa z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów[5].

W roku 2016 został opracowany i zatwierdzony do realizacji Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020[6]. Przyjęcie Programu było poprzedzone uchwaleniem przez Sejm RP w dniu 15 września 2015 roku ustawy o zdrowiu publicznym[7]. Dzięki temu najważniejszy dokument formułujący wizję polityki zdrowotnej państwa: czyli narodowe programy zdrowia, po raz pierwszy ma realne umocowanie prawne, i zapewnia - w pewnym zakresie - możliwość finansowania realizacji Programu ze środków budżetu państwa.

Stosunkowo słabe umocowanie prawne dotychczas formułowanych Programów, przy jednoczesnym braku wyodrębnionych środków na ich realizację powodowało, że ich rola była przede wszystkim informacyjna i inspirująca. Programy zawierały w swojej treści diagnozy stanu zdrowia, a także przedstawiały znaczenie poszczególnych grup chorób w bilansie stanu zdrowia ludności. Wskazywały także kierunki działań skutecznych dla zwalczania wskazanych problemów zdrowotnych. Informacje takie były bardzo przydatne dla

[1] Narodowy Program Zdrowia. Założenia polityki zdrowotnej państwa. MZiOS. Warszawa, 1990.
[2] Cele i zadania polskiego programu „Zdrowie dla Wszystkich w roku 2000". PZWL, Warszawa 1987.
[3] Narodowy Program Zdrowia 1996-2005. Założenia praktyki zdrowotnej państwa. MZiOZ. Warszawa 1996.
[4] Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r. http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2014/03/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf; dostęp 01.12.1016 r.
[5] Ustawa z dnia 8 sierpnia 1996 r. o organizacji i trybie pracy Rady Ministrów oraz o zakresie działania ministrów. Dz.U. 1996 nr 106 poz. 492. http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19961060492. Dostęp 01.12.2016 r.
[6] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. http://dziennikustaw.gov.pl/DU/2016/1492/1. Dostęp 01.12.2016 r.
[7] Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20150001916; dostęp 01.12.2016 r.

podejmowania - głównie przez struktury samorządowe oraz organizacje społeczne – różnych akcji, które z czasem przybrały formę programów zdrowotnych. Analizy takich przedsięwzięć - finansowanych ze środków publicznych[8,9], podejmowanych z dobrymi intencjami, ale bez należytego przygotowania warsztatowego - wskazywały na ich niską efektywność, a często na brak pomiaru efektywności. W efekcie - został wprowadzony obowiązek przedstawiania planowanych programów zdrowotnych do oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych. Jednak niezależnie od opinii Agencji, program mógł być wdrożony. Realizacja programów zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego była przedmiotem badania Najwyższej Izby Kontroli. Wnioski przedstawione w bardzo szczegółowym raporcie wskazują na szereg niedociągnięć i trudności w tym zakresie. Jednym z bardziej interesujących wniosków jest wskazanie, że instytucję „samorządowego programu polityki zdrowotnej" należy uznać za utrwalającą istniejące nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych[10]. Dalszą konsekwencją może być pogłębianie nierówności w zdrowiu.

Sformułowana powyżej uwaga o braku pomiarów efektywności programów realizowanych przez samorządy odnosi się także do poszczególnych edycji Narodowego Programu Zdrowia, z wyjątkiem Programu realizowanego w latach 1996-2005, w przypadku którego podjęto próbę mającego podstawy metodologiczne monitoringu[11]. Zastrzeżenia budził także sposób koordynacji działań w Programie[12].

Jednym z celów realizacji Programu operacyjnego PL 13 Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu, było dokonanie diagnozy obecnej sytuacji zdrowia publicznego w Polsce w aspekcie nierówności w zdrowiu. Prace nad tym zagadnieniem zbiegły się w czasie z pracami nad opracowaniem Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020. W efekcie powstała koncepcja opracowania eksperckiej strategii wspomagania realizacji NPZ 2016 – 2020, szczególnie w zakresie ograniczania geograficznych i społecznych nierówności w zdrowiu z wykorzystaniem operacji i instytucji zdrowia publicznego.

Nadrzędnym celem przedstawionej w tym opracowaniu strategii jest wskazanie sposobów usprawnienia realizacji Narodowego Programu Zdrowia z wykorzystaniem

[8] Leśniewska A., Posobkiewicz M., Kanecki K., Demidowicz J., Tyszko P.: Działania powiatów w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia w Polsce – w świetle badań ankietowych. Hygeia Public Health, 2014, 49, 3: 472-477.

[9] Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego. Informacja o wynikach kontroli. NIK 2016. https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/15/063/.

[10] Jak wyżej, str. 13.

[11] Monitoring oczekiwanych efektów realizacji Narodowego Programu Zdrowia 1996 – 2005; pod red. P. Goryńskiego, B. Wojtyniaka i K. Kuszewskiego. MZ, PZH. Warszawa 2005.

[12] Tyszko P.: Narzędzia służące walce z nierównościami w zdrowiu i rola mechanizmów współpracy międzysektorowej. Prezentacja na konferencji "Wielosektorowe działania na rzecz ograniczania nierówności w zdrowiu w Polsce - możliwości i wyzwania". MZ, Warszawa 2013.

organizacji i instytucji zdrowia publicznego, szczególnie w zakresie ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu. Należy więc uwypuklić, że celem prezentowanej strategii eksperckiej nie jest ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu, a tylko sformułowanie propozycji, zwiększających możliwości realizacji jednej ze składowych celu strategicznego NPZ 2016–2020, jaką jest „zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu".

Na cele szczegółowe strategii składają się:

- wskazanie obszarów integracji NPZ z aktualnymi strategiami rozwoju oraz celami kontraktów terytorialnych, w tym identyfikacja celów mogących mieć znaczenie dla społecznych nierówności w zdrowiu;
- wskazanie możliwości poprawy warunków sprawnościowych wynikających ze struktury NPZ, ustawy o zdrowiu publicznym i innych regulacji prawnych;
- analiza możliwości wzmocnienia operacji zdrowia publicznego, istotnych dla realizacji NPZ;
- wskazanie zasobów instytucji zdrowia publicznego i ich roli, przydatnych do zwiększenia sprawności realizacji NPZ, szczególnie w zakresie społecznych nierówności w zdrowiu;
- wskazanie kierunków usprawnienia zarządzania realizacją NPZ;
- przedstawienie zasad marketingu i komunikacji społecznej w aspekcie realizacji celów NPZ;
- opracowanie propozycji działań i mechanizmów mających na celu zwiększenie sprawności realizacji celów NPZ, szczególnie w odniesieniu do społecznych nierówności w zdrowiu.

Przedłożony projekt eksperckiej strategii wspomagania realizacji NPZ 2016+ w zakresie geograficznego i społecznego ograniczania nierówności w zdrowiu z wykorzystaniem funkcji i instytucji zdrowia publicznego – jest oparty na szeregu analiz. Przedmiotem tych analiz są:

- rola Narodowego Programu Zdrowia jako instrumentu polityki zdrowotnej;
- obecność celów dotyczących zdrowia w innych strategiach rozwoju oraz celów realizowanych w kontraktach terytorialnych;
- warunki sprawnościowe związane ze strukturą NPZ;
- regulacje prawne istotne dla realizacji NPZ;
- operacje zdrowia publicznego istotne dla realizacji NPZ, wg koncepcji EPHOs;

- instytucje zdrowia publicznego i inne instytucje realizujące operacje zdrowia publicznego istotne dla realizacji NPZ, w tym: - Państwowa Inspekcja Sanitarna i - podstawowa opieka zdrowotna;
- problemy zarządzania realizacją NPZ, z uwzględnieniem działań międzysektorowych szczególnie na poziomie centralnym i lokalnym;
- możliwości wykorzystania marketingu i komunikacji społecznej w realizacji NPZ, ze szczególnym uwzględnieniem grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu.

Celem wszystkich analiz było poszukiwanie czynników, które mogą mieć znaczenie dla

sprawności realizacji NPZ, w tym dla zarządzania tym Programem.

W podsumowaniu analizy strategicznej przedstawiono najistotniejsze wyniki analiz dotyczące celów, działań, mechanizmów wspierających i barier w zakresie ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu w realizacji zadań Narodowego Programu Zdrowia.

Na podstawie wniosków z analiz przedstawiono propozycje rozwiązań, tj. mechanizmów wsparcia realizacji NPZ, z uwzględnieniem ograniczania nierówności w zdrowiu.

Na końcu wprowadzenia do projektu należy wskazać na ograniczenia, wynikające z faktu, że ma on charakter ekspercki. Wiedza eksperta pochodzi z dwu źródeł: wiedzy udokumentowanej - zgodnie z zasadami metodologii badań, dostępnej w piśmiennictwie naukowym oraz - wiedzy praktycznej, wynikającej z udziału w realizowanych przez eksperta projektach i obserwacji rzeczywistości. W efekcie, kształt projektu eksperckiego nie przestawia jedynej możliwej i słusznej koncepcji rozwiązania problemu, ale może być zróżnicowany, w zależności od sumy wiedzy i doświadczenia zespołu ekspertów. Przedstawiony projekt stanowi więc, w opinii jego Autorów, jedną z możliwych, uzasadnionych i realistycznych koncepcji wsparcia realizacji Narodowego Programu Zdrowia w zakresie ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu. Autorzy zdają sobie sprawę, że przedłożone opracowanie nie stanowi wyczerpującej, kompleksowej propozycji usprawnienia realizacji NPZ. Jest jednak pierwszą, na gruncie krajowym próbą dość szerokiego spojrzenia na uwarunkowania sprawności realizacji Programu.

Należy jednocześnie podkreślić, iż prezentowany projekt nie odnosi się do możliwych efektów aktualnie wdrażanych przez rząd programów polityki prorodzinnej.

II. NPZ JAKO INSTRUMENT POLITYKI ZDROWOTNEJ *(Piotr Tyszko, Magdalena Bogdan, Michał Marek).*

Polityka zdrowotna stanowi istotną część polityki społecznej rozumianej jako zespół długofalowych działań na rzecz zaspokajania potrzeb i rozwiązywania problemów społecznych w różnych obszarach. Jednym z takich wyodrębnianych obszarów jest polityka ochrony zdrowia. Pojęcie polityki ochrony zdrowia zawiera w sobie dwa obszary, grupujące cele z bardzo odmiennych obszarów. Z jednej strony są to cele dotyczące cech populacji, takie jak stan zdrowia czy wielowymiarowy dobrostan, a z drugiej strony, cechy systemu działającego na rzecz umacniania, utrzymania i poprawy stanu zdrowia. W ujęciu prakseologicznym, cele dotyczące stanu zdrowia stoją wyżej w hierarchii celów niż cele dotyczące systemu działań na rzecz zdrowia. Cele dotyczące zdrowia mają w znacznym stopniu, charakter autoteliczny, albowiem zdrowie jest wartością samą w sobie. System działań na rzecz zdrowia, na który składają się działania z zakresu zdrowia publicznego i działania systemu opieki zdrowotnej jest narzędziem do osiągania celów w zakresie zdrowia. Cel, jakim jest szeroko rozumiana sprawność działań na rzecz zdrowia, jest więc celem pośrednim względem celów dotyczących stanu zdrowia i dobrostanu populacji.

Realizowane dotychczas Narodowe Programy Zdrowia miały ograniczone znaczenie jako instrumenty polityki zdrowotnej. Zawierały one sformułowane na podstawie analiz stanu zdrowia populacji Polski cele i bardziej szczegółowe zadania ze wskazaniem podmiotów, które powinny te cele realizować. Wybór instrumentów oddziaływania na stan zdrowia był w tych Programach ograniczony głównie do działań edukacyjnych i dość ogólnie formułowanych postulatów dotyczących tworzenia programów i wdrażania procedur. W Narodowym Programie Zdrowia 2016 – 2020 nie zrezygnowano z zasady finansowania zadań podmiotów uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, ze środków pozostających w ich dyspozycji. Wprowadzono jednak nowy instrument, w postaci finansowania zadań powierzanych do realizacji w trybie konkursowym lub wnioskowym, ze środków planowanych przez odpowiednich dysponentów części budżetowych lub w ramach rocznych planów finansowych funduszy celowych, o których mowa w art. 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych[13], zgodnie z limitami określonymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia, jako koordynującego realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego.

[13] Dz. U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm.

Wprowadzenie takiego rozwiązania pozwala na zakwalifikowanie Narodowego Programu Zdrowia 2016 – 2020 jako instrumentu polityki zdrowotnej.

2.1. NPZ w cyklu polityki zdrowotnej.

Polityka zdrowotna podobnie jak cała polityka publiczna jest długofalowym, zorganizowanym działaniem państwa, ukierunkowanym na osiągnięcie założonych celów w sferze zdrowia. Cele te nie są stałe. Wymagają okresowej aktualizacji na podstawie analizy wielu czynników, w tym: trendów w ewolucji stanu zdrowia, skuteczności możliwych do zastosowania instrumentów działania, oceny efektywności dotychczas realizowanej polityki itd. Warunkiem racjonalności formułowania i realizacji polityki zdrowotnej jest stosowanie prakseologicznej koncepcji cyklu działania zorganizowanego, który w tym przypadku przybiera postać cyklu polityki zdrowotnej.

W ujęciu prakseologicznym na cykl działania zorganizowanego składa się pięć etapów[14]. Są nimi:

- ustalenie celu działania, wiążącego się z przeglądem warunków i środków, za pomocą których cel może być osiągnięty;
- ułożenie planu działań, czyli określenie niezbędnych środków, warunków oraz czynności, które trzeba zastosować, aby osiągnąć zamierzony cel;
- przygotowanie środków, warunków i działań przewidzianych w planie;
- realizacja, polegająca na wykonaniu czynności, z zastosowaniem środków i w warunkach przewidzianych w planie;
- kontrola i ewaluacja wyników.

W planowaniu działań zorganizowanych na wielką skalę, co dotyczy polityki zdrowotnej, każdy z tych etapów można rozpatrywać jako złożony z tych samych składników, traktując je jako swojego rodzaju podetapy całego złożonego działania.

Szczegółowe warunki, jakie z punktu widzenia zdrowia publicznego powinien spełnić cykl polityki zdrowotnej, są sprecyzowane jako uszczegółowienie operacji zdrowia publicznego, określanych jako EPHO 6[15]: Zapewnienie zarządzania dla zdrowia i dobrostanu. Do nich zalicza się między innymi:

[14] Pszczołowski T., Zasady sprawnego działania. Wiedza Powszechna, Warszawa 1962, s. 65.
[15] Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/281700/Self-assessment-tool-evaluation-essential-public-health-operations.pdf [dostęp: 01.03.2016 r.]

- obecność mechanizmów uczestnictwa zainteresowanych stron w cyklu polityki zdrowotnej;
- dokonywanie analizy sytuacyjnej przy formułowaniu planów lub strategii, w tym uwzględnianie celów globalnych oraz strategii Unii Europejskiej;
- uwzględnianie cykliczności planowania,
- uwzględnianie kwestii skuteczności, efektywności, dostępności, akceptacji, jakości i równości, a w zakresie zarządzania – roli przywództwa, informacji, udziału społeczeństwa i pacjentów, regulacji i standardów, potencjału organizacji, modeli opieki;
- monitorowanie i ocena działania osadzone w strategii i polityki w zakresie zdrowia publicznego

Narodowy Program Zdrowia 2016 – 2020 spełnia podstawowe, ogólne i specyficzne dla zdrowia publicznego postulaty racjonalnego cyklu polityki zdrowotnej, w szczególności:

- stanowi piątą edycję Programów realizowanych od roku 1990, stanowiącą o cykliczności polityki zdrowotnej państwa;
- cele programu zostały sformułowane w oparciu o analizę dostępnych zasobów danych o stanie zdrowia oraz o warunkach działania i możliwych do wykorzystania środkach;
- w procesie formułowania Programu korzystano z opinii ekspertów i ośrodków naukowych;
- w Programie są przewidziane zadania służące realizacji każdego z celów operacyjnych, a także przedstawicieli interesariuszy;
- przewidziane są środki finansowe na realizację zadań i tryb ich wykorzystania;
- wyznaczone są podmioty do realizacji zadań, z możliwością wyłaniania takich podmiotów na drodze konkursowej;
- przewidziano mechanizmy korekt Programu, łącznie z możliwością wprowadzenia zmian w ustawie o zdrowiu publicznym;
- w Programie są ujęte listy wskaźników monitorowania celu strategicznego nieprzyporządkowane do pojedynczego celu operacyjnego oraz listy wskaźników do poszczególnych celów, co stwarza możliwość ewaluacji;
- przewidziano środki na zarządzanie Programem, co powinno istotnie wpłynąć na sprawność zarządzania, a w dalszej perspektywie – sprawność realizacji Programu, w tym procesu ewaluacji.

Należy zwrócić uwagę, że wyżej przytoczone ogólne zasady racjonalności cyklu polityki zdrowotnej mają znaczenie dla wszystkich poziomów tworzenia i realizacji polityki, także dla szczegółowych polityk zdrowotnych. W przypadku Narodowego Programu Zdrowia, oznacza to, że odnoszą się one do poziomu celów operacyjnych i zadań, w tym do problematyki ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu.

2.2. Zasady istotne dla realizacji NPZ.

Cel strategiczny Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 stanowi wiązkę trzech równorzędnych celów, jakimi są: (i) - wydłużenie życia w zdrowiu, (ii) - poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności, oraz (iii) - zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu. Cele te są w dużym stopniu wzajemnie powiązane i uwarunkowane, a ich realizacja wymaga podejmowania podobnych zespołów działań. Zespoły takich działań, nazwanych zadaniami, są w konstrukcji Programu pogrupowane w postaci sześciu celów operacyjnych. Struktura Programu ma więc charakter złożony, typu hierarchicznego. Ze względu na różnorodny charakter działań składających się na Program i zróżnicowanie ich miejsca w strukturze celów, wskazane jest przestrzeganie w procesie realizacji Programu specyficznych zasad odnoszących się do działań w ramach ochrony zdrowia. Zasady te, to inaczej powszechnie akceptowane wartości, którymi należy kierować się w zorganizowanych działaniach na rzecz zdrowia. Poszczególne zasady w różnym stopniu mają znaczenie dla populacji i dla systemu ochrony zdrowia. Należą do nich:

- solidaryzm społeczny,
- działanie na podstawie faktów (*evidence based*),
- długofalowość (trwałość) działań,
- obiektywność oceny efektów działań prozdrowotnych,
- powszechny dostęp do gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej,
- równy dostęp do świadczeń zdrowia publicznego,
- zdrowie we wszystkich politykach,
- uczynienie wyborów prozdrowotnych najłatwiejszymi wyborami,
- zasada terytorialności,
- adresowanie programów do konkretnych grup docelowych,
- obligatoryjność działań,
- powiązanie działań w ochronie zdrowia i w opiece medycznej[16].

[16] Marek M., Diagnoza organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce, Projekt predefiniowany: ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. realizowany w ramach Programu Operacyjnego PL13. Poddziałanie 1.4. Międzysektorowa strategia ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu. Konsorcjum Nauka i Zdrowie. Grudzień 2014 r.

Zapewnienie przestrzegania tych zasad w odniesieniu do zdrowia publicznego wymaga:

- odpowiednich regulacji prawnych (np. obecnie w kraju dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie jest powszechny, tymczasem zapewnienie poprawy stanu zdrowia, np. mieszkańców jakiegoś powiatu wymaga podejmowania działań w zakresie prewencji i promocji zdrowia skierowanych do wybranych grup mieszkańców niezależnie od tego czy osoby należące do tych grup mają zapewniony dostęp do świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych)
- odpowiedniego rozpisania zadań i określenia podmiotów odpowiedzialnych za ich realizację (skuteczne przestrzeganie określonych zasad wymaga monitorowania/ sprawdzania czy dana zasada jest w rzeczywistości przestrzegana i w przypadku, gdy nie jest podejmowania odpowiednich działań naprawczych),
- zapewnienie zestawu narzędzi/instrumentów dzięki którym zasady ter mogą być przestrzegane (np. narzędziem realizacji zasady równości dostępu doświadczeń są np. listy oczekujących i zarządzanie czasem oczekiwania, ograniczanie ryzyk finansowych pacjenta związanych z chorobą, a także metody analizy umożliwiające sprawdzanie, czy dana zasada jest przestrzegana),
- zapewnienie kadr z odpowiednią wiedzą i umiejętnościami zapewniającymi przestrzeganie tych zasad (przestrzeganie zasad i monitorowanie tego na poziomie ogólnopolskim, województw (…) wymaga często wysokich kwalifikacji osób zajmujących się realizacją tych zadań)
- zapewnienie odpowiednich środków finansowych i mechanizmów finansowania niezbędnych do przestrzegania tych zasad. Zapewnienie przestrzeganie zasad wymaga środków finansowych i odpowiednich mechanizmów finansowych).

Zasada solidaryzmu społecznego, to koncepcja społeczno-polityczna, sformułowana w II połowie XIX wieku, promująca naturalną wspólnotę interesów różnych grup i warstw społecznych w państwie, niezależną od ich statusu ekonomicznego lub zawodowego i związanych z nimi różnic interesów. W przypadku ochrony zdrowia w Polsce zasada ta jest realizowana przez system ubezpieczenia zdrowotnego, którego elementami są płatnicy składek, instytucja ubezpieczeniowa (płatnik za świadczenia) i świadczeniodawcy[17].

[17] Zasady solidaryzmu społecznego, http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/powszechne-ubezpieczenie-zdrowotne/zasady-solidaryzmu-spolecznego/ [dostęp: 10.10.2016 r]

W efekcie czynniki ryzyka (związane z wiekiem, stanem zdrowia, płcią itp.) są rozłożone na wszystkich ubezpieczonych, natomiast świadczenia dla osób o skrajnie złej sytuacji finansowej są finansowane z budżetu państwa. System ubezpieczenia zdrowotnego powinien gwarantować, że wszyscy ubezpieczeni – bez względu na wysokość opłacanej składki – są objęci opieką zdrowotną, w tym - otrzymują kompleksową pomoc medyczną w zależności od potrzeb zdrowotnych. Wszyscy powinni mieć równy dostęp do tych samych świadczeń opieki zdrowotnej. Składka jest naliczana proporcjonalnie do wysokości dochodów ubezpieczonego, żadnej roli nie odgrywają tu: wiek, płeć, przebyte choroby czy inne ryzyka. Rozwiązanie takie obliguje obywatela do opłacania wyznaczonych składek na rzecz instytucji ubezpieczeniowej, a system ochrony zdrowia, finansowany przez instytucję ubezpieczeniową - do zapewnienia świadczeń gwarantowanych w ustawie. Z drugiej strony – zasada solidaryzmu społecznego, realizowana przez system ubezpieczenia zdrowotnego daje obywatelowi gwarancję bycia objętym świadczeniem opieki zdrowotnej, a systemowi ochrony zdrowia, który w pewnym stopniu funkcjonuje na zasadach rynkowych – pewność sfinansowania podejmowanych działań.

Z punktu widzenia ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, konieczne jest uwzględnianie w redystrybucji środków finansowych zjawiska nierównomiernego występowania ryzyk w wymiarze terytorialnym i grup społecznych.

Zasada powszechnego dostępu do gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej ma znaczenie dla efektywności systemu ochrony zdrowia. Ma ona także szczególne znaczenie w aspekcie ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu. Zgodnie z postanowieniem obowiązującej Konstytucji Rzeczpospolitej Polskiej zadaniem władz publicznych jest zapewnienie obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Realizacja tego prawa odbywa się w Polsce przez obowiązkowe i dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne oraz zapewnienie osobom nieubezpieczonym dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Mimo dość jednoznacznych regulacji prawnych wprowadzających zasadę powszechnej dostępności świadczeń, w praktyce niektóre grupy społeczne nie mają zapewnionego trwałego dostępu do gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Aktualnie jest procedowany projekt ustawy, która zapewni dostęp do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom, niezależnie od ich statusu w systemie ubezpieczeń zdrowotnych.

Zasada działania na podstawie faktów (*evidence based*), odnosi się zarówno do świadczeń udzielanych jednostce i oznacza w tym przypadku działania oparte o *Evidence Based Medicine*, jak też działań skierowanych do populacji, co jest domeną zdrowia publicznego i w tym przypadku oznacza *Evidence Based Public Health.* W tym drugim przypadku powinna się ona odnosić zarówno do określania priorytetów, celów, zadań zdrowia publicznego podejmowanych na obszarze całego kraju i jego poszczególnych działaniach adresowanych do określonych grup społecznych (np. na podstawie badań epidemiologicznych), jak również do realizowania programów o udowodnionej skuteczności (określonych np. przez brytyjski NICE[18]**).** Przestrzeganie tej zasady zobowiązuje system OZ, tak w wymiarze jednostkowym, jak też zdrowia publicznego, do wdrażania i stosowania metod sprawdzonych, o udokumentowanej skuteczności i efektywności, ze świadomością ich ograniczeń. Stosowanie takich metod zapewnia systemowi osiąganie realistycznych celów, a jednocześnie – co nie jest bez znaczenia – zwiększa odporność systemu na roszczenia świadczeniobiorców czy osób objętych programami. Z punktu widzenia obywatela, zasada ta gwarantuje uzyskanie maksymalnej, możliwej w danych warunkach skuteczności i jakości świadczeń.

Zasada długofalowości (trwałości) działań na rzecz zdrowia wynika z doświadczenia, że efekty populacyjne są osiągane w efekcie polityk i programów realizowanych na przestrzeni wielu lat. Zasada ta w dokumentach Unii Europejskiej jest formułowana jako postulat długoterminowej stabilności[19]. Zasada długofalowości działań powoduje konieczność planowania działań systemu OZ w wymiarze strategicznym. Jednocześnie, przyjęcie tej zasady skutkuje przewidywalnością zadań i zapewnieniem stabilności finansowania. Z punktu widzenia obywatela omawiana zasada zapewnia równe szanse objęcia działaniami prozdrowotnymi, stosownymi dla danego przedziału wiekowego, np. większość programów szczepień – w wieku dziecięcym, a programy wczesnego wykrywania chorób w dalszych okresach życia.

[18] The National Institute for Health and Care Excellence, https://www.nice.org.uk/ [dostęp: 10.10.2016 r.]
[19] Komisja Wspólnot Europejskich: Komunikat Komisji dla Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów. Wniosek dotyczący wspólnego sprawozdania 2007 w sprawie zabezpieczenia społecznego i integracji społecznej. KOM (2007) 13 wersja ostateczna. Bruksela 2007, http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0013:FIN:PL:PDF [dostęp: 25.11.2016 r.]

Zasada obiektywności oceny efektów działań prozdrowotnych ma charakter uniwersalny i dotyczy wszystkich działań o charakterze publicznym. Przestrzeganie zasady jest uzasadnieniem dla obowiązków sprawozdawczych systemu OZ i tworzenia oraz udostępniania baz danych do celów ewaluacyjnych. Jednocześnie, efekty dokonywanych ocen i analiz mogą i powinny być – zgodnie z zasadami cyklu polityki zdrowotnej – wykorzystywane do planowania strategicznego i usprawniania bieżących działań. Zapewnienie dokonywania obiektywnych ocen efektów działań prozdrowotnych i ich upublicznienie stanowi z kolei przesłankę przy podejmowaniu indywidualnych decyzji, szczególnie w zakresie partycypacji w oferowanych programach zdrowotnych.

Zasada równego dostępu do świadczeń zdrowia publicznego określonych grup mieszkańców, do których adresowane są programy. Przestrzeganie tej zasady jest kolejnym warunkiem realizacji misji zdrowia publicznego. Jest to jedna z kluczowych zasad mających znaczenie dla ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu. Świadczenia zdrowia publicznego stanowią bardzo istotny element dziesięciu niezbędnych działań z zakresu zdrowia publicznego – *Essential Public Health Operations* (EPHOs), określonych w roku 2012 przez Światową Organizację Zdrowia[20]. Działania te, adresowane bezpośrednio do ludności, obejmują:

- profilaktykę zdrowia, w tym bezpieczeństwo środowiska, pracy, żywności i inne (health protection, including environmental, occupational and food safety and others) (EPHO3);
- promocję zdrowia, w tym działania wobec uwarunkowań społecznych i nierówności w zdrowiu (EPHO4);
- zapobieganie chorobom, w tym wczesne wykrywanie chorób (EPHO5).

Warto zwrócić uwagę, że chociaż praktycznie wszystkie działania zdrowia publicznego mają bezpośrednie lub pośrednie oddziaływanie na społeczne nierówności w zdrowiu, to działania na rzecz ograniczenia tego zjawiska, są wymienione wprost - jako element EPHO4.

W Polsce część świadczeń zdrowia publicznego jest realizowana przez organy samorządu terytorialnego, tj. powiaty i gminy, w formie samorządowych programów polityki zdrowotnej. Analiza realizacji tych programów, przeprowadzona przez Najwyższą Izbę Kontroli, i przedstawiona w Raporcie z dnia 8 sierpnia 2016 r. wskazuje, że działania te, ze

[20] The European Action Plan (EAP) for Strenghtening Public Health Services and Capacity, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf?ua=1 [dostęp: 01.03.2016 r.]

względu na ich ograniczony zakres i skalę, nie przyczyniają się w istotny sposób do poprawy zdrowia i jakości życia Polaków. Raport zwraca jednocześnie, uwagę na duże zróżnicowanie, pod względem terytorialnym, w dostępie do oferty zdrowotnej proponowanej przez poszczególne samorządy swoim mieszkańcom. Dane finansowe wskazują, że różnice pomiędzy bogatszymi, zurbanizowanymi województwami, a regionami biedniejszymi są ponad dziesięciokrotne. W efekcie Najwyższa Izba Kontroli uznaje, że aktualne rozwiązania dotyczące instytucji samorządowego programu polityki zdrowotnej, utrwalają nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych[21].

Zasada zdrowie we wszystkich politykach wskazuje na konieczność podejmowania działań prozdrowotnych we współpracy z innymi dziedzinami życia społeczno-ekonomicznego. Dotyczy to nie tylko zdrowia publicznego, ale także innych obszarów ochrony zdrowia. Zwraca się uwagę, że w koncepcji „zdrowie we wszystkich politykach" zawiera się m. in. propozycja międzysektorowych działań na rzecz zdrowia[22].

Realizacja omawianej zasady w dokumentach formułujących politykę rozwoju w Polsce była analizowana w poddziałaniu 1.4 Międzysektorowej strategii ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu[23]. W wyniku analizy stwierdzono, iż reprezentacja zagadnień zdrowia w dokumentach centralnych w aktualnym okresie planowania wzrosła w porównaniu do okresu 2007 – 2013. Zanotowano także wzrost liczby celów dotyczących stanu zdrowia w wojewódzkich strategiach rozwoju. Obserwowane różnice mogą być interpretowane jako miara wzrostu realizacji zasady „zdrowie we wszystkich politykach". Wzrost reprezentacji problematyki zdrowia wydaje się jednak niewystarczający w stosunku do założeń koncepcji „zdrowie we wszystkich politykach". Jako zdecydowanie niekorzystne może być ocenione zjawisko bardzo niskiego stopnia uwzględniania zagadnień zdrowia w dokumentach planistycznych powiatów.

Uczynienie wyborów prozdrowotnych najłatwiejszymi wyborami. Przykłady stosowania tej zasady to: wyeliminowanie ze sklepików szkolnych, stołówek

[21] Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego. Informacja o wynikach kontroli. NIK 2016, https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/15/063/ [dostęp: 01.12.2016 r.]
[22] Dębska A., Zdrowie we wszystkich politykach – znaczenie i źródła; w pracy zbiorowej pod red. D. Cianciara: Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny Warszawa 2014, s.
[23] Tyszko P., Mińko M., Przegląd krajowych strategii dotyczących zdrowia ludności, ze szczególnym uwzględnieniem nierówności w zdrowiu. Projekt predefiniowany: ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. realizowany w ramach Programu Operacyjnego PL13. Poddziałanie 1.4. Międzysektorowa strategia ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu. Konsorcjum Nauka i Zdrowie. Grudzień 2014 r.

niezdrowej żywności, ograniczenie ilości soli w pieczywie oraz tłuszczu w wędlinach, dodatkowe opodatkowanie żywności niezdrowej, tworzenie możliwości realizowania aktywności fizycznej w miejscu zamieszkania – wykorzystanie boisk i sal gimnastycznych w szkołach. Polityka zdrowotna, sprzyjająca pozytywnym dla zdrowia wyborom powinna zawierać dwa elementy. Pierwszym z nich jest edukacja i wychowanie, nadające priorytet zdrowym wyborom. Drugim – zapewnienie warunków i produktów, czyniących zdrowe wybory konkurencyjnymi względem wyborów niekorzystnych dla zdrowia.

Zasada terytorialności wskazuje, że efektywność realizacji społeczno-gospodarczych działań jest uwarunkowana właściwym dostosowaniem interwencji do specyfiki poszczególnych obszarów. Podejście terytorialne zakłada odejście od postrzegania obszarów przez pryzmat granic administracyjnych na rzecz ich indywidualnych potencjałów, barier i wzajemnych zależności. Relacje te mogą zachodzić zarówno na płaszczyźnie instytucjonalnej, programowej, jak i na poziomie konkretnych interwencji: infrastrukturalnych, społecznych, edukacyjnych, zwiększających wzajemne pozytywne oddziaływanie pomiędzy obszarami. Wymiar terytorialny jest traktowany jako jedna z głównych zasad programowania na lata 2014-2020. Realizacja tej zasady, zaproponowanej m.in. przez Komisję Europejską:

- zwiększa efektywność realizacji polityki spójności;
- sprzyja rozwojowi współpracy i integracji, przede wszystkim tam, gdzie skala problemów związanych z brakiem współpracy i komplementarności działań różnych jednostek administracyjnych jest największa;
- promuje partnerski model współpracy różnych jednostek administracyjnych na obszarach funkcjonalnych;
- służy lepszej realizacji zintegrowanych projektów odpowiadających w sposób kompleksowy na potrzeby i problemy miast i ich obszarów funkcjonalnych;
- zwiększa wpływy miast i powiązanych z nimi obszarów funkcjonalnych na kształt i sposób realizacji działań wspieranych na ich obszarach w ramach polityki spójności [24].

[24] Programowanie perspektywy finansowej 2014-2020 – projekt umowy partnerskiej pomiędzy Polską a Unią Europejską, styczeń 2014 r. s. 147; Zasady realizacji Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych w Polsce, Warszawa, lipiec 2013, MRR, s.3 http://www.mir.gov.pl/rozwoj_regionalny/Polityka_regionalna/rozwoj_miast/Documents/ZIT_na_WWW_26_07_2013.pdf [dostęp: 01.12.2016 r.]

Realizacja zasady terytorialności powinna mieć zastosowanie w działaniach na rzecz ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, które niejednokrotnie mają wymiar terytorialny, ale niekoniecznie pokrywający się z granicami jednostek administracyjnych.

Adresowanie programów do konkretnych grup docelowych, to zasada, która wskazuje, że skuteczność prozdrowotnych działań podejmowanych w zakresie zdrowia publicznego na ogół wymaga określenia grup, do których te działania są adresowane. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że brak dokładnie określonych grup docelowych może m.in. zwiększać, a nie ograniczać społeczne nierówności w zdrowiu. Zasada ta koresponduje z postulatem adekwatności, rozumianej jako dostosowanie oferty świadczeń do struktury potrzeb zdrowotnych, co było artykułowane już w Programie Zdrowie dla Wszystkich w roku 2000, w nawiązaniu do Deklaracji z Ałma Aty[25].

Zasada obligatoryjności działań ma istotne znaczenie dla działań państwa mających na celu poprawę stanu zdrowia ludności - zarówno w zakresie opieki medycznej jak i zdrowia publicznego. W związku z tym istnieje potrzeba określenia, jakie nowe działania z zakresu zdrowia publicznego powinny być uznane za obligatoryjne, a jakie pozostawione jako fakultatywne. Na tej podstawie należałoby sformułować postulaty dotyczące gwarantowanych działań prozdrowotnych. Typowymi przykładami realizacji tej zasady są szczepienia ochronne i badania profilaktyczne z zakresu medycyny pracy. Decyzje o wprowadzeniu działania obligatoryjnego muszą być oparte na rachunku zysków i kosztów, nie tylko finansowych, ale także psychologicznych i społecznych.

Ostania z zalecanych zasad to powiązanie działań zdrowia publicznego i opieki medycznej. Szczególna rola przypada podstawowej opiece medycznej. Ta forma opieki dysponuje najszerszym dostępem do populacji i może odgrywać istotną rolę w realizacji działań zdrowia publicznego. Przeprowadzona dla warunków polskich analiza wskazuje na istotną rolę POZ w zakresie:

- EPHO5[26]: zapobieganie chorobom, w tym szczepienia, opieka nad matką i dzieckiem, wczesne wykrywanie i leczenie chorób oraz współdziałanie we wsparciu społecznym;

[25] Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf [dostęp: 01.03.2016 r.]
[26] Essential Public Health Operations wg Strengthening public health services and capacity: an action plan for Europe, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf?ua=1 [dostęp: 30.11.2016 r.]

warto podkreślić, że zawarte w EPHO 5 zadania, są w Polsce przypisane do podstawowej opieki zdrowotnej, tak w sensie ogólnym – jako zasady, jak też w znaczeniu kontraktowym – jako zadania lekarza POZ, a w szczególności specjalisty medycyny rodzinnej;

- EPHO3: profilaktyka zdrowia, w tym bezpieczeństwo środowiskowe; w Polsce rozpoznawanie uwarunkowań zdrowia i określanie lokalnych potrzeb jest przewidziane w zakresie obowiązków członków zespołu sprawującego podstawową opiekę zdrowotną, przy czym szczególna rola w tym zakresie jest przewidziana dla pielęgniarki;
- EPHO4: udział w promocji zdrowia w szerokim zakresie czynników determinujących zdrowie: behawioralnych, społecznych i środowiskowych.

Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce ma także przypisane zadania w zakresie:
EPHO1 - Nadzór nad stanem zdrowia populacji i dobrostanem
EPHO2 - Monitorowanie i reagowanie na zagrożenia dla zdrowia i sytuacje kryzysowe -
EPHO 6 - Zapewnienie zarządzania dla zdrowia i dobrostanu.

2.3. Podsumowanie.

Narodowy Program Zdrowia odgrywa bardzo istotną rolę w polityce zdrowotnej. NPZ 2016 – 2020 spełnia założenia cyklu polityki zdrowotnej. Jednym z warunków realizacji celów Programu jest przestrzeganie ogólnych zasad, którymi należy kierować się w zorganizowanych działaniach na rzecz zdrowia.

III. CELE NPZ A CELE INNYCH, AKTUALNYCH STRATEGII ROZWOJU ORAZ CELE REALIZOWANE W KONTRAKTACH TERYTORIALNYCH

(*Piotr Tyszko, Magdalena Bogdan*).

Realizacja każdego projektu czy przedsięwzięcia jest uwarunkowana czynnikami, które można podzielić na dwie grupy. Pierwsza z nich to czynniki, które tkwią w samym programie, takie jak struktura celów, zasady realizacji (z uwzględnieniem rodzaju przewidzianych działań, niezbędnych środków, harmonogramu realizacji, system nadzoru nad przebiegiem programu itp.) zasady i kryteria ewaluacji i inne. Druga grupa – to czynniki zewnętrze, w tym rozwiązania prawne, skuteczność finansowania, wola polityczna, powiązanie z innymi programami (politykami), efektywność współdziałania międzysektorowego, w tym możliwość wykorzystania do realizacji programu instytucji z innych sektorów bądź mechanizmów tam funkcjonujących. Wszystkie te czynniki mogą przybierać trzy wartości: (i) sprzyjać osiągnięciu celów programu (czynniki proskutecznościowe), (ii) utrudniać osiągnięcie celów programu (czynniki antyskutecznościowe), bądź (iii) być neutralne z punktu widzenia realizacji programu. W przyjętej konwencji analizy całość warunków wpływających na sprawność realizacji NPZ jest określona jako warunki sprawnościowe realizacji Programu.

Celem tej części opracowania jest analiza uwarunkowań sprawności realizacji Narodowego Programu Zdrowia 2016-2020, związana z obecnością celów dotyczących zdrowia w innych, aktualnych strategiach i programach - kontraktach terytorialnych.

3.1. Cele NPZ a cele innych aktualnych strategii rozwoju.

Celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowia 2016 – 2020 jest wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu. Cele operacyjne, służące realizacji celu strategicznego obejmują:

- poprawę sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa;
- profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi;
- profilaktykę problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa;
- ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki;
- promocję zdrowego i aktywnego starzenia się;
- poprawę zdrowia prokreacyjnego.

Jak wspomniano wcześniej obecność celów w zakresie zdrowia lub ochrony zdrowia może mieć znaczenie dla realizacji celów NPZ – zarówno tych z poziomu strategicznego, jak też celów operacyjnych.

We wcześniej wykonanej w tym Projekcie analizie zidentyfikowano obecność zagadnień zdrowia i ochrony zdrowia[27] w dokumentach określających strategie (polityki sektorowe) we wszystkich obszarach na poziomie centralnym, regionalnym i lokalnym. Analiza objęła dokumenty z dwu okresów planowania, tj. 2007 – 2013 i – od roku 2014, tj. z okresów „przylegających" do czasu realizacji Projektu. Objęcie analizą dokumentów z tych dwu okresów planowania jest uzasadnione zasadą ciągłości polityki państwa. Polityki przyjęte na okres od roku 2014 są bądź kontynuacją polityk wcześniejszych, bądź w jakimś stopniu do nich powinny nawiązywać.

[27] Wyróżnienie kategorii „zdrowie" i „ochrona zdrowia", jest uzasadnione tym, że „ochrona zdrowia", niezależnie od zakresu rozumienia tego terminu jest, w kategoriach prakseologicznych, środkiem do realizacji celu, jakim jest zdrowie.

Przeprowadzona analiza może być także traktowana jako diagnoza realizacji zasady *Zdrowie we wszystkich politykach*[28]. Jako wyznaczniki obecności zagadnień zdrowia i ochrony zdrowia przyjęto obecność w ich strukturze celów odnoszących się do zdrowia i do ochrony zdrowia, a także diagnoz – stanowiących podstawę formułowania celów. Obecność celów odnoszących się do spraw zdrowia[29] i ochrony zdrowia[30] ma kluczowe znaczenie dla możliwości współpracy międzysektorowej.

Analizowano także obecność bezpośrednich odniesień do problematyki ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu. Kontrola nierówności w zdrowiu jest oparta na działaniach z wielu obszarów polityki państwa, w tym szczególnie w zakresie polityki społecznej. Nawet pozornie odległe od spraw zdrowia polityki, jak np. dotyczące sektora energetyki czy transportu mogą mieć pośredni wpływ na zdrowie społeczeństwa, np. przez mechanizmy antropopresji i oddziaływanie na procesy społeczne.

Obecność takich celów nie tylko świadczy o dostrzeganiu możliwości działań na rzecz zdrowia i ochrony zdrowia w innych sektorach, ale jest warunkiem podejmowania działań w tym kierunku i obliguje do takich działań. W obowiązującym w Polsce systemie planowania rozwoju obecność celów strategicznych umożliwia realizację projektów, finansowanie grantów i podejmowanie wszelkich innych działań dla realizacji tych celów.

3.1.1. Okres planowania 2007 – 2013.

Wśród 22 dokumentów, z okresu planowania od roku 2007 - o zasięgu krajowym formułujących strategie (polityki ogólne i sektorowe), zagadnienia zdrowia, ujmowane jako elementy diagnozy populacyjnej lub celów stwierdzono w następujących dokumentach:

- Strategia Rozwoju Kraju 2007-2015 - diagnoza zdrowia i cele dot. zdrowia;
- Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia – Narodowa Strategia Spójności - diagnoza zdrowia i cele dot. zdrowia;
- Strategia Polityki Społecznej na lata 2007-2013 – diagnoza zdrowia;
- Strategia Rozwoju Sportu w Polsce do roku 2015 – diagnoza i cele dot. zdrowia.

[28] Declaration Health in all policies, http://www.publichealth.ie/files/file/DECLARATION_ADOPTED_SIGNATURES.pdf[dostęp: 11.11.2016 r.]

[29] Cele odnoszące się do zdrowia obejmują oczekiwane efekty w zakresie: eliminacji chorób i zmniejszenia natężenia ich występowania, skuteczności leczenia chorób, likwidacji i ograniczania skutków chorób i niepełnosprawności.

[30] Cele odnoszące się do ochrony zdrowia obejmują efekty odnoszące się do zasobów rzeczowych, kadrowych, finansowych i informacyjnych instytucji ochrony zdrowia oraz zarządzania nimi.

Diagnozy stanu zdrowia w około połowie przypadków miały charakter ogólny – typu: zły, niekorzystny, niezadawalający stan zdrowia, a w połowie uwzględniały grupy chorób - choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, choroby zakaźne i choroby psychiczne.
W dokumentach o zasięgu krajowym diagnozy stanu zdrowia opierały się na porównaniu miar umieralności ogólnej bądź długości życia z danymi dla Unii Europejskiej.

Cele dotyczące zdrowia były formułowane na dużym poziomie ogólności jako poprawa stanu zdrowia, a w jednym przypadku jako ograniczenie skutków wypadków i innych zagrożeń. Jednocześnie jednak, tak sformułowane cele zdrowotne zajmowały stosukowo wysokie miejsce w hierarchii celów. W analizowanych strategiach były one elementami wiązki celów głównych lub celem pośrednim pierwszego stopnia.
Problematyka nierówności w zdrowiu w aspekcie diagnostycznym została uwzględniona w nielicznych dokumentach strategicznych poziomu centralnego:

- w Strategii Polityki Społecznej na lata 2007-2013 odnotowano regionalne zróżnicowanie sytuacji zdrowotnej ludności;
- w Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce 2007-2013 odnotowano zróżnicowanie umieralności niemowląt, nierówności w zdrowiu kobiet ciężarnych, niemowląt oraz dzieci i młodzieży.

Cel dotyczący nierówności w zdrowiu występował tylko w Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce 2007-2013; w nawiązaniu do diagnozy wskazującej na dosyć duże zróżnicowanie wskaźnika umieralności niemowląt między poszczególnymi województwami - występuje cel - poprawa zdrowia kobiet w wieku rozrodczym oraz noworodków i niemowląt.

Warto odnotować, że w wielu dokumentach zarówno w diagnozie, jak też formułowanych celach jest podnoszona kwestia nierówności w obszarze ochrony zdrowia – jej dostępności, wyposażenia, kadr itp.

Należy zwrócić uwagę, że dokumenty strategiczne poziomu krajowego, obejmujące okres planowania 2007-2013 były opracowywane jeszcze przed przyjęciem w roku 2007 Deklaracji Rzymskiej, dotyczącej „zdrowia we wszystkich politykach”.

W przypadku regionalnych strategii rozwoju element diagnozy zdrowia występował w 9 z 17 badanych dokumentów. W diagnozie zdrowia, w wojewódzkich strategiach rozwoju, w odróżnieniu od dokumentów typu centralnego, nie występowały sformułowania ogólne, a prawie wszystkie diagnozy określały grupy chorób: choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe oraz w pojedynczych przypadkach, gruźlicę (lubelskie), choroby zakaźne

(podkarpackie), choroby psychiczne (małopolskie). Incydentalnie w diagnozie zdrowia wskazywano też populacje: niemowląt (zachodniopomorskie), dzieci i populację pracującą (śląskie).

Formalnie określone cele zdrowotne występowały w 8 z 17 badanych dokumentów. Cele zdrowotne w wojewódzkich strategiach rozwoju były formułowane bardzo ogólnie: polepszenie zdrowia, poprawa stanu zdrowia, ew. sytuacji zdrowotnej, zdrowe społeczeństwo, ograniczenie zachorowań na choroby cywilizacyjne.

Dokumenty strategiczne szczebla regionalnego, podobnie jak dokumenty szczebla centralnego, obejmujące okres planowania 2007-2013 były opracowywane jeszcze przed przyjęciem w roku 2007 Deklaracji Rzymskiej, dotyczącej „zdrowia we wszystkich politykach".

W analizowanych dokumentach regionalnych brak było zapisów diagnostycznych dotyczących występowania nierówności w zdrowiu. Tylko w jednym z dokumentów tej grupy, Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego do 2020 roku, zidentyfikowano zapis celu: „Przedmiotem działania będzie dostosowanie pod względem fachowym i sanitarnym obiektów i urządzeń ochrony zdrowia do obowiązujących standardów w celu zmniejszenia różnic w zdrowiu i w dostępie do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych", jako element priorytetu: „Stałe podnoszenie stanu bezpieczeństwa i zdrowia mieszkańców województwa", w celu „Społecznym": „Rozwijanie solidarności społecznej oraz postaw obywatelskich twórczych i otwartych na świat".

3.1.2. Okres planowania po roku 2014.

Aktualna struktura systemu dokumentów strategicznych państwa jest odmienna od istniejącej w latach 2007-2013. W efekcie procesu porządkowania struktury tych dokumentów ograniczono liczbę strategii ogólnych do dwu, tj. długo- i średniookresowej strategii rozwoju kraju oraz dziewięciu strategii zintegrowanych, służących realizacji celów przyjętych w ww. strategiach ogólnych. Lista strategii obejmuje:

– strategie (polityki) długookresowe:
  - Polska 2030.Trzecia fala nowoczesności - Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju[31], oraz - Strategia Rozwoju Kraju 2020[32];

[31] Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju. Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji, https://mac.gov.pl/files/wp-content/uploads/2011/12/Polska2030_final_november2012.pdf [dostęp: 05.02.2015 r.]

– strategie (polityki) zintegrowane:
  - Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary Wiejskie[33];
  - Strategia Zrównoważonego Rozwoju Wsi, Rolnictwa i Rybactwa na lata 2012-2020[34];
  - Strategia Innowacyjności i Efektywności Gospodarki Dynamiczna Polska 2020[35];
  - Strategia Rozwoju Transportu do roku 2020 (z perspektywą do 2030 roku)[36];
  - Strategia Sprawne Państwo 2020[37];
  - Strategia Bezpieczeństwo Energetyczne i Środowisko[38];
  - Strategia Rozwoju Kapitału Społecznego 2020[39];
  - Strategia Rozwoju Systemu Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej 2022[40];
  - Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020[41].

Podstawowe założenia polityki rozwoju Polski są zawarte w dokumencie: „Polska 2030.Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju". W dokumencie tym nie występuje strukturalny element diagnozy stanu zdrowia. Dokument ten formułuje cele strategiczne na podstawie m.in. ustaleń diagnostycznych zawartych w Raporcie „POLSKA 2030. Wyzwania rozwojowe", z roku 2009. Diagnoza zdrowia w Raporcie ma charakter rozbudowany, uwzględnia szereg danych oraz porównania z innymi krajami. W samej strategii długookresowej cele dotyczące zdrowia są domniemane jako jeden z obszarów

---

[32] Strategia Rozwoju Kraju 2020. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego; http://www.mir.gov.pl/rozwoj_regionalny/polityka_rozwoju/srk_2020/strony/srk_2020_aktywne_spoleczenstwo_konkurencyjna_gospodarka_sprawne_panstwo_zostala_przyjeta_przez_rm_25092012.aspx [dostęp: 01.12.2016 r.]

[33] Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary Wiejskie, https://www.mr.gov.pl/media/3337/KSRR_13_07_2010.pdf [dostęp: 05.02.2016 r.]

[34] Strategia Zrównoważonego Rozwoju Wsi, Rolnictwa i Rybactwa na lata 2012-2020, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WMP20120000839 [dostęp: 05.02.2016 r.]

[35] Strategia Innowacyjności i Efektywności Gospodarki Dynamiczna Polska 2020, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WMP20130000073 [dostęp: 05.02.2016 r.]

[36] Strategia Rozwoju Transportu do roku 2020 (z perspektywą do 2030 roku), https://mib.gov.pl/media/3511/Strategia_Rozwoju_Transportu_do_2020_roku.pdf [dostęp: 05.02.2016 r.]

[37] Strategia Sprawne Państwo 2020, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WMP20130000136 [dostęp: 05.02.2016 r.]

[38] Strategia Bezpieczeństwo Energetyczne i Środowisko, http://www.monitorpolski.gov.pl/mp/2014/469/1 [dostęp: 05.02.2016 r.]

[39] Strategia rozwoju kapitału ludzkiego, https://www.mpips.gov.pl/praca/strategie-i-dokumenty-programowe/strategia-rozwoju-kapitalu-ludzkiego-srkl---projekt-z-31072012-r/ [dostęp: 05.02.2016 r.]

[40] Strategia Rozwoju Systemu Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej 2022, https://www.bbn.gov.pl/ftp/dok/01/strategia_rozwoju_systemu_bezpieczenstwa_narodowego_rp_2022.pdf [dostęp: 05.02.2016 r.]

[41] Strategia rozwoju kapitału ludzkiego, https://www.mpips.gov.pl/praca/strategie-i-dokumenty-programowe/strategia-rozwoju-kapitalu-ludzkiego-srkl---projekt-z-31072012-r/ [dostęp: 05.02.2016 r.]

kompleksowego rozumienia jakości życia. „Dobry stan zdrowia populacji jest bardzo istotną przesłanką poprawy jakości życia. Zmniejszenie przedwczesnej umieralności, zachorowalności i niepełnosprawności uwarunkowane jest przyspieszeniem postępów w zwalczaniu szkodliwych dla zdrowia zachowań, takich jak używanie tytoniu, szkodliwe skutki spożywania alkoholu, niewłaściwa dieta i brak aktywności fizycznej, które prowadzą do większej zapadalności na przewlekłe choroby niezakaźne (głównie: nowotwory, choroby układu oddechowego, choroby układu krążenia, cukrzyca i choroby psychiczne). Niezbędne jest zatem zintensyfikowanie działań profilaktycznych promujących zdrowy styl życia, wdrożenie systemowych międzysektorowych działań eliminujących różnice w zdrowiu wynikające, między innymi, z uwarunkowań społecznych oraz poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych, tak by umożliwić szybki i efektywny powrót na rynek pracy" (str. 104).

Dość rozbudowane w omawianej strategii są kierunki interwencji, przy czym dotyczą one wyłącznie ochrony zdrowia. Obejmują one cztery elementy:

- wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu ochrony zdrowia;
- dostosowanie systemu ochrony zdrowia do prognozowanych do roku 2030 zmian demograficznych, w szczególności wzmocnienie działań na rzecz rozwoju infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi;
- zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych, wynikających z uwarunkowań epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (np. kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia, psychiatria);
- opracowanie i wdrożenie międzysektorowych rozwiązań systemowych i działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych.

W drugiej strategii ogólnej, jaką jest „Strategia Rozwoju Kraju 2020", zawarto dobrze udokumentowaną diagnozę stanu zdrowia: „Polacy żyją dłużej, ale w gorszej kondycji zdrowotnej. Niezmiennie od wielu lat pierwszą przyczyną zgonów według grup chorób w Polsce są choroby układu krążenia - 466,4 zgonów na 100 tys. ludności w 2009 r. (w 2007 r. - 449,678), a następnie nowotwory - 252 zgony na 100 tys. ludności (w 2007 r. 251,479) oraz

urazy, zatrucia i inne zewnętrzne przyczyny, w tym samobójstwa – w 2009 r. - 63,4 zgonów na 100 tys. ludności (w 2007 r. 66,5). Choroby układu krążenia generują także największe koszty z ubezpieczeń społecznych na świadczenia związane z niezdolnością do pracy (4 682 010,1 tys. zł w 2009 r.). Na drugim miejscu są zaburzenia psychiczne oraz zaburzenia zachowania (4 426 208,2 tys. zł w 2009 r.), a na trzecim miejscu choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (3 584 890,2 tys. zł w 2009 r.) Poprawie uległ wskaźnik zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych (z 6 w 2006 r. do 5 w 2010 r.).”

W omawianej strategii cele dotyczące zdrowia stanowią element celu II.4.2. Poprawa jakości kapitału ludzkiego: „Biorąc pod uwagę fakt, że stan zdrowia stanowi element istotnie warunkujący aktywność na rynku pracy i ma jednocześnie decydujący wpływ na jakość kapitału ludzkiego, promowane i wspierane będą działania o charakterze prozdrowotnym i profilaktycznym dotyczące chorób stanowiących współcześnie główne przyczyny przedwczesnego opuszczania rynku pracy i korzystania ze środków zabezpieczenia społecznego (tj. chorób zawodowych i chorób cywilizacyjnych). W Strategii zwraca się uwagę, że przedsięwzięcia dotyczące poprawy zdrowotności są horyzontalne, natomiast ich wdrażanie powinno uwzględniać zróżnicowania terytorialne - np. stanu zdrowia i czynników społecznych je warunkujących, przewidywanych trendów w tym zakresie, dostępności do usług zdrowotnych”.

W dziewięciu z analizowanych strategiach zintegrowanych problematyka zdrowia występuje w dwu dokumentach: Strategii Sprawne Państwo 2020 i Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020.

W pierwszym z tych dokumentów - są rozwinięte kompleksowo problemy systemu ochrony zdrowia, jego podstaw materialnych, informatyzacji, zarządzania. Jednym z celów szczegółowych Strategii jest poprawa relacji między wynikami i nakładami w zakresie świadczenia usług publicznych, co odnosi się także do sfery usług zdrowotnych. Nie występują natomiast bezpośrednie nawiązania do zdrowia ludności.

W drugim dokumencie (Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020) – jest sformułowany i uzasadniony cel – w zakresie szeroko rozumianego zdrowia społeczeństwa: „pozostawanie w zdrowiu jest nie tylko podstawowym warunkiem utrzymania aktywności społecznej, obywatelskiej i ekonomicznej, ale jest także jednym z kluczowych wymiarów dobrej jakości życia. A jakość życia, w tym jego wymiar zdrowotny, to cel nadrzędny, któremu podporządkowane są wszystkie programy o charakterze strategicznym, jak np. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju „Polska 2030. Trzecia Fala Nowoczesności” oraz Strategia Rozwoju Kraju 2020. Warunkiem niezbędnym skutecznej realizacji poprawy stanu

zdrowia społeczeństwa polskiego jest także skorelowanie celów, priorytetów i zadań określonych przez co najmniej trzy strategie rozwoju uwzględniające problematykę zdrowia ludności kraju – Strategię Rozwoju Kapitału Ludzkiego, Krajową Strategię Rozwoju Regionalnego, Strategię Sprawne Państwo. Przyjęcie, na podstawie analiz epidemiologicznych, wspólnych celów pozwoli na integrację działań podejmowanych w ramach tych strategii na rzecz zdrowia np. w określonych jednostkach podziału terytorialnego kraju (województwach/powiatach), w tym odpowiednią koordynację finansowania celów zdrowotnych przez wszystkie wymienione wyżej strategie.

Są także określone kierunki interwencji, istotne także z punktu widzenia ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu. Obejmują one:

- dostosowanie opieki zdrowotnej do wyzwań demograficznych poprzez działania odpowiadające potrzebom i oczekiwaniom w szczególności matek i dzieci oraz osób starszych, a także uwzględnienie aktualnych i prognozowanych trendów epidemiologicznych;
- zmniejszenie liczby zachorowań i przedwczesnych zgonów poprzez zintensyfikowanie działań profilaktycznych i leczniczych skoncentrowanych na najbardziej istotnych, z punktu widzenia zachorowalności i śmiertelności jednostkach chorobowych;
- zmniejszenie liczby wypadków w pracy i chorób zawodowych poprzez wzrost poziomu bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym rozwój kultury bezpieczeństwa i realizację programów profilaktycznych ukierunkowanych na zapobieganie chorobom zawodowym;
- kształtowanie zdrowego stylu życia poprzez promocję zdrowia, edukację zdrowotną i prośrodowiskową oraz działania wspierające dostęp do zdrowej i bezpiecznej żywności, w tym m. in. poprawę poziomu aktywności fizycznej społeczeństwa, zmniejszenie liczby zachowań ryzykownych dla zdrowia, tj. palenia tytoniu, nadużywania alkoholu, używania narkotyków, ryzykownych zachowań seksualnych oraz nieodpowiedniej diety;
- ograniczenie śmiertelności z przyczyn zewnętrznych, w szczególności wynikających z wypadków komunikacyjnych i urazów;
- dostosowanie do potrzeb systemu ochrony zdrowia modelu kształcenia kadr medycznych i innych zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia;
- zwiększenie wiedzy i świadomości pacjentów oraz personelu medycznego w zakresie możliwości wykorzystywania nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w ochronie zdrowia;

- rozwój sieci wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i przewlekle psychicznie chorych;
- rozwój alternatywnych wobec opieki instytucjonalnej form opieki środowiskowej dla osób przewlekle chorych, starszych, niesamodzielnych;
- kształcenie edukatorów zdrowia odpowiedzialnych za realizację działań w obszarze promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w środowisku lokalnym;
- zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług medycznych, w tym nowoczesnej rehabilitacji;
- wzrost nakładów na ochronę zdrowia z jednoczesną optymalizacją wykorzystania całości wydatków kierowanych na ochronę zdrowia pochodzących z budżetu państwa, samorządów oraz środków prywatnych ponoszonych na zakup leków oraz usług medycznych".

3.1.3. Problematyka nierówności w zdrowiu w dokumentach centralnych od roku 2014[42].

W Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary Wiejskie – nie występują elementy diagnozy nierówności w zdrowiu. Jednak w celu: Poprawa jakości i dostępności usług medycznych na obszarach problemowych - uwzględniono nierówności w zdrowiu w zapisie: „Działania polityki regionalnej będą wspomagać zapewnianie mieszkańcom obszarów problemowych dostępu do efektywnej służby zdrowia przez, m.in. programy profilaktyczne nakierowane na zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych oraz nowotworowych, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów upadku społeczno-gospodarczego i obszarów peryferyjnych".

W Strategii Sprawne Państwo 2020, w rozdziale 3. Diagnoza i trendy społeczno-gospodarcze w obszarze: sprawność państwa, punkt V. Świadczenie wybranych usług publicznych, odnotowano obecność nierówności w zdrowiu i przywołano dane z dokumentu Światowej Organizacji Zdrowia[43]. Wśród celów szczegółowych i kierunków interwencji znajduje się cel 5: efektywne świadczenie usług publicznych. W omówieniu celu pośredniego 5.1.2. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz poprawa zarządzania systemem

[42] Należy przypomnieć, że na strategie rozwoju (polityki) obejmujące okres planowania od roku 2014 były opracowywane po przyjęciu w roku 2007 Deklaracji Rzymskiej, dotyczącej „zdrowia we wszystkich politykach".

[43] Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce, http://www.nierownosci.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/6/2014/07/Spoleczne-nierownosci-w-zdrowiu-w-Polsce.pdf [dostęp: 10.11.2016 r.]

opieki zdrowotnej znajduje się stwierdzenie, że: „Podejmowane będą działania mające na celu zmniejszanie nierówności w zdrowiu, poprawę dostępu do świadczeń zdrowotnych w szczególności zabiegów ratujących życie, do świadczeń wysokospecjalistycznych np. transplantacji narządów, do świadczeń w zakresie leczenia onkologicznego, leczenia chorób rzadkich oraz zapewnienie lepszej dostępności systemu ochrony zdrowia do krwi i składników krwiopochodnych i zapewnienie samowystarczalności Polski w tym zakresie".

W Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020 problematyka nierówności w zdrowiu występuje w dwu miejscach:

- w rozdziale 3 - Diagnoza i trendy rozwojowe – odnotowano niewystarczający postęp w realizacji międzysektorowych działań na rzecz zmniejszania społecznych nierówności w zdrowiu, między innymi w zakresie działań profilaktycznych i promocji zdrowego trybu życia;
- w rozdziale 4 – Wyzwania i wizja - przewidziano podejmowanie międzysektorowych działań zmniejszających nierówności w zdrowiu wynikające między innymi z uwarunkowań społecznych. Niezbędne będzie zintensyfikowanie działań profilaktycznych promujących zdrowy styl życia oraz zwalczających szkodliwe dla zdrowia zachowania, tj. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, niewłaściwą dietę i brak aktywności fizycznej, co przyczyni się do zmniejszenia przedwczesnej umieralności, zachorowalności i niepełnosprawności, mających negatywny wpływ na rynek pracy. Powyższe działania oraz poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych jest bardzo istotną przesłanką poprawy jakości życia i umożliwia długą aktywność społeczną i zawodową.

Są także określone kierunki interwencji, istotne także z punktu widzenia ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu. Obejmują one:

- dostosowanie opieki zdrowotnej do wyzwań demograficznych poprzez działania odpowiadające potrzebom i oczekiwaniom w szczególności matek i dzieci oraz osób starszych, a także uwzględnienie aktualnych i prognozowanych trendów epidemiologicznych;
- zmniejszenie liczby zachorowań i przedwczesnych zgonów poprzez zintensyfikowanie działań profilaktycznych i leczniczych skoncentrowanych na najbardziej istotnych, z punktu widzenia zachorowalności i śmiertelności, jednostkach chorobowych;

- kształtowanie zdrowego stylu życia poprzez promocję zdrowia, edukację zdrowotną i prośrodowiskową oraz działania wspierające dostęp do zdrowej i bezpiecznej żywności, w tym m. in. poprawę poziomu aktywności fizycznej społeczeństwa, zmniejszenie liczby zachowań ryzykownych dla zdrowia, tj. palenia tytoniu, nadużywania alkoholu, używania narkotyków, ryzykownych zachowań seksualnych, oraz nieodpowiedniej diety;
- rozwój sieci wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i przewlekle psychicznie chorych;
- rozwój alternatywnych, wobec opieki instytucjonalnej, form opieki środowiskowej dla osób przewlekle chorych, starszych, niesamodzielnych;
- kształcenie edukatorów zdrowia odpowiedzialnych za realizację działań w obszarze promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w środowisku lokalnym;
- zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług medycznych, w tym nowoczesnej rehabilitacji.

W dokumentach określających pozostałe strategie (polityki) zintegrowane nie występują elementy diagnozy nierówności w zdrowiu ani cele w tym zakresie.

W lutym 2016 r. rząd przyjął nowy dokument polityki rozwoju pod nazwą „Plan na rzecz odpowiedzialnego rozwoju”[44]. W Planie są wskazane czynniki istotne z punktu widzenia możliwości ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu:

- brak miejsc pracy dla 3 mln Polaków;
- znaczne zróżnicowanie wynagrodzeń pracowników;
- skoncentrowanie rozwoju gospodarczego w nielicznych ośrodkach, co powoduje pogłębianie się różnic pomiędzy regionami i wewnątrz regionów, utrzymywanie się różnic w poziomie dostępu do podstawowych dóbr i usług na obszarach miejskich i wiejskich.

Strategiczne działania przewidziane w Programie, ważne z punktu widzenia ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu obejmują:

[44] Uchwała nr 14/2016 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2016 r. w sprawie przyjęcia „Planu na rzecz odpowiedzialnego rozwoju”, http://www.mr.gov.pl/media/16403/uchwala_plan_odp_rozw_16022016.pdf [dostęp: 01.12.2016 r.]

- ponadresortowy program polityki demograficznej w tym: opieke nad małym dzieckiem, opiekę nad kobietą w ciąży, politykę rynku pracy, rozwój systemu ochrony zdrowia i emerytalnego
- rozwój szkolnictwa zawodowego;
- zbliżenie szans wszystkich mieszkańców Polski w dostępie do usług publicznych (np. przedszkola i żłobki) i rynku pracy;
- włączenie małych miast, obszarów wiejskich i rodzinnych gospodarstw rolnych w procesy rozwojowe
- przeciwdziałanie ubóstwu i wykluczeniom;
- przedsiębiorczość i mobilność zawodową na obszarach wiejskich;
- zwiększenie zatrudnienia – dostępność komunikacyjna obszarów wiejskich;
- programy ożywienia małych miast (wzmocnienie funkcji gospodarczych, społecznych i kulturalnych).

Na ocenę skuteczności ww. kierunków interwencji dla ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, jest w obecnym czasie za wcześnie.

3.2. Planowane działania na rzecz zdrowia i ochrony zdrowia oraz ograniczania nierówności społecznych w kontraktach terytorialnych.

Kontrakty terytorialne są formą umowy publicznej między Ministrem Infrastruktury i Rozwoju a poszczególnymi województwami. Formalną podstawą prawną kontraktu jest ustawa z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju[45]. Zakres merytoryczny kontraktu uwzględnia postanowienia obowiązujących strategii i programów regionalnych, krajowych i strategii na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu Unii Europejskiej.

Nadrzędnym celem kontraktów jest zapewnienie koordynacji działań z zakresu polityki rozwoju podejmowanych przez stronę rządową i stronę samorządową w województwach, w celu zwiększenia skuteczności i efektywności tych działań oraz efektywności wydatkowania środków publicznych, jak również zaangażowanie środków publicznych, europejskich i krajowych, na działania z zakresu polityki rozwoju, które zgodnie z szacunkami w latach 2014 – 2023 w skali całego kraju może wynieść około 400 mld zł.

Poniżej przedstawiono wyniki analizy wszystkich obowiązujących kontraktów terytorialnych[46].

Typowe cele rozwojowe kontraktów obejmują[47]:

[45] Dz. U. z 2009 r. Nr 84, poz. 712, z późn. zm.

[46] Lista analizowanych kontraktów terytorialnych: Kontrakt Terytorialny dla Województwa Dolnośląskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Lubelskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Lubuskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Łódzkiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Małopolskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Mazowieckiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Opolskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Podlaskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Podkarpackiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Pomorskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Śląskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Świętokrzyskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Warmińsko-Mazurskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Wielkopolskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Zachodniopomorskiego; wszystkie dokumenty pobrane ze strony Ministerstwa Rozwoju:
https://www.mr.gov.pl/szukaj/?param=kontrakt+terytorialny#/param=kontrakt%20terytorialny/rodzaj=0
[dostęp: 01.12.2016 r.]

1. rozwój gospodarki opartej na wiedzy i wzrost innowacyjności przedsiębiorstw;
2. rozwój infrastruktury transportowej łączącej największe ośrodki miejskie oraz wspieranie ich powiązań z europejskim systemem transportowym i z ośrodkami subregionalnymi;
3. zwiększenie bezpieczeństwa energetycznego;
4. zapobieganie negatywnym skutkom powodzi;
5. lepsze wykorzystanie endogenicznego potencjału przyrodniczego i kulturowego;
6. zwiększenie poziomu zatrudnienia w Województwie;
7. redukcja poziomu wykluczenia społecznego;
8. podniesienie poziomu wykształcenia i kompetencji w regionie;
9. podniesienie jakości i dostępności usług z zakresu ochrony zdrowia;
10. rozwój miasta wojewódzkiego i obszarów powiązanych z nim funkcjonalnie oraz miast regionalnych i subregionalnych;
11. kompleksowa rewitalizacja dzielnic i miast o wysokim nasileniu niekorzystnych zjawisk społecznych i gospodarczych.

Konkretne znaczenie dla zdrowia społeczeństwa, a także dla ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu ma pięć z jedenastu celów, tj. cele oznaczone numerami 6 – 7 – 8 – 9 i 11.

Do celów 6 -7 – 8 i 9 są przypisane konkretne działania.

Do celu 6: zwiększenie poziomu zatrudnienia w województwie:

działania na rzecz aktywnej polityki rynku pracy wobec grup znajdujących się w najbardziej niekorzystnej sytuacji na rynku pracy,

rozwój przedsiębiorczości,

upowszechnianie różnych form opieki nad dziećmi do lat 3,

poprawa adaptacyjności przedsiębiorstw i pracowników.

Do celu 7: redukcja poziomu wykluczenia społecznego:

aktywizacja społeczna i przeciwdziałanie ubóstwu,

poprawa dostępu do usług społecznych i inwestycje niezbędne do realizacji usług społecznych i usług aktywnej integracji społecznej,

rozwój ekonomii społecznej.

[47] W kontraktach dotyczących niektórych województw są drobne różnice w sformułowaniach celów, np. w kontrakcie dla woj. zachodniopomorskiego, w miejsce typowego sformułowania celu 11: „kompleksowa rewitalizacja dzielnic i miast o wysokim nasileniu niekorzystnych zjawisk społecznych i gospodarczych", zapisano cel: „kompleksowa rewitalizacja obszarów popegeerowskich", co oddaje specyfikę potrzeb na obszarze tego Województwa".

Do celu 8: podniesienie poziomu wykształcenia i kompetencji w regionie:

upowszechnienie edukacji przedszkolnej,

podniesienie jakości kształcenia zawodowego,

wsparcie edukacji ogólnej w zakresie kompetencji kluczowych dla funkcjonowania na rynku pracy,

upowszechnienie uczestnictwa osób w uczeniu się przez całe życie w powiązaniu z potrzebami rynku pracy.

Do celu 9: podniesienie jakości i dostępności usług z zakresu ochrony zdrowia:

rozwój i racjonalizacja bazy ochrony zdrowia - inwestycje w infrastrukturę podmiotów leczniczych ukierunkowane na specyficzne dla Województwa problemy zdrowotne,

zwiększenie skuteczności działań profilaktycznych ukierunkowanych na schorzenia o wysokiej zachorowalności w regionie;

W przypadku celu 11: kompleksowa rewitalizacja dzielnic i miast o wysokim nasileniu niekorzystnych zjawisk społecznych i gospodarczych – nie sformułowano zakresu działań, niemniej ich koncepcja jest zarysowana w części zawierającej deklaracje stron Kontraktu.

W konstrukcji kontraktów regionalnych przewidziano podział ról w zakresie realizacji celów kontraktów. Podział ten ma formułę deklaracji strony rządowej i samorządowej. Dla ilustracji zakresu zobowiązań strony rządowej i samorządowej przedstawiono wybór typowych deklaracji mających znaczenie dla realizacji celów w zakresie zdrowia i ochrony zdrowia oraz ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, zapisanych w kontrakcie terytorialnym dla Województwa Dolnośląskiego.

Mając na uwadze cele rozwojowe i kierunki działań określone w ust. 1, Strony deklarują, że (art. 5 ust. 2):

6) dla celu zwiększenie poziomu zatrudnienia w Województwie:

a) Strona rządowa podejmie starania w celu realizacji i dofinansowania w ramach dostępnych środków finansowych w ramach właściwego krajowego programu operacyjnego na lata 2014 – 2020, służącego realizacji Umowy Partnerstwa w zakresie polityki spójności, działań w Województwie w obszarze aktywizacji zawodowej osób młodych do ukończenia 29. roku życia, które pozostają bez pracy lub poszukują zatrudnienia. Działania te będą realizowane na podstawie odrębnego porozumienia

zawartego pomiędzy instytucją zarządzającą tym programem a Wojewódzkim Urzędem Pracy we Wrocławiu, który będzie pełnił rolę instytucji pośredniczącej w ramach tego programu. W porozumieniu tym zostaną określone szczegółowe zasady realizacji działań na rzecz aktywizacji zawodowej osób młodych do ukończenia 29. roku życia, które pozostają bez pracy lub poszukują zatrudnienia, oraz wysokość środków przeznaczonych na ten cel,

b) Strona samorządowa zobowiązuje się, że w ramach dostępnych środków finansowych w ramach RPO:

- działania w zakresie aktywizacji zawodowej objęte wsparciem finansowym będą uwzględniać specyfikę wewnątrzregionalną,
- preferowane będą grupy docelowe znajdujące się w szczególnej sytuacji na regionalnym rynku pracy,
- działania objęte wsparciem finansowym będą dostosowane do indywidualnych potrzeb uczestników projektów,
- wsparcie finansowe będzie obejmować instrumenty i usługi rynku pracy wskazane w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz inne instrumenty i usługi rynku pracy, które przyczyniają się do aktywizacji zawodowej,
- wsparcie finansowe będzie obejmować aktywizację zawodową osób opiekujących się dziećmi do 3. roku życia,
- wsparcie finansowe w zakresie przystosowania pracowników i przedsiębiorstw do zmian będzie realizowane zgodnie z podejściem popytowym oraz będzie skierowane wyłącznie do mikro- małych i średnich przedsiębiorstw;

7) dla celu redukcja poziomu wykluczenia społecznego:

a) Strona rządowa zobowiązuje się, że w ramach dostępnych środków finansowych w ramach właściwego krajowego programu operacyjnego na lata 2014 – 2020, służącego realizacji Umowy Partnerstwa w zakresie polityki spójności, wsparciem finansowym w formie instrumentów finansowych, o których mowa w rozporządzeniu nr 1303/2013, zostaną objęte podmioty ekonomii społecznej w Województwie,

b) Strona samorządowa zobowiązuje się, że w ramach dostępnych środków finansowych w ramach RPO:

- wsparcie finansowe działań na rzecz osób wykluczonych społecznie lub zagrożonych wykluczeniem społecznym będzie ukierunkowane na ich aktywizację społeczno-zawodową, a także reintegrację i rehabilitację społeczno-

zawodową i będzie odbywać się z wykorzystaniem m.in. instrumentów aktywnej integracji o charakterze społecznym, zawodowym, edukacyjnym czy zdrowotnym,

- wsparcie finansowe działań na rzecz osób wykluczonych społecznie lub zagrożonych wykluczeniem społecznym będzie zindywidualizowane i kompleksowe,

- wsparcie finansowe będzie skoncentrowane na współpracy publicznych i niepublicznych służb oraz integrowaniu oferowanych przez nie usług,

- wsparcie finansowe będzie skoncentrowane na procesie deinstytucjonalizacji,

- preferowane będzie wsparcie finansowe działań dotyczących następujących rodzajów usług: asystenckich i opiekuńczych nad osobami o różnym stopniu niesamodzielności, wsparcia rodzin, usług związanych z pieczą zastępczą, usług w mieszkaniach chronionych i innych formach mieszkań lub domów o charakterze wspomaganym,

- wsparcie finansowe adresowane do sektora ekonomii społecznej będzie ukierunkowane na tworzenie w nim nowych miejsc pracy;

8) dla celu podniesienie poziomu wykształcenia i kompetencji w regionie:

a) Strona rządowa zapewnia, że przedsięwzięcia w zakresie szkolnictwa wyższego odzwierciedlające specyficzne potrzeby regionalne (wynikające z regionalnych inteligentnych specjalizacji) będą wybierane w ramach dostępnych środków finansowych w ramach właściwego krajowego programu operacyjnego na lata 2014 – 2020, służącego realizacji Umowy Partnerstwa w zakresie polityki spójności, w trybie konkursowym, zapewniającym konkurencyjność międzyregionalną, z zastosowaniem mechanizmu preselekcji projektów na poziomie regionalnym,

b) Strona samorządowa zapewnia, że w ramach dostępnych środków finansowych w ramach RPO:

- wsparcie finansowe w obszarze kształcenia ogólnego będzie obejmować działania ukierunkowane na podniesienie kompetencji kluczowych oraz postaw lub umiejętności niezbędnych na rynku pracy (kreatywności, innowacyjności i przedsiębiorczości) uczniów, wykorzystania nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych, stworzenia warunków dla nowoczesnego nauczania oraz indywidualizacji podejścia do ucznia,

- wsparcie finansowe działań z zakresu doskonalenia umiejętności i kompetencji nauczycieli będzie ograniczone do wskazanych w pierwszym obszarze interwencji EFS oraz obszarów deficytowych,

- wsparcie finansowe działań na rzecz edukacji przedszkolnej będzie obejmować tworzenie nowych miejsc edukacji przedszkolnej, rozszerzenie oferty ośrodka wychowania o dodatkowe zajęcia zwiększające szanse edukacyjne dzieci, a także podnoszenie kompetencji nauczycieli; budowa nowej bazy lokalowej dla ośrodków wychowania przedszkolnego będzie realizowana w ograniczonym zakresie, w przypadkach uzasadnionych specyfiką lokalną,

- wsparcie finansowe działań w obszarze kształcenia zawodowego będzie obejmować działania ukierunkowane na inicjowanie i rozwijanie współpracy szkół zawodowych z ich otoczeniem społeczno- gospodarczym, organizację praktycznej nauki zawodu, doposażenie pracowni i warsztatów szkolnych, wsparcie świadczenia usług doradztwa w szkołach,

- wsparcie finansowe działań w obszarze kształcenia ustawicznego osób dorosłych będzie skoncentrowane na rozwoju kompetencji kluczowych, w szczególności porozumiewaniu się w językach obcych oraz kompetencjach informatycznych;

9) dla celu podniesienie jakości i dostępności usług z zakresu ochrony zdrowia:

a) Strony uznają, że dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanych zmian epidemiologicznych i demograficznych wymaga prowadzenia działań zarówno na poziomie krajowym, regionalnym oraz lokalnym,

b) Strony deklarują, że podejmowane w Województwie inwestycje w infrastrukturę podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych będą uwzględniały potrzeby zdrowotne występujące w Województwie,

c) Strony deklarują współpracę przy tworzeniu instrumentów badania potrzeb zdrowotnych,

d) Strony podejmą starania na rzecz uzyskania dodatkowych środków innych niż źródła dostępne w ramach właściwych programów operacyjnych na lata 2014 – 2020, służących realizacji Umowy Partnerstwa w zakresie polityki spójności na finansowanie inwestycji w infrastrukturę podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, w szczególności dostosowanie infrastruktury podmiotów leczniczych do wymogów wynikających z właściwych przepisów.

e) Strona rządowa podejmie starania na rzecz kontynuacji finansowego wsparcia inwestycji w infrastrukturę podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, na zasadach określonych dla właściwych źródeł finansowania, pod warunkiem dostępności środków finansowych w ramach tych źródeł,

f) Strony zapewniają, że projekty z zakresu ochrony zdrowia finansowane ze środków właściwych programów operacyjnych na lata 2014 – 2020 służących realizacji Umowy Partnerstwa w zakresie polityki spójności będą podlegać ograniczeniom wynikającym z Umowy Partnerstwa, w szczególności, że wsparcie finansowe będzie kierowane na inwestycje z zakresu ochrony zdrowia na zasadach wynikających z Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020 Krajowe Ramy Strategiczne oraz Planu działań;

10) dla celu kompleksowa rewitalizacja dzielnic i miast o wysokim nasileniu niekorzystnych zjawisk społecznych i gospodarczych na terenie Województwa:

a) Strona rządowa będzie dążyć do opracowania narodowego planu rewitalizacji,

b) Strona rządowa podejmie działania na rzecz przygotowania rozwiązań prawnych w zakresie rewitalizacji,

c) Strona samorządowa zapewni odpowiednie mechanizmy finansowania działań z zakresu rewitalizacji w ramach RPO.

3.3. Podsumowanie.

Oceniając całość aktualnych założeń polityki państwa, z punktu widzenia celu NPZ, jakim jest ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu, można stwierdzić, że są w nich postawione zasadnicze cele i określone kierunki działań. Cele w tym zakresie są bezpośrednio uwzględnione w trzech strategiach zintegrowanych: Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary Wiejskie; Strategii Sprawne Państwo 2020 i Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020. Także w najnowszej strategii, jaką jest „Plan na rzecz odpowiedzialnego rozwoju" są obecne cele obejmujące nierówności społeczne, które mają znaczenie dla stanu zdrowia. Podsumowując, można przyjąć, że aktualne założenia polityki państwa stanowią wystarczającą podstawę do podejmowania konkretnych działań. Sformułowania celów i kierunków działań w analizowanych dokumentach mają charakter dość ogólny, co jest naturalne dla tego poziomu planowania strategicznego.

Bardzo konkretne przełożenie celów zawartych w różnych dokumentach formułujących polityki na poziomie centralnym i regionalnym, na plan konkretnych działań, ma miejsce w kontraktach terytorialnych. W kontraktach tych, będących formą umowy publicznej między Ministrem Infrastruktury i Rozwoju a poszczególnymi województwami, są zawarte cele bardzo istotne z punktu widzenia ograniczania społecznych i geograficznych nierówności w zdrowiu, a także deklaracje strony rządowej i samorządowej określające ich rolę w realizacji tych celów. Cele te to:

- zwiększenie poziomu zatrudnienia w Województwie;
- redukcja poziomu wykluczenia społecznego;
- podniesienie poziomu wykształcenia i kompetencji w regionie;

- podniesienie jakości i dostępności usług z zakresu ochrony zdrowia;
- kompleksowa rewitalizacja dzielnic i miast o wysokim nasileniu niekorzystnych zjawisk społecznych i gospodarczych.

IV. WARUNKI SPRAWNOŚCIOWE ZWIĄZANE ZE STRUKTURĄ NPZ (*Piotr Tyszko, Magdalena Bogdan*).

4.1. Wprowadzenie.

Rozważając pojęcie struktury należy wskazać, że NPZ to zbiór celów i działań, do realizacji których są wskazane mniej lub bardziej dokładnie określone podmioty. Tak rozumiany NPZ może być więc potraktowany jako pewien system, czyli zbiór elementów i relacji między nimi.

W strukturze NPZ jest wyodrębniony cel strategiczny, jakim jest „wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu". W rzeczywistości cel strategiczny stanowi wiązkę równorzędnych czterech celów:

- wydłużenie życia w zdrowiu,
- poprawa zdrowia,
- poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem,
- zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu.

Cel strategiczny ma być osiągnięty przy pomocy sześciu celów operacyjnych. Są to:

1) poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa;
2) profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi;
3) profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa;
4) ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki;
5) promocja zdrowego i aktywnego starzenia się;
6) poprawa zdrowia prokreacyjnego.

Do wszystkich celów operacyjnych są przypisane podmioty odpowiedzialne. Są nimi ministrowie właściwi w różnych sprawach.

Niższy szczebel struktury NPZ stanowią zadania. Zadania mają być realizowane przez mniej lub bardziej dokładnie określone podmioty.

Warto także zauważyć, że w Programie kwestia działań na rzecz ograniczania nierówności w zdrowiu jest uwzględniona w dwojaki sposób. Po pierwsze, w części II. Cele operacyjne NPZ i podmioty odpowiedzialne za ich realizację – podkreślono, że „cele operacyjne i zadania służące realizacji celów operacyjnych określone w NPZ muszą wspólnie przyczyniać się do ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu". Po drugie – w XI części NPZ - Zadania koordynacyjne, ewaluacyjne i badawcze, przewidziano analizę wpływu interwencji podejmowanych w ramach NPZ pod kątem problematyki pogłębiania lub ograniczania nierówności społecznych w zdrowiu oraz wspieranie realizatorów zadań w zakresie dostarczania informacji o zalecanym sposobie ich wykonywania, w szczególności pod kątem ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu w 2016 r., 2018 r. i 2020 r. oraz przygotowanie w 2016 r., 2018 r. i 2020 r. kompleksowej publikacji opisującej sytuację zdrowotną ludności Polski i jej uwarunkowania, z uwzględnieniem społecznych nierówności w zdrowiu.

4.2. Formułowanie celów, działań i zadań.

Rozważając podstawowe uwarunkowania sprawności należy wskazać na zróżnicowany charakter sposobów formułowania celów. Pierwszy sposób polega na określeniu efektu – oczekiwanego kierunku zmian w zakresie:

- zachowań zdrowotnych - cel 1 - poprawa sposobu żywienia, aktywności fizycznej społeczeństwa; efekty te mają charakter populacyjny;
- stanu odżywienia; - cel 1; to także efekt o charakterze populacyjnym;
- zagrożeń środowiskowych – cel 4 - ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki; efekt środowiskowy i populacyjny;
- stanu zdrowia w ściśle określonym zakresie – cel 6 – poprawa zdrowia prokreacyjnego; efekt środowiskowy i populacyjny.

Drugi sposób formułowania celów odnosi się do podejmowanych działań, jakimi są:

a) profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi – cel 2;
b) promocja zdrowego i aktywnego starzenia się – cel 5.

Trzeci sposób sformułowania celu ma charakter mieszany i obejmuje działania, jak też oczekiwany efekt zdrowotny: cel 3 - profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa.

Różne sposoby formułowania celów, a tym samym różne rodzaje celów (odnoszące się do efektów populacyjnych i/lub do działań) mają znaczenie dla sposobu monitorowania i ewaluacji NPZ.

W strukturze celów i zadań NPZ zwraca uwagę brak zadań przypisanych do ostatniego z elementów celu operacyjnego 2, tj. działań z zakresu „profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z innymi zachowaniami ryzykownymi[48]".

4.3. Wykonawcy i odpowiedzialność.

[48] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020; str. 3; http://dziennikustaw.gov.pl/DU/2016/1492/1. Dostęp 01.12.2016 r.

W treści NPZ wskazane są podmioty odpowiedzialne, jak należy rozumieć, za cele operacyjne. Charakter tej odpowiedzialności nie jest określony. W języku polskim odpowiedzialność jest rozumiana dwojako: - jako przyjęcie zadania do realizacji, albo – jako ponoszenie skutków za swoje działania lub zaniechania[49]. W przypadku NPZ należy domniemywać, że odpowiedzialność ministrów oznacza przede wszystkim przyjęcie do realizacji celów operacyjnych – w części mających charakter efektów populacyjnych, a w części pojęcia działań. W przyszłości nie wyklucza to oczywiście odpowiedzialności za skutki podjętych działań lub zaniechań, co odbywa się w procesie politycznym. Należy zwrócić uwagę, że w przypadku pięciu z sześciu celów operacyjnych NPZ podmiotem bezpośrednio odpowiedzialnym jest minister do spraw zdrowia. Jednak duża liczba ministrów współodpowiedzialnych może w przyszłości powodować rozmycie odpowiedzialności. Rozmiar odpowiedzialności jest zazwyczaj odwrotnie proporcjonalny do liczby podmiotów współodpowiedzialnych.

W tabeli I przedstawiono cele Programu ze wskazaniem podmiotów odpowiedzialnych w randze ministrów w aktualnej strukturze Rady Ministrów. Liczba podmiotów współodpowiedzialnych wynosi dla poszczególnych celów:

1) poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa – 7 ministrów;
2) profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi – 8 ministrów;
3) profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa – 8 ministrów;
4) ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki – 5 ministrów;
5) promocja zdrowego i aktywnego starzenia się – 2 ministrów;
6) poprawa zdrowia prokreacyjnego – 3 ministrów.

Omawiana tabela pozwala także ocenić rolę poszczególnych podmiotów w realizacji

[49] Słownik języka polskiego PWN, http://sjp.pwn.pl/sjp/;2493511 [dostęp: 01.12.2016 r.]

Tabela I. Podmioty odpowiedzialne za realizację celów NPZ.

Cele operacyjne	MZ	MRPiPS	MEN	MON	MSiT	MRiF	MSWiA	MS	MC	MNiSzW	MRiRW	MŚ
1 - Poprawa sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa oraz aktywności fizycznej społeczeństwa	x		x		x	x					x	
2 - Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych i uzależnieniami behawioralnymi	x	x	x	x			x	x	x	x		
3 - Poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa	x	x	x	x			x	x	x	x		
4 - Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki		x		x							x	x
5 - Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się	x	x										
6 - Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się	x	x	X							x		

Skróty użyte w nagłówku tabeli:

MZ – Minister Zdrowia
MRPiPS – Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
MEN – Minister Edukacji Narodowej
MON – Minister Obrony Narodowej
MSiT – Minister Sportu i Turystyki
MRiF – Minister Rozwoju i Finansów
MSWiA – Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji
MS – Minister Sprawiedliwości
MC – Minister Cyfryzacji
MNiSzW – Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego
MRiRW – Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi
MŚ – Minister Środowiska

Zgodnie z NPZ na poziomie celów operacyjnych podmiotami wiodącymi są – w kolejności: Minister Zdrowia (5 celów operacyjnych) i Minister Środowiska (1 cel operacyjny). Udział pozostałych ministrów w charakterze współpracujących wynosi: Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – 5 celów, Minister Edukacji Narodowej – 4 cele, Minister Obrony Narodowej i Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego – po 3 cele. Rola pozostałych Ministrów jest ograniczona do współodpowiedzialności za realizację 1 – 2 celów operacyjnych.

Należy zauważyć, że wszyscy ministrowie występujący jako podmioty odpowiedzialne są także realizatorami zadań. W dwu przypadkach rola ministrów jest ograniczona do realizacji zadań. Są to Minister Infrastruktury i Budownictwa oraz Minister Kultury i Dziedzictwa Narodowego. Odpowiedzialność tych Ministrów dotyczy tylko realizacji przydzielonych zadań.

Znacznie zróżnicowana jest liczba wskazanych konkretnych wykonawców – od trzech w przypadku celu 6 - poprawa zdrowia prokreacyjnego – przy odpowiedzialności trzech ministrów, do ponad czterdziestu – w przypadku celu 4 - ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki – przy odpowiedzialności 5 ministrów. Obecność wielu wykonawców przypisanych do poszczególnych zadań może generować sygnalizowane wcześniej problemy w zakresie odpowiedzialności.

4.3.1. Udział jednostek samorządu terytorialnego w realizacji NPZ.

Na uwagę zasługuje udział jednostek samorządu terytorialnego w realizacji NPZ. Zgodnie z art. 3. 1. Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, zadania z zakresu zdrowia publicznego realizują, współdziałając ze sobą, organy administracji rządowej, zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 812, 1255 i 1269), państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze, a także jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia. Udział JST jest szczególnie istotny w przypadku działań na rzecz ograniczenia społecznych i geograficznych nierówności w zdrowiu. Samorząd lokalny ma bowiem największe możliwości w zakresie identyfikacji i ograniczania tychże nierówności, pod warunkiem wyposażenia w odpowiednie instrumenty. Jedną z grup instrumentów są zadania wchodzące w skład NPZ, których wykonawcą mają być jednostki samorządu terytorialnego. Najwięcej-

25 zadań przypisanych JST jest w przypadku działania VI.3. - Krajowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Nieco mniej – bo 19 – w przypadku działania VI.2. - Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii. Tak duża liczba zadań przypisanych JST jest związana z koncepcją tych Programów, które przed włączeniem do NPZ były programami autonomicznymi. W przypadku innych działań, zaangażowanie JST jest niewielkie – od 1 do 4 zadań. W części działań nie przewidziano roli JST. Dotyczy to działania VI.5. - Program Przeciwdziałania Uzależnieniom Behawioralnym w celu operacyjnym 2, działania VII.3. - Pozostałe zadania wspierające realizację 3 celu operacyjnego, działania IX.3.- Działania edukacyjne i IX.4. - Prowadzenie działalności naukowo-badawczej i współpracy międzynarodowej związanej ze zdrowiem osób starszych - w celu operacyjnym 5, a także wszystkich działań w celu operacyjnym 6 - Poprawa zdrowia prokreacyjnego.

Jak wykazano dalej - w części 2.2. Analiza sprawnościowa możliwości realizacji NPZ – aspekty prawne, zadania nakierowane bezpośrednio na zmniejszanie nierówności w zdrowiu są zawarte tylko w 1 i 5 celu operacyjnym.

W celu 1 są to zadania 3.1. Prowadzenie działalności naukowo-badawczej oraz współpracy międzynarodowej oraz zadanie 3.2. Działania pilotażowe i wsparcie podmiotów uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości. Udział JST w realizacji tych działań obejmuje zadanie 3.2. - i ma polegać na realizacji programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na utrzymanie prawidłowej masy ciała i dofinansowywanych przez NFZ.

W celu 5 udział JST przewidziano w realizacji elementów zadania 1. Prowadzenie polityki senioralnej ukierunkowanej na jak najdłuższą aktywność społeczną, zawodową i rodzinną osób starszych, przewidziano działanie pn. „Kształtowanie polityki społecznej i rodzinnej w sposób przyczyniający się do ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu". W tym przypadku udział JST obejmuje punkty: 1) tworzenie przyjaznej seniorom przestrzeni publicznej, z uwzględnieniem potrzeb osób niepełnosprawnych, 2) wspieranie aktywności osób starszych na poziomie lokalnym, 5) podejmowanie działań niwelujących skutki ubóstwa i zapobieganie wykluczeniu społecznemu i marginalizacji osób starszych.

Oceniając rolę JST w realizacji zadań nakierowanych bezpośrednio na ograniczanie nierówności w zdrowiu należy stwierdzić, że nie dotyczy ona kluczowych mechanizmów ograniczania tych nierówności.

Wśród oznaczeń realizatorów zadania „Krajowy program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych” jest skrót „MR”, który nie występuje w spisie zastosowanych skrótów.

4.4. Poprawność wskaźników monitorowania i ewaluacji.

W Programie są wyróżnione trzy grupy wskaźników:

1) wskaźniki ewaluacji i oceny realizacji NPZ – oczekiwane wartości najistotniejszych wskaźników monitorowania NPZ;
2) wskaźniki monitorowania celu strategicznego nieprzyporządkowane do pojedynczego celu operacyjnego;
3) wskaźniki monitorowania poszczególnych celów operacyjnych.

Wskaźniki pierwszej grupy, są to miary i kryteria (wartości) stanowiące podstawę oceny skuteczności realizacji celu, przez porównanie – szeroko rozumianej – wartości zakładanej do osiągnięcia z wartością osiągniętą w trakcie (w związku) z realizacją Programu. Wskaźniki z dwu pozostałych grup nie mają podanych wartości docelowych. Oznacza to konieczność interpretowania ich wartości w kategoriach skuteczności.

Jak zaznaczono wcześniej cele NPZ mają różny charakter (najogólniej zakładają osiągnięcie pożądanych efektów w różnych sferach bądź podejmowanie działań uznanych za efektywne z punktu widzenia celu strategicznego), co ma znaczenie dla sposobu monitorowania i ewaluacji NPZ.

Poniżej, w tabeli 2 przedstawiono wyniki analizy formalnej zgodności celów i wskaźników ich osiągnięcia. W analizie tej wykorzystano ogólne założenia modelu Donabetiana, który jest wykorzystywany do badania efektywności systemów ochrony zdrowia. W modelu są wyróżnione trzy poziomy pomiaru – efekt, proces i struktura[50].

Tabela II. Analiza zgodności celów NPZ i przyjętych wskaźników monitorowania i ewaluacji.

Rodzaj celu	**Cel NPZ**	**Właściwy formalnie poziom pomiaru:**	**Poziom pomiaru przyjęty w NPZ**	**Zgodność celów i wskaźników**
Efekt populacyjny - określony kierunek zmian	cel strategiczny	efekt demograficzny	efekt demograficzny	TAK
		efekt zdrowotny	efekt zdrowotny	TAK
		efekt w zakresie jakości życia	efekt w zakresie jakości życia	TAK
		efekt w zakresie	efekt w zakresie	TAK

[50] Bulletin of the World Health Organization, http://www.who.int/bulletin/archives/78(12)1475.pdf [dostęp: 01.12.2016 r.]

		nierówności w zdrowiu	nierówności w zdrowiu	
Efekt populacyjny - określony kierunek zmian	cel operacyjny 1	efekt w zakresie:	efekt w zakresie:	
		– poprawy sposobu żywienia	– poprawy sposobu żywienia	TAK
		– stanu odżywienia	– stanu odżywienia	TAK
		– aktywności fizycznej	– aktywności fizycznej	TAK
			– efekt zdrowotny (występowanie cukrzycy)	formalnie NIE, ale dopuszczalny poziom efektu zdrowotnego
			– efekt w zakresie struktury (szkoły z dostępem do boisk)	formalnie NIE, wątpliwa wartość pomiaru
Podjęte działania (procesy)	cel operacyjny 2	liczba działań (procesów) w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów w zakresie:		
		– używania substancji psychoaktywnych	efekt zdrowotny, efekt populacyjny; *brak miar podjętych działań*	formalnie NIE, ale dopuszczalny poziom efektu zdrowotnego i populacyjnego;
		– uzależnień behawioralnych	efekt populacyjny; *brak miar podjętych działań*	formalnie NIE, ale dopuszczalny poziom efektu populacyjnego;
		– innych zachowań ryzykownych	*brak określonych działań i miar*	
	cel operacyjny 3	działania i efekt populacyjny		

Podjęte działania (procesy)		liczba działań (procesów) w zakresie profilaktyki zdrowia psychicznego	*brak miar podjętych działań*	
Efekt populacyjny - określony kierunek zmian		efekt w zakresie dobrostanu psychicznego	efekt w zakresie dobrostanu psychicznego	
	cel operacyjny 4			
Efekt środowiskowy - określony kierunek zmian		efekt w zakresie zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych	efekt w zakresie zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych	TAK, ale wskaźniki bardzo ogólne, niespecyficzne dla rodzajów zagrożeń
Podjęte działania (procesy)		liczba działań (procesów) w zakresie profilaktyki	*brak miar podjętych działań*	
			efekt zdrowotny (choroby zakaźne, próchnica)	formalnie NIE, ale dopuszczalny poziom efektu zdrowotnego; mała przydatność pomiaru
Podjęte działania (procesy)	cel operacyjny 5	liczba działań (procesów) w zakresie promocji	*brak miar podjętych działań*	
			efekt zdrowotny	formalnie NIE, ale dopuszczalny poziom efektu zdrowotnego
Efekt populacyjny - określony kierunek zmian	cel operacyjny 6 rozumiany formalnie	efekt zdrowotny	efekt zdrowotny	TAK
			efekt w zakresie organizacji sprawności opieki zdrowotnej (czas I wizyty w ciąży)	NIE

Podjęte działania (procesy)	cel operacyjny 6 – znaczenie faktyczne	liczba działań (procesów) w zakresie zdrowia prokreacyjnego	*brak miar podjętych działań*	
			efekt w zakresie organizacji sprawności opieki zdrowotnej (czas I wizyty w ciąży)	formalnie NIE, ale dopuszczalny poziom efektu organizacyjnego

Analiza zgodności wykazuje na właściwy pod względem formalnym dobór wskaźników odnoszących się do celu strategicznego NPZ. Typowe występujące niezgodności przyjętych wskaźników i celów operacyjnych obejmują:

– wykorzystanie miar efektu zdrowotnego lub populacyjnego do oceny podjętych działań; podejście takie jest dopuszczalne, szczególnie w aspekcie celu strategicznego, który ma charakter efektu populacyjnego w różnych sferach; taki model istotnie ogranicza możliwość bieżącego monitoringu podejmowanych działań, na rzecz oceny efektu populacyjnego, który jest bardziej odległy w czasie i niepewny;
– brak miar w stosunku do części celów.

Odrębną kwestią jest ocena merytoryczna przydatności i efektywności wskaźników, np. w przypadku celu operacyjnego 4 pomiar efektu w zakresie zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych jest przewidziany przy wykorzystaniu wskaźników bardzo ogólnych, niespecyficznych dla rodzajów zagrożeń. Praktycznie nie skorzystano z bogatego zbioru wskaźników dostępnych w corocznych Programach Badań Statystycznych w zakresie środowiska[51]. W przypadku tego celu występują miary efektu zdrowotnego – występowania chorób zakaźnych i próchnicy. O ile występowanie chorób zakaźnych można w jakimś stopniu wiązać z narażeniem na czynniki biologiczne, to faktycznie rozpowszechnienie tych chorób zależy od szeregu bardzo ważnych, innych czynników, jak np. w przypadku części chorób – szczepień ochronnych. Wiązanie występowania próchnicy z zagrożeniami środowiskowymi jest problematyczne. W przypadku celu 1 i 6 przewidziano pomiar efektów w zakresie struktury (cel 1 - szkoły z dostępem do boisk), (cel 6 - organizacja sprawności opieki zdrowotnej (czas I wizyty w ciąży).

[51] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 lipca 2016 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2017, http://bip.stat.gov.pl/dzialalnosc-statystyki-publicznej/program-badan-statystycznych/pbssp-2017/ [dostęp: 01.12.2016 r.]

4.5. Podsumowanie.

W NPZ 2016 – 2020 występują trzy sposoby formułowania celów (tj. cele odnoszące się do efektów populacyjnych i/lub do działań), co stwarza problemy w zakresie monitorowania i ewaluacji NPZ. Przejawia się to m.in. wykorzystaniem miar efektu zdrowotnego lub populacyjnego do oceny podjętych działań, co ogranicza możliwości monitoringu bieżących działań. Problematyczna wydaje się przydatność niektórych wskaźników. W przypadku pomiaru zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych brak jest wykorzystania wskaźników dostępnych Programie Badań Statystycznych.

Dość ograniczone wydają się zadania związane z ograniczaniem społecznych nierówności w zdrowiu, adresowane do JST.

V. ANALIZA SPRAWNOŚCIOWA MOŻLIWOŚCI REALIZACJI NPZ – ASPEKTY PRAWNE (*Justyna Grudziąż-Sękowska, Kuba Sękowski*).

5.1. Wstęp.

Jedną z podstawowych zmian w zakresie publicznego programowania zdrowotnego wynikających z faktu uchwalenia ustawy o zdrowiu publicznym (UoZP) jest stworzenie podstawy normatywnej dla głównego planu zdrowotnego państwa (master plan)[52]. Zgodnie z art. 9 ust. 2 UoZP, w celu realizacji polityki zdrowia publicznego, Rada Ministrów zobowiązana została do wydania rozporządzenia określającego Narodowy Program Zdrowia (NPZ). Rozwiązanie to jest diametralnie odmienne od wcześniejszej praktyki przyjmowania NPZ w drodze uchwał rządowych lub decyzji MZ – wiążących jedynie organy administracji rządowej[53].

W przypadku dotychczasowych NPZ ich zakres i cele nie były prawnie zdeterminowane. Podstawę tych dokumentów[54] stanowiły co prawda odpowiednie postanowienia Konstytucji RP z 2007 r. (rozdział VI określający kompetencje Rady Ministrów) oraz przepisy ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 o Radzie Ministrów[55] i Regulaminu Prac Rady Ministrów[56]. Jednakże wskazane akty prawne zawierały jedynie podstawowe regulacje normujące działanie Rady Ministrów, w tym ogólnie określające formy i tryb podejmowania decyzji rządowych. Nie odnosiły się natomiast bezpośrednio do kwestii polityki zdrowotnej. Regulacje nakazujące podjęcie określonych działań były nieliczne lub miały jedynie sektorowy charakter. Władze miały zatem dowolność w określeniu kierunków, celów i działań wskazywanych w NPZ. Pozostawienie zagadnienia polityki zdrowotnej w sferze dyskrecjonalnych decyzji władz utrudniało prawną ocenę kolejnych NPZ. Przyjęcie UoZP, ustawowe usankcjonowanie istnienia NPZ, a przede wszystkim uczynienie z NPZ rozporządzenia – aktu prawnego powszechnie obowiązującego, wprowadza w tym zakresie istotne zmiany.

Obecnie postanowienia NPZ powinny być rozpatrywane w kontekście całości systemu prawnego, a ich ocena obejmować: (1) zakres regulacji NPZ – jego zgodność z

---

[52] Thomas R. O., The politics of public health policy. Annual Review of Public Health. 2006, 27: 195-233.

[53] Zgodnie z art. 93 ust. 1 Konstytucji RP z 1997 r., uchwały Rady Ministrów, podobnie jak zarządzenia Prezesa Rady Ministrów i ministrów, mają jedynie charakter wewnętrzny i obowiązują tylko jednostki organizacyjnie podległe organom wydającym te akty.

[54] Thomas R. O., The politics of public health policy. Annual Review of Public Health. 2006, 27: 195-233.

[55] Ibid.

[56] Ibid.

postanowieniami UoZP i innych aktów prawnych krajowych i międzynarodowych, (2) określenie charakteru, podział i przypisanie zadań poszczególnym realizatorom – ich zgodność z aktami i regulacjami określającymi kompetencje i właściwość tych podmiotów, (3) sposób finansowania działań – zgodność z regulacjami z zakresu gromadzenia i wydatkowania środków publicznych oraz (4) sposób zarządzania realizacją NPZ – narzędzia i metody wykorzystywane w monitorowaniu i ewaluacji.

5.2. Ocena zakresu regulacji NPZ.

Jak wskazano powyżej jedną z podstawowych konsekwencji przyjęcia UoZP była zmiana charakteru NPZ z praktykowanej dotychczas formy uchwały Rady Ministrów, na wydawane przez ten organ rozporządzenie. Zmiana ta pozwala na umiejscowienie NPZ w systemie aktów prawnych obowiązujących w Polsce.

Zgodnie z art. 8 ust. 1 Konstytucji RP z 1997 r. jest ona najwyższym aktem prawnym i znajduje się tym samym na szczycie hierarchii aktów prawnych opisanych jej Rozdziale III – Źródła prawa. Do źródeł prawa powszechnie obowiązującego Konstytucja zalicza ponadto ustawy, umowy międzynarodowe (z wyróżnieniem umów ratyfikowanych za uprzednią zgodą wyrażoną w ustawie) oraz rozporządzenia. Zgodnie z art. 92 ust. 1. Konstytucji, rozporządzenia mogą być wydawane jedynie na podstawie szczegółowego upoważnienia zawartego w ustawie i w celu jej wykonania. Konstytucja nakazuje również by ustawowe upoważnienie do wydania rozporządzenia określało organ właściwy do jego wydania, zakres spraw przekazanych do uregulowania oraz wytyczne dotyczące treści tego aktu. Zasady Techniki Prawodawczej (ZTP)[57] wskazują ponadto na konieczność: wskazania czy wydanie rozporządzenia jest obligatoryjne, czy fakultatywne; precyzyjnego określenia zakresu spraw przekazanych do uregulowania w rozporządzeniu oraz dostosowania stopnia szczegółowości wytycznych do rodzaju tych spraw. ZTP formułują wymóg, by upoważnienie do wydania rozporządzenia zawarte było w jednym artykule ustawy.

Z postanowień przywołanego Rozdziału III Konstytucji RP wynika również jedna z naczelnych zasad polskiego porządku prawnego, jaką jest konieczność zachowania hierarchicznej zgodności poszczególnych aktów prawnych. Zasada ta ma szczególne znaczenie w odniesieniu do rozporządzeń, które podlegają ocenie zgodności z Konstytucją, umowami międzynarodowymi i ustawami – nie tylko z ustawą, na podstawie której zostały wydane.

Odnosząc powyższe wymagania do postanowień UoZP można zauważyć, że: (1) wydanie rozporządzenia w sprawie NPZ jest obowiązkowe; (2) zakres przekazanych do uregulowania spraw został określony dość ogólnie; (3) szczegółowo określone zostały cel, struktura i minimalny czas obowiązywania NPZ i (4) wytyczne dla organu wydającego

[57] Zasady techniki prawodawczej to ustalony rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002r. w sprawie "Zasad techniki prawodawczej" (Dz. U. z 2016 r. poz. 283) zbiór meta-norm, określających sposób projektowania i budowy aktów prawnych.

sformułowane w stopniu odpowiadającym ogólnie określonemu zakresowi NPZ. Poniżej przedstawiona została ocena zakresu regulacji rozporządzenia ws. NPZ.

5.2.1. Obligatoryjny charakter NPZ.

Przez użycie w art. 9 ust. 2 UoZP sformułowanego w trybie oznajmującym zwrotu „*Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, NPZ obejmujący…*" ustawodawca jednoznacznie wskazał na obligatoryjny charakter tego upoważnienia. Rozwiązanie powyższe nie może dziwić, biorąc pod uwagę niecelowość, a przede wszystkim faktyczny brak możliwości zawarcia szczegółowych regulacji określających politykę w zakresie zdrowia publicznego w akcie rangi ustawowej. Szeroki zakres normowanych zagadnień, ich skomplikowany i zmienny charakter uzasadniają przekazanie uprawnienia do decydowania o podejmowanych w tym zakresie działaniach rządowi – przy pozostawieniu parlamentowi możliwości wskazywania ogólnych kierunków i zasad prowadzenia tych działań.

Warto przy tym zauważyć, iż uprawnienie do wydania rozporządzenia ws. NPZ zostało przyznane Radzie Ministrów działającej *in gremio*, a nie jej Prezesowi, czy też ministrowi właściwemu do spraw zdrowia[58]. Jakkolwiek Konstytucja RP nie przewiduje rozróżnienia pomiędzy rozporządzeniami wydawanymi przez poszczególne, uprawnione do tego podmioty, to okoliczność ta wskazuje na zamiar nadania regulowanemu zagadnieniu wysokiego priorytetu. Wynika to, tak z podniesienia politycznej rangi rozstrzygnięcia podejmowanego przez cały rząd, jak i z konieczności pogłębionej współpracy wszystkich członków rządu w wypracowywaniu tego rozstrzygnięcia[59]. Gdy rozporządzenie wydawane jest przez ministra jest one uzgadniane z pozostałymi ministrami, jednak ostateczną decyzję o jego wydaniu podejmuje ten minister. Może to zrobić pomimo nieuzgodnienia, a nawet przy sprzeciwie innych członków rządu. Postanowienia UoZP wymuszają zatem osiągnięcie konsensusu, co powinno zwiększać szanse na niezakłóconą realizację NPZ przynajmniej na poziomie centralnym.

Przyjmując w dniu 16 sierpnia 2016 r. rozporządzenie ws. NPZ Rada Ministrów wykonała spoczywający na niej obowiązek. Zastrzeżenia budzi jednak przyjęcie tego rozporządzenia aż 8 miesięcy po dacie wejścia w życie UoZP (przy czym publikacja tego

[58] Do czasu wejścia w życie UoZP Rada Ministrów przyjmowała w formie rozporządzenia strategie z zakresu przeciwdziałania narkomanii i ochrony zdrowia psychicznego, natomiast programy z zakresu polityki alkoholowej i tytoniowej przyjmowane były w drodze uchwał i decyzji.

[59] Dotychczasowa praktyka zdaje się jednak nie potwierdzać tego założenia, zaangażowanie i stopień realizacji poszczególnych strategii nie korelował z ich formą prawną. Rzetelnie realizowane, zarówno na szczeblu centralnym, jak i lokalnym, były strategie narkotykowa (rozporządzenie RM) i alkoholowa (uchwała RM). Podczas gdy programy ochrony zdrowia psychicznego (rozporządzenie RM) i tytoniowy (decyzja RM) w dużej mierze pozostały jedynie na papierze.

rozporządzenia nastąpiła nawet później, bo w dniu 16 września 2016 r.). Uznając niezbędność tego aktu prawnego dla wykonania postanowień UoZP opóźnienie w jego wydaniu, a również fakt, iż obejmuje on niejako wstecznie cały rok 2016, należy ocenić jednoznacznie negatywnie.

5.2.2. Zakres NPZ.

Podstawowym wyznacznikiem zakresu NPZ jest art. 9 ust. 1 UoZP, zgodnie z którym „NPZ jest dokumentem ustanawianym w celu realizacji polityki zdrowia publicznego". Podstawowe w tym kontekście pojęcie ZP zostało w UoZP zdefiniowane przez odesłanie do katalogu zadań zawartego w jej art. 2. Do zadań tych należą:

- monitorowanie i ocena stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa,
- edukacja zdrowotna dostosowana do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych,
- promocja zdrowia,
- profilaktyka chorób,
- działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji,
- analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa,
- inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego,
- rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego,
- ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych,
- działania w obszarze aktywności fizycznej.

W tym miejscu należy jednak zauważyć, iż powyższa definicja ZP nie jest jedyną definicją tego terminu w polskim prawie. W ustawie o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi[60], w art. 2 pkt. 35 stwierdzono, że ZP to „*stan zdrowotny całego społeczeństwa lub jego części, określany na podstawie wskaźników epidemiologicznych i demograficznych*". Jakkolwiek na użytek oceny NPZ stosowana powinna być definicja

[60] Dz. U. z 2016 r. poz. 1686

zawarta w będącej jego podstawą UoZP, funkcjonowanie w systemie prawnym dwóch definicji ZP należy uznać za co najmniej niepożądane.

Katalog zadań ZP z UoZP wyznacza tym samym podstawowy zakres spraw przekazanych do uregulowania w rozporządzeniu ws. NPZ. Postanowienia odnoszące się do zakresu zagadnień, które winny być uregulowane w NPZ, zawierają jednak również inne ustawy.

Jedną z istotnych konsekwencji uznania NPZ za naczelną strategię działań publicznych w obszarze ZP jest rezygnacja z dalszego ustanawiania dotychczasowych, odrębnych programów dotyczących wybranych problemów zdrowotnych. Związana z tym była nowelizacja ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi[61], ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii[62], ustawy o ochronie zdrowia psychicznego[63] oraz ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych[64]. Zgodnie z brzmieniem zmienionych przepisów tych ustaw, działania z zakresu polityki alkoholowej i narkotykowej oraz częściowo w odniesieniu do ochrony zdrowia psychicznego, podejmowane w obszarach wskazanych w przywołanych ustawach, będą określane w NPZ. Natomiast w przypadku polityki tytoniowej przewidziano rezygnację z przyjmowania przez Radę Ministrów POZNPT[65], a w znowelizowanych przepisach brak jest wyrażonego wprost obowiązku przyjmowania jakiejkolwiek strategii lub programu w tym zakresie.

Zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, zadania w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi wykonuje się przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, w szczególności:

- tworzenie warunków sprzyjających realizacji potrzeb, których zaspokajanie motywuje powstrzymywanie się od spożywania alkoholu;
- działalność wychowawczą i informacyjną;
- ustalanie odpowiedniego poziomu i właściwej struktury produkcji napojów alkoholowych przeznaczanych do spożycia w kraju;
- ograniczanie dostępności alkoholu;
- leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych od alkoholu;

---

[61] Dz. U. z 2015 r. poz. 1286, z poźn. zm.
[62] Dz. U. z 2016 r. poz. 224, z późn. zm.
[63] Dz. U. z 2016 r. Nr 546, z późn. zm.
[64] Dz. U. z 2015 r. poz. 298, z późn. zm.
[65] Decyzja Rady Ministrów z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce na lata 2014-2018, http://gis.gov.pl/images/poznpt_2014-2018.pdf [dostęp: 28.11.2016 r.]

- zapobieganie negatywnym następstwom nadużywania alkoholu i ich usuwanie;
- przeciwdziałanie przemocy w rodzinie;

Art. 2 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii przewiduje, że przeciwdziałanie narkomanii realizuje się przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, gospodarczej, oświatowo-wychowawczej i zdrowotnej, a w szczególności:

- działalność wychowawczą, edukacyjną, informacyjną i profilaktyczną;
- leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych;
- ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych;
- nadzór nad substancjami, których używanie może prowadzić do narkomanii;
- zwalczanie niedozwolonego obrotu, wytwarzania, przetwarzania, przerobu i posiadania substancji, których używanie może prowadzić do narkomanii;
- nadzór nad uprawami roślin zawierającymi substancje, których używanie może prowadzić do narkomanii.

Dodatkowo art. 19 ust. 3 tej ustawy przewiduje uregulowanie w NPZ „*szczegółowych zadań z zakresu działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej*" w zakresie przeciwdziałania narkomanii.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje natomiast realizację w ramach NPZ zadań wskazanych w jej art. 2 ust. 1 pkt 1 tej ustawy, tj. promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Pozostałe zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, tj.: zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji, mają być realizowane na podstawie odrębnego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Należy jednocześnie zwrócić uwagę na różne określenie w przywołanych ustawach sektorowych relacji pomiędzy przewidzianymi w nich działaniami a NPZ. Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii wskazuje (w art. 7), że NPZ stanowi „*podstawę do działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii*", ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (w art. 2 ust. 2) przewiduje, że określone w niej działania „*są realizowane zgodnie z NPZ*", natomiast ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (w art. 2 ust. 2) mówi, że wskazane działania „*są realizowane w ramach NPZ*". Takie zróżnicowanie

może prowadzić do stwierdzenia, że zamiarem wprowadzonych zmian było odmienne powiązanie poszczególnych programów sektorowych z NPZ. Opierając się jednak na analizie uzasadnienia projektu UoZP[66] należy stwierdzić, że intencją projektodawców było scalenie tych programów w ramach NPZ. Jak się wydaje, odnosi się to również do POZNPT, pomimo, iż w wyniku wejścia w życie UoZP, do ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych nie wprowadzono odesłania do NPZ. Również z uwagi na skalę problemu używania wyrobów tytoniowych w Polsce uzasadnione jest oczekiwanie ujęcia tego zagadnienia w NPZ.

Uwzględniając postanowienia art. 9 UoZP oraz zmiany dokonane w innych ustawach, w tym w szczególności wprowadzone do nich odesłania do NPZ, można stwierdzić, iż zakres spraw przekazanych do uregulowania w NPZ obejmuje:

- zadania składające się na pojęcie zdrowia publicznego – wymienione w art. 2 ust. 1 UoZP,
- promocję zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym – wymienione w art. 2 ust.1 pkt 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego,
- kształtowanie polityki społecznej, w celu przeciwdziałania alkoholizmowi – zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy *o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*,
- kształtowanie polityki społecznej, gospodarczej, oświatowo-wychowawczej i zdrowotnej, w celu przeciwdziałania narkomanii – zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy *o przeciwdziałaniu narkomanii*,
- działania z zakresu polityki zdrowotnej, społecznej i ekonomicznej zmierzające do zmniejszenia używania wyrobów tytoniowych.

Włączenie do zakresu NPZ ostatniego ze wskazanych powyżej elementów należy jednak opatrzyć zastrzeżeniem, że przynajmniej do końca 2017 r. polityka tytoniowa powinna być prowadzona na podstawie POZNPT przyjętego na dotychczasowych zasadach (jako decyzja RM). Wynika to z faktu, iż utrata mocy obowiązującej przez art. 4 ustawy o ograniczaniu zdrowotnych następstw używania tytoniu i wyrobów tytoniowych – zobowiązujących do przyjęcia POZNPT w dotychczasowym trybie – została odroczona do dnia 1 stycznia 2018 r., co podyktowane było okresem obowiązywania dotychczasowego

[66] Druk sejmowy Sejmu VII kadencji nr 3675, http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/druk.xsp?nr= [dostęp: 28.11.2016 r.]

POZNPT. Z tego też względu, stanowiący wyodrębnioną cześć NPZ, POZNPT wejdzie w życie właśnie z dniem 1 stycznia 2018 r.

Tak sformułowany katalog może stanowić podstawę oceny przedmiotowego zakresu aktualnego NPZ. Ocena ta obejmuje dwa aspekty: zgodność postanowień NPZ ze wskazanym katalogiem spraw i zupełność postanowień NPZ w stosunku do tego katalogu.

Przyjmując NPZ RM nie mogła wykroczyć poza wskazany obszar regulacji. Działanie takie byłoby bowiem sprzeczne z podstawową zasadą państwa prawnego, zgodnie z którą organy władzy publicznej mogą działać jedynie na podstawie i w granicach prawa (art. 7 Konstytucji RP). Analiza NPZ prowadzi do wniosku, iż nie dotyczy on zagadnień nieujętych w UoZP lub wskazanych ustawach sektorowych.

Więcej trudności nastręcza ocena zupełności NPZ. Struktura programu, sposób sformułowania celów i zadań nie pozwalają na jednoznaczne zidentyfikowanie, których elementów ZP dotyczą poszczególne postanowienia. Uzasadnionym i realnym wydaje się jednak oczekiwanie, iż przynajmniej na poziomie zadań służących osiągnięciu poszczególnych celów operacyjnych wskazane zostaną wszystkie działania z zakresu ZP wskazane w art. 2 UoZP. Absolutnym minimum powinno być natomiast ujęcie w NPZ tych działań, które służą bezpośrednio realizacji celu głównego programu, tj.: wydłużeniu życia w zdrowiu, poprawie zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszeniu nierówności społecznych w zdrowiu.

Analiza postanowień NPZ pod kątem występowania zadań nakierowanych bezpośrednio na ostatni z wymienionych elementów celu głównego - zmniejszanie nierówności w zdrowiu wskazuje, iż zostały one przewidziane jedynie w odniesieniu do dwóch celów operacyjnych – celu 1. Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności społecznej społeczeństwa oraz celu 5. Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się.

W ramach tego celu 1., w zadaniu 3.1. Prowadzenie działalności naukowo-badawczej oraz współpracy międzynarodowej, przewidziano dwa działania o charakterze badawczym:

– przeprowadzenie kompleksowych badań epidemiologicznych dotyczących sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa polskiego ze szczególnym uwzględnieniem grup: małe dzieci, dzieci i młodzież w wieku szkolnym, kobiety ciężarne, osoby w podeszłym wieku, osoby przebywające w jednostkach całodobowego pobytu, wraz z identyfikacją czynników ryzyka zaburzeń odżywiania, oceną poziomu aktywności fizycznej, poziomu wiedzy żywieniowej oraz występowania nierówności w zdrowiu.

– zlecenie kompleksowego badania sposobu żywienia i stanu odżywienia żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy z identyfikacją czynników ryzyka rozwoju otyłości, z oceną aktywności fizycznej, poziomu wiedzy żywieniowej oraz występowania nierówności w zdrowiu w 2017 r. oraz 2020 r.

Natomiast w zadaniu 3.2. Działania pilotażowe i wsparcie podmiotów uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości, przewidziano działanie pn. projektowanie i testowanie skuteczności zadań z zakresu zdrowia publicznego polegających na monitorowaniu sytuacji epidemiologicznej, promocji zdrowia lub profilaktyce chorób, innych niż określone w NPZ, przez programy pilotażowe, w oparciu o zidentyfikowane czynniki ryzyka otyłości i niedożywienia oraz danych o nierównościach społecznych w zdrowiu.

W ramach celu 5., w zadaniu 1. Prowadzenie polityki senioralnej ukierunkowanej na jak najdłuższą aktywność społeczną, zawodową i rodzinną osób starszych, przewidziano działanie pn. kształtowanie polityki społecznej i rodzinnej w sposób przyczyniający się do ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu.

Brak jest takich działań w pozostałych celach operacyjnych.

Podobnie kształtuje się sytuacja w odniesieniu do pozostałych zadań z zakresu ZP, które nie zostały wprost ujęte w ramach działań służących osiągnięciu wszystkich celów operacyjnych. Należy przy tym zauważyć, że względnie największą liczbę takich działań przewidziano do realizacji w ramach, stanowiących wyróżnione elementy składowe NPZ, Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii i Krajowego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Najprawdopodobniej wynika to z najbardziej wszechstronnego i dojrzałego charakteru tych programów, które w przeszłości stanowiły odrębne strategie ZP.

Przeciwko nasuwającemu się stwierdzeniu o niepełnej realizacji przez rozporządzenie ws. NPZ upoważnienia zawartego w UoZP, a w szczególności niewyczerpania katalogu zadań ZP w odniesieniu do wszystkich celów operacyjnych, można przeciwstawić opinię, że zupełność programu nie wymaga, aby wszystkie te zadania zostały w nim wskazane wprost. Za wystarczającą można uznać możliwość przypisania poszczególnych działań do określonych zadań z katalogu z art. 2 UoZP, czy wreszcie uwzględnienie tych działań przy określaniu sposobu i w toku realizacji działań przewidzianych NPZ. Podejście takie obarczone jest jednak poważnym ryzykiem związanym z brakiem dostatecznej wiedzy i doświadczenia po stronie realizatorów NPZ.

Odpowiedzią na tę obawę, a jednocześnie potwierdzeniem takiego podejścia do kwestii zupełności NPZ po stronie jego autorów, jest charakter niektórych zadań o charakterze koordynacyjnym, ewaluacyjnym i badawczym. W szczególności należy tu zwrócić uwagę na powierzenie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia przeprowadzenia analizy wpływu interwencji podejmowanych w ramach NPZ pod kątem problematyki pogłębiania lub ograniczania nierówności społecznych w zdrowiu oraz wspieranie realizatorów zadań w zakresie dostarczania informacji o zalecanym sposobie ich wykonywania, w szczególności pod kątem ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu. Dostarczenie realizatorom tych informacji może mieć krytyczne znaczenia dla prawidłowości realizacji NPZ i osiągnięcia zakładanych celów.

5.2.3. Cel, struktura i minimalny czas obowiązywania NPZ.

UoZP określa strukturę NPZ przez wyliczenie jego elementów składowych. Są nimi:

- cel strategiczny NPZ ukierunkowany na wydłużenie życia w zdrowiu ludności Rzeczypospolitej Polskiej i poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu,
- cele operacyjne służące realizacji celu strategicznego ukierunkowane na zmniejszenie narażenia społeczeństwa na największe zagrożenia zdrowia,
- zadania służące realizacji celów operacyjnych,
- podmioty odpowiedzialne za realizację zadań,
- realizatorów zadań,
- tryb i wysokość finansowania zadań,
- wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji NPZ.

Ustawa wskazuje również minimalny okres obowiązywania NPZ, stanowiąc, że sporządza się go na okres nie krótszy niż 5 lat.

Porównując postanowienia UoZP do innych aktów prawnych zawierających upoważnienia do określania programów z zakresu ZP można stwierdzić, iż w odniesieniu do NPZ ustawodawca pominął konieczność zawarcia w nim elementów takich jak:

- diagnoza sytuacji i zagrożeń dla zdrowia, w tym zróżnicowań regionalnych,
- określenie sposobu realizacji zadań,
- wskazanie niezbędnych działań legislacyjnych – zawartych w pozostawionych w mocy przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego dotyczących NPOZP,

oraz:

- harmonogram realizacji przyjętych działań,
- określenie sposobów osiągania wskazanych celów – wymaganych w odniesieniu do poprzednich KPPN przez uchylony UoZP art. 7 ust. ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Niektóre ze wskazanych powyżej elementów zostały jednak zawarte w wytycznych dla organu wydającego rozporządzenie. Nakładają one na Radę Ministrów obowiązek uwzględnienia przy formułowaniu poszczególnych elementów składowych NPZ stanu zdrowia społeczeństwa, skali występowania czynników ryzyka zdrowotnego i czynników o działaniu ochronnym dla zdrowia. Oznacza to konieczność sporządzenia w toku projektowania aktu prawnego diagnozy sytuacji zdrowotnej z uwzględnieniem czynników ryzyka i czynników chroniących. Diagnoza taka została zawarta w uzasadnieniu projektu rozporządzenia oraz częściowo w Ocenie Skutków Regulacji.

NPZ nie zawiera harmonogramu realizacji zawartych w nim zadań. Poza nielicznymi przypadkami, gdy wprost wskazano na kiedy powinny zostać wykonane, zadania te maja mieć charakter ciągły – mają być wykonywane przez cały okres obowiązywania NPZ, tj. w latach 2016 – 2020.

5.2.3.1. Cel strategiczny.

Jako cel strategiczny NPZ zostało wskazane „*wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu*". Takie sformułowanie celu strategicznego rodzi poważne wątpliwości.

W pierwszej kolejności należy zauważyć, iż jest to praktycznie dosłowne powtórzenie przepisu upoważniającego. Jedynymi różnicami względem brzmienia ustawy są pominięcie stwierdzenia, że chodzi o „*ludność Rzeczypospolitej Polskiej*" oraz dodanie elementu odnoszącego się do „poprawy zdrowia". Fakt zamiany słowa „*ograniczenie*" na synonimiczne „*zmniejszenie*" można pominąć. Działania takiego jednoznacznie zakazują ZPT, których § 118 brzmi „*w rozporządzeniu nie powtarza się przepisów ustawy upoważniającej oraz przepisów innych aktów normatywnych*".

Poważniejszą konsekwencją takiego sformułowania celu strategicznego w NPZ jest faktyczne niewykonanie w tym zakresie upoważnienia ustawowego. Jest to duży problem biorąc pod uwagę znaczenie prawidłowego wskazania celu najwyższego szczebla dla

poprawnego sformułowania celów i zadań na niższych szczeblach planowania[67]. O ile bowiem główny cel programu nie musi, chociaż może, być sformułowany zgodnie z zasadą SMART[68], to powinien przynajmniej zawierać informacje o beneficjentach podejmowanych działań, przewidywanych korzyściach i czasie, w którym wystąpią te korzyści. Tymczasem z celu strategicznego NPZ usunięto, względem brzmienia UoZP, nawet wzmiankę, że wskazane bardzo ogólnie korzyści będą dotyczyły ludności Polski.

Faktyczny brak wskazania celu strategicznego poza zastrzeżeniami prawnymi stanowi jednak przede wszystkim poważną trudność w ocenie celów operacyjnych i poszczególnych zadań NPZ. Zgodnie z UoZP, cel strategiczny NPZ powinien niejako godzić dwa zasadnicze kierunki działań – nakierowanych na poprawę (średniego) poziomu zdrowia i na zmniejszanie nierówności w zdrowiu. Działania te nie są tożsame, a często mają wręcz konkurencyjny charakter[69]. Jak wskazano wyżej w odniesieniu do większości zadań przewidzianych w NPZ nie wskazano wprost ich ukierunkowania na zmniejszenie nierówności w zdrowiu. Ich ewentualny wpływ w tym obszarze będzie zależał od przyjętego sposobu realizacji. W sytuacji ograniczonych zasobów, które mogą być przeznczone na zadania przewidziane w NPZ, to aksjologiczne, a przede wszystkim alokacyjne (!), wybory poszczególnych realizatorów przesądzą o ostatecznych rezultatach podejmowanych działań oraz o wynikających z nich długofalowych oddziaływaniach. Sytuacja taka narusza porządek planowania strategicznego (poziom polityki, strategii, operacyjny, taktyczny)[70].

5.2.3.2. Cele operacyjne.

Odnosząc się do kwestii wskazania w NPZ celów operacyjnych, pomijając poczynione powyżej zastrzeżenia wobec sposobu sformułowania celu strategicznego, należy zauważyć, iż podstawowym wymogiem formułowanym przez UoZP jest, by cele operacyjne były ukierunkowane na zmniejszenie narażenia społeczeństwa na największe zagrożenia zdrowia. Wymóg ten spełnia pięć z sześciu celów operacyjnych NPZ. Dotyczą one:

– żywienia i aktywności fizycznej społeczeństwa,

---

67 Innovation Network. Logic model workbook, http://www.innonet.org/resources/logic-model-workbook [dostęp: 28.11.2016 r.]

68 Zasada SMART oznacza, że cele szczegółowe powinny być sprecyzowane, mierzalne, osiągalne, relewantne (ważne dla celu), terminowe (specific, measurable, achiavable, relevant, time-bound).

69 Whitehead M,Dahlgren G., Concepts and principles for tackling social inequalities in health: Levelling up Part 1. WHO, Copenhagen 2007:18.

70 Federal Emergency Management Agency. Comprehensive Preparedness Guide 101: Developing and Maintaining Emergency Operations Plans, https://www.fema.gov/media-library-data/20130726-1828-25045-0014/cpg_101_comprehensive_preparedness_guide_developing_and_maintaining_emergency_operations_plans_2010.pdf [dostęp: 28.11.2016 r.]

- problemów związanych z używaniem alkoholu, narkotyków i tytoniu oraz powiązanych z nimi uzależnień behawioralnych i innych zachowań niebezpiecznych,
- zdrowia psychicznego,
- fizycznych, chemicznych i biologicznych czynników zagrażających zdrowiu
- kwestii starzenia się społeczeństwa

Katalog celów operacyjnych uzupełnia, dodany na ostatnim etapie prac legislacyjnych nad projektem rozporządzenia[71], cel 6. pn. Poprawa zdrowia prokreacyjnego. Nie stanowi on odpowiedzi na zagrożenie zdrowotne o znaczeniu porównywalnym z problemami wskazanymi w pozostałych pięciu celach, a jego zawarcie w NPZ wynikało przede wszystkim ze społecznego i politycznego znaczenia problematyki zdrowia prokreacyjnego. Należy jednak zauważyć, iż przede wszystkim z uwagi na nakierowanie na działania z zakresu zapobiegania niepłodności cel ten można uznać za odpowiedź na zagrożenie zdrowotne (w postaci niepłodności) oraz przynajmniej częściowo powiązać go z trzecim celem operacyjnym NPZ (zdrowie psychiczne).

5.2.3.3. Zadania.

Przewidziane w NPZ zadania zostały wskazane odrębnie dla każdego z celów operacyjnych, co odpowiada formalnym wymaganiom UoZP. W ramach poszczególnych zadań wyróżnione zostały działania, przy czym rozróżnienie zadań i działań nie wynika wprost z NPZ, ani nie jest konsekwentnie stosowane w całym dokumencie. W niektórych miejscach po wprowadzeniu do wyliczenia, zapowiadającym zadania służące realizacji określonego celu operacyjnego, poszczególne punkty tego wyliczenia posługują się pojęciem zadania, w innych zaś używane jest pojęcie działanie, które często dzieli się na nienazwane części. Poszczególne zadania/działania zostały też opisane z różną szczegółowością. Dodatkowo w ramach celu operacyjnego 2 wyodrębniono słowniczek używanych w tym rozdziale pojęć oraz cztery niezależne programy:

- Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii,
- Krajowy program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych,
- Program zwalczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych,
- Program Przeciwdziałania Uzależnieniom Behawioralnym.

[71] Strona projektu rozporządzenia w rządowym serwisie legislacja.gov.pl nie zawiera wszystkich informacji o przebiegu procesu legislacyjnego, w szczególności brak jest informacji o jego ostatnich etapach. http://legislacja.gov.pl/projekt/12279052 [dostęp: 28.11.2016 r.]

Zastosowane w NPZ rozwiązania systematyzujące jego treść w ramach poszczególnych celów operacyjnych trudno zatem uznać za satysfakcjonujące. Nie są one niezgodne z wymaganiami UoZP, ale jednocześnie nie są też ani przejrzyste, ani konsekwentne. Wątpliwości budzi też tak daleko idące wyodrębnienie (terminologiczne i redakcyjne) zespołów działań dotyczących uzależnień. Określenie ich jako odrębnych programów (z różnym sposobem zredagowania ich nazw) można uzasadniać kontynuacją wcześniejszych działań i zapewne faktem, iż prace nad tymi dokumentami były zaawansowane jeszcze przed uchwaleniem UoZP. Z drugiej strony takie podejście jest niezgodne z deklarowanym celem UoZP, jakim miało być skoordynowanie działań różnych podmiotów i w różnych obszarach ZP[72]. Zarazem nie jest to zgodne ze stanowiskiem ŚOZ odnośnie do zarządzania (ang. governance) systemem ZP i całym systemem zdrowia (EPHO nr 6).

Zasadny jest zatem postulat wprowadzenia w NPZ zmian redakcyjnych oraz funkcjonalnych, a nie jedynie formalne, włączenie do programu działań dotyczących problematyki uzależnień.

Wątpliwości natury formalnej może też budzić ujęcie w odrębnej części zadań koordynacyjnych, ewaluacyjnych i badawczych, bez ich powiązania z którymkolwiek celem operacyjny. Zadania te należy jednak uznać za służące realizacji wszystkich celów operacyjnych, co w połączeniu z ich odmiennym od pozostałych zadań charakterem uzasadnia ich wyodrębnienie.

5.2.3.4. Podmioty odpowiedzialne i realizatorzy zadań.

Kolejnymi wymaganiami odnoszącymi się do struktury NPZ są określenie podmiotów odpowiedzialnych za realizację poszczególnych zadań oraz realizatorów tych zadań.

Podmioty odpowiedzialne zostały wskazane w II części NPZ, zawierającej katalog celów operacyjnych programu. Realizatorzy zadań zostali natomiast wskazani w częściach od V do X, dotyczących poszczególnych celów operacyjnych oraz części X określającej zadania koordynacyjne, ewaluacyjne i badawcze.

Jak się wydaje wskazanie podmiotów odpowiedzialnych na poziomie celów operacyjnych miało na celu powierzenie im odpowiedzialności za wszystkie zadania służące

[72] Uzasadnienie projektu UoZP, druk sejmowy nr 3675 Sejmu VII Kadencji, http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/Projekty/7-020-1415-2015/$file/7-020-1415-2015.pdf [dostęp: 28.11.2016 r.]

realizacji tych celów. Nie jest natomiast jasny stosunek pomiędzy podmiotami wskazanymi jako odpowiedzialne w ramach tych samych celów operacyjnych. Sprawność realizacji projektu (w tym przypadku NPZ) zależy od precyzyjnego określenia w nim ról poszczególnych uczestników, w tym wskazania kto podejmuje decyzje i jest odpowiedzialny za projekt jako całość (ang. accountability), a kto odpowiada za wykonanie określonych zadań (ang. responsibility)[73]. Tymczasem w NPZ posłużono się określeniem „*we współpracy*", które nie pozwala precyzyjnie określić roli poszczególnych podmiotów, których liczba może być bardzo duża (przykładowo w ramach celu operacyjnego nr 1, poza ministrem właściwym do spraw zdrowia, jako „współpracujące" podmioty odpowiedzialne wskazano ministrów kierujących aż dziewięcioma działami administracji – aktualnie jest to sześciu odrębnych członków rządu). Takie ukształtowanie rozwiązań NPZ, choć formalnie zgodne z UoZP, trudno uznać za sprzyjające efektywnej realizacji programu.

W odniesieniu do sposobu wskazania realizatorów poszczególnych zadań można natomiast podnieść zarzut odstąpienia od posługiwania się nazwami działów administracji rządowej (jak to mam miejsce w przypadku wskazania podmiotów odpowiedzialnych), na rzecz nazw własnych kierujących nimi ministrów. Rozwiązanie to ułatwia zastosowanie powszechnie znanych skrótowców, ale jednocześnie może powodować trudności w przypadku zmian w sposobie organizacji administracji rządowej. W tym miejscu warto przypomnieć, iż zgodnie z ustawą z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej[74] poszczególne działy, mogą być praktycznie dowolnie przypisywane (rozdzielane i grupowane) określonym ministrom, przy czym podział ten nie ma charakteru stałego[75]. Umożliwia to elastyczne zarządzanie administracją rządową, w tym wpływanie na liczbę i zakres kompetencji członków Rady Ministrów. Z tego względu zasadne jest, a w przypadku ustaw prawnie wymagane, posługiwanie się określeniami odwołującymi się do kierowanego przez ministra działu administracji, nie zaś aktualną nazwą własną tego ministra lub ministerstwa. W przypadku wprowadzenia zmian w przyporządkowaniu działów pozwala to uniknąć sporów kompetencyjnych, a w szczególności negatywnych sporów kompetencyjnych, czyli sytuacji, gdy żaden z organów nie wyznaje się za właściwy do podjęcia określonych działań.

---

[73] Strategies for Accelerating and Sustaining Change in Healthcare Organizations, http://www.leansixsigmadelivered.com/upload/Strategies%20for%20Accelerating%20and%20Sustaining%20Change%20in%20Healthcare%20Organizations.Paper.Scheeres.2010.pdf [dostęp: 28.11.2016 r.]

[74] Dz. U. z 2016 r. poz. 543 z późn. zm.

[75] Dobrym przykładem może tu być dział „administracja" łączony z działem „sprawy wewnętrzne" – pod kierownictwem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA), następnie z działem „cyfryzacja" – pod kierownictwem Ministra Administracji i Cyfryzacji (MAiC), a następnie ponownie z działem „sprawy wewnętrzne".

Wskazane w powyższych uwagach nieprawidłowości w sposobie wskazania podmiotów odpowiedzialnych i realizatorów zadań w ramach NPZ mogą stanowić pewne utrudnienie w realizacji założeń NPZ. Jednakże skala tego zagrożenia jest niewielka, a wprowadzenie stosunkowo niewielkich zmian w rozporządzeniu pozwoliłoby praktycznie całkowicie je wyeliminować.

5.2.3.5. Tryb i wysokość finasowania zadań.

Postanowienia dotyczące trybu i wysokości finansowania zadań przewidzianych w NPZ zostały zawarte w części III programu. W NPZ rozróżniono trzy zasadnicze grupy zadań charakteryzujących się odmiennym sposobem uregulowania kwestii finansowych. Są to:

- zadania uznane za zadania własne podmiotów uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego,
- zadania powierzane przez odpowiedniego ministra,
- zadania koordynacyjne.

W odniesieniu do tej pierwszej grupy przewidziano ich finansowanie ze środków pozostających w dyspozycji podmiotów uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, przy czym w odniesieniu do zadań z zakresu celu operacyjnego 2 (uzależnienia) realizowanych przez jednostki podległe ministrowi właściwemu do spraw zdrowia przewidziano możliwość ich finasowania również ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. W przypadku zadań powierzanych wskazano na konieczność stosowania konkursowego lub wnioskowego trybu zawierania umów. Finansowanie zadań powierzonych następować ma ze środków budżetu państwa (planowanych przez odpowiednich dysponentów) lub ze środków państwowych funduszy celowych (w ramach ich rocznych planów finansowych). Zadania koordynacyjne mają być natomiast finansowane ze środków zaplanowanych corocznie przez ministra właściwego do spraw zdrowia w odpowiedniej części budżetu państwa. Jedynie w odniesieniu do zadań koordynacyjnych i niektórych zadań o charakterze badawczo-naukowym określono minimalny poziom nakładów – w wysokości odpowiednio 3% i 10% środków przeznaczanych na realizację programu. W odniesieniu do pozostałych zadań wskazano jedynie górny poziom przeznaczonych na nie wydatków w wysokości 140 mln zł rocznie oraz jego podział pomiędzy poszczególne cele operacyjne.

Szczegółowa ocena rozwiązań z zakresu finasowania NPZ, w szczególności ich wpływu na możliwość osiągnięcia wyznaczonych przez program celów, została przedstawiona w dalszej części analizy. W tym miejscu można jedynie stwierdzić, iż

postanowienia programu czynią zadość formalnym wymaganiom UoZP, jednakże brak im precyzji i przejrzystości.

5.2.3.6. Wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji.

Postanowienia NPZ powinny uzupełniać i uszczegóławiać postanowienia UoZP, która stanowi, że zadania ZP będą koordynowane przez MZ. W tym celu ustawa nałożyła na MZ szereg obowiązków, jak również przewidziała utworzenie dwóch ciał kolegialnych: Rady do spraw Zdrowia Publicznego i Komitetu Sterującego NPZ.

Poza wskazaniem w części XI programu 22 zadań o charakterze koordynacyjnym, ewaluacyjnym i badawczym brak jest postanowień regulujących sposób koordynacji całości programu. Natomiast w części XII zawarte zostały 3 grupy wskaźników, których cel wykorzystania określono na trzy różne sposoby, jako: „*monitorowanie zadań i ich efektów*", „*ewaluację i ocenę realizacji NPZ*" oraz „*monitorowanie*" celu strategicznego i celów operacyjnych.

Abstrahując w tym miejscu od oceny doboru wskaźników i sposobu określenia ich oczekiwanej wartości – co jest przedmiotem odrębnej części analizy - należy stwierdzić, że aktualny NPZ nie zawiera regulacji pozwalających wskazać sposób monitorowania i ewaluacji tego programu. W szczególności widoczna jest niespójność i niekonsekwencja terminologiczna w części XII oraz zawarte w niej zbędne powtórzenie postanowień UoZP określających rolę MZ w procesie monitoringu i ewaluacji NPZ. Brak jest również określenia roli jaką powinny odgrywać w tym procesie Rada do spraw Zdrowia Publicznego i Komitet Sterujący NPZ.

5.2.4. Kontekst międzynarodowy.

Istotnym elementem oceny zakresu NPZ jest odniesienie się do dokumentów międzynarodowych.

Przedmiotem NPZ są zadania z zakresu ZP zdefiniowane w art.2 UoZP. Zadania te zostały sformułowane odmiennie do EPHOs[76], które wyznaczają zakres do składania sprawozdań krajów członkowskich WHO z realizacji polityki „Zdrowie 2020" w zakresie ZP.

Siedem spośród dziesięciu wymienionych zadań jest zgodnych ze stanowiskiem ŚOZ odnośnie do operacji EPHOs. Jedno z pozostałych (tj. edukacja zdrowotna) odwzorowuje

[76] Public Health Policy and Legislation Instruments and Tools: An Updated Review and Proposal for Further Research, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2012.

podejście amerykańskie (ang. 10 Essential Public Health Services)[77]. „Ograniczanie nierówności w zdrowiu" jest powszechnie uznawane za cel ZP (lub polityki zdrowotnej), podczas gdy „działania w obszarze aktywności fizycznej" są metodą działania. Uznanie celu oraz metody za zadanie narusza porządek planowania strategicznego (poziom polityki, strategii, operacyjny, taktyczny)[78].

Odmienność krajowego zakresu zadań ZP od stanowiska ŚOZ będzie powodować dwutorowość w sprawozdawczości i może stwarzać kłopoty przy porównaniach międzynarodowych.

[77] The Public Health System and the 10 Essential Public Health Services, https://www.cdc.gov/nphpsp/essentialservices.html [dostęp: 28.11.2016 r.]

[78] Federal Emergency Management Agency. Comprehensive Preparedness Guide 101: Developing and Maintaining Emergency Operations Plans, https://www.fema.gov/media-library-data/20130726-1828-25045 0014/cpg_101_comprehensive_preparedness_guide_developing_and_maintaining_emergency_operations_plans _2010.pdf [dostęp: 28.11.2016 r.]

5.3. Ocena charakteru, podziału i przypisania zadań poszczególnym realizatorom.

Jak wynika z art. 3 UoZP zadania z zakresu zdrowia publicznego mają być wykonywane zarówno przez szeroko rozumiane organy władzy publicznej, jak i organizacje pozarządowe, w tym podmioty prowadzące działalność pożytku publicznego, których cele statutowe lub przedmiot działalności są zbieżne z zadaniami z zakresu zdrowia publicznego. W uzasadnieniu do projektu ustawy[79] zwrócono przy tym szczególną uwagę na potrzebę koordynacji działań związanych z tymi zadaniami, na różnych szczeblach oraz konieczność współpracy międzysektorowej, która powinna obejmować organy administracji rządowej i samorządowej, ściśle współdziałające z organizacjami i podmiotami pozarządowymi. Wskazanie realizatorów poszczególnych zadań przewidzianych w NPZ jest również jednym z wymogów jakie formułuje art. 9 UoZP.

Zgodnie z rozporządzeniem ws. NPZ do realizatorów przewidzianych w nim zadań należą organy administracji rządowej – przede wszystkim wskazani ministrowie oraz państwowe jednostki organizacyjne, w tym instytuty badawcze, służby i inspekcje, a także JST. Regulacja NPZ jest zatem zgodna z postanowieniami UoZP, a jednocześnie ma duże znaczenie porządkujące, gdyż przypisuje realizatorów oddzielnie dla każdego zadania lub działania przewidzianego w programie.

Oceniając prawny charakter i możliwości realizacji zdań przyporządkowanych poszczególnym podmiotom należy w pierwszej kolejności uwzględnić ich rolę i uprawnienia w szeroko rozumianych działaniach z zakresu ochrony zdrowia. Zgodnie bowiem z art. 7 Konstytucji RP, organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa. Wynika z tego, iż każda aktywność podejmowana przez władze publiczne musi mieć podstawę w aktach prawa powszechnie obowiązującego. Konieczne jest prawne uznanie

[79] Druk sejmowy Sejmu VII kadencji nr 3675, http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/druk.xsp?nr= [dostęp: 28.11.2016 r.]

danej kwestii za zadanie publiczne, wskazanie organu właściwego (odpowiedzialnego) za tę kwestię oraz wyposażenie tego organu w uprawnienia (kompetencje) umożliwiające podjęcie wymaganych działań. Katalog zadań publicznych, podobnie jak i samo pojęcie „*zadania publiczne*" nie został prawnie zdefiniowany[80]. Nie powinno jednak budzić wątpliwości, iż kwestia ochrony zdrowia powinna zostać przyporządkowana do tej sfery – na co wskazuje również konstytucyjna regulacja tego zagadnienia (art. 68 Konstytucji RP).

Istotną kwestią pozostaje zatem podział zadań z zakresu zdrowia pomiędzy organy publiczne – przede wszystkim pomiędzy administrację państwową (rządową) i samorządową, a także pomiędzy poszczególne organy w ramach tych dwóch grup. W prawie funkcjonują w tym zakresie dwa domniemania:

- zadania publiczne dotyczące kwestii o charakterze ogólnopaństwowym, jak również odpowiedzialności za nie, należą do kompetencji Rady Ministrów – co wynika z tego, że to na tym organie spoczywa główny ciężar wykonywania i nadawania kierunku władzy wykonawczej,
- zarządzanie sprawami lokalnymi pozostaje w kompetencjach organów samorządu terytorialnego poszczególnych szczebli, z uwzględnieniem podstawowego charakteru gminy – co jest zgodne z zasadą subsydiarności.

Z powyższych względów wskazane jest odrębne omówienie zadań przypisanych w NPZ podmiotom należącym do administracji rządowej – przede wszystkim ministrom i zadań przypisanych jednostkom samorządu terytorialnego.

Dla oceny możliwości wdrożenia postanowień NPZ kluczowe znaczenie ma jednocześnie ustalenie charakteru przewidzianych w programie zadań – czy mają one charakter obligatoryjny, czy fakultatywny, a w odniesieniu do zadań przypisanych JST również rozstrzygnięcie, czy są to ich zadania własne, czy powierzone. Kwestie te zostały omówione poniżej.

5.3.1. Zadania przypisane administracji rządowej.

Podmioty szeroko rozumianej administracji rządowej stanowią kluczową grupę realizatorów zadań przewidzianych w NPZ. Szczególne miejsce w tej grupie zajmują ministrowie. Zostali oni wskazani jako podmioty odpowiedzialne za realizację wszystkich

[80] Ochendowski E., Gmina (w:) Prawo administracyjne. Część ogólna, Toruń 2009, s. 430

celów operacyjnych, jak również jako realizatorzy poszczególnych zadań i działań. Postanowienia NPZ uszczegóławiają w tym zakresie ogólna normę zawarta w art. 3 UoZP, zgodnie z którym zadania z zakresu ZP realizują właśnie organy administracji rządowej.

Poza zadaniami wprost przypisanymi ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, UoZP nie precyzuje, którzy ministrowie mają wykonywać przewidziane w tej ustawie zadania, ani też zadania określone w wydanym na jej podstawie NPZ. Ustawodawca wskazał jedynie, iż uczestnictwo w wykonywaniu tych zadań odbywa się zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej[81]. Wskazana ustawa zawiera listę 37 tzw. działów administracji rządowej. Poszczególne działy obejmują powiązane ze sobą sprawy publiczne wyróżnione w oparciu o kryterium przedmiotowe. Ministra kierującego określonym działem (lub działami) określa się jako ministra właściwego do spraw oznaczonych nazwą danego działu. Jest on właściwy w sprawach z zakresu administracji rządowej mieszczących się w zakresie kierowanego działu.

Powierzenie działu ministrowi odbywa się na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów. Możliwe jest przy tym powierzenie jednemu ministrowi dwóch i więcej działów (np. Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej kieruje obecnie trzema działami: rodzina, praca i zabezpieczenie społeczne, a Minister Rozwoju i Finansów Publicznych kieruje obecnie pięcioma działami: budżet; finanse publiczne; gospodarka; instytucje finansowe i rozwój regionalny). W rozporządzeniu Prezes Rady Ministrów wskazuje również urząd – ministerstwo obsługujące danego ministra (w stosunku do MRPiPS jest to Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, a w przypadku MRiF są to dwa odrębne urzędy: Ministerstwo Rozwoju i Ministerstwo Finansów).

Analiza katalogu zadań z zakresu ZP (art. 2 UoZP) wskazuje, iż jakkolwiek większość z nich mieści się w zakresie właściwości ministra kierującego działem administracji rządowej – zdrowie, to pozostałe zadania związane są z innymi działami. Przykładowo zadania w obszarze aktywności fizycznej (art. 2 pkt. 10 UoZP) znajdują się przede wszystkim w zakresie działu kultura fizyczna, ale też działu turystyka. Rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego (art. 2 pkt 8 UoZP) to działanie mieszczące się w ramach działów szkolnictwo wyższe i edukacja, ale też działu nauka i działu zdrowie. Zadaniem o wyjątkowo szerokim zakresie i obejmującym wiele działów jest ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych (art. 2 pkt 9 UoZP). Zadanie to z pewnością dotyczy działów o charakterze gospodarczym (np.

[81] Dz. U. z 2016 r. poz. 543 z późn. zm.

gospodarka, praca), finansowym (np. finanse publiczne), infrastrukturalnym (np. infrastruktura, budownictwo, planowanie i zagospodarowanie przestrzenne oraz mieszkalnictwo oraz transport).

Na poziomie NPZ ma miejsce uszczegółowienie regulacji ustawowych przez wskazanie realizatorów poszczególnych zadań i działań. W przypadku wskazania podmiotów odpowiedzialnych za cele operacyjne (część II NPZ) nastąpiło to przez prawidłowe odwołanie do działów administracji rządowej, z którymi związane są te cele. Natomiast na poziomie zadań i działań, jako realizatorzy wskazani zostali obecni ministrowie. Nastąpiło to przez odwołanie do nazw własnych tych ministrów, choć używane skrótowce w większości odpowiadają też nazwom obsługujących tych ministrów urzędów. Rozwiązanie to nie pozwala na jednoznaczne przyporządkowanie zadań i działań z NPZ do poszczególnych działów administracji rządowej, co z kolei utrudnia ocenę prawidłowości tego przyporządkowania. Konsekwencją zastosowanej techniki redakcyjnej jest również brak odporności NPZ na zmiany organizacji Rady Ministrów. Możliwy inny podział i pogrupowanie działów administracji rządowej oznaczać będzie „zniknięcie" dotychczasowych ministrów, a tym samym trudności w przyporządkowaniu zadań i działań ich następcom. Dotyczyć to może w szczególności zadań o charakterze edukacyjnym, promocyjnym i badawczym przyporządkowanych MSWiA, MRPiPS oraz MNiSW – ministrom kierującym więcej niż jednym działem administracji rządowej. Charakter tych zadań nie pozwala na jednoznaczne rozstrzygnięcie, w obrębie których działów się one mieszczą. Możliwa jest zarówno sytuacja, w której poszczególne zadania tego typu będą realizowane w ramach więcej niż jednego działu (które to działy mogą w wyniku zmian organizacyjnych zostać powierzone odrębnym ministrom), jak również groźniejsza sytuacja, w której dojdzie do negatywnego sporu kompetencyjnego – żaden z nowych ministrów nie będzie się uważał za właściwego do podjęcia działań wynikających z określonych postanowień NPZ.

5.3.2. Zadania przypisane jednostkom samorządu terytorialnego.

Istotnym elementem rozwiązań zawartych w UoZP jest założenie, że JST mają realizować zadania z zakresu zdrowia publicznego w ramach kompetencji określonych w ustawach regulujących funkcjonowanie poszczególnych szczebli samorządu[82] oraz w ustawie

[82] Dz. U. z 2013 r. poz. 594, z późn. Zm., Dz. U. z 2013 r. poz. 595, z późn. zm., Dz. U. z 2013 r. poz. 596, z późn. zm.

o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie[83]. UoZP nie przewiduje zatem nadania JST nowych uprawnień lub zadań w zakresie ZP.

Zadania samorządu terytorialnego wszystkich szczebli w zakresie ochrony zdrowia określone są zarówno w przepisach ustrojowych jak i w przepisach prawa materialnego. Ogólnie ujmując obejmują on następujące obszary:

- tworzenie ogólnej strategii i planowania polityki ochrony zdrowia na danym terenie;
- podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i indywidualnego;
- podejmowanie działań z zakresu promocji zdrowia.

5.3.2.1. Województwa.

W odniesieniu do samorządu szczebla regionalnego – województw - jego zakres działania i zadania obejmują kwestie promocji i ochrony zdrowia. Należy jednak zauważyć, że postanowienia ustawy o samorządzie województwa nie mogą być samoistną podstawą działań w tym obszarze[84]. Zgodnie z jej art. 14 ust. 1, potrzebna jest w tym zakresie szczegółowa regulacja ustawowa – odpowiednie postanowienia zawarte zostały w ustawach, odnosząc się m.in. do takich zagadnień jak: przeciwdziałanie alkoholizmowi, narkomanii, ochrony zdrowia psychicznego, zwalczanie zagrożeń epidemiologicznych, czy też zapewnienie dostępu do opieki ambulatoryjnej. Podstawę takich działań stanowi również UoZP.

5.3.2.2. Powiaty.

Samorząd szczebla powiatowego wykonuje natomiast zadania publiczne w zakresie promocji i ochrony zdrowia, jeżeli mają one charakter ponadgminny. Podobnie jak w przypadku samorządu województw wykonywanie tych zadań odbywa się w sposób określony w innych ustawach, o czym przesądza brzmienie art. 4 ust. 1 ustawy o samorządzie powiatowym[85]. Przepisy ustrojowe wskazanej ustawy znajdują rozszerzenie w przepisach prawa materialnego m. in. w przepisach dotyczących: świadczeń opieki zdrowotnej

[83] Dz. U. z 2014 r. poz. 1118, z późn. zm.

[84] Zasadą jest, że zadania publiczne o charakterze władczym, wymagają do ich wprowadzenia normy prawa materialnego, wynikającej bezpośrednio z ustawy. Natomiast wszystkie pozostałe potrzebne zadania publiczne, które nie mieszczą się w grupie czynności władczych, określanych przez doktrynę często czynnościami materialno-technicznymi, nie wymagają specjalnego upoważnienia ustawowego. Czynności te również muszą mieć podstawę prawną, ale bardziej ogólną. Szerzej: M. Brzeski, Zadanie publiczne (w:) Leksykon prawa administracyjnego. 100 podstawowych pojęć (red.) E. Bojanowski, K. Żukowski, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2009, s. 527.

[85] Brzeski M., Zadanie publiczne (w:) Leksykon prawa administracyjnego. 100 podstawowych pojęć (red.) E. Bojanowski, K. Żukowski, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2009, s. 527

finansowanych ze środków publicznych, ochrony zdrowia psychicznego oraz postanowieniach UoZP.

5.3.2.3.Gminy.

W przypadku najniższego szczebla samorządu – gmin – do zadań samorządu należy, zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy o samorządzie gminnym, zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty - w tym w szczególności sprawy ochrony zdrowia (ustawodawca pominął odniesienie do „promocji zdrowia" obecne w ustawach dotyczących samorządu powiatów i województw). Podobnie jak w przypadku pozostałych JST ogólne postanowienia ustawy ustrojowej znajdują uszczegółowienie w regulacjach o węższym zakresie. Na szczególną uwagę zasługuje w tym zakresie przepis art. 7 ust. 2 przywołanej ustawy, który umożliwia wyróżnienie w katalogu zadań gmin zadań o charakterze obowiązkowym. W przypadku braku takiego wskazania podjęcie działań w danym obszarze ma charakter fakultatywny.

5.3.2.4. Charakter zadań JST

Zadania publiczne służące zaspokajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej – w omawianym kontekście obejmujące zadania z zakresu ochrony albo ochrony i promocji zdrowia – są wykonywane przez JST jako zadania własne. Ze stwierdzeniem tym koreluje przepis art. 3 ust. 1 UoZP, zgodnie z którym wynikające z tej ustawy zadania ZP stanowią zadania własne JST. Podobne rozwiązania zawierają ustawy:

- o przeciwdziałaniu narkomanii w odniesieniu do gmin (art. 10 wskazanej ustawy) i województwa (art. 9 tejże),
- o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w odniesieniu do gmin (art. 41 wskazanej ustawy), powiatu (art. 22 ust. 2) i województwa (art. 4 tejże),
- o ochronie zdrowia psychicznego w odniesieniu do województwa (art. 6 ust. 1 wskazanej ustawy).

Tym samym za zadania własne JST można uznać wszystkie zadania wymienione w NPZ. Będzie to wynikało bądź to z faktu zaliczenia tych zadań do kategorii zadań ZP (z art. 2 UoZP), bądź to z postanowień ustaw sektorowych, które odwołują się do zadań opisanych w NPZ (ustawa *o przeciwdziałaniu narkomanii, o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* i ustawa o ochronie zdrowia psychicznego).

Konsekwencją uznania zadań za zadania własne JST finansowanie ich realizacji wyłącznie ze środków własnych tych jednostek. Oznacza to, że na takie zadania JST nie mogą otrzymywać środków (dotacji) od innych podmiotów, w tym ze środków budżetu państwa. W

tym miejscu należy również zwrócić uwagę na fakt, że każdemu rozszerzeniu katalogu zadań własnych JST powinno towarzyszyć odpowiednie zwiększenie środków finansowych, którymi dysponują te jednostki. W szczególności zwiększeniu powinny ulec dochody własne JST (np. podatki i opłaty lokalne, udział w podatkach państwowych itd.), w myśl zasady, że zadania własne powinny być finansowane ze środków własnych danej JST. Jak wynika z uzasadnienia projektu UoZP[86] oraz brzmienia pkt 1 w części III NPZ nie doszło do takiego zwiększenia, a finasowanie realizacji programu ma się odbywać ze środków pozostających w dyspozycji JST. Może to stanowić istotne ograniczenie zakresu podejmowanych działań, szczególnie w przypadku mniej zamożnych JST. Obawę te potwierdzają wnioski zawarte w sprawozdaniach z kontroli NIK, dotyczących wykonywania zadań z zakresu ochrony zdrowia przez gminy województwa opolskiego[87] oraz wykonywania zadań własnych przez małe gminy[88].

Uznanie zadań ujętych w NPZ za zadania własne JST nie przesądza jednak o ich obligatoryjnym lub fakultatywnym charakterze. Należy przy tym zauważyć, iż status poszczególnych części NPZ nie jest jednolity. Zadania objęte celem operacyjnym nr. 2 (problematyka uzależnień) i związane z nimi działania JST w zasadniczej części uregulowane zostały bowiem w ustawach o przeciwdziałaniu narkomanii i o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Ustawy te nakładają na JST wskazanych szczebli obowiązek podjęcia określonych działań (np. przyjmowanie gminnych i wojewódzkich strategii dotyczących problematyki narkotykowej i alkoholowej). Postanowienia UoZP (art. 3 ust. 1) mają natomiast charakter na tyle ogólny, że nie pozwalają na przyjęcie, iż realizacja zadań z zakresu ZP, a tym samym realizacja znaczącej większości zadań przewidzianych w NPZ, ma charakter obowiązkowy.

Powyższa kwestia może mieć poważne znaczenie dla skali zaangażowania JST w wykonanie postanowień NPZ. Dowodem występujących w tym zakresie trudności mogą być wyniki prac Zespołu do opracowania projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (na rok 2016 i lata następne) powołanego przez Ministra Zdrowia[89]. W swoim

[86] Druk sejmowy Sejmu VII kadencji nr 3675, http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/druk.xsp?nr= [dostęp: 28.11.2016 r.]

[87] Kontrola NIK pt.: Wykonywanie przez gminy zadań własnych w zakresie ochrony zdrowia (P/14/099/LOP)

[88] Kontrola NIK pt.: Wykonywanie wybranych zadań publicznych przez małe gminy (P/15/066/LBI)

[89] Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2015 r. w sprawie powołania Zespołu do opracowania projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. Urz. Min. Zdrow. Poz. 62).

raporcie[90] zespół ten sformułował postulat ustawowego zobowiązanie JST do podjęcia jednego z kluczowych dla powodzenia NPOZP zadań - utworzenia centrów zdrowia psychicznego (CZP). Warto zauważyć, że powołanie CZP było jednym z zadań przewidzianych w NPOZP na lata 2010-2015, a program określał m.in. harmonogram powoływania centrów i docelowe wymagania ich dostępności. Możliwe było zatem precyzyjne wskazanie, które JST powinny to zadanie realizować i kiedy powinno to nastąpić. Jednakże z uwagi na nieobligatoryjny charakter tego zdania (oraz zapewne jego wysokie koszty) JST nie realizowały go. Analogiczna sytuacja może mieć miejsce w przypadku zadań określonych w NPZ.

Kwestią problematyczną i mogącą rzutować na efektywność wdrażania NPZ jest również sposób wskazania JST, mających być realizatorami poszczególnych zadań i działań przewidzianych w programie. W każdym przypadku NPZ odwołuje się do JST w sposób ogólny, nie wyróżniając, czy chodzi o gminy, powiaty, czy też województwa. Ma to dwie poważne konsekwencje:

- nie wszystkie szczeble JST mogą i powinny być realizatorami określonych w programie zadań i działań – może to prowadzić zarówno do prób ich podejmowania na nieadekwatnym poziomie, jak i umożliwiać unikanie ich wykonania z powołaniem braku wyraźnego przyporządkowania danego zadania określonemu szczeblowi JST,
- wobec braku precyzyjnie wskazanych wykonawców określonych w programie zadań może powstać wątpliwość co do ich obowiązkowego lub fakultatywnego charakteru dla danego szczebla JST.

Z tego względu konieczne wydaje się doprecyzowanie postanowień NPZ przez wskazanie, które szczeble JST powinny realizować poszczególne zadania. Nie można przy tym wykluczyć zasadności nawet bardziej precyzyjnego określenia, które spośród JST danego szczebla mają wykonywać określone zadania – np. przez odwołanie do liczby ludności, czy też wielkości (rozległości) JST. Na tę ostatnią kwestię zwróciła uwagę NIK w informacji o wynikach kontroli wykonywania przez gminy zadań z zakresu ochrony zdrowia[91], w toku której ustalono, iż uzasadnieniem niepodejmowania wielu takich działań była np. niewielka liczba mieszkańców gminy (2-3 tys. osób).

---

[90] Sprawozdanie zespołu powołanego przez Ministra Zdrowia do opracowania projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, Ministerstwo Zdrowia, http://npozp.pl/wp-content/uploads/2016/03/NPOZP_projekt_15_12_fin_rev.pdf [dostęp: 28.11.2016 r.]

[91] Kontrola NIK pt.: Wykonywanie przez gminy zadań własnych w zakresie ochrony zdrowia (P/14/099/LOP)

5.3.3. Podmioty spoza sektora publicznego.

UoZP zakłada możliwość włączenia w realizację zadań ZP podmiotów spoza sektora publicznego – organizacji pozarządowych. Jednakże w NPZ jedynie w 6 przypadkach przewiduje realizację wskazanych zadań przez podmioty wybrane w trybie konkursowym. Są to: jedno zadanie w ramach celu operacyjnego 1 (żywienie i aktywność fizyczna), dwa zadania w ramach celu operacyjnego 3 (zdrowie psychiczne), dwa zadania w ramach celu operacyjnego 4 (zagrożenia środowiskowe) i jedno zadanie w ramach działań wspierających. Przeprowadzenie konkursów przewidziano również w odniesieniu do innych zadań, lecz mają to być konkursy adresowane do konkretnych grup podmiotów (takich jak uczelnie wyższe, instytuty badawcze, czy wprost JST). Praktycznie wyklucza to z udziału w tych konkursach organizacje pozarządowe.

Zadania, które mają być realizowane przez podmioty spoza sektora publicznego mają stosunkowo niewielkie znaczenie i jedynie wspierający charakter – obejmują przede wszystkim edukację, promocje i w ograniczonym zakresie badania naukowe. Tak niewielkie planowane zaangażowanie sektora pozarządowego (niepublicznego) musi budzić zdziwienie, w szczególności wobec deklarowanej w uzasadnieniu UoZP[92] konieczności podejmowania działań międzysektorowych.

Należy jednak zauważyć, że pominięcie podmiotów niepublicznych, jako realizatorów poszczególnych zadań i działań przewidzianych w NPZ nie wyklucza możliwości powierzenia tym podmiotom wykonania tych zadań na podstawie przepisów ogólnych. Zastosowanie znajdą tu postanowienia UoZP odnoszące się do konkursów ofert (art. 14-17 UoZP), jak również przepisy ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie[93]. Stosownie do art. 11 tej ustawy współpraca z organizacjami pozarządowymi może przybrać formę wsparcia ich działalności przez podmiot publiczny albo powierzenia tym organizacjom wykonania zadań publicznych. Warunkiem wsparcia i powierzenia, jest to by zadanie mieściło się w sferze zadań publicznych. Ta ostatnia, zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt. 6, obejmuje m.in. działania z zakresu ochrony i promocji zdrowia, w tym działalności leczniczej w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[94].

---

92 Druk sejmowy Sejmu VII kadencji nr 3675, http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/druk.xsp?nr= [dostęp: 28.11.2016 r.]

93 Dz. U. z 2014 r. poz. 1118, z późn. zm.

94 Dz. U. z 2015 r. poz. 618, 788 i 905

Wskazane wydaje się możliwe szerokie uwzględnienie w realizacji NPZ współpracy z organizacjami pozarządowymi, w celu wytworzenia i wykorzystania efektu synergii działań publicznych i prywatnych, ale przede wszystkim w celu zapewnienia aktywnego udziału w realizacji polityki zdrowotnej możliwie szerokiej grupie interesariuszy. Szczególne znaczenie powinny mieć zadania służące bieżącemu monitoringowi i długofalowej ewaluacji realizacji NPZ.

5.4. Finansowanie.

Jak wynika z opublikowanego przez Główny Urząd Statystyczny Narodowego Rachunku Zdrowia za 2014 r.[95] całkowite wydatki bieżące na zdrowie w Polsce wynoszą 6,33% PKB przy średniej dla krajów UE wynoszącej 9% (w granicach 5-13%). Z tej kwoty zaledwie 2,7% przeznacza się na profilaktykę i ZP (w krajach UE średnio 2,69%, w granicach 1-6%). Bardzo skromne są wydatki na działania ZP na poziomie centralnym. Również wydatki JST na ochronę zdrowia (także z wyłączeniem wydatków o charakterze inwestycyjnym) kształtują się na niskim poziomie i wynoszą ok. 0,24% PKB, co oznacza, że ich udział w wydatkach na zdrowie ogółem wynosi zaledwie ok. 3,7%.

Dla możliwości wykonania zadań przewidzianych w NPZ kluczowe znaczenie będzie zatem miało zapewnienie odpowiedniej wysokości środków finansowych na poziomie centralnym, ale przede wszystkim na poziomie JST.

5.4.1. Finansowanie NPZ na poziomie JST.

Jak wskazano we wcześniejszej części analizy UoZP stanowi, że zadania z zakresu ZP realizowane przez JST należą do zadań własnych tych jednostek. Oznacza to, iż na ich sfinansowanie JST nie otrzymują transferów zewnętrznych, ale powinny pokrywać związane

[95] Narodowy Rachunek Zdrowia za 2014 r., http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5463/283/2/1/nrz_za_2013_rok_-zmiana_metodologii.pdf [dostęp: 28.11.2016 r.]

z nimi wydatki z własnych środków. Jednocześnie istnieją podstawy do stwierdzenia, iż już przed przyjęciem NPZ wiele samorządów nie realizowało zadań z zakresu ochrony zdrowia właśnie z uwagi na brak środków. Wniosek taki wynika z kontroli NIK, dotyczącej wykonywania przez JST zadań własnych w zakresie ochrony zdrowia[96]. Co więcej, w przypadku małych gmin NIK stwierdziła, iż brak środków finansowych stanowił przeszkodę w zaspokajaniu przez nie zbiorowych potrzeb mieszkańców nie tylko w odniesieniu do ochrony zdrowia, ale również organizacji cmentarzy, utrzymania dróg, czy też zaopatrzenia w wodę – dziedzin często uznawanych przez lokalnych decydentów za istotniejsze niż ochrona zdrowia[97].

Przynajmniej częściowym rozwiązaniem tego problemu może być, przewidziane w UoZP, nałożenie na NFZ obowiązku przeznaczania kwoty równej 1,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej na zadania związane z promocją zdrowia oraz profilaktyką chorób (odnosząc to do planu finansowego NFZ na 2015 r. byłaby to kwota w wysokości ok. 976 mln zł.). Środki te będą wydatkowane zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[98], tj. poprzez udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty, które zawarły umowę z NFZ. UoZP wprowadza możliwość współuczestniczenia NFZ w programach polityki zdrowotnej prowadzonych przez JST, zgodnych z regionalnymi priorytetami polityki zdrowotnej oraz celami NPZ. Programy te muszą być pozytywnie zaopiniowane przez Prezesa AOTMiT. Poziom dofinansowania przez NFZ zależy od wielkości populacji JST i będzie wyższy (do 80% wydatków na program polityki zdrowotnej) w przypadku jednostek o liczbie mieszkańców poniżej 5 tys. (w praktyce będą to najmniejsze gminy). W przypadku pozostałych JST dofinasowanie będzie mogło wynosić do 40% wydatków na program polityki zdrowotnej.

Istnieje jednak szereg ograniczeń (warunków) korzystania przez JST z powyższego mechanizmu wsparcia.

Przedmiotem dofinasowania będą jedynie programy polityki zdrowotnej dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej innych niż świadczenia gwarantowane. Oznacza to, że JST nie będą mogły ubiegać się o dofinasowanie działań mających na celu zwiększenie dostępności świadczeń gwarantowanych na swoim obszarze. Ograniczenie to dotyczyć będzie przede wszystkim działań podejmowanych w ramach celu operacyjnego 2 (problematyka

[96] Kontrola NIK pt.: Wykonywanie przez gminy zadań własnych w zakresie ochrony zdrowia (P/14/099/LOP)
[97] Kontrola NIK pt.: Wykonywanie wybranych zadań publicznych przez małe gminy (P/15/066/LBI)
[98] Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.

uzależnień), który obejmuje zadania o charakterze terapeutycznym, mogące się częściowo pokrywać z ze świadczeniami gwarantowanymi z zakresu leczenia uzależnień[99].

Warunkiem uzyskania dofinasowania ze środków NFZ będzie pozytywna opinia o programie JST wyrażona przez AOTMiT oraz przez właściwego wojewodę, oceniającego zgodność programu z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz z celami operacyjnymi NPZ. Wymóg ten należy ocenić jednoznacznie pozytywnie, gdyż przyczyni się on do większej koordynacji i koncentracji działań podejmowanych przez podmioty różnych szczebli.

Istotnym ograniczeniem efektywności mechanizmu wspierania JST w realizacji zadań z zakresu ZP może się jednak okazać sposób obliczania i wysokość środków finansowych NFZ na ten cel. Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w planie finansowym NFZ zostanie utworzona rezerwa celowa w wysokości 0,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej (odnosząc to do planu finansowego NFZ na 2016 r. byłaby to kwota w wysokości ok. 340 mln zł). Kwota tej rezerwy będzie wliczana do puli środków, jakie NFZ ma przeznaczać na zadania związane z promocją zdrowia oraz profilaktyką chorób. Utworzenie tej rezerwy nie będzie jednak mogło prowadzić do pomniejszenia środków na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych. Oznacza to, że wielkość środków na wspieranie programów polityki zdrowotnej JST będzie zależeć od całkowitej kwoty w dyspozycji NFZ. W okresie mniejszych wpływów do NFZ nastąpi ograniczanie wydatków na profilaktykę. Zaproponowany mechanizm – z uwagi na automatyzm – nie będzie sprzyjał prowadzeniu aktywnej i wyprzedzającej polityki zapobiegania chorobom.

Niestety ani UoZP, ani rozporządzenie ws. NPZ nie wskazują szacunkowej wysokości wydatków, jakie powinny ponieść JST na wykonanie zadań przewidzianych w tych aktach. Z tego względu nie jest możliwa ocena adekwatności wskazanego mechanizmu do potrzeb JST. Należy jednak zauważyć, że maksymalna przeznaczona na ten cel kwota (ok. 340 mln zł) odpowiada mniej niż 9% wydatków JST na ochronę zdrowia (ok. 4 mld zł w 2014 r.).

Jednakże najpoważniejszym zagrożeniem dla funkcjonowania wskazanego powyżej mechanizmu wspierania przez NFZ działań JST, a tym samym zagrożeniem dla realizacji całego NPZ, jest zawarcie w tym programie, w ramach celu 1. (żywienie i aktywność fizyczna) zadania nr 3.2. pkt 2, które przewiduje wspieranie przez NFZ, począwszy od 2017 r.

[99] Przykładem takich działań jest zadanie nr 3.3 w Krajowym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, polegające m.in. na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, którego realizatorem są zarówno JST, jak i NFZ.

programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na utrzymanie prawidłowej masy ciała realizowanych przez JST. Problemem jest tu nie tyle fakt występowania tego zadania, ale to, że analogicznego działania NFZ nie przewidziano w żadnym innym miejscu NPZ. Tym samym powstało poważne ryzyko stosowania przez NFZ restrykcyjnej wykładni rozporządzenia ws. NPZ, skutkującej zawężeniem stosowania przepisów UoZP (o finansowym wspieraniu działań JST) tylko do przypadków wyraźnie wskazanych w NPZ.

5.4.2. Finansowanie NPZ na poziomie centralnym.

Zgodnie z UoZP na finansowanie zadań ZP na poziomie centralnym przeznaczane mają być środki pozostające w dyspozycji NFZ, MZ (przede wszystkim w ramach Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych) oraz ministra właściwego do spraw kultury fizycznej (w ramach Fundusz Rozwoju Kultury Fizycznej i Fundusz Zajęć Sportowych dla Uczniów).

Dołączona do projektu ustawy Ocena Skutków Regulacji przewidywała wydatki na poziomie ok. 140 mln zł rocznie, z czego ca połowę miały stanowić środki pochodzące z wymienionych państwowych funduszy celowych, a drugą środki budżetowe. W 2016 r. wydatki budżetu państwa miały wynieść 70,7 mln zł, a w następnych latach 80,7 mln zł. Zgodnie z uzasadnieniem UoZP, większość środków budżetowych (ok. 60 mln zł) miała zostać przeznaczona na wdrożenie i realizację zadań związanych z profilaktyką nadwagi i otyłości. Pozostała kwota (ok. 10 mln zł) odzwierciedlała dotychczasowy łączny poziom nakładów budżetowych na programy z zakresu przeciwdziałania alkoholizmowi, narkomanii, i zwalczania skutków używania wyrobów tytoniowych (od 2018 r. włączony do NPZ).

Rozporządzenie ws. NPZ dokonało zmian dystrybucji środków pomiędzy celami operacyjnymi programu. Wskazano, że cele operacyjne 1, 2 i 3 będą finansowane ze środków funduszy celowych oraz z budżetu państwa (bez określenia udziału tych źródeł) w łącznej kwocie 96 mln zł rocznie, zaś cele operacyjne 4, 5 i 6 będą finansowane wyłącznie ze środków budżetu państwa w łącznej wysokości 44 mln zł rocznie. Jednocześnie przewidziano możliwość finasowania zadań NPZ również ze środków własnych realizatorów – co odnosi się do wydatków podmiotów nienależących do administracji rządowej (głównie NFZ i JST), gdyż te dysponują środkami pochodzącymi z budżetu państwa lub ze wskazanych funduszy celowych.

W ramach wskazanych limitów wydatków faktycznie nowe środki przeznaczone na realizację zadań wynikających z NPZ stanowi kwota ok 50-60 mln zł. Środki funduszy celowych (ok. 70-80 mln zł rocznie) już dotychczas przeznaczane były na cele mieszczące się

w zakresie działań ZP, a Ministerstwo Zdrowia wraz z jednostkami podległymi (PARPA, KBPN, GIS) wydatkowało rocznie ok 10 – 13 mln zł ze środków budżetu państwa na zapobieganie czynnikom ryzyka. Tym samym kwot tych nie można uznać za nowe środki, zwiększające zaangażowanie państwa w sektorze ZP.

5.4.3. Tryb finansowania zadań NPZ

UoZP wprowadziła nowe tryby przekazywania środków finansowych na wykonanie zadań z zakresu ZP. Środki te mogą być przyznawane realizatorom w wyniku przeprowadzenia konkursu ofert albo na wniosek podmiotów wskazanych bezpośrednio w NPZ. Do powierzenia realizacji tych zadań nie trzeba obecnie stosować przepisów o zamówieniach publicznych, czy też przepisów o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, choć możliwość taka pozostanie, gdyż nie została przez ustawę wykluczona.

Wprowadzony tryb konkursowy będzie stanowił duże uproszczenie, a przede wszystkim przyspieszenie procedur związanych z wyborem realizatorów poszczególnych zadań i zawieraniem z nimi stosownych umów. Podobne przepisy funkcjonują już na gruncie regulacji dotyczących np. Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

Tryb wnioskowy (bez konkursu ofert) jest dopuszczalny jedynie w sytuacji, w której zadanie będzie realizowane przez podmiot wskazany w NPZ. Podstawową grupę zadań, w stosunku do których NPZ zawiera wskazanie realizatora, stanowią zadania koordynacyjne i wspierające, za które odpowiada MZ.

Niezależnie od przyjętego sposobu wykonywania, a co za tym idzie trybu finasowania zadań ujętych w NPZ (realizacja we własnym zakresie przez organ lub jednostkę podległą albo nadzorowaną) zagrożeniem dla ciągłości (stabilności) realizacji tych zadań będzie coroczny cykl planowania, wydatkowania i rozliczania środków budżetowych. Bowiem ani UoZP, ani rozporządzenie ws. NPZ nie stanowią same w sobie podstawy do dysponowania środkami budżetowymi – tak na szczeblu centralnym, jak i w JST. Każdorazowo konieczne będzie dużo wcześniejsze zaplanowanie ponoszonych wydatków (ich rodzaju, wysokości oraz wskazanie podmiotu, w którego planie finansowym zostanie ujęty dany wydatek).

Skutki tego ograniczenia są widoczne na obecnym, początkowym etapie obowiązywania NPZ. Jego późne przyjęcie - w drugiej połowie 2016 r., z terminem obowiązywania od początku tego roku do końca 2020 r., uniemożliwiło zaplanowanie odpowiednich kwot na realizację przewidzianych w NPZ zadań. Biorąc pod uwagę cykl planowania wydatków publicznych, gdzie wstępne założenia przyjmowane są na pół roku

przed kolejnym rokiem budżetowym, utrudnione będzie zapewnienie środków finansowych na wykonanie programu również w 2017 r.

Elementem stabilizującym proces wykonywania zadań przewidzianych w NPZ są państwowe fundusze celowe, których dysponentami są MZ i MSiT. Pomimo działania na podstawie rocznych planów finansowych, fundusze przez powiązanie określonego (stabilnego) źródła środków z wydatkami na wskazane zadania publiczne, dają możliwość wieloletniego planowania budżetowego oraz nieprzerwanego finansowania wskazanych działań.

Ułatwieniem, acz niecałkowitym rozwiązaniem problemów ciągłości finansowej mogłoby być nadanie NPZ formy programu kroczącego. Rozwiązanie to zostało wykorzystanie np. przy opracowaniu planów modernizacji technicznej armii. Polega ono na opracowaniu programu na dłuższy okres czasu (np. 10 – 15 lat – bliższy perspektywie strategicznej) i jego okresowej i regularnej weryfikacji (np. co 5 lat – perspektywa operacyjna). Podstawą odnawianego programu są w takiej sytuacji wyniki dotychczas podjętych działań, ale i aktualne możliwości (finansowe i organizacyjne) realizatorów. Zaletą tego rozwiązania jest też uniknięcie nieciągłości i przerw w sytuacji braku programu. Postanowienia UoZP, które przewidują jedynie minimalny okres obowiązywania NPZ, uniemożliwiają zastosowanie takiego podejścia.

5.5. Koordynacja zadań przewidzianych w NPZ i sprawozdawczość - efektywność narzędzi koordynacyjnych przewidzianych w UoZP.

W zakresie oceny czynników związanych z zarzadzaniem realizacją NPZ istotne jest odniesienie się do regulacji określających koordynację bieżącej realizacji NPZ oraz możliwość efektywnej oceny i ewaluacji podejmowanych działań. Analiza możliwości koordynacji obejmuje metody i narzędzia koordynacji przewidziane w UoZP oraz wynikające z innych aktów prawnych – odrębnie dla poziomu centralnego, regionalnego/lokalnego, współpracy między „centrum a terenem" oraz współpracy z pomiotami spoza sektora publicznego.

UoZP stanowi, że zadania ZP będą koordynowane przez MZ. W tym celu ustawa nałożyła na niego szereg obowiązków. Zapowiedziano również utworzenie dwóch ciał kolegialnych: Rady do spraw Zdrowia Publicznego i Komitetu Sterującego NPZ. Zadania MZ obejmują m.in.: przygotowywanie projektu NPZ, zapewnienie spójności zadań

podejmowanych przez różnych realizatorów oraz sporządzanie okresowych informacji o zdaniach z zakresu ZP wraz z ich ewaluacją. W tym celu MZ powinien: gromadzić i analizować informacje dotyczące sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, monitorować realizację zadań z zakresu ZP oraz analizować okresowe sprawozdania z realizacji zadań przez podmioty publiczne. Minister będzie też „*sygnalizował (...) potrzebę podjęcia określonych zadań*". Działania MZ pokrywają się z zakresem spraw przypisanych do działu zdrowie w ustawie o działach administracji rządowej. Na realizację dodatkowych zadań przez MZ przewidziano pewne zasoby kadrowe (10 etatów) i finansowe. Warto zauważyć, że krajowa koordynacja działań o znacznie węższym zakresie (polityka alkoholowa, narkotykowa, problematyka HIV/AIDS) spoczywała dotąd na agendach, które zatrudniały kilkadziesiąt osób (PARPA, KBPN, KCAIDS). Uzasadnione są zatem obawy, co do możliwości pełnienia przez MZ aktywnej roli w inicjowaniu, wdrażaniu i monitorowaniu działań przewidzianych UoZP.

UoZP przewiduje utworzenie Rady ds. ZP. W jej skład będą wchodzić przedstawiciele administracji publicznej, a także głównych podmiotów związanych z działaniami na rzecz ZP. Rada zastąpi dotychczasowy Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny NPZ i będzie pełniła funkcję opiniodawczo-doradczą dla MZ. Rada nie posiada kompetencji decyzyjnych i stanowi forum dyskusji oraz współpracy podmiotów zaangażowanych w realizację zadań ZP.

UoZP przewiduje również powołanie Komitetu Sterującego NPZ. W skład Komitetu będą wchodzić sekretarze lub podsekretarze stanu z ministerstw odpowiedzialnych za wdrażanie zadań określonych w NPZ, a jego przewodniczącym będzie MZ. Zadania Komitetu zostały określone bardzo ogólnie i obejmują bieżącą koordynację działań i rozwiązywanie problemów związanych z realizacją NPZ. Komitet może stanowić płaszczyznę do codziennej współpracy międzysektorowej i wypracowania wiążących rozstrzygnięć kwestii spornych. Praktyka funkcjonowania podobnych gremiów wskazuje jednak, że z powodu swojego składu (członkowie ścisłego politycznego kierownictwa ministerstw) ciała te nie mogą spotykać się wystarczająco często. Poważne wątpliwości budzi jednak brak określenia w NPZ bliższej roli Komitetu Sterującego. Jedyna dotycząca go regulacja to pkt 3 w części XI. Zadania koordynacyjne, ewaluacyjne i badawcze. Komitet został w nim wskazany jako podmiot współpracujący z MZ w prowadzenie monitorowania i ewaluacji NPZ.

Dotychczasowa praktyka funkcjonowania międzyresortowych zespołów wysokiego szczebla, fakt, że w składzie Komitetu brak jest przedstawicieli innych (niż administracja centralna) realizatorów, brak wskazania konkretnych zadań w procesie oceny NPZ, a wreszcie brak uprawnień decyzyjnych (np. do rozstrzygania sporów lub reagowania na

nieprawidłowości) uzasadniają obawy o skuteczność bieżącego monitorowania oraz okresowej ewaluacji NPZ.

W UoZP założono możliwość ustanowienia przez RM Pełnomocnika Rządu ds. ZP, który ma realizować zadania MZ z zakresu ZP. Rozwiązane to nie ma charakteru nowatorskiego, gdyż możliwość powoływania pełnomocników wynika z ustawy o Radzie Ministrów.

Ustawa nakłada obowiązek przedstawiania przez organy administracji rządowej, agencje wykonawcze i inne państwowe jednostki organizacyjne rocznych informacji o działaniach zrealizowanych lub podjętych w danym roku. JST zostały zobowiązane do przedstawiania takich informacji wojewodzie, który tworzy informację zbiorczą i przekazuje ją do MZ. UoZP wprowadza obowiązek weryfikacji zgodności tych informacji z celami operacyjnymi i zadaniami NPZ oraz z regionalnymi priorytetami polityki zdrowotnej (tzw. mapami regionalnymi), określonymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ocena ta będzie dokonywana dwuetapowo.

W pierwszej kolejności przez wojewodę, na podstawie informacji przekazanych przez JST, a następnie przez MZ. Sposób przekazywania tych informacji i wzór dokumentu będzie określony w rozporządzeniu MZ. Na podstawie już istniejących druków sprawozdawczych można założyć, że zbierane dane będą dotyczyć wyłącznie liczby i rodzaju działań, a nie ich jakości czy skuteczności.

Przyjęte w UoZP rozwiązania, wbrew tezom z uzasadnienia projektu ustawy, nie zapewnią ujednolicenia sprawozdawczości. W dalszym ciągu obowiązują przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz rozporządzenie RM w sprawie NPOZP, które zobowiązują realizatorów NPOZP do przedkładania MZ rocznych sprawozdań ze zrealizowanych działań. Również postanowienia ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii nakładają na organy wykonawcze samorządów województw i gmin obowiązek sporządzania informacji z realizacji działań wynikających z wojewódzkich i gminnych programów przeciwdziałania narkomanii, i przesyłania tych informacji do KBPN. Jednocześnie, w wyniku uchylenia przez UoZP części przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, Biuro pozbawiono uprawnienia do monitorowania realizacji programu przeciwdziałania narkomanii. Zadanie to przekazano Radzie ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Powstał tym samym konkurencyjny (paralelny) organ oceny realizacji NPZ o kompetencjach ograniczonych jednak do części zadań wchodzących w skład jednego z celów operacyjnych NPZ.

Ponadto UoZP stanowi, że ogólnokrajowe sprawozdania z realizacji zadań ZP będą przedstawiane RM, a następnie Sejmowi co dwa lata. Różni się to od dotychczasowej

praktyki corocznego przedstawiania informacji o stanie realizacji np. polityki alkoholowej czy narkotykowej. Oznacza też osłabienie bieżącego nadzoru nad realizacją działań ZP i kontrolnej roli parlamentu.

5.6. Podsumowanie.

W podsumowaniu wskazano najistotniejsze ustalenia dotyczące zapisów w NPZ, które mogą mieć znaczenie dla sprawności realizacji celów tego Programu.

- W przyjętym Programie cel strategiczny jest powielonym fragmentem przepisu upoważniającego (powielenie fragmentu przepisu upoważniającego z UoZP nie może być uznane za jego wykonanie). Oznacza to niewykonanie delegacji ustawowej do wydania rozporządzenia ws. NPZ przez RM. Brak jest również informacji o beneficjentach podejmowanych działań, przewidywanych korzyściach i czasie, w którym wystąpią te korzyści.
- Program nie wskazuje zadań służących osiągnięciu poszczególnych celów operacyjnych wszystkie działania z zakresu ZP wskazane w art. 2 UoZP.

- Nie wyodrębniono zadań nakierowanych bezpośrednio na cel strategiczny NPZ tj. zmniejszania nierówności w zdrowiu, we wszystkich celach operacyjnych.
- Nie zostały rozdzielone zadania pomiędzy podmioty wskazane jako odpowiedzialne za poszczególne cele operacyjne.
- Krytyczne znaczenie dla realizacji NPZ ma terminowe i rzetelne wywiązanie się przez MZ z zadania przeprowadzenia analizy wpływu interwencji podejmowanych w ramach NPZ pod kątem problematyki pogłębiania lub ograniczania nierówności społecznych w zdrowiu oraz wspieranie realizatorów zadań w zakresie dostarczania informacji o zalecanym sposobie ich wykonywania, w szczególności pod kątem ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu.
- NPZ nie określa precyzyjnie podmiotów uczestniczących w realizacji NPZ i przypisanych im ról, w szczególności zasadne było by:
    - przypisanie poszczególnych zadań do działów administracji rządowej, w miejsce posługiwania się nazwami ministrów aktualnie kierujących tymi działami,
    - określenie szczebli JST, którym przypisane mają być poszczególne zadania, a gdy wynika to ze specyfiki zadania również przez odwołanie do liczby ludności lub rozmiaru (powierzchni, rozległości) danej JST.
- Brak jest określenia charakteru zadań z zakresu ZP nałożonych na poszczególne szczeble JST. Wskazane jest dookreślenie zadań oraz rozstrzygnięcie ich obligatoryjnego lub fakultatywnego charakteru przez zmianę postanowień UoZP lub doprecyzowanie postanowień NPZ odnoszących się do zadań JST.
- Nie oszacowano wysokości wydatków, jakie powinny ponieść JST na wykonanie zadań przewidzianych w programie. Niemożliwa jest zatem ocena stopnia realizacji tych zadań.
- Niedookreślone są zasady i tryb bieżącego monitorowania i okresowej ewaluacji NPZ z precyzyjnym opisaniem roli w tym procesie Rady do spraw Zdrowia Publicznego i Komitetu Sterującego NPZ, w tym uporządkowanie i ujednolicenie terminologii części XII programu.
- Nie została ujednolicona sprawozdawczość z realizacji zadań wynikających z NPZ (odrębne obowiązki sprawozdawcze zawarte są np. w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii).

- Niejednoznacznie określona jest relacja pomiędzy NPZ a działaniami przewidzianymi w ustawach sektorowych. Niepokoi brak zintegrowania z pozostałymi działaniami NPZ funkcjonujących odrębnie programów z zakresu uzależnień (alkohol, narkotyki i uzależnienia behawioralne) oraz zdrowia psychicznego. Konieczne jest skoordynowanie działania różnych podmiotów i w różnych obszarach ZP, zgodnie z deklarowanym celem UoZP, stanowiskiem ŚOZ odnośnie do zarządzania (ang. governance) systemem ZP oraz całym systemem zdrowia (EPHO nr 6).
- W Programie brakuje koncepcji możliwie szerokiego uwzględnienia w realizacji NPZ współpracy z organizacjami pozarządowymi, w celu wytworzenia i wykorzystania efektu synergii działań publicznych i prywatnych, ale przede wszystkim w celu zapewnienia aktywnego udziału w realizacji polityki zdrowotnej możliwie szerokiej grupie interesariuszy. Szczególne znaczenie powinny mieć zadania służące bieżącemu monitoringowi i długofalowej ewaluacji realizacji NPZ.
- Ograniczone jest wykorzystanie zastosowania mechanizmu wspierania przez NFZ działań JST w odniesieniu do wszystkich zadań ujętych w NPZ, które JST zdecydują się realizować w formie programów polityki zdrowotnej. W NPZ jest to wskazane jedynie w ramach celu 1. (żywienie i aktywność fizyczna), zadania nr 3.2. pkt 2, które przewiduje wspieranie przez NFZ, począwszy od 2017 r. programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na utrzymanie prawidłowej masy ciała realizowanych przez JST.

VI. ISTOTNE OPERACJE ZDROWIA PUBLICZNEGO WAŻNE DLA REALIZACJI NARODOWEGO PROGRAMU ZDROWIA (*Piotr Tyszko, Magdalena Bogdan, Maciek Godycki-Ćwirko*).

6.1. Grupowanie operacji zdrowia publicznego i ich elementy składowe.

W 2012 r. Regionalny Komitet WHO ds. Europy przyjął dokument strategiczny *The European Action Plan (EAP) for Strenghtening Public Health Services and Capacity* jako podstawę realizacji polityki zdrowotnej *Zdrowie 2020*[100]. Jednym z istotnych elementów planu jest propozycja zestawu 10 horyzontalnych, niezbędnych działań (operacji) w zakresie zdrowia publicznego, określanych jako *Essential Public Health Operations* (EPHOs). Są one podzielone na dwie główne grupy (ryc. 2)

Pierwsza z nich określana jest jako „rdzeń", czyli działania zasadnicze, wymagające specjalistycznej wiedzy i umiejętności. Obejmuje ona operacje EPHO 1 do EPHO 5. W ramach tego podziału jest wyróżniana podgrupa świadczeń z zakresu profilaktyki zdrowia (EPHO 3, promocji zdrowia (EPHO 4) i zapobiegania chorobom za pośrednictwem publicznej służby zdrowia (EPHO 5) oraz podgrupa działań rozpoznawczych (intelligence), które są oparte na monitoringu, nadzorze i badaniach naukowych (EPHO 1, EPHO 2, EPHO 10).

Druga grupa obejmuje operacje wspomagające (Enabler Operations) – od EPHO 6 do EPHO 10 (ryc. 1).

Szczegółowy zakres konkretnych działań, wchodzących w skład poszczególnych operacji EPHOs, zdefiniowany jest w kwestionariuszu, wykorzystywanym przez WHO do badań realizacji działań zdrowia publicznego w różnych krajach, w tym w Polsce[101]. Główne elementy zestawu dziesięciu operacji zdrowia publicznego wg. *Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region* przedstawiono w tabeli III.

---

[100] The European Action Plan (EAP) for Strenghtening Public Health Services and Capacity, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf?ua=1 [dostęp: 01.03.2016 r.]

[101] Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/281700/Self-assessment-tool-evaluation-essential-public-health-operations.pdf [dostęp: 01.03.2016 r.]

Ryc. 1. Operacje zdrowia publicznego (EPHOs) i ich grupowanie[102].

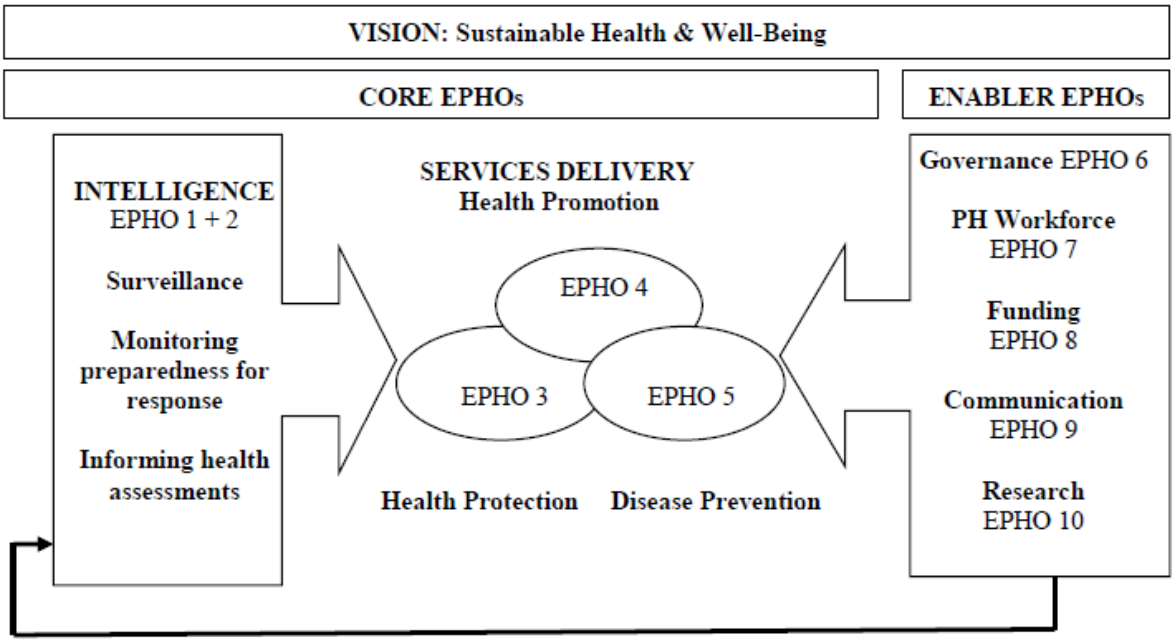


Tabela III. Główne składowe operacji zdrowia publicznego.

Operacja zdrowia publicznego wg EPHOs	**Główne elementy działania** (w nawiasach liczba działań szczegółowych)
EPHO 1: Surveillance of population health and well-being	1.A. Health data sources and tools 1.B. Surveillance of population health and disease programmes 1.C. Surveillance of health system performance 1.D. Data integration, analysis and reporting
EPHO 2: Monitoring and response to health hazards and emergencies	2.A. Identification and monitoring of health hazards 2.B. Preparedness and response to Public Health emergencies 2.C. Implementation of IHR (International Health Regulations)
EPHO 3: Health protection, including environmental, occupational and food safety and others	3A. Environmental health protection 3.B. Occupational health protection 3.C. Food safety 3.D. Patient safety 3.E. Road safety

[102] The European Action Plan (EAP) for Strenghtening Public Health Services and Capacity, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf?ua=1 [dostęp: 01.03.2016 r.]

	3.F. Consumer product safety
EPHO 4: Health promotion including action to address social determinants and health inequity	4.A. Intersectoral and interdisciplinary capacity 4.B. Addressing behavioural, social and environmental determinants of health through a whole-of-government, whole-of-society approach
EPHO 5: Disease prevention, including early detection of illness	5.A. Primary Prevention 5.B. Secondary prevention 5.C. Tertiary/quaternary prevention 5.D. Social support
EPHO 6: Assuring governance for health	6.A. Leadership for a whole-of-government and whole-of-society approach to health and well-being 6.B. Health policy cycle 6.C. Regulation and control (see also relevant sections in EPHO 3)
EPHO 7: Assuring a competent public health workforce	7.A. Human resources development cycle 7. B. Human Resources Management 7.C. Public health education 7.D. Governance of public health human resources
EPHO 8: Assuring organizational structures and financing	8.A. Ensure appropriate organizational structures to deliver EPHOs 8.B. Financing public health services
EPHO 9: Information, communication and social mobilization for health	9.A. Strategic and systematic approach to public health communication 9.B. ICT (information and communication technology) for health
EPHO 10: Advancing Public Health research to inform policy and practice	10.A. Setting a national research agenda 10.B. Capacity-building 10.C. Coordination of research activities 10.D. Dissemination and knowledge-brokering

Wszystkie wyżej wyszczególnione operacje są uznane przez Światową Organizację Zdrowia za dostępne, efektywne oraz o najwyższej jakości.

6.2. Operacje zdrowia publicznego a Narodowy Program Zdrowia.

Narodowy Program Zdrowia jako bardzo rozbudowany program działań przyczynia się do realizacji operacji zdrowia publicznego. Należy jednak zaznaczyć, iż jego realizacja w danym kraju jest jednocześnie uwarunkowana istnieniem mechanizmów i instytucji zdrowia publicznego przewidzianych w EPHOs. Przeprowadzona analiza wykazała, że w realizacji NPZ muszą być wykorzystane wszystkie operacje. W przypadku celu operacyjnego 1 (Poprawa sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa oraz aktywności fizycznej społeczeństwa) największe znaczenie mają operacje EPHO 3, EPHO 4, EPHO 5 i EPHO 10; w przypadku celu 2 (Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych i uzależnieniami behawioralnymi) – wszystkie operacje, a szczególnie EPHO 4, EPHO 5, EPHO 6 i EPHO 10; dla realizacji celu 3 (Poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa) kluczowe znaczenie mają EPHO 4, EPHO 5, EPHO 6, EPHO 8 i EPHO 10; w realizacji celu 4 (Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki) wykorzystana jest głównie operacja EPHO 3, ale także EPHO 1, EPHO 2, EPHO 5, EPHO 6, EPHO 7 i EPHO 10; realizacja celu 5 (Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się) wymaga działań z zakresu EPHO 1, EPHO 5, EPHO 6, EPHO 8 i EPHO 10; cel 6 (Poprawa zdrowia prokreacyjnego) jest związany z operacjami EPHO 4, EPHO 5, EPHO 6, EPHO10. Monitoring i ewaluacja NPZ opiera się na operacjach EPHO 1, EPHO 2 i EPHO 10. Wdrożenie Programu wyzwala mobilizację społeczną na rzecz zdrowia, co odpowiada operacji EPHO 9.

W analizie wykorzystania operacji zdrowia publicznego na rzecz realizacji NPZ zwraca uwagę kluczowe znaczenie operacji EPHO 3, EPHO 4, EPHO 5, tj. profilaktyki zdrowia w tym, bezpieczeństwo środowiska, pracy, żywności i inne, promocji zdrowia w tym działania wobec uwarunkowań społecznych i nierówności w zdrowiu i zapobiegania chorobom, w tym wczesne wykrywanie chorób. Stosunkowo duże znaczenie ma operacja EPHO 6 – zapewnienie zarządzania dla zdrowia i dobrostanu i EPHO 10 - wspieranie rozwoju badań zdrowia publicznego na rzecz kształtowania polityki i działań praktycznych.

6.3. Operacje zdrowia publicznego a działania na rzecz ograniczania nierówności zdrowotnych.

Poszczególne operacje zdrowia publicznego, definiowane w kategoriach EPHOs mają znaczenie z punktu widzenia ograniczania nierówności zdrowotnych[103]. Wykaz operacji, które mają szczególne znaczenie w tym zakresie przedstawiono poniżej. Uwzględniono tu także wybrane, autorskie rekomendacje możliwe do sformułowania na podstawie materiałów uzyskanych w ramach oceny realizacji operacji zdrowia publicznego, przeprowadzonej w ramach Projektu Predefiniowanego: Ograniczanie Społecznych Nierówności w Zdrowiu oraz przez MZ wg. metodologii Światowej Organizacji Zdrowia (EPHOs)[104,105]. Gwiazdkami oznaczono oszacowane przez ekspertów Projektu możliwości wdrożenia rekomendacji: * - możliwy szybki sukces, ** - wymagane działania planowe, *** - rozważenie możliwości wdrożenia, **** - raczej brak możliwości wdrożenia.

EPHO 1: NADZOROWANIE ZDROWIA I DOBROSTANU POPULACJI.

1.A. Źródła i narzędzia dla danych dotyczących zdrowia.

1.B. Nadzór nad zdrowiem i chorobami w populacji.

1.C. Nadzorowanie wykonania działań systemu zdrowotnego.

1.D. Integrowanie, analiza i sprawozdawanie danych.

***Komentarz**: Umożliwia śledzenie równości zdrowotnej poprzez monitorowanie gotowości i informowania w zakresie oceny zdrowia określonych populacji.*

Rekomendacje:

- poprawa zakresu oraz jakości istniejących rejestrów w celu odpowiedniego zaspokojenia potrzeb z zakresu zdrowia publicznego **;
- określenie zasad dla najbardziej efektywnego wykorzystania danych publicznych w kontekście zdrowia publicznego **;
- zmniejszenie barier dotyczących ochrony danych osobowych w celu monitorowania stanu zdrowia populacji **.

[103] Określenie „nierówności zdrowotne" obejmuje nierówności stanu zdrowia jak też nierówności w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych.

[104] Diagnoza istniejącej organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce – rzeczywisty sposób działania systemu. Projekt Predefiniowany: Ograniczanie Społecznych Nierównosci w Zdrowiu realizowany w ramach Programu PL13, poddziałanie 1.2. Warszawa, 2015.

[105] Raport podsumowujący ocenę podejmowanych w Polsce niezbędnych działań z zakresu zdrowia publicznego. Biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce, 2015.

EPHO 2: MONITOROWANIE I REAGOWANIE NA ZAGROŻENIA ZDROWIA W SYTUACJACH KRYZYSOWYCH.

2.B. Przygotowanie i odpowiadanie na stany nagłe w zdrowiu publicznym.

Komentarz: *Zagrożenia dla zdrowia i stany nagłe wydają się być szczególnie związane z ryzykiem nierówności zależnych od pozycji społeczno-ekonomicznej potencjalnych ofiar.*

Rekomendacje:

- ustanowienie procedur reagowania w sytuacjach kryzysowych oraz zagrożeń dla zdrowia **;
- sformułowanie standardów postępowania oraz wprowadzenie praktycznych szkoleń w zakresie reagowania na poważne zagrożenia dla zdrowia **;
- poprawa komunikacji w zakresie ryzyka zdrowotnego *.

EPHO 3: OCHRONA ZDROWIA, OBEJMUJĄCA BEZPIECZEŃSTWO ŻYWNOŚCI, ZDROWIE PRACUJĄCYCH I ŚRODOWISKOWE ZAGROŻENIA ZDROWIA.

3.B. Ochrona zdrowia w odniesieniu do wykonywanego zawodu.

3.D. Bezpieczeństwo pacjenta.

Komentarz: *Wszystkie sfery tej operacji w dużym zakresie wydają się zależne od uwarunkowań społeczno-ekonomicznych.*

Rekomendacje:

- ustalenie zintegrowanej strategii systemu monitorowania krajowego, łączącego różne źródła danych nt. środowiskowych i zawodowych zagrożeń dla zdrowia **;
- zwiększenie świadomości społecznej w zakresie środowiskowych i zawodowych zagrożeń dla zdrowia.

EPHO 4: PROMOCJA ZDROWIA, W TYM DZIAŁANIA DOTYCZĄCE SPOŁECZNYCH UWARUNKOWAŃ ZDROWIA, NIERÓWNOŚCI ZDROWOTNE.

4.A. Zdolność działania międzysektorowego i interdyscyplinarnego.

4.B. Zajmowanie się behawioralnymi, społecznymi i środowiskowymi uwarunkowaniami zdrowia przez podejście administracji państwowej i całego społeczeństwa.

Komentarz: *zapewnianie równości zdrowotnej w zapewnianiu świadczeń*.

Rekomendacje:

- ustanowienie mechanizmów przenoszenia krajowych priorytetów zdrowotnych na poziom lokalny (***);
- przeprowadzanie badań pilotażowych przed wdrożeniem programów promocji zdrowia ***;
- wdrożenie niezależnej, zewnętrznej ewaluacji efektywności programów promocji zdrowia *.

EPHO 5:

PROFILAKTYKA, W TYM WCZESNE WYKRYWANIE CHORÓB (choroby zakaźne i niezakaźne).

5.A. Profilaktyka pierwszorzędowa.

5.B. Profilaktyka drugorzędowa.

5.C. Profilaktyka trzecio/czwartorzędowa.

5.D. Wsparcie socjalne.

Komentarz: *Podstawowa operacja, skupiająca się na nierówności zdrowotnej w zakresie interwencji profilaktycznych, zależna od statusu społeczno – ekonomicznego.*

Rekomendacje:

- wdrożenie nowoczesnych rozwiązań marketingu i komunikacji społecznej w działaniach na rzecz zapobiegania chorobom **;
- ustanowienie infrastruktury dla prowadzenia kompleksowej profilaktyki chorób, niezależnej od funkcjonującego systemu usług zdrowotnych **;
- przeciwdziałanie ruchom antyszczepionkowym **.

EPHO 6:

ZAPEWNIANIE ZARZĄDZANIA DLA ZDROWIA.

6.A. Przywództwo dla całego rządu i całego społeczeństwa.

Podejście do zdrowia i dobrego samopoczucia.

6.B. Cykl polityki zdrowotnej.

6.C. Kontrola regulacji.

Komentarz: *Umożliwia skupienie się na ułatwianiu równości zdrowotnej.*

Rekomendacje:

- wzmocnienie długoterminowych celów w zakresie zdrowia publicznego na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym **;

- ustalenie i wdrożenie mechanizmów tworzenia i ewaluacji polityk zdrowia publicznego **;
- poprawa efektywności współpracy międzysektorowej w zakresie zdrowia publicznego ***;
- wzmocnienie roli i wykonawstwa podstawowej opieki zdrowotnej w odniesieniu do operacji zdrowia publicznego **.

EPHO 7: ZAPEWNIANIE KOMPETENTNYCH KADR DLA ZDROWIA PUBLICZNEGO.

7.A. Cykl rozwoju zarządzania zasobami ludzkimi.

7. B. Zarządzanie zasobami ludzkimi – różnice płci.

7.C. Edukacja w zakresie zdrowia publicznego.

7.D. Zarządzanie zasobami ludzkimi zdrowia publicznego.

Komentarz: *Zasoby osobowe wykwalifikowanych profesjonalistów opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego stanowią niezbywalny element planowania, wdrażania i rozliczania działań na rzecz równości zdrowotnej.*

Rekomendacje:

- ustanowienie definicji pracownika zdrowia publicznego *;
- ustanowienie podstawowych kompetencji pracowników zdrowia publicznego, zgodnych z definicją i programem kształcenia *;
- utworzenie systemu gromadzenia danych nt. kadr zdrowia publicznego *;
- ocena aktualnego zatrudnienia w zdrowiu publicznym; monitorowanie ścieżek karier **.

EPHO 8: ZAPEWNIANIE ODPOWIEDNIEJ STRUKTURY ORGANIZACYJNEJ I FINANSOWANIA.

8.A. Zapewnianie właściwych struktur organizacyjnych do zrealizowania operacji zdrowia publicznego.

8.B. Finansowanie świadczeń zdrowia publicznego.

Komentarz: *Struktury i finansowanie są dla wprowadzania równości zdrowotnej jak „armaty dla Napoleona” – ich brak lub niedostatek czyni każdą rozmowę o jakiejkolwiek batalii bezprzedmiotową.*

Rekomendacje:

- zapewnienie trwałych operacji, jak też struktur organizacyjnych i finansowania instytucji zdrowia publicznego **;
- wzmocnienie roli wyznaczonych instytucji zdrowia publicznego w rozwoju i realizacji opartych na dowodach naukowych polityk zdrowia publicznego ***;
- przedefiniowanie misji, celów i roli Państwowej Inspekcji Sanitarnej w odniesieniu do głównych problemów zdrowia publicznego **.

EPHO 9: INFORMACJA, KOMUNIKACJA I MOBILIZACJA SOŁECZNA DLA ZDROWIA.

9.B. Technologia informacji i komunikowania się.

Komentarz: *Wymiana informacji, w szczególności poziomy przekaz zwrotny pomiędzy profesjonalistami pracującymi na rzecz równości zdrowotnej a lokalnymi. społecznościami oraz pionowy pomiędzy społecznościami a decydentami tworzy kolejny niezbywalny element pożądanego sukcesu we wprowadzaniu zmiany.*

Rekomendacje:

- wzmocnienie poparcia dla działań w zakresie społecznych uwarunkowań zdrowia oraz zmniejszania nierówności w zdrowiu ****;
- stworzenie wspólnoty działań dla profesjonalistów zdrowia publicznego ****.

EPHO 10: ROZWIJANIE BADAŃ WYKONYWANYCH W ZAKRESIE ZDROWIA PUBLICZNEGO DLA POTRZEB KSZTAŁTOWANIA POLITYKI I PRAKTYKI.

10.A. Stworzenie narodowej agendy badawczej.

10.B. Budowanie zdolności.

10.D. Rozpowszechnianie wiedzy i szeregowanie jej.

Komentarz: *Bez wystarczającego i koniecznego warunku jakim jest uszeregowana wiedza oparta na potwierdzonych danych z dobrych badań dotyczących zdrowia publicznego realizacja polityk zdrowotnych jest bezprzedmiotowa.*

Rekomendacje:

- określenie priorytetów badawczych w zakresie zdrowia publicznego *;
- zabezpieczenie środków finansowych na badania w dziedzinie zdrowia publicznego **;
- utworzenie krajowej sieci ośrodków badawczych w dziedzinie zdrowia publicznego ***.

Wdrożenie powyższych rekomendacji, mogłoby zapewnić poprawę stopnia realizacji poszczególnych operacji zdrowia publicznego, a tym samym przyczynić się do poprawy warunków realizacji celów NPZ, w tym elementu celu strategicznego, który dotyczy zmniejszania społecznych nierówności w zdrowiu. Wdrożenie rekomendacji jest jednak zadaniem złożonym, w części wymagającym zmian w obowiązującym prawie i praktyce funkcjonowania szeregu instytucji uczestniczących w realizacji operacji zdrowia publicznego. Zdecydowana większość z nich (oznaczone **) wymaga podjęcia działań planowych, a niejednokrotnie – o charakterze strategicznym. Realnie oznacza to, że wdrożenie proponowanych rekomendacji, a tym samym usprawnienie realizacji operacji zdrowia publicznego w Polsce może wymagać czasu zbliżonego do horyzontu czasowego NPZ. Tym samym mogą one mieć znaczenie dla realizacji podobnych programów w przyszłości. Należy podkreślić, że osiągnięcie nawet odległego efektu wymaga podjęcia działań na rzecz wdrożenia rekomendacji – już teraz.

6.4. Podsumowanie.

Między Narodowym Programem Zdrowia a operacjami zdrowia publicznego zachodzi dwukierunkowy związek. NPZ przyczynia się do realizacji operacji zdrowia publicznego, ale jednocześnie jego realizacja jest uwarunkowana istnieniem w kraju mechanizmów i instytucji zdrowia publicznego przewidzianych w EPHOs. Przeprowadzona analiza wykazała, że w realizacji NPZ muszą być wykorzystane wszystkie operacje. Diagnozy poziomu realizacji operacji zdrowia publicznego umożliwiają sformułowanie rekomendacji, jednak ich wdrożenie, może wymagać czasu zbliżonego do horyzontu czasowego NPZ.

VII. PODSTAWOWE INSTYTUCJE REALIZUJĄCE OPERACJE ZDROWIA PUBLICZNEGO ISTOTNE DLA OSIĄGNIĘCIA CELÓW NPZ, SZCZEGÓLNIE W ZAKRESIE SPOŁECZNYCH NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU (*Maciek Godycki – Ćwirko, Magdalena Bogdan, Piotr Tyszko*).

Operacje zdrowia publicznego są w Polsce realizowane przez szereg instytucji. Szczegółowa analiza organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce, z punktu widzenia obowiązującego prawa ustrojowego, materialnego i formalnego, z uwzględnieniem klasyfikacji *Essential Public Health Operations* (EPHOs), została przeprowadzona w ramach poddziałania 1.2.[106]. W oparciu o ten materiał dokonano ustrukturyzowania podmiotów organizacji systemu zdrowia publicznego, jak przedstawiono poniżej.

7.1. Podmioty organizacji systemu zdrowia publicznego w Polsce.

1. Organy administracji publicznej
    - A. Minister Zdrowia
    - B. Centralne organy administracji rządowej i inne podmioty administracji publicznej działające w obszarach zdrowia publicznego
        - a) Państwowa Inspekcja Sanitarna
        - b) Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna
        - c) Inspekcja Weterynaryjna
        - d) Inspekcja Ochrony Środowiska
        - e) Inspektor do spraw Substancji Chemicznych,
        - f) Inspekcja Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych,
        - g) Państwowa Inspekcja Ochrony Roślin i Nasiennictwa,
        - h) Inspekcja Handlowa
        - i) Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych
        - j) Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,
        - k) Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,

[106] Dercz M., Izdebski H., Prawne aspekty organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce. (Analiza prawa ustrojowego, materialnego i formalnego). Raport sporządzony w ramach poddziałania 1.2: „Diagnoza obecnej organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce", realizowanego w ramach Programu PL 13: Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu, współfinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014. Warszawa 2015. Wersja zweryfikowana (czerwiec 2015).

l) Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii,

m) Krajowe Centrum ds. AIDS

C. Wojewodowie i administracja rządowa w województwie

D. Jednostki samorządu terytorialnego

a) gminy

b) powiaty

c) samorząd województwa

2. Płatnicy publiczni świadczeń opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego

a) Narodowy Fundusz Zdrowia,

b) Fundusz Ubezpieczenia Społecznego,

c) Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,

d) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

e) Ministrowie jako płatnicy

3. Podmioty prowadzące działalność naukowo-badawczą i dydaktyczną w zakresie zdrowia publicznego

a) uczelnie medyczne,

b) instytuty badawcze

c) Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

d) podmioty wykonujące działalność leczniczą

4. Instytucje stojące na straży przestrzegania praw podmiotowych w sferze zdrowia publicznego

a) Rzecznik Praw Obywatelskich,

b) Rzecznik Praw Dziecka

c) Rzecznik Praw Pacjenta,

d) Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych,

e) Przecznicy Osób Niepełnosprawnych w gminach

5. Samorządy zawodowe

6. Organizacje pozarządowe i inne podmioty prowadzące działalność pożytku publicznego.

Wszystkie wyszczególnione powyżej instytucje realizują operacje zdrowia publicznego, w określonym, mniejszym lub większym zakresie. Z punktu widzenia realizacji celów NPZ należy wskazać dwie instytucje. Pierwszą z nich jest Państwowa Inspekcja

Sanitarna, drugą - zespół jednostek funkcjonujących w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i realizujących określone zadania. Instytucje te reprezentują całkiem odmienne modele organizacyjne. Państwowa Inspekcja Sanitarna jest jedyną w systemie ochrony zdrowia w Polsce instytucją posiadającą strukturę organizacyjną na terenie całego kraju - na szczeblu centralnym, regionalnym – 16 wojewódzkich stacji sanitarno – epidemiologicznych, oraz lokalnym – powiatowym – 318 powiatowych stacji sanitarno – epidemiologicznych, a także 10 stacji granicznych, kierowanych przez odpowiednich rangą państwowych inspektorów sanitarnych. Wszystkie struktury PIS mają ściśle określone zadania i działają opierając się na jednolitej metodologii, pod nadzorem Głównego Inspektora Sanitarnego[107]. Druga instytucja – podstawowa opieka zdrowotna – składa się z ponad 20 tysięcy rozproszonych i mających różne formy organizacyjno – prawne świadczeniodawców, realizujących w populacji kraju 16,5 milionów kontaktów, w formie porad lekarskich, pielęgniarskich i położnych POZ[108]. Tak znaczny potencjał może stanowić platformę do działań na rzecz ograniczania nierówności zdrowotnych.

[107] Aktualnie prowadzone są prace nad przywróceniem struktury hierarchicznej PIS, co zwiększy skuteczność działania tej instytucji.
[108] Rocznik Statystyczny Rzeczpospolitej Polskiej 2016. GUS, Warszawa, 2016.

7.2. Państwowa Inspekcja Sanitarna.

Państwowa Inspekcja Sanitarna działa na podstawie ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej [109.] Zakres zadań Inspekcji jest szeroki i obejmuje realizację większości operacji zdrowia publicznego, mających znaczenie dla realizacji celów Narodowego Programu Zdrowia. W tabeli IV przedstawiono zestawienie celów NPZ z oceną znaczenia PIS w ich realizacji oraz liczbą zadań dedykowanych.

Tabela IV. Zestawienie celów NPZ z oceną znaczenia PIS w ich realizacji oraz liczbą zadań.

Cel NPZ	**Znaczenie PIS w realizacji celów NPZ**	**Liczba zadań w NPZ**
Cel strategiczny - Wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu	Bezpośredni lub pośredni udział w realizacji celów NPZ	
Cel operacyjny 1 - Poprawa sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa oraz aktywności fizycznej społeczeństwa	Znaczenie bezpośrednie: a) nadzór nad warunkami produkcji, transportu, przechowywania i sprzedaży żywności oraz warunkami żywienia zbiorowego; b) nadzór nad jakością zdrowotną żywności; c) nadzór nad warunkami higieny wypoczynku i rekreacji; d) inicjowanie i wytyczanie kierunków przedsięwzięć zmierzających do zaznajamiania społeczeństwa z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia, popularyzowania zasad higieny i racjonalnego żywienia; e) pobudzanie aktywności społecznej do działań na rzecz własnego zdrowia; f) udzielanie porad i informacji w zakresie zapobiegania i eliminowania negatywnego wpływu czynników i zjawisk fizycznych, chemicznych i biologicznych na zdrowie ludzi.	3

[109] Dz. U. 1985, nr 12, poz. 49.

Cel operacyjny 2 - Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych i uzależnieniami behawioralnymi	Znaczenie bezpośrednie: a) nadzór nad przestrzeganiem przez producentów, importerów, osoby wprowadzające do obrotu, stosujące lub eksportujące substancje chemiczne, ich mieszaniny lub wyroby w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 25 lutego 2011 r. o substancjach chemicznych i ich mieszaninach, obowiązków wynikających z tej ustawy oraz rozporządzeń Wspólnot Europejskich w niej wymienionych b) nadzór nad przestrzeganiem przez podmioty wprowadzające do obrotu prekursory kategorii 2 i 3, obowiązków wynikających z ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz innych przepisów; c) nadzór nad przestrzeganiem zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych.	40
Cel operacyjny 3 - Poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa	Znaczenie bezpośrednie: a) inicjowanie i wytyczanie kierunków przedsięwzięć zmierzających do zaznajamiania społeczeństwa z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia, popularyzowania zasad higieny i racjonalnego żywienia; b) pobudzanie aktywności społecznej do działań na rzecz własnego zdrowia; c) c) udzielanie porad i informacji w zakresie zapobiegania i eliminowania negatywnego wpływu czynników i zjawisk fizycznych, chemicznych i biologicznych na zdrowie ludzi.	1
Cel operacyjny 4 - Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki	Znaczenie bezpośrednie: nadzór nad warunkami: a) higieny środowiska; b) higieny pracy w zakładach pracy; c) higieny radiacyjnej; d) higieny procesów nauczania i wychowania; e) higieny wypoczynku i rekreacji.	24
Cel operacyjny 5 - Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się	Znaczenie pośrednie: a) inicjowanie i wytyczanie kierunków przedsięwzięć zmierzających do zaznajamiania społeczeństwa z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia, popularyzowania zasad higieny i racjonalnego żywienia; b) pobudzanie aktywności społecznej do działań na rzecz własnego zdrowia; c) udzielanie porad i informacji w zakresie	-

	zapobiegania i eliminowania negatywnego wpływu czynników i zjawisk fizycznych, chemicznych i biologicznych na zdrowie ludzi.	
Cel operacyjny 6 - Poprawa zdrowia prokreacyjnego	Znaczenie pośrednie: a) inicjowanie i wytyczanie kierunków przedsięwzięć zmierzających do zaznajamiania społeczeństwa z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia, popularyzowania zasad higieny i racjonalnego żywienia; b) pobudzanie aktywności społecznej do działań na rzecz własnego zdrowia; c) udzielanie porad i informacji w zakresie zapobiegania i eliminowania negatywnego wpływu czynników i zjawisk fizycznych, chemicznych i biologicznych na zdrowie ludzi.	-

Dane zawarte w tabeli wskazują na znaczny potencjał Państwowej Inspekcji Sanitarnej, wynikający z realizacji zadań przewidzianych w ustawie, a mających znaczenie dla realizacji celów NPZ, szczególnie celów operacyjnych 2 – Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych i uzależnieniami behawioralnymi - i celu 4 - Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki. Znaczenie PIS w realizacji innych celów jest mniejsze, ale nie może być pomijane.

Z punktu widzenia realizacji NPZ, na szczególną uwagę zasługuje punkt dot. realizacji zadań PIS w zakresie promocji zdrowia. Obejmuje ona zagadnienia:

- profilaktyki nadwagi i otyłości;
- profilaktyki uzależnień od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych;
- profilaktyki chorób zakaźnych;
- profilaktyki palenia tytoniu;
- informację i ostrzeganie o ryzyku zdrowotnym związanym z używaniem tytoniu;
- systematyczną i skuteczną egzekucję przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych[110].

Działalność ta jest bogato udokumentowana na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego[111] oraz jednostek mu podległych i przez niego nadzorowanych, a

110 Stan Sanitarny Kraju w roku 2015, http://gis.gov.pl/ [dostęp: 28.11.2016 r.]
111 Główny Inspektorat Sanitarny, http://gis.gov.pl/ [dostęp: 28.11.2016 r.]

także w publikacjach[112, 113, 114, 115]. Jedną z dobrych praktyk w działalności PIS w zakresie promocji zdrowia jest organizowanie konkursów. Dobrym przykładem jest zorganizowany przez GIS, w roku 2014, wspólnie z Polskim Towarzystwem Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, konkurs Lider Promocji Zdrowia, który pozwolił wyłonić najlepsze pomysły działań z terenu całego kraju.

Dla roli Państwowej Inspekcji Sanitarnej w omawianym zakresie szczególne znaczenie mają postanowienia zawarte w Art. 6 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej: Państwowa Inspekcja Sanitarna inicjuje, organizuje, prowadzi, koordynuje i nadzoruje działalność oświatowo - zdrowotną w celu ukształtowania odpowiednich postaw i zachowań zdrowotnych. W punkcie 4 wskazanego artykułu ustawy PIS ma nadane prawo do oceny działalności oświatowo-zdrowotnej prowadzonej przez szkoły i inne placówki oświatowo-wychowawcze, szkoły wyższe oraz środki masowego przekazu, podmioty lecznicze oraz inne podmioty, instytucje i organizacje – czyli praktycznie wszystkich działań w tym zakresie. W punkcie 4 art.6 PIS jest zobowiązana do udzielania pomocy w prowadzeniu tej działalności wszystkim wymienionym powyżej podmiotom. W praktyce wymienione powyżej zapisy ustawy wskazują na wiodącą rolę Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia. Należy specjalnie zwrócić uwagę, na uwzględnienie w ustawie funkcji koordynacyjnej PIS. Aczkolwiek PIS prowadzi szeroko zakrojoną działalność własną w omawianym zakresie, to wydaje się, że nie korzysta w pełni, z nadanych w ustawie szerokich uprawnień w zakresie organizacji, koordynacji i nadzoru. Dotychczasowe ustalenia odnoszące się do aktywności jednostek samorządu terytorialnego wskazują bowiem na brak skutecznych działań państwa w tym zakresie[116]. Precyzyjna ocena sytuacji jest zawarta w wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli[117]. Wg NIK realizacja przez JST zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia, w ramach programów polityki zdrowotnej, ze względu na ograniczony zakres i skalę tych działań, nie przyczynia się w istotny sposób do poprawy

[112] Ibid.
[113] W służbie zdrowia publicznego (Zarys historii służb sanitarnych Państwa Polskiego1918 – 2010). Praca zbiorowa pod redakcją A. Wojtyły i P. Bilińskiego. GIS, Warszawa, 2010.
[114] Działania Głównego Inspektoratu Sanitarnego podczas Polskiej Prezydencji w Radzie Unii Europejskiej. GIS, Warszawa, 2012.
[115] Stan Sanitarny Kraju w roku 2015, http://gis.gov.pl/ [dostęp: 28.11.2016 r.]
[116] Leśniewska A., Posobkiewicz M., Kanecki K., Demidowicz J., Tyszko P., Działania powiatów w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia w Polsce – w świetle badań ankietowych. Hygeia Public Health, 2014, 49, 3: 472-477.
117 Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego. Informacja o wynikach kontroli, https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/15/063/ [dostęp: 01.12.2016 r.]

zdrowia i jakości życia Polaków. Do najistotniejszych wad systemowych, zidentyfikowanych w wyniku kontroli, zaliczono m. in.:

- różnice – nawet dziesięciokrotne - w dostępie do programów polityki zdrowotnej, z uwagi na fakt, że ich liczba i zakres są uzależnione od statusu materialnego danej JST; w konsekwencji dostępność programu jest uwarunkowana miejscem zamieszkania i ograniczona dla mieszkańców gmin o niskich dochodach;
- brak precyzyjnych wskazówek, w jaki sposób program powinien być opracowany, wdrażany, realizowany i monitorowany;
- niewystarczającą koordynację realizacji programów przez władze publiczne, co skutkuje prowadzeniem takich samych działań na danym obszarze;
- brak mechanizmów weryfikacji danych w ramach procesu przekazywania stosownych informacji o realizowanych programach pomiędzy szczeblami administracji samorządowej i rządowej.

Na problem systemowego uporządkowania działań w zakresie promocji zdrowia można spojrzeć także w szerszej perspektywie. W każdym z celów operacyjnych są przewidziane działania z zakresu promocji zdrowia. Można powiedzieć, że promocja zdrowia jest wspólną dla całego Programu platformą metodologii działania dla osiągnięcia celów operacyjnych i celu strategicznego. Brak uporządkowania tej sfery zmniejsza szanse osiągnięcia wysokiego stopnia realizacji tych celów. Jeszcze szersza perspektywa to koncepcja nowego zdrowia publicznego, które jest „Całościowym podejściem do ochrony oraz promowania zdrowia jednostki i społeczeństwa, opartym na wyważonym działaniu służb sanitarnych, środowiskowych, promocji zdrowia, oraz ukierunkowanych na społeczeństwo działań zapobiegawczych, skoordynowanych z szeroką gamą świadczeń leczniczych, rehabilitacyjnych oraz związanych z długoterminową opieką medyczną”[118]. W przytoczonej definicji podniesione jest znaczenie działania służb sanitarnych, środowiskowych i promocji zdrowia.

[118] Tulchinsky T.H., Varavikova E.A., The new public health, Acadamic Press, New York, 2000. Cyt za: Wysocki M., Miller M.: Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne. Przegl Epidemiol 2003; 57:505–12.

7.3. Podstawowa opieka zdrowotna.

Podstawowa opieka zdrowotna jest definiowana, od czasu konferencji w Ałma-Acie, jako zasadnicza forma opieki nad zdrowiem, oparta na praktycznych, naukowo popartych i społecznie akceptowalnych metodach i technologiach zapewniających powszechną dostępność jednostkom i rodzinom w danym kraju, poprzez ich pełny udział i po kosztach jakich społeczeństwo i państwo może podołać[119]. Wśród cech podstawowej opieki zdrowotnej są wskazywane m.in.:

- oparcie na doświadczeniu zdrowia publicznego;
- ukierunkowanie na główne problemy zdrowotne w społeczeństwie i dostarczanie świadczeń promocyjnych, prewencyjnych, leczniczych i rehabilitacyjnych;
- uwzględnianie edukacji dotyczącej najczęstszych problemów zdrowotnych i ich zwalczania; promocji zaopatrzenia w żywność i właściwego odżywiania; odpowiedniego zaopatrzenia w bezpieczną wodę i podstawowe warunki sanitarne; opieki nad zdrowiem matki i dziecka, szczepień przeciw głównym chorobom zakaźnym;
- angażowanie, oprócz sektora zdrowia, wszystkich innych sektorów do skoordynowanych działań na rzecz zdrowia.

Podstawowa opieka zdrowotna to zapewnienie zintegrowanych, dostępnych świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarzy, którzy odpowiadają za zajęcie się znaczną większością osobistych potrzeb w zakresie opieki, stworzenie utrzymywanego partnerstwa z pacjentami i praktykujących w kontekście rodziny i społeczności lokalnych.

7.3.1. Podstawowa opieka zdrowotna w Narodowym Programie Zdrowia.

Podstawowa opieka zdrowotna wymieniana jest w NPZ jedynie trzykrotnie. W części VI. - dotyczącej wykazu zadań służących profilaktyce i rozwiązywaniu problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi przewidziano przeprowadzanie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wczesnego rozpoznawania i krótkiej interwencji, w szczególności krótkich interwencji wobec osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie, osób używających środków odurzających innych niż alkohol, substancji psychotropowych,

[119] Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf [dostęp: 01.03.2016 r.]

środków zastępczych i NSP, a także interwencje podejmowane wobec osób zagrożonych uzależnieniami behawioralnymi.

W Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii przewidziano szkolenie grup zawodowych, w szczególności lekarzy POZ, pielęgniarek i położnych POZ.

Krajowy program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych ma objąć wdrażanie w podstawowej opiece zdrowotnej procedury wczesnego rozpoznawania i krótkiej interwencji wobec pacjentów spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie. Wreszcie, w wykazie zadań służących promocji zdrowego i aktywnego starzenia się przewidziano wprowadzenie elementów geriatrii do praktyki lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej.

7.3.2. POZ w realizacji operacji zdrowia publicznego (EPHOs).

Aczkolwiek podstawowa opieka zdrowotna jako podmiot uczestniczący w realizacji NPZ występuje formalnie w niewielkim zakresie, odgrywa znacznie większą rolę w wypełnianiu operacji zdrowia publicznego (EPHOs)[120], a tym samym przyczynia się do osiągnięcia celów zapisanych w NPZ.

Najbardziej oczywistym miejscem poszukiwania roli podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji operacji zdrowia publicznego jest operacja EPHO 5: Zapobieganie chorobom, w tym wczesne wykrywanie chorób. Na EPHO 5 składają się m.in.:

- prewencja pierwotna, w tym realizacja programów szczepień i innych programów prewencji, opieka nad matką i dzieckiem;
- prewencja wtórna, w tym wczesne wykrywanie chorób – w ramach codziennej praktyki, jak też przez uczestnictwo w organizowanych programach;
- prewencja trzeciorzędowa, w tym leczenie przewlekłych bólów, rehabilitacja, opieka paliatywna i terminalna, tworzenie grup wsparcia pacjentów;
- współdziałanie w zakresie wsparcia społecznego.

Warto podkreślić, że zawarte w EPHO 5 zadania, są przypisane do podstawowej opieki zdrowotnej, tak w sensie ogólnym – jako zasady, jak też – w warunkach polskich - w znaczeniu kontraktowym – jako zadania lekarza POZ, a w szczególności specjalisty medycyny rodzinnej.

[120] Tyszko P., Nitsch-Osuch A., Mińko M., Kanecki K., Primary health care tasks in implementing the main operations of public health. Family Medicine & Primary Care Review 2016; 18, 3: 394–397

Następnym miejscem, gdzie są obecne zadania dla POZ jest EPHO 3. Udział tej formy opieki w profilaktyce zdrowia w tym, bezpieczeństwo środowiska, pracy, żywności i inne, wynika z zasady podejmowania odpowiedzialności za zdrowie społeczności lokalnej, co jest wyraźnie zaakcentowane w założeniach medycyny rodzinnej[121]. W Polsce rozpoznawanie uwarunkowań zdrowia i określanie lokalnych potrzeb, jest przewidziane w zakresie obowiązków członków zespołu sprawującego podstawową opiekę zdrowotną. Szczególna rola w tym zakresie jest przewidziana dla pielęgniarki[122].

Innym ważnym aspektem działania POZ jest zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta. Zalecenie to w wymiarze zdrowia publicznego odnosi się do całego systemu ochrony zdrowia, ale musi być przestrzegane także w POZ, gdzie ma miejsce największa liczba kontaktów pacjenta z systemem – w Polsce – blisko 160 mln porad rocznie.

Istotą działań POZ związanych z EPHO 4 jest udział w promocji zdrowia. Udział ten jest wpisany do działań POZ jako obowiązek edukacji zdrowotnej. Wskazywane pola promocji zdrowia obejmują m in.: używanie wyrobów tytoniowych, picie alkoholu, aktywność fizyczną, substancje uzależniające, zdrowie psychiczne, przemoc domową, społeczne uwarunkowania zdrowia, a więc obszary mające znaczenie dla osiągnięcia celów NPZ, w tym dla ograniczania społecznych nierówności zdrowotnych.

Wszystkie wyżej omówione działania, mające znaczenie dla zdrowia publicznego, stanowią - w dużym stopniu - istotę sprawowania opieki podstawowej. Jednak oprócz tych, omówionych dotychczas - można wskazać także drugą grupę działań, związanych pośrednio ze sprawowaniem tego rodzaju opieki.

Realizacja operacji zdrowia publicznego obejmujących EPHO 1 (nadzór nad stanem zdrowia populacji i dobrostanem) i EPHO 2 (monitorowanie i reagowanie na zagrożenia dla zdrowia i sytuacje kryzysowe) - jest uwarunkowana dostarczaniem z poziomu POZ niezbędnych danych, np. o podejrzeniu chorób zakaźnych i zawodowych, o rozpoznaniu chorób zakaźnych, o występowaniu chorób przewlekłych itp. Obowiązek przekazywania właściwym organom takich danych jest zapisany w Polsce w odpowiednich ustawach**.** Szereg obowiązków podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji omawianych operacji wynika m. in. z corocznie realizowanego Programu Badań Statystyki Publicznej[123]. Badania te są źródłem informacji o stanie zdrowia ludności, w tym o liczbie leczonych ambulatoryjnie na wybrane

[121] The European Definition of General Practice/Family Medicine, http://www.woncaeurope.org/gp-definitions [dostęp: 28.11.2016 r.]
[122]Dz. U. 2005 Nr 214, poz. 1816
[123] Dz. U. 2015, poz. 1304

jednostki chorobowe, o leczonych na choroby przewlekłe przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy wąskich specjalności. Dane te są wykorzystywane na różnych poziomach zarządzania w ochronie zdrowia, a bardzo szczegółowo analizowane na poziomie wojewódzkim do śledzenia zmian zachorowalności na wybrane jednostki chorobowe, w tym choroby społeczne, takie jak gruźlica, choroby przenoszone drogą płciową i inne. Odrębny zakres sprawozdawczości istotnej dla zdrowia publicznego jest związany z realizacją kontraktów świadczeniodawców z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Inną operacją zdrowia publicznego, gdzie można poszukiwać wsparcia POZ jest EPHO 6. W tej operacji jest wskazywana konieczność powszechnego dostępu do świadczeń POZ.

7.4. Równość zdrowotna a podstawowa opieka zdrowotna.

Dobrze zorganizowana oraz racjonalnie finansowana POZ jest warunkiem sprawnego funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia. Od końca lat 70. ubiegłego stulecia, w wielu krajach coraz więcej uwagi poświęca się podstawowej opiece zdrowotnej. Przełomowym wydarzeniem dla jej rozwoju była deklaracja przyjęta przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia (Ałma-Ata, rok 1978). Podkreślono w niej znaczenie POZ jako integralnej części krajowych systemów opieki zdrowotnej, która wpływa nie tylko na stan zdrowia populacji, ale oddziałuje także szerzej na rozwój społeczny i gospodarczy danego społeczeństwa. W dużej części krajów rozwiniętych od kilkudziesięciu lat POZ oparta jest na instytucji lekarza rodzinnego. W jej ramach funkcjonują także inni profesjonaliści opieki zdrowotnej.

W roku 2000 przywódcy 189 państw na szczycie Organizacji Narodów Zjednoczonych przyjęli Millenijne Cele Rozwoju[124]. Stanowią one swego rodzaju priorytety w działaniach międzynarodowych. Zadania w obszarze zdrowia uwypuklają rolę równości zdrowotnej, skupiają się na problemach dotyczących głównie ludzi ubogich (w kontekście zdrowia dzieci, opieki nad matkami, chorób zakaźnych). W licznych krajach w ich realizację zaangażowały się środowiska związane z POZ. Wzmacnianie jednostek (pacjentów) i całych rodzin oraz przyczynianie się poprzez działania prozdrowotne do równego rozwoju zdrowotnego społeczności lokalnych miało w tym zakresie kluczowe znaczenie.

Rola POZ i medycyny rodzinnej nadal pozostaje silnie uzależniona od uwarunkowań o charakterze regionalnym i narodowym. Między innymi ta problematyka została poruszona w Raporcie Światowej Organizacji Zdrowia z 2008 r. pt.: „Podstawowa opieka zdrowotna – teraz bardziej niż kiedykolwiek" (*Primary Health Care – Now more than ever*)[125]. Niezależnie jednak od regionu świata zasadnicze znaczenie dla poprawy zdrowia ma zapewnienie nieograniczonego barierami finansowymi dostępu do sprawnie funkcjonującej POZ.

W 2011 r. Europejski Oddział Światowej Organizacji Lekarzy Rodzinnych (*WONCA Europe*) szczegółowo opisał cechy medycyny rodzinnej, eksponując znaczenie praktyki

[124] Millennium Development Goals, http://www.undp.org/content/undp/en/home/sdgoverview/mdg_goals.html [dostęp: 15.12.2016 r.]

125 Primary Health Care. Now More Than Ever, http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf [dostęp: 15.12.2016 r.]

lekarza rodzinnego jako miejsca pierwszego i nieograniczonego kontaktu pacjenta z systemem ochrony zdrowia, niezależnie od jego wieku, płci i rodzaju problemu zdrowotnego. Ponadto w przygotowanym dokumencie opisano kluczowe kompetencje specjalistów medycyny rodzinnej, w tym sprawowanie opieki podstawowej i ukierunkowanie jej na pacjenta, specyfikę rozwiązywania problemów, podejście wszechstronne i holistyczne oraz orientację na społeczność lokalną. Podkreślono, że wszystkie kompetencje determinowane są przez kontekst profesjonalny, osobistą postawę i potwierdzone dane.

Opracowania naukowe, w których porównywano POZ w różnych krajach Europy z uwzględnieniem Polski są niestety nieliczne. Ważnym przykładem jest międzynarodowe badanie porównawcze PHAMEU, które określiło ramy dalszych analiz[126]. W ramach omawianego badania dla danego kraju przeprowadzono analizę wskaźników przyporządkowanych do poszczególnych wymiarów POZ. Umożliwiła ona analizę siły POZ w badanych krajach. Wykazano między innymi, iż jakość podstawowej opieki zdrowotnej nie jest sumą jej funkcji, lecz opiera jest na spójności struktury, procesu i wyników.

Należy podkreślić, że z punktu widzenia ograniczania społecznych nierówności zdrowotnych ważne znaczenie ma współpraca podstawowej opieki zdrowotnej z instytucją pomocy społecznej. W Polsce, w ramach Projektu „System Opieki Komunalnej", finansowanego z funduszy PHARE, były opracowane założenia modelu takiej współpracy w postaci Centrum Usług Socjalno – Medycznych (CUSM)[127, 128].

7.4.1. Założenia do ustawy o POZ a równość zdrowotna.

Na początku 2016 r. z inicjatywą stosownego uregulowania POZ wystąpił Minister Zdrowia, który powołał zespół ekspertów, w składzie, którego znaleźli się reprezentanci różnych środowisk, w tym lekarze, pielęgniarki, pacjenci, pracodawcy, eksperci i menedżerowie działający w obszarze ochrony zdrowia, w szczególności na poziomie POZ. Swoich przedstawicieli wytypowały także stowarzyszenia, związki pracodawców oraz Izba lekarska i Izba pielęgniarska.

[126] Kringos DS., The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators. BMC Family Practice201011:81

[127] Projekt organizacyjny Centrum Usług Socjalno – Medycznych. Opracowanie wykonane w Centrum Rozwoju Służb Społecznych w Warszawie, w ramach umowy PHARE PL 9113/0202.

[128] Tyszko P, Ostrowski B., Zespół opieki socjalno-medycznej: model teoretyczny. Problemy Medycyny Społecznej, 2001, 33: 280-285.

W strategicznym raporcie „*Analiza funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce oraz propozycje rozwiązań systemowych*”[129] dokonano analizy funkcjonowania POZ, sformułowano cele oraz zadania tego poziomu opieki zdrowotnej oraz przedstawiono propozycje 10 najważniejszych rozwiązań, które zdaniem ekspertów przyczynią się do poprawy funkcjonowania opieki podstawowej, w szczególności w aspekcie równości zdrowotnej.

Za cele strategiczne POZ w Polsce uznano: (1) zachowanie i poprawę stanu zdrowia społeczeństwa; (2) uzyskanie wysokiego poziomu bezpieczeństwa i zadowolenia pacjentów ze świadczeń w tym obszarze opieki; (3) ograniczenie finansowych skutków choroby i niepełnosprawności podopiecznych POZ.

Analizę funkcjonowania POZ przeprowadzono w 3 wymiarach (struktura, proces i wynik) z wyróżnieniem łącznie 11 aspektów opieki, w tym w tym aspektu równości zdrowotnej. Opracowania dotyczące każdego z aspektów rozpoczynają się krótkim omówieniem, podkreślającym jego znaczenie dla POZ. Następnie przedstawiono wynik analizy stanu obecnego każdego z aspektów z opisem jego silnych i słabych stron. Na tej podstawie wyznaczono cele w każdym z aspektów opieki oraz określono szczegółowe działania konieczne do osiągnięcia tych celów. Ponadto zaproponowano ogólne ramy czasowe, w których działania powinny być zrealizowane.

W ramach struktury analizowano 4 aspekty: zarządzanie, podmioty, kadry i uwarunkowania ekonomiczne POZ. Zaproponowano łącznie 25 celów oraz 58 działań wskazanych do realizacji. W odniesieniu do procesu POZ przedstawiono zagadnienia dotyczące: dostępności, ciągłości, koordynacji i wszechstronności opieki. W tym wymiarze sugerowanych jest łącznie 14 celów oraz 37 koniecznych do podjęcia działań.

Analizując wynik skupiono się na efektywności POZ, jakości opieki oraz równości zdrowotnej. Określono łącznie 13 celów i 31 działań, a przeprowadzone analizy umożliwiły zaproponowanie 10 strategicznych rozwiązań/zasad. Priorytety strategii zmian w POZ przedstawiono w Ramce 2.

Ramka 1. Priorytety strategii zmian w POZ

1. POZ dla każdego 2. Implementacja medycyny rodzinnej

129Analiza funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce oraz propozycje rozwiązań systemowych, http://www.izbapiel.katowice.pl/attachments/article/1868/Analiza%20funkcjonowania%20POZ%20w%20Polsce_8-6-2016-1.pdf [dostęp: 15.12.2016 r.]

3. Zespół medycyny rodzinnej 4. Poprawa finansowania 5. Wzmocnienie roli promocji zdrowia i profilaktyki 6. Integracja wewnątrz- i międzysektorowa 7. Informatyzacja 8. Ograniczenie biurokracji 9. Zapewnienie jakości. 10. Rozwój badań naukowych.

7.4.2. Siła i słabości POZ względem równości zdrowotnej.

Za silne strony POZ w Polsce, w kontekście równości zdrowotnej, uznano jednolite w całym kraju świadczenia specjalistów medycyny rodzinnej w POZ bez opłat dla pacjentów, jednolite i sprawdzone zasady tworzenia listy pacjentów, możliwość identyfikacji potrzeb zdrowotnych w lokalnej społeczności. Słabe strony, to brak narzędzi do oceny równości opieki, niedostateczna współpraca z samorządami w planowaniu równości zdrowotnej, brak wytycznych i standardów postępowania w zakresie zapewniania równości zdrowotnej w POZ, brak współpracy profesjonalistów POZ w zakresie oceny i zapewniania równości zdrowotnej, gorszy dostęp do świadczeń POZ w rejonach wiejskich.

7.4.3. Cele zmian POZ w Polsce w kontekście równości zdrowotnej:

- wypracowanie polityki równości zdrowotnej w odniesieniu do działania POZ;
- wprowadzenie rozwiązań zapewniających jednakowe, godziwe i sprawiedliwe traktowanie wszystkich pacjentów przez personel POZ;
- zaangażowanie POZ w rozwiazywanie problemów związanych z nierównościami zdrowotnymi;
- rozwój organizacji pacjentów i wspieranie ich działań na rzecz równości zdrowia w lokalnych społecznościach;
- zwiększenie roli profilaktyki i promocji zdrowia;
- zapewnienie wdrażania programów ogólnokrajowych w społecznościach lokalnych.

7.5. Podejście angielskie.

Kwestię nierówności zdrowotnych badano w Anglii od dawna, począwszy od raportu Black'a (1980)[130], pierwszego znaczącego opracowania pokazującego powiązanie pomiędzy ubóstwem a zdrowiem.

Od tego czasu podjęto i przeprowadzono wiele projektów i badań, czyniąc Anglię liderem działań na rzecz zmniejszania nierówności zdrowotnych. Ich omówienie wykracza poza ramy tego opracowania. Kluczowym wkładem angielskiej POZ w tym zakresie wydaje się realizacja celów zdefiniowanych przez Narodowy Instytut na rzecz Zdrowia i Doskonałości Opieki, (*National Institute for Health and Care Excellence*, NICE) - Ramowe Opracowania Jakości i Wyników (*Quality and Outcomes Frameworks*)[131] kształtujące funkcjonowanie POZ, w tym jej wpływ na równość zdrowotną. Ponadto w 2014 r. w Anglii zaproponowano stopniowane podejście do nierówności zdrowotnych. Upewnienie się, że aktualne działania nie pogarszają sytuacji, a następnie, w konsekwencji podjęcie sekwencyjnej interwencji ukierunkowanej kolejno na grupę, rozstęp i wreszcie na gradient z włączeniem do realizatorów lekarzy rodzinnych, między innymi poprzez zapewnianie opieki w ramach jakości i wyników.

130 Report of the working group on inequalities in health,http://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/black-report-foreword/ [dostęp: 15.12.2016 r.]

131 Roland M., Quality and Outcomes Framework: what have we learnt? BMJ 2016;354: i4060

7.6. Podejście norweskie.

Po publikacji przez Mackenbacha i wsp. (1997)[132] wyników badań nierówności zdrowotnych w Europie, które pokazały, iż obecność nierówności zdrowotnych w Norwegii jest na poziomie nieodbiegającym znacząco od innych krajów europejskich, podjęto szerokie działania, aby poprawić sytuację. Dopiero jednak w 2014 r. Whitehead i wsp. stwierdzili, iż Norwegia jest pierwszym krajem, który wprowadził podejście uwzględniające gradient socjalny w uregulowanych ustawą działaniach na rzecz równości zdrowia[133]. Norwegowie stwierdzili, iż nierówność zdrowotna nie jest dychotomią między tymi: co „mają" i tymi co „nie mają", ale cechą społeczną obecną w całej strukturze społeczno-ekonomicznej. Dzięki ustawie wprowadzonej w 2008 r, możliwe stało się włączenie kwestii nierówności zdrowotnych jako kluczowych, do planów regionalnych i lokalnych. Dzięki temu lokalne społeczności mogły uwzględniać nierówności zdrowotne planując lokalne świadczenia (takie jak żłobki, przedszkola, szkoły, podstawową opiekę zdrowotną, transport lokalny, inwestycje środowiskowe, wspieranie rolnictwa, sportu, rozwijanie przedsiębiorczości) we współpracy z władzami regionalnymi i krajowymi oraz organizacjami obywatelskimi. Podstawowa opieka zdrowotna nie miała tu jakiejś wyróżniającej się roli, będąc elementem szeregu skoordynowanych działań.

Trudno sobie wyobrazić takie umiejscowienie POZ w najbliższym czasie w Polsce, choć w przekonaniu autora opracowania POZ ma bardzo dużo do zaoferowania w identyfikowaniu i reagowaniu na nierówności zdrowotne.

132 Mackenbach J.P. i wsp., Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Lancet 1997, 7;349(9066):1655-9

133 Whitehead M., Povall S., Loring B., The equity action spectrum: taking a comprehensive approach. Guidance for addressing inequalties in health. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2014

7.7. Podsumowanie.

Dla realizacji operacji zdrowia publicznego, istotnych dla Narodowego Programu Zdrowia, a szczególnie celu jakim jest zmniejszenie społecznych nierówności zdrowotnych, kluczowe znaczenie ma sprawne funkcjonowanie dwu instytucji: Państwowej Inspekcji Sanitarnej i Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

PIS odgrywa istotną, bezpośrednią rolę w realizacji 4, pośrednią – w realizacji 2 celów operacyjnych NPZ. Wspólną platformą realizacji wszystkich celów NPZ jest edukacja zdrowotna i promocja zdrowia. PIS jest jedyną strukturą państwową, z elementami podporządkowania hierarchicznego, obejmującą zakresem działania cały kraj, która ma powierzone ustawowo zadania z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Zadania te obejmują w szczególności inicjowanie, organizowanie, prowadzenie, koordynację i nadzór, a także pomoc w organizacji takich działań i ich ocenę.

Faktyczne znaczenie POZ w realizacji celów NPZ jest znacznie większe niżby to wynikało z formalnego rozdziału zadań w tym Programie. POZ ma istotny udział w realizacji szeregu podstawowych operacji zdrowia publicznego oraz ograniczaniu nierówności zdrowotnych. Aktualnie w Polsce trwają prace nad ustawą o POZ, co może przyczynić się do wprowadzenia zmian korzystnych z punktu widzenia udziału POZ w realizacji celów NPZ. Określone są też cele zmian POZ w Polsce, w kontekście równości zdrowotnej.

VIII. PROBLEMY ZARZĄDZANIA REALIZACJĄ NPZ (*Piotr Tyszko, Magdalena Bogdan*).

Narodowy Program Zdrowia jest przedsięwzięciem złożonym, tak w sensie liczby i różnorodności podmiotów uczestniczących w jego realizacji, jak też zróżnicowania przewidzianych rodzajów działań. Analizy przedstawione w tej części obejmują dwie grupy zagadnień. Pierwsza – to analiza modelu zarządzania NPZ, na podstawie zapisów zawartych w ustawie o zdrowiu publicznym oraz w części XI NPZ - Zadania koordynacyjne, ewaluacyjne i badawcze - w oparciu o współczesne zasady organizacji i zarządzania. Druga grupa – obejmuje analizy wybranych, konkretnych aspektów zarządzania NPZ, w tym uwarunkowań współpracy przy realizacji NPZ na poziomie centralnym i lokalnym.

Bardzo ważną cechą NPZ jest założenie możliwości modyfikacji Programu, a także ustawy o zdrowiu publicznym. Możliwości takie są sformułowane w XI części NPZ - Zadania koordynacyjne, ewaluacyjne i badawcze: „w przypadku uzyskiwania niezadowalających wyników funkcjonowania proponowanych rozwiązań, otrzymania danych wskazujących na nieskuteczność działań w trakcie realizacji zadania lub stwierdzenia braku komplementarności z innymi zadaniami realizowanymi przez podmioty uczestniczące w ochronie zdrowia publicznego, opracowywanie propozycji zmian NPZ lub ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym". Możliwość korekty Programu jest nowym i bardzo korzystnym rozwiązaniem w historii realizacji Narodowych Programów Zdrowia.

8.1. Model zarządzania Narodowym Programem Zdrowia.

Pojęcie zarządzania w literaturze podmiotu definiowane jest na wiele sposobów. Definicja słownika, według Oxford Advanced Learner's Dictionary zarządzanie (management) określa jako: (i) kontrolę i podejmowanie decyzji w przedsiębiorstwie lub innej podobnej organizacji, (ii) proces kontrolowania albo postępowania z ludźmi lub rzeczami[134].

P. Drucker, jeden z wybitniejszych teoretyków zarządzania, uważa, że zarządzanie dotyczy głównie ludzi, a jego celem jest takie współdziałanie wielu osób, które pozwala zneutralizować słabości i maksymalnie wykorzystać talenty i silne strony uczestników[135]. Według M. Kostery zarządzanie to proces planowania, organizowania, motywowania i kontrolowania pracy organizacji i jej uczestników oraz wykorzystywania wszystkich dostępnych zasobów dla osiągnięcia celów organizacji[136]. Natomiast R.W. Griffin definiuje zarządzanie jako zestaw działań (obejmujący planowanie i podejmowanie decyzji, organizowanie, przewodzenie tj. kierowanie ludźmi i kontrolowanie) skierowanych na zasoby organizacji (ludzkie, finansowe, rzeczowe i informacyjne) wykonywanych z zamiarem osiągnięcia celów organizacji w sposób sprawny i skuteczny[137].

Teoria zarządzania i organizacji, oprócz samej definicji pojęcia, określa także poszczególne nurty, mające wpływ na dalszą analizę modeli i praktycznego zastosowania zarządzania i organizacji. Koźmiński A. wymienia poszczególne nurty zarządzania i organizacji, które zostały przedstawione poniżej w układzie chronologicznym[138]:

1. Nurt naukowej organizacji pracy
2. Nurt administracyjny
3. Nurt socjologiczno-psychologiczny
4. Podejście systemowe
5. Podejście gry organizacyjnej
6. Podejście równowagi organizacyjnej
7. Podejście sieciowe

Wśród wyżej wymienionych nurtów zarządzania i organizacji, Zarządzanie Zdrowiem Publicznym niewątpliwie najbardziej odpowiada podejściu systemowemu. Podejście systemowe w odróżnieniu do pozostałych nurtów ma inne założenia – z analizy danej

[134] Oxford Advanced Learner's Dictionary, Oxford University Press, Oxford 1948, s. 95
[135] Drucker P.F., Management and World's Work, Harvard Business Review 1988, s. 76.
[136] Kostera M., Podstawy organizacji i zarządzania, Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania im. L. Koźmińskiego, Warszawa 1998
[137] Griffin R.W., Podstawy zarządzania organizacjami, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996
[138] Koźmiński A.K., Rozwój teorii organizacji. Warszawa: Wolters Kluwer, 2011, s. 20

organizacji lub systemu, jako całości, przechodzi do diagnozy elementów. Zakłada, że analiza samych części w oderwaniu od globalnej sieci współzależności nie tylko nie może pomóc w zrozumieniu problemów całości, ale często wręcz prowadzi do zakłamań[139]. Systemu bowiem nie da się zdekomponować i przeanalizować.

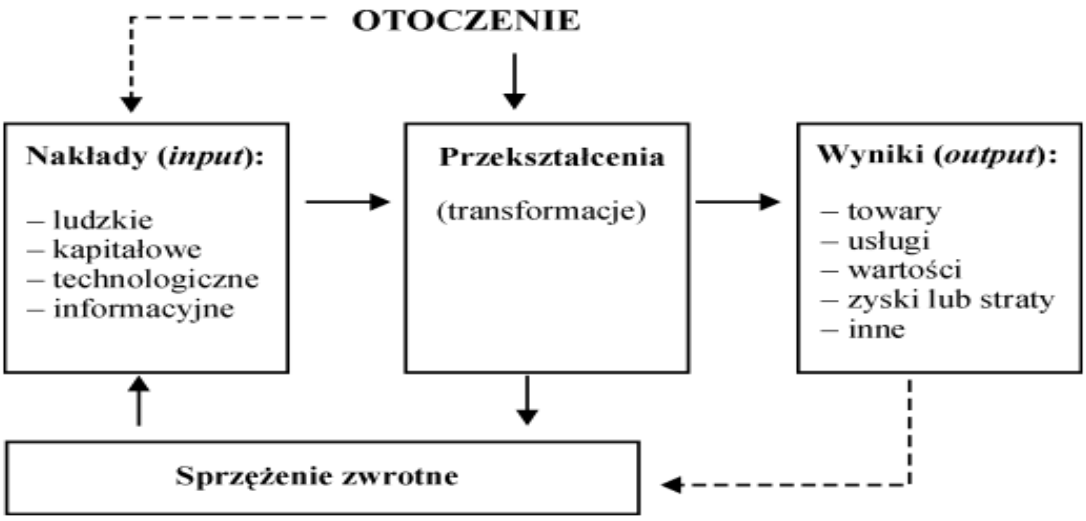
Jak pisze A. K. Koźmiński, system to pewna zorganizowana albo złożona z kombinacji rzeczy lub części całość. Może on być także postrzegany jako zestaw elementów, między którymi zachodzą wzajemne interakcje i gdzie każdy element jest połączony z każdym innym bezpośrednio lub pośrednio[140].

Teoretycy związani z nurtem podejścia systemowego twierdzą, że każda organizacja stanowi swego rodzaju system współzależnych elementów (podsystemów). Wyróżnienie poszczególnych części składowych jest kwestią w pewnym stopniu dowolną[141].

Podstawowym założeniem systemowego podejścia jest możliwość odróżnienia danego systemu od innych. Oznacza to konieczność jasnego określenia co jest samą organizacją, co jej otoczeniem. Niezbędne jest stwierdzenie elementów na wejściu (input) systemu oraz na jego wyjściu (output), a także określenie, co dzieje się wewnątrz. Systemowa teoria organizacji zwraca również uwagę na sprzężenie zwrotne, czyli na reakcję otoczenia na określone działania organizacji – ważne jest więc, jaki proces następuje w określonym czasie, a nie jaka organizacja „jest" w danym momencie[142].

Schemat 1. Schemat zarządzania według podejścia systemowego[143].

[139] Jemielniak D., Latusek L., Zarządzanie: teoria i praktyka od podstaw. Ćwiczenia, Wydawnictwo WSPiZ, Warszawa 2005
[140] Koźmiński A.K., Zarządzanie systemowe, PWE, Warszawa 1971
[141] Jemielniak D., Latusek L., Zarządzanie: teoria i praktyka od podstaw. Wydawnictwo WSPiZ, Warszawa 2005
[142] Ibid.
[143] Ibid.



W ramach powyższej koncepcji można rozpatrywać także strukturę i elementy Narodowego Programu Zdrowia, jako głównego dokumentu strategicznego wyznaczającego kierunki działań z zakresu zarządzania zdrowiem publicznym w Polsce. Jego założenia są szczegółowo opisane w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. Dokument ten koresponduje bezpośrednio z Ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.

W ustawie o Zdrowiu Publicznym (rozdział 3) występuje bezpośrednie wskazanie na Narodowy Program Zdrowia, jako dokument strategiczny ustanowiony w celu realizacji polityki zdrowia publicznego państwa. Art. 9, rozdział 3 ustawy mówi także o współpracy międzysektorowej oraz na różnych szczeblach administracyjnych państwa w celu realizacji określonych zadań w zakresie zdrowia publicznego. Rozdział 3 analizowanej ustawy określa poszczególne elementy dot. zarządzania NPZ, w tym m.in.: decydentów oraz organy realizujące zadania NPZ, okres jego trwania oraz wyniki procesów kontroli i ewaluacji realizowanych zadań.

Elementy zarządzania NPZ w ujęciu systemowym zawarte są także w punkcie XI i XII Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. W podrozdziale XI wymienione są zadania koordynacyjne, ewaluacyjne oraz badawcze służące realizacji zakładanych w NPZ działań. W punkcie XII natomiast przedstawiono wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji NPZ. W obu przypadkach wymienione są instytucje i osoby odpowiedzialne za realizacji poszczególnych zadań, a także jasno wskazane są etapy prac oraz oczekiwane efekty końcowe.

W procesie oceny systemu zarządzania NPZ, z punktu widzenia jego docelowej sprawności poddano analizie poszczególne etapy zarządzania procesowego przedstawione w

teoretycznym schemacie zarządzania według podejścia systemowego (grafika 1.). W ocenie autorów oba wspominane dokumenty, zarówno ustawa, jak i rozporządzenie jedynie częściowo uwzględniają nakłady (*input*) na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego. O ile w dokumentach jasno wspomina się o nakładach ludzkich, o tyle brak jest informacji o nakładach kapitałowych, technologicznych oraz informacyjnych. W przypadku nakładów kapitałowych można się spodziewać dalszych dokumentów warunkujących zabezpieczenie finansowe docelowo realizowanych zadań. Jeśli chodzi o nakłady technologiczne, do których w przypadku realizacji zadań z NPZ mogłaby zaliczać się struktura organizacyjna systemu zdrowotnego, to oceniana ona jest w polskich warunkach jako niewystarczająca. W analizowanych dokumentach nie uwzględniono także nakładów informacyjnych. Te zostały szeroko opisane w niniejszym dokumencie, w podrozdziale Marketing i komunikacja społeczna w realizacji NPZ, ze szczególnym uwzględnieniem grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu[144].

Drugim etapem procesu zarządzania w ujęciu systemowym jest etap przekształcania, inaczej transformacji. W praktyce etap ten określić można mianem opisu poszczególnych zadań odpowiedzialnych za docelowe wdrożenie i realizację działań służących poprawie stanu zdrowia publicznego. W ocenie autorów etap ten został starannie opisany w omawianych dokumentach. W przypadku ustawy informacje te zostały ujęte w art. 4., a w rozporządzeniu w punkcie XI.

Elementy, które mogą być brane pod uwagę w procesie analizy ostatniego etapu, jakim są wyniki (*output*), to zakładane efekty końcowe realizowanych działań, w tym oczekiwane wartości najistotniejszych wskaźników monitorowania NPZ. Informacje dot. oczekiwanych wartości poszczególnych wskaźników znajdują się w punkcie XII Rozporządzenia i wg autorów są nie całkiem wystarczające. W tym samym miejscu znajdziemy także informacje o instytucjach docelowo gromadzących oraz weryfikujących przyszłe zmiany. Brak jest natomiast informacji, czy też założeń dot. wartości zmian poszczególnych wskaźników, które związane są bezpośrednio z oceną zysków lub strat z zakładanych i docelowo realizowanych zadań. Wyliczenia te, oparte o wyniki analiz ekonomicznych stosowanych w ochronie zdrowia są niezbędne, choć zapewne trudne i kosztochłonne.

Zaprezentowany powyżej schemat (grafika 1) zawiera także element o nazwie sprzężenie zwrotne, który wskazywać ma na konieczność ciągłości procesu monitorowania i

[144] Zagadnienia marketingu i komunikacji społecznej są uwzględnione w części IX.

ewaluacji realizowanych zadań w celu uelastycznienia systemu umożliwiającego wdrożenie ewentualnych zmian na wczesnym, odpowiednim etapie procesu zarządzania. Informacje o procesie monitorowania oraz ewaluacji, znajdują się w punkcie XII rozporządzenia oraz częściowo w rozdziale 2 ustawy.

8.1.1. Znaczenie przywództwa.

Przywództwo jest ważnym aspektem w dążeniu do osiągnięcia sukcesu organizacji, dlatego też analiza jego uwarunkowań może być istotnym elementem w kształtowaniu właściwego procesu zarządzania organizacją. Efektywni przywódcy często potrafią przygotowywać organizacje na kolejne wyzwania otoczenia, ożywiać je, reaktywować lub tworzyć zupełnie nowe podmioty. Brak przywództwa w określonych sytuacjach lub też nieodpowiednie przywództwo mogą nawet w krótkim okresie doprowadzić dobrze funkcjonujące organizacje do kryzysu, którego skutki niezwykle trudno jest przezwyciężyć[145].

W literaturze przedmiotu definicja przywództwa przedstawiana jest bardzo różnorodnie. Początkowo problemem przywództwa zajmowała się głównie socjologia i politologia. Analizowano ten problem głównie z punktu widzenia przywództwa społecznego i politycznego, łącząc go z problemem władzy, traktując jak jeden z aspektów władzy[146].

Jedna z ogólniejszych definicji należy do Morria i Seemana, którzy to przywództwem określają każdą czynność, która wpływa na postawę grupy. Naukowcy nie weryfikują sposobu i źródła tego wpływu[147].

Natomiast Burns J. wskazuje, że o przywództwie można mówić, kiedy za sprawą liderów zwolennicy zabiegają o cele, które reprezentują wartości i motywacje wspólne jednym i drugim, cele grupy lub organizacji[148]. Sugeruje on, że umiejętność przewodzenia oznacza realizację potencjału pracowników, właściwego kierowania talentami, wiedzą i zdolnością zarządzanej grupy osób w kierunku wyznaczonych uprzednio celów. Jako proces, przywództwo polega na użyciu wpływu, bez sięgania po środki przymusu[149]. Ta definicja wydaje się dominować w nowoczesnym rozumieniu przywództwa organizacji[150].

[145] Mrówka R., Przywództwo w organizacjach, Wolters Kluwer business, Warszawa 2010, s. 11
[146] Burns J., Władza przywódcza, we Władza i społeczeństwo, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 1994, s. 265
[147] Morris R., Seeman M., The Problem of Leadership: An Inter-Disciplinary Approach, American Journal of Sociology, nr 56, 1959
[148] MacGregor Burns J., Władza przywódcza, we Władza i społeczeństwo, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 1994, s. 266
[149] Yukl G.A., Leadership in Organization, wyd. 2, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, Nowy Jork, 1989, s. 5
[150] Mrówka R., Przywództwo w organizacjach, Wolters Kluwer business, Warszawa 2010, s. 11

W literaturze przedmiotu w zakresie przywództwa znajdziemy także informacje na temat jego styli. Jeden z podziałów określa trzy podstawowe style przywództwa, które podnoszą efektywność pracy organizacji. Są to (i) styl zorientowany na zadania, (ii) styl zorientowany na relacje społeczne, (iii) styl zorientowany na partycypację. Inny z podziałów definiuje ogólne podejście lidera do przywódczego zarządzania zespołem i wyróżnia następujące rodzaje stylów: demokratyczny, autorytarny oraz liberalny[151].

Należy podkreślić, iż proces przywódczy jest bardzo skomplikowany. Jak pokazały wyniki badań, nie istnieje jeden uniwersalny model przywództwa, który gwarantowałby osiągniecie sukcesu organizacji. Skuteczni przywódcy nie wyróżniają się określonym zbiorem szczególnych cech, ale charakteryzują się zdolnością do uczenia się, otwartością i świadomym reagowaniem na wyzwania otoczenia.

Przywództwo w ochronie zdrowia

Zdrowie jest jednym z głównych czynników makroekonomicznych i coraz częściej kluczowym elementem modeli biznesowych[152]. Sektor ochrony zdrowia jest jednak oceniany jako jeden z trudniejszych i bardziej złożonych, głównie ze względu na swoją specyfikę działania, opartą o świadczenie usług w zakresie ratowania zdrowia i życia ludzi, czyli dóbr określanych jako te najwyższego rzędu.

Otoczenie ekonomiczne, społeczne, polityczne i medialne sektora zdrowotnego jest często wrogie, dynamiczne i wywiera silne naciski. Liderzy i przywódcy starają się sprostać częstym zmianom i sprzecznym oczekiwaniom ze strony szerokiej grupy odbiorców[153]. Do nich należą pacjenci, często roszczeniowi, niedoinformowani, rozgoryczeni stanem służby zdrowia. Managerom przychodzi także sprostać naciskom politycznym oraz oczekiwaniom opinii publicznej. Praca w systemie ochrony zdrowia, polegająca na: zdefiniowaniu misji organizacji, określeniu jasnej i spójnej wizji rozwoju, kierowaniu i motywowaniu w organizacji poprzez jej cele, a także zapewnianiu bezpiecznej opieki wysokiej jakości, jest znacznie trudniejsza niż praca managerów pozostałych sektorów gospodarki[154]. Sprostanie oczekiwaniom oraz trudności funkcjonowania w złożonych uwarunkowaniach społecznych, ekonomicznych i politycznych, pod czujnym okiem opinii publicznej, są nie lada wyzwaniem

[151] Herman M., Elementy przywództwa, w: Władza i społeczeństwo 2, pod red. J. Szczupaczyńskiego, Warszawa 1998, s. 297-313
[152] Governance for health in the 21st century, World Health Organization 2012, s. 10
[153] Walshe K., Smith J., Zarządzanie w opiece zdrowotnej, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2011, s.26
[154] Walshe K., Smith J., Zarządzanie w opiece zdrowotnej, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2011, s.27

w polskiej praktyce gospodarczej. Poza tym należy podkreślić złożoną naturę samego sektora medycznego. Wyjątkowo spersonalizowany charakter usług zdrowotnych, szczególna bezbronność i potrzeba wspierania oraz ochrony pacjentów, złożoność procesu leczenia, wykorzystanie zaawansowanych technologii – to wszystko sprawia, że przed liderami i managerami stoją szczególne zadania oraz silna presja[155]. Zarządzanie w sektorze zdrowotnym jest trudne także ze względu na fakt złożoności procesu zarządzania zdrowiem publicznym, która to oferuje cały wachlarz ściśle dostosowanych i spersonalizowanych usług dużej grupie bezbronnych pacjentów.

Zdrowie to kapitał społeczny, warunkujący sprawne funkcjonowanie państwa. Zatem poprawa stanu zdrowia i jakości życia osób pracujących bezpośrednio przekłada się na poprawę stanu gospodarki państwa oraz pośrednio na ogólny dobrobyt społeczeństwa[156]. Wdrożenie właściwego i skutecznego procesu zarządzania zdrowiem publicznym wymaga poczucia misji społecznej połączonej z wiedzą i doświadczeniem osób docelowo decydujących o kształcie kolejno polityki zdrowotnej, systemu zdrowotnego, kończąc na rynku zdrowotnym, na którym funkcjonują przedsiębiorstwa medyczne oferujące pacjentom-obywatelom dobra najwyższego rzędu – zdrowie i życie.

8.2. Wybrane, szczegółowe aspekty zarządzania NPZ.

8.2.1. Uwarunkowania współpracy przy realizacji NPZ na poziomie centralnym i lokalnym.

[155] Ibid.
[156] Folland S., Goodman A.C., Stano M., Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2013, s.11

Jednym z kluczowych warunków powodzenia realizacji NPZ jest funkcjonowanie mechanizmów współpracy przy realizacji celów. Mówiąc o współpracy należy wskazać, że z zasady pojęcie to odnosi się przede wszystkim do podmiotów równorzędnych, bądź o zbliżonej pozycji formalnej w systemie zarządzania – państwem, instytucjami gospodarczymi itp. W przypadku realizacji NPZ tak rozumiana współpraca oznacza np. współdziałanie ministrów, wojewodów, organów lokalnych samorządów. W NPZ, są określone podmioty zobligowane do współpracy przy realizacji poszczególnych celów operacyjnych. Obowiązek współpracy podmiotów wskazanych jako odpowiedzialne za realizację zadań z zakresu spraw wskazanych w NPZ z ministrem właściwym do spraw zdrowia jest zapisany w art. 11 ust. 2 ustawy o zdrowiu publicznym.

Rozważając uwarunkowania współpracy podmiotów wskazanych jako odpowiedzialne za realizację zadań NPZ należy wskazać na bariery związane z dużym stopniem formalizacji procesów podejmowania decyzji na najwyższych szczeblach zarządzania państwem. W nauce o organizacji wskazuje się na znaczenie stopnia formalizacji podmiotu dla jego zdolności adaptacyjnych, elastyczności w działaniu. Im organizacja jest bardziej sformalizowana, jest tym trwalsza, wymaga mniejszej improwizacji oraz jest mniej narażona na straty z powodu braku koordynacji działań uczestników. Jest ona natomiast bardziej sztywna, mniej zdolna do przystosowania się do zmieniających się potrzeb życia oraz bardziej narażona na "przerastanie środków ponad cele". Im organizacja mniej formalna, tym bardziej elastyczna, zdolna przystosować się do zmian w potrzebach uczestników i warunków otoczenia. Najprawdopodobniej ten czynnik był jednym z powodów bardzo ograniczonej skuteczności działań koordynacyjnych w przypadku Narodowego Programu Zdrowia 2007 – 2015. Wyniki analizy[157] wykazały, że działania Zespołu Koordynacyjnego skupiły się przede wszystkim na opracowaniu koncepcji własnej pracy, z pominięciem zadań w zakresie koordynacji. Drugi czynnik, który spowodował niepowodzenie procesu koordynacji NPZ 2007 – 2015, to niezgodność usytuowania przywództwa na formalnych szczeblach zarządzania NPZ w rzeczywistości, a w praktyce brak faktycznego przywództwa i pełnienia funkcji kierowniczych na szczeblu centralnym. W drodze nieformalnego procesu funkcje koordynacyjne zostały przeniesione z najwyższych szczebli kierowania państwem, na

[157] Tyszko P., Narzędzia służące walce z nierównościami w zdrowiu i rola mechanizmów współpracy międzysektorowej. Prezentacja na konferencji „Wielosektorowe działania na rzecz ograniczania nierówności w zdrowiu w Polsce - możliwości i wyzwania". MZ, Warszawa 2013.

jednostkę naukowo badawczą[158]. Wskazanie tych dwu uwarunkowań powodzenia działań koordynacyjnych może przyczynić się do uświadomienia Komitetowi Sterującemu NPZ ryzyka wystąpienia podobnych procesów i konieczności działań dla ich uniknięcia. Trzecim czynnikiem, który mógł wpłynąć na brak efektywności MZKNPZ, był brak określenia mechanizmów współdziałania w akcie prawnym powołującym MZKNPZ[159]. Czynnik ten może mieć znaczenie także w przypadku obecnego Komitetu Sterującego NPZ, bowiem w ustawie o zdrowiu publicznym nie wskazano mechanizmów koordynacyjnych.

W art. 10 ustawy o ZP zobligowano KS do określenia regulaminu własnej pracy. Zgodnie z art. 10.1 ustawy o ZP do zadań komitetu należy bieżąca koordynacja zadań i rozwiązywanie problemów związanych z realizacją NPZ. Przyjęty Regulamin pracy Komitetu przewiduje zwoływanie posiedzeń tylko w trybie nieplanowym, a mianowicie – z inicjatywy Przewodniczącego lub na wniosek 2 członków Komitetu. Rozwiązanie takie może być przydatne w odniesieniu do rozwiązywania problemów związanych z realizacja NPZ. Jest ono natomiast nieefektywne w przypadku bieżącej koordynacji zadań.

8.2.1.1. Ogólne zasady koordynacji działań.

W tym miejscu można wskazać ogólne zasady koordynacji zadań, oparte na koncepcji więzi organizacyjnej. W systemach organizacyjnych mechanizmy współpracy mogą być opisane w kategoriach więzi organizacyjnych[160]. Więzi te, to specyficzne relacje między uczestnikami organizacji, mające znaczenie dla osiągnięcia sukcesu przez organizację. Więzi organizacyjne umożliwiają podział zadań, ich delegowanie i ocenę realizacji (więzi pionowe), a także zapewniają przepływ informacji, umożliwiają procesy konsultacji (więzi mieszane – pionowe i poziome). Podstawowe zasady koordynacji powinny uwzględniać:

- zasady podległości formalnej (pionowej) przy realizacji zadań NPZ (więź służbowa); reguły te są dość dobrze sformułowane i przestrzegane w przypadku działań w ramach struktur hierarchicznych, np. w resorcie oświaty i wychowania, czy resorcie obrony narodowej; nie obowiązują one jednak kiedy wykonawcami zadań, za które są odpowiedzialni poszczególni ministrowie, są podmioty spoza sfery zależności służbowej;
- zasady współpracy poziomej, o charakterze konsultacyjnym, doradczym, opiniującym itp.; działania tego typu są realizowane w ramach więzi określanej jako funkcjonalna;

[158] Cytat z protokołu z posiedzenia ZK NPZ z dnia 29 lipca 2009: „Na zakończenie swojej wypowiedzi Pani Minister wskazała NIZP-PZH jako administracyjnego koordynatora działań Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia".
[159] Komitet sterujący NPZ, http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2016-2020/komitet-sterujacy-npz/ [dostęp: 15.12.2016 r.]
[160] Zieleniewski J., Organizacja i zarządzanie. Warszawa 1969.

podmioty uczestniczące w tego typu więzi mają wzajemne prawo – z jednej strony - zadawania pytań, a z drugiej – obowiązek udzielania odpowiedzi;

- zasady egzekwowania odpowiedzialności w sytuacji, kiedy szereg działań NPZ składa się na proces, a podjęcie kolejnego działania jest uwarunkowane zakończeniem działania poprzedzającego w łańcuchu (więź techniczna);
- zasady przekazywania informacji istotnych z punktu widzenia realizacji działań służących osiągnięciu celu i reguły komunikacji z otoczeniem (więź informacyjna).

Aktualnie na stronie internetowej MZ[161], poświęconej NPZ znajdują się tylko informacje o treści NPZ, prezentowane w różnej formie. Jest też możliwość pobrania składu Komitetu Sterującego. W oferowanym do pobrania dokumencie, nie ma w składzie KS przewodniczącego KS - w osobie Ministra Zdrowia. Nie ma regulaminu pracy KS, przewidzianego w art. 10 ustawy o ZP. Brak jest informacji o działaniach podejmowanych przez Komitet Sterujący. Są natomiast ogłoszenia Komisji Konkursowych powołanych do oceny ofert w ramach realizacji Narodowego Programu Zdrowia**.** Taki poziom informacji o realizacji NPZ ogranicza możliwości śledzenie procesu zarządzania NPZ.

W ramach prezentowanego projektu dokonano także przeglądu oficjalnych stron internetowych ministerstw zaangażowanych w realizację NPZ. Na stronach głównych ministerstw brak jest informacji o zaangażowaniu w realizację NPZ. Wydaje się, że uzasadniony byłby postulat zamieszczania informacji o działaniach w ramach NPZ na stronach wszystkich podmiotów odpowiedzialnych za realizację Programu, jak też stronach internetowych wykonawców zadań.

Sformułowanie praktycznych zasad koordynacji, odnoszących się do realizacji NPZ, powinno uwzględniać ogólne reguły przyjęte w koordynacji działań organów szczebla rządowego.

Odmienna sytuacja w zakresie koordynacji zadań jest na szczeblach lokalnych, tj. powiatów i gmin. Procesy decyzyjne i formy nawiązywania współpracy są w znacznie mniejszym stopniu sformalizowane. Współpracy sprzyjają także, nierzadkie w małych społecznościach lokalnych, przypadki pełnienia różnych funkcji przez te same osoby. Badania nad realizacją zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia przez powiaty wskazują na

[161] Komitet sterujący NPZ, http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2016-2020/komitet-sterujacy-npz/ [dostęp: 15.12.2016 r.]

duże możliwości współpracy[162]. Stałymi partnerami powiatów w tym zakresie są publiczne i niepubliczne placówki ochrony zdrowia, urzędy wojewódzkie i urzędy marszałkowskie, ogólnopolskie organizacje pożytku publicznego, a także – w mniejszym stopniu – Ministerstwo Zdrowia i inne urzędy oraz firmy farmaceutyczne. Głównym partnerem, z którym współpracę deklaruje ponad 70% powiatów jest Państwowa Inspekcja Sanitarna. Fakt ten, jak też wnioski z analizy roli PIS przedstawionej wcześniej[163], upoważniają do powtórzenia postulatu wykorzystania przez PIS ustawowych uprawnień w do organizacji, prowadzenia, koordynacji, nadzoru i dokonywania ocen działań w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Za punktu widzenia efektywności zarządzania także na poziomie lokalnym, ważne istnienie przywództwa. Na znaczenie przywództwa dla działań na rzecz zmniejszania nierówności w zdrowiu zwraca uwagę Chris Bentley w opracowaniu przygotowanym w ramach Projektu Predefiniowanego: Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu[164].

8.3. Wyłanianie wykonawców w drodze konkursów.

[162] Tyszko P., Posobkiewicz M., Leśniewska A., Demidowicz J., Profilaktyka i promocja zdrowia w powiatach Wyniki badania ogólnopolskiego – 2012. VII Międzynarodowy Kongres Zdrowia Publicznego – „Zdrowie Publiczne w działaniach Samorządów Terytorialnych w Polsce", Warszawa, 28-29 maja 2015 r.
[163] Część 2.5. Instytucje realizujące funkcje zdrowia publicznego istotne dla osiągnięcia celów NPZ.
[164] Bentley Ch., Strategies aimed at reduction of social inequalities in health at local level: Consideration of the English experience. Materiał z seminarium. NIZP-PZH, Warszawa, 20.11.2016 r.

W artykule 14.1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym przewidziano powierzanie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego w trybie konkursu ofert ogłaszanego przez dysponenta, którym może być minister właściwy do spraw zdrowia, inni ministrowie lub centralne organy administracji rządowej, agencje wykonawcze i inne państwowe jednostki organizacyjne, w tym Narodowy Fundusz Zdrowia oraz jednostki samorządu terytorialnego. W ustawie (Art. 15. 1.) wyszczególniono elementy jakie powinny znaleźć się w ogłoszeniu o konkursie. Są nimi:

- zadanie będące przedmiotem konkursu ofert;
- wysokość środków przeznaczonych na realizację zadania;
- terminy i warunki realizacji zadania;
- kryteria oceny ofert;
- miejsce i termin składania ofert;
- termin rozstrzygnięcia konkursu ofert;
- termin i sposób ogłoszenia wyników konkursu ofert;
- sposób odwołania się od rozstrzygnięcia konkursu ofert;
- poziom i sposób obliczania minimalnego współfinansowania zadania przez podmiot ogłaszający konkurs, jeżeli współfinansowanie zadania jest warunkiem otrzymania środków;
- wykaz dokumentów, które należy dołączyć do oferty;
- informację o możliwości odwołania konkursu ofert przed upływem terminu na złożenie ofert oraz możliwości przedłużenia terminu
- terminu złożenia ofert i terminu rozstrzygnięcia konkursu ofert;
- sposób złożenia oferty i dokumentów, o których mowa w pkt 10.

Ogłoszenie o konkursie ofert może zawierać dodatkowo:

- opis sposobu oceny ofert w zakresie każdego z kryteriów oceny ofert;
- sposób i terminy przekazania środków na rzecz realizatorów zadań.

Prawie wszystkie wymienione powyżej informacje odnoszą się do kwestii formalno – organizacyjnych konkursu. Tylko w przypadku informacji „opis sposobu oceny ofert w zakresie każdego z kryteriów oceny ofert”, której zamieszczenie nie jest obligatoryjne, pojawia się możliwość zawarcia wymogów merytorycznych dotyczących zadania realizowanego przez wykonawcę wyłonionego w drodze konkursu.

W dalszej części ustawy o zdrowiu publicznym (Art. 15. 5.) określono jakie elementy ma zawierać oferta złożona w konkursie. Są nimi:

- szczegółowy sposób realizacji zadania;
- termin i miejsce realizacji zadania;
- harmonogram działań w zakresie realizacji zadania;
- informacja o wysokości wnioskowanych środków;
- informacja o wysokości współfinansowania realizacji zadania, jeżeli dotyczy;
- informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę, jeżeli działalność ta dotyczy zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie ofert;
- informacja o posiadanych zasobach rzeczowych oraz zasobie kadrowym i kompetencjach osób zapewniających wykonanie zadania, a także o zakresie obowiązków tych osób;
- informacja o wysokości środków przeznaczonych na realizację zadania oraz kosztorys wykonania zadania, w szczególności uwzględniający koszty administracyjne.

Stosownie do zestawu informacji o ogłoszeniu konkursu, oferta zawiera głównie informacje o charakterze formalnym i organizacyjnym. Tylko w punkcie „szczegółowy sposób realizacji zadania" mogą być zawarte informacje przydatne w merytorycznej ocenie oferty. Przyjęte w ustawie zasady wyłaniania wykonawców w drodze konkursu nie umożliwiają specjalnego uwzględnienia aspektu ograniczania nierówności w zdrowiu.

Dla wykonawców wyłonionych w drodze konkursu przewidziano w NPZ około 40 szczegółowych zadań. Najwięcej takich zadań przewidziano w 3 celu operacyjnym - Poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa – 13 zadań i celu operacyjnym 1 - Poprawa sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa oraz aktywności fizycznej społeczeństwa – 11 zdań. W celu operacyjnym 3 - Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych i uzależnieniami behawioralnymi - w przypadku tylko jednego zadania przewidziano wyłonienie wykonawcy w formie konkursu. W pozostałych celach operacyjnych liczba zadań uwzględniających wykonawców z konkursu wynosi od 4 do 6.

Jak wykazano w innej części opracowania[165] zadania nakierowane bezpośrednio na zmniejszanie nierówności w zdrowiu zostały przewidziane w odniesieniu do dwóch celów operacyjnych – celu 1. Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności społecznej społeczeństwa oraz celu 5. Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się.

[165] Część V - Analiza sprawnościowa możliwości realizacji NPZ – aspekty prawne.

W ramach celu 1., w zadaniu 3.1. Prowadzenie działalności naukowo-badawczej oraz współpracy międzynarodowej, przewidziano dwa działania o charakterze badawczym:

- przeprowadzenie kompleksowych badań epidemiologicznych dotyczących sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa polskiego ze szczególnym uwzględnieniem grup: małe dzieci, dzieci i młodzież w wieku szkolnym, kobiety ciężarne, osoby w podeszłym wieku, osoby przebywające w jednostkach całodobowego pobytu, wraz z identyfikacją czynników ryzyka zaburzeń odżywiania, oceną poziomu aktywności fizycznej, poziomu wiedzy żywieniowej oraz występowania nierówności w zdrowiu.
- zlecenie kompleksowego badania sposobu żywienia i stanu odżywienia żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy z identyfikacją czynników ryzyka rozwoju otyłości, z oceną aktywności fizycznej, poziomu wiedzy żywieniowej oraz występowania nierówności w zdrowiu w 2017 r. oraz 2020 r.

Pierwsze z ww. działań mają realizować instytuty badawcze lub uczelnie wyższe wybrane w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ, a drugie – instytut badawczy lub uczelnia wyższa wybrana w drodze konkursu ogłaszanego przez MON.

Natomiast w zadaniu 3.2. Działania pilotażowe i wsparcie podmiotów uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości, przewidziano działanie pn. projektowanie i testowanie skuteczności zadań z zakresu zdrowia publicznego polegających na monitorowaniu sytuacji epidemiologicznej, promocji zdrowia lub profilaktyce chorób, innych niż określone w NPZ, przez programy pilotażowe, w oparciu o zidentyfikowane czynniki ryzyka otyłości i niedożywienia oraz danych o nierównościach społecznych w zdrowiu. Zadanie ma być zrealizowane przez podmioty wybrane w drodze konkursów ogłaszanych przez MZ.

W ramach celu 5., w zadaniu 1. Prowadzenie polityki senioralnej ukierunkowanej na jak najdłuższą aktywność społeczną, zawodową i rodzinną osób starszych, przewidziano działanie pn. kształtowanie polityki społecznej i rodzinnej w sposób przyczyniający się do ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu.

Przedstawiony powyżej przegląd zadań w celach operacyjnych 1 i 5, wskazanych do realizacji przez wykonawców wyłonionych w drodze konkursu, wskazuje, że nie mają one charakteru działań nakierowanych bezpośrednio na ograniczanie nierówności w zdrowiu. Tym samym uwzględnienie w ogłoszeniu o konkursie elementu „opis sposobu oceny ofert w zakresie każdego z kryteriów oceny ofert" jak też przez ocenę elementu oferty - „szczegółowy sposób realizacji zadania" nie ma – w tym przypadku znaczenia.

8.4. Baza dobrych praktyk

W dyskusjach na temat usprawnienia realizacji działań z zakresu promocji zdrowia w Polsce wielokrotnie pojawiał się postulat dostępu do gotowych, wzorcowych programów, możliwych do wykorzystania w działaniach podejmowanych na poziomie lokalnym. Postulat ten w ostatnim czasie został jednoznacznie sformułowany przez NIK[166]: „stworzenie przez MZ we współpracy z NFZ, AOTMiT, środowiskiem eksperckim, samorządowym, zbioru dobrych praktyk dotyczących samorządowych programów polityki zdrowotnej, wraz z wzorcowymi programami, których tematyka powinna odnosić się do najistotniejszych zidentyfikowanych problemów zdrowotnych Polaków". Spełnienie tego postulatu wymaga uwzględnienia dwu uzupełniających się elementów. Jednego – zapewniającego generowanie i identyfikację dobrych praktyk, drugiego zapewniającego ich przechowywanie i udostępnianie.

Jako pierwszy element, można wskazać konkursy organizowane w tym celu przez instytucje podejmujące działania w obszarze edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Wiodąca – koordynacyjna rola w tym zakresie – zgodnie z przytoczonymi wcześniej argumentami - powinna przypadać PIS. Dobrym przykładem może być konkurs „Lider promocji zdrowia" zorganizowany w roku 2014 przez Główny Inspektorat Sanitarny i Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego. Regulamin konkursu przedstawiono w załączniku 1. Innym źródłem dobrych praktyk powinny być zasoby Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zawierające koncepcje programów zgłaszanych przez samorządy, zaopiniowane pozytywnie przez tę Agencję. Niezbędne jest także szersze wsparcie merytoryczne i metodologiczne dla twórców nowych programów. Działania w tym kierunku są już podejmowane przez AOTMiT[167].

Drugi niezbędny element to komputerowa, sprawnie zarządzana baza programów. Jako instytucję odpowiedzialną za to działanie, należy wskazać, zgodnie z uprawnieniami ustawowymi i posiadanym potencjałem i doświadczeniem – Główny Inspektorat Sanitarny. Należy podkreślić, że proponowane rozwiązanie cechuje się niską kosztochłonnością, przy jednocześnie wysoko szacowanej efektywności.

8.5. Podsumowanie.

166 Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego. Informacja o wynikach kontroli, https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/15/063/ [dostęp: 01.12.2016 r.]
167 Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, http://www.aotm.gov.pl/www/, [dostęp: 01.12.2016 r.]

Dla sprawności zarządzania NPZ ważne jest przestrzeganie ogólnych zasad zarządzania. Szczególne znaczenie ma prowadzenie ciągłego procesu monitorowania i ewaluacji realizowanych zadań w celu uelastycznienia systemu umożliwiającego wdrożenie ewentualnych zmian na wczesnym, odpowiednim etapie procesu zarządzania, a także zapewnienie sprawnego przywództwa w wymiarze instytucjonalnym, a w miarę możliwości – także personalnym.

Przyjęte w ustawie zasady wyłaniania wykonawców w drodze konkursu nie umożliwiają specjalnego uwzględnienia aspektu ograniczania nierówności w zdrowiu.
Jednocześnie – charakter zadań z zakresu ograniczania nierówności, które mają być wykonane przez wykonawców wyłonionych w drodze konkursu – powoduje brak możliwości oddziaływania na działania nakierowane bezpośrednio na ograniczanie nierówności w zdrowiu w celach 1 i 5 przez uwzględnienie w ogłoszeniu o konkursie elementu „opis sposobu oceny ofert w zakresie każdego z kryteriów oceny ofert" jak też przez ocenę elementu oferty - „szczegółowy sposób realizacji zadania".

Przewidziana w Regulaminie Komitetu Sterującego organizacja pracy tego ciała jest nieefektywna z punktu widzenia bieżącej koordynacji zadań NPZ.

Jednym z warunków realizacji celów NPZ, szczególnie w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia jest utworzenie i aktualizacja bazy dobrych praktyk.

IX. MARKETING I KOMUNIKACJA SPOŁECZNA W REALIZACJI NPZ, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM GRUP DOCELOWYCH NARAŻONYCH NA SPOŁECZNE NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU

(*Piotr Samel – Kowalik, Magdalena Bogdan*).

9.1. Wprowadzenie, cel i zakres opracowania.

Niniejsze opracowanie stanowi podsumowanie stanu wiedzy z zakresu działań marketingu i komunikacji społecznej wspomagających realizację Narodowego Programu Zdrowia. W publikacji dokonano analizy rozwiązań marketingowych oraz wpływu komunikacji społecznej na redukcję społecznych nierówności w zdrowiu. W oparciu o analizę grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu oraz wyniki analizy prawnej dotyczącej NPZ, przedstawiono wybrane metody komunikacji społecznej z niniejszymi grupami oraz działań marketingowych służących sprawnej realizacji Narodowego Programu Zdrowia. Niniejsze metody i działania ujęto w modelu służącym do opracowania międzysektorowej strategii dotyczącej marketingu i komunikacji społecznej w realizacji NPZ, ze szczególnym uwzględnieniem grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu. Na podstawie zaproponowanego modelu zilustrowano jego zastosowanie w odniesieniu do aspektów ujętych w pierwszym i piątym punkcie NPZ, które jako jedyne bezpośrednio odnoszą się do redukcji społecznych nierówności w zdrowiu.

Jednym z zadań przewidzianych do realizacji w ramach Programu PL 13 pt.: „Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu", współfinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014, jest stworzenie eksperckiej strategii wspomagania realizacji Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 w zakresie ograniczania geograficznego i społecznych nierówności w zdrowiu z wykorzystaniem funkcji i instytucji zdrowia publicznego. W procesie realizacji niniejszej strategii określono istotną funkcję marketingu i komunikacji społecznej dla realizacji Narodowego Programu Zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu.

Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu jest procesem złożonym i długotrwałym. Kluczowym elementem skutecznej redukcji tychże nierówności może być właściwa forma komunikacji społecznej za pomocą środków masowego przekazu oraz odpowiednio skierowanej strategii marketingowej. Kontrola nierówności w zdrowiu jest oparta na działaniach z wielu obszarów polityki państwa. Dlatego też najlepsze rezultaty

można osiągnąć poprzez integrację poszczególnych resortów gospodarki, a także instytucji sektora zdrowotnego w realizację spójnej strategii marketingowej, a także partycypację w działaniach zarówno strategicznych, jak i taktycznych z zakresu komunikacji społecznej.

Warto także zwrócić uwagę, że zasady działań na rzecz ograniczenia nierówności w zdrowiu mieszczą się w zakresie tradycyjnie rozumianej ochrony zdrowia. Według definicji sformułowanej przez J. Indulskiego[168], ochrona zdrowia to „wszelkie działania społeczeństwa, skierowane na zapobieganie chorobom i ich leczenie, na utrzymanie rozwoju zdolności psychicznych, fizycznych i społecznych człowieka, przedłużenie życia, zapewnienie rozwoju nowych generacji i polepszenie właściwości ludzkiego rodzaju". Definicja ta określa nie tylko wszystkie cele, ale również szerokie spectrum działań - wszelkie działania społeczeństwa" –na rzecz zdrowia. Do tegoż zakresu działań należy zaliczyć także proces kreowania oraz docelowej realizacji międzysektorowej strategii dotyczącej marketingu i komunikacji społecznej w realizacji Narodowego Programu Zdrowia.

Jako szczegółowe cele opracowania przyjęto:

- zaprezentowanie podstawowych informacji dotyczących marketingu i komunikacji społecznej
- przedstawienie zastosowania marketingu społecznego w zdrowiu publicznym oraz jego wpływu na zmianę zachowań zdrowotnych
- określenie zasad marketingu i komunikacji społecznej warunkujące sprawną realizację Narodowego Programu Zdrowia
- określenie grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu z uwzględnieniem podziału terytorialnego, demograficznego oraz ekonomiczno-społecznego
- identyfikację krajowych i zagranicznych rozwiązań z zakresu marketingu i komunikacji społecznej w celu opracowania mechanizmów wsparcia realizacji Narodowego Programu Zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu
- zaproponowanie modelu służącego do opracowania międzysektorowej strategii dotyczącej marketingu i komunikacji społecznej w realizacji NPZ, ze szczególnym uwzględnieniem grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu
- zilustrowanie zastosowania modelu służącego do opracowania międzysektorowej strategii dotyczącej marketingu i komunikacji społecznej w realizacji NPZ, ze

[168] Indulski J., Leowski J., Podstawy medycyny społecznej. PZWL. Warszawa, 1971, s. 17.

szczególnym uwzględnieniem grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu, z uwzględnieniem pierwszego i piątego celu operacyjnego Narodowego Programu Zdrowia.

Opracowanie podzielono na dwie części – analityczną i wdrożeniową. W ramach pierwszej części omówiono ogólne informacje dotyczące marketingu i komunikacji społecznej (w tym definicje, zastosowania marketingu społecznego w zdrowiu publicznym, a także jego wpływ na zmianę zachowań zdrowotnych), a także w oparciu o doświadczenia krajowe i zagraniczne zaprezentowano zasady marketingu i komunikacji społecznej warunkujące sprawną realizację Narodowego Programu Zdrowia. W dalszej kolejności dokonano analizy poszczególnych grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu. Część analityczną uzupełniono także o przykłady rozwiązań z zakresu marketingu i komunikacji społecznej stosowane w kraju i na świecie, w celu opracowania polskich mechanizmów wsparcia realizacji Narodowego Programu Zdrowia.

W część wdrożeniowej zaprezentowano model służący do opracowania międzysektorowej strategii dotyczącej marketingu i komunikacji społecznej w realizacji NPZ, ze szczególnym uwzględnieniem grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu oraz zilustrowano zastosowanie tego modelu w oparciu o aspekty uwzględnione w pierwszym i piątym celu operacyjnym Narodowego Programu Zdrowia.

Ponadto w opracowaniu sformułowano zalecenia, wnioski i rekomendacje dla realizacji Narodowego Programu Zdrowia z wykorzystaniem rozwiązań marketingu i komunikacji społecznej.

9.2. Metodologia opracowania. Wykorzystane źródła.

Zastosowaną w pracy metodą badawczą jest analiza dokumentacji. W publikacji wykorzystano piśmiennictwo krajowe oraz zagraniczne. Materiały wykorzystane w opracowaniu podzielono na 6 kluczowych źródeł literaturowych, które przedstawione są w ostatnim rozdziale niniejszego dokumentu zatytułowanego Załączniki.

Pierwsza grupa źródeł badawczych zawiera ogólne informacje dotyczące marketingu i komunikacji społecznej. W ramach zgromadzonych dokumentów analizowano podstawy procesów społecznych, do jakich zalicza się marketing i komunikację, mających zastosowanie w dowolnym sektorze gospodarczym, z uwzględnieniem aspektów zdrowia publicznego. Wykorzystano zarówno piśmiennictwo krajowe, jak i zagraniczne.

W ramach drugiej grupy wykorzystano źródła dotyczące zasad marketingu i komunikacji społecznej warunkuje sprawną realizację Narodowego Programu Zdrowia. Poszukiwano zatem zagranicznych pozycji literaturowych poruszających tematykę praktycznego wykorzystania marketingu i komunikacji społecznej w realizacji programów i zadań sektora zdrowotnego, w szczególności Narodowych Programów Zdrowia. Niniejsza analiza miała na celu identyfikację dobrych praktyk zarządzania (w tym rozwiązań z zakresu marketingu i komunikacji społecznej) w celu ich przyszłej implementacji w polskiej praktyce gospodarczej.

Źródła dotyczące poszczególnych grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu przedstawiono w załączniku 3. W literaturze przedmiotu można znaleźć liczne pozycje prezentujące podziały i definicje grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu. Jednym z kluczowych dokumentów w zakresie niniejszej tematyki jest raport „Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce" opracowany przez Światową Organizację Zdrowia[169]. Stąd też posłużył on jako główne źródło informacji do opracowania rozdziału 5. Dodatkowo posłużono się polsko i anglojęzyczną literaturą dot. podziałów i definicji grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu zidentyfikowaną na oficjalnych stronach instytucji i organizacji sektora ochrony zdrowia, takich jak Ministerstwo Zdrowia w Polsce, Komisja Europejska czy Światowa Organizacja Zdrowia. Dokonano także przeglądu publikacji naukowych w zakresie niniejszej tematyki – wybrane artykuły naukowe posłużyły do dokonania wyżej wspomnianej analizy.

169 Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce, http://www.nierownosci.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/6/2014/07/Spoleczne-nierownosci-w-zdrowiu-w-Polsce.pdf [dostęp: 10.11.2016 r.]

W załącznikach 4 i 5 przedstawiono wykaz dokumentów zawierających przykłady rozwiązań z zakresu marketingu i komunikacji społecznej w Polsce oraz na świecie, służących do opracowania mechanizmów wsparcia realizacji Narodowego Programu Zdrowia. Uwzględniono krajowe i zagraniczne dokumenty i publikacje zidentyfikowane w procesie analizy prezentujące już zastosowane rozwiązania oraz wdrożone strategie marketingowo-komunikacyjne. Poszukiwano sprawdzonych metod i praktyk, które docelowo posłużyły opracowaniu koncepcji międzysektorowej strategii dotyczącej marketingu i komunikacji społecznej w realizacji Narodowego Programu Zdrowia w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu.

Załącznik nr 6 zawiera jedno źródło dotyczące ilustracji modelu służącego do opracowania międzysektorowej strategii dotyczącej marketingu i komunikacji społecznej w realizacji NPZ, ze szczególnym uwzględnieniem grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu.

9.3. Ogólne informacje dotyczące marketingu i komunikacji społecznej.

Ekspansja marketingu komercyjnego w połączeniu z ukierunkowaniem się polityki zdrowotnej na zapobieganie chorobom rozpoczęła rozwój marketingu społecznego jako nowej dziedziny.[170] Jego podstawą jest zrozumienie, dlaczego ludzie podejmują określone zachowania zdrowotne. Marketing identyfikuje grupy osób poddane wpływom czynników modyfikujących zachowanie i próbuje określać ich źródła. Bada oddziaływanie mechanizmów zachęcających do podejmowania określonych aktywności i analizuje bariery, które powodują ich brak.[171] Jest to także zbiór dowodów oraz zasad zaczerpniętych z obszaru marketingu komercyjnego. Pozwalają one na systematyczne wpływanie na zachowanie ludzi oraz pomnażanie, dla jednostek i społeczeństw, korzyści z niego wynikających.[172]

Za kluczowe cechy marketingu społecznego należy uznać:

- odrębność tej dyscypliny od klasycznego (komercyjnego) marketingu;
- fakt, że prowadzony jest dla osiągnięcia dobrostanu grup docelowych, jak również dobrostanu społecznego;
- fakt, iż opiera się o zasady i techniki wywodzące się z marketingu komercyjnego, szczególnie w zakresie strategii *marketingu mix,* umownie nazywanego 4P - produkt (ang. *product*), cena (ang. *price*), miejsce (ang. *place*) i promocja (ang. *promotion*)[173].

W dziedzinie zdrowia publicznego marketing społeczny odgrywa coraz większą rolę. Był on wykorzystywany między innymi do: redukcji ryzykownych zachowań prowadzących do zakażenia wirusem HIV, zmniejszenia odsetka osób palących wśród nastolatków, a także do zwiększenia wykorzystania funkcji zdrowia publicznego w praktyce. Wprowadzenie tego narzędzia zmieniło sposób podejścia do rozwiązywania problemów w dziedzinie zdrowia, między innymi dzięki analizie potrzeb i oczekiwań populacji.[174]

Marketing społeczny często bywa mylony z mediami społecznościowymi. Należy zauważyć, iż wykorzystuje on media społecznościowe jako kanał komunikacji, jednak jest on pojęciem szerszym. Do przykładowych pomyłek zaliczyć można:

---

[170] Kotler P, Zaltman G., Social Marketing: An Approach to Planned Social Change Journal of Marketing 1971; 35(3): 3-12.
[171] National Social Marketing Centre Big pocket guide - Social marketing In: Center NSM, editor. London: National Social Marketing Center; 2007
[172] ECDC. Social marketing guide for public health managers and practitioners Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2014.
[173] Kohr J.M., Strack R.W., Newton-Ward M., Cooke C.H., The use of programme planning and social marketing models by a state public health agency: a case study. Public health 2008; 122(3): 300-6.
[174] Ibid.

- jako marketing społeczny rozumiane jest to o co ludzie mówią o produktach i usługach na blogach, forach oraz w mediach społecznościowych;
- jako funkcje marketingu społecznego uznaje się technologię Web 2.0, która zakłada, że nie tylko profesjonaliści, ale "zwykli" użytkownicy Internetu tworzą treści;
- wykorzystanie marketingu i reklam online w mediach społecznościowych.[175]

Decyzje jakie ludzie podejmują każdego dnia mają wpływ na ich zdrowie, niezależnie od tego czy mówimy o paleniu tytoniu, nadużywaniu alkoholu, objadaniu się czy zbyt małej aktywności fizycznej. Zachowania te mogą być głęboko zakorzenione w kontekście kulturowym, społecznym czy materialnym danej populacji. Głównym obszarem interwencji w dziedzinie zdrowia publicznego jest zmiana stylu życia i zachowania jednostek. Jednak w dalszym ciągu problemem jest trwałość wywoływanych zmian. Politycy zdrowotni powinni systematycznie poszukiwać efektywnych kosztowo metod, które pozwalają chronić i wydłużać zdrowie populacji.

Ludzie często są świadomi zagrożeń płynących z palenia tytoniu czy spożywania alkoholu, ale "przyjemność" czerpana z tych czynności w połączeniu z czynnikami społecznymi i środowiskowymi sprawiają, że akceptacja zmiany jest trudna. Przeciwdziałanie otyłości wymaga podjęcia umiarkowanych zmian w zakresie aktywności fizycznej i zwyczajów żywieniowych. Mimo świadomości indywidualnej, podjęcie wysiłku nie zawsze jest akceptowalne, szczególnie jeśli jednostka żyje w środowisku, gdzie aktywność fizyczna oraz przestrzeganie właściwych zasad odżywiania nie jest powszechna. Działania z tego zakresu powinny być realizowane w ramach współpracy międzysektorowej, w tym być podejmowane m.in. przez sektor edukacji, rodziny, pracy i polityki społecznej, etc. Wiele akcji profilaktycznych i promujących zdrowie powinno być także realizowanych przez instytucje pozarządowe, grupy społeczne czy przedsiębiorców.[176]

9.3.1. Definicje.

Nie istnieje jednolita definicja pojęcia marketingu społecznego. W literaturze znajdują się liczne objaśnienia, których najpopularniejsze przykłady przedstawione zostały poniżej.

[175] Cheng H., Kotler P., Lee N.R., Social Marketing for Public Health. An introduction: Jones and Bartlett Publishers, LCC.
[176] McDaid O.A., Sherry M., What do we know about the strengths and weakness of different policy mechanisms to infl uence health behaviour in the population? Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2014

Według definicji Kotlera marketing społeczny można rozumieć jako: *proces, w którym stosowane są zasady i techniki marketingu w tworzeniu, komunikowaniu i dostarczaniu wartości w celu wpływania na zachowanie grup docelowych, dzięki czemu zyskuje społeczeństwo.*

Według Andreasena jest to: *stosowanie technik marketingu komercyjnego w analizie, planowaniu, realizowaniu i ocenianiu programów zaprojektowanych do wpływania na dobrowolne zachowania grup docelowych w celu podniesienie ich dobrobytu oraz dobrobytu całego społeczeństwa.*

Jak podaje natomiast *National Social Marketing Center* jest to: *podejście wykorzystywane do opracowania działań mających na celu zmianę lub utrzymanie zachowania ludzi dla dobra jednostek i społeczeństwa jako całości*[177].

9.3.2. Zastosowania marketingu społecznego w zdrowiu publicznym.

Niniejszy podrozdział przedstawia zastosowania marketingu społecznego w dziedzinie zdrowia publicznego. Zobrazowane zostały także założenia logicznego modelu interwencji wraz z podziałem zadań i czynności, jakie należy wykonać na poszczególnych etapach planowania, testowania i wdrażania interwencji.

W ramach kampanii marketingu społecznego realizowanych w obszarze zdrowia publicznego dokonuje się prób wzmocnienia zachowań prozdrowotnych wśród ludzi. Dzięki wykorzystaniu technik o udowodnionej skuteczności możliwa jest ocena tego, jak społeczność reaguje na komunikaty związane ze zdrowiem.[178]

Marketing społeczny oferuje szereg skutecznych metod tworzenia programów prawidłowych zachowań prozdrowotnych, możliwych do zastosowania przez profesjonalistów zdrowia publicznego. Zarówno w jednej jak i w drugiej dziedzinie działania skupiają się na poziomie populacyjnym.[179]

W chwili obecnej marketing społeczny i kampanie realizowane w jego duchu widoczne są na całym świecie. Kraje, w których jest on wykorzystywany różnią się pod wieloma względami, takimi jak rozwój ekonomiczny, technologiczny czy społeczny.[180] Dlatego też tworzenie globalnych programów jest trudne, o ile w ogóle nie niemożliwe. Wiele

[177] Szostek D., Błędy i trudności w stosowaniu marketingu społecznego na przykładzie kampanii społecznych w Polsce. MARKETING I RYNEK 2014; (9): 8-16.
[178] Evans W.D., Social Marketing Campaigns and Children's Media Use. The Future of Children 2008; 18(1): 181-2013.
[179] Douglas E., How social marketing works in health care. Bmj 2006; 332(7551): 1207-10.

[180] Cheng H., Kotler P., Lee N.R., Social Marketing for Public Health. An introduction: Jones and Bartlett Publishers, LCC.

instytucji zdrowia publicznego opracowuje wytyczne i przewodniki wspomagające autorów programów w skutecznej realizacji zakładanych celów. Choć stosowanie marketingu społecznego na świecie ma ugruntowaną tradycję w zdrowiu publicznym, to jednak wielu profesjonalistów zajmujących się zdrowiem niewłaściwe interpretuje jego cele.

Należy pamiętać, iż realizacja kampanii marketingu społecznego to zadanie zespołowe. W jednym czasie nad kampaniami powinni pracować specjaliści od komunikacji, zdrowia publicznego, analizy danych oraz innych dyscyplin zależnych od tematyki programu.[182] Wagę takiego podejścia podkreśla fakt, że w Wielkiej Brytanii w 2008 ustanowiono zespól ds. analizy behawioralnej, który umocowany był przy Kancelarii Premiera. Jego celem było wsparcie za pomocą dowodów naukowych programów marketingu społecznego.[183] Instytucje takie jak *Center for Disease Control and Prevention (CDC)* czy *European Center for Disease Prevention and Control (ECDC)* jako jedno z głównych narzędzi w komunikacji z otoczeniem stosują właśnie marketing społeczny.

Skuteczność metod stosowanych w ramach marketingu społecznego potwierdzają wyniki badań i przeglądów systematycznych.[184] Dla przykładu przeprowadzony przez Cochrane przegląd 11 badań dotyczących używania tytoniu, wskazuje, że zastosowanie kampanii medialnych wykorzystujących telewizję i radio może mieć znaczący wpływ na zachowania ludzi, jeśli będzie stanowił on część kompleksowych programów kontroli spożycia tytoniu. Same przekazy medialne mogą nie przynieść pożądanego efektu, szczególnie wśród osób, które są w grupie silnie uzależnionych. Jednak w połączeniu z zakazami palenia w pracy czy miejscach publicznych, a także innymi formami redukcji uzależnienia, przynoszą pożądane efekty.[185]

Jak w każdej interwencji z zakresu zdrowia publicznego, podjęcie decyzji o zastosowaniu marketingu społecznego powinno być poprzedzone analizą możliwości wdrożenia, w uwzględnieniem etycznego punktu widzenia. Motywy i uzasadnienia decyzji powinny być przedstawione w sposób zrozumiały dla grup docelowych i interesariuszy. W podjęciu ostatecznej decyzji o zasadności zastosowania programów tworzonych w oparciu o narzędzia marketingu społecznego, pomocne może być:

- przeanalizowanie podstaw etycznych realizowanej polityki przed rozpoczęciem wdrażania strategii;

[182] Public Health England. Social Marketing Strategy 2014-2017: One year on: Public Health England, 2015.
[183] McDaid O.A., Sherry M., What do we know about the strengths and weakness of different policy mechanisms to infl uence health behaviour in the population? Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2014
[184] Ibid.
[185] Ibid.

- zweryfikowanie możliwości uzyskania większej liczby korzyści niż szkód, przy jednoczesnej minimalizacji potencjalnych skutków niepożądanych;
- określenie czy możliwe do zastosowania taktyki są odpowiednio czułe, efektywne i wydajne, a ich efektem jest znaczny zwrot w postaci powiększenia dobrobytu społecznego;
- ustalenie czy interwencje będą dostępne wszędzie tam, gdzie są potrzebne;
- upewnienie się czy autonomia grup docelowych jest jasno określona i będzie poszanowana w trakcie realizacji programu;
- upewnienie się, że wszystkie strony interwencji są równo i sprawiedliwie traktowane;
- upewnienie się, że prawa wszystkich interesariuszy są zrozumiałe i będą szanowane.

Ponieważ działania zdrowia publicznego to zdania zespołowe, niezbędne jest zapoznanie wszystkich pracowników z kluczowymi elementami marketingu społecznego, którzy docelowo będą odpowiedzialni za wdrażanie programy w życie. Warunkuje to możliwość skutecznego realizowania zaplanowanych działań. W wyborze właściwej metody realizacji kampanii udział powinny brać wszystkie osoby (od decydentów po realizatorów) wdrażające program. Na każdym etapie pracownicy powinni być zachęcani do rozwijania się w zakresie marketingu społecznego.[186] To ważny element doskonalenia swoich umiejętności, zachęcający do poszukiwania skutecznych, nowych i wiarygodnych metod.

Realizacja tak kompleksowych interwencji, jak działania z zakresu zdrowia publicznego, wymaga zastosowania klarownych modeli interwencji. Przykładowym modelem, który wykorzystywany jest w zakresie marketingu społecznego, jest zaproponowany przez Evansa *logiczny model interwencji* (tabela V). Składa się on z czterech, opisanych jako kroki, elementów: określenia zakresu działań, testowania, zarządzania oraz nauki i działania.

[186] European Centre for Disease Prevention and Control. Social marketing guide for public health programme managers and practitioners. Stockholm: ECDC; 2014.

Tabela V. Model logiczny interwencji marketingu społecznego

Krok	Zadanie	Czynność
Określenie zakresu działań	1. Określenie celów wg. zasady SMART	1. Wyjaśnienie jakie działanie jest potrzebne 2. Identyfikacja grup docelowych i określenie zachowania, które należy zmienić 3. Stworzenie celów wg. zasady SMART
	2. Analiza sytuacji wyjściowej i identyfikacja oddziaływujących czynników	1. Analiza sytuacji 2. Analiza czynników konkurencyjnych 3. Zebranie dowodów i danych 4. Mapowanie i analiza zasobów
	3. Analiza grup docelowych	1. Wgląd w sytuację grup docelowych – zrozumienie problemów i potrzeb 2. Segmentacja grup
	4. Stworzenie propozycji wymiany	1. Stworzenie strategii promocji zachowania 2. Przeprowadzenie analizy zgodności
	5. Wybór interwencji marketingowych	1. Wybór interwencji 2. Przeprowadzenie analizy efektywności kosztowej
Testowanie	6. Pre-test	1. Testowanie każdej potencjalnej interwencji 2. Raportowanie wpływu interwencji w programie pilotażowym
Zarządzanie	7. Planowanie implementacji	1. Stworzenie planu wdrożenia i działania
	8. Rozpoczęcie i zarządzanie implementacją	1. Zarządzanie partnerami, ryzkiem i szansami 2. Raportowanie procesu
Ewaluacja	9. Ewaluacja i raportowanie	1. Ewaluacja wyników 2. Przygotowanie rekomendacji
	10. Analiza i wnioski	1. Identyfikacja kolejnych działań 2. Identyfikacja przyszłych implikacji

Źródło: W Douglas Evans. How social marketing works in health care. Bmj 2006; 332(7551): 1207-10.

9.3.3. Marketing społeczny a zmiana zachowań zdrowotnych

W niniejszym podrozdziale opisane zostały podstawowe założenia oraz przykładowe modele wykorzystywane w trakcie planowania i wdrażania interwencji nakierowanych na zmianę zachowań zdrowotnych.

Nie zawsze efektem tradycyjnych kampanii zdrowotnych jest trwała zmiana nawyków. Lepsze poznanie i zrozumienie czynników, które wpływają na zachowania zdrowotne może pomóc w tworzeniu strategii zdrowia publicznego, które skutecznie będę docierały do grup wykluczonych. Należy jednak podkreślić, że to co przynosi pozytywne efekty w jednej grupie nie musi działać w innej. Kluczowa jest segmentacja i precyzyjne określanie grup docelowych. Metody nakierowane na zmianę zachowań zdrowotnych muszą

być dostosowane do uwarunkowań kulturowych, stylu poznawczego czy kontekstu społecznego.[187] Na przykładzie spożywania alkoholu widoczne jest, że niektóre grupy mogą być bardziej podatne na komunikaty wskazujące na szkodliwe działanie alkoholu w perspektywie długofalowej, gdy inne będą silniej reagowały na informacje o jego wpływie na własny wizerunek.[188] W wielu obszarach wykorzystywana jest tzw. ekonomia behawioralna, która analizuje proces podejmowania decyzji i jednocześnie uwzględnia ograniczenia w racjonalności ludzkich wyborów. Nauki, tj. socjologia czy psychologia są często niezbędne w poznaniu i zrozumieniu mechanizmów rządzących ludzkimi wyborami. Cały czas poszukiwane są metody oddziaływania, które pozwolą skutecznie zamienić zachowania populacji.

Należy zauważyć, iż nie ma jednego sprawdzonego modelu interwencji marketingu społecznego. Autorzy wielu publikacji często podkreślają fakt, że każdy z proponowanych modeli musi być adaptowany do warunków, w jakich ma być docelowo zastosowany.

Podstawą wielu działań nakierowanych na zmianę zachowań zdrowotnych jest model ekologiczny, który uwzględnia fakt, że zdrowie jest zależne od trzech czynników: cech jednostek w populacji, właściwości miejsca – w wymiarze lokalnym i globalnym, ważnych relacji między jednostkami i miejscem. W tabeli VI jako przykład zaprezentowany został model oparty na wynikach prac dot. postaw kobiet wobec zagrożeń chorobą nowotworową piersi oraz społecznych uwarunkowań zachowań zdrowotnych.[189]

Tabela VI. Hipotetyczny model do zastosowania w marketingu i komunikacji społecznej.

Rodzaj programu	**Profilaktyka I fazy**	**Profilaktyka II fazy**	**Profilaktyka III fazy**
Efekty	- odległe w czasie, - oceniane pozytywnie, - obarczone marginesem nieskuteczności,	- wczesne wykrycie choroby, - oceniane pozytywnie, - mogą być obarczone lękiem przed uświadomieniem choroby	- podjęcie leczenia, - oceniane wysoce pozytywnie, - obarczone lękiem przed nieskutecznością

[187] Meekers D., Rahaim S., The importance of socio-economic context for social marketing models for improving reproductive health: evidence from 555 years of program experience. *BMC public health* 2005; **5**: 10.
[188] McDaid O.A., Sherry M., What do we know about the strengths and weakness of different policy mechanisms to infl uence health behaviour in the population? Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2014
[189] Tyszko P., Kowalska J., Demidowicz J., Marketing w realizacji programów zdrowotnych. *Family Medicine & Primary Care Review* 2011; 13(1): 95–101.

Stosunek do istoty zagrożenia	mało aktywny	zróżnicowany	bardzo aktywny
	modyfikowany wieloma czynnikami, w tym: wiekiem, poziomem wykształcenia, wysokością dochodu		
Motywacja potencjalnego świadczeniobiorcy	słaba	zróżnicowana	silna
Kierunek działań	motywowanie	informowanie i motywowanie	organizowanie świadczeń leczniczych
Rodzaj działań	1. komunikacja społeczne 2. marketing	1. komunikacja społeczne 2. marketing	1. marketing 2. komunikacja społeczna

Źródło: Tyszko P, Kowalska J, Demidowicz J. Marketing w realizacji programów zdrowotnych. Family Medicine & Primary Care Review 2011; 13(1): 95–101

9.4. Zasady marketingu i komunikacji społecznej warunkujące sprawną realizację NPZ.

W rozdziale czwartym przedstawione zostały kluczowe koncepcje i zasady zastosowania marketingu społecznego. Zaprezentowano także podział zagadnień, które wspierają sprawną realizację programów.

Skuteczne zastosowanie marketingu i komunikacji społecznej, dzięki którym możliwe jest wsparcie Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) powinno opierać się o model pozwalający na systematyczną analizę problemów zdrowotnych nakierowanych na realizację celów NPZ. Poniżej przedstawione zostały elementy modelu wykorzystywanego przez *European Centre for Disease Prevention and Control*. Zgodnie z zaleceniami ECDC powinny stanowić one podstawę analizy problemów i budowania programów. Jednocześnie stanowią podstawowy warunek skutecznej realizacji programów marketingu społecznego i komunikacji społecznej.

Siedem kluczowych elementów koncepcji marketingu społecznego to: analiza sytuacji, teoria wymiany, czynniki konkurencyjne, segmentacja publiki, teoria zachowania, mix metod oraz 4p. Obywatele, klienci i pacjenci stanowią kluczowy punkt procesu i podejścia od rozwiązywania problemów. Koncepcja ta zawiera niezbędne składowe skutecznych programów, które nakierowane są na zmianę zachowań zdrowotnych. Wywodzą się one z dowodów i podstaw badawczych dotyczących tego, co działa w sektorze komercyjnym oraz realizacji programów nakierowanych na pomnażanie dobrostanu.[190]

Analiza sytuacji

Stanowi podstawę zrozumienia przyczyn zachowania ludzi. Analiza tworzona jest na podstawie badań, danych demograficznych, informacji na temat korzystania z usług medycznych i programów prozdrowotnych. Marketing społeczny skupia się na identyfikacji i proponowaniu działań, które mogą zostać użyte w celu wywołania zmiany zachowań. Analiza kontekstu sytuacyjnego pozwala na identyfikację oddziaływania zewnętrznych czynników wpływających na zachowania społeczne. Do nich zalicza się m.in. środowisko, czynniki ekonomiczne, społeczne i kulturowe. Marketing społeczny podejmuje działania w celu rozwijania interwencji, które niwelują lub redukują bariery utrudniające podejmowanie właściwych postaw zdrowotnych.

[190] Douglas E., How social marketing works in health care. Bmj 2006; 332(7551): 1207-10.

Teoria wymiany

Opiera się na obserwacjach jednostki, która skłonna jest do zmiany zachowania w momencie, kiedy dostrzega, że jest ono w jej interesie. Rzeczy i czynności, które sprawiają, że czujemy się lepiej i bezpiecznej postrzegamy jako cenne i mające wpływ na nasze zachowanie. Jeśli chcemy wpływać na zmiany zachowania, musimy zrozumieć co jest dla ludzi cenne i ważne. Takie informacje niezbędne są do tworzenia interwencji, produktów i usług, z których ludzie będą chcieli korzystać. Czasem bardziej skuteczne jest skupienie uwagi ludzi na krótkoterminowych korzyściach rekomendowanej zmiany niż na tych odległych w czasie. Wynika to z faktu, iż jednostka bardziej ceni natychmiastową korzyść niż długoterminowy zysk. Niezbędne może okazać się również zwrócenie uwagi na redukcję kosztów krótkoterminowych zmian zachowań.

Czynniki konkurencyjne

Są to czynniki, które stoją w opozycji do pozytywnych aspektów zachowania jednostki. Ich źródłem mogą być normy społeczno-kulturowe, czynniki ekonomiczne, ale także preferencje ludzi czy wyuczone zachowania. Analiza czynników konkurencyjnych dotyczy zarówno czynników wewnętrznych, zewnętrznych, jak również barier i ułatwień. Do czynników wewnętrznych zaliczyć można czynniki psychologiczne, tj. przyjemność, pożądanie czy podejmowania ryzyka. Do czynników zewnętrznych zalicza się wpływ oddziaływania na zachowanie czynników środowiskowych czy ekonomicznych. Marketing społeczny szuka sposobów na redukcję barier wynikających z czynników konkurencyjnych.

Segmentacja publiki

Jest to podział docelowej społeczności, na poszczególne grupy, które mają podobne przekonania, postawy i wzorce zachowania. Interwencje podejmowane w ramach marketingu społecznego powinny być dostosowane do wyznaczonych grup docelowych, a nie kierowane do ogółu społeczności w nadziei, że dotrą także do grup, na których nam zależy. Segmentacja publiki wzmacnia tradycyjne podejście w zdrowiu publicznym, skupiające się na odpowiedzi na pytanie “dlaczego ludzie zachowują się tak, jak się zachowują”.

Teoria zachowania

Teoria zachowania wykorzystywana jest we wszystkich działania marketingowych. Dzięki obszernej analizie stworzony powinien zostać obraz wzorców zachowań i trendów, który pozwala upewnić się, że bodźce i bariery związane zarówno z “problematycznym” jak i

“pożądanym” zachowaniem są w pełni zrozumiałe. W dalszym etapie powinno nastąpić tworzenie i testowanie wszystkich możliwych interwencji nakierowanych na wzmacnianie pożądanych zachowań. Cele działań w marketingu społecznym powinny być tworzone według zasady SMART (Specific, Measurable, Achievable, Reliable, Time bound).

Mix metod

Pogram marketingu społecznego powinien uwzględniać mix interwencji. Niektóre z nich będą nawiązywały do logiki, inne zaś skupiały się na emocjach czy odruchowych wyborach. Aby wybrać optymalny mix stosowanych metod należy opierać się na dowodach podchodzących z badań i gromadzeniu danych od użytkowników programów. Wybór typów interwencji i waga przypisywana do każdej z nich, powinna być oparta o analizę danych i dowodów oraz akceptację proponowanych interwencji.

4p

W ramach koncepcji 4p uwzględnia się cztery elementy: produkt (ang. product), cenę (ang. price), miejsce (ang. place) i promocję (ang. promotion). W marketingu społecznym produkty mogą być namacalne (szczepionki, owoce, plastry antynikotynowe) lub nie namacalne (idee, wartości, usługi). Cena reprezentowana jest przez koszt jaki trzeba ponieść w trakcie wdrażania zmiany zachowania. Mogę być to koszty pieniężne, psychologiczne i emocjonalne, a także społeczne czy czasowe. Miejsce odnosi się do kanału, za pomocą którego promowana i wspierana jest zmiana. Może odnosić się do kanałów komunikacyjnych, jak i sposobów przekazania informacji o zmianie. Promocja oznacza narzędzia i kanały używane do przekazania informacji o pozytywnych skutkach. Zasada 4p często używana jest w połączeniu z innymi metodami analiz marketingowych. Docelowo poszukuje się takiej kombinacji metod, której rezultaty zaspokoją możliwie największą część potrzeb populacyjnych.

9.5. Analiza poszczególnych grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu.

Analiza wybranych grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu jest niezbędnym elementem w procesie kreowania strategii marketingowej. Identyfikacja poszczególnych grup oraz czynników wpływających na występowanie niniejszych nierówności umożliwi właściwą budowę strategii dotyczącej marketingu i komunikacji społecznej w realizacji NPZ wraz z odpowiednim dobór kanałów komunikacji oraz środków przekazu.

W literaturze przedmiotu można znaleźć różne podziały i definicje grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu. Jednym z kluczowych dokumentów w zakresie niniejszej tematyki jest raport „Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce" opracowany przez Światową Organizację Zdrowia[191]. Stąd też zaprezentowanej poniższej analizy dokonano głównie w oparciu o wspomniane opracowanie. Raport został opracowany w roku 2012, dlatego też w niniejszej publikacji posłużono się danymi zgromadzonymi do tego roku.

Na podstawie badań literaturowych oraz analizy raportu „Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce" zdefiniowano dwa podziały grup – ze względu na wiek oraz zakres terytorialny Polski oraz ze względu na inne czynniki wpływające na społeczne nierówności w zdrowiu. W ramach każdej z poniżej wymienionych grup zaprezentowano podstawową definicję oraz oceniono stopień i zakres nierówności w zdrowiu w danej grupie.

W ramach pierwszego podziału zdefiniowano cztery grupy:

- dzieci i młodzież
- ludność polski w wieku 25-44 lat
- ludność polski w wieku 45-64 lat
- ludność polski w wieku 65 lat i powyżej

W ramach podziału ze na czynniki społeczne wpływające na społeczne nierówności w zdrowiu wyodrębniono trzy grupy:

- osoby wykluczone ze względu na sytuację demograficzną
- osoby wykluczone ze względu na poziom wykształcenia
- osoby wykluczone ze względu na niski status społeczno-ekonomiczny

191 Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce, http://www.nierownosci.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/6/2014/07/Spoleczne-nierownosci-w-zdrowiu-w-Polsce.pdf [dostęp: 10.11.2016 r.]

Łącznie zidentyfikowano siedem grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu, które poddano analizie przedstawionej poniżej.

Grupy docelowe narażone na społeczne nierówności w zdrowiu – podział ze względu na wiek:

1) Niemowlęta, dzieci i młodzież.

Pierwszą grup osób narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu, według Światowej Organizacji Zdrowia stanowią dzieci i młodzież. W ramach jednej grupy autorzy dokumentu „Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce" analizują niemowlęta oraz dzieci i młodzież w przedziale wiekowym 1-19 lat. Wart podkreślenia jest fakt, iż kolejny przedział rozpoczyna się od osób w wieku 25 lat, co oznacza, że autorzy pominęli analizę osób w wieku 20-24 lata. Przypuszcza się, że nie jest to działanie celowe.

W raporcie zidentyfikowany został szereg problemów związanych z analizą niniejszej grupy docelowej. Wśród trudności badawczych autorzy wskazują m.in.:

- wciąż niski dostęp do wysokiej jakości źródeł danych, które można byłoby wykorzystać do analizy społecznych czynników warunkujących stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce;
- brak kompleksowych i standaryzowanych wskaźników i metod analizy, które są w Polsce realne do uzyskania i optymalne z punktu widzenia ewaluacji planowanych działań interwencyjnych;
- ograniczone zastosowanie w badaniach wskaźników umieralności i przyczyny zgonów, które są wykorzystywane w analizach stanu zdrowia populacji dorosłych, wśród badań populacyjnych dzieci i młodzieży;
- złożone uwarunkowania diagnozy i analizy społecznych nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży, które oprócz podstawowych czynników społecznych (takich jak m.in. status społeczno-ekonomiczny rodziny czy miejsce zamieszkania), powinno uwzględniać także środowisko szkolne, relacje społeczne oraz potencjał zasobów indywidualnych. Wskazuje to na konieczność analizowania nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży w szerszym kontekście proksymalnych i dystalnych uwarunkowań społecznych.
- trudności związane z weryfikacją ewaluacji oraz oceną skuteczności programów interwencyjnych

W procesie analizy społecznych nierówności w zdrowiu wśród niemowląt oraz dzieci i młodzieży, eksperci Światowej Organizacji Zdrowia oceniają dwa podstawowe wskaźniki zdrowotne umieralność oraz zdrowie subiektywne.

Pomimo znacznego spadku umieralności niemowląt, który notuje się w ostatnich latach, wciąż możliwa jest redukcja nierówności pomiędzy różnymi grupami społecznymi i województwami. Dystans jest jeszcze większy, gdy porównamy niniejszy wskaźnik dla Polski i Unii Europejskiej. Autorzy raportu wskazują, iż nierówności w tymże zakresie powodowane są przede wszystkim czynnikami społeczno-ekonomicznymi oraz jakością opieki perinatalnej, choć wymieniany jest także poziom wykształcenia matki.

Mimo tendencji spadkowej, umieralność dzieci i młodzieży w Polsce jest na wyższym poziomie niż obserwowany w krajach Unii Europejskiej, z przewagą poziomu umieralności chłopców nad dziewczynkami. Szczególny problem stanowią zgony spowodowane przyczynami zewnętrznymi. Biorąc pod uwagę, że znaczna część zgonów następuje z powodu wypadków można wnioskować, że osoby o niskim statusie społeczno-ekonomicznym i mieszkające w rejonach poszkodowanych społecznie są bardziej narażone na urazy, a także ryzyko zgonu i niepełnosprawności.

Poziom umieralności zarówno niemowląt, jak dzieci i młodzieży jest także znacznie zróżnicowany wewnątrz kraju. Autorzy raportu podkreślają, że różnice regionalne są wypadkową lokalnych uwarunkowań, szczególnie różnic w zakresie stanu środowiska, dostępności placówek służby zdrowia i wyposażenia w infrastrukturę społeczną.

Drugim parametrem według, którego w raporcie WHO, oceniane są nierówności społeczne wśród dzieci i młodzieży jest zdrowie subiektywne. Jest ono potoczne definiowane jako stan samopoczucia wynikający z odczuć danej jednostki, więc tym samym parametr ten nie uwzględniany jest w analizie niemowląt.

Badania prowadzone w ramach raportu „Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce" wykazały, że odsetek 15-latków oceniających zdrowie jako złe lub takie sobie jest niższy w Polsce niż w Unii Europejskiej. Jednocześnie wykazano, że niska ocena stanu zdrowia związana jest z niskim statusem społeczno-ekonomicznym rodziny. Ważnym podkreślenia jest fakt, iż wśród uczniów szkół podstawowych (do 11-12 lat) obserwowalne jest zanikanie nierówności w odniesieniu do zdrowia subiektywnego. Autorzy jednocześnie podkreślają, iż okres nauki w gimnazjum rozpoczyna gwałtowne nasilenie nierówności w zdrowiu.

Ważnym aspektem uwzględnionym w opracowaniu WHO jest zdrowie subiektywne młodzieży szkolnej przewlekle chorej. W raporcie „Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce" wykazano, że status materialny

rodziny ma niewielki wpływ na występowanie chorób przewlekłych w populacji młodzieży uczącej się. Natomiast stwierdzono, że samoocena zdrowia jest niższa w grupie dzieci przewlekle chorych niż w grupie rówieśników zdrowych. Jednocześnie wykazano nierówność w dostępie do leczenia i rehabilitacji tychże dzieci, wynikającą z niskiego statusu ekonomiczno-społecznego rodziny oraz mniej korzystnego miejsca zamieszkania.

W raporcie dowiedziono, że umieralność niemowląt wykazuje znaczne zróżnicowanie wewnątrz kraju. W latach 2004-2006, ogólny współczynnik umieralności niemowląt w Polsce wahał się od 45,2 na 100 tys. w województwie opolskim do 60,1 w województwie lubuskim. Według ekspertów różnice terytorialne wynikają głównie ze stanu środowiska, dostępności placówek służby zdrowia oraz wyposażenia w aparaturę społeczną.

2) Ludność Polski w wieku 25-44 lat.

Do drugiej grupy osób narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu, według Światowej Organizacji Zdrowia należy ludność Polski w wieku 25-44 lat. W raporcie „Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce" znajdujemy informacje dotyczące poziomu umieralności obywateli Polski w wieku 25-44 lat w zależności od płci, miejsca zamieszkania oraz przyczyn zgonów (tu wymieniane są nowotwory złośliwe, choroby układu krążenia, przyczyny zewnętrzne oraz choroby układu trawiennego).

Ogólny współczynnik umieralności mężczyzn jest większy niż u kobiet. Tendencja ta nie zmienia się niezależnie od tego, czy porównujemy wskaźniki poszczególnych krajów Unii Europejskiej, czy też wskaźniki lokalne – poszczególnych województw w Polsce.

Autorzy raportu wykazują, iż różnice w umieralności mieszkańców miast i wsi okazują się stosunkowo niewielkie. Z badań wynika, że umieralność mężczyzn w miastach jest niższa o 10% niż na wsi. W przypadku kobiet jest odwrotnie – mieszkanki miast cechuje większa o 18% umieralność niż mieszkanki wsi.

Nowotwory złośliwe są odpowiedzialne za 15,7% zgonów wśród ludności Polski w wieku 25-44 lat. Zdecydowanie więcej kobiet niż mężczyzn w tej grupie wiekowej umiera z powodu chorób nowotworowych. Różnica wśród mieszkańców miast i wsi na poziomie całego kraju jest niewielka.

Choroby układu krążenia powodują odsetek zgonów ludności Polski w wieku 25-44 lat na poziomie 16,2% i ten udział jest bardzo zbliżony dla kobiet i mężczyzn. Także różnica w umieralności mieszkańców wsi i miast jest znikoma.

Przyczyny zewnętrzne odpowiadają za najwięcej zgonów wśród ludności Polski w analizowanym przedziale wiekowym. Jest to wskaźnik na poziomie 36,5%. W analizowanym

okresie wskaźnik dla mężczyzn był ponad 6-krotnie wyższy niż dla kobiet. Także różnica wysokości wskaźnika w zależności od miejsca zamieszkania (wieś-miasto) jest znacząca. Przyczyny zewnętrzne są częstszym powodem zgonów na wsi niż w mieście.

Choroby układu trawienia są odpowiedzialne za 8,4% zgonów wśród ludności Polski w wieku 25-44 lat. Wskaźnik ten jest zbliżony dla podziału względem płci (niewielka różnica pomiędzy umieralnością kobiet i mężczyzn), ale zdecydowanie różny ze względu na miejsce zamieszkania (przewaga umieralności ludności w miastach nad ludnością zamieszkałą na wsi).

W przypadku umieralności populacji w wieku 25-44 lata zdecydowanie najgorsza sytuacja, a tym samym najwyższy poziom umieralności w latach 2005-2007 notowano w województwie łódzkim. W przypadku mężczyzn był on o 45%, a w przypadku kobiet o jedną trzecią wyższy od poziomu ogólnopolskiego. Jeśli chodzi o najlepszą przeżywalność w tej grupie wiekowej, to w przypadku mężczyzn występowała ona w woj. opolskim, a w przypadku kobiet w woj. podkarpackim.

3) Ludność Polski w wieku 45-64 lat.

Trzecia grupa osób narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu, według Światowej Organizacji Zdrowia to ludność Polski w wieku 45-64 lat. Podobnie jak w przypadku poprzedniej grupy poddanej analizie, w raporcie znajdujemy informacje dotyczące wskaźnika umieralności obywateli Polski w wieku 45-64 lat w zależności od płci, miejsca zamieszkania oraz przyczyn zgonów (do których zalicza się: nowotwory złośliwe, choroby układu krążenia, przyczyny zewnętrzne oraz choroby układu trawiennego).

Współczynnik umieralności także w tej grupie wiekowej jest większy u mężczyzn niż u kobiet. Wzrost ten natomiast jest znacznie wyraźniejszy. Odsetek zgonów mężczyzn w tej kategorii wiekowej wynosi 71%.

Wyniki raportu pokazują, iż różnice w umieralności mieszkańców miast i wsi okazują się stosunkowo niewielkie.

Nowotwory złośliwe są odpowiedzialne za co trzeci zgon, co stanowi 34% w tej grupie wiekowej. W przypadku kobiet choroby nowotworowe są przyczyną połowy zgonów, w przypadku mężczyzn – co czwartego zgonu. Różnica wśród mieszkańców miast i wsi na poziomie całego kraju jest nieduża.

Choroby układu krążenia powodują odsetek zgonów ludności Polski w wieku 45-64 lat na poziomie 29,8%. W większym stopniu dotyczy mężczyzn niż kobiet. Różnica w umieralności mieszkańców wsi i miast także jest znikoma.

Przyczyny zewnętrzne odpowiadają za co dziesiąty zgon w grupie wiekowej 45-64 lat, a ich udział jest dwukrotnie większy w zgonach mężczyzn niż kobiet. Odsetek zgonów dla obu płci jest znacznie wyższy na wsi niż w mieście (5-ciokrotnie wyższy dla kobiet i 7-krotnie wyższy dla mężczyzn).

Choroby układu trawienia są odpowiedzialne za 6,9% zgonów osób w Polsce w wieku 45-64 lat. Wskaźnik ten jest dość zbliżony dla kobiet i mężczyzn. Różnica w umieralności z powodu chorób trawiennych w miastach i na wsi jest wyraźna. Zagrożenie życia mężczyzn mieszkających w miastach jest ponad jedną trzecią wyższe, a dla kobiet nawet dwukrotnie wyższe.

Podobnie jak w przypadku umieralności w grupie wiekowej 25-44, tak i w grupie 45-64-latków najgorsza sytuacja występuje w woj. łódzkim. Województwem z najlepszymi notami okazało się ponownie Podkarpacie. Różnica poziomu umieralności w najgorszym i najlepszym województwie prawie aż 60%, co stanowi znaczną rozbieżność w zakresie społecznych nierówności w zdrowiu.

4) Ludność Polski w wieku 65 lat i powyżej.

Kolejną grupę osób narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu, wymienioną w raporcie WHO, stanowi ludność Polski w wieku 65 lat i powyżej. Osoby ujęte w tej grupie wiekowej stanowiły 69,6% ogółu zmarłych. Kobiety stanowiły ponad połowę, bo 54% zmarłych. Natomiast standaryzowana względem wieku nadwyżka umieralności cechowała mężczyzn. W raporcie znajdujemy informacje dotyczące wskaźnika umieralności obywateli Polski w wieku 65 lat i powyżej w zależności od płci, miejsca zamieszkania oraz przyczyn zgonów (do których zalicza się: nowotwory złośliwe, choroby układu krążenia, przyczyny zewnętrzne oraz choroby układu oddechowego).

Wspomniana wcześniej nadwyżka umieralności mężczyzn jest zbliżona w miastach i na wsi. Poziom umieralności mieszkańców miast jest nieco mniejszy niż mieszkańców wsi.

Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości przyczyn zgonów osób w wieku 65 lat i powyżej, co stanowi 22,5% wszystkich zgonów. Wskaźnik ten jest wyższy dla mężczyzn niż dla kobiet. Różnica wśród mieszkańców miast i wsi w odniesieniu do mężczyzn jest niewielka, znaczna przewaga rysuje się w przypadku kobiet.

Choroby układu krążenia stanowią główną przyczynę zgonów ludności Polski w wieku 65 lat i powyżej. Powodują one odsetek tychże zgonów na poziomie 54,0%, w większym stopniu u kobiet niż u mężczyzn. W skali kraju różnica w poziomach umieralności na choroby układu krążenia wynosi 13%, na korzyść miast.

Przyczyny zewnętrzne są odpowiedzialne jedynie za 2,6% zgonów. Udział ten jest nieznacznie większy w przypadku mężczyzn niż kobiet. Zagrożenie życia z powodu przyczyn zewnętrznych wśród mężczyzn w miastach jest trochę niższe niż mężczyzn na wsiach. Natomiast w przypadku kobiet nie odnotowuje się znacznej różnicy.

Choroby układu oddechowego w analizowanej grupie wiekowej stanowią większe zagrożenie życia niż choroby układu trawiennego. Są one odpowiedzialne za 6,0% ogółu zgonów osób w Polsce w wieku 65 lat i powyżej. Wskaźnik ten jest wyższy ogółem dla mężczyzn niż kobiet. Także różnica w umieralności mieszkańców miast i wsi ze względu na choroby układu oddechowego jest większa w przypadku mężczyzn.

W kontekście umieralności w grupie wiekowej powyżej 65 lat ponownie najgorzej wypada woj. łódzkie. Najlepsze wyniki (zarówno dla kobiet jak i mężczyzn) osiąga zaś woj. mazowieckie. Eksperci stwierdzają, że międzywojewódzkie zróżnicowanie umieralności, a tym samym społeczne nierówności w zdrowiu, wśród populacji osób starszych jest znacznie mniejsze niż w młodszych grupach wiekowych. Sytuacja ta może wynikać ze znacznie wyższych wartości umieralności osób w wieku podeszłym, a także mniejszych różnic w stanie zdrowia najstarszej populacji.

Poniżej wskazano grupy docelowe narażone na społeczne nierówności w zdrowiu – podział ze względu na czynniki społeczne.

5) Osoby wykluczone ze względu na sytuację demograficzną.

W raporcie „Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce" do oceny sytuacji demograficznej wykorzystano dwa wskaźniki. Pierwszy z nich to wskaźnik feminizacji, definiowany jako grupa kobiet przypadająca na 100 mężczyzn w grupie wiekowej 24-34 lata[192]. Drugi ze wspomnianych wskaźników wskazuje na poziom obciążenia demograficznego osobami starszymi. Oznacza on grupę ludności w wieku poprodukcyjnym przypadającą na 100 osób w wieku produkcyjnym[193].

Autorzy raportu wykazali, że wysoki wskaźnik feminizacji, wynikający m.in. z dużej atrakcyjności danej lokalizacji, powodujący m.in. napływ nowych mieszkańców, powiązany jest z mniejszą umieralnością.

192 Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce, http://www.nierownosci.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/6/2014/07/Spoleczne-nierownosci-w-zdrowiu-w-Polsce.pdf [dostęp: 10.11.2016 r.]

193 Wskaźniki obciążenia demograficznego. Wskaźniki Zrównoważonego Rozwoju. Moduł regionalny, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Katowicach, 2016, s.2

Wskaźnik obciążenia demograficznego osobami starszymi istotnie wpływa na większość wskaźników dalszego trwania życia. Eksperci WHO przyjmują zatem, że istnieje niewielki związek między sytuacją demograficzną, a ogólnym stanem zdrowia mieszkańców.

6) Osoby wykluczone ze względu na poziom wykształcenia i sytuację na rynku pracy.

W ramach analizy społecznych nierówności w zdrowiu ze względu na poziom wykształcenia i sytuację na rynku pracy autorzy raportu WHO uwzględnili trzy wskaźniki. Są to: wskaźnik zatrudnienia w grupie wieku 15–64 lata, stopa bezrobocia oraz odsetek osób z wyższym wykształceniem.

W procesie analizy wyciągnięto wnioski o silnym powiązaniu zarówno pomiędzy wskaźnikami zgonów, jak i długością dalszego trwania życia, a poziomem wykształcenia i sytuacja na rynku pracy. Jednocześnie należy podkreślić, iż większa korelacja występuje pomiędzy wskaźnikiem zatrudnienia niż stopą bezrobocia. Może to oznaczać, że posiadanie pracy jest ważniejszym czynnikiem w kontekście analizy społecznych nierówności w zdrowiu Badania pokazują także, że poziom bezrobocia (mierzony za pomocą stopy bezrobocia) może być w większym stopniu związany z sytuacji zdrowotną mężczyzn niż kobiet.

Także w literaturze przedmiotu można znaleźć liczne potwierdzenia na powiązanie statusu edukacyjnego ze stanem zdrowia. Tezę tą potwierdziła W. Wróblewska, która w swojej pracy „Nierówności społeczne w stanie zdrowia w Polsce – analiza na podstawie samooceny stanu zdrowia oraz poziomu wykształcenia" wyznaczyła standaryzowane wiekiem współczynniki koncentracji zdrowia oraz krzywe koncentracji, a także absolutne i względne indeksy nierówności[194]. Za pomocą niniejszej metodologii wykazała, że lepsze wykształcenie sprzyja dobremu zdrowiu.

Podsumowując, można także stwierdzić, że mniej korzystne uwarunkowania rynku pracy oddziałują na gorszy stan zdrowia ludności.

7) Osoby wykluczone ze względu na niski status społeczno-ekonomiczny.

Ocenę wpływu statusu społeczno-ekonomicznego na występowanie społecznych nierówności w zdrowiu poddano analizie w ujęciu makro- i mikroekonomicznym.

[194] Wróblewska W., Nierówności społeczne w stanie zdrowia w Polsce – analiza na podstawie samooceny stanu zdrowia oraz poziomu wykształcenia, Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych, Zeszyt 28/2012, s.1

W ramach ujęcia makroekonomicznego zastosowano dwa wskaźniki określające sytuację gospodarczą kraju. Do nich zaliczono: poziom PKB na mieszkańca, średnia wielkość dochodów własnych gmin na mieszkańca związanych z poziomem płaconych podatków.

Autorzy wyciągają wniosek, że sama sytuacja gospodarcza poszczególnych regionów Polski nie jest powiązana z poziomem umieralności oraz długością trwania życia.

Wskaźniki mikroekonomiczne podzielono na trzy grupy. Pierwsza dotyczy osiąganych dochodów i poziomu ubóstwa wśród gospodarstw domowych. Druga określa infrastrukturę społeczną, a trzecia odnosi się do wyposażenia gospodarstw domowych w wybrane dobra.

W procesie analizy sformułowano wniosek, że trzecia grupa czynników, dotycząca wyposażenia gospodarstw domowych w wybrane dobra wykazuje największą zależność pomiędzy wartością niniejszego czynnika, a stanem zdrowia. Pozostałe dwie grupy czynników właściwie nie wpływają na umieralność oraz stan zdrowia, choć autorzy raportu podkreślają większy związek tych czynników z długością dalszego trwania życia kobiet.

9.6. Przykłady zastosowania marketingu społecznego i komunikacji społecznej w Polsce.

W rozdziale tym przedstawione zostały wybrane kampanie społeczne realizowane na terenie Polski odnoszące się do obszaru zdrowia. W pierwszej części umieszczone zostały krótkie opisy kampanii, które są rozpoznawalne wśród mieszkańców Polski. W drugiej części w formie tabelarycznej zaprezentowano wybrane kampanie z uwzględnieniem produktu (jeden z elementów 4P).

Pij mleko będziesz Wielki[195].

Idea stworzenia kampanii „Pij mleko! będziesz Wielki" powstała w odpowiedzi na społeczny problem osteoporozy oraz spadku spożycia mleka przez najmłodszych. Głównym celem kampanii jest promocja zdrowych nawyków żywieniowych wśród dzieci i młodzieży. Jej głównymi bohaterami są celebryci, którzy mają zachęcić dzieci i młodzież do spożywania mleka. Kampania miała charakter ogólnopolski. Wykorzystano w niej telewizję, internet, prasę oraz billboardy[197].

Mam Haka na Raka[198].

Mam Haka na Raka" to Ogólnopolski Program dla Młodzieży, którego ideą jest zaangażowanie młodych ludzi do kształtowania ich postaw w przyszłości. Program „Mam Haka na Raka" skierowany był do młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych na terenie całej Polski. Jego nadrzędnym celem było kształtowanie postaw prozdrowotnych poprzez edukację oraz oswajanie młodzieży z tematem chorób nowotworowych. Koncepcja programu oparta jest na idei Think Global, Act Local (myśl globalnie, działaj lokalnie).[199] Efektem programu była kampania, której tematyką był wybrany nowotwór. Była ona emitowana w telewizji ogólnopolskiej i internecie.

Zostań dawcą[200].

195 Pij mleko będziesz wielki, https://pl-pl.facebook.com/Pij.mleko.Bedziesz.wielki/ [dostęp: 28.11.2016 r.]
197 Joanna Sułkowska, Seliga R. Wykorzystanie marketingu społecznego w profilaktyce zdrowotnej *Polityki Europejskie, Finanse i Marketing* 2013; **10**(59): 672-83.
198 Mam haka na raka, http://mamhakanaraka.pl/ [dostęp: 28.11.2016 r.]
199 Ibid.
200 https://www.dkms.pl/pl

Celem niniejszej kampanii jest uświadomienie ludzi na temat możliwości zostania dawcą szpiku, zachęcenie do rejestracji w bazie potencjalnych dawców i oddanie szpiku. Kampania ma charakter informacyjny. Jako produkt (kategorię kampanii) można określić zmianę zachowania, której efektem jest rejestracja w bazie dawców komórek macierzystych. Program realizowany jest przez fundację DKMS przy wsparciu mediów ogólnopolskich.

Tabela VII. Zestawienie przykładowych kampanii marketingu społecznego w Polsce.

Tytuł/ hasło kampanii	**Zmiana zachowania)**	**Pożądana zmiana**
Bądź mężczyzną chroń zdrowie!	Profilaktyka nowotworów nerki, pęcherza moczowego i gruczołu krokowego poprzez aktywność fizyczną, właściwego odżywiania się, radzenie sobie ze stresem, ograniczenie stosowania używek (tytoniu i alkoholu) oraz badania lekarskie	Zaadaptowanie nowego zachowania (np. regularne badania lekarskie gruczołu krokowego)
		Porzucanie dotychczasowego, szkodliwego zachowania (np. zmniejszenie spożycia alkoholu)
		Modyfikacja aktualnego zachowania (np. lepsze odżywianie się, częstsze wykonywanie ćwiczeń fizycznych)
		Unikanie szkodliwego zachowania (nierozpoczynanie palenia papierosów)
Twoja krew ratuje życie	Oddanie krwi	Zbudowanie poczucia bezpieczeństwa związanego z oddawaniem krwi
		Modyfikacja aktualnego zachowania (dotyczy osób, które do tej pory nie oddawały krwi)
Krewniacy	Oddanie krwi	Modyfikacja aktualnego zachowania (dotyczy osób, które do tej pory nie oddawały krwi)
Piłeś? Nie jedź?	Nie kierowanie samochodu pod wpływem alkoholu	Modyfikacja aktualnego zachowania (dotyczy osób, które prowadziły samochód po spożyciu alkoholu)
		Zrozumienie konsekwencji prowadzenia pojazdu po spożyciu alkoholu

Źródło: opracowanie własne na podstawie Szostek, D., Błędy i trudności w stosowaniu marketingu społecznego na przykładzie kampanii społecznych w Polsce. MARKETING I RYNEK, 2014(9): s. 8-16.

9.7. Przykłady zastosowania marketingu społecznego i komunikacji w innych krajach.

W rozdziale tym przedstawione zostały wybrane kampanie społeczne z obszaru zdrowia realizowane w innych krajach. W pierwszej części zaprezentowano opisy kampanii. W drugiej części w formie tabelarycznej zaprezentowano wybrane kampanie z uwzględnieniem produktu grup docelowych, celu oraz modelu interwencji, rodzaju działań oraz osiągniętych wyników. Bardziej szczegółowy opis (w porównaniu z polskimi kampaniami) wynika z dostępności dokładniejszych materiałów na ich temat.

Choroby płuc

Departament Zdrowia w Anglii (ang. *Department of Health)* stosuje marketing społeczny do walki z chorobami płuc. Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP) jest przyczyną około 30000 zgonów każdego roku. Liczba ta jest większa niż liczba zgonów z powodu raka piersi i prostaty razem wziętych - ale wiele osób nigdy nie słyszało o POCHP.

Dla skutecznej prewencji kluczowa jest zmiana zachowań na wczesnym etapie wśród tych, którzy znajdują się w grupie ryzyka. Strategia ma trzy główne, długoterminowe cele: redukcję liczby osób podejmujących ryzykowne zachowania, zachęcenie do zachowań prozdrowotnych oraz wczesne rozpoznanie objawów choroby. Największym wyzwaniem tego działania jest nakłonienie ludzi do wczesnej diagnostyki. Blisko 2,7 miliona osób, nie jest świadomych swojej choroby. 75% przypadków spowodowanych jest paleniem tytoniu. Zwiększenie świadomości społeczeństwa nie jest wystarczające do rozwiązania problemu. Niezbędne jest doprowadzenie do aktywności po stronie osób chorych.

Departament dokonał segmentacji społeczeństwa na grupy ryzyka. Użył także danych z badań do zaprojektowania interwencji nakierowanej na zmianę, która miała na celu podtrzymać lub zmienić zachowania jednostek. Takie podejście zwiększa szansę, że proponowana zmiana zachowania jest dopasowana do grup docelowych i lokalnych potrzeb. Strategia segmentacji oparta była o wiek, czynniki społeczne i środowiskowe, status społeczny i zawodowy oraz motywację do zmiany zachowania zdrowotnego. Poszczególne grupy docelowe były następnie angażowane do działania, przez osoby i instytucje wyznaczone do tego celu, zależnie od tego, czy między stronami istniały już wcześniej ustalone kanały komunikacji lub udzielane były świadczenia. Istotnym był fakt, aby grupa docelowa postrzegała realizatorów programu jak zaufanego partnera.

W ramach programu stworzono model szybkiej identyfikacji ryzyka. Udostępniony schemat pozwalał na umiejscowienie każdej osoby w modelu, w zależności od aktualnego i

historycznego ryzyka. W ślad za tym jak zmieniało się ryzyko, proponowano różne interwencje, które miały doprowadzić do różnych zmian w zachowaniu.

Strategia zakładała, że warunki środowiskowe, w których świadczone były usługi są złożone. Zrozumienie różnych motywacji świadczeniodawców w podejmowaniu takiego działania jest tak samo ważne, jak zrozumienie motywacji w populacjach docelowych. W związku z tym, w strategii podkreślone zostały korzyści dla świadczeniodawców wynikające z wczesnej diagnostyki, włączając w to sprawniejszy proces leczenia, redukcję kosztów i wzrost efektywności.[201]

Bezpieczeństwo dzieci w samochodzie

W Teksasie, Stany Zjednoczone podjęto próbę zwiększenia odsetka rodziców zapinających pasy i stosujących foteliki samochodowe dla dzieci wśród populacji Hiszpanów. Tylko 19% dzieci było umieszczanych w fotelikach, w porównaniu do 62% z innych grup zamieszkujących kraj.

Przeprowadzono analizę sytuacji, której celem było zwiększenie efektywności programu. Wykazano, że istnieją bariery językowe, które ograniczają możliwości interpretacji informacji o bezpieczeństwie na drogach, jak również przepisów prawnych. Matki miały także niewłaściwe nastawienie do bezpieczeństwa drogowego - pokładały wiarę, że bezpieczeństwo ich dzieci na drogach zależne jest jedynie od Boga. Spowodowało to, że realizatorzy programu zwrócili się do lokalnych księży z prośbą, aby pobłogosławili foteliki dla dzieci zanim zostały one rozdystrybuowane wśród rodzin. W tym samym czasie realizowane były darmowe szkolenia z bezpieczeństwa ruchu drogowego oraz szkolenia z obsługi fotelików. Akcja realizowana była z udziałem matek i policjantek. Po trzech latach odsetek osób używających fotelików dla dzieci zwiększył się do 72%. [202]

Astma

W stanie Montana (Stany Zjednoczone) powstała potrzeba stworzenia rekomendacji dotyczących wdrażania programów domowej opieki dla dzieci i młodzieży chorej na astmę. Docelowymi realizatorami projektu byli nauczyciele. W oparciu o wyniki badań naukowych uczyli zasad samooceny stanu kontroli choroby i oceny czynników środowiskowych wywołujących astmę, które występują w warunkach domowych. Ponad 70% dzieci w grupie

[201] National Social Marketing Centre. Big pocket guide - Social marketing, editor. London: National Social Marketing Center; 2007.
[202] Ibid

wysokiego ryzyka zostało włączonych w program pilotażowy. Odsetek dzieci, które w ciągu jednego miesiąca trwania programu, miały napad astmy zmniejszył się z 23% do 7%[203].

Tabela VIII. Zestawienie przykładowych kampanii marketingu społecznego nakierowanych na redukcję spożycia alkoholu w wybranych krajach europejskich.

Kampania / Nazwa interwencji (sponsor)	**Grupa docelowa**	**Model interwencji i cele**	**Rodzaje działań**	**Wyniki**
Think before you drink (National Center for Competence in Health Promotion & Prevention)	Kampania ogólnokrajowa nakierowana na młodych ludzi	Kampania nakierowana na prewencję spożywania alkoholu, której celem była walka ze spożywaniem alkoholu przez osoby niepełnoletnie. Celem szczegółowym była redukcja hospitalizacji związanych ze spożywaniem alkoholu wśród młodych ludzi	Spoty radiowe i telewizyjne, zakupy testowe i badania typu *mystery shopping*, dokładniejsze egzekwowanie obowiązującego prawa, dystrybucja informacji	Po kampanii kontrola wieku w trakcie zakupu alkoholu była dokładniejsza. Wzrósł odsetek kontroli wieku w pubach z 34% w 2006 roku do 42% w 2008. Nastąpiła 20% redukcja hospitalizacji młodych osób.
Noortekohovik (Estonia Union for Child Welfare, Estonian Temperance Union)	Lokalne społeczności - osoby młode	Wykorzystanie teorii społecznego uczenia się. Stworzenie wolnych od alkoholu i tytoniu kawiarni dla młodych. Celem było stworzenie środowiska wolnego do używek.	Informacje prasowe, różne eventy, imprezy dla osób młodych bez alkoholu i tytoniu, klipy, grupy dyskusyjne, koncerty, wystawy, warsztaty	Działające w ramach kampanii kawiarnie oferują jedzenie i napoje po obniżonych cenach w środowisku wolnym od używek, jednocześnie edukują młodych ludzi. Kawiarnie powstały w kilku miejscach
Why do you knock down yourself? (Estonian Health Insurance Fund)	Kampania ogólnokrajowa nakierowana na młodych ludzi	Kampania podnosząca świadomość, której celem było poinformowanie młodych ludzi o problemach związanych ze spożywaniem alkoholu	Reklamy telewizyjne, plakaty, artykuły w prasie, informacje prasowe, strony internetowe	Znajomość kampanii wyniosła 69% wśród dorosłej populacji w grupie wieku 15-74, 82% wśród 15-39 latków i 70% w grupie wieku 40-64 lata.

[203] The Guide to Community Preventive Services. An Evidence-Based Approach to Montana's Health Landscape The Guide to Community Preventive Services, 2012.

Healthy School and Drugs	Uczniowie	Program profilaktyczny nakierowany na używanie narkotyków wykorzystujący zasady marketingu społecznego. Celem była zmiana nastawienia i zachowania związana ze spożywaniem alkoholu, nastawiona na redukcję spożycia	Obszerne badania konsumentów, protesty, segmentacja i określanie grup docelowych, materiały video, aktywność w grupach, aktywność w domu	Badanie ewaluacyjne wykazało, że interwencja znacznie obniżyła dzienne spożycie alkoholu, również w okresie 3 lat po kampanii
Alcohol awarness campaign (Ministry for Youth & Families)	Kampania ogólnokrajowa nakierowana na rodziców	Interwencje wspierające osoby wychowujące dzieci, które miały problem z alkoholem. Celem interwencji było wpłynięcie na opóźnienie wieku pierwszego spożycia alkoholu	Reklamy telewizyjne i radiowe, strony internetowe, kampanie regionalne, wsparcie edukacyjne, bannery, plakaty, ulotki, wieczory dla rodziców	Liczba rodziców spożywających alkohol w obecności dzieci spadła. Więcej rodziców uznawała za nieakceptowalne spożywanie alkoholu przez osoby poniżej 16 roku życia. 55% rodziców było świadomych szkód jakie wywołuje spożywanie alkoholu przez dzieci w każdy weekend.
Alcohol Social Marketing Strategy for England (Department of Health)	Ogólnokrajowa strategia nakierowana na osoby o ryzykownym profilu spożywania alkoholu uwzględniająca segmentację i specyficzne grupy docelowe.	Wszechstronna kampania marketingu społecznego, w skład której wchodziły rożne aktywności. Celem było obniżenie liczy osób spożywających alkohol w sposób ryzykowny i redukcja hospitalizacji związanych ze spożywaniem alkoholu.	Kampania zaplanowana z użyciem kryteriów benchmarku marketingu społecznego, badanie odbiorców, segmentacja i tworzenie grup docelowych. Uwzględnienie teorii wymiany i współzawodnictwa. Strona internetowa, linia telefoniczna, manual pomocy, ewaluacja procesu.	-

Choices	Ogólnokrajowa kampania nakierowana na młodych dorosłych w wieku 18-25 lat	Kampanie skupiająca się wokół odpowiedzialnego spożywania alkoholu, nakierowana na osoby, które spożywają dużo alkoholu.	Kampania zaplanowana w oparciu o analizę sytuacji, badania odbiorców, segmentację i określenie grup docelowych. Głównie oparta na kampanii telewizyjnej, która pokazywała negatywne społeczne konsekwencje spożywania alkoholu	Kampania była rozpoznawana wśród 63% osób w grupie docelowej. Spontaniczna identyfikacja, iż była to kampania dotycząca alkoholu wyniosła 80%. 62% osób przyznało, że rozważą bardziej odpowiedzialne spożywanie alkoholu po zobaczeniu kampanii.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Gordon, R., L. Wilks, and S. MacAskill, Mapping Exercise Report on Social Marketing, European Commission DG SANCO, Institute for Social Marketing, The Open University & University of Stirling.

9.8. Wnioski:

- marketing i komunikacja społeczna pełnią istotną funkcję w realizacji Narodowego Programu Zdrowia;
- marketing społeczny jest skutecznym narzędziem pozwalającym na zmianę zachowań zdrowotnych;
- kampanie wykorzystujące marketing społeczny powinny mieć charakter długofalowy;
- zastosowanie określonej metody powinno być poprzedzone analizą kontekstu sytuacyjnego i uwarunkowań społeczno-kulturowych. Brak tego elementu może przyczynić się do obniżenia skuteczności stosowanych metod ze względu na ich niedostosowanie do lokalnych potrzeb;
- dla każdej stosowanej metody niezbędna jest segmentacja i definiowanie grup strategicznych i taktycznych;
- analiza grup narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu jest niezbędna w procesie kreowania strategii marketingowej służącej realizacji NPZ;
- istnieje wiele podziałów i definicji grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu;
- wnioskowanie na temat nierówności w zdrowiu poszczególnych grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu zależy od przyjętych mierników zdrowia i pozycji społecznej oraz od metody analizy;
- poprawa ogólnego wskaźnika zdrowotnego w poszczególnych grupach docelowych narażanych na społeczne nierówności w zdrowiu, nie zawsze wiąże się z ograniczaniem tychże nierówności;
- określenie strategii komunikacyjnej w poszczególnych grupach wymaga szczegółowej segmentacji połączonej z analizą społecznych nierówności w zdrowiu.

9.9. Propozycja modelu służącego do opracowania międzysektorowej strategii dotyczącej marketingu i komunikacji społecznej w realizacji NPZ, ze szczególnym uwzględnieniem grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu

W niniejszym rozdziale zaprezentowano logiczny model umożliwiający docelowe opracowanie międzysektorowej strategii dotyczącej marketingu i komunikacji społecznej w realizacji NPZ, ze szczególnym uwzględnieniem grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu. Przedstawiony poniżej model został przygotowany w oparciu o informacje dot. najważniejszych elementów warunkujących przygotowanie programu marketingu społecznego, ujęte w części analitycznej.

9.9.1. Opracowanie założeń realizacji programu.

1. Identyfikacja problemu zdrowotnego
    a. Definicja problemu
    b. Definicja i wskazanie czynników ryzyka
    c. Określenie skali problemu
2. Określenie strategicznej grupy docelowej – nakreślenie charakterystyki grupy
3. Określenie pośrednich grup docelowych – nakreślenie charakterystyki grupy
4. Opracowanie celów interwencji
    a. Stworzenie celów według zasady SMART
5. Analiza zmian, jakie należy wprowadzić, aby osiągnąć cel (m.in. w zakresie wiedzy, postaw, czynników środowiskowych, uwarunkowań politycznych)
    a. Przegląd literatury i analiza dowodów naukowych
    b. Identyfikacja skutecznych interwencji (na podstawie wyników badań naukowych)
6. Stworzenie propozycji produktu (zmiany oferowanej dla grup docelowych)
    a. Analiza, tego czym ma być produkt i do jakiej zmiany zachowania ma prowadzić
7. Analiza ceny
    a. Weryfikacja kosztów, które populacje docelowe muszą ponieść (zasoby materialne, czasowe, pieniężne), aby zmienić dane zachowanie
8. Analiza możliwości wymiany
    a. Określenie czy wymiana (zamiana ryzykownego zachowania na pożądane) jest możliwa oraz estymacja prawdopodobieństwa tejże wymiany

9. Określenie miejsca
    a. Analiza tego, gdzie i kiedy grupy docelowe podejmują decyzje o zmianie zachowania i dobór właściwych kanałów komunikacji
10. Sposoby promocji
    a. Określenie najlepszych metod dotarcia produktu do populacji docelowych
11. Stworzenie propozycji programu marketingu społecznego
    a. Identyfikacja wykorzystywanych narzędzi
    b. Określenie mechaniki i taktyki realizacji programu
    c. Określenie metod pomiaru realizacji zakładanych celów
    d. Stworzenie harmonogramu działań
12. Wsparcie i partnerstwo
    a. Identyfikacja osób, grup, organizacji, które mogą wesprzeć realizację programu. Określenie, czy program wspiera aktualnie realizowaną politykę
13. Finansowanie
    a. Sprawdzenie, jakie organizacje mogą wesprzeć finansowanie programu
14. Porównanie proponowanego programu z dotychczas prowadzonymi interwencjami

9.10. Ilustracja zastosowania modelu służącego do opracowania międzysektorowej strategii dotyczącej marketingu i komunikacji społecznej w realizacji NPZ, ze szczególnym uwzględnieniem grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu.

Poniżej zilustrowano możliwość zastosowania modelu zaprezentowanego w poprzednim rozdziale niniejszego opracowania. Wykonany on został z wykorzystaniem aspektów uwzględnionych w pierwszym i piątym celu operacyjnym Narodowego Programu Zdrowia[204] oraz w oparciu o analizę grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu, zaprezentowaną w rozdziale piątym.

Autorzy podjęli się ilustracji modelu z uwzględnieniem celu pierwszego i piątego NPZ ze względu na wyniki analizy prawnej przedstawionej w ramach niniejszego raportu, która wykazała, że jedynie dwa powyższe cele operacyjne bezpośrednio odnoszą się do społecznych nierówności w zdrowiu. Stąd też poniższa ilustracja będzie dotyczyć:

- poprawy sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa (I cel operacyjny NPZ)
- promocji zdrowego i aktywnego starzenia się (V cel operacyjny NPZ).

9.10.1. Opracowanie założeń realizacji programu.

1. <u>Identyfikacja problemu zdrowotnego</u>

Niska aktywność fizyczna i złe odżywianie prowadzi do zaburzenia dobrostanu fizycznego, konsekwencją czego może być pogorszenie się stanu zdrowia oraz powstawanie wielu chorób. Błędy te mają swoje długofalowe skutki, które odczuwane są przez jednostki w trakcie całego życia, a w efekcie prowadzą do starzenia się w chorobie. Obciąża to zarówno jednostki, całe społeczeństwo jak również prowadzi do wzrostu wydatków na leczenie.

a. <u>Definicja problemu</u>

Niska aktywność fizyczna rozumiana jest jako aktywność niewystarczająca (odbiegająca od przyjętych norm) do zachowania dobrostanu fizycznego i psychicznego. Złe odżywianie rozumiane jest jako (odbiegające od przyjętych norm) spożywanie pokarmów o niewłaściwym składzie ilościowym i jakościowym prowadzące do zwiększonego ryzyka rozwoju chorób dieto-zależnych. Zdrowe

204 Narodowy Program Zdrowia 2016-2020, http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2016-2020/ [dostęp: 28.11.2016 r.]

starzenie się rozumiane jest jako starzenie się przy zachowaniu maksymalnego możliwego dobrostanu fizycznego i psychicznego.

b. Definicja i wskazanie czynników ryzyka

- nadwaga i otyłość (wskaźnik BMI powyżej 25)
- aktywność fizyczna poniżej 30 minut dziennie [205]

c. Określenie skali problemu

- nadwaga i otyłość – ok. 50% populacji Polski[206]
- niska aktywność fizyczna - ok.40 – 60% populacji krajów europejskich prowadzi siedzący tryb życia[207]

2. Określenie strategicznej grupy docelowej – nakreślenie charakterystyki grupy

- osoby posiadające nadwagę lub otyłość
- osoby, których aktywność fizyczna jest mniejsza niż 30 minut dziennie

3. Określenie pośrednich grup docelowych – nakreślenie charakterystyki grupy

- rodzina i bliscy osób z nadwagą i otyłością
- rodzina i bliscy osób z niską aktywnością fizyczną

4. Przedstawienie celów interwencji

a. Stworzenie celów według zasady SMART

- obniżenie o 10% rozpowszechnienia nadwagi i otyłości w populacji w ciągu 3 lat od rozpoczęcia interwencji
- zwiększenie o 20% odsetka osób, których aktywność fizyczna wynosi powyżej 30 minut dziennie w okresie 3 lat

5. Analiza zmian, jakie należy wprowadzić, aby osiągnąć cel (m.in. w zakresie wiedzy, postaw, czynników środowiskowych, uwarunkowań politycznych)

a. Przegląd literatury i analiza dowodów naukowych

[205] Wytyczne WHO z 2008r. - WYTYCZNE UE DOTYCZĄCE AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ. Zalecane działania polityczne wspierające aktywność fizyczną wpływającą pozytywnie na zdrowie. Czwarty projekt skonsolidowany Zatwierdzony przez Grupę Roboczą UE „Sport i Zdrowie" na zebraniu w dniu 25 września 2008 r.

[206] RAPORT bieżące statystyki otyłości i nadwagi w Polsce na podstawie Interaktywnej mapy otyłości Polski stan na: II półrocze 2015, Millward Brown, 2015.

207 EU Working Group "Sport and Health". EU Physical Activity Guidelines, http://ec.europa.eu/sport/what-we-do/doc/health/pa_guidelines_4th_consolidated_draft_en.pdf [dostęp: 28.11.2016 r.]

- prezentacja danych wyników przeglądów literaturowych [1-7]

b. Identyfikacja skutecznych interwencji (na podstawie wyników badań naukowych)

- identyfikacja skutecznych metod interwencji na podstawie danych literaturowych

6. Stworzenie propozycji produktu (zmiany oferowanej dla grup docelowych)

a. Analiza tego czym ma być produkt – do jakiej zmiany zachowania chcemy doprowadzić

- przyjęcie poprawnych nawyków żywieniowych – podstawą rozwoju i długiego życia bez choroby jest poprawna, dostosowana do potrzeb dieta; dzięki zmniejszeniu odsetka osób z otyłością i nadwagą zmniejszy się ryzyko rozwoju chorób układu krążenia, cukrzycy i układu mięśniowo-szkieletowego- zwiększenie aktywności fizycznej – kształtowanie poprawnych nawyków i zwiększanie wydolności i sprawności ciała; większa aktywność fizyczna będzie prowadziła do utrzymania lub poprawy stanu zdrowia, reedukacji ryzyka rozwoju chorób układu krążenia i układu mięśniowo-szkieletowego

- przyjcie poprawnych nawyków żywieniowych i zwiększenie aktywności fizycznej poprawi dobrostan psychiczny i fizyczny, zwiększy produktywność oraz przyczyni się do redukcji wydatków na leczenie

7. Analiza ceny

a. Weryfikacja kosztów, które populacje docelowe muszą ponieść (zasoby materialne, czasowe, pieniężne), aby zmienić zachowanie

- dodatkowy czas jaki trzeba poświęcić na naukę nowych nawyków żywieniowych i związanych z aktywnością fizyczną; dodatkowe wydatki związane z zakupem żywności niskoprzetworzonej i ewentualnym zakupem sprzętu sportowo-rekreacyjnego

8. Analiza możliwości wymiany

a. Określenie czy wymiana (zamiana ryzykownego zachowania na pożądane) jest możliwa oraz estymacja prawdopodobieństwa wymiany

- weryfikacji bieżącej sytuacji i uwarunkowań społeczno-kulturowych – bieżące zapotrzebowanie wynikające z potrzeb społecznych, kulturowych oraz zmieniającego się stylu życia pozwala sądzić, że wymiana będzie możliwa

Konieczne jest zwrócenie uwagi na takie aspekty, które mogą przyczynić się do obniżenia skuteczności programu, jak:

- mniejszy nakład pracy na przygotowanie pożywienia z półproduktów i gotowych zestawów zawierających
- bardzo łatwy dostęp do jedzenie o wysokiej cukrów i tłuszczów
- brak czasu na zwiększenie aktywności fizycznej
- brak miejsca (przestrzeni publicznej) na uprawianie aktywności fizycznej

9. Określenie miejsca
    a. Analiza tego, gdzie i kiedy grupy docelowe podejmują decyzje o zmianie zachowania i dobór właściwych kanałów komunikacji

    - w zakresie odżywiania ludzie decyzje o wyborze jedzenia podejmują: w sklepach spożywczych, w trakcie przygotowywania posiłków, w trakcie zamawiania jedzenia w punktach gastronomicznych i restauracjach
    - w zakresie aktywności fizycznej: w trakcie przemieszczania się (np. do i z pracy), w trakcie czasu wolnego
    - grupy docelowe znaczną część czasu spędzają w: szkole, pracy, domu, transporcie publicznym, mediach społecznościowych, galeriach handlowych (sklepy)
    - właściwe kanały komunikacji to: media społecznościowe, strony internetowe, spotkania i zajęcia skierowane do lokalnych społeczności, transport publiczny

10. Sposoby promocji
    a. Określenie najlepszych metod dotarcia z produktem do populacji docelowych
        - dla ludzi młodych – Internet (strony internetowe, posty w mediach społecznościowych, blogi)
        - dla ludzi starszych – prasa
        - przekazy mogą być wpierane przez udział w programie: osobowości medialnych, ekspertów reprezentujący poważane instytucje, celebrytów, sportowców

11. Stworzenie propozycji programu marketingu społecznego
    a. Identyfikacja wykorzystywanych narzędzi

    - artykuł prasowy, strona internetowa, posty w mediach społecznościowych, blogi

b. Określenie taktyki i mechaniki realizacji programu

- cel programu osiągnięte zostaną poprzez dotarcie do strategicznej grupy docelowej z komunikatami wysyłanymi do nich zidentyfikowanymi kanałami; wszelkie działania rozpisane zostaną w czasie; dla każdego z etapów jasno przedstawiony zostanie zakres zadań do wykonania

c. Określenie metod pomiaru realizacji zakładanych celów

- osiągane efekty mierzone będą za pomocą monitoringu mediów oraz analizy zmian we wskaźnikach epidemiologicznych

d. Stworzenie harmonogramu działań

- harmonogram przedstawiać powinien ramy czasów realizacji poszczególnych etapów strategii

12. Wsparcie i partnerstwo
    a. Identyfikacja osób, grup, organizacji, które mogą wesprzeć realizację programu. Określenie czy program wspiera aktualnie realizowaną politykę
       - rodzina, kluby sportowe, organizacje pozarządowe, instytucje rządowe
       - instytucje rządowe, firmy produkujące żywność, firmy produkujące odzież sportową
       - weryfikacja czy problem, nad którym pracujemy jest aktualnym priorytetem politycznym
13. Finansowanie
    a. Sprawdzenie jakie organizacje mogą wesprzeć finansowanie programu
       - dokonanie analizy otoczenia zewnętrznego oraz wybór partnerów strategicznych, w tym sponsorów
14. Porównanie proponowanego programu z interwencji realizowanymi dotychczas
       - działanie realizowane w duchu Evidence Based Policy

9.11. Podsumowanie.

Przedmiotem niniejszego opracowania było dokonanie analizy z zakresu marketingu i komunikacji społecznej oraz budowa modelu w celu opracowania strategii realizacji Narodowego Programu Zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu

W efekcie prac badawczych uzyskano poniże informacje, które ujęte zostały w części analitycznej opracowania:

- ogólnych informacjach z zakresu marketingu i komunikacji społecznej, w tym prezentacji podstawowych definicji oraz zastosowania marketingu społecznego w zdrowiu publicznym, a także jego wpływ na zmianę zachowań zdrowotnych;
- podstawowych zasadach marketingu i komunikacji społecznej warunkujących sprawną realizację Narodowego Programu Zdrowia;
- grupach docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu, w tym podstawowych definicjach oraz stopniu i zakresie nierówności w zdrowiu w danej grupie;
- krajowych i zagranicznych rozwiązaniach z zakresu marketingu i komunikacji społecznej w celu opracowania mechanizmów wsparcia realizacji Narodowego Programu Zdrowia.

W części wdrożeniowej zaprezentowano:

- logiczny model umożliwiający docelowe opracowanie międzysektorowej strategii dotyczącej marketingu i komunikacji społecznej w realizacji NPZ, ze szczególnym uwzględnieniem grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu.
- Ilustrację zastosowania modelu wykonaną z wykorzystaniem aspektów uwzględnionych w pierwszym i piątym celu operacyjnym Narodowego Programu Zdrowia[208] oraz w oparciu o analizę grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu, zaprezentowaną w rozdziale piątym.

Wyniki analizy wskazują, że marketing społeczny w ochronie zdrowia, jest zagadnieniem dość nowym, choć niezwykle istotnym w procesie realizacji programów zdrowotnych. W ramach kampanii marketingu i komunikacji społecznej realizowanych w obszarze zdrowia publicznego dokonuje się prób wzmocnienia zachowań prozdrowotnych

208 Narodowy Program Zdrowia 2016-2020, http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2016-2020/ [dostęp: 28.11.2016 r.]

wśród ludzi. Jest on zatem jednym z finalnych etapów dotarcia do grup docelowych. Dlatego też jest tak istotny z punktu widzenia docelowego osiągania zakładanych celów.

W procesie realizacji Narodowego Programu Zdrowia istotnym elementem jest także analiza grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu, która umożliwia dobór właściwych metod marketingowych i kanałów komunikacji stosowanych na dalszym etapie realizacji programu.

W koncepcji niniejszego raportu niezbędnym elementem było stworzenie logicznego modelu służącego opracowaniu strategii dotyczącej marketingu i komunikacji społecznej w realizacji NPZ. Zaprezentowany model został zbudowany w oparciu o informacje dot. najważniejszych elementów warunkujących przygotowanie programu marketingu społecznego, ujęte w części analitycznej.

Ku lepszemu zrozumieniu budowy modelu zilustrowano jego praktyczne zastosowanie. Należy zaznaczyć, iż jest to jedynie przykładowa ilustracja, a nie gotowa strategia dotycząca marketingu i komunikacji społecznej w realizacji NPZ. Docelowa strategia mogłaby być przygotowywana w oparciu o zaprezentowany model, ale powinna dotyczyć pojedynczego problemu lub grupy docelowej odbiorców, wybranych na wcześniejszym etapie prac.

Podsumowując, można stwierdzić, że marketing i komunikacja społeczna pełnią istotną rolę w realizacji NPZ, ze szczególnym uwzględnieniem grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu.

X. ZASADY I MECHANIZMY OGRANICZANIA NIERÓWNOŚCI SPOŁECZNYCH W ZDROWIU (*Maciek Godycki – Ćwirko, Magdalena Bogdan, Piotr Tyszko*)[209].

Kluczowe definicje

- Równość zdrowotna to brak systemowych i możliwych do usunięcia różnic w stanie zdrowia pomiędzy grupami społecznymi. Wszystkie, zależne od organizacji i finansowania, społeczne nierówności zdrowia w danym kraju, są wytworem społecznym, niesłusznym, niegodziwym, aczkolwiek modyfikowalnym. Podstawowa opieka zdrowotna działa w kierunku umożliwienia każdemu podopiecznemu wykorzystania jego pełnego potencjału zdrowotnego. Powinna i jest w stanie zapewnić oraz monitorować, czy określone osoby, z uwagi na swoją pozycję społeczną lub inne uwarunkowania, nie są pozbawione wyżej wymienionej możliwości. Istotnym zagadnieniem w omawianym obszarze jest ułatwianie pacjentom dostępu do prowadzonych w zakresie zdrowia publicznego programów promocji i profilaktyki.
- Nierówności zdrowotne – systemowe odmienności pomiędzy grupami w zdrowiu lub korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych
- Bezwzględna nierówność zdrowotna jest miarą wielkości różnicy wskaźników zdrowia dwóch podgrup danej populacji
- Względna nierówność zdrowotna jest miarą wskaźnika dla dwu podgrup danej populacji otrzymanego z podzielenia średnich wartości wskaźników zdrowotnych tych podpopulacji.
- Wskaźnik nierówności zdrowotnej jest to każdy wskaźnik zasadny dla badań I pomiaru w zakresie zdrowia publicznego, mogący obejmować pomiary stanu zdrowia, korzystania z opieki zdrowotnej i uwarunkowań zdrowia.
- Status społeczno-ekonomiczny – hierarchiczne umiejscowienie w systemach stratyfikacji społecznej uwarunkowany zestawem wskaźników, takich jak poziom wykształcenie, klasa zawodowa i poziom dochodów.

[209] W tej części wykorzystano przegląd materiałów źródłowych i piśmiennictwa, a także wyniki badania ankietowego wśród ekspertów opracowujących założenia do ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej.

10.1. Wprowadzenie.

Zgodnie z Europejską Kartą Fundamentalnych Praw (*European Union Charter of Fundamental Rights*)[210] dostęp do opieki zdrowotnej jest podstawowym prawem wszystkich obywateli. Dodatkowo zasada równości wymaga, aby osoby z jednakową potrzebą zdrowotną były traktowane równo, bez względu na ich dochód, rasę lub pozycję społeczną.
Elementarnym celem polityk zdrowotnych powinno być obok poprawy zdrowia populacji zmniejszenie nierówności zdrowotnych.

Gwarantowana Konstytucją równość dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych wymaga, aby na przeszkodzie dostępności nie stanęły okoliczności faktyczne: rozmieszczenie placówek zdrowotnych i szczupłość oferty. Zagrożeniem dla konstytucyjnej zasady art. 68 jest zwłaszcza sytuacja, gdy zbyt mała podaż świadczeń odnosi się do tych świadczeń, na które jest największy popyt, a więc świadczeń opieki podstawowej[211].

Nierówność zdrowotna jest przedmiotem wielu dokumentów krajowych i międzynarodowych, uwzględnia ją Światowa Organizacja Zdrowia (ŚOZ) oraz Unia Europejska. W opracowaniu Zdrowie dla Wszystkich 2020 nadano jej rangę celu strategicznego i operacyjnego/zdrowotnego[212]. Kwestie dotyczące nierówności zdrowotnej można znaleźć w każdej z 10 operacji zdrowia publicznego (EPHOs)[213].

O potrzebie wspierania zdrowia i zmniejszania nierówności zdrowotnych mówi norweska ustawa o zdrowiu publicznym[214]. Również polska ustawa o ZP mówi o ograniczaniu nierówności zdrowotnych wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych. W Zjednoczonym Królestwie równość, upodmiotowienie, efektywność, wykorzystanie zasad IBM, uczciwość oraz integracja są podstawą działań zdrowia publicznego[216]. Zmniejszanie nierówności zdrowotnych stało się zasadniczym celem również

210 European Union Charter of Fundamental Rights. Official Journal of the European Communities, http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf [dostęp: 01.12..2016 r.]
211 Zimna T., Odpowiedzialność NFZ za kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej., Lekarz Rodzinny" 2010;9(157):769-773
212 WHO Regional Office for Europe. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO, Copenhagen 2013.
213 Zagadnienie to przedstawiono w części VI.
214 The Norwegian Public Health Act. Ministry of Health and Care Services (MHCS). ACT-2011-06-24-29
216 UK Faculty of Public Health response to Healthy lives, healthy people: our strategy for public health in England, http://www.fph.org.uk/uploads/FPH%20response%20to%20Healthy%20Lives,%20Healthy%20People%20-%20Our%20strategy%20for%20public%20health%20in%20England%20-%20FINAL.pdf [dostęp: 01.12.2016 r.]

dla lekarzy. Potwierdzone dane wskazują jednak na występowanie znaczących społecznych nierówności w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych we wszystkich krajach europejskich.

Dość optymistyczny jest obraz w podstawowej opiece zdrowotnej, gdzie wykazano równiejszy niż w innych częściach systemów zdrowotnych rozkład świadczeń, choć wielkość i ukierunkowanie nierówności znacząco się różnią, pomimo powszechnej dostępności. Wyjaśniano to rolą czynników wpływających na indywidualne zapotrzebowanie na opiekę, takich jak bezpośredni koszt opieki, istnienie barier kulturowych oraz barier w dostępie do informacji lub czynników motywacyjnych rodzących opory w korzystaniu z opieki zdrowotnej przez najbiedniejszych i najmniej wykształconych, a także wpływem organizacji systemu opieki zdrowotnej na te nierówności w poszczególnych krajach.

W minionym dwudziestoleciu udokumentowano społeczne nierówności zdrowia we wszystkich krajach Europy, mimo iż już w 1985 roku wszystkie te kraje podpisały deklarację Europejskiej części ŚOZ dotyczącą zdrowia dla wszystkich. Jednakże, różne kraje w Europie są na bardzo różnym etapie rozwijania strategii i wdrażania polityk publicznych zwalczania nierówności, w szczególności nierówności zdrowotnych w POZ.

10.2. Wybrane modele strategii interwencji.

Spośród wielu proponowanych strategii zmniejszania nierówności zdrowotnych w niniejszym opracowaniu uwzględniono jedynie wybrane, zasadne jak się wydaje, dla POZ.

A. Model odcinków strumienia zdarzeń.

Według Zoli i wsp. (1974 r)[217] interwencje polityki zdrowotnej, w szczególności działania na rzecz równości zdrowotnej, mogą być prowadzone w różnych odcinkach biegu strumienia zdarzeń. Mogą być umiejscowione w dole biegu strumienia, w głównym nurcie strumienia oraz w górze biegu strumienia. Interwencje planowane dla POZ umiejscowione będą w większości na poziomie krajowym, w dole nurtu strumienia zdarzeń. Charakterystykę tego modelu przedstawiono w tabeli IX.

B. Model adresatów działań.

Według Graham (2004)[218] nierówności zdrowotne można postrzegać w trzech perspektywach adresatów:

(1) złego stanu zdrowia grup najbiedniejszych, czyli w perspektywie nierówności grupy;
(2) w perspektywie różnicy zdrowotnej między grupą najbiedniejszych a grupą najbogatszych, czyli w perspektywie rozstępu między poziomami zdrowia grup;
(3) w perspektywie zróżnicowania zdrowia między poszczególnymi grupami społecznymi, czyli w perspektywie gradientu nierówności.

Tabela IX. Charakterystyka podejść do nierówności w zdrowiu z perspektywy nurtu strumienia (wg. Cianciara)[219].

217 Let's talk moving upstream, http://nccdh.ca/images/uploads/Moving_Upstream_Final_En.pdf [dostęp: 01.12..2016 r.]
218 Graham H., Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradient? Journal of Social Policy 2004, 33(1): 115-131.

Kryterium	Nurt górny	Nurt środkowy	Nurt dolny
Cel ogólny	przyczyny przyczyn nierówności	przyczyny nierówności	skutki przyczyn nierówności
Cel szczegółowy	reforma fundamentalnych struktur	zmniejszenie ekspozycji i podatności	poprawa dostępu do usług
Poziom	krajowy, międzynarodowy	regionalny, lokalny, organizacji, społeczności	świadczenia zdrowotne
Rodzaj uwarunkowań	strukturalne: społeczne, środowiskowe ekonomiczne	pośrednie: warunki życia, czynniki psychospołeczne, behawioralne	bezpośrednie: biologiczne, fizjologiczne
Przykładowe obszary działania	polityki ekonomiczne, podatkowe, edukacyjne, zatrudnienia, transportu, mieszkaniowe	żywienie, aktywność fizyczna, stres, samoocena, kompetencje zdrowotne, korzystanie ze świadczeń zdrowotnych, wsparcie społeczne	dostępność i jakość świadczeń, wrażliwość kulturowa świadczeniodawców i personelu

Strategie pierwszego typu zmierzają do poprawy zdrowia osób najsłabszych i tu swój udział może mieć POZ. Drugi typ strategii wymaga wdrożenia działań korzystnych dla obu grup, ale najbardziej intensywnych wśród najsłabszych. Tu również może mieć swoją rolę POZ, choć realne jest ryzyko braku zgody społecznej i nieproporcjonalnej dystrybucji korzyści zdrowotnych. Trzeci typ strategii, w tym modelu, polega na wyrównywaniu różnic między poszczególnymi grupami. Te trzy podejścia są komplementarne.

C. Model dziesięciu zasad

Whitehead i Dahlgren (2007)[220] zaproponowali poniższe zasady dla polityk równości zdrowotnych.

1. Polityki powinny dążyć do poprawy zdrowia osób w złej sytuacji, bez pogarszania sytuacji grup w najlepszym położeniu.

[219] Cianciara D., Strategie zmniejszania nierówności w zdrowiu Hygeia Public Health 2015, 50(3): 449-456
[220] Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequalities in health: Levelling up Part 1. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2007: 15-22

2. Trzy główne podejścia (grupy, rozstępu i gradientu) są niezależne, ale powinny stanowić kolejne kroki w działaniu.
3. Polityki zdrowotne powinny mieć jednocześnie dwa cele; poprawy zdrowia ogółu i zmniejszenia nierówności.
4. Działania powinny dotyczyć nie tylko społecznych uwarunkowań zdrowia, ale także społecznych uwarunkowań nierówności (np. poprzez zróżnicowane podejście do warunków pracy w całym spektrum populacji).
5. Dobre intencje są niewystarczające, dlatego należy monitorować przebieg działań, sprawdzać, czy nie przynoszą szkody i prowadzić ocenę wpływu na nierówności.
6. Należy wybrać odpowiednie narzędzia do pomiaru nierówności i osiąganych postępów, zwłaszcza pod kątem różnic i zmian w wymiarze bezwzględnym i względnym.
7. Trzeba podjąć zorganizowane wysiłki, aby udzielić głosu grupom zmarginalizowanym i pracować z nimi po partnersku.
8. Zawsze, gdy jest to możliwe, należy opisywać i analizować nierówności zdrowotne, osobno dla kobiet i mężczyzn.
9. Zróżnicowanie zdrowia ze względu na pochodzenie etniczne i miejsce zamieszkania należy odnosić do czynników społeczno-ekonomicznych.
10. Systemy zdrowotne powinny opierać się na zasadzie sprawiedliwości, co polega m.in. na tym, aby świadczenia publiczne zapewniały taki sam standard opieki wszystkim osobom oraz nie były zorientowane na zysk.

Powyższe zasady nie były odnoszone szczegółowo do możliwości i ograniczeń POZ, co wydaje się zasadne i możliwe w warunkach określonego systemu opieki zdrowotnej.

W trakcie seminarium w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny[221] brytyjski praktyk i ekspert profesor Chris Bentley, przez wiele lat zajmujący się nierównościami zdrowotnymi, przedstawił zarys polityk i przebieg działań wdrożeniowych na rzecz ograniczania nierówności w Anglii od 1997 roku. W szczególności omówił strategie celowane na zmniejszenie społecznych nierówności zdrowotnych na poziomie lokalnym. Jednym z efektów prac prof. Bentleya było sformułowanie pięciu cech charakteryzujących podejmowane interwencje, koniecznych do uzyskania zmiany na poziomie populacyjnym.

Interwencje są skuteczne, gdy są:

[221] Bentley Ch., Strategies aimed at reduction of social inequalities in health at local level: Consideration of the English experience. Materiał z seminarium. NIZP-PZH, Warszawa, 20.11.2016 r.

1. oparte na potwierdzonych danych, dla których dane z badań i uzgodnienia profesjonalistów są najmocniejsze: „czarne i białe, nie szare”;
2. ukierunkowane na wynik – którego pomiar przeprowadzany jest lokalnie i jest on lokalnie zasadny;
3. prowadzone systematycznie, nie zależą od wyjątkowych okoliczności lub wyjątkowych orędowników;
4. prowadzone w stosownej skali – proces w “skali przemysłowej” wymaga innego myślenia niż mały „porównawczy eksperyment”; może przy tym uwzględniać zasadną lokalnie elastyczność;
5. wyposażone w stosowne zasoby, pochodzące raczej z przeogniskowania osiowych budżetów i świadczeń, niż z krótkofalowego finansowania projektów; są długotrwale kontynuowane, tworząc kapitał, niezależnie od kaprysów, mody i zmiennych priorytetów polityk.

Odnoszenie powyższych cech do Narodowego Programu Zdrowia wymaga ostrożności, gdyż konstytuuje on politykę wykraczającą poza poziom lokalny, dotyczy innej skali – interwencji na poziomie krajowym. Przyjmując jednak, iż weryfikacja cech Bentley`a jest tu zasadna należałoby ją oprzeć na uzgodnionej solidnej metodologii. W przeciwnym razie ocena jest ograniczona. Wydaje się, iż przewidziane w NPZ interwencje nie są dostatecznie oparte na potwierdzonych danych z badań, co wynika ze sporadyczności tego typu badań w Polsce. Interwencje są ukierunkowane na określone wyniki, zastrzeżenia może jednak budzić metoda pomiaru wyników w lokalnych warunkach. Trudno ocenić systematyczność i autonomię przewidzianych interwencji, zwłaszcza w sytuacji, gdy nieznani są wykonawcy, wyłaniani w procedurach konkursowych. Skala interwencji Narodowego Programu Zdrowia wykracza poza lokalność, co zgodnie z kryteriami Bentleya może utrudniać wdrażalność interwencji.

Narodowy Program Zdrowia wydaje się natomiast zabezpieczać stosowne zasoby, co poprawia rokowania przeprowadzenia zaplanowanych zmian.

10.3. Polityki.

Polityki socjalne określają metody zarządzanie ryzykiem i zabezpieczeniem społecznym, skłaniając się ku uniwersalizmowi bądź selektywizmowi. W latach 60 -70-tych XX wieku dominował uniwersalizm, a od lat 80. XX w. dominuje selekcjonowanie adresatów.

Polityki wpływają na nierówności zdrowotne związane ze statusem społeczno - ekonomicznym poprzez poprawę możliwości kształcenia się, rozkładu dochodów, zachowań dotyczących zdrowia lub dostępu do opieki zdrowotnej.

Przykładowe zestawienie polityk i strategii związane z propagowaniem karmienia piersią zawarto w Tabeli X.

Tabela X (wg Cianciara)[222].

Podejście		
Uniwersalistyczne	**Selektywne**	**Selektywno-uniwersalne**
Rzecznictwo na rzecz środowiska przyjaznego karmieniu piersią w instytucjach/organizacjach, w biznesie i w grupach społecznych	Programy edukacyjne związane z karmieniem piersią oraz wsparcie organizowane w biednych/zaniedbanych dzielnicach	Rzecznictwo na rzecz środowiska przyjaznego karmieniu piersią oraz praca z grupami społecznymi w celu wspierania polityk i programów karmienia piersią realizowanych wśród kobiet niezamożnych

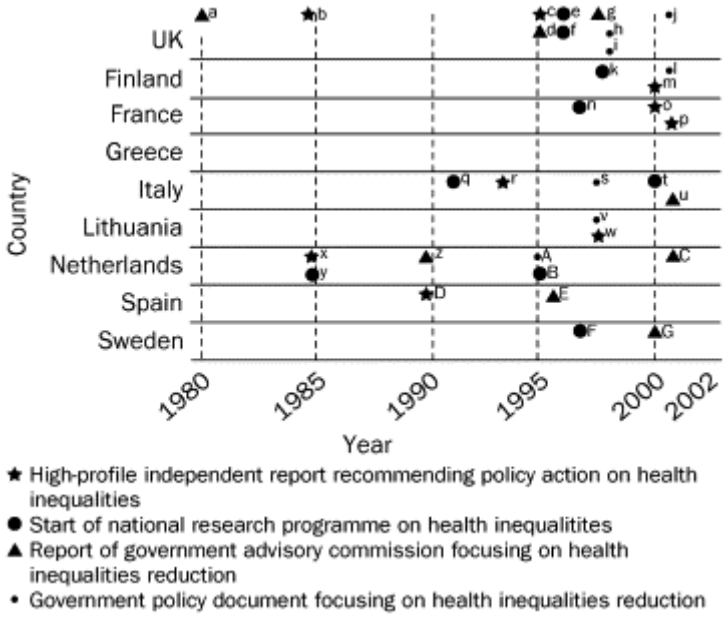
Patrząc bliżej na europejskie trendy w nierównościach umieralności w ostatnich dekadach XX wieku dostrzega się poszerzenie względnego rozstępu, a w najlepszym razie stabilną sytuację w wartościach bezwzględnych w latach ‘90. Od tamtego czasu dokonał się wielki postęp w rozwijaniu polityk i tworzeniu lepszych pozycji do zmniejszania społeczno - ekonomicznych nierówności w kolejnych dekadach.

Mackenbach i wsp. pokazali, iż w kilku krajach stworzono kilka całościowych opracowań opartych na dobrych podstawach teoretycznych, potraktowanych poważnie przez polityków odpowiedzialnych za zdrowie. Różnią się one sposobem planowania i treścią, odzwierciedlając zróżnicowanie lokalnych uwarunkowań, oraz ciągle intuicyjność podejścia. Jednakże stworzenie metod oceny stosownych działań z przeprowadzeniem wewnętrznej i zewnętrznej walidacji jest trudne i może wymagać międzynarodowego wsparcia, w

[222] Cianciara D., Strategie zmniejszania nierówności w zdrowiu Hygeia Public Health 2015, 50(3): 449-456

szczególności współpracujących grup Cohrane'a[223] i Campbella[224]. Na ryc. 2 przestawiono międzynarodowy obraz wybranych wczesnych działań.

Ryc. 2. Działania na rzecz ograniczania nierówności zdrowotnych[226].



Cechy systemów zdrowotnych, potencjalnie zasadne przy wyjaśnianiu różnic między krajami w korzystaniu przez poszczególne grupy społeczno-ekonomiczne z opieki zdrowotnej, można analizować na dwóch poziomach. Na poziomie makro systemy można zasadniczo podzielić z uwagi na źródła finansowania: oparte na ubezpieczeniach socjalnych i bazujące na podatkach. Na poziomie mikro dotyczą przede wszystkim dostępności lekarzy, co jest uwarunkowane poziomem zasobów, sposobem finansowania lekarzy, uregulowaniem sposobu kierowania pacjentów do poradni wąskospecjalistycznych.

NPZ na lata 2016 - 2020 nie określił żadnej spójnej strategii ani modelu całościowego podejścia do problematyki nierówności zdrowia w Polsce.

10.3.1. Polityki szczegółowe dotyczące POZ.

[223] Cochrane Library, http://www.cochranelibrary.com/ [dostęp: 15.12..2016 r.]
[224] The Campbell Collaboration, https://www.campbellcollaboration.org/ [dostęp: 15.12..2016 r.]
226 Mackenbach J.P. i wsp., Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences Lancet 2003; 362: 1409–14

W obecnych warunkach polskich, przy braku spójnej polityki zdrowotnej, obiecująco wyglądają prace nad ustawą o POZ[227], która w naturalny sposób może wyznaczyć kierunek polityk dla POZ. Pewne elementy takich polityk omówiono poniżej.

A. Rola finansowania opieki zdrowotnej.

Potwierdzone dane sugerują różnicę wpływu publicznego i prywatnego finansowania świadczeń zdrowotnych na dostęp i korzystanie z zasobów zdrowotnych przez różne grupy społeczno - ekonomiczne z pozytywnym wpływem publicznego finansowania na całkowitą śmiertelność i chorobowość.

Publiczne finansowanie i zapewnianie świadczeń może zwiększyć szanse, tak że biedniejszych pacjentów będzie stać na świadczenia zbyt drogie dla nich w innych okolicznościach, co przyczynia się do zmniejszenia nierówności w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych. Dla przykładu, we Francji wprowadzenie „planu bezpłatnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego" (*CMU complémentaire*)[228] poprawiło znacząco korzystanie Francuzów z opieki zdrowotnej. Sposób ten pozwala oczekiwać złagodzenia społecznych nierówności w krajach, gdzie udział publicznych wydatków na opiekę zdrowotną jest wysoki.

Podstawowe źródła finansowania publicznego to głównie podatki i ubezpieczenie społeczne. Systemy oparte na ubezpieczeniu społecznym są niezależne od świadczeniodawców, a opieka zdrowotna zapewniana jest przez sektor prywatny i publiczny, z możliwością funkcjonowania wielu płatników. W systemach narodowych lub opartych na podatkach, finansowaniem i zapewnianiem świadczeń zajmują się scentralizowane organizacje, zintegrowane z uwagi na pozycję płatnika. Konieczne jest jednak zbadanie wpływu takich systemów na jakość opieki. Niektóre z tych systemów mają przewagę z punktu widzenia konsumenta, zapewniając większy wybór świadczeń, podczas gdy systemy narodowe są bardziej efektywne w odniesieniu do kosztów.

B. Rola dostępności lekarzy.

Wykazano znaczącą zależność pomiędzy zróżnicowaniem dostępności zasobów medycznych, przede wszystkim liczby lekarzy, a nierównościami zdrowotnymi na poziomie

[227] Założenia do projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Wersja z dnia 22 września 2016 r.
228 Or Z., Jusot F., Yilmaz E., Impact of health care system on socioeconomic inequalities in doctor use, Florence 2008

regionalnym i krajowym. Sugeruje się również, iż konsumpcja ogólnych i specjalistycznych świadczeń medycznych rośnie wraz ze wzrostem wysycenia zasobami medycznymi, w szczególności w niższych grupach społeczno-ekonomicznych. W systemach, gdzie brakuje lekarzy dostęp do opieki był trudny dla wszystkich, ale jeszcze trudniejszy dla osób z niskich grup społeczno-ekonomicznych, np. z powodu kosztów transportu. Na poziomie makro, w krajach z obfitymi zasobami, system opieki zdrowotnej więcej uwagi poświęcał wyrównaniu dostępności geograficznej, tworząc mechanizmy ukierunkowane na osoby najbardziej potrzebujące opieki zdrowotnej (w najniższych grupach społeczno-ekonomicznych).

C. Rola zachęt finansowych dla lekarzy

Trzy główne metody płacenia lekarzom, to płatność za świadczenie (za każdy akt), pensja (płatność za określony okres aktywności) i płatność kapitacyjna (za każdego pacjenta pod opieką w określonym okresie). Przy płatności za świadczenie lekarze mają finansową zachętę do zwiększania ilości i ceny świadczeń, które zapewniają. System ten ma kilka potencjalnych przewag, takich jak zapewnienie dostępu do większej liczby świadczeniodawców oferujących szerszy zakres świadczeń, jak na przykład w Niemczech, czy we Francji.

Kapitacja często wprowadzana jest w celu kontroli kosztów opieki zdrowotnej. Niesie jednak obawy dotyczące dostępności. Badania ze Stanów Zjednoczonych[229] sugerują, iż w kontekście opieki zarządzanej przejście z płatności za świadczenie na płatność kapitacyjną zmniejszyło korzystanie ze świadczeń. Nie jest jasne, jak wpłynęła na efektywność jakość oraz czy zmniejszyła się dostępność. Sugerowano, iż w kapitacja zwiększyła dostęp do świadczeń profilaktycznych w porównaniu do modeli opieki zarządzanej z różnymi systemami płatności. Przewagą systemów z pensją dla lekarzy jest łatwiejsze planowanie finansów. Jednakże stała pensja lekarzy rodzinnych nie zachęca ich do konkurowania o pacjentów. O ile pensja dla lekarzy jest częsta w szpitalach wielu krajów, w poradniach specjalistycznych jest rzadka (występuje np. w Portugalii).

W krajach, gdzie lekarze POZ opłacani są kapitacyjnie (w Holandii, Szwecji, Zjednoczonym Królestwie) są oni odpowiedzialni za populację pod ich opieką, w szczególności za pewne aspekty nierówności zdrowotnych. Kapitacja może mieć przewagę

229 Gosden T., Pedersen L., Torgerson D., How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behavior, Q J Med 1999, 92: 47-55

nad płatnością za usługę w przypadku, gdy pacjent ma kilka schorzeń lub powikłania, wymagając zarządzania i koordynowania opieki.

D. Rola dostępu do konsultacji

W wielu krajach (np. W Holandii, Portugalii, Zjednoczonym Królestwie) opieka zdrowotna zorganizowana jest wokół praktyk lekarzy rodzinnych, którzy odpowiadają za „furtkę" do reszty systemu. Rola ta nie była szeroko badana. W Stanach Zjednoczonych pokazano, iż rozluźnienie kontroli dostępu pacjentów chorych psychicznie do specjalistów zwiększyło liczbę świadczeń, to wzrost był dość umiarkowany[230]. W placówkach opieki zarządzanej w Stanach Zjednoczonych likwidacja „furtki") spowodowała niewielki wzrost korzystania z wąskich specjalistów przez dorosłych pacjentów, wzrosła za to liczba przyjęć specjalistycznych dzieci z chorobami przewlekłymi. Na poziomie mikro brakuje danych dot. wpływu likwidacji „furtki" na nierówności w zdrowiu. Natomiast dane potwierdzają, iż w krajach, gdzie lekarze rodzinni kierują pacjentów do placówek specjalistycznych, w których to nie muszą oni płacić za konsultacje, maleje poziom nierówności w korzystaniu ze świadczeń lekarzy przez pacjentów z różnych grup społeczno-ekonomicznych.

E. Wpływ systemu opieki zdrowotnej

Dostępne dane sugerują, iż ani "furtka" do świadczeń specjalistycznych, ani narodowa służba zdrowia, wydają się nie mieć wpływu na wielkość społecznych nierówności w korzystaniu ze świadczeń lekarzy rodzinnych. Znaczący wpływ na to korzystanie ma poziom wydatków % produktu narodowego brutto.

Żadna z metod płacenia lekarzom rodzinnym wydaje się nie mieć znaczącego wpływu na wynikające z wykształcenia różnice w korzystaniu z porad lekarzy rodzinnych.
Stwierdzono też różnice między grupami o różnym poziome wykształcenia w korzystaniu z świadczeń finansowanych "z własnej kieszeni"[231].

10.4. Wybrane narzędzia przydatne w ograniczaniu społecznych nierówności w zdrowiu.

230 Hodgin D., Merrick L., Horgan C., Garnick D., McLaughlin T., Does type of gatekeeping model affect access to outpatient specialty mental health services? Health Service Research 2007, 42: 104-123
231 Or Z., Jusot F., Yilmaz E., Impact of health care system on socioeconomic inequalities in doctor use, Florence 2008

W rozwiązywaniu konkretnych zadań dla zapewnienia równości zdrowotnej przydatne są specyficzne narzędzia. W tej części przedstawiono dwie propozycje.

10.4.1. Narzędzie do oceny równości zdrowia (NORZ)

Potwierdzone dane wskazują, iż określone grupy w populacji są ustawicznie w niekorzystnej sytuacji w zakresie zdrowia[232]. Nierówności te, czyli różnice w zdrowiu grup ludzi możliwe do uniknięcia, niepotrzebne i niesłuszne, wpływają na całą populację. W zmniejszaniu nierówności w zdrowiu pomagają narzędzia umożliwiające ocenę interwencji takich jak polityki, programy i świadczenia. Egzaminują one potencjał przyczyniania się tych interwencji do zmniejszania nierówności zdrowia. Po takiej ocenie można podejmować świadome decyzje jak wzmacniać polityki, programy i świadczenia.

W 2000 r. L. Signal i wsp. z Uniwersytetu Otago i Ministerstwa Zdrowia w Nowej Zelandii opracowali Narzędzie Oceny Równości Zdrowotnej - NORZ (*Health Equity Assessment Tool*).[233] Celem NORZ jest ocena uwzględniania nierówności zdrowotnych. Narzędzie składa się z dziesięciu pytań obejmujących cztery stadia kształtowania określonej polityki zdrowotnej, programu zdrowotnego i świadczenia zdrowotnego (Ramka 2). Pytania umożliwiają ocenę interwencji określonej polityki, programu i świadczenia, pod kątem obecnego lub przyszłego wpływu tych interwencji na nierówności zdrowotne.

Ramka 2. Stadia kształtowania określonej polityki, programu i świadczenia

1. Rozumienie nierówności zdrowia 2. Projektowanie interwencji do zmniejszania nierówności 3. Rewidowanie i kierowanie interwencjami 4. Ocenianie oddziaływań i wyników interwencji.

Ocena polityk zdrowotnych.

W poniższej ramce przedstawiono zaadaptowany na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi zestaw pytań proponowany do oceny uwzględniania kwestii równości zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej. Narzędzie może być użyte w odniesieniu do uzyskania opinii poszczególnych grup zawodowych w opiece zdrowotnej, specjalistów zdrowia publicznego i pacjentów.

232 Mackenbach J.P. i wsp., Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Lancet 1997, 7;349(9066):1655-9
233 Signa L., Martin J., Cram F., Robson B., Health Equity Assessment Tool, University of Otago, New Zealand 2008

Ramka 3. Narzędzie Oceny Równości Zdrowotnej dla podstawowej opieki zdrowotnej i świadczeń specjalistycznych pozaszpitalnych.

Świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej.

1. Jakie nierówności istnieją w zakresie korzystania z POZ?
2. Kto w tym zakresie jest najbardziej uprzywilejowany i jak?
3. Jak pojawiły się tu nierówności? Jakie są mechanizmy powstawania, utrzymywania się lub narastania tych nierówności?
4. Gdzie/jak interweniowałbyś, aby uporać się z tą kwestią?
5. Jak poprawiłbyś/łabyś stan zdrowia ubogich i zmniejszył/a doświadczane przez nich nierówności zdrowotne?
6. Jak ta interwencja wpłynęłaby na nierówności zdrowotne?
7. Kto by najwięcej skorzystał?
8. Jakie mogłyby być niezamierzone następstwa?
9. Co zrobiłbyś/łabyś, aby mieć pewność, że interwencja zmniejsza nierówności?
10. Skąd wiedziałbyś/łabyś czy nierówności się zmniejszyły?

Świadczenia specjalistyczne pozaszpitalne (ŚSP.

1. Jakie nierówności istnieją w zakresie korzystania z ŚSP?
2. Kto w tym zakresie jest najbardziej uprzywilejowany i jak?
3. Jak pojawiły się tu nierówności? Jakie są mechanizmy powstawania, utrzymywania się lub narastania tych nierówności?
4. Gdzie/jak interweniowałbyś, aby uporać się z tą kwestią?
5. Jak poprawiłbyś/łabyś stan zdrowia ubogich i zmniejszył/a doświadczane przez nich nierówności zdrowotne?
6. Jak ta interwencja wpłynęłaby na nierówności zdrowotne?
7. Kto by najwięcej skorzystał?
8. Jakie mogłyby być niezamierzone następstwa?
9. Co zrobiłbyś/łabyś, aby mieć pewność, że interwencja zmniejsza nierówności?
10. Skąd wiedziałbyś/łabyś czy nierówności się zmniejszyły?

NORZ zostało opracowane dla celów badawczych i wymaga walidacji w realiach polskiego systemu opieki zdrowotnej.

10.4.2. Integracja działań na rzecz ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu wg

koncepcji Centrum Usług Socjalno – Medycznych.

10.4.2.1. Założenia dotyczące funkcjonalnej integracji działań POZ i pomocy społecznej.

Rozpatrując mechanizmy przydatne w ograniczaniu społecznych nierówności w zdrowiu należy zwrócić uwagę na dwa możliwe sposoby identyfikacji zjawiska. Pierwszy polega na „odgórnej" identyfikacji środowisk (populacji) obarczonych ryzykiem nierówności na podstawie szeregu cech, jak wykształcenie, sytuacja materialna, status na rynku pracy i inne. W podejściu takim są też wykorzystywane miary zagregowane, jak np. indeks deprywacji. Przykładem może być Powiatowy indeks deprywacji 2015[234]. Drugi sposób identyfikacji ma charakter „oddolny" i pozwala na identyfikację konkretnych osób, rodzin i mikrospołeczności zagrożonej, bądź pozostających w nierówności w zdrowiu. Dla identyfikacji takich osób i grup są wykorzystywane systemy mające profesjonalny, masowy kontakt z populacją, w praktyce – instytucje podstawowej opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

Uzasadnieniem dla nawiązywania współpracy między instytucjami podstawowej opieki zdrowotnej i pomocy społecznej jest fakt, że choroby somatyczne powodują zaburzenia psychospołeczne jednostki, rodziny, grupy, a z drugiej strony - zaburzenia funkcjonowania społecznego mogą mieć znaczenie w patogenezie chorób somatycznych. W pracy socjalnej zachodzi możliwość dostrzeżenia tych aspektów choroby, które są związane ze stresem społecznym i środowiskowym oraz bezpośrednich i pośrednich jego skutków. Najbardziej efektywna współpraca między medycyną rodzinną, a pomocą społeczną ma miejsce w systemach ochrony zdrowia, w których lokalne władze samorządowe odpowiadają za funkcjonowanie obu obszarów, jak np. w krajach skandynawskich i Wielkiej Brytanii[235].

Pomoc społeczna jest jedną z form zabezpieczenia społecznego, rozumianego jako element polityki społecznej. W Polsce zadania pomocy społecznej, rodzaje świadczeń oraz zasady i tryb ich udzielania oraz organizacja pomocy społecznej są uregulowane ustawowo[236].

---

[234] Powiaty zagrożone deprywacją: stan, trendy i prognoza, http://www.euroreg.uw.edu.pl/dane/web_euroreg_publications_files/5529/powiatowy_indeks_deprywacji_2015.pdf [dostęp: 15.12..2016 r.]

[235] Tyszko P., Partnerzy w opiece nad społecznością lokalną; w: Medycyna Rodzinna; red. Windak A., Chlabicz S., Mastalerz Migas A.; Termedia, Poznań, 2015.

[236] Dz. U. 2004 Nr 64, poz. 593.

Wykaz sytuacji, w których może być udzielona pomoc społeczna jest obszerny i obejmuje: ubóstwo, sieroctwo, bezdomność, bezrobocie, niepełnosprawność, długotrwałą lub ciężką chorobę, przemoc w rodzinie, potrzebę ochrony ofiar handlu ludźmi, potrzebę ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych, a także trudności w integracji określonych grup cudzoziemców, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, występowanie alkoholizmu lub narkomanii, stany klęski żywiołowej lub ekologicznej oraz inne zdarzenia losowe i sytuacje kryzysowe. Większość wymienionych powyżej sytuacji jest ewidentnie niekorzystna dla zdrowia, co oznacza, że udzielanie pomocy w przypadku ich zaistnienia, metodami pomocy społecznej, jest działaniem na rzecz zdrowia. Z drugiej strony – wśród uwarunkowań sytuacji życiowych, wymagających pomocy dla jednostek i rodzin, istotne miejsce zajmuje stan zdrowia. Występowanie tej wzajemnej zależności skłania do poszukiwania mechanizmów współpracy między instytucjami podstawowej opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

Na szczeblu lokalnym odpowiednikiem placówek podstawowej opieki zdrowotnej, który realizuje zadania pomocy społecznej, jest ośrodek pomocy społecznej. Pracę socjalną w środowisku prowadzą pracownicy socjalni, którzy są zatrudniani proporcjonalnie do liczby ludności gminy, w stosunku jeden pracownik socjalny na 2 tys. mieszkańców.

W Polsce, w oparciu o założenie o wzajemnej zależności stanu zdrowia i sytuacji społecznej był opracowany Projekt Organizacyjny Centrum Usług Socjalno – Medycznych[237]. W Projekcie zwracano uwagę na konieczność wyróżniania, zgodnie z definicją pojęcia zdrowie, sfery medycznej i socjalnej diagnozy i terapii oraz holistycznego postrzegania pacjenta. Aktualne rozwiązania organizacyjne i funkcjonalne w zakresie POZ oraz pomocy społecznej uniemożliwiają tak ukierunkowane działania. Rozdzielenie organizacyjne i funkcjonalne dotyczy nie tylko POZ i pomocy społecznej, ale istnieje także w POZ – listy pacjentów lekarza rodzinnego oraz pielęgniarki i położnej POZ rodzinnej mogą - i często – obejmują inne osoby i środowiska.

W tej sytuacji niezbędne jest podjęcie działań na rzecz integracji pracy lekarza oraz pielęgniarki i położnej POZ, a także pracownika socjalnego, dla rozwiązywania problemów zdrowotnych i socjalnych pacjentów. W przywołanej koncepcji Centrum Usług Socjalno

[237] Opracowanie wykonane w Centrum Rozwoju Służb Społecznych w Warszawie, w ramach umowy PHARE PL 9113/0202.

Medycznych zostały wypracowane rozwiązania i narzędzia, które mogą być wykorzystane dla nawiązania takiej, efektywnej współpracy. Obszar współpracy obejmuje:

a) potrzeby zdrowotne - uwarunkowane czynnikami socjalnymi; w tym przypadku funkcją personelu socjalnego jest wstępna diagnoza (protodiagnoza) potrzeb zdrowotnych, a funkcją personelu medycznego — diagnoza wyczerpująca oraz zaspokojenie potrzeb zdrowotnych;
b) potrzeby socjalne - uwarunkowane stanem zdrowia: w tym przypadku funkcją personelu medycznego jest wstępna diagnoza (protodiagnoza) potrzeb socjalnych, a funkcją personelu socjalnego - wyczerpująca diagnoza oraz zaspokojenie potrzeb socjalnych.

Współpraca między członkami personelu medycznego i socjalnego musi oczywiście opierać się o autonomię zakresu podejmowanych działań.

10.4.2.2. Narzędzia proponowane dla funkcjonalnej integracji działań POZ i pomocy społecznej.

Dla określenia roli pracowników medycznych i pracownika socjalnego w projekcie wypracowano pojęcie protodiagnozy medycznej – pracownika socjalnego i - protodiagnozy socjalnej – w przypadku pracowników medycznych. Opracowano także narzędzia protodiagnozy. W procesie protodiagnozy medyczno - społecznej każdy z wyżej wymienionych pracowników zobowiązany jest przynajmniej do rozumienia tego co przedstawia partner.

Lekarz rodzinny ma za zadanie stawiać protodiagnozę dotyczącą istnienia lub zagrożenia pojawienia się:

a) problemów relacji wewnątrz rodziny:
    - zaburzenia o charakterze zablokowań emocjonalnych członka rodziny w relacji z pozostałymi,
    - frustracja potrzeb rozwojowych dzieci w rodzinie,
    - emocjonalne trudności realizacji ról rodzinnych,
    - osamotnienie,
    - destrukcyjne zachowania wobec członka (członków rodziny),
    - choroby psychiczne, upośledzenia fizyczne i umysłowe, uzależnienia,
    - alarmująco niski poziom życia socjalnego,
    - bezrobocie, rodziny niepełne, wielodzietność;
b) społecznego funkcjonowania rodziny jako instytucji:

- słaba realizacja ról rodzinnych (lub jej brak),
- brak prawnego usankcjonowania ról rodzinnych,
- zaburzone relacje rodziny ze środowiskiem m.in. brak powiązań (lub słabe powiązania) ze środowiskiem;

c) zagrożeń wynikających z umiejscowienia rodziny w środowisku (społecznym, fizycznym) patogennym.

Opracowano narzędzie protodiagnozy w postaci Karty Protodiagnozy Socjalnej. Karta protodiagnozy socjalnej może być dla lekarza rodzinnego pomocą przy nawiązywaniu pierwszego kontaktu z pacjentem. Wiadomości dzięki niej zebrane mogą stanowić dla niego materiał przydatny przy postawieniu diagnozy medycznej, poprzez uchwycenie czynników społecznych mogących wpływać bezpośrednio na pojawianie się określonych problemów somatycznych.

Tabela XI. Zakres protodiagnozy socjalnej lekarza rodzinnego.

OBSZAR PROTODIAGNOZY	**IDENTYFIKOWANE PROBLEMY**	**PODEJRZENIA**	**MOŻLIWOŚCI INTERWENCJI**
sytuacja rodzinna	kłótnie, nieporozumienia, zła komunikacja	konflikty rodzinne	praca socjalna
	bicie, zaniedbywanie dzieci, bicie współmałżonka		praca socjalna, „Niebieska linia”
	wykorzystywanie seksualne dzieci	przemoc w rodzinie	
	kłopoty wychowawcze z dziećmi, wagary, drugoroczność, ucieczki z domu		
	separacja, rozwód, śmierć bliskiej osoby, przejście na emeryturę	niewydolność wychowawcza	świetlice socjoterapeutyczne, praca socjalna
	samotne rodzicielstwo	sytuacje kryzysowe	ośrodki interwencji kryzysowej, praca socjalna
		ubóstwo, niewydolność wychowawcza	pomoc materialna, praca socjalna

sytuacja zdrowotna	nadmierne picie alkoholu przez członka rodziny lub klienta	alkoholizm, koalkoholizm	AA, grupy wsparcia
	choroby psychiczne dzieci specjalnej troski, niepełnosprawność		
	choroby przewlekle wymagające sprawowania stałej opieki nad klientem		renta socjalna
			specjalistyczne usługi opiekuńcze, konieczność uruchomienia opieki środowiskowej, pomoc materialna, grupy wsparcia, DPS, pokrycie wydatków na świadczenia zdrowotne
	inne uzależnienia: narkomania, lekomania, bulimia, anoreksja		
sytuacja ekonomiczna	dochód na osobę w rodzinie: - poniżej przyjętego minimum i dalsze wyróżnione w ustawie o pomocy społecznej	ubóstwo	pomoc materialna - zasiłek stały
	bezrobocie klienta, członka rodziny klienta, zagrożenie bezrobociem	izolacja społeczna, problemy emocjonalne, rodzinne	pomoc materialna, grupy wsparcia
sytuacja społeczna	brak kontaktów społecznych	izolacja społeczna, marginalizacja	środowiskowa praca socjalna, grupy wsparcia
	brak znajomości instytucjonalnych systemów wsparcia	niezaradność społeczna	środowiskowa praca socjalna, grupy wsparcia
	upośledzenie społeczne, podkultura biedy	izolacja społeczna, marginalizacja	środowiskowa praca socjalna, grupy wsparcia

Celami protodiagnozy medycznej pracownika socjalnego są:

- detekcja problemów zdrowotnych podopiecznego,
- ocena udziału chorego w procesie leczenia,
- ocena nastawienia i roli otoczenia chorego w procesie leczenia i pielęgnacji.

Protodiagnoza medyczna pracownika socjalnego może być w zasadzie dokonywana tylko na poziomie dolegliwości i objawów istotnych z punktu widzenia patomorfologii i patofizjologii, jednocześnie możliwych do stwierdzenia, bez stosowania medycznych /profesjonalnych/ technik badania. Jest oczywiste, że warunki takie są spełnione tylko w przypadku niektórych, niemniej istotnych dla życia człowieka chorób. Protodiagnoza ta jest w praktyce ograniczona do populacji osób dorosłych, gdyż w przypadku dzieci ocena stanu zdrowia jest dokonywana systematycznie zgodnie z programem powszechnych badań przeglądowych.

W szczególności oczekuje się od pracownika socjalnego umiejętności:

a) rozumienia znaczenia diagnozy lekarskiej - (pyt. "na co Pan choruje? z jakiego powodu leczy się?") np.: nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, niewydolność krążeniowo - oddechowa i wynikających z niej przesłanek dla trybu życia podopiecznego oraz zwrócenia uwagi na pewne specyficzne elementy konieczne w " uzbrojeniu" środowiska jego bytu;
b) umiejętność rozumienia skarg pacjenta - rozróżnienia, które ze skarg mogą mieć poważne znaczenie rokownicze i wymagają natychmiastowej konieczności poinformowania o tym personelu medycznego - lekarza lub pielęgniarki; ·
c) na czym polegają trudności w zalecanym leczeniu? - (pyt., czy bierze Pan leki zgodnie z ordynacją lekarską?"; dlaczego nie?;
d) jak jest zorganizowana sieć samopomocy i wsparcia w chorobie - (pyt. " kto, w jakim zakresie i jak skutecznie się Panem opiekuje?");
e) umiejętność oceny stopnia sprawności lokomocyjnej, samoobsługi, sprawności ogólnej;
f) oceny relacji - chory a jego środowisko w aspekcie sprawności procesu leczenia lub rehabilitacji;
g) roli rodziny w systemie opiekuńczym;
h) nastawienia pacjenta do relacji -lekarz - pacjent, pacjent - personel medyczny szpitala pacjent -rodzina.

W schemacie protodiagnozy winna się mieścić także umiejętność identyfikacji (przez obserwację lub pytania) oraz rozumienia najczęstszych, mających charakter wskaźnikowy, objawów i dolegliwości budzących poważne podejrzenie choroby. Przedstawione one zostały w tabeli XII.

Tabela XII. Objawy i dolegliwości budzące podejrzenie choroby.

Objawy i dolegliwości	**Podejrzenie**
bóle wysiłkowe w klatce piersiowej	choroba serca (choroba wieńcowa)
kołatanie serca	choroba serca (zaburzenia rytmu)
puchnięcie kończyn dolnych, duszność	choroba serca (niewydolność krążenia)
bóle głowy	nadciśnienie tętnicze, choroby w obrębie głowy
przewlekły kaszel	choroby układu oddechowego (przewlekłe zapalenia oskrzeli, gruźlica)
napady duszności, kaszel	choroby układu oddechowego (astma oskrzelowa)
krwioplucie	choroby układu trawiennego, nowotwory
krew w kale	choroby jelita grubego (hemoroidy, nowotwory)
krew w moczu	choroby układu moczowego (kamica nerkowa, nowotwory)
szybka utrata masy ciała	nowotwory
częstomocz	choroby układu moczowego
nadmierne pragnienie	cukrzyca
zaburzenia zachowania	nerwice, choroby psychiczne

Oprócz wyszczególnionych, wskaźnikowych objawów patologii przedmiotem zainteresowań pracownika socjalnego winna być realizacja zaleceń lekarskich dotyczących zachowań zdrowotnych, wykonywania badań diagnostycznych i stosowania leków lub zabiegów.

10.5. Podsumowanie.

W realizacji długofalowych celów w zakresie zdrowia społeczeństwa ważne jest budowanie polityk szczegółowych oraz stosowanie sprawdzonych modeli interwencji. NPZ na lata 2016 - 2020 nie określił żadnej spójnej strategii ani modelu całościowego podejścia do problematyki nierówności zdrowia w Polsce. Systematyczne prace dotyczą jednak koncepcji POZ. Wdrożenie ich, przez uchwalenie ustawy o POZ, może mieć znaczenie dla realizacji celów NPZ.

Dla działań na rzecz realizacji celu strategicznego NPZ w zakresie zmniejszania społecznych nierówności w zdrowiu mogą być przydatne zaproponowane narzędzia – Narzędzie Oceny Równości w Zdrowiu (NORZ) oraz narzędzia do integracji działania podstawowej opieki zdrowotnej i służby pomocy społecznej.

XI. PODSUMOWANIE WYNIKÓW ANALIZ (*Piotr Tyszko, Maciek Godycki – Ćwirko, Justyna Grudziąż – Sękowska, Kuba Sękowski, Piotr Samel – Kowalik, Magdalena Bogdan*).

W pracach nad ekspercką strategią wspomagania realizacji NPZ 2016 – 2010, szczególnie w zakresie ograniczania geograficznych i społecznych nierówności w zdrowiu przeprowadzono szereg analiz dotyczących różnych uwarunkowań realizacji tego Programu. W szczególności przedmiotem analizy były

- rola Narodowego Programu Zdrowia jako instrumentu polityki zdrowotnej;
- obecność celów dotyczących zdrowia w innych strategiach rozwoju oraz celów realizowanych w kontraktach terytorialnych;
- warunki sprawnościowe związane ze strukturą NPZ;
- regulacje prawne istotne dla realizacji NPZ;
- istotne operacje zdrowia publicznego niezbędne dla realizacji NPZ, wg koncepcji EPHOs;
- instytucje zdrowia publicznego i inne instytucje realizujące operacje zdrowia publicznego istotne dla realizacji NPZ, w tym: - Państwowa Inspekcja Sanitarna i - podstawowa opieka zdrowotna;
- problemy zarządzania realizacją NPZ, z uwzględnieniem działań międzysektorowych szczególnie na poziomie centralnym i lokalnym;
- możliwości wykorzystania marketingu i komunikacji społecznej w realizacji NPZ, ze szczególnym uwzględnieniem grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu;
- zasady i mechanizmy ograniczania nierówności społecznych w zdrowiu, ze wskazaniem narzędzi przydatnych dla działań w tym zakresie.

Analizy te były prowadzone z różnych punktów widzenia, w tym prawnego i najogólniej
ujmując – prakseologicznego, ale w szeregu przypadków prowadziły do zbliżonych wniosków. Jak sygnalizowano wcześniej, przyjęto, że sprawność realizacji Programu zależy od dwu grup czynników: (i) – zewnętrznych, zależnych od warunków otoczenia, w którym Program jest realizowany oraz – (ii) czynników wewnętrznych, tkwiących w samej strukturze Programu i mechanizmach w nim przewidzianych. Część uwarunkowań ma charakter mieszany. Zestawienie wniosków z analiz przedstawiono w tak zdefiniowanych trzech

grupach. Należy zaznaczyć, że prezentacja wniosków w podsumowaniu ma charakter bardziej sygnalizujący (obejmuje skrótowo czynniki najważniejsze) - niż wyczerpujący. Dla pełnego zrozumienia zasadności wniosku niezbędna jest lektura pełnego tekstu analiz obejmujących dane zagadnienie.

A. Czynniki zewnętrzne mające znaczenie dla realizacji NPZ.

- Między Narodowym Programem Zdrowia a operacjami zdrowia publicznego zachodzi dwukierunkowy związek. NPZ przyczynia się do realizacji operacji zdrowia publicznego, ale jednocześnie jego realizacja jest uwarunkowana istnieniem w kraju mechanizmów i instytucji zdrowia publicznego przewidzianych w EPHOs. Przeprowadzona analiza wykazała, że w realizacji NPZ muszą być wykorzystane wszystkie istotne operacje. Diagnozy poziomu realizacji tych operacji zdrowia publicznego umożliwiają sformułowanie rekomendacji, jednak ich wdrożenie, może wymagać czasu zbliżonego do horyzontu czasowego NPZ. Dlatego większość działań wzmacniających poziom realizacji operacji zdrowia publicznego ma znaczenie bardziej długofalowe niż bieżące.
- Dla realizacji operacji zdrowia publicznego, istotnych dla Narodowego Programu Zdrowia, a szczególnie celu jakim jest zmniejszenie społecznych nierówności zdrowotnych, kluczowe znaczenie ma sprawne funkcjonowanie dwu instytucji: Państwowej Inspekcji Sanitarnej i Podstawowej Opieki Zdrowotnej.
- PIS odgrywa istotną, bezpośrednią rolę w realizacji 4, pośrednią – w realizacji 2 celów operacyjnych NPZ. Wspólną platformą realizacji wszystkich celów NPZ jest edukacja zdrowotna i promocja zdrowia. PIS jest jedyną strukturą państwową, z elementami podporządkowania hierarchicznego, obejmującą zakresem działania cały kraj i dysponującą kadra około 600 pracowników w tym obszarze działania, która ma powierzone ustawowo zadania z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Zadania te obejmują w szczególności inicjowanie, organizowanie, prowadzenie, koordynację i nadzór, a także pomoc w organizacji takich działań i ich ocenę.
- Faktyczne znaczenie POZ w realizacji celów NPZ jest znacznie większe niżby to wynikało z formalnego rozdziału zadań w tym Programie. POZ ma istotny udział w realizacji szeregu podstawowych operacji zdrowia publicznego oraz ograniczaniu nierówności zdrowotnych. Aktualnie w Polsce trwają prace nad ustawą o POZ, co może przyczynić się do wprowadzenia zmian korzystnych z punktu widzenia udziału

POZ w realizacji celów NPZ. Określone są też cele zmian POZ w Polsce, w kontekście równości zdrowotnej.

- W realizacji długofalowych celów w zakresie zdrowia społeczeństwa ważne jest budowanie polityk szczegółowych oraz stosowanie sprawdzonych modeli interwencji. Kluczowe jest ocenianie tych działań spełniające rygory opracowań naukowych z publikacja wyników w recenzowanych czasopismach z otwartym dostępem. NPZ na lata 2016 - 2020 nie określił żadnej spójnej strategii ani modelu całościowego podejścia do problematyki nierówności zdrowia w Polsce. Systematyczne prace dotyczą jednak koncepcji POZ. Wdrożenie ich, przez uchwalenie ustawy o POZ, może mieć znaczenie dla realizacji celów NPZ.
- Dla działań na rzecz realizacji celu strategicznego NPZ w zakresie zmniejszania społecznych nierówności w zdrowiu mogą być przydatne zaproponowane narzędzia – Narzędzie Oceny Równości Zdrowotnej (NORZ) oraz narzędzia do integracji działania podstawowej opieki zdrowotnej i służby pomocy społecznej.

B. Czynniki wewnętrzne mające znaczenie dla realizacji NPZ.

- W NPZ 2016 – 2020 występują trzy sposoby formułowania celów (tj. cele odnoszące się do efektów populacyjnych i/lub do działań), co stwarza problemy w zakresie monitorowania i ewaluacji NPZ. Przejawia się to m.in. wykorzystaniem miar efektu zdrowotnego lub populacyjnego do oceny podjętych działań, co ogranicza możliwości monitoringu bieżących działań. Problematyczna wydaje się przydatność niektórych wskaźników. W przypadku pomiaru zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych brak jest wykorzystania wskaźników dostępnych Programie Badań Statystycznych.
- Dość ograniczone wydają się zadania związane z ograniczaniem społecznych nierówności w zdrowiu, adresowane do JST.
- W przyjętym w Programie cel strategiczny jest powielonym fragmentem przepisu upoważniającego (powielenie fragmentu przepisu upoważniającego z UoZP nie może być uznane za jego wykonanie). Oznacza to niewykonanie delegacji ustawowej do wydania rozporządzenia ws. NPZ przez RM. Brak jest również informacji o beneficjentach podejmowanych działań, przewidywanych korzyściach i czasie, w którym wystąpią te korzyści.

- Program nie wskazuje zadań służących osiągnięciu poszczególnych celów operacyjnych, w szczególności działań z zakresu ZP wskazanych w art. 2 UoZP.
- Nie wyodrębniono zadań nakierowanych bezpośrednio na cel strategiczny NPZ - zmniejszania nierówności w zdrowiu - we wszystkich celach operacyjnych.
- Nie zostały rozdzielone zadania pomiędzy podmioty wskazane jako odpowiedzialne za poszczególne cele operacyjne.
- Brak jest określenia charakteru zadań z zakresu ZP nałożonych na poszczególne szczeble JST. Wskazane jest dookreślenie zadań oraz rozstrzygnięcie ich obligatoryjnego lub fakultatywnego charakteru przez zmianę postanowień UoZP lub doprecyzowanie postanowień NPZ odnoszących się do zadań JST.
- NPZ nie określa precyzyjnie podmiotów uczestniczących w realizacji NPZ i przypisanych im ról, w szczególności zasadne było by:
    - przypisanie poszczególnych zadań do działów administracji rządowej – w miejsce posługiwania się nazwami ministrów aktualnie kierujących tymi działami,
    - określenie szczebli JST, którym przypisane mają być poszczególne zadania, a gdy wynika to ze specyfiki zadania również przez odwołanie do liczby ludności lub rozmiaru (powierzchni, rozległości) danej JST.
- Niedookreślone są zasady i tryb bieżącego monitorowania i okresowej ewaluacji NPZ z precyzyjnym opisaniem roli w tym procesie Rady do spraw Zdrowia Publicznego i Komitetu Sterującego NPZ – w tym uporządkowanie i ujednolicenie terminologii części XII programu.
- Nie została ujednolicona sprawozdawczość z realizacji zadań wynikających z NPZ (odrębne obowiązki sprawozdawcze zawarte są np. w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii).
- Dla sprawności zarządzania NPZ ważne jest przestrzeganie ogólnych zasad zarządzania. Szczególne znaczenie ma prowadzenie ciągłego procesu monitorowania i ewaluacji realizowanych zadań w celu uelastycznienia systemu umożliwiającego wdrożenie ewentualnych zmian na wczesnym, odpowiednim etapie procesu zarządzania, a także zapewnienie sprawnego przywództwa w wymiarze instytucjonalnym, a w miarę możliwości – także personalnym.
- Przyjęte w ustawie zasady wyłaniania wykonawców w drodze konkursu nie umożliwiają specjalnego uwzględnienia aspektu ograniczania nierówności w zdrowiu.

Jednocześnie – charakter zadań z zakresu ograniczania nierówności, które mają być wykonane przez wykonawców wyłonionych w drodze konkursu – powoduje brak możliwości oddziaływania na działania nakierowane bezpośrednio na ograniczanie nierówności w zdrowiu w celach 1 i 5 przez uwzględnienie w ogłoszeniu o konkursie elementu „opis sposobu oceny ofert w zakresie każdego z kryteriów oceny ofert" jak też przez ocenę elementu oferty - „szczegółowy sposób realizacji zadania".

- Jednym z warunków realizacji celów NPZ, szczególnie w zakresie budowania świadomości zdrowia i promocji zdrowia jest utworzenie i aktualizacja bazy dobrych praktyk.
- Wyniki analizy wskazują, że marketing społeczny w ochronie zdrowia, jest zagadnieniem dość nowym, choć niezwykle istotnym w procesie realizacji programów zdrowotnych. W ramach kampanii marketingu i komunikacji społecznej realizowanych w obszarze zdrowia publicznego dokonuje się prób wzmocnienia zachowań prozdrowotnych wśród ludzi. Jest on zatem jednym z finalnych etapów dotarcia do grup docelowych. Dlatego też jest tak istotny z punktu widzenia docelowego osiągania zakładanych celów.
- W procesie realizacji Narodowego Programu Zdrowia istotnym elementem jest także analiza grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu, która umożliwia dobór właściwych metod marketingowych i kanałów komunikacji stosowanych na dalszym etapie realizacji programu.

C. Czynniki o charakterze mieszanym mające znaczenie dla realizacji NPZ.

- Narodowy Program Zdrowia odgrywa bardzo istotną rolę w polityce zdrowotnej. NPZ 2016 – 2020 spełnia założenia cyklu polityki zdrowotnej. Jednym z warunków realizacji celów Programu jest przestrzeganie ogólnych zasad, którymi należy kierować się w zorganizowanych działaniach na rzecz zdrowia.
- Oceniając całość aktualnych założeń polityki państwa, z punktu widzenia celu NPZ, jakim jest ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu, można stwierdzić, że są w nich postawione zasadnicze cele i określone kierunki działań. Cele w tym zakresie są bezpośrednio uwzględnione w trzech strategiach zintegrowanych: Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary Wiejskie; Strategii Sprawne Państwo 2020 i Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020. Także w najnowszej strategii, jaką jest „Plan na rzecz odpowiedzialnego rozwoju" są obecne

cele obejmujące nierówności społeczne, które mają znaczenie dla stanu zdrowia. Sformułowania celów i kierunków działań w analizowanych dokumentach mają charakter dość ogólny, co jest naturalne dla tego poziomu planowania strategicznego. Podsumowując, można przyjąć, że aktualne założenia polityki państwa stanowią wystarczającą podstawę do podejmowania konkretnych działań.

- Bardzo konkretne przełożenie celów zawartych w różnych dokumentach formułujących polityki na poziomie centralnym i regionalnym, na plan konkretnych działań, ma miejsce w kontraktach terytorialnych. W kontraktach tych, będących formą umowy publicznej między Ministrem Infrastruktury i Rozwoju a poszczególnymi województwami, są zawarte cele bardzo istotne z punktu widzenia ograniczania społecznych i geograficznych nierówności w zdrowiu, a także deklaracje strony rządowej i samorządowej określające ich rolę w realizacji tych celów. Cele te to:
    - zwiększenie poziomu zatrudnienia w Województwie;
    - redukcja poziomu wykluczenia społecznego;
    - podniesienie poziomu wykształcenia i kompetencji w regionie;
    - podniesienie jakości i dostępności usług z zakresu ochrony zdrowia;
    - kompleksowa rewitalizacja dzielnic i miast o wysokim nasileniu niekorzystnych zjawisk społecznych i gospodarczych.
- Krytyczne znaczenie dla realizacji NPZ ma terminowe i rzetelne wywiązanie się przez MZ z zadania przeprowadzenia analizy wpływu interwencji podejmowanych w ramach NPZ pod kątem problematyki pogłębiania lub ograniczania nierówności społecznych w zdrowiu oraz wspieranie realizatorów zadań w zakresie dostarczania informacji o zalecanym sposobie ich wykonywania, w szczególności pod kątem ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu.

- Niejednoznacznie określona jest relacja pomiędzy NPZ a działaniami przewidzianymi w ustawach sektorowych. Niepokoi brak zintegrowania z pozostałymi działaniami NPZ funkcjonujących odrębnie programów z zakresu uzależnień (alkohol, narkotyki i uzależnienia behawioralne) oraz zdrowia psychicznego. Konieczne jest skoordynowanie działania różnych podmiotów i w różnych obszarach ZP, zgodnie z deklarowanym celem UoZP, stanowiskiem ŚOZ odnośnie do zarządzania (ang. governance) systemem ZP oraz całym systemem zdrowia (EPHO nr 6).

- Nie oszacowano wysokości wydatków, jakie powinny ponieść JST na wykonanie zadań przewidzianych w programie, w celu umożliwienia (przynajmniej przybliżonej) oceny stopnia realizacji tych zadań.
- Ograniczone jest wykorzystanie zastosowania mechanizmu wspierania przez NFZ działań JST w odniesieniu do wszystkich zadań ujętych w NPZ, które JST zdecydują się realizować w formie programów polityki zdrowotnej – obecnie w NPZ jest to wskazane jedynie w ramach celu 1. (żywienie i aktywność fizyczna) zadania nr 3.2. pkt 2, które przewiduje wspieranie przez NFZ, począwszy od 2017 r. programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na utrzymanie prawidłowej masy ciała realizowanych przez JST.
- W Programie brakuje koncepcji możliwie szerokiego uwzględnienia w realizacji NPZ współpracy z organizacjami pozarządowymi, w celu wytworzenia i wykorzystania efektu synergii działań publicznych i prywatnych, ale przede wszystkim w celu zapewnienia aktywnego udziału w realizacji polityki zdrowotnej możliwie szerokiej grupie interesariuszy. Szczególne znaczenie powinny mieć zadania służące bieżącemu monitoringowi i długofalowej ewaluacji realizacji NPZ.
- NPZ nie określa zasad opracowywania i udostępniania oceny planowanych i prowadzonych działań. Opracowania takie są standardem międzynarodowym, spełniają wymogi opracowań naukowych i są publikowane w recenzowanych czasopismach o otwartym dostępie, stanowiąc wkład do rozwoju wiedzy o efektywności realizacji polityk, strategii i programów zdrowotnych

Na podstawie wniosków sformułowano wykaz zaleceń, których wdrożenie należy rozważyć dla zwiększenia szans realizacji celu strategicznego i celów operacyjnych NPZ.

XII. ELEMENTY STRATEGII WSPOMAGANIA REALIZACJI NPZ 2016 – 2010, SZCZEGÓLNIE W ZAKRESIE OGRANICZANIA GEOGRAFICZNYCH I SPOŁECZNYCH NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU Z WYKORZYSTANIEM OPERACJI I INSTYTUCJI ZDROWIA PUBLICZNEGO (Piotr Tyszko, Maciek Godycki – Ćwirko, Justyna Grudziąż – Sękowska, Kuba Sękowski, Piotr Samel – Kowalik, Magdalena Bogdan).

Planowanie rozwoju w nowoczesnych społeczeństwach jest powszechnie przyjętą praktyką w szeroko rozumianej ochronie zdrowia. Istnieje szereg argumentów za takim działaniem. Można wśród nich wyróżnić dwie zasadnicze grupy. Pierwsza – to argumenty merytoryczne, związane z potrzebą uwzględniania i kontrolowania czynników oddziałujących na zdrowie społeczeństwa: demograficznych, genetycznych, czynników środowiska fizycznego i społecznego, zachowań zdrowotnych i działań systemu opieki zdrowotnej, ze skupieniem uwagi na kulturze bezpieczeństwa. Druga grupa – to argumenty sprawnościowe, wynikające z uznania, że dobry plan jest jednym z prakseologicznych warunków sprawnego działania.

Należy zwrócić uwagę, że w planowaniu działań na rzecz zdrowia dostrzegany jest problem trudnowymierności czynników[238]. Wynika on z szeregu czynników, jak:

- często niedostateczna analiza jakościowa zjawiska, brak odpowiedniej klasyfikacji jego cech oraz umiejętności ich rozróżniania;
- brak właściwej kwantyfikacji, tj. określenia miar liczbowych w poszczególnych kategoriach jakościowych;
- probabilistyczno – statystyczny charakteru zjawisk, co wymaga statystycznego podejścia w ich badaniu i prognozowaniu;
- rozłożenie zjawisk w czasie;
- rozproszenie zjawisk w różnych miejscach systemu społeczno-gospodarczego;
- występowanie wzajemnych powiązań między czynnikami trudno wymiernymi.

Obecność zjawiska trudnowymierności utrudnia formułowanie postulatów w zakresie usprawnień realizacji planów i programów.

Narodowy Program Zdrowia 2016 – 2020 jest jednym z elementów polityki państwa w obszarze ochrony zdrowia. Możliwości realizacji tej polityki zależą od szeregu czynników natury wewnętrznej jak też zewnętrznej wobec Programu. Celem głównym przedstawionego

[238] Bojarski W., Bojarski N., Wartościowanie czynników trudno wymiernych w gospodarce narodowej, ze szczególnym uwzględnieniem strat czasu i życia ludzkiego. Prakseologia, 1975, 1(53), s. 32.

opracowania była identyfikacja tych czynników oraz sformułowanie zaleceń wskazanie sposobów usprawnienia realizacji Narodowego Programu Zdrowia z wykorzystaniem operacji i instytucji zdrowia publicznego, z uwzględnieniem ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu.

Na cele szczegółowe strategii składają się:

- wskazanie obszarów integracji NPZ z aktualnymi strategiami rozwoju oraz celami kontraktów terytorialnych, w tym identyfikacja celów mogących mieć znaczenie dla społecznych nierówności w zdrowiu;
- wskazanie możliwości poprawy warunków mających znacznie dla sprawności realizacji NPZ, a wynikających ze struktury tego Programu, ustawy o zdrowiu publicznym i innych regulacji prawnych;
- analiza możliwości wzmocnienia operacji zdrowia publicznego, istotnych dla realizacji NPZ;
- wskazanie zasobów instytucji zdrowia publicznego i ich roli, przydatnych do zwiększenia sprawności realizacji celów NPZ, szczególnie w zakresie społecznych nierówności w zdrowiu;
- wskazanie kierunków usprawnienia zarządzania realizacją NPZ;
- przedstawienie zasad marketingu i komunikacji społecznej w aspekcie realizacji celów NPZ;
- opracowanie propozycji działań i mechanizmów mających na celu zwiększenie sprawności realizacji celów NPZ, szczególnie w odniesieniu do społecznych nierówności w zdrowiu.

Propozycje działań usprawniających obejmują szeroki zakres zagadnień z obszaru organizacji systemy ochrony zdrowia, regulacji prawnych, wdrażania nowych narzędzi. Rekomendacje te przedstawiono w kolejności analizowanych zagadnień, dla ułatwienia poszukiwania szczegółowych uzasadnień ich sformułowania. W przypadku postulatów wynikających z różnych analiz, wskazywano te analizy.

Rozdział II: NPZ jako instrument polityki zdrowotnej.

- W realizacji NPZ niezbędne jest przestrzeganie ogólnych zasad, którymi należy kierować się w zorganizowanych działaniach na rzecz zdrowia.

Rozdział III: Cele NPZ a cele innych, aktualnych strategii rozwoju oraz cele realizowane w kontraktach terytorialnych.

- Z punktu widzenia międzysektorowej strategii ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu jest wskazane spowodowanie zainteresowania Ministra Zdrowia realizacją kontraktów terytorialnych; w kontraktach tych, będących formą umowy publicznej między Ministrem Infrastruktury i Rozwoju a poszczególnymi województwami, są zawarte cele bardzo istotne z punktu widzenia ograniczania społecznych i geograficznych nierówności w zdrowiu, a także deklaracje strony rządowej i samorządowej określające ich rolę w realizacji takich celów, jak:
  - zwiększenie poziomu zatrudnienia w Województwie;
  - redukcja poziomu wykluczenia społecznego;
  - podniesienie poziomu wykształcenia i kompetencji w regionie;
  - podniesienie jakości i dostępności usług z zakresu ochrony zdrowia;
  - kompleksowa rewitalizacja dzielnic i miast o wysokim nasileniu niekorzystnych zjawisk społecznych i gospodarczych.

Rozdział IV: Warunki sprawnościowe związane ze strukturą NPZ.

- Wskazane jest dokładniejsze określenie odpowiedzialności, w przypadku obecności wielu wykonawców przypisanych do poszczególnych zadań.
- Niezbędne jest uaktualnienie zestawu wskaźników używanych do monitorowania i ewaluacji NPZ, w szczególności – eliminacja wskaźników niewłaściwych oraz szersze wykorzystanie danych uzyskiwanych w Programie Badań Statystycznych.

Rozdział V: Analiza sprawnościowa możliwości realizacji NPZ – aspekty prawne.

- Konieczne jest poprawne sformułowanie celu strategicznego w NPZ tak, aby nie powielał dyspozycji ustawy oraz zawierał informacje o beneficjentach podejmowanych działań, przewidywanych korzyściach i czasie, w którym wystąpią te korzyści. Jest to również konieczne dla wykonania delegacji ustawowej do wydania rozporządzenia ws. NPZ przez RM.
- Krytyczne znaczenie dla realizacji NPZ ma terminowe i rzetelne wywiązanie się przez MZ z zadania przeprowadzenia analizy wpływu interwencji podejmowanych w ramach NPZ pod kątem problematyki pogłębiania lub ograniczania nierówności społecznych w zdrowiu oraz wspieranie realizatorów zadań w zakresie dostarczania

informacji o zalecanym sposobie ich wykonywania, w szczególności pod kątem ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu.

- Konieczne jest określenie charakteru zadań z zakresu ZP nałożonych na poszczególne szczeble JST oraz rozstrzygnięcie ich obligatoryjnego lub fakultatywnego charakteru. Można to osiągnąć przez zmianę postanowień UoZP lub doprecyzowanie postanowień NPZ odnoszących się do zadań JST.
- Niezbędne jest określenie zasad i trybu bieżącego monitorowania i okresowej ewaluacji NPZ z precyzyjnym określeniem roli w tym procesie Rady do spraw Zdrowia Publicznego i Komitetu Sterującego NPZ oraz uporządkowanie i ujednolicenie terminologii części XII programu.
- Pełna realizacji UoZP wymaga by przynajmniej na poziomie zadań służących osiągnięciu poszczególnych celów operacyjnych wskazane zostały wszystkie działania z zakresu ZP wskazane w art. 2 UoZP.
- Istnieje potrzeba rozdzielenia poszczególnych zadań pomiędzy podmioty wskazane jako odpowiedzialne za wszystkie cele operacyjne.
- Dla możliwości realizacji poszczególnych zadań ważne jest precyzyjne określenie podmiotów uczestniczących w realizacji NPZ i przypisanych im ról, w szczególności:
    - przypisanie poszczególnych zadań do działów administracji rządowej (w miejsce posługiwania się nazwami ministrów aktualnie kierujących tymi działami),
    - określenie szczebli JST, którym przypisane mają być poszczególne zadania, a gdy wynika to ze specyfiki zadania również przez odwołanie do liczby ludności lub rozmiaru (powierzchni, rozległości) danej JST.
- Realizacja ostatniego z elementów celu strategicznego NPZ tj. zmniejszania nierówności w zdrowiu, wymaga wyodrębnienia zadań nakierowanych bezpośrednio na ten cel we wszystkich celach operacyjnych.
- Wskazane wydaje się rozważenie nadania NPZ formy programu kroczącego (opracowaniu programu na dłuższy okres czasu (np. 10 – 15 lat – bliższy perspektywie strategicznej) i jego okresowej i regularnej weryfikacji (np. co 5 lat – perspektywa operacyjna), w celu uniknięcia ryzyka nieciągłości w realizacji zadań (przerw między kolejnymi „edycjami" programu) oraz wyprzedzającego planowania budżetowego.
- Konieczne jest ujednolicenie sprawozdawczości z realizacji zadań wynikających z NPZ (usunięcie odrębnych obowiązków sprawozdawczych zawartych np. w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii).

- Ważne jest jednoznaczne określenie relacji pomiędzy NPZ a działaniami przewidzianymi w ustawach sektorowych (ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii wskazuje (w art. 7), o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (art. 2), o ochronie zdrowia psychicznego (art. 2) oraz powiązanie poszczególnych programów sektorowych z NPZ.
- Wskazane wydaje się możliwe szerokie uwzględnienie w realizacji NPZ współpracy z organizacjami pozarządowymi, w celu wytworzenia i wykorzystania efektu synergii działań publicznych i prywatnych, ale przede wszystkim w celu zapewnienia aktywnego udziału w realizacji polityki zdrowotnej możliwie szerokiej grupie interesariuszy. Szczególne znaczenie powinny mieć zadania służące bieżącemu monitoringowi i długofalowej ewaluacji realizacji NPZ.
- Niezbędne dla sprawnościowej realizacji zadań jest określenie (przynajmniej szacunkowej) wysokości wydatków, jakie powinny ponieść JST na wykonanie zadań przewidzianych w programie, w celu umożliwienia (przynajmniej przybliżonej) oceny stopnia realizacji tych zadań.
- Należy dążyć do szerszego wykorzystanie zastosowania mechanizmu wspierania przez NFZ działań JST w odniesieniu do wszystkich zadań ujętych w NPZ, które JST zdecydują się realizować w formie programów polityki zdrowotnej.
- Konieczne jest skoordynowanie działań różnych podmiotów w różnych obszarach ZP, zgodnie z deklarowanym celem UoZP, stanowiskiem ŚOZ odnośnie do zarządzania (ang. governance) systemem ZP oraz całym systemem zdrowia (EPHO nr 6). Zintegrowanie z pozostałymi działaniami NPZ funkcjonującymi de facto odrębnie w formie programów z zakresu uzależnień (alkohol, narkotyki i uzależnienia behawioralne) oraz zdrowia psychicznego.

Rozdział VI: istotne operacje zdrowia publicznego istotne dla realizacji Narodowego Programu Zdrowia.

- W realizacji NPZ muszą być wykorzystane wszystkie istotne operacje zdrowia publicznego (EPHOs). Należy podejmować zalecane przez ekspertów[239,240] działania

[239] Diagnoza istniejącej organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce – rzeczywisty sposób działania systemu. Projekt Predefiniowany: Ograniczanie Społecznych Nierówności w Zdrowiu realizowany w ramach Programu PL13, poddziałanie 1.2. Warszawa, 2015.

240 Raport podsumowujący ocenę podejmowanych w Polsce niezbędnych działań z zakresu zdrowia publicznego, https://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj5xIHFmLrRAhUZIFAKHaG1ChoQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.who.un.org.pl%2Fcommon%2Ffiles_do

zmierzające do poprawy realizacji tych operacji. Jednak ze względu na długi czas wdrażania takich działań, ich efekt może być oczekiwany w perspektywie czasowej wykraczającej poza okres realizacji NPZ 2016 – 2020.

Rozdział VII: podstawowe instytucje realizujące operacje zdrowia publicznego istotne dla osiągnięcia celów NPZ, szczególnie w zakresie społecznych nierówności w zdrowiu.

- Dla realizacji operacji zdrowia publicznego, istotnych dla Narodowego Programu Zdrowia, a szczególnie celu jakim jest zmniejszenie społecznych nierówności zdrowotnych, kluczowe znaczenie ma poszerzanie faktycznych kompetencji i poprawa funkcjonowania dwu instytucji: Państwowej Inspekcji Sanitarnej i Podstawowej Opieki Zdrowotnej.
- Istnieje potrzeba pełnej aktywizacji PIS w zakresie przewidzianym w ustawie, tj. organizacji, prowadzenia, koordynacji, nadzoru i dokonywania ocen; pełna realizacja przez Państwową Inspekcję Sanitarną, zadań przewidzianych w ustawie, mogłoby oznaczać przyjęcie przywództwa w omawianym zakresie, przynajmniej w wymiarze instytucjonalnym.
- Niezbędne jest zwiększenie roli samorządu terytorialnego w działaniach z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki, a co za tym idzie i w podstawowej opiece zdrowotnej. Realizacja przez samorządy profilaktycznych programów polityki zdrowotnej w ścisłej współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, powinna być jednym z istotnych elementów sprawnego i efektywnego systemu ochrony zdrowia priorytetowo traktującego działania profilaktyczne.
- Cele zmian POZ w Polsce, w kontekście równości zdrowotnej obejmują:
  - wypracowanie polityki równości zdrowotnej w odniesieniu do działania POZ;
  - wprowadzenie rozwiązań zapewniających jednakowe, godziwe i sprawiedliwe traktowanie wszystkich pacjentów przez personel POZ;
  - zaangażowanie POZ w rozwiazywanie problemów związanych z nierównościami zdrowotnymi;
  - rozwój organizacji pacjentów i wspieranie ich działań na rzecz równości zdrowia w lokalnych społecznościach;
  - zwiększenie roli profilaktyki i promocji zdrowia;

---

wnload.php%3Ffid%3D19&usg=AFQjCNGDp1-p3_FJq--7oyXG-F38l-w85A&sig2=ZHb4Y7WVX003Z-rznM8qkQ [dostęp: 28.11.2016 r.]

- zapewnienie wdrażania programów ogólnokrajowych w społecznościach lokalnych.

Rozdział VIII: Problemy zarzadzania realizacją NPZ.

- Dla sprawności zarządzania NPZ ważne jest przestrzeganie ogólnych zasad zarządzania. Szczególne znaczenie ma prowadzenie ciągłego procesu monitorowania i ewaluacji realizowanych zadań w celu uelastycznienia systemu umożliwiającego wdrożenie ewentualnych zmian na wczesnym, odpowiednim etapie procesu zarządzania, a także zapewnienie sprawnego przywództwa w wymiarze instytucjonalnym, a w miarę możliwości – także personalnym.
- Szczegółowe rozwiązania w zakresie koordynacji działań w ramach NPZ powinny uwzględniać zasady podległości formalnej (pionowej); zasady współpracy poziomej, o charakterze konsultacyjnym, doradczym, opiniującym itp.; zasady egzekwowania odpowiedzialności w sytuacji, kiedy szereg działań NPZ składa się na proces, a podjęcie kolejnego działania jest uwarunkowane zakończeniem działania poprzedzającego w łańcuchu; zasady przekazywania informacji istotnych z punktu widzenia realizacji działań służących osiągnięciu celu i reguły komunikacji z otoczeniem.
- W przypadkach, działań realizowanych przez wykonawców z konkursu – adresowanych do osób fizycznych, wskazane wydaje się wprowadzenie wobec wykonawcy wymogu złożenia deklaracji o przestrzeganiu zasady równego dostępu.
- Konieczne jest stworzenie mechanizmów generowania, gromadzenia i udostępniania dobrych praktyk w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, ze wskazaniem na PIS. Należy podkreślić, że proponowane rozwiązanie cechuje się niską kosztochłonnością, przy jednocześnie wysoko szacowanej efektywności. Niezbędne jest także publikowanie oceniających je naukowych opracowań w recenzowanych czasopismach o otwartym dostępie.
- Wskazane jest określenie w Regulaminie Komitetu sterującego minimalnej częstości zwoływania posiedzeń, co umożliwiłoby realizację funkcji bieżącej koordynacji zadań.
- Niezbędne jest upublicznienie działań Komitetu Sterującego i innych działań na rzecz realizacji NPZ, co miałoby znaczenie stymulujące dla wszystkich podmiotów zaangażowanych, a także umożliwiłoby kontrolę społeczną przebiegu Programu.

- Należy dążyć do zamieszczania informacji o zadaniach przewidzianych dla różnych podmiotów, przebiegu ich realizacji i osiągniętych efektów na stronach internetowych tych podmiotów, w tym ministerstw odpowiedzialnych za realizację celów operacyjnych.
- Dla sprawności realizacji NPZ w zakresie realizacji zadań uwzględniających edukację zdrowotną i promocję zdrowia (są to elementy obecne we wszystkich celach operacyjnych) podstawowe znaczenie ma wykorzystanie przez PIS ustawowych uprawnień do organizacji, prowadzenia, koordynacji, nadzoru i dokonywania ocen działań w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Rozdział IX: Marketing i komunikacja społeczna w realizacji NPZ, ze szczególnym uwzględnieniem grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu.

- W procesie realizacji elementów NPZ adresowanych do osób fizycznych niezbędne jest wzmacnianie zachowań prozdrowotnych przez kampanie marketingu i komunikacji społecznej; niezbędne jest także prowadzenie analiz grup docelowych narażonych na społeczne nierówności w zdrowiu, co umożliwia dobór właściwych metod marketingowych i kanałów komunikacji stosowanych na dalszym etapie realizacji programu. Analizy te powinny być publikowane w recenzowanych czasopismach o otwartym dostępie.

Rozdział X: Zasady i mechanizmy ograniczania nierówności społecznych w zdrowiu.

- W działaniach na rzecz zmniejszania nierówności w zdrowiu niezbędne jest konsekwentne budowanie polityk szczegółowych oraz stosowanie sprawdzonych modeli interwencji.
- Niezbędne jest poszukiwanie i tworzenie nowych narzędzi służących budowaniu równości zdrowotnej, jak np. Narzędzie Oceny Równości Zdrowotnej i narzędzi wspomagających współpracę podstawowej opieki zdrowotnej i służb pomocy społecznej.
- Niezbędne jest zwiększenie roli samorządu terytorialnego w działaniach z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki, a co za tym idzie i w podstawowej opiece zdrowotnej. Realizacja przez samorządy profilaktycznych programów polityki zdrowotnej w ścisłej współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, powinna być jednym z istotnych elementów sprawnego i efektywnego systemu ochrony zdrowia priorytetowo traktującego działania profilaktyczne.

- Niezbędne jest silne przywództwo w ogólnej sferze publicznej oraz w sferze ochrony zdrowia, zdeterminowane do wprowadzenia zmiany funkcjonowania ochrony zdrowia i zdrowia publicznego w Polsce z centralną rolą podstawowej opieki zdrowotnej skupiającej wysiłki na rzecz równości zdrowotnej.
- Konieczne jest zwiększenie finansowania działań na rzecz równości zdrowotnej w szczególności w POZ.
- Konieczne są systematyczne wysiłki na rzecz budowania kultury równości zdrowotnej, począwszy od poziomu lokalnych społeczności, poprzez POZ i specjalistyczne poziomy opieki zdrowotnej, aż do poziomu zdrowia publicznego w skali populacji ogólnej. Platformą tych wysiłków powinny być operacje zdrowia publicznego (EPHOs).
- Konieczne jest ustawiczne monitorowanie i badanie działań na rzecz równości zdrowotnej, w celu zapewniania informacji opartych na potwierdzonych danych, do wprowadzania stosownych polityk zapewniających równość zdrowotną.

Przegląd całości rekomendacji wskazuje, że do najbardziej akcentowanych rekomendacji o charakterze systemowym należą kwestie przywództwa na wszystkich poziomach realizacji NPZ oraz wzmocnienie roli PIS w zakresie edukacji i promocji zdrowia oraz roli samorządów lokalnych i podstawowej opieki zdrowotnej.

XIII. PIŚMIENNICTWO WYKORZYSTANE W OPRACOWANIU

1. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji: Programy polityki zdrowotnej, http://www.aotm.gov.pl/www/, [dostęp: 01.12.2016 r.]
2. Analiza funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce oraz propozycje rozwiązań systemowych, http://www.izbapiel.katowice.pl/attachments/article/1868/Analiza%20funkcjonowania%20POZ%20w%20Polsce_8-6-2016-1.pdf [dostęp: 15.12.2016 r.]
3. Bentley Ch., Strategies aimed at reduction of social inequalities in health at local level: Consideration of the English experience. Materiał z seminarium, NIZP-PZH, Warszawa, 20.11.2016 r.
4. Bojarski W., Bojarski N., Wartościowanie czynników trudno wymiernych w gospodarce narodowej, ze szczególnym uwzględnieniem strat czasu i życia ludzkiego. Prakseologia, 1975, 1(53), s. 32.
5. Brzeski M., Zadanie publiczne (w:) Leksykon prawa administracyjnego. 100 podstawowych pojęć (red.) E. Bojanowski, K. Żukowski, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2009, s. 527
6. Bulletin of the World Health Organization, http://www.who.int/bulletin/archives/78(12)1475.pdf [dostęp: 01.12.2016 r.]
7. Burns J., Władza przywódcza, we Władza i społeczeństwo, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 1994, s. 265
8. Cele i zadania polskiego programu „Zdrowie dla Wszystkich w roku 2000", PZWL, Warszawa 1987
9. Center NSM. Big pocket guide - Social marketing In: Center NSM, editor. London: National Social Marketing Center; 2007
10. Cheng H., Kotler P., Lee N.R., Social Marketing for Public Health. An introduction: Jones and Bartlett Publishers, LCC.
11. Cianciara D., Strategie zmniejszania nierówności w zdrowiu Hygeia Public Health 2015, 50(3): 449-456
12. Cochrane Library, http://www.cochranelibrary.com/ [dostęp: 15.12..2016 r.]
13. Declaration Health in all policies, http://www.publichealth.ie/files/file/DECLARATION_ADOPTED_SIGNATURES.pdf [dostęp: 11.11.2016 r.]

14. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf [dostęp: 01.03.2016 r.]
15. Decyzja Rady Ministrów z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce na lata 2014-2018, http://gis.gov.pl/images/poznpt_2014-2018.pdf [dostęp: 28.11.2016 r.]
16. Dercz M., Izdebski H., Prawne aspekty organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce. (Analiza prawa ustrojowego, materialnego i formalnego). Raport sporządzony w ramach poddziałania 1.2: „Diagnoza obecnej organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce", realizowanego w ramach Programu PL 13: Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu, współfinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014. Warszawa 2015. Wersja zweryfikowana (czerwiec 2015)
17. Dębska A., Zdrowie we wszystkich politykach – znaczenie i źródła; w pracy zbiorowej pod red. D. Cianciara: Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny Warszawa 2014
18. Diagnoza istniejącej organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce – rzeczywisty sposób działania systemu. Projekt Predefiniowany: Ograniczanie Społecznych Nierówności w Zdrowiu realizowany w ramach Programu PL13, poddziałanie 1.2. Warszawa, 2015
19. DKMS, https://www.dkms.pl/pl [dostęp: 28.11.2016 r.]
20. Douglas E., How social marketing works in health care. Bmj 2006; 332(7551): 1207-10.
21. Drucker P.F., Management and World's Work, Harvard Business Review 1988, s. 76.
22. Druk sejmowy Sejmu VII kadencji nr 3675, http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/druk.xsp?nr= [dostęp: 28.11.2016 r.]
23. Dz. U. 1985, nr 12, poz. 49
24. Dz. U. 2004 Nr 64, poz. 593
25. Dz. U. 2005 Nr 214, poz. 1816
26. Dz. U. 2015, poz. 1304
27. Dz. U. z 2009 r. Nr 84, poz. 712, z późn. zm.
28. Dz. U. z 2012 r. poz. 392 i z 2015 r. poz. 1064
29. Dz. U. z 2013 r. poz. 594, z późn. zm.
30. Dz. U. z 2013 r. poz. 595, z późn. zm.
31. Dz. U. z 2013 r. poz. 596, z późn. zm.
32. Dz. U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm.

33. Dz. U. z 2014 r. poz. 1118, z późn. zm.
34. Dz. U. z 2015 r. poz. 1286, z poźn. zm.
35. Dz. U. z 2015 r. poz. 298, z późn. zm.
36. Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.
37. Dz. U. z 2015 r. poz. 618, 788 i 905
38. Dz. U. z 2016 r. Nr 546, z późn. zm.
39. Dz. U. z 2016 r. poz. 1686
40. Dz. U. z 2016 r. poz. 224, z późn. zm.
41. Dz. U. z 2016 r. poz. 543 z późn. zm.
42. Dz. Urz. Min. Zdrow. Poz. 62
43. Działania Głównego Inspektoratu Sanitarnego podczas Polskiej Prezydencji w Radzie Unii Europejskiej. GIS, Warszawa 2012
44. ECDC. Social marketing guide for public health managers and practitioners Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control 2014
45. Essential Public Health Operations wg Strengthening public health services and capacity: an action plan for Europe, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf?ua=1 [dostęp: 30.11.2016 r.]
46. EU Working Group "Sport and Health". EU Physical Activity Guidelines, http://ec.europa.eu/sport/what-we-do/doc/health/pa_guidelines_4th_consolidated_draft_en.pdf [dostęp: 28.11.2016 r.]
47. European Centre for Disease Prevention and Control. Social marketing guide for public health programme managers and practitioners. Stockholm: ECDC; 2014.
48. European Union Charter of Fundamental Rights. Official Journal of the European Communities, http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf [dostęp: 01.12..2016 r.]
49. Evans W.D., Social Marketing Campaigns and Children's Media Use. The Future of Children 2008; 18(1): 181-2013
50. Federal Emergency Management Agency. Comprehensive Preparedness Guide 101: Developing and Maintaining Emergency Operations Plans, https://www.fema.gov/media-library-data/20130726-1828-25045-0014/cpg_101_comprehensive_preparedness_guide_developing_and_maintaining_emergency_operations_plans_2010.pdf [dostęp: 28.11.2016 r.]

51. Folland S., Goodman A.C., Stano M., Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2013, s.11
52. Gosden T., Pedersen L., Torgerson D., How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behavior, Q J Med 1999, 92: 47-55
53. Governance for health in the 21st century, World Health Organization 2012, s. 10
54. Graham H., Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradient? Journal of Social Policy 2004, 33(1): 115-131
55. Griffin R.W., Podstawy zarządzania organizacjami, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996
56. Herman M., Elementy przywództwa, w: Władza i społeczeństwo 2, pod red. J. Szczupaczyńskiego, Warszawa 1998, s. 297-313
57. Hodgin D., Merrick L., Horgan C., Garnick D., McLaughlin T., Does type of gatekeeping model affect access to outpatient specialty mental health services? Health Service Research 2007, 42: 104-123
58. I Center NSM. Big pocket guide - Social marketing In: Center NSM, editor. London: National Social Marketing Center; 2007
59. Indulski J., Leowski J.: Podstawy medycyny społecznej. PZWL. Warszawa, 1971, s. 17
60. Innovation Network. Logic model workbook, http://www.innonet.org/resources/logic-model-workbook [dostęp: 28.11.2016 r.]
61. Jemielniak D., Latusek L., Zarządzanie: teoria i praktyka od podstaw. Ćwiczenia, Wydawnictwo WSPiZ, Warszawa 2005
62. Jemielniak D., Latusek L., Zarządzanie: teoria i praktyka od podstaw. Wydawnictwo WSPiZ, Warszawa 2005
63. Kohr J.M., Strack R.W., Newton-Ward M., Cooke C.H., The use of programme planning and social marketing models by a state public health agency: a case study. Public health 2008; 122(3): 300-6
64. Komisja Wspólnot Europejskich: Komunikat Komisji dla Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów. Wniosek dotyczący wspólnego sprawozdania 2007 w sprawie zabezpieczenia społecznego i integracji społecznej. KOM (2007) 13 wersja ostateczna. Bruksela 2007, http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0013:FIN:PL:PDF [dostęp: 25.11.2016 r.]

65. Komitet sterujący NPZ, http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2016-2020/komitet-sterujacy-npz/ [dostęp: 15.12.2016 r.]
66. Kontrola NIK pt.: Wykonywanie przez gminy zadań własnych w zakresie ochrony zdrowia (P/14/099/LOP)
67. Kontrola NIK pt.: Wykonywanie wybranych zadań publicznych przez małe gminy (P/15/066/LBI)
68. Kostera M., Podstawy organizacji i zarządzania, Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania im. L. Koźmińskiego, Warszawa 1998
69. Kotler P, Zaltman G. Social Marketing: An Approach to Planned Social Change Journal of Marketing 1971; 35(3): 3-12.
70. Koźmiński A.K., Zarządzanie systemowe, PWE, Warszawa 1971
71. Koźmiński A.K., Rozwój teorii organizacji, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 20
72. Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary Wiejskie, https://www.mr.gov.pl/media/3337/KSRR_13_07_2010.pdf [dostęp: 05.02.2016 r.]
73. Kringos D.S., The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators, BMC Family Practice 2010 11:81
74. Leśniewska A., Posobkiewicz M., Kanecki K., Demidowicz J., Tyszko P., Działania powiatów w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia w Polsce – w świetle badań ankietowych, Hygeia Public Health 2014, 49, 3: 472-477
75. Let's talk moving upstream, http://nccdh.ca/images/uploads/Moving_Upstream_Final_En.pdf [dostęp: 01.12..2016 r.]
76. Lista analizowanych kontraktów terytorialnych: Kontrakt Terytorialny dla Województwa Dolnośląskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Lubelskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Lubuskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Łódzkiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Małopolskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Mazowieckiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Opolskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Podlaskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Podkarpackiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Pomorskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Śląskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Świętokrzyskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Warmińsko-Mazurskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa

Wielkopolskiego, Kontrakt Terytorialny dla Województwa Zachodniopomorskiego; wszystkie dokumenty pobrane ze strony Ministerstwa Rozwoju, https://www.mr.gov.pl/szukaj/?param=kontrakt+terytorialny#/param=kontrakt%20terytorialny/rodzaj=0 [dostęp: 01.12.2016 r.]

77. MacGregor Burns J., Władza przywódcza, we Władza i społeczeństwo, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 1994, s. 266
78. Mackenbach J.P. i wsp., Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Lancet 1997, 7;349(9066):1655-9
79. Mackenbach J.P. i wsp., Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences Lancet 2003; 362: 1409–14
80. Mam haka na raka, http://mamhakanaraka.pl/ [dostęp: 28.11.2016 r.]
81. Marek M., „Diagnoza organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce", Warszawa, 2014 r. s. 13 - opracowanie przygotowanie w Projekcie Predefiniowanym
82. McDaid O.A., Sherry M., What do we know about the strengths and weakness of different policy mechanisms to infl uence health behaviour in the population? Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2014
83. Meekers D, Rahaim S. The importance of socio-economic context for social marketing models for improving reproductive health: evidence from 555 years of program experience. BMC public health 2005; 5: 10
84. Millennium Development Goals, http://www.undp.org/content/undp/en/home/sdgoverview/mdg_goals.html [dostęp: 15.12.2016 r.]
85. Monitoring oczekiwanych efektów realizacji Narodowego Programu Zdrowia 1996 – 2005, pod red. P. Goryńskiego, B. Wojtyniaka i K. Kuszewskiego. MZ, PZH, Warszawa 2005
86. Morris R., Seeman M., The Problem of Leadership: An Inter-Disciplinary Approach, American Journal of Sociology 1959, nr 56
87. Mrówka R., Przywództwo w organizacjach, Wolters Kluwer business, Warszawa 2010, s. 11
88. Narodowy Program Zdrowia 1996-2005. Założenia praktyki zdrowotnej państwa, MZiOZ, Warszawa 1996

89. Narodowy Program Zdrowia 2007-2015. http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2014/03/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf [dostęp: 01.12.2016 r.]
90. Narodowy Program Zdrowia 2016-2020, http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2016-2020/ [dostęp: 28.11.2016 r.]
91. Narodowy Program Zdrowia. Założenia polityki zdrowotnej państwa. MZiOS, Warszawa 1990
92. Narodowy Rachunek Zdrowia za 2014 r., http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5463/283/2/1/nrz_za_2013_rok_-zmiana_metodologii.pdf [dostęp: 28.11.2016 r.]
93. Ochendowski E., Gmina (w:) Prawo administracyjne. Część ogólna, Toruń 2009, s. 430
94. Opracowanie wykonane w Centrum Rozwoju Służb Społecznych w Warszawie, w ramach umowy PHARE PL 9113/0202
95. Or Z., Jusot F., Yilmaz E., Impact of health care system on socioeconomic inequalities in doctor use, Florence 2008
96. Oxford Advanced Learner's Dictionary, Oxford University Press, Oxford 1948, s. 95
97. Pij mleko będziesz wielki, https://pl-pl.facebook.com/Pij.mleko.Bedziesz.wielki/ [dostęp: 28.11.2016 r.]
98. Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju. Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji, https://mac.gov.pl/files/wp-content/uploads/2011/12/Polska2030_final_november2012.pdf [dostęp: 05.02.2015 r.]
99. POLSKA 2030. Wyzwania rozwojowe, http://www.mir.gov.pl/aktualnosci/ministerstwo/Documents/polska_2030_raport_0609.pdf [dostęp: 05.02.2015 r.]
100. Powiaty zagrożone deprywacją: stan, trendy i prognoza, http://www.euroreg.uw.edu.pl/dane/web_euroreg_publications_files/5529/powiatowy_indeks_deprywacji_2015.pdf [dostęp: 15.12..2016 r.]
101. Primary Health Care. Now More Than Ever, http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf [dostęp: 15.12.2016 r.]
102. Programowanie perspektywy finansowej 2014-2020 – projekt umowy partnerskiej pomiędzy Polską a Unią Europejską, styczeń 2014 r. s. 147; Zasady realizacji Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych w Polsce, Warszawa, lipiec 2013, MRR, s.3 http://www.mir.gov.pl/rozwoj_regionalny/Polityka_regionalna/rozwoj_miast/Documents/ZIT_na_WWW_26_07_2013.pdf [dostęp: 01.12.2016 r.]

103. Projekt organizacyjny Centrum Usług Socjalno – Medycznych. Opracowanie wykonane w Centrum Rozwoju Służb Społecznych w Warszawie, w ramach umowy PHARE PL 9113/0202
104. Pszczołowski T, Zasady sprawnego działania. Wiedza Powszechna, Warszawa 1962, s. 65
105. Public Health England. Social Marketing Strategy 2014-2017: One year on: Public Health England, 2015
106. Raport Bieżące statystyki otyłości i nadwagi w Polsce na podstawie Interaktywnej mapy otyłości Polski stan na: II półrocze 2015, Millward Brown, 2015
107. Raport podsumowujący ocenę podejmowanych w Polsce niezbędnych działań z zakresu zdrowia publicznego, https://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj5xIHFmLrRAhUZIFAKHaG1ChoQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.who.un.org.pl%2Fcommon%2Ffiles_download.php%3Ffid%3D19&usg=AFQjCNGDp1-p3_FJq--7oyXG-F38l-w85A&sig2=ZHb4Y7WVX003Z-rznM8qkQ [dostęp: 28.11.2016 r.]
108. Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego. Informacja o wynikach kontroli, https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/15/063/ [dostęp: 01.12.2016 r.]
109. Report of the working group on inequalities in health,http://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/black-report-foreword/ [dostęp: 15.12.2016 r.]
110. Rocznik Statystyczny Rzeczpospolitej Polskiej 2016. GUS, Warszawa, 2016
111. Roland M., Quality and Outcomes Framework: what have we learnt? BMJ 2016; 354: 4060
112. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 lipca 2016 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2017, http://bip.stat.gov.pl/dzialalnosc-statystyki-publicznej/program-badan-statystycznych/pbssp-2017/ [dostęp: 01.12.2016 r.]
113. Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/281700/Self-assessment-tool-evaluation-essential-public-health-operations.pdf [dostęp: 01.03.2016 r.]

114. Signa L., Martin J., Cram F., Robson B., Health Equity Assessment Tool, University of Otago, New Zealand 2008
115. Słownik języka polskiego PWN, http://sjp.pwn.pl/sjp/;2493511 [dostęp: 01.12.2016 r.]
116. Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce, http://www.nierownosci.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/6/2014/07/Spoleczne-nierownosci-w-zdrowiu-w-Polsce.pdf [dostęp: 10.11.2016 r.]
117. Sprawozdanie zespołu powołanego przez Ministra Zdrowia do opracowania projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, Ministerstwo Zdrowia, http://npozp.pl/wp-content/uploads/2016/03/NPOZP_projekt_15_12_fin_rev.pdf [dostęp: 28.11.2016 r.]
118. Stan Sanitarny Kraju w roku 2015, http://gis.gov.pl/ [dostęp: 28.11.2016 r.]
119. Strategia Bezpieczeństwo Energetyczne i Środowisko, http://www.monitorpolski.gov.pl/mp/2014/469/1 [dostęp: 05.02.2016 r.]
120. Strategia Innowacyjności i Efektywności Gospodarki Dynamiczna Polska 2020, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WMP20130000073 [dostęp: 05.02.2016 r.]
121. Strategia rozwoju kapitału ludzkiego, https://www.mpips.gov.pl/praca/strategie-i-dokumenty-programowe/strategia-rozwoju-kapitalu-ludzkiego-srkl---projekt-z-31072012-r/ [dostęp: 05.02.2016 r.]
122. Strategia Rozwoju Kapitału Społecznego 2020, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WMP20130000378 [dostęp: 05.02.2016 r.]
123. Strategia Rozwoju Kraju 2020. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego; http://www.mir.gov.pl/rozwoj_regionalny/polityka_rozwoju/srk_2020/strony/srk_2020_aktywne_spoleczenstwo_konkurencyjna_gospodarka_sprawne_panstwo_zostala_przyjeta_przez_rm_25092012.aspx [dostęp: 01.12.2016 r.]
124. Strategia Rozwoju Systemu Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej 2022, https://www.bbn.gov.pl/ftp/dok/01/strategia_rozwoju_systemu_bezpieczenstwa_narodowego_rp_2022.pdf [dostęp: 05.02.2016 r.]
125. Strategia Rozwoju Transportu do roku 2020 (z perspektywą do 2030 roku), https://mib.gov.pl/media/3511/Strategia_Rozwoju_Transportu_do_2020_roku.pdf [dostęp: 05.02.2016 r.]
126. Strategia Sprawne Państwo 2020, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WMP20130000136 [dostęp: 05.02.2016 r.]

127. Strategia Zrównoważonego Rozwoju Wsi, Rolnictwa i Rybactwa na lata 2012-2020, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WMP20120000839 [dostęp: 05.02.2016 r.]
128. Strategies for Accelerating and Sustaining Change in Healthcare Organizations, http://www.leansixsigmadelivered.com/upload/Strategies%20for%20Accelerating%20and%20Sustaining%20Change%20in%20Healthcare%20Organizations.Paper.Scheeres.2010.pdf [dostęp: 28.11.2016 r.]
129. Sułkowska J., Seliga R., Wykorzystanie marketingu społecznego w profilaktyce zdrowotnej Polityki Europejskie, Finanse i Marketing 2013; 10(59): 672-83.
130. Szostek D., Błędy i trudności w stosowaniu marketingu społecznego na przykładzie kampanii społecznych w Polsce. MARKETING I RYNEK 2014; (9): 8-16.
131. The Campbell Collaboration, https://www.campbellcollaboration.org/ [dostęp: 15.12..2016 r.]
132. The European Action Plan (EAP) for Strenghtening Public Health Services and Capacity, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf?ua=1 [dostęp: 01.03.2016 r.]
133. The European Definition of General Practice/Family Medicine, http://www.woncaeurope.org/gp-definitions [dostęp: 28.11.2016 r.]
134. The Guide to Community Preventive Services. An Evidence-Based Approach to Montana's Health Landscape The Guide to Community Preventive Services, 2012
135. The National Institute for Health and Care Excellence, https://www.nice.org.uk/ [dostęp: 10.10.2016 r.]
136. The Norwegian Public Health Act. Ministry of Health and Care Services (MHCS). ACT-2011-06-24-29
137. The Public Health System and the 10 Essential Public Health Services, https://www.cdc.gov/nphpsp/essentialservices.html [dostęp: 28.11.2016 r.]
138. Thomas R. O., The politics of public health policy. Annual Review of Public Health. 2006, 27: 195-233
139. Tulchinsky T.H., Varavikova E.A., The new public health, Acadamic Press, New York, 2000. Cyt za: Wysocki M., Miller M.: Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne. Przegl Epidemiol 2003; 57:505–12.
140. Tyszko P, Ostrowski B., Zespół opieki socjalno-medycznej: model teoretyczny. Problemy Medycyny Społecznej, 2001, 33: 280-285.
141. Tyszko P., Kowalska J., Demidowicz J., Marketing w realizacji programów zdrowotnych. Family Medicine & Primary Care Review 2011; 13(1): 95–101.

142. Tyszko P., Mińko M., Przegląd krajowych strategii dotyczących zdrowia ludności, ze szczególnym uwzględnieniem nierówności w zdrowiu. Projekt predefiniowany: ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. realizowany w ramach Programu Operacyjnego PL13. Poddziałanie 1.4. Międzysektorowa strategia ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu. Konsorcjum Nauka i Zdrowie. Grudzień 2014 r.
143. Tyszko P., Narzędzia służące walce z nierównościami w zdrowiu i rola mechanizmów współpracy międzysektorowej. Prezentacja na konferencji "Wielosektorowe działania na rzecz ograniczania nierówności w zdrowiu w Polsce - możliwości i wyzwania". MZ, Warszawa 2013
144. Tyszko P., Nitsch-Osuch A., Mińko M., Kanecki K., Primary health care tasks in implementing the main operations of public health. Family Medicine & Primary Care Review 2016; 18, 3: 394–397
145. Tyszko P., Partnerzy w opiece nad społecznością lokalną; w: Medycyna Rodzinna; red. Windak A., Chlabicz S., Mastalerz Migas A.; Termedia, Poznań, 2015
146. Tyszko P., Posobkiewicz M., Leśniewska A., Demidowicz J., Profilaktyka i promocja zdrowia w powiatach Wyniki badania ogólnopolskiego – 2012. VII Międzynarodowy Kongres Zdrowia Publicznego – „Zdrowie Publiczne w działaniach Samorządów Terytorialnych w Polsce", Warszawa 2015
147. Uchwała nr 14/2016 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2016 r. w sprawie przyjęcia „Planu na rzecz odpowiedzialnego rozwoju", http://www.mr.gov.pl/media/16403/uchwala_plan_odp_rozw_16022016.pdf [dostęp: 01.12.2016 r.]
148. Uchwała Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2013 r. poz. 979)
149. UK Faculty of Public Health response to Healthy lives, healthy people: our strategy for public health in England, http://www.fph.org.uk/uploads/FPH%20response%20to%20Healthy%20Lives,%20Healthy%20People%20-%20Our%20strategy%20for%20public%20health%20in%20England%20-%20FINAL.pdf [dostęp: 01.12.2016 r.]
150. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20150001916 [dostęp: 01.12.2016 r.]

151. Ustawa z dnia 8 sierpnia 1996 r. o organizacji i trybie pracy Rady Ministrów oraz o zakresie działania ministrów, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19961060492 [dostęp: 01.12.2016 r.]
152. Uzasadnienie projektu UoZP, druk sejmowy nr 3675 Sejmu VII Kadencji, http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/Projekty/7-020-1415-2015/$file/7-020-1415-2015.pdf [dostęp: 28.11.2016 r.]
153. W służbie zdrowia publicznego (Zarys historii służb sanitarnych Państwa Polskiego1918 – 2010). Praca zbiorowa pod redakcją A. Wojtyły i P. Bilińskiego. GIS, Warszawa 2010
154. Walshe K., Smith J., Zarządzanie w opiece zdrowotnej, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2011, s.21, 26-27
155. Whitehead M, Dahlgren G., Concepts and principles for tackling social inequalities in health: Levelling up Part 1. WHO, Copenhagen 2007:15-22
156. Whitehead M., Povall S., Loring B., The equity action spectrum: taking a comprehensive approach. Guidance for addressing inequalties in health. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2014
157. WHO Regional Office for Europe. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO, Copenhagen 2013
158. Wróblewska W., Nierówności społeczne w stanie zdrowia w Polsce – analiza na podstawie samooceny stanu zdrowia oraz poziomu wykształcenia, Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych, Zeszyt 28/2012, s.1
159. Wskaźniki obciążenia demograficznego. Wskaźniki Zrównoważonego Rozwoju. Moduł regionalny, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Katowicach, 2016, s.2
160. Yukl G.A., Leadership in Organization, wyd. 2, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, Nowy Jork, 1989, s. 5
161. Założenia do projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Wersja z dnia 22 września 2016 r.
162. Zasady solidaryzmu społecznego, http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/powszechne-ubezpieczenie-zdrowotne/zasady-solidaryzmu-spolecznego/ [dostęp: 10.10.2016 r]
163. Zieleniewski J., Organizacja i zarządzanie, Warszawa 1969
164. Zimna T., Odpowiedzialność NFZ za kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej., Lekarz Rodzinny 2010; 9(157):769-773

XIV. SPIS TABEL, RYCIN, RAMEK i SCHEMATÓW

Tabela I. Podmioty odpowiedzialne za realizację celów NPZ.

Tabela II. Analiza zgodności celów NPZ i przyjętych wskaźników monitorowania i ewaluacji.

Tabela III. Główne składowe operacji zdrowia publicznego.

Tabela IV. Zestawienie celów NPZ z oceną znaczenia PIS w ich realizacji oraz liczbą zadań.

Tabela V. Model logiczny interwencji marketingu społecznego

Tabela VI. Hipotetyczny model do zastosowania w marketingu i komunikacji społecznej.

Tabela VII. Zestawienie przykładowych kampanii marketingu społecznego w Polsce.

Tabela VIII. Zestawienie przykładowych kampanii marketingu społecznego nakierowanych na redukcję spożycia alkoholu w wybranych krajach europejskich.

Tabela IX. Charakterystyka podejść do nierówności w zdrowiu z perspektywy nurtu strumienia (wg. Cianciara).

Tabela X (wg Cianciara).

Tabela XI. Zakres protodiagnozy socjalnej lekarza rodzinnego.

Tabela XII. Objawy i dolegliwości budzące podejrzenie choroby.

SPIS RYCIN

Ryc. 1. Operacje zdrowia publicznego (EPHOs) i ich grupowanie.

Ryc. 2. Działania na rzecz ograniczania nierówności zdrowotnych

SPIS RAMEK

Ramka 1. Priorytety strategii zmian w POZ

Ramka 2. Stadia kształtowania określonej polityki, programu i świadczenia

Ramka 3. Narzędzie Oceny Równości Zdrowotnej dla podstawowej i świadczeń specjalistycznych pozaszpitalnych.

SPIS SCHEMATÓW

Schemat 1. Schemat zarządzania według podejścia systemowego.

ZAŁĄCZNIK

Regulamin konkursu na najlepsze działania zrealizowane przez powiatowe stacje sanitarno - epidemiologiczne z zakresu promocji zdrowia, pt. „Lider Promocji Zdrowia"

§ 1.

Organizatorami konkursu na najlepsze działania zrealizowane przez powiatowe stacje sanitarno – epidemiologiczne z zakresu promocji zdrowia, pt. „Lider Promocji Zdrowia", zwanego dalej konkursem, są: Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego oraz Główny Inspektorat Sanitarny.

§ 2.

1. Konkurs przeznaczony jest dla powiatowych stacji sanitarno - epidemiologicznych, realizujących działania związane z promocją zdrowia i profilaktyką chorób.
2. Konkurs jest cyklicznym wydarzeniem promującym najlepsze praktyki dotyczące realizacji programów zdrowotnych, jako symbol skutecznych działań w obszarze kreowania, wdrażania i monitorowania programów z zakresu ochrony i promocji zdrowia.

§ 3.

1. Nagrodą w konkursie jest publikacja pt. "Lider Promocji Zdrowia w Państwowej Inspekcji Sanitarnej 2014 – Poddębice", poświęcona działaniom zrealizowanym przez zwycięską powiatową stację sanitarno – epidemiologiczną, która zostanie rozesłana do wszystkich jednostek Państwowej Inspekcji Sanitarnej.
2. Organizator przewiduje główną nagrodę rzeczową dla zwycięzcy konkursu oraz nagrody rzeczowe dla pozostałych uczestników konkursu tj. 15 powiatowych stacji sanitarno – epidemiologicznych.

§ 4.

Udział w konkursie jest doświadczeniem podnoszącym prestiż powiatowych stacji sanitarno – epidemiologicznych i docenieniem zaangażowania, innowacyjności i celowości działań realizowanych przez ich pracowników.

§ 5.

1. Konkurs podzielony jest na dwa etapy.
2. I etap konkursu realizowany jest przez Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z wojewódzkimi stacjami sanitarno – epidemiologicznymi.
3. Każda z 16 wojewódzkich stacji sanitarno – epidemiologicznych (WSSE) dokonuje niezależnego wyboru jednej, podległej sobie, powiatowej stacji sanitarno – epidemiologicznej (PSSE), zgodnie z wytycznymi przekazanymi przez Główny Inspektorat Sanitarny.
4. Zgłoszenie PSSE do II etapu konkursu odbywa się poprzez przesłanie przez WSSE do GIS, we wskazanym terminie, wypełnionego formularza, stanowiącego załącznik do Regulaminu.
5. Formularz zgłoszeniowy musi zawierać kompletne dane zarówno zgłaszającej WSSE jak i zgłoszonej do konkursu PSSE oraz uzasadnienie wyboru.
6. Na podstawie przesłanych formularzy zgłoszeniowych, Główny Inspektorat Sanitarny dokonuje oceny zgłoszeń.

7. Główny Inspektorat Sanitarny dokonuje zatwierdzenia przesłanych przez WSSE zgłoszeń lub w razie wątpliwość odsyła formularz do WSSE z wnioskiem o uzupełnienie zgłoszenia.
8. II etap konkursu realizowany jest w ramach obchodów Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego. Organizatorem II etapu jest Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego.
9. Podczas uroczystości Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego następuje prezentacja zatwierdzonych w I etapie konkursu kandydatur PSSE na" Lidera Promocji Zdrowia".
10. Każda z wybranych do II etapu PSSE zobowiązana jest do przedstawienia prezentacji multimedialnej na temat realizowanych przez nich działań z zakresu promocji zdrowia, zgłoszonych do konkursu.
11. Wymogi formalne dotyczące prezentacji:
    a) maksymalny czas trwania prezentacji: 10 min;
    b) prezentacja musi zawierać następujące informacje: cel, zasięg/obszar społeczno-środowiskowy realizowanych działań, koszty prowadzonych działań, formy i metody realizowanych przedsięwzięć, formy i metody promocji akcji, informacje o wykorzystanych materiałach i ew. pozyskanych partnerach.
12. Po każdej prezentacji członkowie jury mają prawo do zadawania pytań autorom prezentacji w zakresie przedmiotu prezentacji.

§ 6.

1. Po wysłuchaniu wszystkich prezentacji jury dokonuje oceny i wyboru zwycięskiej powiatowej stacji sanitarno - epidemiologicznej.
2. W celu zapewnienia wysokiego poziomu i fachowości w podejściu do oceny zgłoszonych działań, organizatorzy zaprosili do udziału w pracach jury ekspertów z zakresu zdrowia publicznego, promocji zdrowia, budowania kampanii społecznych etc.
3. W skład jury wchodzą także przedstawiciele Głównego Inspektoratu Sanitarnego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego.
4. Pracami jury kieruje przewodniczący jury, którym jest Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego.
5. Obrady jury są tajne. Każdy z członków jury przyznaje punkty w skali od 0 – 10 oceniając następujące elementy działań podejmowanych przez PSSE, zakwalifikowane do II etapu konkursu:
    a) kreatywność w sposobie prezentowania zagadnień w zakresie promocji zdrowia i sposobie prowadzenia edukacji zdrowotnej, zastosowanie nietypowej strategii działania;
    b) innowacyjność w sposobie dotarcia do odbiorców, rodzaj wykorzystywanych narzędzi, metod, technik;
    c) skuteczność realizowanych działań: zasięg i liczba aktywnych odbiorców działa
    d) pomysł na pozyskanie partnerów do współpracy, ekspertów, środków (nie tylko finansowanych) na realizację planowanych działań;
    e) stopień wykorzystanych zasobów (kadrowych, rzeczowych, finansowanych).
6. Z obrad jury sporządzany jest protokół.
7. Pierwsze miejsce uzyskuje PSSE, która otrzymała łącznie najwięcej punktów. W przypadku równej liczby punktów decyduje głos przewodniczącego jury.