

Mirosław Borkowski

Gdańska Szkoła Wyższa

Zdrowie publiczne a wybrane zawody związane z ochroną zdrowia

Streszczenie

Problematyka zdrowia publicznego jest skomplikowana i nie zawsze właściwie rozumiana. Najczęściej zdrowie publiczne kojarzy się z działaniami organów i instytucji w związku ze zwalczaniem zagrożeń epidemicznych, walką z alkoholizmem, narkomanią. To są jednak tylko trzy wybrane zadania, zakresy czynności będące częścią szeroko rozumianego zdrowia publicznego. Współcześnie nie mniej ważnym (a może nawet ważniejszym zadaniem) jest zapobieganie chorobom, utracie zdrowia, poprzez właściwe edukowanie społeczeństwa. Aktualnie ważnym zadaniem powinno być uświadamianie społeczeństwa a nie tylko wskazanie czynników zagrażających zdrowiu. Należy więcej miejsca i czasu, zarówno w programach szkolnych jak i społecznych poświęcić zapobieganiu chorobom, tworzeniu warunków sprzyjających prawidłowemu rozwojowi. Jednym ze sposobów osiągnięcia sukcesu w tym obszarze jest ekspansywne prowadzenie działań wchodzących w zakres „zdrowia publicznego” czy „nowego zdrowia publicznego”, takich jak m.in. promocja zdrowia, rozwój kadr medycznych — co wiąże się z potrzebą wprowadzenia na rynek pracy w ochronie zdrowia nowych zawodów medycznych i określenie ram prawnych ich funkcjonowania. Działania związane z rozwojem kadr w ochronie zdrowia warto zacząć od uchwalenia ustaw dotyczących zawodów dietetyka i kosmetologa. Uregulowanie sytuacji (nie tylko) tych zawodów, powodujące wzrost zaufania do osób wykonujących te zawody niewątpliwie wpisuje się w zakres zadań zdrowia publicznego określonego w ustawie o zdrowiu publicznym.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, zdrowie publiczne, zawody medyczne i zawody okołomedyczne, ustawa o zdrowiu publicznym.

Wstęp

Okres trwający od przełomu lat 2019/2020 do dnia dzisiejszego, przewartościował postrzeganie i rozumienie „zdrowia” oraz znaczenie pojęcia „zdrowie publiczne”. To ostatnie określenie od czasu pojawienia się zagrożenia pandemicznego COVID-19 robi „zawrotną karierę”. Można też odnieść wrażenie, że sformułowanie to, odmieniane przez przypadki we wszystkich językach świata jest dodatkowo używane do zarządzania państwem, do utrzymywania władzy i do ograniczania praw i wolności obywatelskich. Uchwalane są akty prawne wprowadzające różne obostrzenia, ustanawiające nowe obciążenia finansowe dla obywateli i przedsiębiorców, a przesłanką dla podejmowania takich rozwiązań (przez „osoby sprawujące władzę”) jest „ochrona życia i zdrowia obywateli” oraz ochrona „zdrowia publicznego”. Niestety w wielu wypadkach szafowanie tymi wyrażeniami nie znajduje uzasadnienia ani zdrowotnego, ani prawnego, a świadczyć może jedynie o nieznajomości zagadnień, i to może znaleźć swoje „uspra-

wiedliwienie”, gorzej jest, gdy takie decyzje podejmowane są celowo i dla osiągnięcia korzyści politycznych czy materialnych.

Nie ulega wątpliwości, że pandemia obnażyła słabość systemu ochrony zdrowia „wskazując” jego podstawowe problemy (nie tylko finansowe — bo jak się okazuje, istnieją rezerwy, z których można przeznaczyć niebagatelne sumy na zakup bezużytecznego sprzętu, budowę i likwidację tzw. „szpitali tymczasowych” czy dofinansowanie wybranych grup zawodowych) i braki kadrowe. Nie jest to zjawisko ani nowe, ani zaskakujące, bowiem już wielokrotnie mieliśmy do czynienia z sytuacjami wymuszanego zasilania finansowego służby zdrowia. Problemem jest celowość takich działań oraz ich skuteczność mierzona chociażby liczbą zachorowań, zgonów czy osób korzystających ze świadczeń. Lepszym rozwiązaniem jest chyba racjonalne wydatkowanie środków finansowych a przede wszystkim zwiększanie ilości osób mogących wykonywać świadczenia medyczne i okołomedyczne, które wpłyną na poprawę jakości życia społeczeństwa, co w prosty sposób przekładać się będzie na życie i zdrowie obywateli a tym samym pozytywnie wpłynie na zdrowie publiczne.

Zdrowie publiczne — pojęcie i „model polski”

W literaturze oraz w doktrynie wielokrotnie podejmowano już próby zdefiniowania tego zagadnienia. Najkrócej, zdrowie publiczne można określić jako obszar zdrowia społeczeństwa obejmujący między innymi edukację zdrowotną społeczeństwa, zorganizowane, instytucjonalne zabezpieczenie zdrowia obywateli, podejmowanie przez państwo działań mających na celu ochronę życia i zdrowia społeczeństwa (wszystkich obywateli a nie jednostek).

Wyznaczając miejsce zdrowia publicznego w krajowych systemach ochrony zdrowia, zazwyczaj bierze się pod uwagę definicję przedstawioną w 1920 r. przez profesora C.E.A. Winslowa, który określił je jako: *nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego poprzez wysiłek społeczności, higienę środowiska, kontrolę zakażeń, nauczanie zasad higieny indywidualnej, organizacje służb medycznych i pielęgniarskich ukierunkowaną na zapobieganie chorobom i wczesną diagnozę, rozwój mechanizmów społecznych zapewniających każdemu indywidualnie i społeczności poziom bytowania umożliwiający utrzymanie zdrowia i długotrwałe życie*¹.

Nie bez znaczenia dla właściwego postrzegania zdrowia publicznego, a przede wszystkim określania roli poszczególnych podmiotów w procesie ochrony zdrowia publicznego są także późniejsze próby modyfikacji przywołanej powyżej definicji, które zapewne wpłynęły na kształt i brzmienie regulacji dotyczących zdrowia publicznego, m.in. zawartych i związanych z przepisami tworzącymi i konstytuującymi podstawy ochrony zdrowia w Unii Europejskiej. Ograniczając (ze względów redakcyjnych) dalsze rozważania dotyczące historii samej definicji i zakresu zdrowia publicznego, podkreślić należy, że zarówno definicja, jak i „instytucja” zdrowia publicznego na trwałe zagościły w ustawodawstwie międzynarodowym, unijnym — a przez to i krajowym — państw

¹ M.J. Wysocki, M. Miller, *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, nr 57, s. 505–512 i literatura tam wskazana.

członkowskich UE. Takie unormowania odwołujące się do zdrowia znalazły się przede wszystkim w art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (wersja skonsolidowana Dz. Urz. UE C 202 z 7.06.2016 r., s. 47; dalej zamiennie: ToFUE), jak i w art. 35 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej (wersja skonsolidowana: Dz. Urz. UE C 202 z 7.06.2016 r., s. 389, dalej zamiennie: K.P.P.). O ile żadnych wątpliwości nie rodzi regulacja zawarta w Traktacie o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, to nie można bez uwag przejść nad artykułem zawartym w Karcie praw podstawowych.

Tytuł XIV Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej złożonego z jednego artykułu (art. 168) brzmi: „Zdrowie publiczne”, a w jego treści dotyczącej ochrony zdrowia znajdują się zarówno bezpośrednie odwołania do zdrowia publicznego, jak i sformułowania wiążące się z treścią definicji i zakresem zdrowia publicznego *sensu largo*. Z treści artykułu wynika, że poprawa zdrowia publicznego realizowana przez „polityki i działania Unii” jest jedynie działaniem uzupełniającym polityk krajowych (art. 168 ust. 1 akapit 2), a Unia i Państwa Członkowskie sprzyjają współpracy (...) w dziedzinie zdrowia publicznego (art. 168 ust. 3). Dodatkowo niektóre instytucje Unii Europejskiej (Parlament i Rada) przy zastosowaniu odpowiedniej procedury, mogą *ustanawiać środki zachęcające (...), których bezpośrednim celem jest ochrona zdrowia publicznego* (art. 168 ust. 5 ToFUE). Zastanawiać może jednak, w tym przypadku, ograniczenie obszaru ochrony zdrowia publicznego do (...) *związku z tytoniem i nadużywaniem alkoholu (...)*.

Nieco inaczej ma się rzecz z art. 35 Karty praw podstawowych — nie ma bowiem w nim wyraźnego przywołania „zdrowia publicznego”. Artykuł ten powinien być raczej odbierany jako regulacja dotycząca „indywidualnego” prawa do ochrony zdrowia, co potwierdzać może tytuł tej jednostki redakcyjnej — „ochrona zdrowia”. Oczywiście, taki tytuł a przede wszystkim treść tego artykułu, ani nie umniejsza rangi tej regulacji, ani nie może być ona postrzegana jako instytucja funkcjonująca w oderwaniu od „zdrowia publicznego”.

Zestawianie tych dwóch dokumentów i artykułów (168 ToFUE i 35 K.P.P.) może być potwierdzeniem problemu jakim jest umiejscowienie „zdrowia publicznego” w systemie ochrony zdrowia i ochrony praw człowieka oraz przypisania mu właściwego zakresu.

Szeroki zakres „zdrowia publicznego” wynikający z definicji Winslowa potwierdzany jest w różnych opracowaniach, badaniach czy pracach naukowych. Próby uporządkowania przepisów prawnych związanych ze zdrowiem publicznym, podejmowane były wielokrotnie a jeden z efektów takich działań znajduje się m.in. w pracy R. Roemer, w której to wyodrębniono²:

- a) przepisy związane z ochroną środowiska (zdrowie środowiskowe) a dotyczące m.in.: walki z hałasem, odpadami medycznymi, ochroną gleby, wymaganiami higienicznymi i zdrowotnymi, określaniem wymogów higienicznych i zdrowotnych zakładów żywieniowych (...);

²R. Roemer, *Comparative national public health legislation*, (w): *Public Health*, Oxford University Press, Oxford 1997, za: S. Poździoch, *Prawo zdrowia publicznego zarys problematyki, Zdrowie i Zarządzanie*, Kraków 2004, s. 20–21. Na potrzeby artykułu kolejność grup, w porównaniu z cytowaną pracą, została zmieniona, a ich opis skrócony.

- b) przepisy prawne w zakresie żywności i leków (...),
- c) przepisy prawne dotyczące organizacji i funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej (...),
- d) przepisy prawne regulujące zapobieganie i zwalczanie chorób zawodowych ich rejestrację, obowiązkowe szczepienia ochronne, badania kontrolne,
- e) przepisy chroniące zdrowie psychiczne (...),
- f) przepisy prawne w zakresie prokreacji, określające zasady dopuszczalności przerwania ciąży,
- g) przepisy prawne dotyczące problemów etycznych w zdrowiu publicznym, określające tak fundamentalne kwestie, jak prowadzenie eksperymentów medycznych na chorych i osobach zdrowych, badania genetyczne, sztuczne podtrzymywanie życia, eutanazji, zmiany płci,
- h) przepisy prawne w zakresie wykonywania zawodów medycznych, regulujące zasady i formy kształcenia, odbywania stażu podyplomowego, uzyskiwania tytułu specjalisty, prawa i obowiązki lekarzy, pielęgniarek, położnych, farmaceutów, zasady odpowiedzialności zawodowej, procedurę postępowania przed sądami lekarskimi, aptekarskimi, pielęgniarek i położnych, i
- i) przepisy prawne związane z promowaniem zachowań prozdrowotnych, edukacją zdrowotną, promowaniem zdrowej ekologicznej żywności, walką z nikotynizmem i alkoholizmem.

Jak już wspomniano powyżej, w nauce podejmowano wielokrotnie próby zdefiniowania „zdrowia publicznego”, biorąc jednak pod uwagę wskazane powyżej chociażby próby dookreślenia jego zakresu, nie może dziwić, że większość z nich ma charakter ogólny wręcz lapidarny. Podobnej konstatacji można użyć w stosunku do np. wielu programów i strategii opracowywanych na poziomach krajowych oraz unijnych. Bardzo szeroki zakres i całościowe podejście do ochrony zdrowia, jego promocji cechuje pojęcie „Nowego Zdrowia Publicznego” jako określenia i koncepcji³. Powszechnie⁴ przyjęta definicja „nowego zdrowia publicznego” sformułowana przez M. Wysockiego i M. Miller, a oparta na definicji sformułowanej w 2000 r. przez T.H. Tulchinsky i T.A. Varavikova, do obszaru nowego zdrowia publicznego jako *nauki i kompleksowego postępowania zmierzającego do zachowania i umacniania zdrowia ludności, zalicza m.in. kształtowanie nawyków zdrowego stylu życia, realizację programów promocji zdrowia, kontrolę czynników ekologicznych*.

W nurt tak rozumianego zdrowia publicznego wpisała się także ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 183 z późn. zm.; dalej zamiennie: u.o.z.p.). W przedmiotowej ustawie nie znajdzie się ani odwołania do definicji „zdrowia publicznego”, ani nie ma próby tworzenia takiej definicji. Podstawowym przedmiotem ustawy jest określenie:

- a) *zadań z zakresu zdrowia publicznego,*
- b) *podmiotów uczestniczących w realizacji owych zadań,*

³ Więcej o Nowym Zdrowiu Publicznym zob. m.in. w: M.J. Wysocki, M. Miller, *Paradygmat...*, s. 505–512; J. Opolski, *Zdrowie publiczne — geneza, przedmiot i zakres. Wprowadzenie do zagadnienia*, (w:) J. Opolski (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. I, Warszawa 2011, s. 9–31.

⁴ Zob. M.J. Wysocki, M. Miller, *Paradygmat...*, s. 510–511.

c) *zasad finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego* (art. 1 ust. 1 u.o.z.p.).

Zakres ten, poprawką wchodzącą w życie z dniem 1 stycznia 2021 r., został rozszerzony o art. 1 lit. a, zgodnie z brzmieniem którego w zakres zdrowia publicznego wchodzi:

d) *określenie zasad ustalania i pobierania opłat od napojów z dodatkiem substancji o właściwościach słodzących (...) kofeiny lub tauryny w produkcie gotowym do spożycia* (ustawa z dnia 14 lutego 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów, Dz.U. poz. 1492).

Jak wynika z brzmienia przywołanej części art. 1 ustawy o zdrowiu publicznym, ustawodawca wyraźnie postrzega „zdrowie publiczne” jako system instytucji i zasad jego finansowania. Co do samej definicji, a raczej „rozumienia zdrowia publicznego”, ustawodawca (można stwierdzić, że tradycyjnie) określa, że przez „zdrowie publiczne rozumie się zadania” obejmujące:

- 1) *monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;*
- 2) *edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych;*
- 3) *promocję zdrowia;*
- 4) *profilaktykę chorób;*
- 5) *działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;*
- 6) *analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;*
- 7) *inicjowanie i prowadzenie:*
 - a) *działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego,*
 - b) *współpracy międzynarodowej dotyczącej działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego;*
- 8) *rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;*
- 9) *ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;*
- 10) *działania w obszarze aktywności fizycznej* (art. 2 w zw. z art. 1 ust. 2 u.o.z.p.).

Z tak podanych zadań zdrowia publicznego wynika m.in., że wykaz ich zgodny jest co do zasady z wytycznymi WHO czy definicjami przyjętymi w nauce i doktrynie, a po drugie, że obszar zdrowia publicznego jest niezwykle pojemny, niedookreślony — od działań naukowych, działań w obszarze aktywności fizycznej do działań informacyjno-edukacyjnych. Taki zakres, a raczej tak użyte sformułowanie, ułatwiając rozumienia pojęcia „zdrowie publiczne”, powoduje to, że odwołując się czy powołując się na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego można realizować różne cele i zadania. Należy jednak wyraźnie stwierdzić, że treść art. 2 w zw. z art. 1 ust. 2 u.o.z.p. nie może być uznany za legalną definicję zdrowia publicznego.

Z brzmienia przedmiotowej ustawy jednoznacznie wynika, że realizacja zadań z zakresu zdrowia publicznego jest obowiązkiem państwa realizowanym przez organy

administracji rządowej, państwowe jednostki organizacyjne, jednostki samorządu terytorialnego (art. 3 ust. 1 u.o.z.p.). Zadania te mogą być realizowane także przez:

- a) podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działania dotyczą spraw określonych jako realizacja zadań zdrowia publicznego,
- b) samorząd gminy oraz samorząd powiatu we współpracy z samorządem województwa,
- c) wojewodę,
- d) Narodowy Fundusz Zdrowia (art. 3 ust. 2–5 ustawy o zdrowiu publicznym).

Należy jednak dobitnie podkreślić, że niezależnie od ilości podmiotów wymienionych w u.o.z.p., to główny ciężar stworzenia odpowiedniej infrastruktury, zapewnienia finansowania a przede wszystkim „dotarcia” do osób fizycznych z przekazem związanym z ochroną zdrowia i właściwym rozumieniem i funkcjonowaniem obszaru zdrowia publicznego spoczywa na państwie.

W przywoływanym akcie prawnym ustawodawca kategorycznie wskazuje się, że jednym z zadań „z zakresu zdrowia publicznego” *jest rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego*. Nie ulega też wątpliwości, że i pozostałe zadania mogą, a nawet powinny być realizowane przez kompetentnych, wykształconych przedstawicieli różnych zawodów. Obserwując sytuację związaną z ochroną zdrowia należy stwierdzić, że państwo nie realizuje podstawowych zadań wynikających (także) z tej ustawy a konstatacja ta ograniczona zostanie w tym artykule jedynie do obszaru związanego z kadrą a raczej z jej brakiem. Sformułowany zarzut ograniczony zostanie w dalszej części materiału do wybranych zagadnień związanych z funkcjonowaniem zawodu dietetyka i kosmetologa.

Sytuacja wymienionych zawodów nie jest jednolita, a obserwacja poczynąń przedstawicieli niektórych zawodów medycznych w zakresie uregulowania zawodów dietetyka i kosmetologa jest niezrozumiała i nieprzekonywująca. Nie napawa też optymizmem niekonsekwentny sposób działania organów i instytucji powołanych do tworzenia systemu prawnego w państwie. Utrudnianie w tworzeniu regulacji prawnej zawodu dietetyka jest dodatkowo zastanawiające jeżeli przywoła się chociażby fragment uzasadnienia jednego z projektów ustawy, w którym wprost stwierdzono, że: *według danych Instytutu Żywności i Żywienia otyłość jest co roku przyczyną ok. 1,5 mln hospitalizacji w Rzeczypospolitej Polskiej, a leczenie otyłości i jej powikłań pochłania 21% budżetu przeznaczanego na ochronę zdrowia (tj. 14,5 mld zł)*⁵.

Dostrzegając taki problem na etapie tworzenia ustawy, żadne instytucje, organy państwowe, przez okres ponad 5 lat, jaki minął od uchwalenia ustawy o zdrowiu publicznym, nie uczyniły nic, aby zadbać o rozwój kadr w tym obszarze, aby uregulować sytuację prawną tego nowego, ważnego i potrzebnego zawód, którego przedstawiciele mogliby realizować część zadań z zakresu zdrowia publicznego, co niewątpliwie wpłynąć może na poprawę ogólnej sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, może wpłynąć chociażby na „ograniczenie kolejek do lekarzy”.

⁵ Fragment uzasadnienia projektu ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, www.sip.lex.pl.

Zawody medyczne

Szeroko pojęta opieka medyczna, wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Rzeczypospolitej Polskiej jest zastrzeżone dla osób posiadających szczególne uprawnienia, osób mogących wykonywać zawód medyczny. Obowiązująca ustawa o działalności leczniczej osobę wykonującą zawód medyczny definiuje jako *osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny* (art. 2 ust. 1 pkt 2).

Owe odrębne przepisy regulują obecnie wykonywanie takich zawodów, jak:

- a) lekarz i lekarz dentysta — ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 790),
- b) pielęgniarka i położna — ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 479),
- c) fizjoterapeuta — ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 553),
- d) ratownik medyczny — ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. 2020 r. poz. 882 z późn. zm.),
- e) farmaceuta — ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 974 z późn. zm.),
- f) diagnosta laboratoryjny — ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 2061),
- g) felczer — ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 742 z późn. zm.).

Na internetowej stronie ministerstwa zdrowia znajduje się obszerniejsze zestawienie regulowanych zawodów medycznych, do których zaliczono⁶:

- *asystentka stomatologiczna*,
- *dietetyk*,
- *higienistka stomatologiczna*,
- *higienistka szkolna*,
- *logopeda*,
- *opiekun medyczny*,
- *ortoptystka*,
- *protetyk słuchu*,
- *ratownik medyczny*,
- *technik analityki medycznej*,
- *technik dentystyczny*,
- *technik elektroradiolog*,
- *technik farmaceutyczny*,
- *technik masażysta*,
- *technik ortopeda*,
- *terapeuta zajęciowy*,

⁶ Ministerstwo Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/zdrowie> (dostęp: 25.08.2021 r.). Podany katalog nie zawiera żadnych wskazań podstaw prawnych.

- instruktor terapii uzależnień,
- specjalista terapii uzależnień,
- specjalista psychoterapii uzależnień,
- inspektor ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych,
- koordynator pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów,
- grzyboznawca,
- klasyfikator grzybów.

Jednak wykaz ten stosowany jest jedynie w przypadku potwierdzania kwalifikacji zawodowych w celu ich uznania w innych niż Polska państwie UE lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub Konfederacji Szwajcarskiej⁷. Z tego prostego zestawienia wynika, że ministerstwo do spraw zdrowia stosuje podwójną klasyfikację zawodów medycznych — wewnętrzną (krajową) i na potrzeby innych państw. Jednym z takich zawodów medycznych mających w Polsce nieuregulowany status jest zawód dietetyka.

Zawód dietetyka

Do tej pory zawód dietetyka nie został uznany za zawód, który powinien być objęty odrębnymi regulacjami prawnymi. W istniejącym stanie prawnym mamy regulacje kwalifikujące ten zawód w grupie zawodów medycznych np. w obowiązującym rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 227), w grupie 229 — „Inni specjaliści ochrony zdrowia” pod poz. 2293 zostali wymienieni „Dietetycy i specjaliści do spraw żywienia”⁸. W tej samej grupie (22 — specjaliści do spraw zdrowia) wymienieni zostali np. lekarze — 221.

Wymagane kwalifikacje dla dietetyka wymieniono w poz. 55 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. Nr 151, poz. 896). Do kwalifikacji tych zaliczono np. uzyskanie tytułu zawodowego magistra lub licencjata na kierunku dietetyka oraz odpowiednio długi staż w zawodzie dietetyka. Powyższe przepisy określające m.in.: zasady wykonywania zawodu dietetyka, zasady związane z uzyskiwaniem kwalifikacji do wykonywania tego zawodu, zasady i formy wykonywania zawodu wprowadzają również zróżnicowanie stanowisk. I tak w „podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami można zajmować stanowiska: starszego asystenta dietetyki, asystenta dietetyki, młodszego asystenta dietetyki, starszego dietetyka i dietetyka (kolejność wymienionych stanowisk z treścią załącznika do przedmiotowego rozporządzenia).

Można więc przyjąć, że krajowy ustawodawca i instytucje zajmujące się formułowaniem ram prawnych zawodów, zagadnienie rynku pracy w przypadku zawodu dietetyka traktują wybiórczo, instrumentalnie. Instytucje te, do „zatrudnienia” i określa-

⁷ *Ibidem*.

⁸ W przywołanej grupie ustawodawca wymienił: specjalistę do spraw dietetyki (229301), specjalistę żywienia człowieka (229302), pozostałych dietetyków i specjalistów do spraw żywienia (229390).

nia wykształcenia niezbędnego do wykonywania zawodu, przyjmują, że wykonywanie zawodu dietetyka ma z jednej strony związek z ochroną zdrowia, ale nie jest to zawód medyczny, który mimo wypracowania ram kształcenia nie może (nie powinien) być zawodem regulowanym. Po drugie, wprowadzenie podziału na zatrudnienie w „podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami” sugeruje, że mogą być przypadki zatrudniania „w zawodzie dietetyka” bez zachowania owych wymogów, co może być postrzegane jako działanie nie do końca zrozumiałe. Może bowiem być rozumiane jako wprowadzenie podziału na różnej klasy osoby (specjalistów) wykonujących takie same czynności, w różnych podmiotach, na różnym poziomie — oczywiście ze szkodą dla pacjenta.

Nie ułatwia też pojmowania problemu, tzn. wyodrębnienia zawodu „dietetyka” i postrzegania go jako typowego zawodu medycznego, kwalifikowanie „technologii żywności i żywienia” w dziedzinie nauk rolniczych⁹.

Kosmetolog

To drugi zawód związany z ochroną zdrowia wzbudzający sporo kontrowersji. W przypadku tego zawodu, w porównaniu z wymienionym zawodem „dietetyka”, sprawa wygląda nieco inaczej — nie jest to zawód wymieniony w żadnej z przywołanych powyżej klasyfikacji. Spora część przedstawicieli regulowanych zawodów medycznych, przedstawicieli doktryny czy organów władzy państwowej zajmujących się ochroną zdrowia stwierdza bowiem brak możliwości zakwalifikowania tego zawodu do grupy zawodów medycznych. Co więcej, zawód ten, którego przedstawiciele wykonują szereg czynności związanych z ochroną zdrowia *sensu largo*, nie podlega nawet ministrowi ds. zdrowia.

Jako argumenty przeciwko zaliczeniu tego zawodu do zawodów medycznych stawiane są zarzuty niewłaściwego wykonywania czynności, przekraczania a raczej wkraczania w obszar zastrzeżony dla przedstawicieli regulowanych zawodów medycznych. Niektóre z czynności wykonywanych przez kosmetologów zastrzegane są dla „medycyny estetycznej” — specjalizacji, która nie jest ujęta w wykazie specjalizacji zawodów medycznych.

Aktualny stan rozwoju nauk związanych z ochroną zdrowia, nauk technicznych wspierających czynności medyczne wydaje się przesądzać sprawę na korzyść wyodrębnienia tego zawodu. Skomplikowana budowa ludzkiego organizmu jest też przesłanką przemawiającą za możliwością i koniecznością wyodrębniania nowych zawodów zajmujących się przywracaniem i utrzymywaniem jego stanu.

Aby ukrócić wszelkie dyskusje i spekulacje związane z nieprawidłową kwalifikacją i wykonywaniem czynności¹⁰ można zastosować proste rozwiązanie — wystarczy dokonać zmian w programach nauczania na studiach I i II stopnia, zakwalifikować

⁹Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 20 września 2018 r. w sprawie dziedzin nauki i dyscyplin naukowych oraz dyscyplin artystycznych (Dz.U. poz. 1818).

¹⁰Zarzut popełniania wielu błędów przy wykonywaniu czynności upiększających jest tym, który najczęściej podnoszony jest przez część przedstawicieli środowiska medycznego, niegodzącego się na prawne uregulowanie zawodu kosmetologa. Należy jednak pamiętać, że także „błędy medyczne” są problemem towarzyszącym wykonywaniu świadczeń zdrowotnych.

(prawidłowo) dziedzinę naukową (np. tak, aby nauczanie tego zawodu odbywało się w uczelniach mających związek z naukami medycznymi), wprowadzić przedmioty, które związane są z zakresem czynności określonych dla przedstawicieli zawodu kosmetologa. Aby rozstrzygnąć spór dotyczący możliwości wykonywania określonych czynności przez przedstawicieli zawodów medycznych, należy stworzyć nowy zawód — kosmetologa i określić warunki kształcenia przyszłych przedstawicieli kolejnego zawodu medycznego o uregulowanej sytuacji, a w jego ramach wyodrębnić (co już się dzieje niejako samoczynnie) specjalności, jak np. podologów.

Oczywiście te proste rozwiązania nie mogą być akceptowane bowiem stoją w sprzeczności z ogólną polityką „zamykania zawodów medycznych”, co już samo w sobie jest działaniem niezgodnym z nakazami wynikającymi z ustawy o zdrowiu publicznym.

Zakończenie

We współczesnym świecie problematyka ochrony zdrowia zdaje się wyprzedzać działania organów i instytucji związanych z jej ochroną. Nieuniknione jest pojawianie się coraz to nowych zawodów, specjalizacji, w ramach których podejmowane będą czynności i działania ingerujące w ciało ludzkie (bezpośrednio, tak jak szczepienia, lub pośrednio, np. wprowadzanie nowych, niż zawsze właściwie sprawdzonych preparatów i substancji, np. niektóre olejki zażywane doustnie czy wdychane). W takiej sytuacji ważna jest edukacja zdrowotna, promocja zdrowia i to prowadzona na wszystkich poziomach nauczania. Działania takie muszą być także właściwie rozumiane i sensownie prowadzone przez organy i instytucje zobowiązane do tego ustawowo.

Należy więcęj uwagi poświęcić także *rozwojowi kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego*. Wprowadzenie nowych zawodów, rozszerzenie zakresu wykonywanych czynności, ujednolicenie statusu zawodów związanych z ochroną zdrowia powinno być jednym z priorytetów instytucji wymienianych w treści ustawy o zdrowiu publicznym.

Jeżeli (z niewyjaśnionych przyczyn) nie można wprowadzić rozwiązań systemowych albo wprowadzane są one z wielkimi oporami, jak np. zwiększenie liczby studentów na uczelniach medycznych, to sytuacje w ochronie zdrowia można próbować „uzdrawiać” przyjmując rozwiązania wypracowane przez samych uczestników tego procesu. Odpowiedzią na potrzeby pacjentów powinno być usystematyzowanie i ujednolicenie zachodzących przemian, zjawisk, a nie uporczywe trwanie przy standardach i zachowaniach określonych wiele lat temu.

Zaakceptowanie (oczywiście, co nie powinno być przedmiotem dyskusji — przy zachowaniu wszystkich obostrzeń, procedur mających na celu ochronę życia i zdrowia pacjenta) istniejącego stanu rzeczy może wpłynąć na lepszy dostęp do lekarzy POZ, lekarzy specjalistów, może też przyczynić się do zmniejszenia zagrożeń i wpłynąć korzystnie na stan zdrowia społeczeństwa.

Mam świadomość rangi i wagi zarzutów związanych z nawoływaniem do uregulowania i unormowania zawodów: dietetyka i kosmetologa; przekonany jestem, że jest to jeden ze sposobów poprawy zdrowia publicznego, a trwające dyskusje nad stanem i rangą tych zawodów wcześniej czy później skończą się uchwaleniem sto-

sownych ustaw normujących stan prawny tych zawodów. Potrzebne są oczywiście zmiany także w innych aktach prawnych, jak chociażby zmiana definicji „świadczenia zdrowotnego”. Jednak największy problem dostrzegam w konieczności rewizji (wręcz rewolucji) w poszerzeniu katalogu zawodów związanych z ochroną zdrowia, w stworzeniu systemu kształcenia nakierowanego na rzeczywiste potrzeby pacjentów a nie określonych środowisk.

Bibliografia

- Opolski J., *Zdrowie publiczne — geneza, przedmiot i zakres. Wprowadzenie do zagadnienia*, (w:) J. Opolski (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. I, Warszawa 2011.
- Poździej S., *Prawo zdrowia publicznego zarys problematyki*, *Zdrowie i Zarządzanie*, Kraków 2004.
- Roemer R., *Comparative national public health legislation*, (w:) *Public Health*, Oxford University Press, Oxford 1997.
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 20 września 2018 r. w sprawie dziedzin nauki i dyscyplin naukowych oraz dyscyplin artystycznych (Dz.U. poz. 1818).
- Wysocki M.J., Miller M., *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, nr 57.

Public health and selected professions related to health protection

Abstract

Public health is complex and not always properly understood. Most often, public health is associated with the activities of organs and institutions in relation to combating epidemic threats, fighting alcoholism and drug addiction. However, these are only three selected tasks, ranges of activities that are part of broadly understood public health. Nowadays, no less important (and perhaps even more important task) is to prevent diseases and loss of health through proper education of the society. Currently, an important task should be to raise the awareness of the society, and not only to identify factors threatening health. More space and time, both in school and social programs, should be devoted to disease prevention and creating conditions conducive to proper development. One of the ways to achieve success in this area is to conduct activities in the field of “public health” or “new public health” expansively, such as health promotion, development of medical staff — which is related to the need to introduce new medical professions to the labor market in health care and to define the legal framework for their functioning. Activities related to the development of human resources in health care should start with the adoption of laws on the professions of a dietitian and cosmetologist. Regulation of the situation (not only) of these professions, resulting in increased trust in people performing these professions, undoubtedly falls within the scope of public health tasks specified in the Public Health Act.

Keywords: health protection, public health, medical professions and medical-related professions, the Public Health Act.

