

Małgorzata Kuś

Rola społeczności lokalnej w kreowaniu postaw sprzyjających zdrowiu

Zdrowie odgrywa niezwykle istotną rolę w życiu każdego człowieka. Jego posiadanie determinuje osiągnięcie nie tylko dobrego samopoczucia fizycznego i psychicznego, ale również staje się warunkiem prawidłowego funkcjonowania jednostki w środowisku społecznym. Określona w ten sposób indywidualna wartość zdrowia staje się podstawą traktowania zdrowia w kategoriach dobra publicznego. Z tego powodu dążenie do zachowania, ochrony, przywrócenia i doskonalenia zdrowia społeczeństwa staje się przedmiotem działań podejmowanych w ramach polityki społecznej współczesnych państw demokratycznych. Pomijanie i lekceważenie w działalności politycznej szerokiego spektrum spraw z tego zakresu może stanowić przyczynę nie tylko wycofania społecznego poparcia dla ekipy rządzącej, ale także stać się źródłem konfliktów społecznych, powstających w związku z potencjalnymi możliwościami wprowadzenia najnowocześniejszych technologii ratujących ludzkie życie i poprawiających jego jakość, których zastosowanie ma jednak charakter niewspółmierny do potrzeb ze względu na wzrastające, przekraczające możliwości publicznego płatnika, koszty¹. Stąd biorą początek dążenia do obarczenia współodpowiedzialnością za własne zdrowie każdego człowieka, rodziny, wspólnoty lokalnej i instytucji powołanych do podejmowania działań na jej rzecz i w jej imieniu.

Elementarne znaczenie w tej sferze przypisuje się jednostkom samorządu terytorialnego usytuowanego na szczeblu gminy, powiatu i województwa. Wśród nich podstawowe znaczenie – ze względu na posiadaną gwarancję zachowania zarówno ukształtowanej w Konstytucji pozycji (art. 164. ust. 1), jak i przemawiającej na jej rzecz zasadzie domniemania kompetencji zgodnej z zasadą subsydiarności – posiada gmina. Jej substrat osobowy tworzą mieszkańcy, którzy z mocy prawa stanowią terytorialny związek samorządowy, powołany do wypełniania zadań administracji publicznej, przez którą rozumie się „zespół działań, czynności i przedsięwzięć organizatorskich, wykonywanych na rzecz realizacji interesu publicznego przez różne podmioty, organy i instytucje, na podstawie prawa i w określonych prawem formach”² lub „przejęte przez państwo i realizowane przez jego zawisłe or-

¹ C.W. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna. Perspektywa opisowa*, [w:] *Zarządzanie w ochronie zdrowia. Narzędzie pracy menadżera*, red. A. Frąckiewicz-Wronka, Akademia Ekonomiczna w Katowicach, Katowice 2001, s. 17.

² H. Izdebski, M. Kulesza, *Administracja publiczna. Zagadnienia ogólne*, „Liber”, Warszawa 199, s. 91.

gany, a także przez organy samorządu terytorialnego zaspokojenie zbiorowych i indywidualnych potrzeb obywateli, wynikających ze współżycia ludzi w społecznościach”³.

Powyższy sposób definiowania administracji publicznej pozwala na przedmiotowo-podmiotowe wyznaczenie jej zakresu, a tym samym przekazanie korporacjom terytorialnym istotnej części zadań publicznych, które wykonują w formie zdecentralizowanej. O zakresie przejętych w ten sposób zadań decyduje przepis art. 166 ust. 1, który stanowi, że jednostka samorządu terytorialnego wykonuje – jako zadania własne – zadania publiczne służące zaspokajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej. Są to działania podejmowane na rzecz dobra wspólnego/interesu publicznego, który leży u podstaw funkcjonowania całej administracji publicznej⁴. Można go zdefiniować jako „interes dający się potencjalnie odnieść do wielu niezindywidualizowanych adresatów traktowanych jako wspólny podmiot”⁵. Zatem traktować go należy jako zewnętrzny czynnik oceniający i wartościujący działania podejmowane przez administrację. W tym sensie „stanowi on granicę z jednej strony zakresu ingerencji administracji w stosunki społeczne, gospodarcze oraz prawa i wolności obywateli, a z drugiej – wskazuje granicę możliwości dowolnego zachowania się podmiotów administrowanych”⁶. Uznanie odrębności celów lokalnych i regionalnych, wyrażających potrzeby i interesy wspólnot samorządowych od celów ogólnopństwowych i potwierdzenie konieczności ich uwzględnienia w obrocie prawnym i systemie zarządzania, jest fundamentem upodmiotowienia społeczności lokalnej i tworzenia instytucji samorządu terytorialnego⁷.

Kryzys państwa opiekuńczego pod koniec XX w. sprawił, że rola państwa w kreowaniu polityki zdrowotnej uległa poważnemu ograniczeniu. Jego wiele uprawnień – w wyniku dokonującego się procesu decentralizacji władzy publicznej – przejęły samorządy terytorialne. Państwo przestało być jedynym podmiotem odpowiedzialnym za stan zdrowia obywateli. Głównym jego zadaniem w tej sferze pozostało określanie strategicznych celów polityki zdrowotnej, tworzenie prawno-ekonomicznych i organizacyjnych podstaw podmiotowo traktowanego prawa do zdrowia⁸. System prawa w opiece zdrowotnej spełnia kilka funkcji. Do najważniejszych z nich można zaliczyć: definiowanie uprawnień jednostek, grup i kategorii ludności w dziedzinie opieki zdrowotnej, ustalanie zasad finansowania i pokrywania kosztów opieki zdrowotnej, określanie kryteriów w sferze wytwarzania zasobów opieki zdrowotnej, ustalanie wymagań w zakresie jakości świadczonych usług, zakaz podejmowania czynności i zachowań szkodliwych dla zdrowia jednostki i wspólnoty⁹.

³ *Administracja publiczna*, red. J. Boć, Kolonia Limited, Wrocław 2003, s. 10.

⁴ H. Izdebski, M. Kulesza, op. cit., s. 91–98.

⁵ *Prawo administracyjne*, red. J. Boć, Kolonia Limited, Wrocław 2000, s. 24.

⁶ *Samorząd terytorialny. Ustrój i gospodarka*, red. Z. Niewiadomski, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2001, s. 56.

⁷ M. Kulesza, *Niektóre zagadnienia prawne definicji samorządu terytorialnego*, „Państwo i Prawo” 1990 nr 1, s. 23–24.

⁸ Szerzej na temat roli i funkcji państwa w systemie ochrony zdrowia: J. Leowski, *Polityka zdrowotna – dylematy i wyzwania reformy ochrony zdrowia w Polsce i na świecie*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 2; J. Leowski, *Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 6–7; J. Leowski, J. Opolski, *Ochrona zdrowia w Polsce u progu XXI stulecia – scenariusz naprawy reformy ochrony zdrowia*, „Antidotum” 2001, nr 9.

⁹ R. Roemer, *Comparative national public health legislation*, [w:] Public Health, Oxford University Press, Oxford 1997, s. 351–352. Za: S. Poździejch, M. Kautsch, *Rola regulacji prawnych w procesie zarządzania zakładami opieki zdrowotnej*, [w:] *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, red. M. Kautsch, M. Whitfield, J. Kilch, Wydaw. UJ, Kraków 2001, s. 52.

W tym kontekście rola państwa polega na stymulowaniu społecznie akceptowanych rozwiązań legislacyjnych, doprowadzanie do konsensusu w sprawie zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, ich wielkości i skali finansowego udziału poszczególnych podmiotów. Przyjęcie takiego stanowiska znacznie rozszerzyło udział społeczności lokalnych w działaniach na rzecz zachowania i umacniania zdrowia. W efekcie promocja zdrowia i ochrona zdrowia stały się także przedmiotem działań podejmowanych na szczeblu samorządu terytorialnego. Zgodnie z przepisami ustawy o samorządzie gminnym do zadań gminy należą sprawy ochrony zdrowia (art. 7 ust. 1 ppkt. 5) oraz zapewnienia kobietom w ciąży opieki socjalnej, medycznej i prawnej (art. 7 ust. 1 ppkt. 16). Ustawa o samorządzie powiatowym i ustawa o samorządzie województwa wymieniają w tej sferze zadania w zakresie promocji i ochrony zdrowia. W pierwszym przypadku chodzi o zadania publiczne o charakterze ponadgminnym (art. 4 p. 2), w drugim o zasięgu wojewódzkim (art. 14 p. 2). Wymienione zadania – jako ich zadania własne – poszczególne jednostki samorządu terytorialnego wykonują we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność. Oprócz zadań, które dotyczą *expressis verbis* środowiskowych uwarunkowań zdrowia samorząd terytorialny jest zobligowany do wykonywania szeregu zadań z zakresu zdrowia publicznego. W tym znaczeniu ustawa o samorządzie gminnym nakłada na gminę obowiązek podejmowania zadań obejmujących m.in. sprawy: wodociągów i zaopatrzenia w wodę, kanalizacji, usuwania i oczyszczania ścieków komunalnych, utrzymania czystości i porządku oraz urządzeń sanitarnych, wysypisk i unieszkodliwienia odpadów komunalnych oraz cmentarzy gminnych¹⁰.

Analogicznie zadania powiatu w tej sferze dotyczą kontroli zagrożeń zdrowia płynących ze środowiska (gospodarka wodna, ochrona środowiska i przyrody, ochrony przeciwpowodziowej, przeciwpożarowej, i zapobiegania innym nadzwyczajnym zagrożeniom życia i zdrowia ludzi oraz środowiska) oraz społecznych uwarunkowań zdrowia (pomoc społeczna, przeciwdziałanie bezrobociu oraz aktywizacja lokalnego rynku pracy, wspieranie osób niepełnosprawnych, polityka prorodzinna). Szczebel wojewódzki samorządu terytorialnego określa strategię rozwoju regionalnego w sferze gospodarczej i społecznej, którego częścią jest określanie celów i głównych kierunków działań polityki zdrowotnej w obrębie województwa. Jego obowiązki obejmują także wykonywanie zadań w zakresie: pomocy społecznej, polityki prorodzinnej, ochrony środowiska, gospodarki wodnej, kultury fizycznej i turystyki, bezpieczeństwa publicznego, przeciwdziałania bezrobociu i aktywizacji lokalnego rynku pracy¹¹.

Wymienione normy prawne przypisują poszczególnym jednostkom samorządu terytorialnego bardzo ogólne kompetencje, które nie pozwalają na określenie ich rzeczywistych zadań i uprawnień. Dokładny zakres odpowiedzialności gminy, powiatu i województwa samorządowego w zakresie ochrony zdrowia określają normy kompetencyjne. Zasadnicze znaczenie w tej materii mają dwie ustawy. Po pierwsze ustawa z 17 maja 1990r. o podziale zadań i kompetencji określonych w ustawach szczególnych pomiędzy organy gminy i organy administracji rządowej oraz o zmianie niektórych ustaw¹², która określiła szcze-

¹⁰ Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym. Tekst jednolity DzU z 2001 r. nr 142, poz. 1591, art. 7, ust.1.

¹¹ Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym. Tekst jednolity DzU z 2001 r. nr 142, poz. 1592, art. 4, ust.1.

¹² Dz.U. z 1990 r. nr 34, poz. 198 z późn. zm.

główny zakres zadań własnych i zleconych przyznanych gminie. Po drugie – w związku z postępującym procesem decentralizacji władzy i wprowadzeniem trójszczeblowego samorządu terytorialnego – ustawa z 24 lipca 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej w związku z reformą ustrojową państwa¹³. Na podstawie przepisów wymienionych przez wskazane ustawy wprowadzono istotne zmiany w wielu aktach prawnych.

Do najważniejszych uregulowań, tworzących prawne podstawy ochrony zdrowia w Polsce, przyznających jednostkom samorządu terytorialnego określone zadania i przysługujące im kompetencje w tej dziedzinie, należą:

- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jedn. DzU 2002 r. nr 147, poz. 1231 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Inspekcji Sanitarnej (tekst jedn. DzU 1998 r. nr 90, poz. 575 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (tekst jedn. DzU 2003 r. nr 9, poz. z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 91, poz. 408 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (DzU nr 111, poz. 535 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (DzU 1996r. nr 10, poz. 55 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 18 stycznia 1996 r. o kulturze fizycznej (tekst jedn. DzU 2001 nr 81, poz. 889 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (tekst jedn. DzU 2004 r. nr 125, poz. 1317 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (DzU nr 123, poz. 776 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (DzU nr 126, poz. 1384 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (DzU nr 45, poz. 391z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz o zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt (DzU nr 69, poz. 625.)
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (DzU 2004r. nr 64, poz. 593 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii (DzU nr 179, poz. 1485 z późn. zm.)

Przedstawiony katalog najważniejszych norm prawnych, które odnoszą swoje przepisy do jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia, bardzo wyraźnie wskazuje, że powinności władz lokalnych i regionalnych w tej dziedzinie są bardzo szerokie. Zakres ich kompetencji i uprawnień obejmuje nie tylko zaspokajanie potrzeb w sferze opieki medycznej, ale również kształtowanie właściwych warunków środowiskowych (społeczno-przyrodniczych), które służą ochronie i pomnażaniu zdrowia lokalnej społecz-

¹³ DzU z 1998 r. nr 106, poz. 668 z późn. zm.

ności, co jest zgodne z współczesnym pojmowaniem zdrowia w jego holistycznym rozumieniu¹⁴.

Akceptacja wielostronnej odpowiedzialności za zdrowie, której towarzyszy przyjęcie społeczno-ekologicznego paradygmatu zdrowia oraz uznanie wieloczynnikowej etiopatogenezy chorób i społecznych jego uwarunkowań, staje się przesłanką budowania koncepcji promocji zdrowia. Jej trzonem jest holistyczny model zdrowia, który opiera się na człowieku wyposażonym w wiedzę o uwarunkowaniach zdrowia, współodpowiedzialnym za jego stan i świadomym możliwości dokonywania w nich zmian. Podstawowym założeniem tego modelu jest istnienie wielu skomplikowanych powiązań łączących człowieka i jego środowisko. Ukazanie ich złożoności jest centralnym punktem „Mandali Zdrowia” – koncepcji społeczno-ekologicznego ekosystemu człowieka, opracowanej przez T. Hancocka i F. Perkinsa w 1986 r.¹⁵

W myśl jej założeń człowiek i jego zdrowie w sensie fizycznym, psychologicznym i społecznym zajmuje centralną pozycję wśród otaczających go kręgów rodziny (najbliższego i najważniejszego dla człowieka), biosfery i kultury (najbardziej odległego). Poziomy pośrednie zajmują: społeczność, system opieki nad chorym, biologia człowieka i jego zachowania jednostkowe, styl życia, środowisko fizyczne i psychospołeczne, praca. W ten sposób dokonano przesunięcia odpowiedzialności za zdrowie z perspektywy profesjonalnej na indywidualną. Człowiek nie jest biernym przedmiotem działań podejmowanych na rzecz zdrowia, ale czynnym jej podmiotem sprawnie podejmującym celowy wysiłek zmierzający ku jego umacnianiu i poprawie¹⁶.

Prezentowany model ekosystemu człowieka wskazuje na sposoby wpływania, a tym samym ograniczania, zdrowia jednostki, czynnikami fizycznymi i społecznymi środowisku jej życia, pracy i nauki. Możliwość ich przekształcania przez człowieka decyduje o dynamicznym charakterze modelu¹⁷. Położenie akcentu na społeczne uwarunkowania zdrowia zwraca uwagę na istniejące nierówności w zdrowiu. Szczególnie widoczne są te związane z położeniem społecznym człowieka: płcią, wiekiem, dochodem i wykształceniem. Ich nieuwzględnienie nie pozwala na prawidłowe zdiagnozowanie zagrożeń zdrowia, co w efekcie osłabia szanse na skuteczne jego promowanie. Taki model promocji zdrowia sprzyja utrwaleniu (lub nawet pogłębieniu) istniejących nierówności – potęguje możliwości ludzi, którzy dzięki pozycji społecznej i lepszym warunkom życia mają większe szanse dbania o własne zdrowie. Poszerzenie obszaru oddziaływania programów promocyjnych wymaga ich dostosowania do rzeczywistych potrzeb i możliwości jednostek i grup¹⁸.

¹⁴ J. Nosko, *Promocja zdrowia i ochrona zdrowia jako zadanie własne samorządu terytorialnego*, „Zdrowie Publiczne” 2000, nr 4 i 5.

¹⁵ M. Zrałek, *Promocja zdrowia jako element zarządzania w ochronie zdrowia*, [w:] *Reforma systemu ochrony zdrowia. Szanse i bariery*, red. A. Frąckiewicz-Wronka, W. Koczur, Akademia Ekonomiczna w Katowicach, Katowice 1999, s. 136.

¹⁶ Z. Słońska, *Promocja zdrowia – zarys problematyki*, „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, R. I, nr 1–2, s. 39–42.

¹⁷ B. Bik, *Koncepcja promocji zdrowia*, [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. II, red. A. Czupryna, S. Poździejch, A. Ryś, C.W. Włodarczyk, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2000, s. 216.

¹⁸ Z. Słońska, *Promocja zdrowia w Polsce. Rozwiązania systemowe a rzeczywistość*, „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna” 2000, R. VII, nr 19, s. 22–23.

Mimo że decydujące znaczenie w wyznaczaniu stanu zdrowia człowieka ma realizowany przez niego styl życia, to stanowi on tylko jeden z fragmentów większej całości, która obejmuje wiele sfer życia i aktywności społecznej. Oficjalną definicję promocji zdrowia sformułowano na I Konferencji Promocji Zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia, która odbyła się w 1986 r. w Ottawie. Zgodnie z nią „promocja zdrowia to proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymywania”¹⁹. W tym znaczeniu zdrowie nie jest celem, do którego się zmierza, ale zasobem, na którym człowiek opiera swoje życie. Jego elementem jest obok pełnej sprawności fizycznej także sprawność życiowa jednostki przejawiająca się w jej indywidualnym działaniu i społecznym funkcjonowaniu. Podejmowanie odpowiednich działań społeczno-politycznych, prowadzonych na poziomie indywidualnym i grupowym, ukierunkowanych na tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu, stanowi konieczne uzupełnienie tego procesu.

Współczesny kształt zdrowia publicznego określiła w dużym stopniu przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia w maju 1977 r. rezolucja „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000”. Wymieniony dokument jasno określa cel i kierunek działań w następnych latach: osiągnięcie przez wszystkich ludzi do roku 2000 takiego poziomu zdrowia, które pozwoli im wieść społecznie i ekonomicznie wydajne życie. [...] Wspomniany program stanowi przełom w podejściu do problematyki ochrony zdrowia. Główny akcent położono w nim na zdrowie a nie na walkę z chorobami. Tym samym rola służby zdrowia w ochronie zdrowia społeczeństw i ludzi znacznie zmalała. Dostrzeżono inne determinanty stanu zdrowia mające ścisły związek ze stanem środowiska człowieka (fizycznego i społecznego) oraz jego postawami i zachowaniami. Przyjmując pozamedyczne uwarunkowania zdrowia, rozszerzono pole wpływu zdrowia publicznego daleko poza zakres medycyny²⁰, której nie pozbawiono jednak wyjątkowego znaczenia. Obecnie zdrowie publiczne stanowi zbiór polityki zdrowotnej państwa, przyjętych programów uwzględniających cele zdrowotne opracowanych przez społeczności lokalne, organizacje społeczne i profesjonalne oparte na wielodyscyplinarnych kierunkach badań i wyspecjalizowanej kadrze²¹. Tak określony zakres teoretyczny – oparty na filozofii i założeniach strategii „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000” – na Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie (1986) określono jako „Nowe zdrowie publiczne”²². W ten sposób podkreślono dominującą rolę zdrowia publicznego jako propagatora zagadnień związanych z promocją zdrowia fizycznego i psychicznego opartych na rozwoju mechanizmów społecznych, których celem jest osiągnięcie poziomu i warunków życia pozwalających na utrzymanie i umocnienie potencjału zdrowia każdego człowieka. Zgodnie z powyższym promocję zdrowia określono jako działania, które:

- „obejmują populację w kontekście codziennego życia,
- oddziałują na determinanty lub uwarunkowania zdrowia, a nie na indywidualną zmianę zachowań,

¹⁹ Ottawa Charter for Health Promotion; WHO, Canada 1986.

²⁰ J. Indulski, *Rola i znaczenie zdrowia publicznego dla polityki zdrowotnej*, „Zdrowie Publiczne”. Suplement 1999, nr 3, s. 20–21; A. Wojtczak, *U źródeł medycyny społecznej i zdrowia publicznego*, „Antidotum” 1998, nr 7, s. 41.

²¹ J. Indulski, op. cit., s. 21; A. Wojtczak, op. cit., s. 43.

²² Ibidem.

- łączą w sposób komplementarny różne metody i sposoby podejścia, takie jak: informację, komunikację, edukację, legislację, system podatkowy a także zmiany organizacyjne oraz spontaniczne działania społeczne,
- zachęcają społeczeństwo do szerokiego udziału w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych poprzez uczestnictwo w ‘ruchu samopomocowym’;
- podkreślają rolę zawodów medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej zarówno w procesie edukacji, jak i działaniach zapewniających ludziom jednakowe możliwości bycia zdrowym²³.

Karta Ottawska – programowy dokument promocji zdrowia, określa ją jako zbiór działań ukierunkowanych na realizację co najmniej dwunastu warunków, których łączne spełnienie stanowi gwarancję dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego. Ich treść wypełniają następujące postulaty: „utrzymanie kondycji psychofizycznej stosownej do płci i wieku, możliwość pełnego korzystania z praw i swobód obywatelskich, uzyskanie odpowiedniego wykształcenia, możliwość zatrudnienia, odpowiednie warunki pracy, dobre warunki mieszkaniowe, odpowiednie odżywianie i zaopatrzenie w żywność, dostępność odpowiedniej odzieży, poczucie bezpieczeństwa, możliwość oszczędzania, możliwość komunikacji i łączności z innymi, możliwość regeneracji sił, wypoczynku i rozrywki²⁴. Jednocześnie prezentowany dokument wymienia pięć wzajemnie przenikających się i uzależnionych od siebie działań, których równoległe podejmowanie stanowi gwarancję zbudowania kompleksowej strategii promocji zdrowia. Należą do nich: określenie zdrowotnej polityki społecznej, tworzenie środowisk wspierających zdrowie, wzmacnianie działań społecznych, rozwijanie umiejętności osobniczych i reorientacja świadczeń zdrowotnych. Trzonem tej działalności jest aktywna postawa ludzi i ich przekonanie, że zdrowie indywidualne oraz zdrowie społeczeństwa zależy w dużym stopniu od jednostkowych i zorganizowanych działań na rzecz utrzymania i poprawy jego stanu²⁵.

Bez wątpienia powodzeniu wdrażanych rozwiązań sprzyja aktywizacja społeczności, która czynnie uczestniczy w budowaniu i realizacji planowanych programów promocyjnych²⁶. Tym bardziej że ich treść winna koncentrować się nie tyle na jednostkach – ich działaniach i zachowaniach, lecz na próbie poprawy ich warunków życia, pracy i nauki. W literaturze mówi się o tzw. siedliskowym podejściu do problemów zdrowia. Definiuje się go jako „miejsce, w którym ludzie żyją, pracują i korzystają z różnorodnych świadczeń. Siedliska to pola, na które składają się różne rodzaje środowisk odnoszące się do określonej grupy lub grup społecznych²⁷. Zasadność tego podejścia opiera się na przekonaniu, że „każde środowisko, które wykonuje swoje uprzednio zdefiniowane zadania i spełnia określaną rolę w środowisku społecznym, może stać się siedliskiem bardziej wartościowym dzięki poszerzeniu zakresu swoich działań o promocję zdrowia²⁸.

²³ B. Bik, *Koncepcja promocji zdrowia*, [w:] *Zdrowie publiczne...*, s. 210.

²⁴ *Ibidem*, s. 219.

²⁵ J. Indulski, *op. cit.*, s. 17.

²⁶ *Ibidem*; Z. Kawczyńska-Butrym, *Program – gmina promująca zdrowie. Działania i bariery*, [w:] *Zdrowie i choroba: promocja zdrowia dla gmin i instytucji edukacyjnych*, red. M. Latoszek, Gdańskie Towarzystwo Naukowe, Gdańsk 1999.

²⁷ J.B. Karski, *Organizacja Ośrodka Promocji Zdrowia*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1994, s. 253.

²⁸ *Ibidem*, s. 39.

W założeniach doprowadzi to do stworzenia zdrowszego środowiska życia i pracy, zespolenia działań prozdrowotnych z działalnością codzienną oraz utworzeniu przyjaznych związków na rzecz promocji zdrowia w środowisku społecznym. Warunkiem ich powodzenia jest skupienie wokół celów promocji zdrowia jak największej liczby organizacji oraz placówek i instytucji. By współpraca przyniosła oczekiwane skutki, w wielu przypadkach działalność już istniejących należy zmodyfikować w taki sposób, by umożliwić interwencję w systemy społeczne w celu przekształcenia je w środowiska zdrowe. Koncepcja siedliskowa osadza planowane działania w praktyce społecznej odnosząc je do miast, szkół, szpitali, zakładów pracy itd.²⁹

Do każdego z tych miejsc można zbudować indywidualny projekt na rzecz poprawy warunków środowiskowych i poszerzenia zasobów, tak by ludziom w nim przebywającym umożliwić osiągnięcie pełni ich możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych. (Projekty Światowej Organizacji Zdrowia: „Zdrowe Miasto”, „Szkoła promująca zdrowie”, „Szpital promujący zdrowie” i in.). Każdy z wymienionych projektów uwzględnia w swoich programach działania na poziomie decyzyjnym i wykonawczym; budowanie współpracy międzysektorowej, interdyscyplinarnej aktywne uczestnictwo społeczności; skupienie na rozwoju organizacyjnym i zmianach instytucjonalnych oraz budowanie spójnej polityki i strategii prozdrowotnej³⁰.

Ujęcie siedliskowe pozwala na bardziej efektywne wdrażanie strategii promocji zdrowia. Dzieje się tak dlatego, że aktywne uczestnictwo ludzi w kształtowaniu środowiska życia, nauki i pracy pozwala na dostosowanie strategii do celów, potrzeb i zasobów zbiorowości lokalnej. W tym ujęciu społeczność lokalna jest zarówno kreatorem, jak i adresatem programów promocyjnych. „Organizowanie społeczności dla działań na rzecz zdrowia jest procesem wzmocnienia tej społeczności, jest to budowanie koalicji w ramach i przez społeczność lub rozszerzenie jej uczestnictwa w tych działaniach. Obejmuje ono pobudzenie działania społecznego w obrębie wspólnot lokalnych, których cele i zadania są bardzo złożone i wieloaspektowe, w skład których, zgodnie z założeniami programu promocji zdrowia, ma być włączone także potęgowanie, ochrona i wzmocnienie zdrowia”³¹. Poprawnie skonstruowany lokalny plan zdrowotny ukazuje konkretne pola, dla których zostaną stworzone określone projekty działań zmierzające do poprawy zdrowia, grupy inicjujące działania zdrowotne oraz zasady ich działalności, a także wskazuje lokalnych liderów realizujących poszczególne jego elementy i odpowiedzialnych za ich wykonanie. W początkowym okresie planowane działania na rzecz zdrowia mogą obejmować tylko wybrane elementy sytuacji zdrowotnej społeczności lokalnej, by w późniejszym czasie dotyczyły kompleksowych działań zmierzających do modyfikacji zachowań związanych ze zdrowiem.

Mimo słuszności tego podejścia wdrażanie programów promocji zdrowia w środowisku lokalnym napotyka na poważne trudności. Ich główny powód związany jest z lekceważeniem problemów zdrowotnych wśród samych mieszkańców, którzy nie zdają sobie sprawy z istniejących zagrożeń. Poza tym zbyt niski poziom integracji środowisk lokalnych nie sprzyja aktywizacji zdrowotnej i budowaniu spójnej, kompleksowej strategii na rzecz

²⁹ Ibidem.

³⁰ B. Woynarowska, *Siedliskowe podejście do zdrowia*, [w:] *Promocja zdrowia*, red. J.B. Karski, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Wyd. Ignis, Warszawa 1999, s. 369.

³¹ Z. Kawczyńska-Butrym, *Gmina promująca zdrowie*, [w:] *Promocja zdrowia...*, s. 375.

zdrowia. Istotnym ograniczeniem w tej sferze są także istniejące braki kadrowe. Znaczący wpływ na podejmowane działania promocyjne ma stanowisko lokalnego samorządu terytorialnego, którego aktywna postawa inicjuje powstanie takich programów lub wzmacnia pojawienie się społecznych inicjatyw w tym zakresie³².

Niewątpliwie podejście siedliskowe w promocji zdrowia ułatwia autoidentyfikację jego członków, sprzyja nawiązywaniu kontaktów i wspólnemu uczestnictwu w rozwiązywaniu problemów. Nie oznacza to, że inne metody osiągania strategicznych celów promocji zdrowia zostają zarzucone. Skoncentrowanie działań na zmianie zachowań, modyfikacji stylu życia uwzględniającej prozdrowotną orientację oraz budowanie zdrowotnej polityki zdrowotnej uzupełniają i potęgują czynności podejmowane w ramach podejścia siedliskowego³³. Optymalnym rozwiązaniem jest zatem łączenie wszystkich możliwych mechanizmów służących poprawie stanu zdrowia populacji i wzrostowi kompetencji jego członków w tej dziedzinie.

Kreowanie postaw sprzyjających zdrowiu stanowi jeden z kluczowych elementów polityki zdrowotnej, którą współcześnie określa się – przyjmując definicję C. Włodarczyka – jako dający się wyodrębnić proces intencjonalnie wywołanych zdarzeń odnoszących się do spraw zdrowia w skali ponadjednostkowej, w którym to procesie obecne są rozstrzygnięcia o charakterze władczym³⁴. Powyższa interpretacja jest próbą zintegrowania problemowego wyjaśniania polityki zdrowotnej z koniecznością rozważania jej w kategoriach powiązań, jakie łączą ją z procesem politycznym. Wyznaczone jej zakresem cele i kierunki działań w sferze zdrowia realizowane są – bez względu na obowiązującą perspektywę jej definiowania – poprzez system zdrowotny. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje system zdrowotny jako: „spójną całość, której liczne, powiązane między sobą części wspólnie oddziałując wpływają pozytywnie na stan zdrowia populacji”³⁵. Zdaniem D. Mechanica celem systemu zdrowotnego jest „organizowanie, produkowanie i udzielanie świadczeń zdrowotnych tym, którzy tych świadczeń potrzebują oraz używanie dostępnych zasobów, wiedzy i technologii po to, by zapobiegać i przynosić ulgę w chorobie, niesprawności i cierpieniu w zakresie możliwym w istniejących warunkach”³⁶. Takie podejście reprezentuje także A. Koronkiewicz, definiując system zdrowotny jako „system instytucjonalny, którego wielofunkcyjnym zadaniem jest zaspokajanie potrzeb zdrowotnych ludności, a więc zapewnienie opieki zdrowotnej poszczególnym jednostkom i całej społeczności. [...] Zadania te powinny mieć na uwadze zarówno potrzeby obywateli, jak i możliwości państwa”³⁷. Takie rozumienie systemu zdrowotnego pozwala włączyć w działania na rzecz zdrowia obywateli szeroki wachlarz podmiotów i instytucji – wychodzących daleko poza sektor medyczny – działających na różnych poziomach organizacyjnych.

³² B. Wawak-Sobierajska, *Promocja zdrowia w społeczności lokalnej*, „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna” 1998, R. V, nr 14, s. 94.

³³ B. Woynarowska, *Siedliskowe podejście do zdrowia*, [w:] *Promocja zdrowia...*, s. 367.

³⁴ C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1996, s. 37.

³⁵ B.M. Kleczkowski, M.I. Roemar, A. van der Werff, *National health systems their reorientation towards health for all*, WHO Geneva 1984. Za: *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, red. C. Włodarczyk, S. Poździech. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 28.

³⁶ D. Mechanic, *Medical Sociology*, The Free Press, NY – London 1978, s. 315. Za: *ibidem*, s. 29.

³⁷ *Terminologia, definicje i wymogi jednostek organizacyjnych w systemie opieki zdrowotnej na różnych szczeblach zarządzania*, red. M. Murkowski, A. Koronkiewicz, Warszawa 1997, s. 21.

Podstawowe funkcje systemu zdrowotnego – w myśl opracowań Światowej Organizacji Zdrowia – obejmują: zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób, zapewnienie właściwych dla zdrowia warunków środowiskowych, zapobieganie wypadkom i urazom oraz zapewnienie szybszej pomocy w przypadku katastrof i kataklizmów, promowanie zdrowego stylu życia, zapewnienie dostępu do właściwej jakościowo opieki medycznej, zapewnianie poparcia dla rozwoju nowoczesnego systemu ochrony zdrowia z uwzględnieniem rozwoju kadr, nowych technologii i odpowiednich zasad finansowania³⁸. Wyznaczanie ram tego procesu, w tradycyjnych podejściach, traktowane jest jako naturalny obowiązek państwa, którego realizacja „stanowi ważną powinność władz publicznych w państwie respektującym prawa człowieka, ponoszącym konstytucyjną odpowiedzialność za jego przestrzeganie”³⁹. Ponosząc odpowiedzialność za równy i pewny dostęp do świadczeń zdrowotnych, funkcjonowanie i rozwój przyjętego systemu ochrony zdrowia oraz systematyczną poprawę warunków zdrowotnych obywateli, staje się ono jednym z podmiotów zapewniającym ich bezpieczeństwo zdrowotne. Stanowi to konsekwencję uznawania zdrowia za dobro wspólne (publiczne), przysługujące każdemu obywatelowi. Przyjęcie powyższego założenia pozwalało realizować w praktyce zasady solidaryzmu i współodpowiedzialności wszystkich za finansowanie świadczeń zdrowotnych poprzez budżet państwa lub system ubezpieczeń zdrowotnych⁴⁰. Dokonujące się w świecie przemiany w zakresie ochrony zdrowia coraz częściej zmierzają w kierunku urynkwienia i prywatyzacji świadczeń zdrowotnych i przekształcenia zdrowia z kategorii dobra publicznego” w „dobro indywidualne”, co oznacza istotne ograniczenie odpowiedzialności państwa za zdrowie⁴¹.

W związku z postępującym procesem decentralizacji administracji publicznej współcześnie przyjmuje się, że polityka zdrowotna kształtuje się i realizuje na wszystkich poziomach zarządzania i organizacji. Zasadniczą odpowiedzialność za jej kształt ponoszą: administracja centralna (z uprzywilejowaną pozycją Ministerstwa Zdrowia), zarządzający i administrujący ochroną zdrowia, personel medyczny, aktualni i przyszli pacjenci, organizacje z rynkowego otoczenia, np. producenci leków i sprzętu medycznego.

Polem oddziaływania polityki zdrowotnej jest system zdrowotny definiowany jako „spójna całość, której liczne, powiązane między sobą części wspólnie oddziaływając wpływają pozytywnie na stan zdrowia populacji”⁴². Jego działania polegają na dostarczaniu kompleksowych (lecniczych, profilaktycznych i rehabilitacyjnych) usług i świadczeń zdrowotnych uwzględniających potrzeby społeczeństwa i możliwości państwa, adekwatnie do poziomu wiedzy i sztuki medycznej, wszystkim obywatelom bez względu na charakteryzujące ich różnice ekonomiczne, społeczne, kulturowe i geograficzne oraz ich organizowanie w sposób zapewniający efektywne wykorzystanie dostępnych zasobów materialnych, finansowych i osobowych⁴³. Bez względu na charakter przyjętych rozwiązań (model narodowej służby zdrowia, ubezpieczeń zdrowotnych, model zaopatrzeniowy

³⁸ J. Leowski, *Polityka zdrowotna – dylematy i wyzwania reformy ochrony zdrowia w Polsce i na świecie*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 2, s. 9–10.

³⁹ J. Nosko, *O potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym*, „Zdrowie Publiczne” 2001, nr 2 (111), s. 79.

⁴⁰ J. Leowski, *Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 6/7, s. 22.

⁴¹ *Ibidem*, s. 26.

⁴² B.M. Kleczkowski, M.I. Roemer, A. van der Werff, *op. cit.*, s. 28.

⁴³ S. Poździech, *System zdrowotny*, [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, red: A. Czupryna, S. Paździoch, A. Ryś, C.W. Włodarczyk, t. I, Vesalius, Kraków 2000. Za: *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, red. M. Kautscha, M. Whitfield, J. Klich, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 27.

i model rezydualny – oparty o świadczenia prywatne) system ochrony zdrowia spełnia dwie zasadnicze funkcje. Pierwsza z nich obejmuje szeroko pojętą opiekę zdrowotną, traktowaną w kategoriach kompleksowo świadczonych usług medycznych o charakterze leczniczym, rehabilitacyjnym, prewencyjnym i promocyjnym. Druga natomiast dotyczy ochrony zdrowia w sensie podmiotu działań podejmowanej współpracy wielosektorowej na rzecz zdrowia w której sektor zdrowia zajmuje równoległe pozycje z innymi gałęziami życia społeczno – gospodarczymi współodpowiedzialnymi za tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu⁴⁴. W tym kontekście system zdrowotny mieści aktywności promocyjne, prewencyjne, lecznicze i rehabilitacyjne zapewniające skoordynowaną opiekę zdrowotną w miejscu zamieszkania, pracy i nauki oraz w lokalnej społeczności⁴⁵. Zwracając uwagę nie tylko na konieczność ochrony zdrowia, ale także działań służących jego umacnianiu i rozwijaniu, w tym ujęciu podkreśla znaczenie i rangę programów promocji zdrowia. Z tego punktu widzenia zdrowie publiczne to „troska o zachowanie i umacnianie zdrowia w wymiarze makrospołecznym, lokalnym i środowiskowym, polegająca na naukowym rozpoznawaniu stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych zbiorowości oraz inicjowaniu i organizowaniu skoordynowanych wysiłków instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych w celu osiągnięcia pożądanego standardów zdrowia. Cel ten uzyskuje się poprzez kontrolę czynników ekologicznych, tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych, zapobieganie zakaźnym i niezakaźnym chorobom społecznym, powszechny i równy dostęp do opieki medycznej, a przede wszystkim w wyniku kształtowania nawyków zdrowego stylu życia w ramach edukacji przedszkolnej i szkolnej oraz realizacji programów promocji zdrowia w środowisku ludzi dorosłych”⁴⁶.

W każdym z wyróżnionych znaczeń zadania państwa obejmują tworzenie prawnoregulacyjnych podstaw w dziedzinie zdrowia i jego ochrony. Wynika to z faktu, że „tylko państwo jest uprawnione do tworzenia norm prawnych, stanowiących postawę określenia uprawnień i obowiązków tak obywateli, jak i instytucji publicznych. Prawny fundament systemu zdrowotnego musi być efektem pełnienia przez państwo jego funkcji”⁴⁷. Naturalną kontynuacją regulacyjnej funkcji państwa są jego uprawnienia nadzorcze, które zobowiązują właściwe organy do czuwania nad przestrzeganiem ustanowionych przepisów. Państwo przejmuje też odpowiedzialność za koordynowanie, planowanie, zarządzanie opieką medyczną oraz szkolenie kadr służby zdrowia.

Nawiązując do nurtu związanego z promocją zdrowia, proponuje się wprowadzenie terminu polityki prozdrowotnej lub prozdrowotnej polityki społecznej, którą określa się jako „wszelką zamierzoną działalność dowolnych podmiotów nastawioną na pozytywne cele zdrowotne”⁴⁸. Rola państwa w tej sferze ma ogromne znaczenie. Przyjęty w jego ramach model polityki zdrowotnej decyduje o możliwościach oddziaływania na wielość czynników warunkujących zdrowie. Zgodnie z powyższym model polityki zdrowotnej, który uwzględnia cele promocji zdrowia, to taki, który zapewnia prozdrowotny charakter polityki państwa w sektorze zdrowia, a także uwzględnia jej założenia we wszystkich pozostałych sektorach państwowych oraz na wszystkich szczeblach zarządzania. Poza tym

⁴⁴ J. Leowski, *Rola i miejsce państwa...*

⁴⁵ B.M. Kleczkowski, R.H. Elling, D.L. Smith, *Health system support for primary health care*, Public Health Press 80, WHO Geneva 1984. Za: C. Włodarczyk; S. Poździejch, *Systemy zdrowotne...*, s. 58.

⁴⁶ Ibidem, s. 77.

⁴⁷ C.W. Włodarczyk, S. Poździejch, *Systemy zdrowotne...*, s. 34.

⁴⁸ C.W. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna...*, s. 40.

jej prozdrowotny kształt umożliwia szerokie społeczne uczestnictwo w działaniach promocyjnych, które decyduje w poważnym stopniu o ich powodzeniu. Realizacja takiego modelu polityki zdrowotnej wymaga akceptacji tezy o „konieczności traktowania zdrowia nie tylko w kategoriach fundamentalnego prawa człowieka, ale również w kategoriach mającej realne uzasadnienie społecznej inwestycji”⁴⁹.

⁴⁹ Z. Słońska, *Promocja zdrowia – zarys problematyki*. „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna” 1994. R. I, nr 1–2, s. 45–46.