

Joanna WOŹNIAK-HOLECKA , Karolina SOBCZYK ,
Kajetan SUCHECKI 

REALIZACJA SAMORZĄDOWYCH PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ (PPZ) PRZEZ GMINY MIEJSKIE, WIEJSKO-MIEJSKIE ORAZ WIEJSKIE REALIZACJA PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ PRZEZ SAMORZĄDY

Joanna WOŹNIAK-HOLECKA – *Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach*

Zakład Promocji Zdrowia
Wydział Zdrowia Publicznego
ul. Piekarska 18, 41-902 Bytom
e-mail: jwozniak@sum.edu.pl
<https://orcid.org/0000-0002-4468-063X>

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>

Kajetan SUCHECKI – *Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach*

Katedra Rynku i Konsumpcji
Wydział Ekonomii
ul. 1 Maja 47, 40-287 Katowice
e-mail: kajetan.sucheki@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-4936-8634>

3

ZARYS TREŚCI: Samorządy terytorialne posiadają niedoceniony potencjał w kreowaniu zdrowotności mieszkańców. Jednym z przejawów polityki zdrowotnej na tym poziomie są samorządowe programy oraz strategie zdrowotne. Te ostatnie mają istotne znaczenie w ocenie i monitorowaniu potrzeb zdrowotnych mieszkańców, począwszy od analizy demograficznej ludności danego regionu, poprzez ocenę zasobów kadrowych, instytucjonalnych i finansowych jednostek samorządu terytorialnego (JST), aż do identyfikowania wyrażonych przez populację potrzeb. Kluczowe znaczenie ma użyteczność strategii w planowaniu i realizacji programu polityki zdrowotnej (PPZ). Programy stanowią więc bezpośrednią odpowiedź na potrzeby lokalnej społeczności w zakresie zdrowia i wyraźnie mogą je zaspokajać.

Projekt ma na celu opisanie potencjału gmin w realizacji oraz ewaluacji samorządowych programów zdrowotnych w następującym zakresie: tematyka PPZ, źródła finansowania PPZ, realizatorzy PPZ. Punktem odniesienia będzie wielkość zaangażowanej gminy w podziale na: gminy miejskie, wiejskie i miejsko-wiejskie.

Badanie zostało przeprowadzone na próbie 401 JST z terenu całego kraju, metodą pocztową oraz ankiety internetowej CAWI (Computer Assisted Web Interviews). Podjęte działania pozwoliły na uzyskanie zwrotu ankiet na poziomie 50,6%. Populacja została podzielona na warstwy, czyli grupy jednostek mających pewne wspólne cechy. Próbkowanie warstwowe oparto na podziale kraju na województwa. W każdym z podregionów wylosowano 50 JST, do których skierowano kwestionariusz ankiety.

Jak wynika z badań własnych, małe gminy są motywowane do realizacji PPZ przez dofinansowanie zewnętrzne lub nie znają potencjału PPZ, gminy o średniej wielkości (ok. 20 tys. mieszkańców) skupiają się przede wszystkim na działaniach prospołecznych i prozdrowotnych, a gminy największe (miejskie) podchodzą do realizacji PPZ zadaniowo.

Potencjał gmin wydaje się zatem bardzo zróżnicowany i spolaryzowany, przy czym efektywność gmin w tym zakresie koreluje z ich wielkością. Odmienne są również trudności, na jakie natrafiają chętni do realizowania programu polityki zdrowotnej na swoim terenie. Jednocześnie należy odnotować, że aktywność JST na polu dostępności do świadczeń ochrony zdrowia jest coraz większa.

SŁOWA KLUCZOWE: jednostka samorządu terytorialnego, program polityki zdrowotnej, promocja zdrowia, wspólnota samorządowa.

THE IMPLEMENTATION OF SELF-GOVERNMENT HEALTH PROGRAMMES AND STRATEGIES IN URBAN, RURAL-URBAN, AND RURAL COMMUNES. IMPLEMENTATION OF HEALTH PROGRAMS VIA SELF-GOVERNMENTS

ABSTRACT: Local governments have an underestimated potential in creating the health of their inhabitants. One of the manifestations of health policy at this level involves local government programmes and health strategies. Health strategies are important in the following: assessing and monitoring the health needs; the demographic analysis of the population of a given region; the assessment of human, institutional, and financial resources of local government units; and identifying health needs expressed by the population. The usefulness of the strategy in the planning and implementation of the health policy programme is crucial. Programmes are, therefore, a direct response to the health needs of the local community and can satisfy those needs.

The project aims to describe the potential of municipalities in the implementation and evaluation of local government health programmes in the following scope: PPZ topics, sources of PPZ financing, PPZ implementers. The reference point will be the size of the involved commune broken down into urban, rural, and urban-rural communes.

The study was conducted on a sample of 401 local government units, using the postal method and the CAWI (Computer Assisted Web Interviews) online survey, and the return rate of the surveys was 50.6%. The population was divided into layers, i.e. groups of individuals with certain common characteristics. Stratified sampling was based on the division of the country into voivodeships. In each of the subregions, 50 local government units were randomly selected and the questionnaire was sent to them.

According to the research, small communes are cost-motivated or do not know the potential of health policy programmes. Medium-sized communes (approx. 20,000 inhabitants) focus primarily on pro-social and pro-health activities, and the largest (urban) communes approach the implementation of programmes in a task-oriented manner.

Therefore, the potential of communes seems to be very diverse and polarised, and the effectiveness of communes in this respect correlates with their size. Difficulties in implementing the health policy agenda are also different. At the same time, it should be noted that the activity of Local Government Units in the field of access to health care services is increasing.

KEYWORDS: Local Government Units, health policy programmes, health promotion, self-governing community.

3.1. Wprowadzenie

Podstawą prawną realizacji programów polityki zdrowotnej jest art. 48a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.). Zgodnie z art. 5 programy dzielą się na programy zdrowotne (opracowane, wdrażane, realizowane i finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) na zlecenie ministra zdrowia) oraz programy polityki zdrowotnej (opracowane, wdrażane, realizowane i finansowane przez ministra zdrowia lub jednostkę samorządu terytorialnego).

Realizacja programów polityki zdrowotnej (PPZ) wynika z wymienionej ustawy i stanowi zadanie własne jednostek samorządu terytorialnego w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Szczegółowo zadania te obejmują:

- opracowywanie i realizację oraz ocenę efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy;
- inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami;
- podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców.

Z kolei w art. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 183, z późn. zm.) doprecyzowano katalog zadań z zakresu zdrowia publicznego, obejmujących:

- 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.

Opiniowaniem projektu PPZ zgodnie z zapisami tej ustawy zajmuje się Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Wyjątkiem są PPZ będące kontynuacją programów realizowanych w poprzednim okresie, które uzyskały już taką opinię. Agencja bierze pod uwagę zgodność projektu z kryteriami ustawowymi, aktualnymi priorytetami zdrowotnymi oraz własnymi wytycznymi.

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych NFZ może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez JST. Dofinansowanie to nie może przekraczać:

- 80% środków przewidzianych na realizację programu JST o liczbie mieszkańców nieprzekraczającej 5 tys.,
- 40% środków przewidzianych na realizację programu JST o liczbie mieszkańców przekraczającej 5 tys.

Rodzaje gmin oraz obszary miejskie i wiejskie w statystyce publicznej wyodrębnia się zgodnie z podziałem terytorialnym kraju, przy użyciu identyfikatorów Krajowego Rejestru Urzędowego Podziału Terytorialnego Kraju. Na tej podstawie wyróżnia się trzy rodzaje gmin (GUS 2022):

- gminy miejskie, których granice pokrywają się z granicą miasta tworzącego gminę (gminy miejskie mogą być także miastami na prawach powiatu),
- gminy miejsko-wiejskie, w których skład wchodzi zarówno miasta w granicach administracyjnych, jak i obszary poza granicami miast,
- gminy wiejskie, które na swoim obszarze nie posiadają miast.

Statystyka publiczna wyróżnia dwa rodzaje obszarów:

- obszary miejskie (miasta) obejmujące tereny położone w granicach administracyjnych miast, czyli obszary gmin miejskich oraz miast w gminach miejsko-wiejskich;

- obszary wiejskie (wieś) obejmujące tereny pozostające poza granicami administracyjnymi miast, na które składają się obszary gmin wiejskich i części wiejskie gmin miejsko-wiejskich.

Miastami w Polsce mogą być miejscowości posiadające prawa miejskie bądź status miasta nadany w trybie określonym odpowiednimi przepisami. Rodzaje gmin oraz zasięg obszarów miejskich i wiejskich aktualizowany jest co roku, co powodowane jest zmianami w podziale administracyjnym Polski ogłaszanych rozporządzeniami Rady Ministrów dotyczącymi ustalenia granic gmin i miast oraz nadania miejscowościom statusu miasta.

Celem badania była ocena realizacji PPZ przez JST szczebla gminnego pod kątem wybranych aspektów, takich jak tematyka PPZ, źródła finansowania PPZ, realizatorzy PPZ w odniesieniu do wielkości zaangażowanej gminy w podziale na: gminy miejskie, wiejskie i miejsko-wiejskie. Końcowe efekty projektu służyć mają zdiagnozowaniu sytuacji obecnej i prognozowaniu możliwości rozwoju promocji zdrowia w obszarach samorządowych w Polsce.

3.2. Materiał i metody

Do przygotowania typologii gmin biorących udział w badaniu przyjęto następujące kryteria: czynniki wpływające na wybór obszarów tematycznych PPZ, źródła finansowania PPZ, bariery w realizacji PPZ, charakterystyka osób realizujących PPZ oraz ewentualne przyczyny rezygnacji z PPZ. Metodologia badania objęła analizę porównawczo-opisową, umożliwiającą zestawienie dotychczasowej wiedzy w dziedzinie z nowymi faktami i zależnościami, a także analizę statystyczną o charakterze ilościowym oraz jakościowym. Część badawcza, zrealizowana w II kwartale 2021 roku, opiera się na badaniu pierwotnym w formie ankiety skierowanej do jednostek samorządu terytorialnego. Ankieta zawierała 22 pytania zamknięte, podzielone na następujące obszary badawcze: informacje podstawowe o JST, zadania z zakresu zdrowia publicznego, programy polityki zdrowotnej, realizacja programów polityki zdrowotnej. Na każde pytanie można było odpowiedzieć „tak” lub „nie”. Badanie zostało przeprowadzone na próbie 401 JST z terenu całego kraju, metodą pocztową oraz ankiety internetowej CAWI (Computer Assisted Web Interviews). Podjęte działania pozwoliły na uzyskanie zwrotu ankiet na poziomie 50,6%.

Sposób doboru próby polegał na próbkowaniu warstwowym (stratyfikacyjnym), a następnie na próbkowaniu grupowym. Populacja została podzielona na warstwy, czyli grupy jednostek mających pewne wspólne cechy. Próbkowanie warstwowe oparto na podziale kraju na województwa według Głównego Urzędu Statystycznego (16 województw). W każdym z podregionów wylosowano 50 jednostek samorządu terytorialnego, do których skierowano kwestionariusz ankiety.

W kwestionariuszu badawczym, który był wykorzystany w trakcie badań ankietowych, przedstawiciele gmin byli proszeni o określenie, czy podane obszary tematyczne były realizowane w ramach PPZ, jakie były przyczyny braku realizacji PPZ bądź wyboru konkretnych obszarów tematycznych PPZ, czy wykorzystane zostały środki finansowe ze wskazanych źródeł, czy wystąpiły problemy związane z realizacją programów oraz czy określone kategorie osób były zaangażowane w realizację PPZ. Respondenci potwierdzali te elementy jako występujące w ich gminie lub je negowali. Wyniki zostały poddane analizie skupień z użyciem oprogramowania IBM SPSS Statistics 28.

Pierwszym elementem przeprowadzonych analiz było użycie jednej z hierarchicznych metod aglomeracyjnych – metody Warda z kwadratem odległości euklidesowej. Jej zastosowanie przebiegało kilkuetapowo. Dobrano zmienne diagnostyczne (opisane wcześniej) i za pomocą programu komputerowego wyliczono macierz odległości. Na jej podstawie powstał dendrogram. Uzyskane drzewo binarne pokazuje kolejne połączenia skupień od 401, czyli w sytuacji, kiedy każda z obserwacji znajduje się w osobnym skupieniu, aż do 1, kiedy wszystkie obserwacje znajdują się w jednym skupieniu. Tak uzyskana hierarchia pozwala na określenie wzajemnego położenia skupień. Przyjęta oś odcięcia (3,5) pozwoliła na założenie istnienia pięciu skupień, co umożliwiło przeprowadzenie dalszych analiz.

Po stwierdzeniu prawdopodobnej liczby skupień zastosowano analizę skupień metodą k-średnich. Tutaj także użyto wcześniej zidentyfikowanych zmiennych, a do opisu obserwacji skorzystano z liczby porządkowej, a więc dokładnie tych samych danych, jak w przypadku metody hierarchicznej Warda. Wyliczono wstępne centra skupień, tabelę ANOVA i w ostateczności uzyskano pięć skupień, których liczebność wyniosła od 3,24 do 72,81% obserwacji. Opis wyróżnionych tym sposobem skupień został poprzedzony analizą struktury każdego z nich. Tym samym uzyskano informację o tym, jakie zmienne diagnostyczne decydowały w przeważającej mierze o utworzeniu poszczególnych klastrów, co w konsekwencji pozwoliło na nazwanie uzyskanych w ten sposób typów gmin.

3.3. Wyniki

W badanej grupie znalazło się: 14,07% gmin miejskich, 22,47% gmin wiejsko-miejskich oraz 63,46% gmin wiejskich. W wyniku analizy wyłoniono spośród nich 5 skupień gmin o odmiennych celach i motywach realizacji PPZ.

Tabela 1. Rodzaje skupień w zależności od wielkości zaangażowanych gmin

| WIELKOŚĆ GMINY | RODZAJ SKUPIENIA | % |
|-----------------------------------|--|----|
| Gminy do 5 tys. mieszkańców | Gminy motywowane do realizacji PPZ przez dofinansowanie zewnętrzne | 17 |
| Gminy do 5 tys. mieszkańców | Gminy nieznające potencjału PPZ | 33 |
| Gminy małe 5–10 tys. mieszkańców | Gminy początkujące w PPZ | 44 |
| Gminy do 5 tys. mieszkańców | Gminy zadaniowe | 54 |
| Gminy do 20 tys. mieszkańców | Gminy zadaniowe | 59 |
| Gminy do 20 tys. mieszkańców | Gminy prospołeczne i prozdrowotne | 65 |
| Gminy powyżej 20 tys. mieszkańców | Gminy zadaniowe | 77 |

Źródło: opracowanie własne.

Pierwsze skupienie dotyczyło gmin o podejściu prospołecznym i prozdrowotnym, o czym świadczy fakt brania pod uwagę sugestii władz gminy i mieszkańców odnośnie do najczęstszych i najaktualniejszych problemów zdrowotnych danej społeczności w wyborze tematyki PPZ. Takie podejście cechowało w większości gminy średniej wielkości do 20 tys. mieszkańców.

Cechy gmin prospołecznych i prozdrowotnych:

- Pozyskiwały dane częściowo z GUS bądź innych podobnych instytucji, częściowo z instytucji typu szkoły, przedszkola.
- Tematyka PPZ pochodziła z sugestii władz gminy i mieszkańców.
- PPZ były opracowywane głównie przez pracowników urzędów gminy.
- Głównym źródłem finansowania były środki własne.
- Często akcentowano trudności z wyłonieniem wykonawcy, a także z rekrutacją uczestników do programów zdrowotnych, zdarzały się również problemy związane z brakiem odpowiednich kwalifikacji pracowników urzędu.

W drugim skupieniu znalazły się gminy zadaniowe, czyli te, które najskrupulatniej realizują zapisy ustawy o zdrowiu publicznym, Narodowego Programu Zdrowotnego oraz innych ustaw dotyczących ochrony zdrowia obywateli. Wśród źródeł finansowania przeważały środki własne oraz środki z Narodowego Funduszu Zdrowia, a część zadań zlecano wykwalifikowanym firmom zewnętrznym. To głównie duże miasta, ale również niektóre małe lub średnie gminy.

Cechy gmin zadaniowych:

- Realizowano zadania z zakresu zdrowia publicznego na podstawie ustawy o zdrowiu publicznym oraz rozporządzenia o Narodowym Programie Zdrowia.
- Realizacje z zakresu ochrony zdrowia zlecano organizacjom pozarządowym.
- Programy polityki zdrowotnej były częściowo opracowywane, realizowane i finansowane przez gminę.
- Najważniejsze były sugestie mieszkańców; brano pod uwagę także sugestie instytucji miejskich bądź gminnych, takich jak szkoły, co do wyboru tematyki PPZ.
- Zadania realizowali zarówno pracownicy urzędów, jak i przedstawiciele wykwalifikowanych firm zewnętrznych.
- Wśród źródeł finansowania przeważały środki własne oraz środki z Narodowego Funduszu Zdrowia.
- Największy problem w realizacji PPZ dotyczył wyłonienia wykonawcy oraz rekrutacji uczestników programów.

Kolejne skupienie dotyczy gmin motywowanych do realizacji PPZ przez dofinansowanie zewnętrzne, tj. realizujących PPZ w oparciu o finansowanie NFZ (w przypadku gmin poniżej 5 tys. mieszkańców realizowane na poziomie 80% kosztów programu). Przeszkodą w realizacji programów przez najmniejsze gminy jest często brak odpowiednio wykwalifikowanej kadry w urzędzie.

Cechy gmin motywowanych do realizacji PPZ przez dofinansowanie zewnętrzne:

- Wybór tematyki programu zdrowotnego w znacznej mierze był związany zarówno z kosztami danego programu, jak i dostępnością potencjalnych realizatorów programu na terenie gminy, ważne były także sugestie władz gminy.
- Programy realizowali zarówno pracownicy urzędów, jak i przedstawiciele wykwalifikowanych firm zewnętrznych.
- Źródłem finansowania były środki własne oraz środki NFZ.
- Wskazywano trudności z wyłonieniem wykonawcy oraz z rekrutacją uczestników, czasem także brak odpowiednio wykwalifikowanej kadry w urzędzie, niekiedy wskazywano na nietrafnie zaplanowany harmonogram, jak również trudności związane ze współpracą z wykonawcą PPZ.

Skupienie czwarte obejmuje gminy, które dopiero zaczynają realizować programy zdrowotne. Do wzrostu zainteresowania tych gmin realizacją PPZ przyczyniła się niewątpliwie możliwość pozyskania środków z NFZ. Tendencja ta obejmuje głównie gminy małe. Problemy, z jakimi borykają się wymienione powyżej jednostki, są typowe dla debiutujących w tym obszarze, tj. trudności z rekrutacją uczestników, brak odpowiednio wykwalifikowanej kadry w urzędzie i źle zaplanowany budżet projektu.

Cechy gmin początkujących w PPZ:

- Zwykle pomysłodawcą tematu programu były instytucje gminne typu szkoły, przedszkola.
- W przeważającej mierze realizacją zajmowali się pracownicy urzędu.
- Finansowanie pochodziło głównie ze środków własnych.
- Wśród problemów stosunkowo często wskazywano trudności związane z rekrutacją uczestników, jak również brakiem odpowiednio wykwalifikowanej kadry w urzędzie i źle zaplanowanym budżetem projektu.

Do tej samej grupy JST (gmin małych) należą też gminy nieznające potencjału PPZ, dla których jednocześnie najważniejszą barierą w realizacji programów jest brak środków finansowych. W przypadku tej grupy niezbędne jest prowadzenie szkoleń lub udostępnianie materiałów edukacyjnych na temat korzyści, jakie może osiągnąć lokalna społeczność wskutek prowadzenia programów zdrowotnych przez gminę.

Cechy gmin nieznających potencjału PPZ:

- Najważniejszą barierą w realizacji PPZ wskazywaną przez gminę był brak środków finansowych na realizację programów zdrowotnych.
- Ważnym czynnikiem był też brak odpowiednich kwalifikacji pracowników urzędu.
- Gmina nie zdawała sobie sprawy z możliwości realizacji takiego programu.
- Rzadko wskazywano na niechęć władzy do realizacji PPZ.

3.4. Dyskusja

Powołanie do życia samorządu gminnego w 1990 roku, a następnie samorządu powiatowego i wojewódzkiego w 1998 roku otworzyło nowe perspektywy rozwoju społeczno-gospodarczego kraju. Celem nadrzędnym utworzenia samorządów było kreowanie warunków do rozwoju lokalnych społeczności, co oznacza zwiększenie możliwości zaspokajania potrzeb wszystkich uczestników wspólnoty. Dotyczy to również potrzeb zdrowotnych. Gminna polityka zdrowotna obejmuje działania w dziedzinie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji (Śmietanka 2016). Jak pokazało badanie własne, to społeczności gmin średniej wielkości, do 20 tys. mieszkańców, wykazują w największym stopniu podejście prospołeczne i prozdrowotne, o czym świadczy m.in. fakt brania pod uwagę sugestii władz gminy i mieszkańców odnośnie do najczęstszych i najaktualniejszych problemów zdrowotnych danej społeczności w wyborze tematyki PPZ.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2021 r. poz. 183, z późn. zm.), która określa politykę krajową w dziedzinie zdrowia publicznego, w celu osiągnięcia poprawy stanu zdrowia społeczeństwa

przewidywana jest ukierunkowana aktywność i współpraca administracji rządowej, samorządowej, organizacji pożytku publicznego oraz innych podmiotów, jeżeli ich cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą zadań z zakresu zdrowia publicznego. Po dwóch latach funkcjonowania ustawy o zdrowiu publicznym sprawozdano ponad 71 tys. programów oraz działań na rzecz poprawy zdrowia populacji, na które w latach 2016–2017 wydatkowano łącznie 8,4 mld zł (NIK 2019). W tym zakresie jednostki samorządu terytorialnego zrealizowały 62% sprawozdanych interwencji, a pozostałe realizowane były przez administrację rządową (przede wszystkim przez Państwową Inspekcję Sanitarną oraz NFZ). Największy udział w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego miały gminy – wyniósł on ponad 40%. Jedna trzecia zadań została podjęta przez administrację rządową, 20% przez samorząd powiatowy, a 4% przez samorząd województwa (MZ 2018). Zadania te były realizowane głównie w formie działań promocyjno-edukacyjnych oraz profilaktycznych (obie formy stanowiły mniej więcej jedną trzecią sprawozdanych zadań).

Władze lokalne finansują miejscowe programy polityki zdrowotnej i mogą samodzielnie decydować o sposobie wydawania budżetów, w zależności od swoich potrzeb. Programy polityki zdrowotnej są zwykle realizowane przez podmioty świadczące opiekę zdrowotną, będące często własnością władz lokalnych. W 2018 roku przeważająca część realizowanych lokalnych programów polityki zdrowotnej dotyczyła wdrażania szczepień ochronnych (głównie szczepień przeciwko grypie oraz HPV) (Sowada i in. 2020).

Aktywność JST nie ogranicza się do programów polityki zdrowotnej, wiele inicjatyw podejmowanych jest bowiem w obszarach innych niż udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. To m.in. promowanie zdrowia, profilaktyka chorób i kształtowanie środowisk ułatwiających prozdrowotne wybory mieszkańców (Markowska-Kabała 2013; Zdrowa Przyszłość 2020). Takie podejście reprezentuje skupisko drugie, gdzie znalazły się gminy zadaniowe, czyli te, które najskrupulatniej realizują zapisy ustawy o zdrowiu publicznym, Narodowym Programie Zdrowotnym oraz innych ustaw dotyczących ochrony zdrowia obywateli. Wśród źródeł finansowania przeważają tu środki własne oraz środki z Narodowego Funduszu Zdrowia, a część zadań zleca się wykwalifikowanym firmom zewnętrznym. Skupisko drugie to głównie duże miasta, ale również niektóre małe lub średnie gminy.

Samorząd terytorialny został wyposażony w osobowość prawną i samodzielność finansową, co umożliwi osiągnięcie ustalonych celów. Osobowość prawna oznacza bowiem, że samorząd terytorialny jest podmiotem praw i obowiązków, posiadającym samodzielność decyzyjną i w pełni ponosi odpowiedzialność za własne działania. Istotnym atrybutem samodzielności jest dysponowanie własnym majątkiem i względnie stałymi źródłami finansowania realizowanych zadań. Jedną z głównych zasad finansowania społeczności lokalnych jest prawo do posiadania własnych, wystarczających zasobów finansowych, którymi samorządy terytorialne mogą swobodnie dysponować w ramach wykonywania nałożonych

na nie zadań o charakterze publicznym oraz w celach rozwojowych. Do tego samorząd może wykorzystywać zewnętrzne źródła finansowania (Zasadzki 2010). W przypadku PPZ są to środki pozyskane z NFZ lub najczęściej środki unijne (w przypadku Regionalnych Programów Zdrowotnych realizowanych na szczeblu wojewódzkim). Pierwsze podejście cechuje gminy małe, które dopiero zaczynają realizować programy zdrowotne (skupienie czwarte), drugie – gminy największe (skupienie drugie).

To duże miasta, szczególnie wojewódzkie, realizujące szeroko zakrojone programy regionalne, najskuteczniej pozyskują środki unijne. W ramach funduszy UE realizowanych jest wiele programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na profilaktykę m.in. chorób nowotworowych, układu krążenia, układu oddechowego, układu kostno-stawowo-mięśniowego oraz zaburzeń psychicznych. Podejmuje się też działania upowszechniające badania przesiewowe w zakresie wczesnej diagnostyki raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego, jak również działania na rzecz rehabilitacji medycznej oraz wczesnego wykrywania wad wrodzonych. Łączna kwota przeznaczona na te działania w perspektywie finansowej 2014–2020 to ok. 1,6 mld zł ze środków EFS. Problemem jest w tym przypadku udział populacji docelowej w badaniach przesiewowych, który wciąż pozostaje na bardzo niskim poziomie i waha się od ok. 5 do 35%.

Polityka regionalna jest zatem wyrazem nie tylko solidaryzmu społecznego, wyrażającego się podejmowaniem szeroko zakrojonych działań na rzecz zmniejszania nadmiernych różnicowań przestrzennych, przyspieszenia rozwoju obszarów opóźnionych i poprawy warunków życia ludzi tam zamieszkujących, lecz także solidaryzmu społecznego w zakresie polityki zdrowotnej, w tym programów i działań profilaktycznych. Zagrożenia wynikają natomiast z niedostatecznych możliwości finansowych oraz niewłaściwych i niestabilnych rozwiązań systemowych w zakresie finansowania zadań samorządu terytorialnego, braku wypracowanych i sprawdzonych procedur, metod i wykwalifikowanej kadry, umiejącej tworzyć i realizować programy i strategie zdrowotne (Świaniewicz, Łukomska 2022). Te elementy utrudniają lub wręcz uniemożliwiają realizację PPZ, zwłaszcza w najmniejszych gminach (do 5 tys. mieszkańców). Do tej samej grupy JST należą też gminy nieznające potencjału PPZ, dla których jednocześnie najważniejszą barierą w realizacji programów jest brak środków finansowych. W stosunku do tej grupy niezbędne jest prowadzenie szkoleń lub udostępnianie materiałów edukacyjnych na temat korzyści z prowadzenia programów zdrowotnych.

Podsumowując, jak obrazują wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród gmin z terenu całego kraju, gminy w Polsce są bardzo różnicowane pod względem swoich priorytetów i działań. Odmienne są również trudności, na jakie natrafiają chętni do realizowania programu polityki zdrowotnej na swoim terenie. Jednocześnie aktywność jednostek samorządu terytorialnego w zakresie udostępniania świadczeń ochrony zdrowia jest coraz większa.

3.5. Wnioski

1. Gminy małe (do 5 tys. mieszkańców) liczą na pozyskanie dofinansowania NFZ na poziomie 80%.
2. Najmniejsze gminy na ogół nie znają potencjału PPZ, co może wskazywać na brak edukacji, szkoleń i wymiany doświadczeń pomiędzy samorządami. Działania promujące realizację PPZ należałoby zatem skierować w pierwszej kolejności do gmin wiejskich i miejsko-wiejskich.
3. Gminy o średniej wielkości (ok. 20 tys. mieszkańców) są to na ogół gminy o wysokim potencjale społeczeństwa odpowiedzialnego społecznie, posiadające na swoim terenie liczne organizacje pozarządowe, chcące świadomie kreować przestrzeń wokół siebie.
4. Gminy największe (miejskie) podchodzą do realizacji PPZ zadaniowo, wykonując zadania obligatoryjne wynikające wprost z ustawy o zdrowiu publicznym i ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Literatura

- GUS, 2022, *Rodzaje gmin oraz obszary miejskie i wiejskie*, Główny Urząd Statystyczny, <https://stat.gov.pl/statystyka-regionalna/jednostki-terytorialne/podzial-administracyjny-polski/rodzaje-gmin-oraz-obszary-miejskie-i-wiejskie/> (dostęp: 7.12.2022).
- Markowska-Kabała I., 2013, *Wybrane programy polityki zdrowotnej, finansowane przez samorząd terytorialny miasta Częstochowy*, [w:] R. Lewandowski, M. Kautsch, Ł. Sułkowski (red.), *Współczesne problemy zarządzania w ochronie zdrowia z perspektywy systemu i organizacji*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, cz. I, XIV(10): 375–385.
- MZ, 2018, *Informacja o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego w roku 2016 i 2017*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa.
- NIK, 2019, *Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądan kierunki zmian*, Najwyższa Izba Kontroli, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf> (dostęp: 15.11.2022).
- Sowada C., Sagan A., Kowalska-Bobko I., World Health Organization (2019), *Poland: Health system review*, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325143/18176127-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (dostęp: 7.12.2022).
- Śmietanka T., 2016, *Polityka społeczna gminy jako czynnik rozwoju lokalnego*, Związek Miast Polskich, Poznań–Koźnice: 40–48.
- Świaniewicz P., Łukomska J., 2022, *Najbogatsze samorządy w 2021 roku. Ranking dochodów per capita*, https://wspolnota.org.pl/fileadmin/news/Ranking_nr_15_2022_Bogactwo_JST_2021.pdf (dostęp: 7.12.2022).
- Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2015 poz. 1916).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.).

Zasadzki W., 2010, *Potencjał ekonomiczny gminy a modelowanie rozwoju lokalnego*, „Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu”, 17: 137–150.

Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r., 2020, załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.