






Marcin Kautsch  <https://orcid.org/0000-0002-4520-3560>


Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Instytut Zdrowia Publicznego, Kraków, Polska
marcin.kautsch@uj.edu.pl

Kamila Zientek  <https://orcid.org/0000-0003-2601-5545>

Zespół Opieki Zdrowotnej, Sucha Beskidzka, Polska, kamilaa.te@gmail.com

Katarzyna Szulc  <https://orcid.org/0000-0001-6398-2353>

Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Instytut Zdrowia Publicznego, Kraków, Polska
katarzyna.szulc@uj.edu.pl

Edyta Piętak  <https://orcid.org/0000-0002-7101-8297>

Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Instytut Zdrowia Publicznego, Kraków, Polska
pietak.edyta1@gmail.com

Nie ma wody na pustyni – realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego szczebla powiatowego w Polsce

Streszczenie: Jednostki samorządu terytorialnego stopnia powiatowego zobowiązane są do tworzenia i realizacji programów polityki zdrowotnej, co wynika z wyznaczonych im zadań w ochronie zdrowia. W artykule poddano weryfikacji, w jakim stopniu powiaty/miasta na prawach powiatu wywiązują się z tych zadań poprzez realizację programów polityki zdrowotnej oraz czy istnieje związek między realizacją takich programów a zamożnością powiatu, wskaźnikami opisującymi stan zdrowia populacji oraz posiadaniem przez

powiat własnych podmiotów leczniczych. W wyniku przeprowadzonego badania stwierdzono, że na terenie jednostek, które realizują programy zdrowotne (choroby cywilizacyjne, nowotwory), występują niższe wskaźniki zgonów. Jednocześnie zaledwie 38% powiatów i 70% miast na prawach powiatu faktycznie realizowało takie programy. Za główne powody tak niskiego odsetka powiatów tworzących wyżej wymienione programy należy uznać niewystarczające wsparcie strukturalne (prawo), instytucjonalne (jednostki mogące pomóc w tworzeniu takich programów) oraz problemy z kadrą i braki w know-how pracowników JST. Do poprawy sytuacji mogłyby przyczynić się: powstanie centralnego rejestru programów, lepsze rozwiązania legislacyjne, modyfikacja lub budowanie innych modeli polityki zdrowotnej (stawiających na profilaktykę i promocję zdrowia) oraz wsparcie edukacyjne dla samorządów.

Słowa kluczowe: samorząd terytorialny, ochrona zdrowia, programy polityki zdrowotnej

JEL: I14, I18, H10, H41

1. Wprowadzenie

Ochrona zdrowia – choć zapewne najczęściej budzi konotacje związane z procesem leczenia – obejmuje wiele działań związanych z promocją zdrowia czy profilaktyką zdrowotną. Samo zapewnienie zdrowia nie jest też zależne wyłącznie od działania sektora ochrony zdrowia. Zgodnie z dokumentami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 1978; 1986; 2013) zdrowie jest wypadkową wielu różnych czynników i polityk, w tym działań zapobiegających chorobom i promujących zdrowie.

Istniejący w Polsce podział zadań i kompetencji oraz ich decentralizacja sprawiają, że niektóre zadania związane z promocją zdrowia i profilaktyką zostały przypisane jednostkom samorządu terytorialnego (JST) – gminom, powiatom, w tym miastom na prawach powiatu oraz województwom. Znalazło to odzwierciedlenie w obowiązujących aktach prawnych, takich jak np. Ustawa z 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej czy Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. Jednak za akt najistotniejszy dla analizowanego tematu należy uznać Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z nią do zadań JST należy:

- 1) tworzenie lokalnych polityk zdrowotnych mających na celu poprawę zdrowia społeczności – poprzez identyfikację potrzeb zdrowotnych, określenie kierunków działania lokalnych przedsięwzięć na rzecz zdrowia, w tym profilaktyki i promocji zdrowia, podnoszenie świadomości jednostek oraz mobilizację do zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie całego środowiska;
- 2) planowanie i realizacja samorządowych programów zdrowotnych, a także monitorowanie i ewaluacja dotychczas prowadzonych programów oraz ich efektów;
- 3) prowadzenie placówek opieki zdrowotnej (głównie są to samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej – SP ZOZ-y lub niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej – NZOZ-y).

Jednostki samorządu terytorialnego są więc organizatorami ochrony zdrowia odpowiedzialnymi za bezpieczeństwo zdrowotne społeczności lokalnej. Dwa pierwsze wymienione zadania jednoznacznie wskazują, że JST powinny tworzyć polityki zdrowotne i – będące ich efektem – różnego rodzaju programy zdrowotne.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zdefiniowała program polityki zdrowotnej (dalej: program) jako: „zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego”. Efektem takich działań powinny być np. programy profilaktyki zdrowotnej, promocji zdrowia czy terapeutyczne.

Wdrożenie wyżej wymienionych programów jest warunkowane pozytywną opinią Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej: Agencja, AOTMiT). Programy takie mogą być dofinansowywane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – w przypadku powiatów do wysokości 40% kosztów. Składane dokumenty opisujące wyżej wymienione programy powinny zawierać dokładny opis organizacji programu, w tym jasno określony i mierzalny cel główny, cele szczegółowe, oczekiwane efekty, mierniki efektywności, harmonogram wraz z kosztorysem oraz sposób monitorowania i ewaluacji.

Prócz wspomnianego wsparcia o charakterze finansowym ze strony NFZ Agencja opublikowała podręcznik instruujący, jak powinno przebiegać tworzenie omawianych programów (AOTMiT, 2016). Podobny dokument został też stworzony przez Związek Powiatów Polskich (Skóbel, Rudka, 2016). Powyższe uwarunkowania stanowią ramy, w których JST mogą i powinny tworzyć, a następnie realizować programy zdrowotne. W świetle wyników badań przytaczanych poniżej wydaje się jednak, że ramy te są niewystarczające.

W niniejszym artykule poddano weryfikacji, w jakim stopniu powiaty/miasta na prawach powiatu wywiązują się z nałożonych na nie zadań poprzez realizację programów polityki zdrowotnej oraz czy istnieje związek między realizacją takich programów a możliwością powiatu, wskaźnikami opisującymi stan zdrowia populacji oraz posiadaniem przez powiat własnych podmiotów leczniczych.

2. Metody badawcze

Artykuł oparto na badaniu danych zastanych w postaci analizy literatury oraz informacji na temat programów polityki zdrowotnej pozyskanych ze stron internetowych JST. Przeprowadzono również analizę treści obowiązujących przepisów prawnych – w tym przede wszystkim ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ich streszczeń i omówień. Przeanalizowano źródła znalezione w internecie, takie jak artykuły, raporty i strony WWW. Źródła te zostały zidentyfikowane za pomocą wyszukiwarki Google. Użyto następującej kombinacji słów: „programy polityki zdrowotnej/profilaktyczne/promocji zdrowia + jednostki samorządu terytorialnego/JST/powiaty/miasta”. Z uwagi na małą trafność wyników (zidentyfikowanych materiałów przydatnych do stworzenia niniejszego opracowania) przeanalizowano te z pierwszych 30 stron dla każdej kombinacji. Mała trafność wiązała się z tym, że w wyniku wyszukiwania najczęściej pojawiały się informacje na temat programów w poszczególnych powiatach. Przeprowadzono także wyszukiwanie w bazie Web of Science, dotyczące haseł „health policy program Poland”/„health promotion program Poland”. Uzyskano 138/862 rezultatów, z których 30/16 zostało poddanych bardziej szczegółowej analizie. Większość znalezionych pozycji dotyczyła wybranych wąskich obszarów zdrowotnych (np. programów przeciwdziałania otyłości) albo badań naukowych nad wybranymi lekami czy schorzeniami.

Dane do analizy ilościowej zostały pozyskane w okresie styczeń–sierpień 2020 roku ze stron internetowych powiatów oraz ich Biuletynów Informacji Publicznej. Można przyjąć, że panująca pandemia wirusa SARS-CoV-2 oraz napięta sytuacja międzynarodowa wpłynęły negatywnie na liczbę programów realizowanych przez samorządy. W 2021 roku samorządy (wszystkich szczebli) zgłosiły do AOTMiT ponad czterokrotnie mniej programów niż pięć lat wcześniej (Lisowska, 2022). Zebrany materiał pokazał, że powiaty realizują stosunkowo niewiele programów polityki zdrowotnej, a ich zróżnicowanie tematyczne jest bardzo duże. Takie zróżnicowanie zostało także potwierdzone w badaniach innych autorów (Augustynowicz i in., 2017: 596–604). Stwierdzono też, że przedstawiane przez JST dane na temat programów są fragmentaryczne, wręcz szczątkowe, a same opisy programów są raczej skromne, uniemożliwiające bardziej pogłębione analizy. Zarówno obszary objęte programami, jak i zakres podejmowanych

działań okazał się tak zróżnicowane, że w dalszych pracach analitycznych konieczne stało się stworzenie (ogólnych) kategorii, obejmujących tematy nawiązujące do nazwy wyżej wymienionej ogólnej kategorii. Dla przykładu: na programy określone w tabelach 1–3 i 5 jako „dla dzieci” składały się takie, które w swojej nazwie odwoływały się do dzieci/młodzieży, a także te dotyczące walki z próchnicą, wadami postawy itp.

Zebrane dane zostały przeanalizowane i zestawione w postaci tabelarycznej w podziale na powiaty i miasta na prawach powiatu (tzn. większe miasta) zgrupowane w województwa, na których terenie leżą. Dalszej analizie poddano średni dla województw odsetek JST stopnia powiatowego deklarujących realizację programów polityki zdrowotnej, liczbę tych programów, a także przeliczenie ich na populację. Dodatkowo wyodrębniono dane dla stolic województw (jako największych miast w województwie).

Zebrano także dane dotyczące liczby mieszkańców powiatów, śmiertelności, umieralności z przyczyn kardiologicznych i onkologicznych, poziomu przeciętnego wynagrodzenia oraz istnienia na terenie powiatu podległego jego władzom szpitala działającego w formie samodzielnego publicznego lub niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Następnie przeprowadzono analizę statystyczną z wykorzystaniem testu t-Studenta, której celem było wykazanie występowania związku między analizowanymi zmiennymi. Na potrzeby analizy sprawdzono także występowanie korelacji pomiędzy poziomem zażyłości a liczbą programów realizowanych przez JST. Analiza została przeprowadzona w programie statystycznym SPSS dla powiatów, miast na prawach powiatu oraz dla ich sumy. Sprawdzono średnie wartości dla zmiennych (na 1000 mieszkańców) dotyczących:

- 1) zgonów ogółem;
- 2) wskaźników zgonów z przyczyn kardiologicznych;
- 3) wskaźników zgonów z przyczyn onkologicznych oraz
- 4) wskaźników zgonów niemowląt.

3. Wyniki

W tabelach 1–5 przedstawiono wyniki dotyczące realizacji programów polityki zdrowotnej zebrane ze stron internetowych JST stopnia powiatowego. Wskazano obszary, jakie były objęte programami w podziale na: powiaty, miasta na prawach powiatu, a także zbiorczo – dla obu grup w poszczególnych województwach.

Tabela 1. Programy polityki zdrowotnej realizowane przez powiaty w Polsce (2020 r., w proc.)

Województwa	Niepełnosprawność	Zdrowie psychiczne	Nowotwory	Cywilizacyjne	HPV	Dla dzieci	Grypa	Pneumokoki/meningokoki	Senioralne	Inne	Odsetek jednostek z programami
Dolnośląskie	8	12	8	8	8	4	0	0	0	4	23
Kujawsko-pomorskie	5	32	0	0	11	0	0	0	0	5	47
Lubelskie	30	15	0	5	5	5	5	10	0	5	40
Lubuskie	25	8	0	17	0	0	0	0	0	8	42
Łódzkie	24	24	0	0	0	0	5	0	0	0	33
Małopolskie	0	11	26	11	5	11	5	0	0	21	42
Mazowieckie	22	19	3	0	0	0	3	0	3	3	41
Opolskie	45	9	0	0	0	0	0	0	0	0	45
Podkarpackie	19	0	5	0	0	0	0	0	0	0	24
Podlaskie	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50
Pomorskie	25	0	6	13	25	0	6	0	0	13	50
Śląskie	41	0	6	0	0	6	0	0	6	18	65
Świętokrzyskie	15	0	8	8	0	8	0	0	0	8	31
Warmińsko-mazurskie	16	11	0	0	0	0	0	0	0	5	26
Wielkopolskie	6	6	3	0	3	3	0	3	0	3	26
Zachodniopomorskie	33	11	6	6	0	0	0	0	0	0	50
Średnia	21	11	5	4	4	2	2	1	1	5	38

Źródło: opracowanie własne

Dane przedstawione w tabeli 1 wskazują wyraźnie na niezwykle silne zróżnicowanie rodzajów i liczby programów realizowanych przez powiaty w poszczególnych województwach. Średnio w Polsce jedynie 38% powiatów realizuje choćby jeden taki program. Oznacza to, że zdecydowana większość powiatów – ponad 60%(!) – nie realizuje żadnego programu polityki zdrowotnej. Województwem, w którym

występuje największy odsetek powiatów realizujących takie programy, jest województwo śląskie (blisko 65%). Z kolei najniższe odsetki realizują województwa dolnośląskie (23%), podkarpackie (24%) oraz warmińsko-mazurskie i wielkopolskie (26%).

W skali całego kraju realizowane programy najczęściej dotyczą kwestii niepełnosprawności (wskazuje na nie blisko 21% powiatów) i zdrowia psychicznego (11%). Pozostałe rodzaje programów realizuje mniej niż 5% powiatów.

Tabela 2. Programy polityki zdrowotnej realizowane przez miasta na prawach powiatu w Polsce (2020 r., w proc.)

Województwa	Grypa	HPV	Dla dzieci	Niepełnosprawność	Nowotwory	Cywilizacyjne	Senioralne	Zdrowie psychiczne	Pneumokoki/meningokoki	Inne	Odsetek jednostek z programami
Dolnośląskie	0	50	25	25	25	25	25	25	25	50	100
Kujawsko-pomorskie	50	25	25	0	50	25	0	0	0	25	75
Lubelskie	0	25	0	0	0	0	0	0	25	0	25
Lubuskie	0	0	0	50	0	0	0	0	0	0	50
Łódzkie	33	0	67	67	0	0	0	0	0	33	100
Małopolskie	100	33	67	33	0	33	0	33	33	100	100
Mazowieckie	60	60	40	0	20	0	40	20	20	40	60
Opolskie	100	100	0	0	100	0	0	0	0	100	100
Podkarpackie	0	0	0	0	0	25	0	25	0	25	50
Podlaskie	67	0	33	0	0	0	0	0	0	0	67
Pomorskie	25	0	25	0	0	25	25	25	0	25	50
Śląskie	21	26	16	32	11	21	11	0	5	32	63
Świętokrzyskie	100	100	0	0	0	100	0	0	100	100	100
Warmińsko-mazurskie	0	0	0	50	0	0	0	50	0	0	100
Wielkopolskie	25	50	25	50	50	0	25	0	0	25	100
Zachodniopomorskie	67	0	33	0	33	0	33	33	0	33	67
Średnia	32	26	24	21	15	15	12	11	9	32	70

Źródło: opracowanie własne

Niewielka liczba miast na prawach powiatu w poszczególnych województwach (poza województwem śląskim) sprawia, że trudno analizować wyniki w tej kategorii jednostek. Średnia liczba miast na prawach powiatu w województwie (poza województwem śląskim) to 3,133. Z tego względu przeprowadzenie (na poziomie województw) analizy odsetka jednostek realizujących programy jest bezcelowe. Można natomiast odnotować, że średnio w Polsce wyżej wymienione jednostki są znacznie bardziej aktywne w realizacji omawianych programów. Prawie dwukrotnie wyższy odsetek miast na prawach powiatu (70%) niż powiatów (38%) realizuje przynajmniej jeden program.

Realizowane programy dotyczą najczęściej grypy (realizuje je niecałe 32% analizowanych jednostek), następnie HPV (wirus brodawczaka ludzkiego – 26%), dzieci (24%) oraz osób niepełnosprawnych (21%). Z kolei 32% jednostek realizuje także inne programy niż skategoryzowane w tabelach (np. dotyczące osteoporozy, boreliozy, chorób narządu wzroku itd.).

Tabela 3. Programy polityki zdrowotnej realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego stopnia powiatowego w Polsce (2020 r., w proc.)

Województwa	Niepełnosprawność	Zdrowie psychiczne	HPV	Grypa	Nowotwory	Dla dzieci	Cywilizacyjne	Senioralne	Pneumokoki/meningokoki	Inne	Odsetek jednostek
Dolnośląskie	10	13	13	0	10	7	10	3	3	10	33
Kujawsko-pomorskie	4	26	13	9	9	4	4	0	0	9	52
Lubelskie	25	13	8	4	0	4	4	0	13	4	38
Lubuskie	29	7	0	0	0	0	14	0	0	7	43
Łódzkie	29	21	0	8	0	8	0	0	0	4	42
Małopolskie	5	14	9	18	23	18	14	0	5	32	50
Mazowieckie	19	19	7	10	5	5	0	7	2	7	43
Opolskie	42	8	8	8	8	8	0	0	0	8	50
Podkarpackie	16	4	0	0	4	0	4	0	0	4	28
Podlaskie	41	0	0	12	0	6	0	0	0	0	53
Pomorskie	20	5	20	10	5	5	15	5	0	15	50
Śląskie	36	0	14	11	8	11	11	8	3	25	64
Świętokrzyskie	14	0	7	7	7	7	14	0	7	14	36

Województwa	Niepełnosprawność	Zdrowie psychiczne	HPV	Grypa	Nowotwory	Dla dzieci	Cywilizacyjne	Senioralne	Pneumokoki/meningokoki	Inne	Odsetek jednostek
Warmińsko-mazurskie	19	14	0	0	0	0	0	0	0	5	33
Wielkopolskie	11	6	9	3	9	6	0	3	3	6	34
Zachodniopomorskie	29	14	0	10	10	5	5	5	0	5	52
Średnia	21	11	7	7	6	6	6	3	2	10	44

Źródło: opracowanie własne

Zbiorcze wyniki dla wszystkich jednostek nie zmieniają istotnie wyników uzyskanych przez same powiaty z uwagi na ich znacząco wyższą liczbę (314) w porównaniu do miast na prawach powiatu (66). Odsetek jednostek, które realizują jakikolwiek program, wzrósł prawie do 44%; ponownie odsetek ten jest najwyższy dla województwa śląskiego (prawie 64%), natomiast województwa o najniższym odsetku to podkarpackie (28%), warmińsko-mazurskie (33%) i wielkopolskie (34%).

Realizowane programy dotyczą najczęściej niepełnosprawności (prawie 21%) i zdrowia psychicznego (11%). Opracowanie i realizacja powiatowych programów działań na rzecz osób niepełnosprawnych jest wykonaniem postanowień art. 35a ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych jako zadania nałożonego na samorzady powiatowe. Z kolei Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego nakłada na JST każdego szczebla ochronę zdrowia psychicznego, m.in. poprzez realizację zadań określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (dalej: NPOZP) jako zadań własnych samorządów województw, powiatów i gmin. Zapisy NPOZP na lata 2017–2022 zobowiązują samorzady powiatowe m.in. do opracowania lokalnego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz realizacji, koordynowania i monitorowania lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego (Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022).

O tym, jak bardzo programy dotyczące niepełnosprawności oraz zdrowia psychicznego wpływają na omawiane wyniki, niech świadczy to, że po wyeliminowaniu z obliczeń wyżej wymienionych programów odsetek powiatów realizujących jakikolwiek

program zdrowotny spadł do 14% (sic!). Oznacza to zaledwie jeden program na siedem powiatów. W przypadku miast na prawach powiatu tak skonstruowany wskaźnik wynosi 56%, a dla całej grupy 21%.

Tabela 4. Średnia liczba programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostki stopnia powiatowego w Polsce i odsetek jednostek realizujących te programy (2020 r.)

Województwa	Liczba programów na jednostkę			Liczba programów na 1 mln mieszkańców		
	Powiaty	Miasta na prawach powiatu	Łącznie	Powiaty	Miasta na prawach powiatu	Łącznie
Dolnośląskie	0,54	3,75	0,97	7,1	16,1	10,0
Kujawsko-pomorskie	0,53	2,75	0,91	7,6	14,6	10,1
Lubelskie	0,85	0,50	0,79	10,7	3,8	9,0
Lubuskie	0,58	0,50	0,57	9,4	3,8	7,9
Łódzkie	0,52	2,67	0,79	6,7	10,0	7,7
Małopolskie	1,32	12,67	2,86	10,2	39,1	18,5
Mazowieckie	0,54	3,40	0,88	6,3	7,5	6,8
Opolskie	0,55	5,00	0,92	7,0	39,1	11,2
Podkarpackie	0,24	0,75	0,32	2,8	8,6	3,8
Podlaskie	0,50	1,00	0,59	9,4	7,0	8,5
Pomorskie	0,88	1,50	1,00	9,3	7,1	8,5
Śląskie	0,76	2,42	1,64	6,5	18,3	13,1
Świętokrzyskie	0,46	6,00	0,86	5,8	30,8	9,7
Warmińsko-mazurskie	0,32	1,00	0,38	5,3	6,9	5,6
Wielkopolskie	0,29	2,75	0,57	3,3	14,2	5,7
Zachodniopomorskie	0,56	2,67	0,86	8,7	14,5	10,6
Średnia	0,57	2,76	0,95	7,0	14,5	9,4

Źródło: opracowanie własne; obliczenia własne na podstawie GUS, 2020

Średnia liczba programów przypadająca na jeden powiat wynosi 0,57. W przypadku miast na prawach powiatu wskaźnik ten jest niemal pięciokrotnie wyższy (2,76). Daje to średnio niemalże jeden program (0,95) na jednostkę samorządu terytorialnego stopnia powiatowego. Najwyższe wskaźniki liczby programów (zdecydowanie przewyższające te dla wszystkich innych) odnotowano w województwie małopolskim – dla wszystkich rodzajów jednostek powiatowych. Najniższe, również istotnie różne od średniej (tym razem in minus), odnotowano w województwie podkarpackim. Łączny wynik tego

województwa nie stanowi nawet jednej trzeciej programu na jednostkę (0,32). Przeliczenie liczby programów na populację daje zbliżone wyniki – w przypadku województwa małopolskiego, które ponownie zdecydowanie wyróżnia się na tle innych, wynosi ona 18,5 programu na milion mieszkańców, przy średniej 9,4, a dla podkarpackiego zaledwie 3,8 programu. Natomiast istotnie zmniejszyła się różnica między powiatami i miastami na prawach powiatu. Po przeliczeniu liczby programów na populację jest ona „tylko” około dwukrotnie większa.

Tabela 5. Programy polityki zdrowotnej realizowane przez stolice województw w Polsce (2020 r.)

Stolica województwa - miasto na prawach powiatu	Dla dzieci	Grypa	Cywilizacyjne	HPV	Pneumokoki/meningokoki	Zdrowie psychiczne	Nowotwory	Niepełnosprawność	Senioralne	Inne	Liczba programów	Liczba programów na milion mieszkańców
Wrocław	1	1	2	0	1	0	1	1	1	1	9	14,0
Bydgoszcz	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	5,7
Toruń	1	1	2	0	0	0	2	0	0	2	8	39,7
Lublin	1	1	1	1	1	1	0	0	0	2	8	23,5
Gorzów Wielkopolski	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Zielona Góra	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	7,1
Łódź	2	1	0	0	0	0	0	1	0	2	6	8,8
Kraków	2	2	6	1	2	1	0	0	0	7	21	27,0
Warszawa	1	1	0	1	0	1	0	0	1	3	8	4,5
Opole	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	5	39,1
Rzeszów	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	10,2
Białystok	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6,7
Gdańsk	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	4	8,5
Katowice	3	0	0	1	0	0	0	1	1	1	7	23,9

Stolica województwa - miasto na prawach powiatu	Dla dzieci	Grypa	Cywilizacyjne	HPV	Pneumokoki/meningokoki	Zdrowie psychiczne	Nowotwory	Niepełnosprawność	Senioralne	Inne	Liczba programów	Liczba programów na milion mieszkańców
Kielce	0	1	1	1	2	0	0	0	0	1	6	30,8
Olsztyn	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	5,8
Poznań	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	4	7,5
Szczecin	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	10,0
Średnia	0,89	0,78	0,72	0,39	0,33	0,33	0,28	0,22	0,22	1,28	5,44	12,7

Źródło: opracowanie własne; obliczenia własne na podstawie GUS, 2020

Analiza liczby programów w miastach wojewódzkich (uwzględniono siedziby marszałków i wojewodów: Bydgoszcz i Toruń oraz Gorzów Wielkopolski i Zieloną Górę) także wskazuje na zróżnicowanie – zarówno jeżeli chodzi o liczbę programów na JST, jak i populację. Średnio w analizowanej grupie realizowano 5,44 programu na jednostkę. Najczęściej były to programy dla dzieci (0,89), przeciwko grypie (0,78) i te dotyczące chorób cywilizacyjnych (0,72).

Absolutnym liderem, jeżeli chodzi o liczbę programów, jest Kraków (21), dystansując kolejne miasto – Wrocław (9) ponad dwukrotnie. Gorzów Wielkopolski nie realizuje żadnego (sic!) programu polityki zdrowotnej, a Zielona Góra (drugie miasto stołeczne województwa lubuskiego) jeden, podobnie jak Olsztyn. Kraków wypada w omawianym zestawieniu nieporównywalnie lepiej niż inne największe miasta w Polsce (Warszawa, Łódź, Poznań).

Wyniki te istotnie zmieniają się po przeliczeniu liczby programów na populację. Średnia w badaniu wyniosła 12,7 programu na milion mieszkańców. Znacznie niższa liczba mieszkańców niektórych miast sprawia, że w liczbie programów wyprzedzają one Kraków (27 programów na milion mieszkańców). Są to: Toruń (39,7), Opole (39,1) i Kielce

(30,8). Co ciekawe, Bydgoszcz – drugie (oprócz Torunia) miasto stołeczne województwa kujawsko-pomorskiego – nie realizuje nawet połowy średniej liczby programów na populację dla stolic województw (por. tabela 5).

Drugi najniższy wynik w zestawieniu liczby programów przypadających na milion mieszkańców (po wspomnianym Gorzowie Wielkopolskim) uzyskała Warszawa (4,7 – nieco ponad jedna trzecia średniej dla omawianej grupy), co jest pochodną licznej populacji zamieszkującej to miasto i jednocześnie małej liczby programów w porównaniu do innych jednostek. O niskich wynikach można też mówić w przypadku Bydgoszczy (5,7) i Olsztyna (5,8), co także można przypisać małej liczbie programów realizowanych w tych miastach.

Przeprowadzono także analizę testem t-Studenta (tabela 6). Na potrzeby analizy statystycznej JST zostały podzielone na następujące kategorie:

- 1) takie, które są organem właścicielskim dla samodzielnego publicznego (SP ZOZ), niepublicznego (NZOZ) lub po prostu zakładu opieki zdrowotnej (ZOZ = SPZOZ + NZOZ);
- 2) takie, które deklarują realizację programów dotyczących nowotworów, chorób cywilizacyjnych (tj. chorób układu krwionośnego, otyłości i innych) oraz niepełnosprawności.

Analizę wykonano dla powiatów (n = 314), miast na prawach powiatu (n = 66) oraz dla ich sumy (n = 380).

Tabela 6. Wyniki analizy testu t-Studenta, stan na połowę 2020 r.

Zmienna	Szczegóły zmiennej	Zgony ogółem/1000 mieszkańców	Zgony kardiologiczne/1000 mieszkańców	Zgony onkologiczne/1000 mieszkańców
Powiaty ogółem (n = 380)				
SPZOZ	Jest	11	4,87	–
	Brak	10,66	4,34	–
	P	0,03	< 0,001	> 0,05
NZOZ	Jest	–	–	–
	Brak	–	–	–
	P	> 0,05	> 0,05	> 0,05
ZOZ	Jest	10,95	4,77	–
	Brak	10,53	4,19	–
	P	0,03	0,002	> 0,05
Programy dot. nowotworów	Jest	–	–	–
	Brak	–	–	–
	P	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Zmienna	Szczegóły zmiennej	Zgony ogółem/1000 mieszkańców	Zgony kardiologiczne/1000 mieszkańców	Zgony onkologiczne/1000 mieszkańców
Programy dot. chorób cywilizacyjnych	Jest	10,18	-	-
	Brak	10,9	-	-
	P	0,04	> 0,05	> 0,05
Programy dot. niepełnosprawności	Jest	11,26	-	-
	Brak	10,76	-	-
	P	0,009	> 0,05	> 0,05
Powiaty (n = 314)				
SPZOZ	Jest	10,95	4,93	-
	Brak	10,61	4,39	-
	P	0,049	< 0,001	> 0,05
NZOZ	Jest	-	-	-
	Brak	-	-	-
	P	> 0,05	> 0,05	> 0,05
ZOZ	Jest	-	4,80	-
	Brak	-	4,28	-
	P	> 0,05	0,019	> 0,05
Programy dot. nowotworów	Jest	9,99	-	-
	Brak	10,86	-	-
	P	0,006	> 0,05	> 0,05
Programy dot. chorób cywilizacyjnych	Jest	9,85	-	-
	Brak	10,85	-	-
	P	0,039	> 0,05	> 0,05
Programy dot. niepełnosprawności	Jest	-	-	-
	Brak	-	-	-
	P	> 0,05	< 0,05	> 0,05
Miasta na prawach powiatu (n = 66)				
SPZOZ	Jest	-	-	-
	Brak	-	-	-
	P	> 0,05	> 0,05	> 0,05
NZOZ	Jest	-	-	-
	Brak	-	-	-
	P	> 0,05	> 0,05	> 0,05
ZOZ	Jest	-	4,57	-
	Brak	-	3,98	-
	P	> 0,05	0,031	> 0,05

Zmienna	Szczegóły zmiennej	Zgony ogółem/1000 mieszkańców	Zgony kardiologiczne/1000 mieszkańców	Zgony onkologiczne/1000 mieszkańców
Programy dot. nowotworów	Jest	-	-	-
	Brak	-	-	-
	P	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Programy dot. chorób cywilizacyjnych	Jest	-	-	-
	Brak	-	-	-
	P	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Programy dot. niepełnosprawności	Jest	-	-	-
	Brak	-	-	-
	P	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Oznaczenia: „-” – brak istotności statystycznej pomiędzy zmiennymi.

Źródło: opracowanie własne; obliczenia własne

Analiza wykazała, że dla jednostek stopnia powiatowego (powiatów i miast na prawach powiatu) ($n = 380$):

- 1) powiaty posiadające SP ZOZ mają jednocześnie wyższe wskaźniki (na 1000 mieszkańców):
 - zgonów ogółem ($p = 0,03$),
 - zgonów z powodów kardiologicznych ($p < 0,001$);
- 2) w przypadku działania na terenie powiatu jakiegokolwiek ZOZ-u występowały wyższe wskaźniki (na 1000 mieszkańców):
 - zgonów ogółem ($p = 0,03$) oraz
 - zgonów z powodów kardiologicznych ($p = 0,002$);
- 3) w powiatach, w których tworzone były programy dotyczące chorób cywilizacyjnych, występował niższy wskaźnik zgonów ogółem na 1000 mieszkańców ($p = 0,04$);
- 4) w przypadku realizowania na terenie powiatu programów dotyczących niepełnosprawności występowały wyższe wskaźniki zgonów ogółem na 1000 mieszkańców ($0,009$).

W przypadku powiatów ($n = 314$):

- 1) dla powiatów posiadających SP ZOZ występowały wyższe wskaźniki zgonów ogółem ($0,049$) oraz zgonów kardiologicznych na 1000 mieszkańców ($< 0,001$);
- 2) powiaty posiadające ZOZ miały wyższy wskaźnik zgonów kardiologicznych na 1000 mieszkańców ($p = 0,019$);
- 3) w przypadku realizowania na terenie powiatu programów dotyczących nowotworów oraz chorób cywilizacyjnych wskaźniki zgonów ogółem były niższe ($p = 0,006$ i $p = 0,039$).

Z kolei dla miast na prawach powiatu ($n = 66$) okazało się, że wyższe wskaźniki zgonów kardiologicznych na 1000 mieszkańców ($p = 0,031$) występowały w jednostkach posiadających jakikolwiek ZOZ.

Oprócz przedstawionych w tabeli 6 zależności sprawdzono także, czy występują korelacje pomiędzy poziomem zamożności a liczbą programów profilaktycznych realizowanych w powiecie. Analiza wykazała istotne statystycznie korelacje pomiędzy tymi zmiennymi. W przypadku miast na prawach powiatu współczynnik korelacji r Pearsona wynosił 0,48, dla powiatów 0,18, a dla ich sumy 0,45. Oznacza to, że wraz ze wzrostem poziomu zamożności w powiecie, rośnie także liczba programów realizowanych przez JST.

4. Dyskusja

Planowanie polityki zdrowotnej, jak w przypadku każdego rodzaju planu, wymaga posiadania stosownego potencjału – ludzi, informacji, finansów i właściwej organizacji. Powinno ono zostać oparte na przeprowadzonej uprzednio analizie potrzeb zdrowotnych, dla identyfikacji obszarów niezbędnych działań. W niniejszym badaniu analizowano wyłącznie samo istnienie programu, a nie jego zawartość, skalę działania, skuteczność czy potencjał, jaki posiadają JST stopnia powiatowego do stworzenia takiego programu.

W badaniu stwierdzono istotne zróżnicowanie liczby programów i dziedzin, w których są one realizowane. Uzyskane wyniki mogą być pochodną różnic w potrzebach zdrowotnych – zebrane dane epidemiologiczne (niezamieszczone w niniejszym opracowaniu, użyte natomiast w obliczeniach statystycznych) wskazują bowiem na znaczne zróżnicowanie wskaźników liczby zgonów ogółem czy zgonów według przyczyn między powiatami. Na wyniki ma z pewnością wpływ silne zróżnicowanie demograficzno-gospodarcze omawianych jednostek. Najmniejszy powiat (sejnieński) ma 19 razy mniej ludności od największego (poznański – ziemski). Jeszcze większe różnice występują w przypadku miast na prawach powiatu – najmniejsze (Sopot) jest 49 razy mniejsze od największego (Warszawa) (GUS, 2020). Różnice między powiatami dotyczą także stopnia zamożności. Jest to istotny czynnik, gdyż liczne badania wskazują na występowanie związku pomiędzy poziomem dochodów a zdrowiem populacji. Chetty i współautorzy (2016: 1750–1766) zaobserwowali, że wyższy dochód wiąże się z dłuższym trwaniem życia. Z kolei O'Hare i inni (2013: 408–414) potwierdzili występowanie związku pomiędzy dochodem a śmiertelnością dzieci do piątego roku życia. Na różnice w wynikach uzyskanych w omawianym badaniu wpływ mogą mieć też uwarunkowania środowiska naturalnego, jego zanieczyszczenie, infrastruktura, stopień uprzemysłowienia itd. Na występujące różnice między województwami wskazują Kurowska, Królak i Giermaziak (2018: 209–217), podobnie jak Leśniewska

i współautorzy (2014: 472–477), którzy dodatkowo konkludują, że zidentyfikowane zróżnicowanie powoduje ograniczenia skuteczności polityki państwa w odniesieniu do polityki zdrowotnej.

Zaledwie 44% jednostek stopnia powiatowego (w tym tylko 38% powiatów) realizuje jakiegokolwiek programy, co więcej – wyeliminowanie programów dotyczących kwestii, które JST powinny realizować z mocy innych ustaw (niepełnosprawność, zdrowie psychiczne), sprawia, że tych jednostek jest raptem 14%. Można więc skonstatować, że wspomniane ramy prawne, programy ogólnopolskie dotyczące wybranych obszarów zdrowia (Ministerstwo Zdrowia, 2015; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej) ani nawet Narodowe Programy Zdrowia (Ministerstwo Zdrowia, 2007; Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020), zakładające dużą rolę działań o charakterze nienaprawczym realizowanych przez JST, nie stymulują wystarczająco samorządów do realizacji zadań wyznaczonych im ustawowo. Nawet we wspomnianych obszarach, które są dodatkowo uregulowane prawnie, odsetek powiatów realizujących wyżej wymienione programy jest niski (10–20%). Głanowski (2015: 146–151) uważa, że istniejące regulacje nie są wystarczająco precyzyjne dla stworzenia i realizacji takich programów, co może wpływać na ich liczbę. Znaczenie takich ogólnokrajowych/regionalnych regulacji jest trudne do przecenienia. Doświadczenia międzynarodowe wskazują bowiem, że zarówno programy lokalne, jak i krajowe mogą pozytywnie wpływać na zdrowie populacji. W Szwecji lokalny program profilaktyczny (*The Sollentuna Prevention Program*), który promował zdrowy styl życia, przyczynił się do niższego ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych czy zgonów z tych przyczyn wśród osób biorących udział w tej inicjatywnie (Journath i in., 2020: 1294–1299). Pozytywne efekty zdrowotne po wprowadzeniu na poziomie gmin programu profilaktycznego dotyczącego otyłości wśród dzieci zostały zaobserwowane także w Portugalii. Po sześciu miesiącach uczestnicy programu odnotowali poprawę w zakresie diety czy aktywności fizycznej, co spowodowało spadek wskaźnika BMI (Rito i in., 2013: 1043–1051). Z kolei we Francji krajowy program zapobiegania wirusowemu zapaleniu wątroby typu C przyczynił się do zmniejszenia liczby nowych przypadków w badanym okresie. Dodatkowo dzięki temu programowi zdecydowanie zwiększył się odsetek osób świadomych swojej choroby (Delarocque-Astagneau i in., 2010: 435–443). Podobne pozytywne efekty odnotowano w przypadku programów profilaktycznych dotyczących zdrowia psychicznego (Matsubayashi, Ueda, 2011: 1395–1400).

O braku istotnego zaangażowania w programy polityki zdrowotnej dotyczące chorób układu sercowo-naczyniowego piszą Augustynowicz i współautorzy (2017: 596–604), wskazując także na to, że programów tych jest coraz mniej i mają one bardzo ograniczony zasięg. Leźnicka, Marcinkowski i Prycel (2015: 532–536) piszą o małej liczbie programów realizowanych przez JST województwa kujawsko-pomorskiego (realizowało je około 40% JST) oraz o związku między wielkością jednostki a liczbą programów – te większe realizowały ich więcej.

Miasta na prawach powiatu mają istotnie więcej programów przypadających na jednostkę samorządu terytorialnego niż powiaty. Zapewne można to przypisać wspomnianemu wcześniej większemu potencjałowi: bardziej rozbudowanym strukturalom ochrony zdrowia, zasobności i dostępowi do know-how w większych miastach. Stolice województw mają średnio jeszcze więcej programów polityki zdrowotnej niż miasta na prawach powiatu – zapewne z tych samych przyczyn, dla których miasta na prawach powiatu mają więcej programów niż powiaty. Zalewska i współautorzy stwierdzają, że projekty programów zdrowotnych nadsyłane do Agencji są bardzo często niekompletne i niepoprawne metodologicznie (Zalewska i in., 2015: 90–96), co można przypisać brakom umiejętności ich pisanie przez przedstawicieli JST. Co prawda AOTMiT publikuje materiały, które mają wspomóc przygotowanie takich programów, jednak liczba tych ostatnich każe powątpiewać, czy działania Agencji skutecznie wspomagają starania JST. Potwierdzają to wyniki badań Cianciary i współautorów (2019b: 69–74), w których AOTMiT postrzegana była przez respondentów raczej jako instytucja utrudniająca, a nie wspomagająca. Uczestnicy badań, opisując własne doświadczenia przy realizacji programów jako jeden z problemów zewnętrznych, wskazywali „brak zrozumienia wymagań tej instytucji”, które określano jako „dodatkową trudność” lub nawet „barierę do pokonania” przy tworzeniu programów. W efekcie w latach 2012–2015 aż jedna trzecia projektów programów uzyskała negatywną opinię Agencji. Rok do roku następował spadek odsetka wydawanych opinii pozytywnych, a w 2016 r. spadł on do 5%.

Analiza wyników uzyskanych w omawianym badaniu pokazuje też zjawisko naśladownictwa – w wielu przypadkach dziedzina i tytuł programu jednego powiatu pokrywała się z tą, która była realizowana w innym powiecie tego samego województwa. Decydować mogły o tym podobne potrzeby zdrowotne albo nieformalne relacje łączące powiaty. Nie można także wykluczyć tego, że programy są kopiowane, co można interpretować z jednej strony jako podążanie za dobrymi wzorcami, z drugiej zaś jako „pójście na skróty” czy korzystanie z pracy i wiedzy innych w związku z brakiem odpowiednich kompetencji na terenie powiatu. O silnym zróżnicowaniu struktur odpowiedzialnych za nadzór nad zdrowiem pisze Kautsch (2019). Opinię tę potwierdzają Cianciara i współautorzy (2019a: 97–104), których badania wykazały problem braku jednorodnych struktur odpowiedzialnych za zdrowie (w tym za programy polityki zdrowotnej) oraz doboru pracowników o odpowiednich kompetencjach i doświadczeniu

do zajmowania się tą tematyką. W badanej grupie osoby tworzące programy były przedstawicielami różnych struktur jednostki powiatowej (niejednokrotnie niezwiązanych z ochroną zdrowia), z różnych grup zaszerogowania i z różnym doświadczeniem dotyczącym zdrowia i programów zdrowotnych. Niedostatek umiejętności i kompetencji osób tworzących programy w powiatach może być jednym z głównych powodów wspomnianego powyżej stanu. Zresztą sama grupa badana przez Cianciareę i współautorów, oceniając doświadczenia własne przy realizacji programów zdrowotnych, jako jedną z trudności wskazała własny ograniczony potencjał wykonawczy jednostki, w tym umiejętności kadry, trudności z pozyskaniem danych statystycznych czy brak środków finansowych.

Problemy finansowe wielu JST wpływają zapewne na prowadzone przez nie działania w ochronie zdrowia – najwyraźniej programy takie nie mają wysokiego priorytetu (Dubas, Seweryn, Koperny, 2014: 747–754). Wskazują na to jednoznacznie dane zebrane przez Najwyższą Izbę Kontroli. W latach 2010–2015 (ostatnie dostępne dane) udział wydatków wszystkich samorządów terytorialnych na programy polityki zdrowotnej w wydatkach ogółem wynosił między 0,033% a 0,046%, (Najwyższa Izba Kontroli 2016). Leśniewska i współautorzy (2014: 472–477) wskazują, że w latach 2009–2011 60% powiatów wydawało poniżej 1% swoich budżetów na profilaktykę i promocję zdrowia.

W 2018 r. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Ministerstwo Zdrowia, Główny Inspektorat Sanitarny, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, czyli kluczowe instytucje w obszarze promocji i profilaktyki zdrowotnej w Polsce, rozpoczęły współpracę w ramach projektu „ProfiBaza – Cyfrowe udostępnienie informacji publicznej na temat sytuacji zdrowotnej ludności oraz realizacji programów zdrowotnych dla potrzeb profilaktyki chorób i promocji zdrowia w Polsce” (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, b.d.). Przewidywano powstanie cyfrowego repozytorium dla zasobów informacyjnych dotyczących podejmowanych działań z zakresu zdrowia publicznego, w tym profilaktyki chorób i promocji zdrowia. Zakładano, że baza będzie służyć jako narzędzie planowania i ewaluacji. Baza powinna była pokazać podejmowane działania, ich adekwatność do potrzeb zdrowotnych, koszty i efekty. Dodatkowo w założeniach powinna stać się instrumentem wspomagającym podejmowanie decyzji racjonalnych i opartych na dowodach, pozwalających na lepsze gospodarowanie publicznymi środkami finansowymi, będącymi w dyspozycji administracji rządowej i samorządowej.

Trudno przecenić znaczenie i wartość gromadzenia i publicznego udostępniania w jednym miejscu danych o prowadzonych programach polityki zdrowotnej. Baza taka, wyposażona w szczegółowe dane na temat zdrowia ludności oraz zapewniająca możliwość wyszukiwania i analizy tych danych, mogłaby stanowić wsparcie w prawidłowym opracowaniu

programów polityki zdrowotnej. Wedle dostępnych informacji projekt miał zakończyć się w lutym 2021 r. W październiku 2021 r. była ona niedostępna, a w okresie kończenia prac nad niniejszym artykułem (wiosna 2022 r.) treści w niej zawarte trudno uznać za aktualne i wartościowe, jako że zawiera ona jedynie dane, które są już publicznie dostępne w innych źródłach.

Wspomniane wcześniej różnice w tematyce programów widoczne są także przy podziale na powiaty i miasta na prawach powiatu. Najwięcej powiatów realizuje programy dotyczące niepełnosprawności, zdrowia psychicznego i nowotworów. W przypadku miast na prawach powiatów są to: grypa, HPV i programy dla dzieci. Biorąc pod uwagę coraz silniejszy proces starzenia się społeczeństwa, bardzo dziwi praktyczny brak programów senioralnych czy dotyczących chorób cywilizacyjnych (innych niż nowotwory) w przypadku powiatów.

Augustynowicz, Czerw i Deptała (2016) zaznaczają, że najwięcej programów dotyczy diagnostyki (dzielą programy na profilaktyczne, diagnostyczne i terapeutyczne), co zdaje się wskazywać na niedobór tego typu działań w systemie. Autorzy konstatują też, że działania takie są najdroższe i obejmują najmniejszą część populacji (Augustynowicz i in., 2017; 596–604) – odnosi się to do chorób układu sercowo-naczyniowego. Podobne zjawisko stwierdzono w niniejszym badaniu (duża liczba programów nastawionych na diagnostykę). Powyższe oznaczałoby mało efektywne wydawanie przez JST środków przeznaczonych na szeroko pojęte zdrowie.

Realizacja programów dotyczących niepełnosprawności może wiązać się z większym zapotrzebowaniem na takie działania w związku z problemami zdrowotnymi populacji. W świetle tego wyższy wskaźnik zgonów ogółem w JST, w których są realizowane takie programy, może być efektem wspomnianych (zwiększonych w stosunku do średniej) problemów zdrowotnych występujących na terenie tych jednostek.

Wyższy wskaźnik zgonów skorelowany z posiadaniem własnego zakładu opieki zdrowotnej można tłumaczyć tym, że zły stan zdrowia skłania władze powiatu do utrzymywania takiego zakładu. Warto bowiem odnotować, że pewna część powiatów od dawna (zmiany strukturalne w ochronie zdrowia na początku wieku) nie jest właścicielem żadnej placówki lub też oddała prowadzenie zakładu firmie prywatnej. Być może decyzja o rezygnacji z własnego zakładu była pochodną między innymi mniejszych problemów zdrowotnych podległej populacji, choć zapewne czynniki ekonomiczne (problemy finansowe zakładu) grały tu większą rolę.

5. Wnioski

Podsumowując wyniki badań opisanych w niniejszym artykule, można skonstatować, że:

1. Zadania z zakresu nienaprawczej ochrony zdrowia nie stanowią priorytetu jednostek samorządu terytorialnego stopnia powiatowego, przy czym więcej działań na tym polu widocznych jest w przypadku miast na prawach powiatu. Większość (około 56%) jednostek nie odgrywa więc roli przypisanej im ustawowo. Składa się na to wiele czynników, wśród których należałoby wymienić niewystarczające wsparcie ze strony państwa, problemy z kadrami oraz brak/ograniczony know-how.
2. Widoczne jest bardzo silne zróżnicowanie między województwami. Województwo dolnośląskie, podkarpackie, wielkopolskie czy warmińsko-mazurskie to swego rodzaju „pustynie”, jeżeli chodzi o programy realizowane przez powiaty. Jedynie około 25% powiatów tych województw realizowało przynajmniej jeden program polityki zdrowotnej. W przypadku województwa podkarpackiego na jeden powiat przypadało 0,25 programu (ponad połowę mniej niż średnia krajowa). Na drugim biegunie znalazły się województwa śląskie, podlaskie, pomorskie i zachodniopomorskie. Mała liczba miast na prawach powiatu w poszczególnych województwach uniemożliwia analizę odsetka miast z programami zdrowotnymi. Można jednak wskazać na województwo lubelskie czy lubuskie, w których liczba programów na populację jest bardzo niska, oraz dla kontrastu na województwa małopolskie, opolskie, a także świętokrzyskie – jako na te, w których wskaźnik ten jest bardzo wysoki. Różnice dotyczące omawianego wskaźnika między miastami w tych województwach są dziesięciokrotne (sic!). Powyższe wyniki pokazują istnienie związku między liczbą programów a rodzajem jednostki samorządu terytorialnego stopnia powiatowego. Miasta na prawach powiatu, jako większe i mające większe potencjały, uzyskują wyższe wyniki.
3. Zróżnicowanie możliwości tworzenia programów polityki zdrowotnej przez różne rodzaje jednostek sugeruje, że należy poszukiwać zróżnicowanych i skutecznych możliwości wsparcia JST. Narzędziem ułatwiającym tworzenie programów bez względu na rodzaj jednostki mógłby być centralny rejestr, choć nie taki jak obecnie udostępniona ProfiBaza.
4. Stworzone jak dotąd przez państwo warunki (regulacje prawne, struktury i środki) zdają się nie działać w sposób wystarczający, skoro tak liczny odsetek powiatów nie realizuje żadnego programu polityki zdrowotnej. Istniejące wzorce, w tym ten ministerialny (Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej) czy stworzony przez Agencję (AOTMiT, b.d.), wymogi i ułatwienia nie oferują wsparcia (a w każdym razie nie oferują w sposób wystarczający) dla tworzenia programów przez samorządy wobec

braków kadrowych i kompetencyjnych. Może to potwierdzać jakość materiałów oferowanych przez samą Agencję. Opublikowany przez nią dokument zatytułowany „analiza programów zdrowotnych” jest, li tylko, ciągiem zestawień liczbowych mówiących o tym, jakie programy były realizowane w podziale na wiele kategorii, a wnioski są powtórzeniami faktów z przedstawionych wcześniej tabel (Sawicki, Błoch, Świtalski, 2018). Niska jakość wsparcia skutkuje problemami z prezentowaną jakością zgłaszanych projektów.

5. Należy zgodzić się ze zdaniem Glanowskiego (2015: 146–151), mówiącym o konieczności wypracowania lepszych rozwiązań legislacyjnych. Konieczność stworzenia mechanizmów wsparcia dla JST potwierdzają także Zalewska i współautorzy (2015: 90–96), wskazując na liczne błędy i niekompletność składanych projektów programów zdrowotnych. Problemy z tworzeniem (i brak realizacji) programów polityki zdrowotnej przez powiaty przekładają się na problemy w całym systemie. Niezbędne staje się więc wypracowanie rozwiązań innych niż obecnie istniejące. Jak stwierdzili Leśniewska i współautorzy (2014: 472–477), istnieje konieczność modyfikacji lub budowania innych modeli polityki zdrowotnej w skali kraju i w wymiarze lokalnym, jeżeli działania JST związane z realizacją programów polityki zdrowotnej mają być skuteczne i efektywne. Przywoływana literatura międzynarodowa wskazuje bowiem na to, że wdrażanie omawianych programów ma realny wpływ na zdrowie populacji. Wyniki badania pokazują, iż zamożność oddziałuje nie tylko na stan zdrowia populacji, ale i na liczbę programów, jakie są realizowane przez powiaty.
6. Wypracowanie postulowanych rozwiązań wymagałoby dokonania bardziej dogłębnej oceny aktualnego stanu rzeczy, by poznać przyczyny trudności i problemów wewnętrznych omawianego szczebla samorządu. Należałoby także zdecydowanie przeformułować priorytety (i mechanizmy ich wspierania) – zarówno państwa, jak i samorządów, co pozwoliłoby na zwrócenie dużo większej uwagi na problematykę zdrowia, a przede wszystkim zapobieganie chorobom i ich wczesne wykrywanie. Wyniki uzyskane w niniejszym badaniu (potwierdzone przez innych badaczy) wskazują bowiem, że w tym obszarze samorzady nie radzą sobie najlepiej.
7. Postulowana zmiana oznacza konieczność stworzenia i wdrożenia programów edukacyjnych dla samorządów, wspomaganych rzeczywistym wsparciem ze strony Agencji, dzięki którym możliwe stanie się pozyskanie przez pracowników samorządu terytorialnego odpowiednich kompetencji, by mogli oni podołać zadaniom, jakie są przed nimi stawiane. Jak bowiem pokazano, tam, gdzie wprowadzono programy polityki zdrowotnej (poza tymi dotyczącymi niepełnosprawności), uzyskiwane są statystycznie lepsze wyniki dotyczące zdrowia populacji.

Bibliografia

- AOTMiT (2016), *Praktyczne wskazówki dotyczące planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej*, Warszawa.
- AOTMiT (b.d.), *Schemat i Kreator PPZ*, <https://www.aotm.gov.pl/polityka-zdrowotna/schemat-kreator-ppz/> [dostęp: 23.12.2021].
- Augustynowicz A., Czerw A., Deptała A. (2016), *Health needs as a priority of local authorities in Poland based on the example of implementation of health policy cancer programmes*, „Archives of Medical Science”, t. 14, nr 6, <https://doi.org/10.5114/aoms.2016.62283>
- Augustynowicz A., Czerw A., Kowalska M., Bobiński K., Fronczak A. (2017), *Preventive healthcare and health promotion in local governments based on the example of health policy programmes concerned with cardiovascular diseases implemented in Poland in 2009–2014*, „Kardiologia Polska”, t. 75, nr 6, s. 596–604, <https://doi.org/10.5603/KP.a2017.0041>
- Chetty R., Stepner M., Abraham S., Lin S., Scuderi B., Turner N., Bergeron A., Cutler D. (2016), *The Association Between Income and Life Expectancy in the United States, 2001–2014*, „JAMA”, t. 315(16), s. 1750–1766, <https://doi.org/10.1001/jama.2016.4226>
- Cianciara D., Piotrowicz M., Urban E., Gajewska M., Lewtak K., Sugay L., Rutyna A. (2019a), *Programy polityki zdrowotnej realizowane przez samorzady – spojrzenie z wewnątrz*, „Hygeia Public Health”, t. 54, nr 2, s. 97–104.
- Cianciara D., Piotrowicz M., Urban E., Gajewska M., Lewtak K., Sugay L., Rutyna A. (2019b), *Programy polityki zdrowotnej realizowane przez samorzady – spojrzenie z zewnątrz*, „Hygeia Public Health”, t. 54, nr 2, s. 69–74.
- Delarocque-Astagneau E., Meffre C., Dubois F., Pioche C., Le Strat Y., Roudot-Thoraval F., Hillon P., Silvain C., Dhumeaux D., Desenclos J.-C. (2010), *The impact of the prevention programme of hepatitis C over more than a decade: the French experience*, „Journal of Viral Hepatitis”, t. 17, cz. 6, s. 435–443, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2893.2009.01196.x>
- Dubas K., Seweryn M., Koperny M. (2014), *Samorządowe programy zdrowotne – praktyczne aspekty realizacji*, „Hygeia Public Health”, t. 49, nr 4, s. 747–754.
- Glanowski G. (2015), *Kontrowersje wokół realizacji samorządowych programów zdrowotnych*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, t. 21, nr 2, s. 146–151, <https://doi.org/10.5604/20834543.1152911>
- GUS (2020), *Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2020 roku*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/powierzchnia-i-ludnosc-w-przekroju-terytorialnym-w-2020-roku,7,17.html> [dostęp: 18.01.2022].
- Journath G., Hammar N., Vikström M., Linnarsjö A. (2020), *A Swedish primary healthcare prevention programme focusing on promotion of physical activity and a healthy lifestyle reduced cardiovascular events and mortality: 22-year follow-up of 5761 study participants and a reference group*, „British Journal of Sports Medicine”, nr 54, s. 1294–1299.
- Kautsch M. (2019), *Prowadzenie nadzoru nad szpitalami przez jednostki samorządu terytorialnego*, seria „Warto wiedzieć więcej. Analizy samorządowe”, nr 2, Związek Powiatów Polskich, Warszawa, <https://zpp.pl/storage/files/2019-09/df5b9c64d0410b61d95a12e77b1e40e08098.pdf> [dostęp: 18.01.2022].
- Kurowska P., Królak A., Giermaziak W. (2018), *Health policy programs realised in Poland in 2016–2017*, „Roczniki Państwowego Zakładu Higieny”, t. 69, nr 2, s. 209–217.

- Leśniewska A., Posobkiewicz M., Kanecki K., Demidowicz J., Tyszko P. (2014), *Działania powiatów w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia w Polsce – w świetle badań ankietowych*, „Hygeia Public Health”, t. 49, nr 3, s. 472–477.
- Leźnicka M., Marcinkowski J.T., Prycel T.J. (2015), *Możliwości współpracy służb medycyny pracy z jednostkami samorządu terytorialnego w zakresie realizacji programów polityki zdrowotnej*, „Hygeia Public Health”, t. 50, nr 3, s. 532–536.
- Lisowska K. (2022), *Samorządowe programy profilaktyczne kurczą się jak ich budżety*, <https://pulsmedycyny.pl/samorzadowe-programy-profilaktyczne-kurcza-sie-jak-ich-budzety-1148975> [dostęp: 12.05.2022].
- Matsubayashi T., Ueda M. (2011), *The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations*, „Social Science & Medicine”, t. 73(9), s. 1395–1400, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.022>
- Ministerstwo Zdrowia (2007), *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007*, <http://www.dobreprogramyздrowotne.pl/uploaded/file/prawo/NARODOWY%20PR%20ZDR2007-15.pdf> [dostęp: 13.01.2022].
- Ministerstwo Zdrowia (2015), *Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2013–2016 „POLKARD”*, Warszawa, <http://www.archiwum.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/programy-здrowotne/wykaz-programow/narodowy-program-wyrownywania-dostpnosci-do-profilaktyki-i-leczenia-chorob-ukadu-sercowo-naczyniowego-polgard/narodowy-program-wyrownywania-dostepnosc-i-do-profilaktyki> [dostęp: 13.01.2022].
- Najwyższa Izba Kontroli (2016), *Informacja o wynikach kontroli: Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego*, nr ewid. 10/2016/P/15/063/KZD, Warszawa, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,12140,vp,14521.pdf> [dostęp: 1.12.2021].
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (b.d.), *ProfiBaza – notatka prasowa*, <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2019/05/notka-prasowa.pdf> [dostęp: 1.12.2021].
- O’Hare B., Makuta I., Chiwaula L., Bar-Zeev N. (2013), *Income and child mortality in developing countries: a systematic review and meta-analysis*, „Journal of the Royal Society of Medicine”, t. 106(10), s. 408–414, <https://doi.org/10.1177/0141076813489680>
- Rito A., Carvalho M., Ramos C., Breda J. (2013), *Program Obesity Zero (POZ) – a community-based intervention to address overweight primary-school children from five Portuguese municipalities*, „Public Health Nutrition”, t. 16(6), s. 1043–1051, <https://doi.org/10.1017/S1368980013000244>
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz.U. z 2017 r., poz. 458).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. z 2017 r., poz. 2476).
- Sawicki M., Błoch Ł., Świtalski J. (2018), *Analiza ilościowa programów zdrowotnych/polityki zdrowotnej*, <https://www.aotm.gov.pl/media/2020/07/4.-Analiza-ilo%C5%9Bciowa-program%C3%B3w-здrowotnych-polityki-здrowotnej-ocenianych-przez-Agencj%C4%99-Oceny-Technologii-Medycznych-i-Taryfikacji-w-latach-2009-2018.pdf> [dostęp: 23.12.2021].
- Skóbel B., Rudka R. (2016), *Programy polityki zdrowotnej bez tajemnic*, Związek Powiatów Polskich, Warszawa.
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2020 r., poz. 685).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2016 r., poz. 2046 ze zm.).

Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz.U. z 2020 r., poz. 1220 i 2327).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135).

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2015 r., poz. 1916).

WHO (1978), *Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care*, https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2 [dostęp: 9.12.2021].

WHO (1986), *The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa. The Ottawa Charter for Health Promotion*, <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> [dostęp: 9.12.2021].

WHO (2013), *The Helsinki Statement on Health in All Policies, The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland*, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf [dostęp: 9.12.2021].

Zalewska E., Cianciara D., Lewczuk-Wesołowska A., Dudzik K., Piętka S., Grudziąż-Sękowska J., Rdzany R., Brzezińska A. (2015), *Planowanie samorządowych programów zdrowotnych. II. Aspekty finansowe*, „Hygeia Public Health”, t. 50, nr 1, s. 90–96.

There Is no Water in the Desert – Implementation of Health Policy Programmes by Local Self-Government Units at the Poviast Level in Poland

Abstract:



Poviat level local government units are obliged to create and implement health policy programmes, which results from the tasks assigned to them in health care. The article verifies to what extent poviats/cities with poviat status fulfill these tasks by implementing health policy programmes, and whether there is a relationship between the implementation of such programmes and the prosperity of the poviat, indicators describing the health of the population and the poviat's own healthcare hospitals. As a result of the study, it was found that in units that implement health programmes (diseases of affluence, cancer), there are lower death rates. At the same time, only 38% of poviats and 70% of cities with poviat status actually implemented such programmes. The main reasons for such a low percentage of counties forming the above-mentioned programmes should be considered insufficient structural (law) and institutional (units that can help in the creation of such programmes) support as well as problems with the staff and lack of know-how of local government units. The development of a central register of programmes, better legislative solutions, modification or development of other models of health policy (focusing on prevention and health promotion) and educational support for local governments could contribute to the improvement of the situation.

Keywords:

local government, health care, health policy programmes

JEL:

I14, I18, H10, H41

	© by the author, licensee University of Lodz – Lodz University Press, Lodz, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)
	Received: 2022-07-26; revised: 2022-10-11. Accepted: 2023-01-27
 Member since 2018 JM13703	This journal adheres to the COPE's Core Practices https://publicationethics.org/core-practices