

**Tomasz Michalski**

#### **4. UWARUNKOWANIA POLITYKI ZDROWOTNEJ POWIATU GRODZKIEGO (NA PRZYKŁADZIE GDAŃSKA)**

##### **4.1. Wprowadzenie**

Głównym celem opracowania jest prezentacja uwarunkowań polityki zdrowotnej przez samorząd powiatu grodzkiego. Aby przybliżyć poruszaną problematykę – posłużono się przykładami z działań podejmowanych przez samorządowców i władze Gdańska.

W sferze koncepcyjnej oparto się na modelu terytorialnego systemu społecznego (Chojnicki 1988a, 1988b). Zgodnie z tym modelem czynniki wpływające na prowadzenie polityki zdrowotnej przez samorząd powiatu grodzkiego mieszczą się w warstwie społecznej – wynikają one z funkcjonowania społecznych systemów działalności<sup>37</sup>. Dotyczy to zwłaszcza części odnoszącej się do działalności władz miasta, na drugim miejscu jest sprawność funkcjonowania administracji samorządowej.

Istotny jest także wpływ otoczenia<sup>38</sup>. W interesującym nas aspekcie dotyczy to przede wszystkim polityki zdrowotnej realizowanej przez władze centralne, na drugim miejscu przez władze wojewódzkie.

Po trzecie istotna jest także część warstwy podłoża materialnego<sup>39</sup>. W zależności od tego czy będziemy posługiwali się koncepcją zdrowia

---

<sup>37</sup> Warstwę społeczną tworzą jednostki ludzkie stanowiący niepodzielne i podstawowe składniki. Natomiast składnikami złożonymi są różne systemy społeczne, przede wszystkim systemy społeczne działalności: ekonomiczny, kulturowy i polityczny (Chojnicki 1988a, 1988b).

<sup>38</sup> Odnosi się to do terytorialnego systemu społecznego jako całości, stanowi zatem zbiór innych terytorialnych systemów społecznych tego samego poziomu, z którymi dany system jest powiązany (Chojnicki 1988a, 1988b).

<sup>39</sup> Warstwa podłoża materialnego terytorialnego systemu społecznego obejmuje dwa rodzaje obiektów. Do pierwszej należą obiekty przyrodnicze epigosfery, które aktualnie lub potencjalnie warunkują egzystencję ludzi będąc zarazem przedmiotem ich oddziaływania. Do drugiej należą obiekty sztuczne, czyli wytwory działalności człowieka. Będą to zarówno obiekty całkowicie sztuczne wytworzone przez człowieka w procesie produkcji, jak też obiekty naturalne o zmienionych właściwo-

publicznego, czy też środowiskowego (por. Michalski 2003, 2004, 2006a) – może być ona traktowana w szerszym lub węższym znaczeniu. Na potrzeby niniejszego opracowania posłużono się koncepcją zdrowia publicznego. Spowodowało to ograniczenie analizy uwarunkowań związanych z warstwą podłoża materialnego do związanych ze służbą zdrowia istniejącą na terenie danego powiatu grodzkiego.

#### 4.2. Uwarunkowania wynikające z warstwy społecznej

W przypadku polityki zdrowotnej samorządu powiatu grodzkiego – uwarunkowania wynikające z warstwy społecznej sytuują się w ramach struktury konstytuującej terytorialny system społeczny. Dotyczy to zwłaszcza relacji i działań społecznych zachodzących pomiędzy ludźmi, zbiorowościami ludzi oraz podsystemami społecznymi. Możemy je podzielić na kilka grup. Za najważniejszą należy uznać reprezentowane i wyrażane poglądy samorządowców na temat celowości i zakresu polityki zdrowotnej<sup>40</sup>. To one tworzą ramy w obrębie których ewentualna polityka zdrowotna będzie realizowana przez administrację miejską. W przypadku Gdańska takim sztandarowym dokumentem jest *Plan działań miasta Gdańska w zakresie ochrony zdrowia w latach 2006–2010* zawierający szereg analiz<sup>41</sup> oraz kierunków działań. W programie tym wyznaczono cztery cele strategiczne (Steczyński, Dobrzycka, Krzymuska 2005):

1. Zdrowy start w życie (cele operacyjne: zapewniona fachowa pomoc i poradnictwo w okresie przed i poporodowym; odsetek kobiet w ciąży palących papierosy i nadużywających alkoholu ulegnie redukcji; spadnie częstość występowania wcześniactwa i ni-

---

ściach. Podłoże materialne terytorialnego systemu społecznego jest wyodrębnione w postaci terytorium (Chojnicki 1988a, 1988b).

<sup>40</sup> J. J. Parysek (1985), charakteryzując relacje człowiek–środowisko, w swoim rozwiniętym modelu systemu środowiska życia człowieka stwierdził, że podsystem psychospołeczny jest decydujący odnośnie podjęcia działań zmierzających do ochrony środowiska. Rozciągając to spostrzeżenie na problematykę polityki zdrowotnej można pokusić się o stwierdzenie, że najważniejsza jest wola władz (lokalnych, regionalnych, krajowych) prowadzenia tejże polityki w formie aktywnej; natomiast uwarunkowania wynikające z rozprzestrzenienia chorób (podsystem biofizyczny) czy zasobów finansowych oraz istniejącego systemu służby zdrowia (podsystem techniczno-ekonomiczny) można uznać za wtórne.

<sup>41</sup> Dotyczy to zwłaszcza sytuacji demograficznej, głównych zagrożeń zdrowotnych mieszkańców, oceny zasobów ochrony zdrowia i dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz analizy zagrożeń kryzysowych i możliwości reagowania na nie poprzez pryzmat dyslokacji ratownictwa medycznego (Steczyński, Dobrzycka, Krzymuska 2005).

- skiej urodzeniowej masy ciała, oraz współczynnik umieralności niemowląt).
2. Zdrowie ludzi starszych (cele operacyjne: wzrost oczekiwanej długości życia osób w wieku powyżej 65 lat; obniżenie odsetka osób w wieku 75 lat wymagających stacjonarnej opieki pielęgnacyjnej; podniesienie odsetka osób w wieku 75 lat cieszących się takim poziomem zdrowia w otoczeniu domowym, który pozwala na zachowanie samodzielności; skrócenie czasu oczekiwania na przyjęcie do domów opieki społecznej i stacjonarnych zakładów pielęgnacyjnych).
  3. Zmniejszenie zachorowań na niektóre choroby cywilizacyjne (cele operacyjne: propagowanie prozdrowotnych postaw mieszkańców Gdańska poprzez promowanie zdrowego stylu życia; poprawa skuteczności i efektywności wczesnego wykrywania nowotworów ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów szyjki macicy, sutka, jelita grubego i gruczołu krokowego; poprawa dostępności i szybkości udzielania świadczeń medycznych w stacjach nagłych).
  4. Zdrowszy tryb życia i redukcja skutków nadużywania alkoholu, palenia tytoniu i zażywania narkotyków (cele operacyjne: zwiększenie odsetka niepalących mężczyzn i kobiet; ciągle zmniejszanie odsetka palących kobiet w ciąży; zmniejszenie średniego spożycia alkoholu na głowę ludności; zmniejszenie częstości i ilości alkoholu spożywanego przez młodzież; zmniejszenie liczby osób, szczególnie niepełnoletnich, zażywających narkotyki; zwiększenie efektywności realizowanych programów wychodzenia z nałogu i ponownej adaptacji społecznej narkomanów).

Przedstawiony składnik warstwy społecznej w dużym stopniu warunkuje funkcjonowanie pozostałych. Poniżej omówiono dwa, które wydają się być szczególnie ważne: umiejscowienie jednostek zajmujących się problematyką zdrowotną w strukturze organizacyjnej urzędu miasta oraz rodzaj programów i wielkość środków finansowych przeznaczanych na ich realizację<sup>42</sup>. Polityka zdrowotna w Gdańsku jest kształtowana przez Wydział Spraw Społecznych. Składa się on z trzech departamentów<sup>43</sup> oraz jednego samodzielnego stanowiska. Bezpośrednio realizacją zadań związanych z polityką zdrowotną

<sup>42</sup> Oczywiście nie wyczerpuje to całości uwarunkowań mieszczących się w tej materii, jak chociażby promocji programów, ich ewaluacji czy też budowy lokalnego/regionalnego systemu monitoringu sytuacji zdrowotnej obywateli (por. Michalski 2006b; Powęska, Michalski 2002).

<sup>43</sup> Są to: Referat Profilaktyki i Promocji Zdrowia; Referat Współpracy z Organizacjami Pozarządowymi; Referat Ekonomiczny (<http://www.gdansk.pl/online,22,157.html> – stan na 21.III.2009 r.).

miasta zajmuje się Departament Profilaktyki i Promocji Zdrowia. W jego kompetencji znajduje się 20 zadań<sup>44</sup>:

- „opracowanie i realizacja ramowego programu promocji zdrowia i profilaktyki chorób społecznych, w tym organizacja badań profilaktycznych, usprawnianie wczesnej diagnostyki chorób społecznych, zmniejszanie rozpowszechniania palenia tytoniu oraz zmniejszanie narażenia ludności na szkodliwe czynniki środowiskowe;
- udział w opracowywaniu, aktualizowaniu i kontroli realizacji planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;
- opracowywanie docelowego modelu nieodpłatnego dostępu do świadczeń zdrowotnych, należnym mieszkańcom z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, realizowanych przez nowych świadczeniodawców, we współpracy z instytucjami ubezpieczeń zdrowotnych;
- monitorowanie stanu zdrowia oraz poziomu zabezpieczenia zdrowia mieszkańców oraz rozpatrywanie skarg w tym zakresie;
- prowadzenie statystyki zdrowotnej;
- kontynuacja procesu prywatyzacji placówek ochrony zdrowia;
- udział w pracach komisji przetargowych przeprowadzających postępowania w zakresie remontów obiektów, w których działają placówki służby zdrowia;
- współpraca przy opracowywaniu planu zabezpieczenia ratownictwa medycznego, określania potrzeb w zakresie ambulatoryjnej podstawowej opieki zdrowotnej;
- opracowywanie i realizacja gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych;
- opracowywanie i realizacja gminnego programu przeciwdziałania narkomanii, w tym prowadzenie działań edukacyjnych i prozdrowotnych oraz oddziaływanie na tzw. grupy podwyższonego ryzyka;
- obsługa Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych;
- przyjmowanie wniosków i wydawanie decyzji ustalających prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni;
- przekazywanie i rozliczanie dotacji dla podmiotów realizujących programy zdrowotne, zgodnie z zasadami i trybem określonym w przepisach prawa;
- ustalanie i egzekwowanie kwot dotacji podlegających zwrotowi do budżetu;
- koordynacja projektów w zakresie ochrony zdrowia i opieki społecznej na potrzeby tworzenia wieloletniego Planu Inwestycyjnego;

---

<sup>44</sup> <http://www.gdansk.pl/online,22,157.html> – stan na 21.III.2009 r.

- sporządzanie zbiorczych zestawień w zakresie mienia komunalnego i zamówień publicznych;
- kreowanie polityki zdrowotnej w mieście w oparciu o dostępne wyniki badań i ekspertyz;
- doradztwo i inicjatywa w zakresie tworzenia systemowych rozwiązań w ochronie zdrowia;
- reprezentowanie Prezydenta na spotkaniach w środowisku medycznym;
- bieżąca współpraca z Centrum Zarządzania Kryzysowego w Gdańsku”.

Rodzaj programów i wielkość środków finansowych przeznaczanych na ich realizację wynikają przede wszystkim z woli samorządowców, ale także są uwarunkowane przez wspomniane warstwę podłoża materialnego oraz wpływ otoczenia w aspekcie zewnętrznym. Dlatego też w tym miejscu skupiono się na analizie wielkości nakładów finansowych. Pozostałe aspekty związane z realizowanymi programami zostały podane w następujących rozdziałach.

Polityka samorządu w zakresie rodzaju programów oraz wielkości przeznaczanych na nie środków powinna brać pod uwagę potrzeby społeczne w tym zakresie. Informacji na ich temat dostarcza system statystyki medycznej oraz grono specjalistów. Jednakże nie należy zapominać o aspekcie politycznym. Samorządowcy są także politykami poddawani ocenie społecznej podczas wyborów. Dlatego też w kreowaniu polityki muszą uwzględniać potrzeby i nastroje społeczne. Nie inaczej jest w przypadku Gdańska. W świetle przeprowadzonych badań nad stopniem satysfakcji z realizowanych programów profilaktyki zdrowotnej przez władze miasta w 2007 r. wynika, że cieszyły się one dużą aprobatą społeczną (Michalski 2007). Na przykład spośród osób korzystających z programu wykrywania gruźlicy aż 90,4% stwierdziło, że jest on przydatny; ponadto 86,5% było usatysfakcjonowanych zastosowanymi procedurami. Podobnie było w przypadku programu przygotowania kobiety ciężarnej do porodu – aż 98,0% pań, które z niego skorzystało stwierdziło, że był przydatny; ponadto 91,1% wyraziło zadowolenie z uczestnictwa w programie (zaledwie 6,6% było przeciwnego zdania).

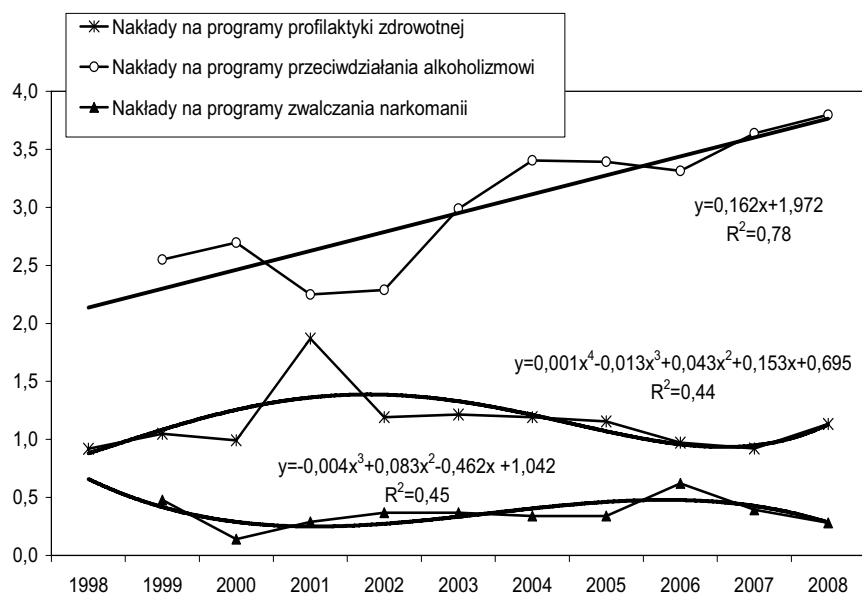
Ponadto nakłady na politykę zdrowotną władz powiatu grodzkiego nie powinny ulegać zbyt dużym zmianom w poszczególnych latach. I to zarówno w zakresie ich struktury, jak też wielkości środków finansowych. Wynika to przede wszystkim z konieczności prowadzenia racjonalnej polityki kadrowej i finansowej przez placówki (w głównej mierze medyczne) realizujące te programy. Gwałtowne zmiany w skali rok do roku w wielkości środków finansowych przeznaczanych na poszczególne grupy programów zdrowotnych działają destabilizująco. Ponadto ważna jest budowa zaufania obywateli

do władz miasta. Ciągłe zmiany priorytetów polityki zdrowotnej, a co za tym idzie – zmiany w realizowanych programach, bezsprzecznie to zaufanie będą obniżyć. Wyjątkiem od powyższych stwierdzeń jest nagła sytuacja kryzysowa (spowodowana katastrofą naturalną lub antropogeniczną), która będzie wymuszała bardzo szybka reorientację celów, a co za tym idzie również szybkie przesunięcia środków finansowych.

W przypadku Gdańska polityka zdrowotna miasta jest podzielona na trzy zasadnicze grupy programów: profilaktyki zdrowotnej, przeciwdziałania alkoholizmowi oraz zwalczania narkomanii<sup>45</sup>. Zmiany w wysokości nakładów finansowych, uwzględniając inflację, przedstawiono na ryc. 8. Podziału programów dokonano według kryterium kompetencyjnego, czyli programów przyporządkowanych poszczególnym urzędnikom zajmującym się określonymi grupami programów. Rzeczywiste wartości nieznacznie różnią się od podanych poniżej, ponieważ w przypadku części programów następuje zazębianie się przedmiotowe między nimi. Z przedstawionych danych widać, że najmniejszą zmiennością w układzie rok do roku charakteryzowały się nakłady na programy przeciwdziałania alkoholizmowi. Jest to bez wątpienia pochodna finansowania tych programów z tzw. „kapslowego”. Także programy profilaktyki zdrowotnej odznaczałyby się zadowalająco niskim poziomem zmienności, gdyby nie jednorazowy przyrost nakładów finansowych na nie w 2001 r. Nieco gorzej jest ze stałością środków finansowych przeznaczanych na programy zwalczania narkomanii.

---

<sup>45</sup> Oczywiście elementy polityki zdrowotnej są realizowane również w ramach innych programów, jak pomocy społecznej dla osób bezdomnych, programów edukacyjnych przeprowadzanych w szkołach itd.



Ryc. 8 Nakłady finansowe w mln zł (ceny: 1998=100) na grupy programów realizowanych przez Referat Profilaktyki i Promocji Zdrowia Wydziału Spraw Społecznych Urzędu Miasta Gdańska w okresie 1998–2008 (kryterium kompetencyjne – objaśnienia w tekście)

Fig. 8. Expenditures (in mln PLN; prices in 1998=100) on groups of programmes realized by Division of Prophylactics and Health Promotion of Department of Social Affairs of Gdańsk City Council in period 1998–2008 (competency criterion explained in text)

Źródło: oprac. własne na podstawie informacji Urzędu Miasta Gdańska

Istotne dla prowadzenia dobrej polityki zdrowotnej jest nie tylko małe zróżnicowanie w układzie rok do roku nakładów finansowych, lecz także małe zmiany w ich strukturze wewnętrznej. W przypadku Gdańska analizie poddano stabilność struktury wewnętrznej programów profilaktyki zdrowotnej w układzie rocznym. W tym celu wyróżniono 10 podgrup programów<sup>46</sup>,

<sup>46</sup> Były to programy: profilaktyki nowotworowej; profilaktyki chorób układu krążenia z uwzględnieniem cukrzycy; profilaktyczne przeciwko wybranym chorobom zakaźnym; profilaktyczne skierowane do osób starszych (poza wszczepianiem przeciwko grypie); profilaktyczne skierowane do kobiet w ciąży lub potencjalnych matek; pozostałe programy profilaktyczne skierowane do wszystkich; profilaktyczne skierowane do dzieci i młodzieży realizowane poza systemem tzw. medycyny szkolnej; profilaktyczne skierowane do dzieci i młodzieży realizowane

w obliczeniach posłużono się współczynnikiem zbieżności struktur. Począwszy od 2003 r. poziom stabilności realizowanej polityki uznano za satysfakcjonujący<sup>47</sup>.

#### 4.3. Uwarunkowania wynikające z wpływu otoczenia

Posługując się pojęciami zaczerpniętymi z modelu terytorialnego systemu społecznego (Chojnicki 1988a, 1988b) możemy stwierdzić, że nad powiatem grodzkim istnieją systemy terytorialne wyższego szczebla, które na niego wpływają. Są co najmniej trzy systemy: wojewódzki<sup>48</sup>, krajowy oraz unijny. Wpływają one zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio na możliwości prowadzenia polityki zdrowotnej przez samorząd szczebla grodzkiego.

Możemy wyróżnić dwa zasadnicze uwarunkowania wynikające z wpływu otoczenia. Pierwszy jest związany z ilością funduszy, które otrzymuje samorząd na wykonanie swoich zadań (w tym i dotyczących polityki zdrowotnej). Z punktu niniejszego opracowania możemy je podzielić na cztery grupy:

1. Środki finansowe, które otrzymują agendy terenowe instytucji centralnych (np. wojewódzkie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia, Policja itd.). Samorząd grodzki nie ma nie tylko żadnego wpływu na rozdysponowanie tych środków, nawet nie jest informowany o ich wielkości, która przypada na instytucje zlokalizowane na jego terenie.
2. Celowe otrzymywane z budżetu centralnego na realizację określonych zadań. Samorząd przekazuje je do ściśle określonych instytucji. Nie ma on żadnego lub niewielki wpływ na ich wielkość, a także sposób rozdysponowania. Przykładem tego typu środków są pieniądze przekazywane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Programów Alkoholowych.
3. Środki pochodzące z subwencji, podatków, dochodów własnych samorządu. Mogą one być rozdysponowywane w sposób dowolny przez samorządowców (ramy tej dowolności wyznacza prawo oraz zdrowy rozsądek). Mieszczą się tutaj środki krajowe przeznaczane na programy profilaktyki zdrowotnej i zwalczania narkomanii.

---

w ramach tzw. systemu medycyny szkolnej; bezpośrednio nie związane z profilaktyką; pozostałe.

<sup>47</sup> Współczynnik zbieżności struktur mieścił się w przedziale 0,9–1,0.

<sup>48</sup> W rozbiu na powiązany z delegaturą centralnej administracji oraz na samorządowy.



4. Środki unijne pozyskiwane w ramach wszelkiego rodzaju programów. Ich zdobycie zależy od pomysłowości i skuteczności samorządowców oraz administracji.

Z informacji dotyczących zakładanych wydatków na działalność „programy i polityka zdrowotna” w 2008 r. wynika, że planowano przeznaczyć około 1% na realizację zadań z zakresu polityki zdrowotnej, przy czym 42,9% środków finansowych były to działania polecane (środki przekazane dla Powiatowego Urzędu Pracy na opłacenie składki na ubezpieczenie zdrowotne osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego). Resztę stanowiły środki na zadania własne wykonywane przez Urząd Miasta Gdańska (tab. 8).

Drugie uwarunkowanie wynika z prowadzonej polityki zdrowotnej przez terytorialne systemy wyższego szczebla<sup>49</sup>. Przy kreowaniu własnej polityki zdrowotnej samorząd powiatu grodzkiego powinien przede wszystkim uwzględniać programy realizowane przez instytucje szczebla centralnego związane z polityką zdrowotną państwa: wojewódzki oddział Narodowego Funduszu Zdrowia; w mniejszym stopniu inne, jak Ministerstwo Zdrowia i wszelkie agendy związane ze zwalczaniem i profilaktyką określonych patologii lub chorób. Na dalszych miejscach są terenowe delegatury instytucji centralnych, które zostały powołane do zajmowania się inną problematyką, niż zdrowotna, jednak podczas realizacji swoich głównych zadań zajmują się także problematyką zdrowotną.

W kreowaniu swojej polityki zdrowotnej samorząd powinien również uwzględniać politykę zdrowotną prowadzoną przez samodzielne instytucje szczebla wojewódzkiego – przede wszystkim samorząd wojewódzki.

---

<sup>49</sup> W Polsce, jak w zdecydowanej większości krajów postkomunistycznych mieliśmy do czynienia w nieodległej przeszłości z reformą systemu służby zdrowia (por. Shakarishvili Davery 2005; Włodarczyk, Karkowska 2005).

Tabela 8. Planowane wydatki z budżetu miasta Gdańska na działalność „programy i polityka zdrowotna” w 2008 r.

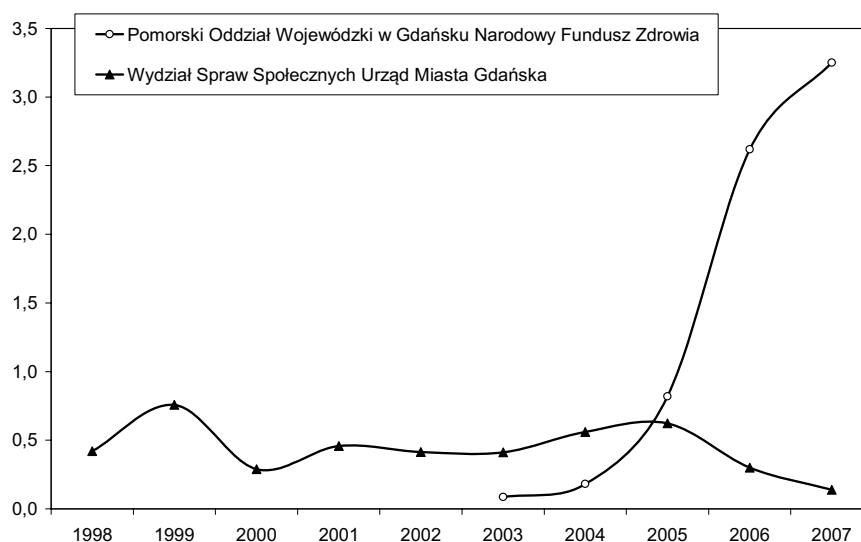
Table 8. Planned in city of Gdańsk' budget expenditures on activities “programmes and health policy”, in 2008.

Wykonawca i zadanie	Zadania			Ogółem
	własne	polecane	powierzone	
Odsetek w budżecie przeznaczony na programy i politykę zdrowotną	0,60%	6,82%	0,00%	0,99%
Wydział Spraw Społecznym UMG				
Realizacja świadczeń zdrowotnych (zł.)	2 083 000	0	0	2 083 000
Zapobieganie i zwalczanie AIDS (zł.)	48 628	0	0	48 628
Przeciwdziałanie narkomanii i alkoholizmowi (zł.)	7 244 000	0	0	7 244 000
Zlecenie zadań z zakresu ochrony zdrowia organizacjom pozarządowym (zł.)	10 000	0	0	10 000
Splata zobowiązań i likwidacja środków stałych (zł.)	95 000	0	0	95 000
Powiatowy Urząd Pracy				
Składka na ubezpieczenie zdrowotne osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (zł.)	0	7 646 000	0	7 646 000
Biuro Prezydenta ds. Kultury, Sportu i Promocji				
Promocja zdrowego stylu życia i profilaktyka chorób (zł.)	696 320	0	0	696 320

Źródło: Uchwała Nr XVIII /428/07 Rady Miasta Gdańska z dnia 20 grudnia 2007 r. w sprawie uchwalenia budżetu miasta Gdańska na 2008 r.

Samorząd Gdańska uwzględnia w swoich planach programy zdrowotne wykonywane przez instytucje wyższego szczebla. Dobrym przykładem może być tu zmniejszenie nakładów na programy profilaktyki chorób nowotworowych, po rozpoczęciu ich realizacji przez Pomorski Oddział Wojewódzki w Gdańsku Narodowego Funduszu Zdrowia (ryc. 9.). Na tejże rycinie zaznaczono jedynie środki finansowe, które otrzymywali świadczeniodawcy zlokalizowani na terenie powiatu grodzkiego Gdańsk. W miejsce ograniczanych programów profilaktyki nowotworowej – samorząd gdański zaczął na szerszą skalę finansować programy kierowane do określonych grup społecznych. Wpływ na tą zmianę miało także rozpoczęcie przez Wydział Zdrowia

Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego realizacji programu „Zdrowie dla Pomorzan 2005–2013”. Jednakże środki przeznaczone na finansowanie programów profilaktyki zapisanych w tym programie, a dotyczących chorób układu sercowo-naczyniowego, cukrzycy i nowotworów były relatywnie niskie<sup>50</sup>.



Ryc. 9 Nakłady w mln zł (ceny bieżące), które otrzymali świadczeniodawcy zlokalizowani na terenie Gdańska na programy profilaktyki nowotworowej w okresie 1998–2007 z Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz Wydziału Spraw Społecznych UMG

Fig. 9. Pomeranian Regional Division of National Health Found and Department of Social Affairs of Gdańsk City Council's expenditures (in mln PLN) on programmes on cancer prophylactics for beneficiaries located in Gdańsk in period 1998–2007

Źródło: oprac. własne na podstawie informacji Urzędu Miasta Gdańska

W programach zdrowotnych należy ująć także instytucje, dla których działania w zakresie profilaktyki zdrowotnej mieszczą się w ramach dużo szerszej zakrojonej działalności. Dobrym przykładem może być tu zwalczanie narkomanii. O ile ograniczanie popytu (profilaktyka, leczenie, rehabilitacja, readaptacja społeczna, ograniczanie szkód) jest finansowane głównie przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ oraz Wydział Spraw Społecznych UMG, to ograniczanie podaży leży w gestii Komendy Miejskiej Policji

<sup>50</sup> Dla przykładu świadczeniodawcy zlokalizowani na terenie powiatu grodzkiego Gdańsk w 2008 r. otrzymali 0,1 mln złotych (*Pismo DZL8010/4/PZ/08 z dnia 10.XII.2008 r.* otrzymane z Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego).

w Gdańsku (wraz z Wojewódzką Komendą Policji w Gdańsku oraz Centralnym Biurem Śledczym), Izby Celnej w Gdyni oraz Morskiego Oddziału Straży Granicznej im. płk Karola Bacza. Działalność Straży Miejskiej w tym zakresie ma znaczenie marginalne.

#### 4.4. Uwarunkowania wynikające z warstwy podłoża materialnego

Rodzaj wykonywanych programów w ramach prowadzonej profilaktyki zdrowotnej jest także modyfikowany przez istniejące zasoby służby zdrowia. W większości są to placówki służby zdrowia, a o wiele rzadziej organizacje społeczne. Patrząc na te uwarunkowania możemy je podzielić na dwie grupy: dotyczące programów wysokospecjalistycznych oraz powszechnych.

Pierwsza dotyczy możliwości wykonania określonych programów na terenie powiatu grodzkiego lub też w jego najbliższym sąsiedztwie. Dotyczy to przede wszystkim specjalistycznych programów wykonywanych w ramach polityki zdrowotnej, jak np. badań profilaktycznych w kierunku nowotworu dolnego odcinka przewodu pokarmowego. W przypadku Gdańska, ze względu na jego rozmiary i pełnione funkcje oraz sąsiedztwo Sopotu i Gdyni – w większości przypadków nie ma problemów z wykonywaniem programów wyznaczonych przez samorząd. Na przykład program badań profilaktycznych w kierunku nowotworu dolnego odcinka przewodu pokarmowego w 2007 r. był realizowany aż przez 3 świadczeniodawców (wszyscy zlokalizowani na terenie powiatu): Wojewódzkie Centrum Onkologii, 7 Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią SPZOZ, Przychodnię Lekarską „Nowy Chełm” (Michalski 2007). Nie oznacza to, że wszystkie dobrze udaje się wykonać. Na przykład w dziedzinie programów zwalczania narkomanii do końca 2008 r. nie udało się uruchomić w Trójmieście programu metadonowego (Michalski, Wendt, Kopec 2009).

Druga grupa uwarunkowań związana jest z programami niskospecjalistycznymi, jak np. szczepienie przeciwko grypie czy profilaktyka gruźlicy. W tym przypadku istotne jest zapewnienie zasad sprawiedliwego dostępu dla jak największej liczby obywateli powiatu grodzkiego uprawnionych do skorzystania z oferowanego świadczenia. Aby ten warunek został zachowany muszą być spełnione co najmniej dwa warunki:

- placówki medyczne wykonujące dane świadczenie powinny być rozmieszczone w przestrzeni miasta w sposób jak najwierniej odzwierciedlający rozmieszczenie ludności (aby uniknąć problemów z dotarciem potencjalnych świadczeniobiorców do placówek wykonujących program; szczególnie ważne jest to w przypadku kobiet w ciąży oraz osób korzystających z rehabilitacji);

- powinna być przeprowadzona rzetelna akcja informacyjna, aby osoby, które są zapisane do placówek nie biorących w realizacji danego programu –

również mogły w rozsądnym czasie dowiedzieć się o możliwości skorzystania z jego dobrodziejstw.

Analizując rozmieszczenia placówek medycznych w przestrzeni – w przypadku Gdańska odnotowujemy typowe dla dużych miast polskich problemy. Po pierwsze widoczne jest „zaniedbanie” w tym względzie terenów peryferyjnych. W Gdańsku nie dotyczy to wszystkich peryferii, a jedynie terenów położonych za Obwodnicą Trójmiejską. Po drugie – niektórzy potencjalni świadczeniodawcy posiadają monopolistyczną pozycję w obrębie niektórych dzielnic. Powoduje to, że pertraktacje z nimi są szczególnie trudne. W Gdańsku dotyczy to Nadmorskiego Centrum Medycznego dysponującego siedmioma placówkami dzięki czemu zmonopolizowało ono podstawową opiekę medyczną na terenie kilku dzielnic: Żabianki, Przymorza, Osowej, częściowo Oliwy oraz Zaspy (Michalski 2008). Natomiast problem zapewnienia sprawiedliwego dostępu do informacji na temat proponowanych programów został rozwiązany w Gdańsku dość sprawnie poprzez umieszczenie informacji w Internecie oraz druk specjalnych ulotek, które są rozprowadzane wśród mieszkańców.

#### 4.5. Podsumowanie

Polityka prowadzona przez samorzady grodzkie jest wtórna względem wykonywanej przez systemy wyższego rzędu. Chodzi tu o wojewódzkie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia. Koncentruje się ona głównie na programach profilaktycznych. Wyjątkiem od tej zasady są programy skierowane na zwalczanie alkoholizmu i narkomanii – w ich przypadku część środków finansowych jest kierowana również na programy leczenia. Autonomię samorządowców w tej kwestii ograniczają także ich możliwości finansowe (chodzi tu nie tylko o wielkość możliwych do przeznaczenia na ten cel nakładów, ale także o to na jakiego rodzaju zadania są dedykowane).

Na tle innych rodzajów samorządu terytorialnego, samorząd powiatów grodzkich jest w najlepszej sytuacji. I to z dwóch przyczyn. Po pierwsze wykonuje zadania w zakresie polityki zdrowotnej będące w gestii zarówno powiatów, jak i gmin. Zatem w swojej polityce musi uwzględniać jedynie samorząd wojewódzki oraz instytucje szczebla centralnego (lub ich delegatury). W przypadku samorządów zwykłych powiatów lub gmin sytuacja w tym zakresie jest nieco bardziej skomplikowana. Po drugie, samorząd większości powiatów grodzkich administruje dużymi i wielkimi miastami, które posiadają rozbudowaną warstwę podłoża materialnego w zakresie placówek służby zdrowia. Powoduje to większą swobodę w kreowaniu zadań polityki zdrowotnej.

## **Abstract**

### **Determinants of Health Policy in a City County (on the Example of Gdańsk)**

The main aim of the study is to present the determinants of conducting health policy by the self-government of a city county. Conceptually, the model of a territorial social system was used as a basis.

Health policy conducted by city county self-governments is secondary to the one enacted by systems of a higher rank (mainly province divisions of the National Health Fund). It primarily focuses on prophylactic programmes. Programmes directed at fighting alcoholism and drug addiction are exceptions from this rule.

At the background of other types of local governments, the self-government of city counties is in the best position for two reasons. Firstly, it realises tasks insofar as health policy being under management of both counties and communes. Thus in its policy it must take into consideration only the province government and central level institutions (or their branches). Secondly, in most cases the local government of city counties administers big towns and cities which have a developed so-called material background of health service venues. This gives a greater freedom in creating tasks for health policy.