

©Borgis

*Iwona Wrześniewska-Wal, Anna Augustynowicz

Wybrane rozwiązania prawne w obszarze zdrowia publicznego w Norwegii, Hiszpanii i Czechach

The selected legal solutions in the area of public health in Norway, Spain and the Czech Republic

Zakład Ekonomiki, Prawa i Zarządzania, Szkoła Zdrowia Publicznego,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa
Kierownik Zakładu: lek. dr n. praw. Iwona Wrześniewska-Wal

Słowa kluczowe

zdrowie publiczne, rozwiązania prawne,
organy władzy

Keywords

public health, legal solutions, authorities

Konflikt interesów Conflict of interest

Brak konfliktu interesów
None

Adres/address:

*Iwona Wrześniewska-Wal
Zakład Ekonomiki, Prawa i Zarządzania
Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP
ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa
tel. +48 (22) 560-11-31
idrwal@yahoo.com

Streszczenie

Na całym świecie przed zdrowiem publicznym stoją nowe wyzwania. Aby rozwiązać związane z tym problemy, niektóre państwa stworzyły solidne podstawy prawne, uchwały strategie lub zreorganizowały swój system ochrony zdrowia. W artykule pokazano rozwiązania z Norwegii, Czech i Hiszpanii dla zilustrowania działań tych krajów na rzecz zdrowia publicznego, które są skoordynowane w różnym stopniu i na różnym poziomie. Rozwiązania stosowane w tych krajach są zróżnicowane pod względem systemowym, a zatem prawnym, organizacyjnym czy finansowym. Ponadto różnice wiążą się ze specyfiką poszczególnych zagadnień z obszaru zdrowia publicznego w krajach i regionach, z zakresem dokumentów strategicznych bądź też ustalonymi priorytetami poszczególnych rządów. Z uwagi na wspomnianą różnorodność w kwestiach organizacyjnych, prawnych i kulturowych obszarze zdrowia publicznego przejęcie wprost w naszym kraju rozwiązań funkcjonujących w innych krajach nie jest ani możliwe, ani pożądane. Warto jednak bliżej przyjrzeć się tym rozwiązaniom w kontekście polskiej ustawy o zdrowiu publicznym uchwalonej 11 września 2015 roku.

Summary

All over the world, are facing new challenges to public health. To solve the associated problems, some countries have created a solid legal basis, enacted strategie or reorganized its health care system. The article shows solutions from Norway, the Czech Republic and Spain to illustrate the actions of these countries in favor of public health, which are coordinated to varying degrees and at different levels. Practices in these countries are diverse in terms of the system, and therefore legal, organizational and financial. Moreover, the differences are related to the specifics of individual issues in the area of public health in countries and regions, with a range of strategic documents or the priorities set by individual governments. Due to this diversity in matters of organizational, legal and cultural area of public health, the acquisition directly in the our country solutions operating in other countries is neither possible nor desirable. But it is worth a closer look at the solutions adopted in the context of recent Polish Act on public health of 11 September 2015.

WPROWADZENIE

Państwa europejskie mimo bliskości geograficznej i ekonomicznej oraz podobieństw historycznych i prawnych są silnie zróżnicowane pod względem aktualnego potencjału naukowego i wykonawczego zdrowia publicznego, systemu wartości i kontekstu kulturowego oraz potrzeb zdrowotnych ludności oraz potrzeb związanych z systemami ochrony zdrowia. Trudne jest prowadzenie precyzyjnych porównań sektorów zdro-

wia pomiędzy poszczególnymi państwami. Z tego względu w pracy wybrano trzy kraje, aby na ich przykładzie pokazać funkcjonalne i efektywne rozwiązania oraz wskazać potencjalne obszary dla ewentualnych zmian polskiej ustawy o zdrowiu publicznym (1).

NORWEGIA

The Norwegian Public Health Act (2) to norweska ustawa o zdrowiu publicznym obowiązująca od

2012 roku. Celem tej ustawy jest przyczynienie się do rozwoju społeczności poprzez promocję zdrowia ludności i zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu. Istotą tej regulacji jest to, że publiczna ochrona zdrowia ma promować zdrowie społeczeństwa, dobre samopoczucie oraz dobre warunki społeczne i środowiskowe, a także przyczyniać się do prewencji chorób psychicznych i somatycznych, zaburzeń lub urazów. Ustawę tę stosuje się do gmin, władz hrabstw i władz rządu centralnego. Zgodnie z nią gminy, władze hrabstw i władze ochrony zdrowia rządu centralnego wdrażają środki i skoordynują działania w sferze zdrowia publicznego we właściwy i dostateczny sposób.

Na uwagę zasługuje fakt, że ustawa zawiera słowniczek, a w nim definicję zdrowia publicznego, która wskazuje na zdrowie publiczne jako na determinantę rozwoju społecznego i zmniejszenia nierówności społecznych w zdrowiu. W ustawie wyraźnie określono, że gmina ma promować zdrowie w ramach obowiązków i środków, które są przypisane do gminy, w tym dbać o warunki społeczne i środowiskowe; zapobiegać zaburzeniom psychicznym i somatycznym, urazom; przyczyniać się do zmniejszenia nierówności społecznych w zakresie zdrowia i chronić ludność przed czynnikami, które mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie. Działania te są prowadzone poprzez doradztwo, współpracę i udział w planowaniu oraz sprawozdania. W tym zakresie gminy mają również współpracować z sektorem wolontariatu. Ponadto gminę powinny wspierać władze hrabstwa poprzez, na przykład, partnerstwo w promocji zdrowia.

W celu realizacji powyższych zadań gmina powinna mieć dostateczny przegląd zdrowia populacji oraz pozytywnych i negatywnych czynników, które mogą na nie wpłynąć. Przegląd ten powinien bazować m.in. na: a) informacjach, które udostępniają władze ochrony zdrowia rządu centralnego i władze hrabstw, b) wiedzy od gminnych służb ochrony zdrowia i opieki, c) wiedzy o czynnikach i kierunkach rozwoju w środowisku i społeczności lokalnej, które mogą wpłynąć na zdrowie populacji. Przegląd ten ma być sporządzony na piśmie i ma identyfikować wyzwania publicznej ochrony zdrowia w gminie, łącznie z szacunkami wpływu poszczególnych czynników i przyczynami ich występowania. Gmina ma w szczególności zwracać uwagę na kierunki rozwoju, które mogą stwarzać lub utrzymywać problemy społeczne lub powiązane ze zdrowiem, czy nierówności społeczne w ochronie zdrowia.

Osobny rozdział The Norwegian Public Health Act jest poświęcony zdrowiu środowiskowemu. Środowisko dla zdrowia oznacza te czynniki w środowisku, które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na zdrowie w danym czasie. Obejmuje to, na przykład, czynniki biologiczne, chemiczne, fizyczne i społeczne. W ramach realizacji poszczególnych celów ustawy Ministerstwo Zdrowia może ustanowić przepisy dotyczące ochrony środowiska dla zdrowia, łącznie z postanowieniami dotyczącymi wewnętrznej polityki klimatycznej, jakości powietrza, wody i jej dostarczania, hałasu, środowiska

higienicznego, zapobiegania wypadkom i urazom itp. Mogą także zostać wprowadzone przepisy odnośnie powoływania i utrzymywania wewnętrznych systemów kontroli w celu zapewnienia przestrzegania wymagań, jakie nakłada ustawa.

Ustawa wskazuje, że władze centralne powinny oceniać wpływ na zdrowie populacji we wszystkich uzasadnionych przypadkach. Gubernator hrabstwa powinien przyczyniać się do wdrażania polityki krajowej w sferze zdrowia publicznego i promocji zdrowia w oparciu o wiedzę na poziomie lokalnym i regionalnym poprzez, na przykład, prowadzenie doradztwa i udzielanie wskazówek gminom i władzom lokalnym. Natomiast Dyrektoriat Zdrowia ma dostarczać informację, doradzać i udzielać wskazówek odnośnie strategii i środków w zdrowiu publicznym gminom, władzom hrabstw, gubernatorom hrabstw i innym instytucjom publicznym, personelowi służby zdrowia i ludności. Dyrektoriat ma także współpracować z Norweskim Instytutem Zdrowia Publicznego, który odpowiada za monitorowanie działań w zakresie zdrowia publicznego, przygotowuje analizę i ocenę sytuacji zdrowotnej i jej uwarunkowań na poziomie populacji, dodatkowo jest zaangażowany w badania w dziedzinie zdrowia publicznego. Norweski Instytut Zdrowia Publicznego udostępnia zbierane informacje w ramach sprawozdań, które stanowią podstawą dla działań gmin i władz poszczególnych hrabstw. Informacje oparte są na statystyce z centralnych rejestrów zdrowia, jak również innych istotnych statystykach.

Podkreślić należy, że ustawa ma ułatwiać długoterminową, systematyczną publiczną ochronę zdrowia.

CZECHY

Głównym aktem prawnym regulującym kwestię zdrowia publicznego w Czechach jest ustawa z 14 lipca 2000 roku o ochronie zdrowia publicznego (4). W tej ustawie znajduje się słowniczek, a w nim definicje podstawowych pojęć, takich jak: zdrowie publiczne, promocja zdrowia, ocena ryzyka zdrowotnego i choroba zakaźna (oraz związane z tym pojęciem: izolacja i kwarentanna).

Na czeski system zdrowia publicznego składają się: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, dwa Regionalne Urzędy Zdrowia Publicznego (Ostarwa i Usti) i Regionalne Instytuty Zdrowia Publicznego, z których wszystkie są bezpośrednio podporządkowane i zarządzane przez Ministerstwo Zdrowia (3). Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego został ustanowiony na mocy artykułu 86 omawianej ustawy nr 258/2000. Misją i główne zadania Instytutu określono w art. 86 ust. 2 i 3 ustawy nr 258/2000 oraz na mocy statutu. Zgodnie z tymi przepisami Instytut ma przygotować podstawowe informacje niezbędne do kształtowania polityki zdrowia publicznego i promocji zdrowia. Ponadto Instytut bierze udział w realizacji zadań w zakresie higieny, epidemiologii, toksykologii i mikrobiologii (5).

Regionalne Instytuty Zdrowia Publicznego mają swoje siedziby w takich miastach jak: Praga, Kolín,

Czeskie Budziejowice, Pilzno, Karlowe Wary, Pardubice, Jihlava, Brno, Ołomuniec, Ostrawa i Zlín. Są odpowiedzialne za szereg usług w zakresie zdrowia publicznego, w tym epidemiologicznych, nadzór, logistykę szczepień oraz certyfikaty i zezwolenia (4).

Na początku 2014 roku Czechy przyjęły w drodze rezolucji National Strategy for Health Protection and Promotion and Disease Prevention (5, 6), która bazuje na dokumencie WHO Health 2020. Istotne jest to, że Narodowa Strategia Czech została przyjęta przez Radę Ministrów i Parlament, co oznacza, że zdrowie w Czechach jest priorytetem, niezależnym od zmian politycznych. Obecna Strategia ma dwa główne cele: jeden dotyczy poprawy zdrowia populacji, ograniczenia zachorowalności i przedwczesnych zgonów oraz zmniejszenia nierówności w zdrowiu, a drugim celem jest zapewnienie poprawy zarządzania na rzecz zdrowia w sektorze publicznym oraz włączenie w podejmowanie decyzji całego społeczeństwa, społeczności oraz jednostek. Kluczowy dokument, jakim jest Narodowa Strategia, określa też zgodne z tymi celami priorytety. Wyróżnia się cztery obszary priorytetowe: (a) inwestowanie w zdrowie i profilaktykę w cyklu życia człowieka, upodmiotowienie osób, tworzenie bezpiecznego i zrównoważonego środowiska umożliwiającego osiągnięcie pełnego potencjału zdrowotnego, (b) przeciwdziałanie chorobom zakaźnym i niezakaźnym, monitorowanie sytuacji zdrowotnej ludności, (c) wzmacnianie systemów zdrowotnych skoncentrowanych na pacjencie, zapewnienie dostępu do usług zdrowotnych, ciągłe monitorowanie zagrożeń i zabezpieczenie reagowania kryzysowego, monitorowanie i gotowość reagowania w sytuacjach kryzysowych, (d) budowanie adaptatywnych społeczności lokalnych wspierających działania na rzecz zdrowia.

Koordynatorem realizacji postanowień tego dokumentu jest minister zdrowia. Inni ministrowie, właściwi ze względu na opisane w nim działania, są zobowiązani do współpracy. Ponadto dla realizacji w Czechach dokumentu Health 2020 została powołana Ministerialna Grupa Robocza Ochrony i Promocji Zdrowia oraz Profilaktyki Chorób jako organ doradczy ministra zdrowia. Podstawowym celem jej działania jest wdrożenie strategii krajowej oraz zapewnienie wskazówek metodycznych dla ministra zdrowia oraz koordynacja i szczegółowe określenie krótkoterminowych (w połowie okresu realizacji) i długoterminowych działań w zakresie ochrony i promocji zdrowia oraz zapobiegania chorobom.

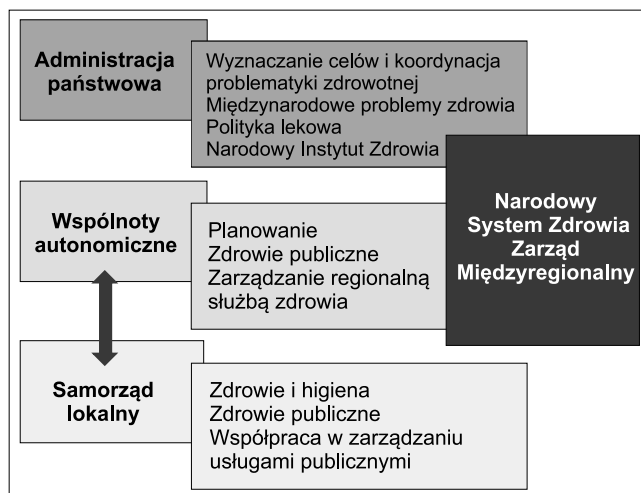
Narodowa Strategia stanowi sformułowaną dość ogólnie podstawę do działań w zakresie zdrowia publicznego. Kolejne zaś dokumenty wdrożeniowe (plany działania lub inne dokumenty strategiczne) dostarczają szczegółowych informacji na temat ochrony i promocji zdrowia, a w szczególności określają cele, mechanizmy odpowiedzialności, wskaźniki i wymogi finansowe.

Dokument ten jest wieloletnim programem poprawy zdrowia ludności Czech.

HISZPANIA

Organizacja działań w obszarze ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej, w tym zdrowia publicznego, w Hiszpanii odzwierciedla dużą autonomię regionów (wspólnot autonomicznych) przy jednoczesnym zachowaniu koordynacyjnej roli rządu centralnego, tj. głównie Ministerstwa Zdrowia (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), który określa politykę państwa w przedmiotowym zakresie (7). Do planowania rozwoju własnej narodowej służby zdrowia Hiszpania przyjęła założenia modelu Beveridge’a. Na decentralizację i przekazanie kompetencji w dziedzinie ochrony zdrowia do administracji regionalnej pozwala rozdział VIII Konstytucji. Jednak minimalny pakiet świadczeń gwarantowanych we wszystkich regionach określa rząd. Pakiet składa się ze świadczeń opieki podstawowej, specjalistycznej i szpitalnej, świadczeń farmaceutycznych i materiałów medycznych (8). Podstawowymi jednostkami są centra opieki zdrowotnej, w których pracują lekarze rodzinni, lekarze pediatrzy, pracownicy socjalni i administracyjni, a w pewnych przypadkach również położne i fizjoterapeuci. Centra zajmują się również promocją zdrowia i zapobieganiem chorobom (7).

W Hiszpanii usługi opieki zdrowotnej należą do kompetencji poszczególnych wspólnot autonomicznych, natomiast państwo określa podstawowe kierunki polityki zdrowotnej i zapewnia koordynację działań wspólnot autonomicznych w tym zakresie (ryc. 1). Państwo nie ingeruje w zdecentralizowany system wspólnot, a w szczególności w różnorodność form organizacji, zarządzania i usług związanych z ochroną zdrowia, ustala jedynie pewne podstawowe, wspólne dla wszystkich gwarancje na terenie całego kraju (9).



Ryc. 1. Podział kompetencji według Konstytucji Hiszpanii, Ustawy o zdrowiu i Ustawy o spójności i jakości w Narodowym Systemie Zdrowia

Źródło: NHS <http://www.msssi.gob.es/en/organizacion/sns/docs/LIBRO-BAJA.pdf>

Podstawą prawną hiszpańskiego systemu opieki zdrowotnej jest ustawa o ochronie zdrowia z 1986 roku. Ustawa ta kontynuuje opisany powyżej pro-

ces decentralizacji, który zakończył się w 2002 roku. Jednak w tym czasie pojawiły się pewne problemy w zapewnieniu kompleksowej opieki zdrowotnej oraz równego dostępu do ochrony zdrowia wszystkich obywateli zamieszkałych w różnych regionach geograficznych Hiszpanii. Tym samym mając na celu osiągnięcie wysokiego poziomu ochrony zdrowia uchwalona została ustawa o spójności i jakości Systemu Ochrony Zdrowia (2003). Powyższa ustawa reguluje również współpracę z organami zdrowia publicznego. Większość autonomicznych wspólnot ma w swojej strukturze wydział zdrowia publicznego (Generalna Dyrekcja, instytut itd.), który koordynuje usługi związane ze zdrowiem publicznym w regionie (10).

Instytucją współpracującą w zakresie ustanawiania strategii zdrowia publicznego jest Rada Wspólnot Autonomicznych do spraw Systemu Ochrony Zdrowia (Inter-territorial Council of the National Health System). Rada koordynuje sprawy zdrowotne pomiędzy autonomicznymi wspólnotami i współpracuje z Narodowym Systemem Ochrony Zdrowia. Organizuje wspólne zakupy farmaceutyków oraz niektórych świadczeń zdrowotnych oraz prowadzi wspólną politykę zatrudniania personelu medycznego. Zgodnie z ustawą o spójności i jakości Systemu Ochrony Zdrowia rada jest ciałem plenarnym składającym się z komitetów i grup roboczych. Posiedzenia plenarne odbywają się co najmniej cztery razy w roku.

Ważne komitety to:

- Komitet Zdrowia Publicznego,
- Stały Komitet Apteki,
- Komitet naukowo-techniczny Krajowego Systemu Zdrowia,
- Komitet monitorowania Funduszu Spójności Zdrowia,
- Stały Komitet ds. ubezpieczenia, finansowania i świadczenia,
- Komitet przeciwko przemocy wobec kobiet,
- Komitet Transplantacji.

Uchwały Rady Wspólnot Autonomicznych do spraw Systemu Ochrony Zdrowia są zazwyczaj podejmowane w drodze konsensusu (9).

PODSUMOWANIE

Przytoczone w pracy europejskie przykłady z Norwegii, Czech i Hiszpanii pokazują nam, że w obszarze zdrowia publicznego są możliwe wyczerpujące i funkcjonalne unormowania ustawowe. Wskazują one na dobre praktyki i rozwiązania, które są potrzebne również w Polsce. Uchwalona 11 września 2015 roku polska ustawa o zdrowiu

publicznym to dopiero początek legislacyjnych zmian w tym obszarze.

W polskiej ustawie rozwiązania dotyczące realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego są zbyt zachowawcze i w praktyce niewiele nowego wnoszą do realizowanych poprzednio. Brak jest rozwiązań opartych na analizie dotychczasowych barier w realizacji ww. zadań, jak również działań odnoszących się do zdrowia publicznego zapisanych w innych ustawach. Natomiast czeska National Strategy for Health Protection and Promotion and Disease Prevention opiera się na analizie danych oraz zapewnieniu wskazówek metodycznych dla ministra zdrowia, który koordynuje krótko- i długoterminowe działania w zakresie ochrony i promocji zdrowia oraz zapobiegania chorobom. Strategia to program wieloletni.

Do działań z zakresu zdrowia publicznego potrzebna jest współpraca, która w sposób spójny i efektywny została rozwiązana w Hiszpanii. Istniejąca tam Rada Wspólnot Autonomicznych do spraw Systemu Ochrony Zdrowia koordynuje wszystkie sprawy zdrowotne pomiędzy autonomicznymi wspólnotami oraz na tym polu współpracuje z Narodowym Systemem Ochrony Zdrowia. Podstawowe jednostki tego systemu – centra opieki zdrowotnej – zajmują się również promocją zdrowia i zapobieganiem chorobom. W polskiej ustawie brak jest wskazania na świadczeniodawców jako grupy bardzo istotnej w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego. Wydaje się celowe wyraźne wskazanie w przepisach ustawy o zdrowiu publicznym, że zarówno osoby wykonujące zawody medyczne, jak i podmioty lecznicze są wykonawcami zadań z zakresu edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki chorób.

Na szczególną uwagę zasługuje The Norwegian Public Health Act, która pokazuje, że można jasno sformułować normy wskazujące obligatoryjne zadania z zakresu zdrowia publicznego dla szczebla najbliższego obywatelowi, czyli dla gminy i hrabstwa. Polska ustawa o zdrowiu publicznym, jak i załącznik w postaci Narodowego Programu Zdrowia w sposób „miękki” wskazują na te jednostki administracji publicznej i samorządu terytorialnego jako realizatorów tych zadań. Oczywiście związane jest to z brakiem wskazania w ustawie środków finansowych przekazywanych samorządom gmin i powiatów na realizację konkretnych działań. W tym aspekcie ustawa o zdrowiu publicznym nie stanowi istotnego postępu w stosunku do poprzednich rozwiązań.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. Dz. U. z 2015 r. poz. 1916.
2. The Norwegian Public Health Act; <http://app.uio.no/ub/ujur/oversatte-lover/data/lov-20110624-029-eng.pdf> (dostęp z dnia: 18 stycznia 2016 r.).
3. Health Systems in Transition, Czech Republic – Health system review. WHO Regional Office for Europe 2009; 11(1).
4. The Public Health Protection Act No. 258/2000 Coll; http://esdac.jrc.ec.europa.eu/Library/Themes/Contamination/workshop_Nov2003/legislation/CzechPublicHealthProtection.doc (dostęp z dnia: 30 marca 2016 r.).
5. Statutes of the National Institute of Public Health; http://www.ianphi.org/documents/pdfs/Czech_republic_Law.pdf (dostęp z dnia: 30 marca 2016 r.).

6. National Strategy for Health Protection and Promotion and Disease Prevention published by the Ministry of Health of the Czech Republic, Prague 2014; [Health_2020__National_Strategy_for_Health_Protection_and_Promotion_and_Disease_Prevention%20\(4\).pdf](#) (dostęp z dnia: 18 stycznia 2016 r.).
7. Ministeria de Sanidad; <http://www.msssi.gob.es/organizacion/ministerio/home.htm> (dostęp z dnia: 19 stycznia 2016 r.).
8. Kozierekiewicz A, Pinkas J: Systemy ochrony zdrowia. [W:] Cianciara D (red.): Zdrowie publiczne. Wyd. CMKP, Warszawa 2010: 50.
9. Health Systems in Transition, Spain – Health system review. WHO Regional Office for Europe 2010; 12(4).
10. Spanish National Health System, Ministeria de Sanidad; <http://www.msssi.gob.es/en/organizacion/sns/docs/LIBRO-BAJA.pdf> (dostęp z dnia: 19 stycznia 2016 r.).

otrzymano/received: 04.04.2016
zaakceptowano/accepted: 25.04.2016