Prof. dr hab. n. med. Andrzej Szpak
Zakład Epidemiologii i Biostatystyki
Instytut Medycyny Wsi
w Lublinie

**Recenzja**
**rozprawy doktorskiej magister Jolanty Demidowicz**
**zatytułowanej:**
**„Rola władz powiatu w realizacji Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015 na przykładzie profilaktyki i promocji zdrowia"**
**na zlecenie:**
**Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**
**promotor pracy: dr hab. n. med. Piotr Tyszko**

Rola profilaktyki w oparciu o dowody naukowe i historię chorób infekcyjnych i nieinfekcyjnych nie podlega dyskusji. Tymczasem dotychczas funkcjonujące strategie populacyjne przeciwdziałające chorobom cywilizacyjnym w wielu krajach świata oraz w Polsce nie przynosiły oczekiwanych rezultatów, być może z powodu jeszcze niedostatecznej wiedzy odnośnie zagadnień mechanizmów i uwarunkowań skutecznej implementacji tych strategii do populacji.

**1. Charakterystyka i ocena formalna rozprawy.**

Rozprawa doktorska magister Jolanty Demidowicz zatytułowana: *„Rola władz powiatu w realizacji Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015 na przykładzie profilaktyki i promocji zdrowia"* pod względem struktury ma wszystkie części charakterystyczne dla pracy oryginalnej, choć rozdziały: I, II i III mogły z powodzeniem stanowić część *Wstępu.*

Tekst dysertacji 213 stronicowy zawiera: *Wstęp* posiadający *Wprowadzenie*, *Cel pracy* oraz *Metody i wykorzystany materiał*, następnie trzy rozdziały omawiające historię ochrony zdrowia na ziemiach polskich oraz funkcjonowanie w Polsce kolejnych Narodowych Programów Zdrowia, rozdział czwarty przedstawiający *Wyniki* i ich *Omówienie* oraz *Podsumowanie i wnioski, Bibliografię i normatywne druki urzędowe, Streszczenie* w języku polskim i angielskim. Praca zawiera *Spis tabel i rysunków, Spis treści i wykaz skrótów, który* zamieszczony został na początku pracy. W *Załączniku* zawarty jest *List do starostów* i *Kwestionariusz ankiety.*

Język recenzowanej rozprawy jest poprawny, należy podkreślić spójność treści i jej logiczną sekwencję. Używane pojęcia są merytoryczne w ramach omawianej tematyki. W ocenie redakcyjnej widoczna jest staranność edytorska pracy, przy drobnych błędach literowych tekstu.

**2. Charakterystyka i ocena merytoryczna rozprawy.**

Tematyka dysertacji dotyczy problematyki uwarunkowań historycznych i społecznych procesów implementacji społeczeństwu polskiemu troski o zdrowie na etapie profilaktyki i promocji zdrowia, koncentrując się szczególnie na realizacji przez samorządy powiatowe celów NPZ 2007-2015.

**2.1. Trafność wyboru tematu i aktualność podjętej w dysertacji tematyki badawczej.**

Przy wprowadzeniu w tematykę dysertacji Doktorantka wykorzystała 159 pozycji piśmiennictwa i 78 normatywnych druków urzędowych.

Części dysertacji Doktorantki *Wprowadzenie* oraz *Rozdziały: I, II i* III przedstawiają ciąg wydarzeń historycznych i społecznych zachodzących w populacji polskiej, dotyczących realizacji troski o zdrowie, poczynając od czasów I RP po czasy nam współczesne oraz kolejne Narodowe Programy Zdrowia.

Rozdział pierwszy, opracowany w oparciu o 54 pozycje źródłowe, posiada 31 stron. Doktorantka omówiła w nim kształtowanie się podmiotów realizujących zadania ochrony zdrowia w okresie I Rzeczypospolitej oraz w okresie rozbiorów Polski, kiedy samorząd terytorialny we współczesnym rozumieniu nie funkcjonował, choć występowało dużo działań o charakterze oddolnym.

Doktorantka podkreśliła, że dopiero w ramach II RP w okresie międzywojennym zaczął funkcjonować samorząd terytorialny: gminny, powiatowy i wojewódzki. Struktury państwowe, zgodnie z Konstytucją z 17 marca 1921 roku zapewniały obywatelom opiekę w szerokim zakresie, także w odniesieniu do problemów zdrowotnych, jednakże to samorządy powiatowe miały obowiązek utrzymywania szpitali i lecznictwa otwartego. Doktorantka opisała jak z inspiracji samorządów na najniższym szczeblu powstawały spółdzielnie zdrowia, Kasy Chorych. Ostatniej regulacji dotyczącej ochrony zdrowia w okresie międzywojennym *ustawie z dnia 15 czerwca 1939 roku o publicznej służbie zdrowia* Doktorantka poświeciła więcej uwagi wskazując, iż w oparciu o jednostkę fachową, w postaci Ośrodka Zdrowia, były realizowane zadania zarówno z zakresu opieki lekarskiej, jak i w dużym zakresie z zakresu profilaktyki oraz higieny. Doktorantka podkreśliła,

że struktury te przejściowo również funkcjonowały w Polsce przez pewien okres po zakończeniu II wojny światowej.

Doktorantka scharakteryzowała okres PRL cechujący się funkcjonowaniem państwowej służby zdrowia, w założeniu realizującej całość zadań ochrony zdrowia, w tym profilaktykę chorób i oświatę zdrowotną.

Okolicznościom towarzyszącym odtwarzaniu się w Polsce po 1989 roku struktur samorządowych Doktorantka poświęciła dużo miejsca z tytułu 10-letniego okresu ukazywania się regulacji ustawowych powołujących trzy poziomy organów samorządowych, zawierających zakres ich obowiązków, w tym zadania dotyczące obszaru opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego. Doktorantka podkreśliła, że samorząd powiatowy reprezentowany przez radę powiatu i zarząd powiatu uzyskał ustawowe zadania z zakresu ochrony zdrowia i promocji zdrowia oraz obowiązek organizowania i sprawozdawczości z realizacji programów zdrowotnych.

Rozdział II, liczący 36 stron, opracowany w oparciu o 65 cytowanych źródeł, Doktorantka poświęciła genezie Narodowych Programów Zdrowia w Polsce, które uwzględniały koncepcję WHO w zakresie realizacji polityki zdrowotnej. Pierwszy program nazwany Narodowym Programem Zdrowia został przyjęty do realizacji w 1990 roku i zawierał 8 celów strategicznych oraz 15 celów szczegółowych, a głównymi wskazanymi wykonawcami były ministerstwa i urzędy centralne. Doktorantka podkreśliła, iż program ten nie zakładał ram czasowych osiągnięcia wyznaczonych celów. Po trzech latach funkcjonowania NPZ z 1990 roku został znowelizowany. Doktorantka porównując oba NPZ określiła je, w zakresie formy i treści merytorycznych, jako deklaratywne, natomiast pod względem koncepcji NPZ z 1993 roku oceniła na bardziej dojrzały.

Następny funkcjonujący w Polsce NPZ na lata 1996-2005, jak skomentowała Doktorantka, powstał wprawdzie na bazie doświadczeń obu wyżej wymienionych wcześniejszych NPZ, lecz był już celem długofalowym i był oparty na koncepcji promocji zdrowia. Doktorantka dokonała oceny realizacji poszczególnych celów tego NPZ, przytaczając fakty oraz publikacje naukowe wskazujące na pewne jego sukcesy, chociaż ostatecznie we wszystkich założonych celach operacyjnych nie osiągnięto zakładanych parametrów. Doktorantka oceniła formalną konstrukcję NPZ 1996-2005 za nowoczesną i przejrzystą, wskazując, że mankamentem rzutującym na jego wyniki końcowe był brak przydzielonych środków finansowych na realizacje sformułowanych celów.

Doktorantka w III rozdziale (35 stron) omówiła, wykorzystując 56 cytowanych źródeł, kolejną przyjętą i realizowaną strategię zdrowotną - NPZ na lata 2007-2015, będącą przedmiotem analiz w dysertacji w zakresie jej realizacji przez samorządy powiatowe. Po przedstawieniu celu głównego Doktorantka omówiła cele strategiczne i operacyjne, poświęcając najwięcej miejsca *Celom i zadaniom NPZ w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia*, będących w dysertacji przedmiotem szczegółowych analiz i ocen pod względem ich realizacji przez samorządy powiatów. Doktorantka podkreśliła, że zagadnienia te były w kompetencji głównie samorządu powiatowego i gminnego, ze względu na bezpośredni dostęp i możliwość objęcia programem całej populacji mieszkańców gminy lub powiatu. Doktorantka stoi na stanowisku, iż *„potencjał placówek ochrony zdrowia, oświatowo kulturalny, który jest w gestii samorządu terytorialnego jest ogromny"* w odniesieniu do realizacji przede wszystkim profilaktyki i promocji zdrowia, głównie poprzez łatwy dostęp do mieszkańców. Doktorantka postuluje jednocześnie, mając na uwadze nie w pełni zrealizowane zadania z tego zakresu, aby w każdej gminie i powiecie zafunkcjonowały centra edukacji i promocji zdrowia, obsadzone odpowiednio przygotowaną merytorycznie kadrą. Najefektywniejsze rezultaty, wg Doktorantki, przyniosłoby realizowanie celów operacyjnych we współpracy władz rządowych, samorządowych i organizacji pozarządowych.

Należy podkreślić trafność wyboru tematu i aktualność podjętej tematyki badawczej, wobec współczesnych wyzwań cywilizacyjnych oraz wiedzy dotyczącej uwarunkowań zdrowia i chorób cywilizacyjnych, a także efektywności działań profilaktycznych i promocji zdrowia, będących częścią nowoczesnej polityki zdrowotnej.

Ocena treści wprowadzenia do problematyki dysertacji wykazuje pełne przygotowanie teoretyczne Doktorantki do podejmowania procedur badawczych dotyczących strategii zdrowotnych w wymiarze populacyjnym, mających za cel przeciwdziałanie głównym zagrożeniom zdrowotnym.

**2.2. Sformułowany cel pracy.**

Głównym celem dysertacji było poznanie i ocena aktywności samorządów powiatowych w zakresie realizacji programów zdrowotnych i uzyskanie odpowiedzi na pytanie: czy programy zdrowotne realizowane przez powiaty w okresie obowiązywania Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015 realizowały cele tego Programu.

W ramach celu głównego Doktorantka uwzględniła 6 celów pośrednich obejmujących:

- analizę i wskazanie roli samorządu terytorialnego w realizacji programów zdrowotnych;
- analizę i przedstawienie celów i realizacji Narodowych Programów Zdrowia w Polsce;
- analizę Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015 pod kątem zadań przewidzianych dla samorządu;

- zbadanie i przedstawienie szeregu aspektów aktywności samorządu powiatowego w zakresie: obecności zagadnień zdrowia w pracach organów powiatów, organizowania programów i ich finansowania, korzystania ze wsparcia merytorycznego i współpracy w realizacji programów;
- ilościową ocenę równości dostępności do programów na podstawie wskaźników liczby programów na 100000 ludności, % ludności objętej programami, kosztu na mieszkańca i kosztu na uczestnika programu;
- ocenę ilościową celów realizowanych programów przez powiaty w aspekcie celów NPZ.

Celowość podjętych badań w pełni uzasadnia przedstawione przez Doktorantkę wprowadzenie do dysertacji oraz rozdziały: I, II i III, a sformułowany cel główny oraz cele pośrednie są poprawne pod względem formalnym oraz merytorycznym i odpowiadają tytułowi pracy.

Należy podkreślić trafność wyboru tematu i aktualność podjętej tematyki badawczej, wobec współczesnych wyzwań cywilizacyjnych oraz wiedzy dotyczącej uwarunkowań zdrowia i chorób cywilizacyjnych, efektywności działań profilaktycznych i promocji zdrowia, a także prowadzenia nowoczesnej polityki zdrowotnej.

**2.3. Zastosowane metody i materiał badawczy.**

Rozdział *Materiał i metody* jest generalnie wyczerpujący w swoich treściach w odniesieniu do sprecyzowanego problemu badawczego, grupy badanej i zastosowanych metod. Metody epidemiologiczne, które występują w dysertacji Doktorantki są adekwatne i zalecane przy analizach przyjętej problematyki.

Materiał do analiz Doktorantka pozyskała z dwóch źródeł: badania ankietowego obejmującego krajowe starostwa oraz danych ze sprawozdań obowiązujących starostwa, ostatecznie trafiających do Ministerstwa Zdrowia.

Badanie ankietowe zostało przeprowadzone w roku 2012 z wykorzystaniem kwestionariusza opracowanego wspólnie przez Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Główny Inspektorat Sanitarny. Zwrot ankiet wynosił 84%. Pytania w ankiecie dotyczyły: obecności zagadnień zdrowia w pracach organów powiatów, kwestii finansowania, korzystania ze wsparcia merytorycznego i współpracy w realizacji programów zdrowotnych.

Doktorantka, po krytycznej ocenie zawartości sprawozdań samorządów powiatowych, kierowanych do wojewodów, a następnie przesyłanych do Ministerstwa Zdrowia, uznała za kompletne i sprawozdane w sposób jednoznaczny dane dotyczące: liczby zrealizowanych programów; liczby osób objętych programami; kosztach realizacji programów; celów zdrowotnych programów. W analizie zostały wykorzystane dane dotyczące programów *NPZ 2007-2015* zrealizowanych w latach 2009, 2012 i 2015. Dane z tych lat, wg Doktorantki, cechowały się najwyższą kompletnością i jednoznacznością zapisów na podstawie, których policzono następujące wskaźniki dla Polski i poszczególnych województw: liczbę programów na 100000 ludności; odsetek ludności objętej programami; koszt programu na 1 mieszkańca; koszt programu na 1 uczestnika. Obliczono również procentowy udział programów powiatowych według celów zdrowotnych w podziale na województwa.

Uważam, że rozdział *Materiał i metody* został zredagowany przystępnie, wyczerpująco i poprawnie.

Przedstawiona wyżej charakterystyka dysertacji odnosząca się do *Celu pracy* oraz *Materiału i metody* świadczy o dobrym przygotowaniu Doktorantki do prowadzenia działalności naukowo-badawczej w zakresie nauk o zdrowiu.

**2.4. Wyniki.**

Doktorantka, uzyskane w trakcie swoich badań wyniki, przedstawiła w 4 podrozdziałach liczących 40 stron. Całość rozdziału *Wyniki* Doktorantka opatrzyła czytelną formą graficzną w postaci 24 rycin i 9 tabel.

Najważniejsze informacje pozyskane przez Doktorantkę, odnoszące się do problemu zadań realizowanych przez samorządy powiatowe w latach 2009-2015, związanych z profilaktyką i promocją zdrowia, dotyczyły między innymi stopnia zaangażowania się samorządów w realizację tych zadań. Analiza tej działalności wykazała, że:

- tylko 74% samorządów powiatowych w swoich strategiach rozwoju uwzględniło zagadnienia profilaktyki i promocji zdrowia (w przedziale 43-80% w zależności od województwa),
- - 78% samorządów powiatowych omawiało zagadnienia profilaktyki i promocji zdrowia na sesjach rad powiatów (w przedziale 65-93% w zależności od województwa), przy czym 21% samorządów nie zajmowało się tym tematem w ogóle na sesjach,
- 74% samorządów powiatowych przeznaczało własne środki finansowe na działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia (w przedziale 40-90% w zależności od województwa), natomiast nie więcej niż 10% powiatów wykorzystywało środki unijne,
- specjalistów zdrowia publicznego do realizacji programów zdrowotnych zatrudniało tylko 20% samorządów powiatowych (w przedziale 0-29% w zależności od województwa),

- możliwości realizacji zadań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia w *„szerokim ich zakresie"* w samoocenie deklarowało 20% samorządów powiatowych, natomiast 75% samorządów oceniło możliwości realizacji tych zadań *„tylko w ograniczonym zakresie"*, co wynikało: w 63% z przyczyn finansowych, w 11% z nieefektywnej współpracy z AOTM i w 6% z niedoborów kadrowych.

W działalności samorządów powiatowych dotyczącej profilaktyki i promocji zdrowia, zgłoszonej w ankietach przez powiaty, Doktorantka w zakresie ich realizacji i uwarunkowań wykazała, że:

- tylko 66% samorządów powiatowych realizowało programy zdrowotne (w przedziale 50-80% w zależności od województwa), natomiast 34% samorządów takich programów nie realizowało;
- realizowane programy najczęściej dotyczyły chorób nowotworowych - stanowiły one 62% wszystkich programów, 43% programów dotyczyło przeciwdziałaniu alkoholizmowi i narkomanii, a tylko 28% programów dotyczyło chorób układu krążenia,
- inicjatorem programów realizowanych przez samorządy powiatowe w 80% było starostwo lub rada powiatu,
- ze wsparciem merytorycznym w zakresie realizacji programów spotkało się tylko 34% powiatów i była to najczęściej Państwowa Inspekcja Sanitarna,
- w przyszłych planach: 51% powiatów planowało zorganizowanie programów z zakresu chorób nowotworowych, 50% powiatów z zakresu przeciwdziałaniu alkoholizmowi i narkomanii, a tylko 25% powiatów z zakresu chorób układu krążenia.

Drugim źródłem informacji Doktorantki, dotyczącym aktywności samorządów powiatowych w latach: 2009, 2012, 2015 w zakresie realizacji programów profilaktyki i promocji zdrowia, było Ministerstwo Zdrowia. W tabeli nr 3 Doktorantka zamieściła liczbę programów zrealizowanych przez powiaty w poszczególnych województwach, liczbę osób objętych programem oraz koszty finansowe zrealizowanych programów. W analizowanych latach: 2009, 2012, 2015 nastąpiła redukcja (do 9%) liczby realizowanych programów z 1510 w 2009 roku do 135 w 2015 roku. Redukcja ta dotyczyła także liczby osób objętych programami (do 15%) oraz kosztów finansowych zrealizowanych programów (do 26%). W województwach powiaty realizowały w 2009 roku od 0 programów do 332 programów. W pozostałych latach Doktorantka wykazała również znaczące dysproporcje w liczbie realizowanych programów w granicach 12-184 w 2012 roku i w granicach 1-65 w 2015 roku. Dysproporcje między poszczególnymi województwami w liczbie programów realizowanych przez samorządy powiatowe na 100000 mieszkańców i w % ludności objętej programami były nawet 10-krotne w ramach poszczególnych badanych lat. Dysproporcje między poszczególnymi województwami tego samego rzędu dotyczyły kosztów realizacji programów przez powiaty w przeliczeniu na mieszkańca i kosztów w przeliczeniu na uczestnika (w tym przypadku różnica była kilkunastokrotna).

W podrozdziale 2.2. Doktorantka przedstawiła cele zdrowotne NPZ 2007-2015 zrealizowane przez powiaty w ramach poszczególnych województw. W stosunku do 2009 roku redukcja liczby realizowanych celów NPZ wynosiła 30% w 2012 roku i 85% w 2015 roku. Ponadto liczba poszczególnych celów NPZ, realizowanych we wszystkich powiatach, nie odzwierciedlała ich hierarchii wymienionej w celach NPZ 2007-2015. Na pierwszym i drugim miejscu, pod względem odsetka realizowanej w powiatach tematyki programów zdrowotnych, były choroby nowotworowe oraz choroby zakaźne i zakażenia, natomiast choroby naczyniowo-sercowe w kolejnych latach badań pod względem odsetka wśród wszystkich programów były w zależności od badanego roku kalendarzowego na 4-5 pozycji za: zaburzeniami psychicznymi, substancjami uzależniającymi, nikotynizmem, chorobami kostno-stawowymi, alkoholizmem. Nawet gdyby do programów zdrowotnych mających za cel choroby naczyniowo-sercowe doliczyć programy dotyczące czynników ryzyka tych chorób, to i tak ta tematyka pozostałaby, co najwyżej, na trzecim miejscu pod względem częstości wśród wszystkich programów realizowanych w latach:2009, 2012 i 2015.

Na podstawie drugiego źródła dokumentacji, uzyskanego z Ministerstwa Zdrowia, Doktorantka oceniła aktywność samorządów powiatowych w ramach województw pod kątem występowania dysproporcji w liczbie programów i ich tematyce, a także ich hierarchię względem celów strategicznych NPZ 2007-2015. W zestawieniu tematyki celów zdrowotnych NPZ realizowanych przez samorządy powiatowe w poszczególnych województwach Doktorantka wykazała, iż procentowy udział liczby programów o tematyce chorób naczyniowo-sercowych (I cel strategiczny NPZ) wśród wszystkich programów w poszczególnych 16 województwach, po zsumowaniu badań z trzech lat, był w kolejności od 2 do 13 miejsca na 14 analizowanych celów NPZ, przy medianie wynoszącej 5, tj. w kolejności na 5 miejscu wśród wszystkich realizowanych programów. Choroby nowotworowe (II cel strategiczny) występowały w kolejności od 1 do 8 miejsca, przy medianie 1, tj. był w kolejności na 1 miejscu wśród wszystkich programów. Choroby zakaźne i zakażenia (VII cel strategiczny) występowały w kolejności od 1 do 8 miejsca, przy medianie 2, tj. w kolejności na 2 miejscu wśród wszystkich realizowanych programów.

Należy podkreślić, iż duży zasób zgromadzonych danych stworzył Doktorantce możliwość przedstawienia w przyszłych publikacjach dodatkowo ich różnorodną problematykę.

**2.5. Omówienie wyników.**

W liczącym 28 stron rozdziale *Omówienie wyników* Doktorantka dokonała krytycznej oceny obszernego zasobu danych uzyskanych w badaniu.

Na początku tego rozdziału Doktorantka podsumowała zagadnienie udziału samorządów w realizacji potrzeb zdrowotnych społeczeństwa polskiego w układzie historycznym, co uważam za bardzo ważną część dysertacji. Poczynając od okresu rozbiorów Polski, poprzez II RP okresu międzywojennego oraz okres powojenny, Doktorantka wykazała, że proces dochodzenia samorządu do decydowania i realizacji potrzeb zdrowotnych ludności polskiej, w tym szczebla powiatowego, był procesem związanym ze zmianami społecznymi i politycznymi, uwarunkowanym czynnikami wewnętrznymi i zewnętrznymi. To dopiero w wyniku transformacji systemowej z początkiem lat 90. XX wieku najpierw samorząd gminny, a później samorząd powiatowy uzyskały uprawnienia i obowiązek realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia i promocji zdrowia, wynikających z potrzeb zdrowotnych mieszkańców tych struktur administracyjnych. Doktorantka przekonuje, że dopiero na bazie tego szerokiego kontekstu historycznego można zrozumieć i dokonać krytycznej oceny realizacji powyższych obowiązków, między innymi w odniesieniu do samorządu powiatowego, mając jednocześnie na uwadze to, aby z faktu oceny krytycznej wynikały wnioski pragmatyczne. W tym duchu, jak wykazała Doktorantka, dokonywały się zmiany treści i koncepcje kolejnych Narodowych Programów Zdrowia w Polsce. Uważam, iż w tym ujęciu, Doktorantka dokonała trafnej diagnozy o zakresie realizacji programów zdrowotnych przez powiaty w uzyskaniu odpowiedzi, czy realizowane programy wpisywały się w cele Narodowych Programów Zdrowia, zwłaszcza ostatniego zakończonego Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015, który był głównym celem dysertacji.

W tej części dysertacji Doktorantka wykazała niekorzystną sytuację w powiatach w zakresie realizacji ich ustawowych zadań dotyczących promocji zdrowia. Doktorantka, przytaczając uzyskane wyniki badania, wykazała, że aż ¼ samorządów powiatowych nie posiadała w swoich strategiach rozwoju zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, ¼ powiatów powyższej tematyki nie omawiała na żadnej sesji w ciągu roku, co jednocześnie wg Doktorantki tłumaczy, dlaczego ¼ samorządów powiatowych nie przeznaczało własnych środków finansowych na profilaktykę i promocję zdrowia. W dokonanej analizie Doktorantka jednocześnie wskazała, iż 60% powiatów przeznaczyło tylko 1% budżetu ochrony zdrowia na profilaktykę zdrowia i promocję zdrowia, a tylko 8% powiatów przeznaczało na ten cel więcej niż 5% tego budżetu.

Ciekawą i zaskakującą sytuację przedstawiła Doktorantka w zakresie przygotowania merytorycznego kadry samorządów powiatowych realizującej zadania dotyczące profilaktyki i promocji zdrowia, z której wynika, iż tylko 20% powiatów zatrudniało kadrę kształconą w kraju do realizacji tych zadań (kierunek zdrowie publiczne), przy czym tylko 6% powiatów zgłosiło braki kadrowe.

Jednym z ważniejszych niepokojących ustaleń Doktorantki jest wykazanie, iż samorządy powiatowe w samoocenie ujawniły, że tylko 20% z nich było w stanie realizować zadania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w szerokim zakresie, a 3/4 oceniło, że ich możliwości w tym zakresie były ograniczone, wskazując między innymi na niedostatek środków finansowych (63% powiatów), czy trudną współpracę z AOTM.

Z dokonanego oszacowania powyższej tematyki Doktorantka, na podstawie ankiet otrzymanych z 83% powiatów w kraju wykazała, że jedynie odsetek rzędu 20-25% samorządów powiatowych właściwie postrzegał problemy profilaktyki i promocji zdrowia, a także radził sobie z realizacją zadań w tym zakresie. Analiza aktywności samorządów powiatowych w ramach województw pozwoliła Doktorantce wykazać duże zróżnicowanie, pod względem ilości i zakresu tematycznego, programów dotyczących profilaktyki i promocji zdrowia dedykowanych do społeczności w ramach województwa. W tym miejscu należy podzielić wyrażony duży niepokój Doktorantki wynikający z faktu wystąpienia tych nierówności w ramach ludności na poziomie województwa oraz między poszczególnymi województwami.

Doktorantka, zajmując się zgodnością tematyczną zrealizowanych programów z ich hierarchią zapisaną w celach strategicznych NPZ 2007-2015 stwierdziła, iż udział procentowy tematyki profilaktyki i promocji zdrowia w planach powiatów nie był spójny z hierarchią celów NPZ. Przytacza na potwierdzenie tego fakt, iż programy dotyczące chorób układu krążenia zrealizowało tylko 28% powiatów i ten cel był na 6 miejscu wśród odsetka zrealizowanych wszystkich programów we wszystkich powiatach. Doktorantka przy tej okazji ujawniła, iż w planach na przyszłość samorządy powiatowe deklarowały utrzymanie dotychczasowej hierarchii tematyki programów zdrowotnych, co nie powinno ujść uwadze kreatorom polityki zdrowotnej.

Doktorantka, dysponując źródłowymi danymi z Ministerstwa Zdrowia, miała możliwość dostępu do bazy danych o bezwzględnej liczbie programów realizowanych w województwach, a także o liczbie osób objętych tymi programami, co pozwoliło ocenić potencjalną skalę oddziaływania tych programów. Biorąc pod uwagę te dane, Doktorantka stwierdziła, że największą aktywność w zakresie realizacji programów profilaktyki i promocji zdrowia przejawiały powiaty województwa śląskiego, a także stosunkowo wysoką

aktywnością wykazały się powiaty województw: mazowieckiego, małopolskiego, pomorskiego i warmińsko-mazurskiego.

Dane o liczbie programów realizowanych przez powiaty w ramach województw wykazały znaczną zmienność w poszczególnych latach badania, nawet przy stosunkowo wysokiej ich aktywności, biorąc pod uwagę liczbę zrealizowanych programów przez powiaty województw: mazowieckiego, małopolskiego, pomorskiego i warmińsko-mazurskiego. Zróżnicowanie między województwami było widoczne w liczbie programów na 100000 ludności, a także w czasie kolejnych lat, gdyż liczba ich zmniejszyła się od blisko 4 w roku 2009, do zaledwie 0,35 programu w roku 2015, tj. w ostatnim roku obowiązywania NPZ 2007-2015. Doktorantka w tej sytuacji wyraziła jednoznaczną opinię, iż przytoczone powyżej rozkłady realizacji programów zdrowotnych, interpretowane z punktu widzenia zmniejszania nierówności w zdrowiu, były ewidentnie niekorzystne i mogły te nierówności pogłębić.

Interesująco wypadło zestawienie dokonane przez Doktorantkę, porównujące liczbę programów na osobę w roku z liczbą porad lekarskich podczas roku. W odniesieniu do 2012 roku Doktorantka podała, iż skala oddziaływań programu zdrowotnego na populację w stosunku do oddziaływań wynikających z porad lekarskich miały się jak 1 do 1030. Towarzyszyła powyższym relacjom również identyczna relacja, w skali kraju, kosztów programów zdrowotnych na jednego mieszkańca do całkowitych kosztów ochrony zdrowia, która w tym przypadku wynosiła jak 1 do 203. W tym kontekście, Doktorantka wyraziła uzasadnione stanowisko stwierdzające, iż „możliwość uzyskania efektu zdrowotnego, wymiernego w skali zdrowia publicznego, z kosztu 1,38 zł na mieszkańca, przy porównaniu do całych kosztów ochrony zdrowia, wydaje się znikoma, a efekt ten wymyka się z możliwości pomiaru".

Doktorantka podsumowując powyżej przedstawione analizy danych o aktywności samorządów powiatowych w obszarze profilaktyki i promocji zdrowia postawiła tezę, że w świetle danych o liczbie programów, liczbie osób objętych interwencją programów i kosztach programów, możliwości oddziaływania na zdrowie, w mechanizmie interwencji programu zdrowotnego są znikome, bądź niemierzalne w skali zdrowia publicznego.

Ciekawą częścią tej części dysertacji Doktorantki są wnioski z analizy dokumentacji samorządów powiatowych przesłanej do Ministerstwa Zdrowia dotyczące niezgodność hierarchii ośmiu celów strategicznych wymienionych w NPZ z częstością ich rzeczywistej realizacji przez samorządy powiatowe w ramach województw. W programach zdrowotnych zrealizowanych w województwach przez samorządy powiatowe najczęściej uwzględniana była tematyka nowotworów złośliwych, na drugim miejscu programy dotyczyły chorób zakaźnych i zakażeń, a w przypadku chorób naczyniowo-sercowych tematyka ta była dopiero na 5 miejscu pod względem częstości i stanowiły one zaledwie 8,81% wszystkich programów (podczas gdy był to pierwszy cel strategiczny NPZ). Przy tym Doktorantkę zaskoczył fakt, iż brak było programów dotyczących *„zmniejszenia różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji"*, co było celem strategicznym NPZ 2007-2015.

Zapoznając się z rozdziałem *Omówienie wyników* należy podkreślić duży krytycyzm Doktorantki, mający pokrycie w faktach, odnośnie zagadnień będących przedmiotem własnych badań.

**2.6. Wnioski.**

Wyniki własnych badań oraz krytyczna ich weryfikacja dokonana w *Omówieniu wyników* pozwoliły Doktorantce sprecyzować ostatecznie 8 wniosków o charakterze poznawczym, uzupełnionych 3 wnioskami aplikacyjnymi.

Wnioski poznawcze są odzwierciedleniem uzyskanych przez Doktorantkę własnych wyników, są one kompletne, a także w pełni korespondują z przyjętymi celami badania oraz tytułem dysertacji.

Do najważniejszych wniosków poznawczych wynikających z dysertacji należy zaliczyć wykazanie, iż:

- W skali kraju jedynie 20-25% powiatów właściwie postrzegała problemy profilaktyki i promocji zdrowia, a także radziła sobie z realizacją zadań z tego zakresu.
- Zakres tematyczny programów realizowanych i programów planowanych w sensie kierunkowym pokrywał się z celami Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015, jednak rozkład procentowy tych programów nie był spójny z hierarchią celów określoną w NPZ 2007-2015.
- Dane: o liczbie programów, liczbie osób objętych interwencją programów i kosztach programów wskazują, że możliwości oddziaływania na zdrowie, w mechanizmie interwencji programu zdrowotnego były znikome, bądź niemierzalne w skali zdrowia publicznego.
- Państwowa Inspekcja Sanitarna w działaniach na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia w największym stopniu, jako instytucja zewnętrzna, wspomagała realizację samorządowych powiatowych programów zdrowotnych.
- Zróżnicowanie między województwami, w zakresie realizacji zagadnień profilaktyki i promocji zdrowia nie było korzystne z punktu widzenia celu głównego Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015, zawierającego element zmniejszania nierówności w zdrowiu. Zdiagnozowana sytuacja w zakresie

realizacji programów zdrowotnych nie przyczyniła się do zmniejszania nierówności w zdrowiu, a może je nawet utrwaliła.

- W koncepcji realizacji celów Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015 nie przewidziano w dostatecznym stopniu wykorzystania mediów w procesie komunikacji społecznej.

W ramach wniosków praktycznych z perspektywy zdrowia publicznego Doktorantka postuluje:

- szersze wykorzystanie mediów w procesie komunikacji społecznej w realizacji celów polityki zdrowotnej;
- opracowanie i wdrożenie mechanizmów zapewniających zgodność celów programów realizowanych przez samorządy z aktualną hierarchią celów polityki zdrowotnej państwa, przy zachowaniu zasad samorządności;
- opracowanie i wdrożenie mechanizmów przeciwdziałania możliwości niekorzystnego oddziaływania programów (polityki zdrowotnej) realizowanych przez samorządy na ograniczanie nierówności w zdrowiu.

**2.7. Wykorzystanie i znajomość literatury.**

W dysertacji Doktorantka wykorzystała różnorodne źródła bibliograficzne (159 pozycji) dotyczące obszaru wiedzy nauk o zdrowiu i medycyny, wymagające dużego nakładu pracy i zaangażowania przy opracowaniu zagadnienia. Należy podkreślić właściwy dobór bibliografii, normatywnych druków urzędowych (78 pozycji), źródeł internetowych oraz ich poprawne interpretowanie. Cytowane publikacje pochodzą z krajowych i zagranicznych czasopism.

**3. Podsumowanie i wniosek końcowy.**

Reasumując stwierdzam, że przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska magister Jolanty Demidowicz *„Rola władz powiatu w realizacji Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015 na przykładzie profilaktyki i promocji zdrowia"* stanowi oryginalne cenne i ciekawe opracowanie naukowe, o dużej wartości utylitarnej w zakresie nauk o zdrowiu. Uważam, że praca jest bardzo interesującym opracowaniem uzupełniającym wiedzę, w obszarze tak istotnym dla ochrony zdrowia jednostki i populacji. Doktorantka wykazała się przy realizacji dysertacji dużym zasobem ogólnej wiedzy teoretycznej oraz umiejętnością samodzielnego prowadzenia pracy naukowej.

Rozprawa doktorska magister Jolanty Demidowicz zatytułowana: *„Rola władz powiatu w realizacji Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015 na przykładzie profilaktyki i promocji zdrowia"* spełnia wymogi na stopień doktora określone *w art.13 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. z 2017 r. poz. 1789)* i z pełnym przekonaniem wnioskuję do Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o dopuszczenie magister Jolanty Demidowicz do dalszych etapów przewodu doktorskiego w zakresie nauk o zdrowiu.

Białystok, 08.12.2020 r.

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Szpak

Szpak Andrzej