

# Działania powiatów w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia w Polsce – w świetle badań ankietowych

## Counties engagement in prevention and health promotion in Poland – a survey study

ANNA LEŚNIEWSKA<sup>1/</sup>, MAREK POSOBKIEWICZ<sup>2/</sup>, KRZYSZTOF KANECKI<sup>1/</sup>, JOLANTA DEMIDOWICZ<sup>1/</sup>, PIOTR TYSZKO<sup>1/</sup>

<sup>1/</sup> Zakład Opieki Zdrowotnej, Instytut Medycyny Społecznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>2/</sup> Główny Inspektorat Sanitarny w Warszawie

**Wstęp.** Profilaktyka i promocja zdrowia są jednymi z najważniejszych elementów polityki zdrowotnej państwa, w tym jednostek samorządowych. Samorządy powiatów powinny realizować cele polityki zdrowotnej państwa. Osiągnięcie tych celów wymaga odpowiednich zasobów i narzędzi.

**Cel badań.** Ocena wybranych aspektów aktywności samorządów powiatów w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia w latach 2009-2011.

**Materiał i metody.** Informacje do analizy uzyskano przy wykorzystaniu badania ankietowego, w którym wzięło udział 84% jednostek samorządu powiatowego w Polsce. Szczegółową analizą objęto uwzględnianie zagadnień profilaktyki i promocji zdrowia w pracach programowych powiatów, źródła finansowania działań w tym zakresie oraz wykorzystanie kadry specjalistów zdrowia publicznego.

**Wyniki.** Przeprowadzone analizy wskazują na znaczne zróżnicowanie sposobu realizacji zadań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia przez powiaty, we wszystkich analizowanych aspektach.

**Wnioski.** Zróżnicowanie aktywności powiatów w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia wskazuje na ograniczenia skuteczności polityki państwa w tym zakresie i konieczność modyfikacji lub budowania innych modeli polityki zdrowotnej w skali kraju i w wymiarze lokalnym.

**Słowa kluczowe:** polityka zdrowotna, profilaktyka, promocja zdrowia, powiat

**Introduction.** Prevention and health promotion are one of the most important elements of the state and local health policy. County authorities should pursue objectives of the state health policy. Achieving these goals requires appropriate resources and tools.

**Aim.** An evaluation of the selected activities of counties in prevention and health promotion in 2009-2011.

**Materials & Methods.** Information for the analysis was obtained through a survey, which involved 84% of the county authorities in Poland. The detailed analysis included consideration of prevention and health promotion in the work programs of the counties, sources of financing activities in this area and the use of specialists of public health.

**Results.** The study results showed a considerable variation in the method of task implementation in prevention and health promotion by counties, in all analyzed aspects.

**Conclusions.** The diverse counties activity in prevention and health promotion indicates the constraints of state policy in this field and the need for modification or construction of other models of health policy at the national and local level.

**Key words:** health policy, prevention, health promotion, county

© Hygeia Public Health 2014, 49(3): 472-477

www.h-ph.pl

Nadesłano: 26.06.2014

Zakwalifikowano do druku: 12.07.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr hab. med. Piotr Tyszko

Instytut Medycyny Społecznej WUM

ul. Oczki 3, 02-007 Warszawa

tel. 22 621 52 56, e-mail: ptyzsko@wum.edu.pl

## Wprowadzenie

Profilaktyka zdrowotna może być definiowana jako działania mające na celu zapobieganie chorobom przez ich wczesne wykrycie i leczenie. Promocję zdrowia definiowano dotychczas jako proces umożliwiający ludziom kontrolę nad własnym zdrowiem i poprawianie go [1]. Definicja ta ustanawiała człowieka jako podmiot odpowiedzialny za własne zdrowie. Nowszą, szerszą definicją, określa promocję zdrowia jako pro-

ces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad ich zdrowiem i jego uwarunkowaniami, a tym samym – poprawy ich zdrowia [2]. W tym ujęciu akcentuje się udział podmiotów społecznych i politycznych w zachowaniu zdrowia społeczeństwa. W połowie XX wieku zaobserwowano zmiany w strukturze chorób, głównie w krajach uprzemysłowionych. Na miejscu chorób zakaźnych, które dominowały w wcześniejszych okresach, pojawiły się choroby przewlekłe, po-

wiązane z rozwojem cywilizacyjnym, między innymi choroby układu krążenia, nowotwory, następstwa urazów i wypadków. To właśnie te grupy chorób zaczęły dominować wśród przyczyn zwiększonej śmiertelności i niepełnosprawności [3]. Choroby te zyskiwały miano cywilizacyjnych, co w konsekwencji wymagało zmiany w podejściu do profilaktyki, leczenia, ograniczenia powikłań chorób i niepełnosprawności. Zaangażowanie podmiotów administracji publicznej z założenia miało sprzyjać poprawie stanu zdrowia społeczeństwa. W wielu krajach przystąpiono do tworzenia, realizacji i oceny programów zdrowotnych [4-7].

W Polsce administracja rządowa i samorządowa odgrywa istotną rolę w realizacji zadań powiązanych z ochroną i promocją zdrowia. Za wdrażanie odpowiedniej polityki promocji zdrowia odpowiedzialne są m.in. jednostki samorządu terytorialnego.

Znaczenie podnoszonej w pracy problematyki uwypukla, uchwalony przez Rząd RP, Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 [8]. W rozdziale IV, zatytułowanym „Niezbędne działania ze strony ochrony zdrowia i samorządów terytorialnych”, są zawarte dwa cele: cel operacyjny określony jako „aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa” oraz cel operacyjny określony jako „zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej”, w tym, m.in. posiadanie i realizowanie programów zdrowotnych.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, obowiązująca w czasie realizacji badania, definiowała program zdrowotny jako zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne, uzasadnione, umożliwiające w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegające na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz dotyczące oceny stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców i finansowanych ze środków publicznych [9].

W przypadku programów zdrowotnych opracowywanych, realizowanych i finansowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, wyboru realizatora programu zdrowotnego dokonuje się w drodze konkursu ofert, z zastrzeżeniem odrębnych przepisów. Warta podkreślenia jest prawna regulacja ustalająca wymóg zasięgnięcia opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM) [9-art. 48, ust 2a]. Wdrożenie programu samorządowego nie jest jednak uzależnione od otrzymania opinii pozytywnej. Przeprowadzone przez AOTM analizy wskazywały, że część programów zdrowotnych mogła tylko w ograniczonym stopniu wpływać na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa [10]. Dodatkowo AOTM wydając negatywne opinie

na temat części programów zdrowotnych jednocześnie starała się określić model prawidłowej konstrukcji programu zdrowotnego [11].

W istniejącym porządku prawnym, w Polsce wyodrębnionych jest 16 województw. Każde województwo posiada w swoich granicach administracyjnych od 12 do 35 powiatów. Prawne aspekty funkcjonowania powiatów zostały uregulowane w ustawie z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym [12]. Zgodnie z art. 4, ust. 1, pkt. 2 tej ustawy powiat wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Szczegółowy zakres kompetencji powiatu w obszarze ochrony zdrowia określają jednak inne ustawy, odnoszące się m.in. do przeciwdziałania alkoholizmowi [13], ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych [14], narkomanii [15], zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi [16], świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [17].

## Cel pracy

Dokonanie oceny wybranych aspektów aktywności samorządów powiatów w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia w Polsce i na poziomie województw. Jako hipotezę badawczą przyjęto założenie o niskiej skuteczności dotychczas realizowanego modelu polityki państwa w tym zakresie.

## Materiał i metody

W roku 2012, w Zakładzie Opieki Zdrowotnej Instytutu Medycyny Społecznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, przy współpracy z Głównym Inspektoratem Sanitarnym<sup>1/</sup> przeprowadzono ocenę aktywności powiatów w zakresie realizacji zadań związanych z profilaktyką i promocją zdrowia w Polsce w latach 2009-2011. Odpowiednie informacje pozyskano poprzez instrument badawczy, jakim był autorski kwestionariusz. Kwestionariusz został wysłany do wszystkich jednostek samorządów powiatów (jsp) w Polsce. Większość jsp (84%) udzieliła odpowiedzi na zawarte pytania, co stanowi relatywnie dobry wskaźnik, mimo że jsp są zobowiązane do udzielania informacji na temat prowadzonych działań na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia. Szczegółowy zakres badania obejmował kwestie obecności zagadnień profilaktyki i promocji zdrowia w strategiach rozwoju powiatów oraz poruszania tych spraw na posiedzeniach rad powiatów, źródeł finansowania działań w tym zakresie, a także wykorzystania kadry specjalistów zdrowia publicznego.

<sup>1/</sup> Główny Inspektorat Sanitarny brał udział w badaniu realizując zadania określone w art. 5 pkt 2 oraz art. 6 pkt 4 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2012 r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.)

## Wyniki

Pierwszym analizowanym zagadnieniem było omawianie zagadnień profilaktyki i promocji zdrowia na sesjach plenarnych rad powiatów. Dane przedstawione na rycinie 1 wskazują, że zaangażowanie jsp w omawianie zagadnień profilaktyki i promocji zdrowia było największe w powiatach województwa lubuskiego (93%), a najmniejsze w województwie pomorskim (65%). W skali całego kraju tematy te były poruszane w 79% powiatów, co oznacza, że istnieje duża liczba powiatów, w których kwestie związane z profilaktyką i promocją zdrowia najprawdopodobniej nie są omawiane na sesjach rad powiatów.

Pogłębioną ocenę zaangażowania rad powiatów w realizację badanych działań umożliwia analiza danych o częstości podejmowania zagadnień profilaktyki i promocji zdrowia na sesjach plenarnych jsp (tabela I). W skali kraju, w blisko połowie jednostek samorządu powiatowego, tematy związane z profilaktyką i promocją zdrowia były omawiane tylko jeden raz w roku. Najczęściej omawiana tematyka była poruszana w powiatach województwa lubuskiego, a mianowicie – trzy lub więcej razy w roku.

Warunkiem realizacji zadań powiatów w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia jest dysponowanie odpowiednimi środkami finansowymi. Działania te mogą być realizowane w oparciu o zasoby pochodzące z różnych źródeł, w tym także z programów finansowanych przez Unię Europejską. Pochodzenie środków na realizację zadań prozdrowotnych prze-

stawiono na rycinie 2. W skali kraju 74% powiatów deklarowało przeznaczenie własnych środków na omawiane cele. I w tym przypadku są widoczne znaczne różnice między województwami – od wszystkich powiatów wchodzących w skład województw opolskiego i pomorskiego – aż do wyraźnie obniżonego odsetka powiatów w województwie podlaskim (40%). Wielkość zaangażowania własnych środków finansowych została przedstawiona w tabeli II. Większość powiatów deklarowało przekazywanie środków na promocję i profilaktykę zdrowotną z własnego budżetu na poziomie poniżej 1%. Zwraca uwagę fakt, że w województwie lubuskim, wyróżniającym się na tle innych województw aktywnością w zakresie objętym badaniem, co czwarty powiat deklaruje wysokość przeznaczonych środków własnych na profilaktykę i promocję zdrowia powyżej 5% własnego budżetu.

W okresie badania istniała możliwość ubiegania się o środki finansowe na cele ochrony zdrowia z różnych funduszy Unii Europejskiej. Uzyskane wyniki wskazują, że w latach 2009-2011 tylko 9% powiatów w skali kraju uzyskało środki z takich źródeł (ryc. 2). Największy procentowy udział powiatów, które pozyskały środki unijne na realizację celów związanych z zdrowiem i promocją zdrowia, był w województwie lubuskim (21%), najmniejszy w województwie dolnośląskim (3%). Także wykorzystanie środków finansowych, z innych źródeł niż budżet państwa czy środki unijne, wykazuje znaczne zróżnicowanie między województwami (ryc. 2). Warto podkreślić wysoki odsetek wykorzystania innych środków finansowych

Tabela I. Częstość omawiania tematów związanych ze zdrowiem (% powiatów w województwie)

Table I. Frequency of discussing health-related issues (% of counties in a voivodeship)

Województwo	Częstość (% powiatów)			
	raz w roku	3 × w roku	więcej niż 3 × w roku	brak odpowiedzi
dolnośląskie	48,3	20,7	6,9	24,1
kujawsko-pomorskie	63,6	4,5	–	31,8
lubelskie	19	33,3	14,3	33,3
lubuskie	28,6	21,4	42,9	7,1
łódzkie	31,8	27,3	13,6	27,3
mazowieckie	48,7	20,5	12,8	17,9
małopolskie	52,4	9,5	14,3	23,8
opolskie	40,0	40,0	10,0	10,0
podkarpackie	36,4	18,2	18,2	27,3
podlaskie	60,0	20,0	–	20,0
pomorskie	29,4	17,6	17,6	35,3
śląskie	39,4	30,3	12,1	18,2
świętokrzyskie	27,3	27,3	18,2	27,3
warmińsko-mazurskie	57,1	19,0	–	23,8
wielkopolskie	51,4	22,9	11,4	14,3
zachodniopomorskie	29,4	29,4	11,8	29,4
Polska – ogółem	43,0	22,1	12,2	22,1

Tabela II. Udział środków na profilaktykę i promocję zdrowia w budżetach powiatów (% powiatów w województwie)

Table II. Participation of funds for health promotion and prevention in county budgets (% of counties in a voivodeship)

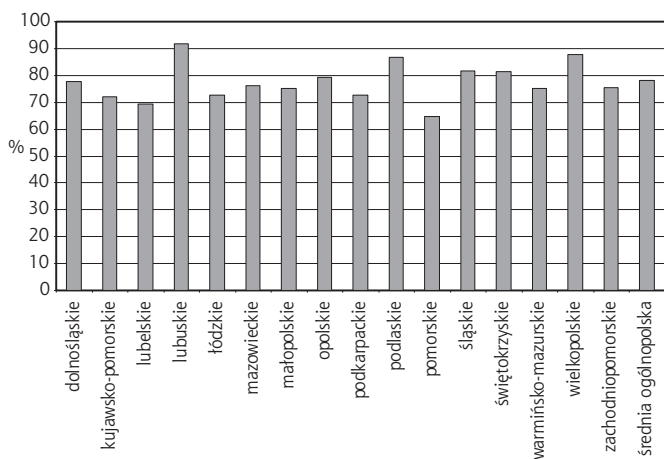
Województwo	Udział środków własnych powiatu (% powiatów)			
	do 1 %	2-5%	ponad 5%	brak odpowiedzi
dolnośląskie	44,8	–	10,3	44,8
kujawsko-pomorskie	63,6	9,4	9,4	18,2
lubelskie	71,4	4,8	4,8	19
lubuskie	71,4	7,1	21,4	–
łódzkie	50,0	–	4,5	45,5
mazowieckie	38,5	8,4	10,3	43,6
małopolskie	66,7	14,3	14,3	4,8
opolskie	90	10	–	–
podkarpackie	68,2	4,5	–	27,3
podlaskie	33,3	–	–	66,7
pomorskie	82,4	11,8	5,9	–
śląskie	63,6	9,1	12,1	15,2
świętokrzyskie	63,6	–	–	36,4
warmińsko-mazurskie	52,4	4,8	9,5	33,3
wielkopolskie	71,4	5,9	14,3	8,6
zachodniopomorskie	52,9	5,9	5,9	35,3
Polska – ogółem	59,6	6,0	10,3	24,1

przez powiaty województwa lubuskiego, a najniższe w województwach: pomorskim, lubelskim oraz mazowieckim – jednym z najbardziej rozwiniętych na tle innych województw.

Kolejnym elementem badania była kwestia ujęcia celów związanych z profilaktyką i promocją zdrowia w strategii rozwoju powiatu. Obecność takich celów wskazuje na dostrzeżenie znaczenia profilaktyki i promocji zdrowia i może świadczyć o zamiarze planowego działania w tym obszarze aktywności. Uzyskane dane wskazują, że cele w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia są uwzględniane w strategiach rozwoju 73% powiatów w kraju. I w tym przypadku stwierdzono różnice między województwami. Podczas gdy 80-90% powiatów w województwach małopolskim, podkarpackim, śląskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim deklaruje obecność omawianych celów w swojej stra-

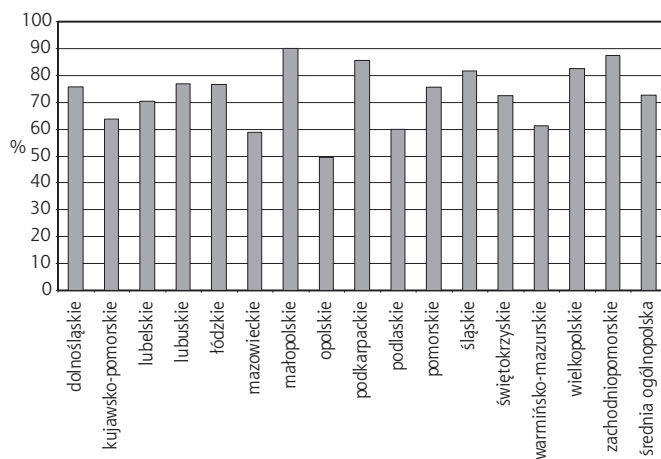
tegi rozwoju, to w województwie opolskim ich ujęcie wskazuje tylko 50 % powiatów (ryc. 3).

Inną badaną, pośrednią miarą odniesienia do zagadnień profilaktyki i promocji zdrowia w powiatach było wykorzystanie profesjonalnej kadry, za którą należy uznać absolwentów kierunku studiów zdrowie publiczne. W skali kraju specjaliści tacy są zatrudnieni w tylko 17% powiatów (ryc. 4). Najwięcej specjalistów zdrowia publicznego, do realizacji zadań związanych z profilaktyką i promocją zdrowia, zatrudniono w powiatach województw zachodniopomorskiego i małopolskiego, a najmniej, co ciekawe, w województwie lubuskim, tym samym województwie, które przoduje w aktywności poruszania spraw profilaktyki i promocji zdrowia oraz w pozyskiwaniu środków finansowych na cele prozdrowotne.



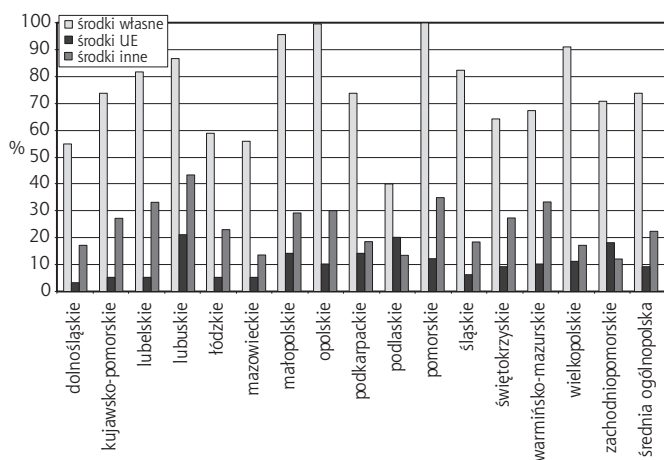
Ryc. 1. Omawianie tematów związanych z profilaktyką i promocją zdrowia na sesjach plenarnych powiatów (% powiatów w województwie)

Fig. 1. Health promotion and prevention issues discussed at county plenary sessions (% of counties in a voivodeship)



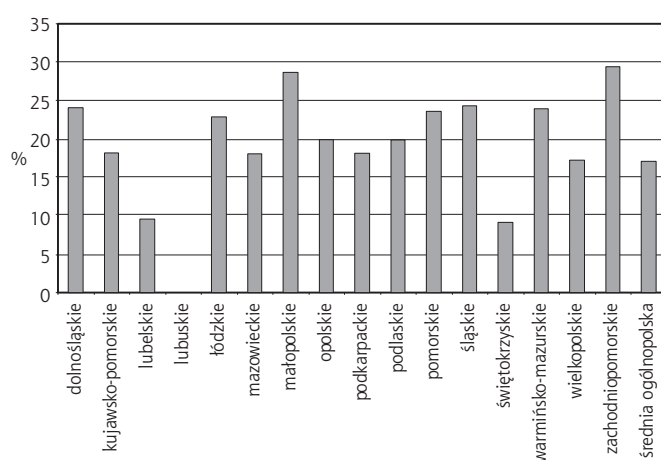
Ryc. 3. Obecność celów związanych z profilaktyką i promocją zdrowia w strategii rozwoju powiatu (% powiatów w województwie)

Fig. 3. Health promotion and prevention goals in county development strategy (% of counties in a voivodeship)



Ryc. 2. Pochodzenie środków na profilaktykę i promocję zdrowia (% powiatów w województwie)

Fig. 2. Origin of funds for health promotion and prevention (% of counties in a voivodeship)



Ryc. 4. Zatrudnienie specjalistów zdrowia publicznego do realizacji zadań związanych z profilaktyką i promocją zdrowia (% powiatów w województwie)

Fig. 4. Engagement of public health specialists for health promotion and prevention activities (% of counties in a voivodeship)

## Dyskusja

Pierwszym analizowanym w pracy zagadnieniem było omawianie zagadnień profilaktyki i promocji zdrowia na sesjach rad powiatów. Publiczne omawianie takich zagadnień stanowi wyraz dojrzałości jsp w podejściu do profilaktyki i promocji zdrowia oraz może świadczyć o uznawaniu zdrowia za jeden z priorytetów w realizacji ustawowych zadań przez jsp. Omawianie tych zagadnień daje możliwość poznania opinii i doświadczenia wielu osób. Publiczna dyskusja stanowi punkt wyjścia do budowy lokalnych strategii rozwoju, w tym formułowania właściwych celów i zadań. Pozwala na uniknięcie przeszkód w realizacji założonych celów już na etapie projektowania szczegółów czy kalkulacji kosztów. Brak publicznych debat na temat profilaktyki i promocji zdrowia zwiększa ryzyko niewłaściwego przeznaczenia posiadanych środków finansowych, a te odgrywają jedną z najważniejszych ról w realizacji polityki zdrowotnej powiatów. W toku prowadzonych badań ustalono, że nie wszystkie powiaty prowadzą dyskusję na tematy związane z promocją zdrowia. Znaczne zróżnicowanie między województwami może świadczyć o odmiennościach w zakresie stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych, lub – co wydaje się bardziej prawdopodobne – o różnym stopniu zaangażowania jsp w problematykę działań prozdrowotnych. Uzyskane dane pośrednio wskazują obszar, którego naprawa może wpłynąć na kształtowanie i wdrażanie programów profilaktyki i promocji zdrowia oraz dobre wydatkowanie publicznych środków finansowych.

Drugim ważnym elementem w ocenie działań jsp jest finansowanie działań związanych z profilaktyką i promocją zdrowia. W tym przypadku jsp, w mniejszym lub większym stopniu, angażowały się pozyskiwanie niezbędnych funduszy i przeznaczały je w określonej części na realizację zadań związanych z poprawą zdrowia społeczeństwa. Stwierdzone w badaniu duże różnice między województwami mogą wynikać z wielkości posiadanych środków lub, co jest bardziej prawdopodobne, ze zróżnicowanego podejścia do polityki zdrowotnej na poziomie lokalnym. Finansowanie omawianych działań pochodziło z różnych źródeł, jednakże stopień zaangażowania wielu powiatów w pozyskiwanie funduszy, w wielu przypadkach, jest niewielki. Mniej niż co dziesiąty powiat uzyskał również fundusze unijne. Fundusze te mogłyby posłużyć do lepszego rozwoju działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia. Stosunkowo rzadkie korzystanie ze środków unijnych na działania prozdrowotne może wynikać również z faktu, iż fundusze te pozyskiwano głównie w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko oraz Regionalnych Programów Operacyjnych [18].

Wyrazem systemowego działania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia jest planowanie długofalowych działań, uwzględniających – po pierwsze – założenia polityki zdrowotnej państwa, np. sformułowane w Narodowym Programie Zdrowia oraz – po drugie – własne, specyficzne cele związane z problemami zdrowotnymi lokalnej społeczności. Cele takie powinny być uwzględniane w dokumentach planistycznych, określanych jako strategie rozwoju powiatów. Uzyskane wyniki wskazują, że w co czwartym powiecie w kraju, a w przypadku woj. opolskiego w więcej niż połowie powiatów, brak jest takiego, perspektywicznego podejścia. Brak strategicznej wizji może skutkować akcyjnością i chaotycznością działań, które nie odpowiadają na rzeczywiste potrzeby społeczności w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia.

Profesjonalne podejście do kwestii profilaktyki i promocji zdrowia może zapewnić obecność w strukturach samorządów powiatów specjalistów w dziedzinie zdrowia publicznego. Uzyskane dane wskazują jednak, że wykorzystanie fachowej wiedzy specjalistów w dziedzinie zdrowia publicznego, przygotowanych do realizacji takich zadań, jest w znacznym stopniu ograniczone. Specjalista zdrowia publicznego jest zatrudniony w mniej niż co piątym powiecie w Polsce, mimo powszechnej wiedzy o problemach ze znalezieniem pracy przez absolwentów tego kierunku, kształconych we wszystkich uczelniach medycznych i innych szkołach wyższych. Niepełne wykorzystanie specjalistów zdrowia publicznego może świadczyć o niedocenianiu tej specjalistycznej, specyficznej wiedzy i umiejętności w planowaniu i organizowaniu ochrony zdrowia. Może także rzutować negatywnie na jakość i efektywność działań powiatów w tym zakresie.

Uzyskane wyniki ujawniają znaczne różnice między powiatami z poszczególnych województw, we wszystkich analizowanych aspektach. Zaobserwowane zróżnicowanie aktywności jsp w dziedzinie profilaktyki i promocji zdrowia wydaje się być bardziej związane z różnym uświadomieniem i traktowaniem omawianych zagadnień w poszczególnych powiatach, niż z lokalną specyfiką sytuacji zdrowotnej. Sposób diagnozowania sytuacji zdrowotnej i formułowania celów w zakresie zdrowia społeczeństwa w Polsce wykazują bowiem istotne niedociągnięcia metodologiczne i ograniczenia sprawnościowe, nawet na szczeblu regionalnym i centralnym [19]. Opisany obraz działań powiatów w dziedzinie profilaktyki i promocji zdrowia może świadczyć także o braku efektywnych mechanizmów inspirowania, monitorowania i oceny realizacji zadań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia na wyższych szczeblach administracji publicznej.

Należy podkreślić, że polityka zdrowotna powinna charakteryzować się spójnym, w miarę jednolitym

i planowanym długofalowo, sposobem realizacji ustawowych zadań samorządów lokalnych. Tylko takie podejście może gwarantować odpowiednie efekty w zakresie stanu zdrowia społeczeństwa. Nie bez znaczenia jest także brak precyzyjnych regulacji prawnych. Należy przypomnieć także, że organy administracji publicznej powinny działać na podstawie, i w ramach przyznanym im uprawnień do działań, tj. prawnie określonych kompetencji. Muszą one jednak jednoznacznie wynikać z przepisów obowiązującego prawa; nie można ich domniemywać [20].

## Wnioski

1. Stwierdzono zróżnicowanie podejścia powiatów do problematyki profilaktyki i promocji zdrowia we wszystkich analizowanych aspektach, tj. uwzględnianiu tych zagadnień w pracach programowych powiatów, pozyskiwaniu środków finansowych i wykorzystaniu kadry specjalistów zdrowia publicznego.
2. Wyniki badań wskazują na niskie zaangażowanie powiatów w pozyskiwanie funduszy europejskich, mogących przyczynić się do lepszego finansowania zadań związanych z poprawą zdrowia społeczeństwa.
3. W działaniach powiatów na rzecz ochrony zdrowia w bardzo małym stopniu są wykorzystywani specjaliści z zakresu zdrowia publicznego.
4. Różnice w podejściu do planowania i finansowania profilaktyki i promocji zdrowia, w skali regionalnej i lokalnej, mogą skutkować odmiennością efektów polityki zdrowotnej na różnych terenach.
5. Zróżnicowanie aktywności powiatów, w działaniach na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia, wskazuje na ograniczenia skuteczności polityki państwa w tym zakresie i konieczność prac nad modyfikacją lub budowaniem innych modeli polityki zdrowotnej w skali kraju, w wymiarze regionalnym i lokalnym.

## Piśmiennictwo / References

1. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (15.04.2014).
2. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. 6th Global Conference on Health Promotion, Bangkok, Thailand, August 2005. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en/> (15.04.2014).
3. Karski JB (red). Promocja zdrowia. Ignis, Warszawa 1999.
4. Issel LM. Health Program Planning and Evaluation: A Practical and Systematic Approach for Community Health. Jones & Bartlett, Burlington 2009.
5. Grembowski D. The Practice of Health Program Evaluation. Sage, Thousand Oaks 2001.
6. Demidowicz J, Kowalska J, Tyszko P. Lokalne programy profilaktyki nowotworów w realizacji Narodowego Programu Zdrowia na przykładzie wybranych województw. *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91(3): 463-467.
7. Kowalska J, Demidowicz J, Tyszko P. Analiza lokalnych programów zdrowotnych w zakresie profilaktyki próchnicy i chorób przyzębia w wybranych województwach. *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91(4): 694-698.
8. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007. [http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/zal\\_urm\\_npz\\_90\\_15052007p.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf) (24.02.2014).
9. Ustawa z dnia 27 sierpień 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. *Dz.U.* 2008, nr 164, poz. 1027 z późn. zm., art. 5, ust 30.
10. Agencja Oceny Technologii Medycznych. <http://www.aotm.gov.pl>. (18.03.2014).
11. Wójcik M, Kłosowska B, Rudka R i wsp. Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować Poradnik dla pracowników jednostek samorządu terytorialnego. <http://www.opzg.pl> (19.03.2014).
12. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym. *Dz. U.* z 1998 r. Nr 91, poz. 578.
13. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. *Dz.U.* 1982 nr 35 poz. 230. z późn. zm.
14. Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. *Dz.U.* 1996 nr 10 poz. 55 z późn. zm.
15. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. *Dz.U.* 2005 nr 179 poz. 1485. z późn. zm.
16. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. *Dz.U.* z 2013 poz. 947. z późn. zm.
17. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. *Dz.U.* 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.
18. Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007-2013 wspierające wzrost gospodarczy i zatrudnienie, Narodowa Strategia Spójności, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2007: 116.
19. Tyszko P. Zdrowie i ochrona zdrowia w krajowych dokumentach strategicznych. *Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2009.*
20. Izdebski H. Cele i metody badawcze nauki o administracji publicznej. [w:] *Administracja publiczna*. Hausner J (red). PWN, Warszawa 2003: 29.