

Karolina SOBCZYK , Tomasz HOLECKI , Marlena ROBAKOWSKA 

ROLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO W BUDOWANIU POTENCJAŁU OBSZARÓW METROPOLITALNYCH W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA

dr n. o zdr. Karolina Sobczyk – *Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach*
Zakład Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia
Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu
ul. Piekarska 18, 41-902 Bytom
e-mail: ksobczyk@sum.edu.pl
<https://orcid.org/0000-0003-1632-7246>

dr hab. n. o zdr. Tomasz Holecki, prof. SUM – *Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach*
Zakład Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia
Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu
ul. Piekarska 18, 41-902 Bytom
e-mail: tholecki@sum.edu.pl
<https://orcid.org/0000-0003-1798-4133>

dr n. med. Marlena Robakowska – *Gdański Uniwersytet Medyczny*
Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej
ul. Dębinki 7, 80-210 Gdańsk
e-mail: mrobakowska@gumed.edu.pl
<https://orcid.org/0000-0003-4890-2794>

4

ZARYS TREŚCI: Metropolia lub obszar metropolitalny jako forma rozwoju społeczno-gospodarczego stanowi miejsce kumulacji potencjałów ludzkich, finansowych i organizacyjnych, które mogą przyczynić się do poprawy wskaźników zdrowotnych populacji. Tym samym można założyć, że właściwie realizowana polityka zdrowotna powinna uwzględniać specyfikę tych obszarów, aby wykorzystać ich możliwości prorozwojowe oraz zapobiegać zdarzeniom niepożądanym. Opracowanie dotyczy kwestii związanych z zarządzaniem publicznym w metropoliach i obszarach metropolitalnych w zakresie promocji zdrowia.

Celem badania było określenie miejsca pojedynczych jednostek samorządu terytorialnego (JST) w kompetencjach obszarów metropolitalnych, ze szczególnym uwzględnieniem zadań promocji zdrowia, poprzez analizę opinii urzędników na temat potencjału metropolii w kontekście zadań ochrony zdrowia oraz zadań z zakresu zdrowia publicznego. W opracowaniu system ochrony zdrowia, zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, oznacza zbiór aktywności, których celem jest promowanie, odtwarzanie i utrzymywanie zdrowia, natomiast zdrowie publiczne rozumiane jest jako nauka i sztuka zapobiegania chorobom, wydłużania życia oraz promowania zdrowia poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa.

Wnioski wyciągnięto na podstawie badania pilotażowego zrealizowanego w Górnośląsko-Zagłębiowskiej Metropolii oraz Obszarze Metropolitalnym Gdańsk – Gdynia – Sopot. Ponieważ działania podejmowane przez jednostki samorządu terytorialnego mogą się różnić w zależności od przyjętej formy organizacyjno-prawnej, artykuł zawiera analizę sytuacji formalnej poszczególnych jednostek oraz funkcjonalnej w zakresie organizacji systemu ochrony zdrowia.

Jak ustalono, w działaniach metropolitalnych w licznych obszarach życia społecznego tkwi duży potencjał organizacyjny, który w przypadku ochrony zdrowia i zdrowia publicznego nie jest odpowiednio wykorzystywany. Niekorzystny jest niski poziom wiedzy pracowników samorządowych w tym zakresie, a także skromna liczba wspólnych inicjatyw podejmowanych w ramach metropolii w celu realizacji zadań w obu analizowanych obszarach.

Mimo ujawnionych deficytów, zarówno w obszarach metropolitalnych, jak i w samych jednostkach samorządu terytorialnego, dostrzec należy spory potencjał w zakresie oddziaływań na zdrowie populacji. Jako rekomendacje wskazano podjęcie działań sprzyjających większemu wykorzystaniu dostępnych możliwości w poszczególnych politykach państwa, ze szczególnym uwzględnieniem regionalnej polityki zdrowotnej, co powinno przełożyć się na poprawę wskaźników zdrowotnych.

SŁOWA KLUCZOWE: ochrona zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego, metropolie, obszary metropolitalne, polityka regionalna, zarządzanie publiczne.

THE ROLE OF LOCAL GOVERNMENT UNITS IN BUILDING THE CAPACITY OF METROPOLITAN AREAS FOR HEALTH PROMOTION

ABSTRACT: A metropolis or a metropolitan area as a form of socio-economic development is a place of accumulation of human, financial, and organisational potentials that can contribute to the improvement of health indicators of the population. Thus, it can be assumed that a properly implemented health policy should take into account the specificity of these areas in order to take advantage of their pro-development potential and prevent adverse events. The study is related to public management in metropolises and metropolitan areas in the field of health.

The purpose of the study was to determine the place of individual local government units in the competencies of metropolitan areas, with a particular focus on health promotion tasks. In the study, the healthcare system was understood, in accordance with the definition of the World Health Organization, as a set of activities aimed at promoting, restoring, and maintaining health, while public health is understood as science and activities undertaken to prevent diseases, prolong life, and promote health.

Conclusions were drawn on the basis of a pilot study carried out in the GZM Metropolis and the Metropolitan Area of Gdańsk – Gdynia – Sopot. Because the actions taken by local government units may vary depending on the adopted organisational and legal form, the article contains an analysis of the formal situation of individual units and the functional situation in terms of the organisation of the healthcare system.

There is a great organisational potential in metropolitan activities in numerous areas of social life. Nevertheless, as the results of our own research have shown, in the case of the area of healthcare and public health, there is still much to be done.

Despite the revealed deficits, both in metropolitan areas and in the local government units themselves, there is also a considerable potential in the implementation of activities in the field of health. Recommendations include taking actions to better use the available potentials in individual state policies, with particular emphasis on the regional health policy, which should translate into an increase in the health potential of the indicated communities.

KEYWORDS: healthcare, local government units, metropolises, metropolitan areas, regional policy, public health management.

4.1. Wprowadzenie

Silna polaryzacja i zróżnicowanie szans rozwoju szerokiego zbioru miast oraz tworzenie się mniej lub bardziej złożonych zespołów i regionów miejskich to jeden z najbardziej charakterystycznych procesów XX wieku (Zuzańska-Żyśko 2016). Pojęcie metropolizacji należy rozumieć jako powstawanie na bazie niektórych wielkich miast stref, stanowiących sieci ośrodków o dominującym wpływie na główne procesy rozwoju współczesnej cywilizacji, a także silne różnicowanie się przestrzeni regionalnej w zasięgu oddziaływania tych ośrodków, w tym powstawanie w bliższym zasięgu obszarów metropolitalnych złożonych z mniejszych gmin (Lendzion 2004). Metropolia jest najwyższą formą organizacji przestrzeni w społeczeństwie sieciowym, którego funkcjonowanie oparte jest przede wszystkim na przepływach: kapitału, technologii, wiedzy, symboli i informacji. Te sieci przepływów, właściwie spożytkowane, stanowią ogromny potencjał do wykorzystania w ochronie zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem promocji zdrowia (Salik 2014).

Sieć metropolii jest środowiskiem kapitału, biznesu i wiedzy, które może przyczynić się do poprawy wskaźników zdrowotnych populacji poprzez wzajemną wymianę doświadczeń oraz zmianę perspektywy działania z lokalnej na regionalną, a nawet globalną. Niestety w Polsce potencjał działań metropolii w obszarze ochrony zdrowia i zdrowia publicznego nie jest odpowiednio wykorzystywany. Badania wskazują, że XXI wiek będzie należał do metropolii, zatem

to od zaawansowania rozwoju obszarów metropolitalnych może w dużej mierze zależeć pozycja gospodarcza i polityczna regionu. Tym samym obszary metropolitalne powinny być uwzględniane w procesie projektowania i wdrażania skutecznych narzędzi zarządzania publicznego, wśród których niezwykle ważnym elementem pozostaje efektywny system ochrony zdrowia (Zielona Księga Obszarów Metropolitalnych 2012: 5; Raine 2013; South 2014).

4.2. Zadania metropolitalne na przykładzie Górnośląsko-Zagłębiowskiej Metropolii oraz Obszaru Metropolitalnego Gdańsk – Gdynia – Sopot

Ustawa o związku metropolitalnym w województwie śląskim (ustawa z dnia 9 marca 2017 r.) stanowi, że „związek jest zrzeszeniem gmin województwa śląskiego, charakteryzujących się istnieniem silnych powiązań funkcjonalnych oraz zaawansowaniem procesów urbanizacyjnych, położonych na obszarze spójnym pod względem przestrzennym, który zamieszkuje co najmniej 2 mln mieszkańców”. Związek metropolitalny może realizować zadania publiczne należące do zakresu działania gminy, powiatu lub samorządu województwa albo koordynować realizację tych zadań na podstawie porozumienia zawartego z jednostką samorządu terytorialnego lub ze związkiem jednostek samorządu terytorialnego. Ponadto związek ten może realizować zadania publiczne należące do zakresu działania administracji rządowej na podstawie porozumienia zawartego z organem administracji rządowej (Program działań strategicznych Górnośląsko-Zagłębiowskiej Metropolii 2018).

Górnośląsko-Zagłębiowska Metropolia (GZM) mieści się obecnie w granicach 41 gmin i miast, w których mieszka około 2,3 mln ludzi. GZM to obszar policentryczny z co najmniej kilkoma ośrodkami powiązаныmi ze sobą w różnych obszarach funkcjonalnych, takich jak gospodarka, edukacja i wiedza, kultura, system zdrowia czy system transportu publicznego. W niedalekiej przeszłości siła miast i gmin, tworzących dzisiejszą metropolię, opierała się na tradycyjnym przemyśle. W ostatnich latach znaczenia nabrały branże korzystające z nowoczesnych rozwiązań technologicznych, na co niewątpliwie miały wpływ intensywne przemiany gospodarcze. Wśród branż tych znajduje się m.in. sektor zdrowia, który mierzy się obecnie z potencjałem nowych technologii, brakiem pracowników oraz problemami finansowymi. Technologie informatyczne i procesy daleko idącej robotyzacji i automatyzacji w obliczu wspomnianych wyzwań nie są już opcją rozwoju branży medycznej, ale stały się koniecznością, stanowiącą podstawę nowoczesnej, konkurencyjnej na skalę globalną gospodarki. Dlatego też, w ramach zadań ustawowych Górnośląsko-Zagłębiowskiej Metropolii, zarząd metropolii uznaje obecnie za priorytetowe m.in. aktywne uczestnictwo w procesie zmian, inicjując i wspierając działania pilotażowe w zakresie innowacji w opiece zdrowotnej (Program działań strategicznych Górnośląsko-Zagłębiowskiej Metropolii 2018).

Stowarzyszenie o nazwie Obszar Metropolitalny Gdańsk – Gdynia – Sopot, zgodnie ze statutem (Statut Stowarzyszenia Obszar Metropolitalny Gdańsk – Gdynia – Sopot 2021), jest dobrowolnym, samorządowym i trwałym zrzeszeniem gmin i powiatów. Stowarzyszenie powołano w celu wspierania idei samorządu terytorialnego oraz obrony wspólnych interesów członków, a jego celami są:

- harmonijny społeczno-gospodarczy rozwój gmin i powiatów,
- wspólne kształtowanie i integracja najważniejszych polityk, mających wpływ na jakość życia mieszkańców,
- utrwalenie pozycji w międzynarodowej sieci metropolii,
- współpraca i wzajemne wspieranie się członków stowarzyszenia we wszelkich działaniach na rzecz rozwoju,
- wzmacnianie wpływu członków stowarzyszenia na kształt i sposób realizacji zadań wspieranych w ramach polityki spójności,
- prowadzenie działalności: naukowej, oświatowej, kulturalnej, w zakresie kultury fizycznej i sportu, ochrony środowiska, ochrony zdrowia, pomocy społecznej, rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, przyczyniającej się do wzrostu jakości życia i rozwoju.

Stowarzyszenie realizuje swoje cele m.in. poprzez *Statut Stowarzyszenia Obszar Metropolitalny Gdańsk – Gdynia – Sopot* z dnia 13 grudnia 2021 r., zakładający:

- realizację projektów zleconych przez członków stowarzyszenia, obejmujących zakres zadań gmin i powiatów, prowadzenie prac związanych z przygotowaniem i uchwalaniem aktów prawnych poprawiających funkcjonowanie administracji publicznej w obszarze metropolitalnym,
- umożliwianie wymiany doświadczeń i informacji pomiędzy członkami stowarzyszenia,
- współpracę z lokalnymi organizacjami pozarządowymi, szkołami wyższymi, podmiotami ekonomii społecznej, przedsiębiorcami i innymi partnerami na rzecz realizacji celów stowarzyszenia,
- współpracę z administracją publiczną, korporacjami samorządowymi, w szczególności Unią Metropolii Polskich, instytucjami i organizacjami niepublicznymi na szczeblu regionalnym, krajowym i międzynarodowym.

Najważniejszym dokumentem strategicznym dla rozwoju stowarzyszenia jest *Strategia Obszaru Metropolitalnego Gdańsk – Gdynia – Sopot do roku 2030* (2015), wyznaczająca kierunki współpracy metropolitalnej na najbliższe kilkanaście lat. Realizacja proponowanej wizji rozwoju wymaga przede wszystkim koordynacji i wzmocnienia współpracy podmiotów w zakresie sprostania głównym problemom hamującym dynamikę metropolii i wykorzystania pojawiających się szans. Realizacja celów strategicznych ma się przyczynić do urzeczywistnienia

się scenariusza progresywnego rozwoju metropolii. Wśród aktualnych celów strategicznych znajduje się m.in. rozwój społeczny, w obrębie którego jednym z celów tematycznych jest doskonalenie profilaktyki, poprawa dostępności do usług medycznych i promocja zdrowego stylu życia.

4.3. Realizacja zadań w obszarze zdrowia publicznego przez jednostki samorządu terytorialnego

Aglomeracje i metropolie jako samodzielne, wydzielone prawnie jednostki samorządu terytorialnego (JST) stanowią ważną część ustroju państwa, ponieważ organizują życie dużej grupy obywateli i innych mieszkańców (Lipowicz 2020). Błędem byłoby jednak skupiać się jedynie na działaniach możliwych do podejmowania na poziomie całej metropolii, gdyż wiele z nich realizowanych jest przez pojedyncze jednostki samorządu terytorialnego, wchodzące w ich skład. Liczne zadania społeczne, w tym te realizowane w obszarze ochrony zdrowia i zdrowia publicznego, mogą być realizowane przez JST w ramach wzajemnej współpracy, co niewątpliwie odbywałoby się z korzyścią nie tylko dla samych decydentów, ale też dla lokalnych społeczności.

Zdrowie ma charakter populacyjny, mierzony wskaźnikami epidemiologicznymi odnoszącymi się do całej zbiorowości lub do wyłonionych grup, i jako takie jest wspólnym dobrem, które należy wzmacniać i kształtować. Rola lokalnych społeczności w kreowaniu poziomu zdrowotności jest niedoceniona, a ich skuteczność może być wyrażona nie tylko poprzez niskie wskaźniki zachorowalności czy umieralności na danym obszarze, ale również jako minimalizowanie zachowań patologicznych związanych z zaniedbaniami stanu zdrowia, a wpływających na poziom bezpieczeństwa i poczucia przynależności (Woźniak-Holecka 2013). Samorządy realizują zadania z zakresu zdrowia publicznego, określone ustawą z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym. Wśród nich wymienia się m.in.:

- monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa,
- edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych,
- promocję zdrowia,
- profilaktykę chorób,
- działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji,
- ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych,
- działania w obszarze aktywności fizycznej.

W tym miejscu należy wspomnieć, że działania realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego mogą się różnić w zależności od przyjętej formy organizacyjno-prawnej metropolii. Dla stowarzyszenia podstawowym aktem prawnym regulującym sposób jego funkcjonowania jest ustawa z dnia 7 kwietnia 1989 roku – Prawo o stowarzyszeniach. W przypadku metropolii stanowiących na podstawie ustawy, jak np. Górnośląsko-Zagłębiowska Metropolia, będzie to ustawa z dnia 9 marca 2017 roku o związku metropolitalnym w województwie śląskim. Zadania realizowane przez poszczególne JST w przypadku uregulowań ustawowych powinny być spójne z polityką państwa i jej założeniami. Inaczej jest, jeśli metropolia powstaje jako stowarzyszenie gmin (np. Obszar Metropolitalny Gdańsk – Gdynia – Sopot), w takiej sytuacji realizacja zadań pomiędzy poszczególnymi JST może się różnić. Ponadto stowarzyszenie gmin działa jako instytucja pośrednicząca w kontaktach pomiędzy partnerami o słabszych powiązaniach formalnych (Augustyniak 2022).

Samorządy realizują także liczne zadania z zakresu zdrowia publicznego w ramach celów operacyjnych głównej strategii zdrowotnej kraju – Narodowego Programu Zdrowia (NPZ). Celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 roku) jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności zdrowotnych. Z kolei cele operacyjne obejmują:

- profilaktykę nadwagi i otyłości,
- profilaktykę uzależnień,
- promocję zdrowia psychicznego,
- zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne,
- wyzwania demograficzne.

Zadania z zakresu zdrowia publicznego są finansowane ze środków pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, innych ministrów lub centralnych organów administracji rządowej, agencji wykonawczych i innych państwowych jednostek organizacyjnych, w tym Narodowego Funduszu Zdrowia oraz jednostek samorządu terytorialnego (ustawa z dnia 11 września 2015 roku). Ponadto JST mogą pozyskiwać środki na realizację Programów Promocji Zdrowia (PPZ) z funduszy europejskich, a także w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego.

Celem badania było określenie roli jednostek samorządu terytorialnego w kompetencjach obszarów metropolitalnych, ze szczególnym uwzględnieniem zadań promocji zdrowia, poprzez analizę opinii urzędników JST na temat potencjału obszarów metropolitalnych w kontekście zadań ochrony zdrowia oraz zadań z zakresu zdrowia publicznego.

4.4. Metodologia

W ramach pracy badawczej skonstruowano autorski kwestionariusz ankiety skierowany do przedstawicieli urzędów jednostek samorządu terytorialnego, wchodzących w skład Górnośląsko-Zagłębiowskiej Metropolii (41 gmin) oraz Obszaru Metropolitalnego Gdańsk – Gdynia – Sopot (56 gmin). Kryterium kwalifikacji obu ośrodków miejskich było podobieństwo pod względem struktury i zbliżony zakres funkcjonowania. Ponadto, jak wyżej zaznaczono, swoimi granicami obejmują one zbliżoną liczbę gmin. Wyboru dokonano mimo znacznych różnic w definiowaniu „metropolii” w przypadku Górnego Śląska (podstawa ustawowa) i Trójmiasta (stowarzyszenie miast). Skierowano do nich łącznie 16 pytań dotyczących potencjału obszarów metropolitalnych w zakresie zadań ochrony zdrowia oraz tych dotyczących zdrowia publicznego. Kwestionariusz ankiety skierowano drogą pocztową do wszystkich urzędów jednostek samorządu terytorialnego, wchodzących w skład ww. obszarów metropolitalnych, tj. łącznie do 90 odbiorców. Podjęte działania przelożyły się na uzyskanie próby badawczej w liczbie 34 urzędów i odsetka zwrotu na poziomie 37,8%. W ramach omówienia wyników badania dokonano analizy porównawczej z innymi badaniami, ze szczególnym uwzględnieniem zagranicznego piśmiennictwa.

4.5. Wyniki

Respondenci w ramach przeprowadzonego badania kwestionariuszowego zostali zapytani o potencjał działań metropolii w obszarze ochrony zdrowia i zdrowia publicznego. W przypadku obu z wymienionych obszarów potencjał ten za duży lub bardzo duży uznało łącznie 50% badanych (tabela 1). Podobny odsetek ankietowanych uznał za realny wpływ metropolii na realizację zadań w obszarze zdrowia publicznego. W przypadku ochrony zdrowia było to nieco więcej – ok. 56% badanych (tabela 2).

Tabela 1. Potencjał działań metropolii w obszarze ochrony zdrowia i zdrowia publicznego w opinii grupy badanej (n=34)

Potencjał działań metropolii	ochrona zdrowia		zdrowie publiczne	
	liczba	%	liczba	%
Bardzo duży	4	11,8	4	11,8
Duży	13	38,2	13	38,2
Średni	10	29,4	10	29,4
Mały	5	14,7	6	17,6
Bardzo mały	2	5,9	1	2,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kwestionariusza.

Tabela 2. Wpływ metropolii na realizację zadań w obszarze ochrony zdrowia i zdrowia publicznego w opinii grupy badanej (n=34)

Realny wpływ oddziaływania metropolii	ochrona zdrowia		zdrowie publiczne	
	liczba	%	liczba	%
Tak	19	55,9	17	50,0
Nie	6	17,6	9	26,5
Nie wiem	9	26,5	8	23,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kwestionariusza.

Blisko 60% respondentów nie potrafiło określić, czy działania metropolii w obszarze ochrony zdrowia i zdrowia publicznego różnią się w istotny sposób od działań metropolii w innych obszarach. Jedynie 23,5% badanych uznało, że faktycznie taka sytuacja ma miejsce w przypadku ochrony zdrowia, natomiast 17,6% oceniło, że dzieje się tak w obszarze zdrowia publicznego. Za głównych beneficjentów działań podejmowanych w analizowanych obszarach metropolitalnych, zarówno w zakresie ochrony zdrowia, jak i zdrowia publicznego, urzędnicy uznali społeczność lokalną, samorząd terytorialny oraz sektor świadczeniodawców usług medycznych i/lub uzdrowiskowych (tabela 3).

Tabela 3. Beneficjenci działań metropolii w obszarze ochrony zdrowia i zdrowia publicznego w opinii grupy badanej (n=34)

Beneficjenci	ochrona zdrowia		zdrowie publiczne	
	liczba	%	liczba	%
Społeczność lokalna	25	73,5	24	70,6
Samorząd terytorialny	22	64,7	23	67,6
Sektor świadczeniodawców usług medycznych i/lub uzdrowiskowych	21	61,8	18	52,9
Jednostki (korzyści osobiste)	3	8,8	2	5,9
Przemysł	2	5,9	3	8,8
Wyłącznie lider – niezależnie od reprezentowanego sektora	1	2,9	0	0,0
Wyłącznie uczestnicy – niezależnie od reprezentowanego sektora	1	2,9	2	5,9
Nie wiem	3	8,8	2	5,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kwestionariusza.

W ramach przeprowadzanego badania respondentów zapytano również o ich współpracę z innymi podmiotami w zakresie zadań realizowanych w obu analizowanych obszarach. W przypadku zadań w obszarze ochrony zdrowia urzędnicy deklarowali głównie współpracę z organizacjami pozarządowymi, Starostwem Powiatowym oraz Urzędem Wojewódzkim. W obszarze zdrowia publicznego były to te same podmioty oraz dodatkowo Urząd Marszałkowski. Z zarządem metropolii w obszarze zdrowia publicznego współpracuje jedynie 20,6% badanych JST, w przypadku ochrony zdrowia – 32,4% (tabela 4).

Tabela 4. Współpraca urzędów z innymi podmiotami w ramach realizacji zadań ochrony zdrowia i zdrowia publicznego (n=34)

Podmiot współpracujący	ochrona zdrowia				zdrowie publiczne			
	tak		nie		tak		nie	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Ministerstwo Zdrowia	16	47,1	18	52,9	14	41,2	20	58,8
Urząd Marszałkowski	15	44,1	19	55,9	16	47,1	18	52,9
Urząd Wojewódzki	21	61,8	13	38,2	18	52,9	16	47,1
Starostwo Powiatowe	23	67,6	11	32,4	16	47,1	18	52,9
Inne gminy	15	44,1	19	55,9	9	26,5	25	73,5
Inne kraje	1	2,9	33	97,1	1	2,9	33	97,1
Narodowy Fundusz Zdrowia	17	50,0	17	50,0	13	38,2	21	61,8
Zarząd Metropolii	11	32,4	23	67,6	7	20,6	27	79,4
Organizacje pozarządowe	23	67,6	11	32,4	23	67,6	11	32,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kwestionariusza.

Aby zbadać potencjał kadrowy i organizacyjny do realizacji zadań ochrony zdrowia i zdrowia publicznego w urzędach JST, respondentów pytano, czy w ich miejscach pracy istnieją odrębne stanowiska oraz jednostki organizacyjne ds. związanych z analizowanymi obszarami. W przypadku ochrony zdrowia w 13 badanych JST są to odrębne stanowiska, w 6 – całe jednostki organizacyjne. Z kolei odrębne stanowisko ds. związanych ze zdrowiem publicznym istnieje w 8 badanych urzędach, odrębna jednostka organizacyjna w 6 (tabela 5).

Tabela 5. Potencjał kadrowy i organizacyjny do realizacji zadań ochrony zdrowia i zdrowia publicznego w urzędach JST (n=34)

Struktura organizacyjna Urzędu	tak		nie	
	liczba	%	liczba	%
Odrębne stanowisko ds. związanych z ochroną zdrowia	13	38,2	21	61,8
Odrębna jednostka organizacyjna ds. związanych z ochroną zdrowia	6	17,6	28	82,4
Odrębne stanowisko ds. związanych ze zdrowiem publicznym	8	23,5	26	76,5
Odrębna jednostka organizacyjna ds. związanych ze zdrowiem publicznym	6	17,6	28	82,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kwestionariusza.

Ponad 38% badanych urzędników JST uznało, że uregulowania prawne w Polsce nie sprzyjają inicjowaniu przez metropolie zadań w obszarze ochrony zdrowia, kolejnych 53% nie potrafiło udzielić odpowiedzi na to pytanie. W przypadku analogicznego pytania o obszar zdrowia publicznego odpowiedzi kształtowały się odpowiednio na poziomie 26,5% oraz ok. 62%.

Wśród najczęściej realizowanych przez urzędy zadań z zakresu zdrowia publicznego respondenci wskazywali promocję zdrowia (100%), profilaktykę chorób (91,2%), a także edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych (85,3%). Nieliczne urzędy realizowały zadania z zakresu zdrowia publicznego we współpracy metropolitalnej. Badane samorządy nie podejmują się inicjowania i prowadzenia badań naukowych oraz kooperacji międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego (tabela 6).

Tabela 6. Realizacja zadań z zakresu zdrowia publicznego w badanych urzędach JST (n=34)

Zadanie z zakresu zdrowia publicznego	Tak, we współpracy w tym zakresie w ramach metropolii		Tak, ale bez współpracy w tym zakresie w ramach metropolii		Nie	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Monitorowanie i ocena stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa	2	5,9	12	35,3	20	58,8

Edukacja zdrowotna dostosowana do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych	3	8,8	26	76,5	5	14,7
Promocja zdrowia	4	11,8	30	88,2	0	0,0
Profilaktyka chorób	2	5,9	29	85,3	3	8,8
Działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji	2	5,9	16	47,1	16	47,1
Analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa	0	0,0	5	14,7	29	85,3
Inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego	0	0,0	0	0,0	34	100,0
Rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego	0	0,0	7	20,6	27	79,4
Ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych	0	0,0	7	20,6	27	79,4
Działania w obszarze aktywności fizycznej	4	11,8	26	76,5	4	11,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kwestionariusza.

Zdecydowana większość działań realizowanych przez urzędy w ramach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2021–2025 skupia się w obrębie trzech celów operacyjnych tej strategii: profilaktyka uzależnień (94,1%), promocja zdrowia psychicznego (64,7%) oraz profilaktyka nadwagi i otyłości (55,9%). Podobnie jak w przypadku ustawowych zadań z zakresu zdrowia publicznego, także te realizowane w ramach NPZ rzadko podejmowane są we współpracy w metropolii (tabela 7).

Tabela 7. Realizacja zadań określonych w ramach poszczególnych celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 w badanych urzędach JST (n=34)

Cel operacyjny NPZ na lata 2021–2025	Tak, we współpracy w ramach metropolii		Tak, ale bez współpracy w tym zakresie w ramach metropolii		Nie	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Profilaktyka nadwagi i otyłości	2	5,9	17	50,0	15	44,1
Profilaktyka uzależnień	0	0,0	32	94,1	2	5,9
Promocja zdrowia psychicznego	0	0,0	22	64,7	12	35,3
Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne	1	2,9	13	38,2	20	58,8
Wyzwania demograficzne	0	0,0	11	32,4	23	67,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników kwestionariusza.

4.6. Omówienie wyników

W opinii autorów na uwagę zasługują dane z Wielkiej Brytanii dotyczące zbliżonego obszaru badawczego (Public Health Perceptions Survey 2018). W 2017 roku tamtejsze Stowarzyszenie Samorządów Lokalnych (Local Government Association, LGA) przeprowadziło badanie wśród wiodących decydentów w obszarze zdrowia publicznego, aby poznać ich opinie na temat zaangażowania w realizację zadań w tym zakresie wśród członków rad lokalnych – podstawowych organów większości samorządów terytorialnych w Zjednoczonym Królestwie (Biga 2015). W badaniu udział brali m.in. przedstawiciele okręgów metropolitalnych. Ponad 90% respondentów uznało, że ich rady są świadome problemów i wyzwań związanych ze zdrowiem publicznym, a także mają jasne wizje poprawy zdrowia publicznego lokalnej społeczności. Do zbliżonych wniosków doszła Camilla L. Wimmelmann prowadząca podobne badania w Danii (2019), a także Connie Musolino wraz ze współpracownikami, prowadzący badania w północnej Australii (2022), oraz Hans Onya, zajmujący się Afryką Północną (2007). W badaniach własnych połowa przedstawicieli JST uznaje za możliwy do wykorzystania potencjał działań metropolii w obszarze zdrowia publicznego. Ponad 20% respondentów określa go jako mały lub bardzo mały. Bardzo podobna sytuacja ma miejsce w przypadku tego potencjału w ochronie zdrowia. Co więcej, ponad 26% osób objętych badaniem uznało, że sama metropolia nie ma realnego wpływu na realizację działań w zakresie poprawy zdrowia publicznego.

Według respondentów w badaniu LGA (Public Health Perceptions Survey 2018) priorytetami w zakresie zdrowia publicznego w ich okolicy są: zapewnienie

dzieciom najlepszego startu w życiu (88%), zdrowe starzenie się (67%) oraz dobre samopoczucie i wysoka odporność populacji (56%). Kwestie zdrowotne, którymi przede wszystkim zajmują się rady lokalne, to zdrowie psychiczne (27%), otyłość u dzieci (25%) oraz nadużywanie narkotyków i alkoholu (17%). Większość respondentów (62%) uznała, że radni są wystarczająco zaangażowani w lokalny program profilaktyki, jednakże prawie wszyscy (ponad 90%) chcieliby, aby w ich radzie podejmowano więcej działań związanych z profilaktyką zdrowotną, w tym głównie w obszarze zdrowia psychicznego (73%), walki z otyłością wśród dzieci (66%) oraz walki z otyłością i niedostatecznym poziomem aktywności fizycznej w populacji dorosłych (59%). Wyniki badań własnych wskazują, że urzędy samorządowe w Polsce w obszarze zdrowia publicznego realizują głównie zadania w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki oraz edukacji zdrowotnej dostosowanej do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych. Podkreślić należy, że działania te są niestety w większości przypadków realizowane bez współpracy z innymi członkami metropolii. Analogiczna sytuacja ma miejsce w przypadku realizacji zadań wynikających z Narodowego Programu Zdrowia – również tam współpraca w ramach obszarów metropolitalnych deklarowana była przez respondentów jednostkowo. Samorządy w Polsce, podobnie jak w Wielkiej Brytanii, skupiają swoje działania przede wszystkim na profilaktyce uzależnień (ponad 94%), promocji zdrowia psychicznego (ok. 65%) oraz profilaktyce nadwagi i otyłości (ok. 56%).

Według respondentów z Wielkiej Brytanii (Public Health Perceptions Survey 2018), głównymi przeszkodami w osiągnięciu przez ich rady lepszych wyników w zakresie poprawy zdrowia publicznego społeczności na ich obszarze są nie wystarczające zasoby finansowe (81%), problemy natury komunikacyjnej we współpracy pomiędzy władzami lokalnymi i centralnymi (47%) oraz współpraca z NHS (National Health Service, Narodowa Służba Zdrowia) (40%). Wyniki badań własnych autorów wskazują, że spośród badanych JST niewiele ponad 40% współpracuje w obszarze zdrowia publicznego z władzą centralną, reprezentowaną przez Ministerstwo Zdrowia, a niespełna 40% z Narodowym Funduszem Zdrowia. W przypadku działań w obszarze ochrony zdrowia były to niewiele wyższe odsetki (odpowiednio ok. 47% i 50%).

W ramach badania realizowanego przez LGA (Public Health Perceptions Survey 2018) respondentów pytano również o relacje między przedstawicielami samorządu terytorialnego a sektorem pozarządowym i lokalną społecznością. Prawie 90% badanych uznało te relacje za ogólnie dobre. Zdecydowanie gorzej oceniono relacje między radnymi a przedstawicielami NHS (za ogólnie dobre uznało je jedynie 27% osób). Wyniki badań przeprowadzonych w Polsce wykazały, że organizacje samorządowe zajmują pierwsze miejsce wśród najczęściej

wskazywanych partnerów do współpracy w obu branżach pod uwagę zakresach (ochrona zdrowia i zdrowie publiczne).

W radach lokalnych, o których działania pytano respondentów w badaniu LGA (Public Health Perceptions Survey 2018), działają zespoły ds. zdrowia publicznego. Ponad 90% badanych jest zdania, że jednostki te skutecznie działają w obszarze promowania kwestii związanych ze zdrowiem publicznym w obrębie rady. W tym miejscu należy podkreślić, że brak tego typu jednostek organizacyjnych w strukturach samorządu terytorialnego w Polsce niewątpliwie nie sprzyja efektywności działań lokalnych w obszarze zdrowia publicznego. Co więcej, jedynie w przypadku 8 badanych urzędów występuje odrębne stanowisko ds. związanych ze zdrowiem publicznym, z kolei odrębna forma organizacyjna zajmująca się tym obszarem działa wyłącznie w przypadku 6 przebadanych kwestionariuszem jednostek. W obszarze ochrony zdrowia jest to odpowiednio 13 oraz 6 placówek.

Warto dodać, że przeprowadzone badania mają pewne ograniczenia, których należałoby unikać w planowanych projektach. Badania miały charakter pilotażowy, w przyszłości warto zatem objąć projektem inne obszary Polski. W obecnym opracowaniu zabrakło przede wszystkim rozróżnienia na gminy wiejskie czy miasta na prawach powiatu, co wpłynąć mogło na wyniki. Trzeba jednak podkreślić, że badania miały na celu wykrycie pewnych tendencji ogólnych, a nie szczegółowe przyglądanie się konkretnym jednostkom. Ponadto porównanie ze sobą związku metropolitalnego działającego na podstawie odrębnej ustawy i stowarzyszenia gmin może budzić pewne zastrzeżenia, co jednak nie wpływa na końcowy wynik rozważań, których celem była odpowiedź na pytania dotyczące roli JST w budowaniu/wspieraniu kompetencji obszarów metropolitalnych (bez względu na ich charakter prawny) w zakresie promowania potencjału zdrowotnego mieszkańców tych obszarów.

4.7. Podsumowanie

Niekorzystny jest niski poziom wiedzy pracowników samorządowych w tym zakresie, a także skromna liczba wspólnych inicjatyw podejmowanych w ramach metropolii w celu realizacji zadań w obu analizowanych zakresach. Obszary metropolitalne bezsprzecznie powinny być uwzględniane w budowaniu modelu racjonalnej, opartej na dowodach i efektywnej polityki zdrowotnej, ale w procesach tych należy wzmacniać nie tylko rolę metropolii jako całości, lecz także rolę poszczególnych jej członków oraz współpracę między nimi. Nowoczesny i efektywny ekonomicznie model systemu opieki zdrowotnej powinien opierać się na koordynacji działań podejmowanych przez podmioty na różnych szczeblach, przy założeniu ich wzajemnej współpracy i właściwej koordynacji tych działań (Hayes i in. 2011; Pettman i in. 2013; Mattioni i in. 2022). Zarówno w obszarach metropolitalnych, jak i w samych jednostkach samorządu terytorialnego dostrzec można

duży potencjał w realizacji działań w obszarze zdrowia, należy jednak dążyć do jego większego wykorzystania w regionalnej polityce zdrowotnej, co powinno przełożyć się na zwiększenie potencjału zdrowotnego lokalnych społeczności.

Literatura

- Augustyniak M., 2022, *Metropolie we współczesnym samorządzie terytorialnym – kilka refleksji o problematyce wykonywania zadań metropolitalnych w Polsce i we Francji*, „Studia Prawnoustrojowe”, 57: 18–20.
- Biga B., 2015, *Samorząd lokalny w Wielkiej Brytanii*, [w:] S. Mazur (red.), *Sprawne państwo. Reformy samorządu lokalnego w wybranych krajach*, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kraków: 172–190.
- Hayes S.L., Mann M.K., Morgan F.M., Kitcher H., Kelly M.J., Weightman A.L., 2011, *Collaboration between local health and local government agencies for health improvement*, „The Cochrane Database of Systematic Reviews”, Jun 15, (6):CD007825, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007825.pub5>
- Lendzion J., 2004, *Znaczenie obszarów metropolitalnych i ich otoczenia oraz współczesnych procesów metropolizacyjnych w kształtowaniu polityki regionalnej państwa*, ekspertyza przygotowana na zamówienie Departamentu Polityki Regionalnej Ministerstwa Gospodarki i Pracy (umowa BAB. I. 374 / F z 3 grudnia 2004 r.) dla potrzeb tworzenia Narodowej Strategii Rozwoju Regionalnego, Warszawa: 4.
- Lipowicz I., 2020, *Sila metropolii*, [w:] *Dobre praktyki miast Unii Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza*, Unia Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza, Gdańsk: 11–12.
- Mattioni F.C., de Pinho Silveira R., de Souza C.D., Rocha C.M.F., 2022, *Health promotion practices as resistance and counter-conduct to neoliberal governmentality*, „Ciência & Saúde Coletiva”, 27(8): 3273–3281, <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.23902021>
- Musolino C., van Eyk H., Freeman T., Fisher M., MacDougall C., Williams C., Baum F., 2022, *Reviving health promotion in South Australia: The role of ideas, actors and institutional forces*, „Health Promotion International”, 37(6): daac154, <https://doi.org/10.1093/heapro/daac154>. PMID: 36367419
- Onya H., 2007, *Health promotion in South Africa*, „International Union for Health Promotion and Education”, 14(4): 233–237, <https://doi.org/10.1177/10253823070140041001>
- Pettman T.L., Armstrong R., Pollard B., Evans R., Stirrat A., Scott I., Davies-Jackson G., Waters E., 2013, *Using evidence in health promotion in local government: contextual realities and opportunities*, „Health Promotion Journal of Australia”, 24(1): 72–75, <https://doi.org/10.1071/HE12902>. PMID: 23575594
- Program działań strategicznych Górnośląsko-Zagłębiowskiej Metropolii do roku 2022. Nowy wymiar synergii*, 2018, załącznik do uchwały XII/73/2018 Zgromadzenia Górnośląsko-Zagłębiowskiej Metropolii z dnia 30 listopada 2018 r., Katowice: 3, 6–8.
- Public Health Perceptions Survey, 2018, Local Government Association, London, <https://www.local.gov.uk/publications/public-health-perceptions-survey> (dostęp: 3.09.2022).

- Raine G., 2013, *Commercial activities and the promotion of health in schools*, „Perspectives in Public Health”, 133(6): 308–313, <https://doi.org/10.1177/1757913912466207>
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 roku w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz.U. 2021 poz. 642).
- Salik M., 2014, Współczesne procesy metropolizacji w Europie, „Roczniki Ekonomiczne Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy”, 7: 76–87.
- South J., 2014, *Health promotion by communities and in communities: current issues for research and practice*, „Scandinavian Journal of Public Health”, 42(15 Suppl): 82–87, <https://doi.org/10.1177/1403494814545341>
- Statut Stowarzyszenia Obszar Metropolitalny Gdańsk – Gdynia – Sopot z 13 grudnia 2021 r.*, Obszar Metropolitalny Gdańsk – Gdynia – Sopot, Gdańsk: rozdział I, §7–8.
- Strategia Obszaru Metropolitalnego Gdańsk – Gdynia – Sopot do roku 2030*, 2015, Gdańsk: 3, 29.
- Ustawa z dnia 7 kwietnia 1989 r. – Prawo o stowarzyszeniach (Dz.U. 1989 nr 20 poz. 104).
- Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2015 poz. 1916).
- Ustawa z dnia 9 marca 2017 r. o związku metropolitalnym w województwie śląskim (Dz.U. 2017 poz. 730).
- Ustawa z dnia 9 marca 2017 r. o związku metropolitalnym w województwie śląskim (Dz.U. z 2022 r. poz. 2578).
- Wimmelman C.L., 2019, *Local enactments of national health promotion policies: A Danish case*, „The International Journal of Health Planning and Management”, 34(1): e219–e229, <https://doi.org/10.1002/hpm.2638>
- Woźniak-Holecka J., 2013, *Edukacja zdrowotna jako wkład na rzecz pierwiastka obywatelskiego*, [w:] T. Holecki, J. Woźniak-Holecka, *Ochrona zdrowia w społeczeństwie obywatelskim*, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice.
- Zielona Księga Obszarów Metropolitalnych*, 2012, Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji, Warszawa: 5.
- Zuzańska-Żyśko E., 2016, *Procesy metropolizacji. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa: 7–9.