

*Izabela Kapera*¹

Realizacja zadań z zakresu ochrony zdrowia na poziomie lokalnym: analiza porównawcza opinii mieszkańców miast i wsi w Polsce

Abstrakt

Zadania z zakresu ochrony zdrowia należą do zadań własnych gmin w Polsce. Celem badań była ocena aktywności gmin w zakresie ochrony zdrowia z uwzględnieniem opinii mieszkańców miast i wsi oraz wskazanie głównych obszarów problemowych. W postępowaniu badawczym wykorzystano sondaż diagnostyczny. Badanie przeprowadzono w panelu konsumenckim na próbie 385 osób. Wykazano, że większość respondentów ocenia przeciętnie lub dobrze dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej na terenie gminy. Widoczne są istotne różnice w ocenie dostępności usług zdrowotnych, liczby placówek oraz organizacji prozdrowotnych wydarzeń między grupami o różnym miejscu zamieszkania (miasto wojewódzkie, inne miasto niż wojewódzkie, wieś). Udzielone odpowiedzi wskazują jednocześnie na niewielką wiedzę mieszkańców o programach zdrowotnych realizowanych przez gminy i stosunkowo rzadkim uwzględnianiu ich opinii w sprawach dotyczących zdrowia społeczności lokalnej.

Słowa kluczowe: gmina, zarządzanie systemem ochrony zdrowia, zdrowie publiczne, przestrzenna dostępność, geografia zdrowia

Kody klasyfikacji JEL: H75, I18, R53

¹ E-mail: ikapera@afm.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0003-1691-5275>

Implementation of Healthcare Tasks at the Local Level: A Comparative Analysis of the Opinions of Residents of Cities and Rural Areas in Poland

Abstract

Healthcare tasks are among the responsibilities of municipalities in Poland. The aim of this research was to assess the activities of municipalities in the field of healthcare, taking into account the opinions of both urban and rural residents, and to identify the main problem areas. The survey was conducted using a diagnostic survey on a consumer panel with a sample of 385 respondents. The results indicate that the majority of respondents rated access to primary healthcare within their municipality as average or good. Significant differences were observed in the assessment of the availability of health services, the number of facilities, and the organization of pro-health events among groups with different places of residence (provincial city, non-provincial city, rural area). Moreover, the responses indicate that residents have limited knowledge of health programmes implemented by municipalities and that their opinions are rarely taken into account health matters.

Keywords: municipality, health care management, public health, spatial accessibility, health geography

JEL Classification Codes: H75, I18, R53

Wprowadzenie

Ochrona zdrowia należy do podstawowych dziedzin zdrowia publicznego. Można ją zdefiniować jako: „ochronę jednostek, grup i populacji poprzez porady ekspertów i skuteczną współpracę w celu zapobiegania i łagodzenia skutków chorób zakaźnych, zagrożeń środowiskowych, chemicznych i radiologicznych” (Ghebrehewet et al., 2016). Głównymi determinantami zdrowia człowieka są: styl życia, środowisko, w którym żyje człowiek, czynniki biologiczne i genetyczne, organizacja opieki zdrowotnej (Lalonde, 1974). Zarówno w kontekście bio-psycho-społecznym, jak i prawnym, zdrowie jest analizowane z uwzględnieniem perspektywy jednostki oraz szerszego kontekstu społecznego (Reszczyński, 2021). Zdrowotność społeczeństwa jest między innymi związana z działaniami na rzecz rozwoju i zwiększeniem dostępności do usług opieki zdrowotnej (Hnatyszyn-Dzikowska, 2011). Ta z kolei zależy od szeregu czynników, w tym działań leżących po stronie wykonawcy świadczeń zdrowotnych, płatników, organizatorów opieki zdrowotnej oraz pacjentów (Krot i Glińska, 2003–2004). W opinii społecznej ochrona zdrowia społeczeństwa jest najczęściej utożsamiana z działaniami instytucji medycznych zaspokajających potrzeby

zdrowotne jednostek (Augustynowicz et al., 2023). Jednak zadania z zakresu ochrony zdrowia realizuje szereg podmiotów, w tym jednostki samorządu terytorialnego. Na tym tle celem badań była ocena aktywności gmin w zakresie ochrony zdrowia z uwzględnieniem opinii mieszkańców miast i wsi.

Podstawy teoretyczne

System ochrony zdrowia w Polsce – wprowadzenie w tematykę

W Polsce, najogólniej rzecz ujmując, funkcje zarządcze, finansowania oraz nadzoru i kontroli dotyczące ochrony zdrowia rozdzielone są pomiędzy Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz samorządy terytorialne (Sagan et al., 2011). Zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej określają przede wszystkim przepisy rangi konstytucyjnej, oprócz tego ramy prawne związane z opieką zdrowotną zawarte są w kilku podstawowych regulacjach prawnych, na przykład w ustawie o zdrowiu publicznym. Dokument ten wskazuje, że zadania z zakresu zdrowia publicznego realizują, współdziałając ze sobą, organy administracji rządowej (zgodnie z kompetencjami określonymi w innej ustawie), państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze, a także jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia (Ustawa, 2015). Na szczeblu centralnym problematyka ochrony zdrowia włączona jest do Ministerstwa Zdrowia, którym kieruje minister właściwy do spraw zdrowia. Finansowaniem świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnej opieki zdrowotnej w Polsce zajmuje się Narodowy Fundusz Zdrowia. Źródłem finansowania ochrony zdrowia są też budżet państwa i jednostki samorządu terytorialnego, przy czym poszczególne szczeble samorządu terytorialnego przeznaczają zróżnicowane kwoty na finansowanie zadań z tym związanych (Szetela, 2015).

Gminy w Polsce i ich zadania na rzecz ochrony zdrowia

Według stanu na 1 stycznia 2024 r. podział administracyjny Polski obejmował: 16 województw, 314 powiatów i 66 miast na prawach powiatu, 2477 gmin (w tym 302 gminy miejskie, 711 gmin miejsko-wiejskich i 1464 gminy wiejskie) (GUS, b.d.). Realizacja zadań ochrony zdrowia jest obowiązkiem każdego ze szczebli administracji samorządowej (gminy, powiatu, województwa) (Ministerstwo Zdrowia, 2015). Podstawowym aktem prawnym regulującym działania gmin w Polsce jest ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym. Ustawodawca wśród zadań własnych gminy

wymienił między innymi działania w zakresie ochrony zdrowia, polityki prorodzinnej, w tym zapewnienia kobietom w ciąży opieki socjalnej, medycznej i prawnej, oraz politykę senioralną (Ustawa, 1990). W ustawie, poza określeniem zadań związanych z ochroną zdrowia, wskazane zostały także te, które potencjalnie związane są ze zdrowiem, dotyczące na przykład ochrony środowiska i przyrody oraz gospodarki wodnej, kultury fizycznej i turystyki, w tym terenów rekreacyjnych oraz urządzeń sportowych, zieleni gminnej, zadrzewień. W kontekście omawianego zagadnienia należy poza wymienionym aktem prawnym przywołać także dwa kolejne. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazuje na zadania własne gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a w szczególności: opracowywania i realizacji oraz oceny efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia kierunków przedsięwzięć lokalnych mieszkańców gminy; inicjowania i udziału w wytyczaniu zmierzających do zaznawiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami; podejmowania innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy (Ustawa, 2004). W tym samym dokumencie określono, że program polityki zdrowotnej to 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 (Ustawa, 2004). Warto także zwrócić uwagę, że jednostka samorządu terytorialnego może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie: spółki kapitałowej, jednostki budżetowej, samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (Ustawa, 2011). W 2022 r. na terenie kraju w 55 z 2477 gmin nie było żadnej placówki świadczącej usługi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, co stanowiło 2,2 proc. gmin w Rzeczypospolitej Polskiej (Gumułka, 2023).

Metodyka badań

Metody analizy

Badanie ankietowe zostało zrealizowane w panelu konsumenckim, w październiku 2024 r. na próbie 385 osób. Respondenci reprezentowali wszystkie województwa w Polsce. Najwięcej mieszkańców miast wojewódzkich (blisko 22%, $N = 33$) oraz

wsi (ok. 14%, $N = 11$) pochodziło z województwa mazowieckiego. Natomiast wśród osób z miast innych niż wojewódzkie największy odsetek stanowili mieszkańcy województwa śląskiego (21%, $N = 33$). Testy istotności dla rozkładów odpowiedzi między grupami przeprowadzono przy użyciu testu chi-kwadrat. W ramach analizy uzupełniającej przeprowadzono również testy Kruskala–Wallisa dla pytań kategoriycznych przekonwertowanych na skalę liczbową Likerta. Dla poszczególnych par zastosowano analizy *post-hoc* Dunna z poprawką na wielokrotne testowanie Bonferroniego, gdy test Kruskala–Wallisa wykazał istotność statystyczną różnicy danej odpowiedzi między grupami. Przyjęto poziom istotności statystycznej $p = 0,05$, zaznaczając istotność dla wyników $p \leq 0,01$ oraz $p < 0,001$. Wyniki $p \leq 0,01$ zostały oznaczone kursywą, a z $p < 0,001$ – pogrubieniem oraz oznaczeniem „ $p < 0,001$ ”.

Charakterystyka próby badawczej

Respondenci byli w wieku od 18 do powyżej 70 lat. Największą grupę stanowiły osoby w wieku 31–40 lat i 51–60 lat, głównie pracujące.

Tabela 1. Profil respondenta

	Liczba	%
Płeć		
Kobiety	248	64,4
Mężczyźni	137	35,6
Wiek		
18–20	5	1,3
21–30	68	7,7
31–40	91	23,6
41–50	77	20,0
51–60	84	21,8
61–70	47	12,2
Powyżej 70 lat	13	3,4
Miejsce zamieszkania		
Wieś	76	19,7
Miasto (inne niż stolica województwa)	157	40,8
Miasto wojewódzkie	152	39,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie ankiet.

Wyniki badań

Szczegółowej analizy odpowiedzi respondentów dokonano, biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania z podziałem na miasto wojewódzkie, inne miasto niż wojewódzkie oraz wieś. Dostępność usług zdrowotnych w gminie 49,7% osób z miast innych niż wojewódzkie oceniło jako przeciętną. Natomiast ankietowani zamieszkujący miasta wojewódzkie (38,2%) i wsie (40,8%) najczęściej oceniali ją jako dobrą. Najwięcej respondentów w grupach zamieszkujących miasta wojewódzkie (56,6%) i inne niż wojewódzkie (47,1%) uważała, że liczba placówek medycznych w gminach jest wystarczająca. Z kolei połowa osób mieszkających na wsi uznała, że takich placówek jest za mało. Dostępność podstawowej opieki zdrowotnej według osób z miast innych niż wojewódzkie (47,8%) oraz mieszkańców wsi (43,4%) najczęściej oceniona została jako przeciętna, natomiast przez najwięcej ankietowanych z miast wojewódzkich – w 37,5% przypadków – jako dobra. 65% mieszkańców miast wojewódzkich zapytanych o to, czy ma dostęp do lekarzy specjalistów w swojej gminie, odpowiedziało twierdząco. W przypadku mieszkańców miast innych niż wojewódzkie (ok. 48%) i wsi (blisko 41%) najwięcej osób zadeklarowało dostęp tylko do niektórych specjalistów. We wszystkich podgrupach miejsc zamieszkania większość respondentów nie posiadała wiedzy na temat programów zdrowotnych realizowanych przez gminę i twierdziła, że gmina nie dostarcza wystarczających informacji na temat zdrowia publicznego. Około połowa respondentów z każdej z grup nie była pewna, czy gmina zapewnia wystarczające wsparcie zdrowotne dla osób starszych i nie miała wiedzy, czy osoby z niepełnosprawnościami mają dostęp do odpowiednich usług zdrowotnych w gminie, a od 30 do 43% osób w zależności od miejsca zamieszkania uznała jakość usług pomocy społecznej w swojej gminie za przeciętną. Około 40% respondentów z grupy zamieszkujących miasto wojewódzkie oraz wieś przyznała, że nie wie, czy gmina uwzględnia opinie mieszkańców w sprawach zdrowotnych. Blisko 43% osób z miast innych niż wojewódzkie uważa, że gmina nie bierze pod uwagę opinii mieszkańców w sprawach zdrowotnych. Dostępność transportu do placówek zdrowotnych większość mieszkańców miast innych niż wojewódzkie (niemal 43%) i wsi (ok. 38%) oceniła jako przeciętną, natomiast największa część mieszkańców miast wojewódzkich (około 36%) oceniła ją jako dobrą. Przygotowanie gminy na sytuacje kryzysowe związane ze zdrowiem większość respondentów każdej z grup (około połowa) oceniła jako przeciętną. Największy odsetek mieszkańców miast wojewódzkich (ok. 49%) potwierdził, że gmina organizowała wydarzenia promujące zdrowy styl życia (np. biegi, festyny zdrowotne). Mieszkańcy miast innych niż wojewódzkie podzielili się niemal równo między tych, którzy uważają, że gmina organizuje takie wydarzenia, tych, którzy tego nie potwierdza-

ją, oraz tych, którzy nie mają pewności. Większość respondentów z każdej grupy poza mieszkańcami miast wojewódzkich (45%) stwierdziła, że ich potrzeby zdrowotne nie są odpowiednio zaspokajane przez gminę. Testy istotności różnic odpowiedzi względem miejsca zamieszkania wskazały te różnice w ocenie dostępu do usług medycznych i infrastruktury zdrowotnej. Mieszkańcy miast wojewódzkich częściej ocenili dostępność usług zdrowotnych jako bardzo dobrą (nieco ponad 22%) w porównaniu do mieszkańców innych miast (ok. 5%) oraz wsi (blisko 8%) – różnice te były istotne na poziomie $p < 0,001$. Analogicznie, mieszkańcy miast wojewódzkich częściej oceniali liczbę placówek medycznych w gminie jako wystarczającą (niemal 57%) na tle respondentów z miast innych niż wojewódzkie (nieco ponad 47%) oraz zamieszkujących wieś (ok. 42%). Różnica ta była istotna na poziomie $p = 0,006$. Dostępność podstawowej opieki zdrowotnej w gminach także była oceniana jako bardzo dobra w największym stopniu przez osoby zamieszkujące miasta wojewódzkie (nieco ponad 22%) w stosunku do badanych z innych miast (niemal 6%) oraz ze wsi (prawie 8%). Wartość istotności statystycznej p dla tego pytania wynosiła mniej niż 0,001. Na pytanie, czy mieszkańcy mają dostęp w swojej gminie do lekarzy specjalistów, najczęściej odpowiedź „tak” wskazały osoby z miast wojewódzkich (niemal 65%), a najrzadziej mieszkańcy wsi (ponad 22%), z poziomem istotności $p < 0,001$. Różnice wystąpiły również w kwestii częstości korzystania z usług medycznych na terenach zamieszkałych przez respondentów – najwięcej osób regularnie korzystających z tych usług mieszkało w miastach wojewódzkich (nieco ponad 40%), podczas gdy na wsiach odsetek ten był istotnie niższy (niemal 24%). Różnica ta została potwierdzona przez wynik testu: $p = 0,009$. Biorąc pod uwagę transport do placówek medycznych, statystycznie istotnie więcej osób z miast wojewódzkich oceniła ją jako bardzo dobrą (niemal 20%), w porównaniu do osób z innych miast (blisko 9%) i mieszkających na wsi (niemal 7%). Istotność tej różnicy potwierdził wynik testu chi-kwadrat ($p = 0,001$). Przygotowanie na sytuacje kryzysowe związane ze zdrowiem w gminach było istotnie częściej uważane za bardzo dobre w miastach wojewódzkich (nieco ponad 11%) niż w pozostałych miastach (ok. 1%), co potwierdza wynik testu $p < 0,001$. Różnice wystąpiły również w kwestii organizacji wydarzeń prozdrowotnych, gdzie mieszkańcy miast wojewódzkich najczęściej potwierdzali ich występowanie (ok. 49%) w porównaniu do osób mieszkających w innych miastach (ok. 34%) czy na wsi (blisko 24%) ($p < 0,001$). Odnosnie do poczucia zaspokajania potrzeb zdrowotnych przez gminy, statystycznie istotnie częściej mieszkańcy miast wojewódzkich potwierdzili ten stan rzeczy (niemal 55%), zaś najwięcej negatywnych odpowiedzi uzyskano od mieszkańców wsi (ok. 67%).

Tabela 2. Zestawienie odpowiedzi na poszczególne pytania skierowane do respondentów z uwzględnieniem ich miejsca zamieszkania

Pytanie	Odpowiedź	Ogólnie (N = 385) (%)	Miasto wojewódzkie (N = 152) (%)	Miasto inne niż wojewódzkie (N = 157) (%)	Wieś (N = 76) (%)	Test	p-value
Jak ocenia Pan/Pani dostępność usług zdrowotnych w swojej gminie?	Bardzo dobrze	12,5 (N = 48)	22,4 (N = 34)	5,1 (N = 8)	7,9 (N = 6)	Chi-squared test	0,000
	Dobrze	36,9 (N = 142)	38,2 (N = 58)	33,8 (N = 53)	40,8 (N = 31)		
	Przeciętnie	40 (N = 154)	30,9 (N = 47)	49,7 (N = 78)	38,2 (N = 29)		
	Źle	10,6 (N = 41)	8,6 (N = 13)	11,5 (N = 18)	13,2 (N = 10)		
Czy Pana/Pani zdaniem w gminie jest wystarczająca liczba placówek medycznych?	Tak	49,9 (N = 192)	56,6 (N = 86)	47,1 (N = 74)	42,1 (N = 32)	Chi-squared test	0,006
	Nie	38,4 (N = 148)	27,6 (N = 42)	43,3 (N = 68)	50 (N = 38)		
	Nie mam zdania	11,7 (N = 45)	15,8 (N = 24)	9,6 (N = 15)	7,9 (N = 6)		
Jak ocenia Pan/Pani dostępność podstawowej opieki zdrowotnej w swojej gminie?	Bardzo dobrze	12,7 (N = 49)	22,4 (N = 34)	5,7 (N = 9)	7,9 (N = 6)	Chi-squared test	0,000
	Dobrze	36,9 (N = 142)	37,5 (N = 57)	36,9 (N = 58)	35,5 (N = 27)		
	Przeciętnie	40,3 (N = 155)	30,9 (N = 47)	47,8 (N = 75)	43,4 (N = 33)		
	Źle	10,1 (N = 39)	9,2 (N = 14)	9,6 (N = 15)	13,2 (N = 10)		
Czy ma Pan/Pani dostęp do lekarzy specjalistów w swojej gminie?	Tak	46,2 (N = 178)	64,5 (N = 98)	40,1 (N = 63)	22,4 (N = 17)	Chi-squared test	0,000
	Nie	11,7 (N = 45)	6,6 (N = 10)	5,7 (N = 9)	34,2 (N = 26)		
	Tylko do niektórych	37,7 (N = 145)	25 (N = 38)	48,4 (N = 76)	40,8 (N = 31)		
	Nie wiem	4,4 (N = 17)	3,9 (N = 6)	5,7 (N = 9)	2,6 (N = 2)		
Jak często korzysta Pan/Pani z usług medycznych na terenie swojej gminy?	Regularnie	35,6 (N = 137)	40,1 (N = 61)	36,9 (N = 58)	23,7 (N = 18)	Chi-squared test	0,009
	Sporadycznie	59,2 (N = 228)	55,3 (N = 84)	60,5 (N = 95)	64,5 (N = 49)		
	Nigdy	5,2 (N = 20)	4,6 (N = 7)	2,5 (N = 4)	11,8 (N = 9)		
Czy ma Pan/Pani wiedzę o programach zdrowotnych realizowanych przez gminę?	Tak	34,5 (N = 133)	40,8 (N = 62)	30,6 (N = 48)	30,3 (N = 23)	Chi-squared test	0,115
	Nie	65,5 (N = 252)	59,2 (N = 90)	69,4 (N = 109)	69,7 (N = 53)		

Pytanie	Odpowiedź	Ogólnie (N = 385) (%)	Miasto wojewódzkie (N = 152) (%)	Miasto inne niż wojewódzkie (N = 157) (%)	Wieś (N = 76) (%)	Test	p-value
Czy uważa Pan/Pani, że gmina dostarcza wystarczających informacji na temat zdrowia publicznego?	Tak	28,6 (N = 110)	34,2 (N = 52)	24,2 (N = 38)	26,3 (N = 20)	Chi-squared test	0,134
	Nie	71,4 (N = 275)	65,8 (N = 100)	75,8 (N = 119)	73,7 (N = 56)		
Czy gmina zapewnia wystarczające wsparcie zdrowotne dla osób starszych?	Tak	19,7 (N = 76)	24,3 (N = 37)	14 (N = 22)	22,4 (N = 17)	Chi-squared test	0,163
	Nie	32,7 (N = 126)	29,6 (N = 45)	37,6 (N = 59)	28,9 (N = 22)		
	Nie wiem	47,5 (N = 183)	46,1 (N = 70)	48,4 (N = 76)	48,7 (N = 37)		
Czy osoby z niepełnosprawnościami mają dostęp do odpowiednich usług zdrowotnych w Pana/ Pani gminie?	Tak	24,4 (N = 94)	27,6 (N = 42)	18,5 (N = 29)	30,3 (N = 23)	Chi-squared test	0,086
	Nie	22,6 (N = 87)	19,1 (N = 29)	23,6 (N = 37)	27,6 (N = 21)		
	Nie wiem	53 (N = 204)	53,3 (N = 81)	58 (N = 91)	42,1 (N = 32)		
Jak ocenia Pan/Pani jakość usług pomocy społecznej w swojej gminie?	Bardzo dobrze	5,7 (N = 22)	7,9 (N = 12)	1,9 (N = 3)	9,2 (N = 7)	Chi-squared test	0,081
	Dobrze	25,5 (N = 98)	28,9 (N = 44)	22,3 (N = 35)	25 (N = 19)		
	Nie mam opinii	22,6 (N = 87)	24,3 (N = 37)	24,2 (N = 38)	15,8 (N = 12)		
	Przeciętnie	36,6 (N = 141)	29,6 (N = 45)	42,7 (N = 67)	38,2 (N = 29)		
	Źle	9,6 (N = 37)	9,2 (N = 14)	8,9 (N = 14)	11,8 (N = 9)		
Czy uważa Pan/Pani, że gmina bierze pod uwagę opinie mieszkańców w sprawach zdrowotnych?	Tak	21 (N = 81)	27 (N = 41)	15,3 (N = 24)	21,1 (N = 16)	Chi-squared test	0,154
	Nie	38,7 (N = 149)	34,2 (N = 52)	42,7 (N = 67)	39,5 (N = 30)		
	Nie wiem	40,3 (N = 155)	38,8 (N = 59)	42 (N = 66)	39,5 (N = 30)		
Jak ocenia Pan/ Pani dostępność transportu do placówek zdrowotnych?	Bardzo dobrze	12,7 (N = 49)	19,7 (N = 30)	8,9 (N = 14)	6,6 (N = 5)	Chi-squared test	0,001
	Dobrze	31,9 (N = 123)	36,2 (N = 55)	31,8 (N = 50)	23,7 (N = 18)		
	Przeciętnie	37,9 (N = 146)	32,9 (N = 50)	42,7 (N = 67)	38,2 (N = 29)		
	Źle	17,4 (N = 67)	11,2 (N = 17)	16,6 (N = 26)	31,6 (N = 24)		

cd. tabeli 2

Pytanie	Odpowiedź	Ogólnie (N = 385) (%)	Miasto wojewódzkie (N = 152) (%)	Miasto inne niż wojewódzkie (N = 157) (%)	Wieś (N = 76) (%)	Test	p-value
Jak ocenia Pan/Pani przygotowanie gminy na sytuacje kryzysowe związane ze zdrowiem?	Bardzo dobrze	6,2 (N = 24)	11,2 (N = 17)	1,3 (N = 2)	6,6 (N = 5)	Chi-squared test	0,000
	Dobrze	24,4 (N = 94)	31,6 (N = 48)	17,2 (N = 27)	25 (N = 19)		
	Przeciętnie	50,6 (N = 195)	46,7 (N = 71)	57,3 (N = 90)	44,7 (N = 34)		
	Źle	18,7 (N = 72)	10,5 (N = 16)	24,2 (N = 38)	23,7 (N = 18)		
Czy gmina organizuje wydarzenia związane z promocją zdrowego stylu życia (np. biegi, festyny zdrowotne)?	Tak	37,9 (N = 146)	49,3 (N = 75)	33,8 (N = 53)	23,7 (N = 18)	Chi-squared test	0,000
	Nie	31,7 (N = 122)	20,4 (N = 31)	33,8 (N = 53)	50 (N = 38)		
	Nie wiem	30,4 (N = 117)	30,3 (N = 46)	32,5 (N = 51)	26,3 (N = 20)		
Czy czuje Pan/Pani, że Pana/Pani potrzeby zdrowotne są odpowiednio zaspokajane przez gminę?	Tak	42,6 (N = 164)	54,6 (N = 83)	35,7 (N = 56)	32,9 (N = 25)	Chi-squared test	0,001
	Nie	57,4 (N = 221)	45,4 (N = 69)	64,3 (N = 101)	67,1 (N = 51)		

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych ankiet.

Poniższa analiza przeprowadzona na danych liczbowych uzyskanych z odpowiedzi przekonwertowanych na skalę Likerta wykazała dla niektórych zmiennych istotną statystycznie różnicę odpowiedzi uzależnioną od grupy, do której należał respondent. Nie jest to jednak wyłączny aspekt faktycznej istotności danego parametru – powinien być poparty podobnym wynikiem dla testów zmiennych kategorycznych z tabeli z poprzedniej sekcji – co podyktowane jest faktem, że oryginalne dane były kategoryczne i to one są referencyjne w procesie odczytywania wyników.

Tabela 3. Porównanie odpowiedzi na poszczególne pytania w skali Likerta z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

Pytanie	Parametr	Ogólnie (N = 385)	Miasto wojewódzkie (N = 152)	Miasto inne niż wojewódzkie (N = 157)	Wieś (N = 76)	Test	p-value	Wielkość efektu
Jak ocenia Pan/Pani dostępność usług zdrowotnych w swojej gminie?	N	385	152	157	76	Kruskal-Wallis	<0,001	0,000
	Średnia (odchylenie standardowe)	3,51 (0,85)	3,74 (0,9)	3,32 (0,74)	3,43 (0,82)			
	Mediana (Q1-Q3)	3 (3-4)	4 (3-4)	3 (3-4)	3 (3-4)			
	Zakres	2-5	2-5	2-5	2-5			
Jak ocenia Pan/Pani dostępność podstawowej opieki zdrowotnej w swojej gminie?	N	385	152	157	76	Kruskal-Wallis	<0,001	0,000
	Średnia (odchylenie standardowe)	3,52 (0,84)	3,73 (0,91)	3,39 (0,74)	3,38 (0,82)			
	Mediana (Q1-Q3)	3 (3-4)	4 (3-4)	3 (3-4)	3 (3-4)			
	Zakres	2-5	2-5	2-5	2-5			
Jak ocenia Pan/Pani jakość usług pomocy społecznej w swojej gminie?	N	385	152	157	76	Kruskal-Wallis	0,0941	0,001
	Średnia (odchylenie standardowe)	3,27 (0,71)	3,36 (0,76)	3,17 (0,6)	3,32 (0,8)			
	Mediana (Q1-Q3)	3 (3-4)	3 (3-4)	3 (3-3)	3 (3-4)			
	Zakres	2-5	2-5	2-5	2-5			
Jak ocenia Pan/ Pani dostępność transportu do placówek zdrowotnych?	N	385	152	157	76	Kruskal-Wallis	<0,001	0,000
	Średnia (odchylenie standardowe)	3,4 (0,92)	3,64 (0,92)	3,33 (0,86)	3,05 (0,91)			
	Mediana (Q1-Q3)	3 (3-4)	4 (3-4)	3 (3-4)	3 (2-4)			
	Zakres	2-5	2-5	2-5	2-5			
Jak ocenia Pan/Pani przygotowanie gminy na sytuacje kryzysowe związane ze zdrowiem?	N	385	152	157	76	Kruskal-Wallis	<0,001	0,000
	Średnia (odchylenie standardowe)	3,18 (0,81)	3,43 (0,83)	2,96 (0,68)	3,14 (0,86)			
	Mediana (Q1-Q3)	3 (3-4)	3 (3-4)	3 (3-3)	3 (3-4)			
	Zakres	2-5	2-5	2-5	2-5			

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych ankiet.

Tabela 4. Testy post-hoc Dunna

Pytanie	Porównanie	p-value
Jak ocenia Pan/Pani dostępność usług zdrowotnych w swojej gminie?	Miasto inne niż wojewódzkie – wieś	0,4304
	Miasto inne niż wojewódzkie – miasto wojewódzkie	<0,001
	Wieś – miasto wojewódzkie	0,0223
Jak ocenia Pan/Pani dostępność podstawowej opieki zdrowotnej w swojej gminie?	Miasto inne niż wojewódzkie – wieś	1
	Miasto inne niż wojewódzkie – miasto wojewódzkie	<0,001
	Wieś – miasto wojewódzkie	0,0062
Jak ocenia Pan/Pani dostępność transportu do placówek zdrowotnych?	Miasto inne niż wojewódzkie – wieś	0,0449
	Miasto inne niż wojewódzkie – miasto wojewódzkie	0,0049
	Wieś – miasto wojewódzkie	<0,001
Jak ocenia Pan/Pani przygotowanie gminy na sytuacje kryzysowe związane z zdrowiem?	Miasto inne niż wojewódzkie – wieś	0,1681
	Miasto inne niż wojewódzkie – miasto wojewódzkie	<0,001
	Wieś – miasto wojewódzkie	0,0171

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych ankiet.

Dyskusja

Przeprowadzone analizy pozwoliły na ocenę działań polskich gmin w zakresie ochrony zdrowia i wskazanie głównych obszarów wymagających poprawy. Respondenci przeciętnie lub dobrze oceniają dostępność do usług zdrowotnych na terenie gminy. Jednak analizy pokazały, że mieszkańcy różnych obszarów (miast wojewódzkich, innych miast i wsi) inaczej ocenili poziom tej dostępności w gminach. Największy odsetek mieszkańców ogółem oraz ankietowanych z miast innych niż wojewódzkie ocenił dostępność usług zdrowotnych na poziomie przeciętnym, natomiast osoby z miast wojewódzkich i wsi najczęściej oceniały ją jako dobrą. Testy statystyczne wykazały też istotne różnice w ocenie dostępności usług zdrowotnych, liczby placówek oraz organizacji prozdrowotnych wydarzeń między grupami o różnym miejscu zamieszkania, sugerując, że zróżnicowanie dostępności usług zdrowotnych w Polsce jest odczuwalne w zależności od miejsca zamieszkania. Badania pozwoliły też na wskazanie kluczowych problemów w realizacji zadań związanych z ochroną zdrowia na poziomie lokalnym. Respondenci w ramach odpowiedzi na pytania otwarte wskazywali na słabą dostępność do lekarzy specjalistów i długi czas oczekiwania na wizytę. Potwierdzają to wyniki kontroli Najwyższej Izby Kontroli (NIK), które wskazują, że dorośli Polacy irytują się na problemy związane z wykonywaniem badań diagnostycznych, zbyt małą liczbą personelu w szpitalach oraz trudnościami z umówieniem wizyty u lekarza specjalisty (NIK, 2019). Większość respondentów stwierdziła, że potrzeby zdrowotne nie są odpowiednio zaspoko-

kajane przez gminę. Problemem, który może te odczucia mieszkańców potęgować, jest między innymi brak precyzyjnego określenia zadań jednostek samorządu terytorialnego. Balicki (2019) zauważa, że obecny stan charakteryzuje znaczny stopień nieuporządkowania i niejasnego przyporządkowania kompetencji i odpowiedzialności za ochronę zdrowia oraz brak jasnego podziału zadań i odpowiedzialności pomiędzy poszczególnymi szczeblami samorządu. Dodatkowo widoczny jest brak „efektywnej koordynacji działania trzech instytucji pełniących następujące funkcje: właścicielskie (samorządy), strategiczne i kontrolne (organy centralne) oraz płatnicze (przede wszystkim NFZ)” (Szetela, 2015). Na niedookreślenie kompetencji w obszarze ochrony zdrowia oraz często fakultatywny charakter zadań gminy w tym zakresie zwracał uwagę też NIK w innej kontroli (NIK, 2015). Jednak jak wynika z przeprowadzonych na łamach artykułu analiz, problemów jest więcej. Wyraźnie widoczna jest nikła wiedza mieszkańców o realizowanych na szczeblu lokalnym programach zdrowotnych. Gminy w różnym zakresie realizują te zadania, co potwierdzają badania Woźniak-Holeckiej *et al.* (2023). Problemem jest to, że najmniejsze gminy na ogół nie znają potencjału programów profilaktyki zdrowotnej, zatem do gmin wiejskich i miejsko-wiejskich należałoby w pierwszej kolejności skierować działania promujące realizację tych programów (Woźniak-Holecka *et al.*, 2023). Z drugiej strony widoczna była (i nadal jest) polaryzacja w zakresie liczby zgłaszanych przez jednostki samorządu terytorialnego programów polityki zdrowotnej, na co zwracali uwagę Skóbel i Rudka (2016) na podstawie danych z Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Wprowadzie największy odsetek stanowią programy zgłaszane do AOTMiT przez samorządy gminne, ale biorąc pod uwagę liczbę programów w porównaniu do liczby jednostek samorządu terytorialnego prym wiodły samorządy wojewódzkie. Analiza programów ocenianych przez Agencję w latach 2009–2018 wskazywała na największą aktywność jednostek samorządu terytorialnego z województw: śląskiego, mazowieckiego i dolnośląskiego (Sawicki *et al.*, 2018). W tego typu działaniach istotna jest strategia promocji zdrowia, której celem jest informowanie, wpływanie i pomaganie zarówno jednostkom, jak i organizacjom, tak aby przyjęły na siebie większą odpowiedzialność i były bardziej aktywne w kwestiach dotyczących zdrowia psychicznego i fizycznego (Lalonde, 1974). Golinowska (2019) zwraca uwagę na konieczność współpracy z sektorem pozarządowym i z mediami w procesie promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej. Jednakże w przypadku wydatkowania środków finansowych na programy zdrowotne liczba i zakres programów jest uzależniona od statusu materialnego danego samorządu (NIK, 2019). Tymczasem w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025 wyznaczono jako cel strategiczny zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu, a wśród

celów operacyjnych profilaktykę nadwagi i otyłości, profilaktykę uzależnień, promocję zdrowia psychicznego, zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne, wyzwania demograficzne (Rozporządzenie, 2021).

Podsumowanie

Ochrona zdrowia w Polsce jest jednym z najczęściej krytykowanych aspektów polityki społecznej w Polsce. Jako główne przyczyny takiego stanu rzeczy podaje się zazwyczaj niedofinansowanie polskiego sektora medycznego i deficyt kadr medycznych. Jednak poza zwiększeniem nakładów na zdrowie oraz koniecznością systemowego podejścia do kształcenia kadr medycznych równolegle potrzebne są też rozwiązania ukierunkowane na jasne sprecyzowanie roli samorządów gmin w ochronie zdrowia. Widoczne są też istotne różnice w ocenie dostępności usług zdrowotnych, liczby placówek oraz organizacji prozdrowotnych wydarzeń między grupami o różnym miejscu zamieszkania (miasto wojewódzkie, inne miasto, wieś). Gminy, szczególnie wiejskie, oddalone od dużych aglomeracji i ze sporym niejednokrotnie deficytem budżetowym słabiej radzą sobie z realizacją zadań z zakresu ochrony zdrowia. W niektórych gminach w Polsce nadal nie ma przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, a jeśli nawet realizują one programy zdrowotne, to wiedza o takich aktywnościach wśród mieszkańców jest stosunkowo niewielka. Gminy na ogół też nie uwzględniają opinii mieszkańców w kwestii sytuacji zdrowotnej mieszkańców, co może być przeszkodą we właściwym ukierunkowaniu działań na rzecz ochrony zdrowia mieszkańców. Na koniec podkreślić należy, że gminy nie są jedynymi jednostkami samorządu terytorialnego podejmującymi działania w omawianym zakresie. Aktywności takie podejmują także samorządy powiatowe oraz wojewódzkie, przez co i one wpływają na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. W związku z powyższym pożądane są dalsze analizy realizowane na poziomie powiatów i województw w omawianym zakresie.

Oświadczenie o wkładzie poszczególnych autorów

Autor potwierdza, że jest jedynym twórcą tego artykułu i zatwierdził go do publikacji.

Oświadczenie o konflikcie interesów

Autor deklaruje, że badanie zostało przeprowadzone przy braku jakichkolwiek powiązań komercyjnych lub finansowych, które można by zinterpretować jako potencjalny konflikt interesów.

Oświadczenie o źródle finansowania

Badania zostały dofinansowane w ramach WSUB/2023/10/00003.

Oświadczenie o etyce badawczej

Autor poświadcza, że opublikowane w tekście badania zostały przeprowadzone zgodnie z etyką badawczą afiliowanej uczelni.

Bibliografia

- Augustynowicz, A., Budziszewska-Makulska, A., Sieciński, P., Tyszko, P. (red.) (2023). *Rekomendacje strategiczne na lata 2023–2027: Koordynacja działań podejmowanych na różnych poziomach władz samorządowych i państwowych*. Warszawa: Polska Akademia Nauk, Wydział V Nauk Medycznych, Komitet Zdrowia Publicznego.
- Balicki, M. (2019). Jak uzdrowić polską służbę zdrowia. W: *Warszawskie debaty o polityce społecznej: Ochrona zdrowia w Polsce* (30), M. Polakowski, S. Golinowska, M. Balicki (red.). Warszawa: Friedrich-Ebert-Stiftung, Przedstawicielstwo w Polsce, wspólnie z Fundacją Międzynarodowe Centrum Badań i Analiz (ICRA).
- Ghebrehewet, S., Stewart, A.G., Rufus, I. (2016). What Is Health Protection? W: *Health Protection: Principles and Practice*, S. Ghebrehewet et al. (Eds.). Oxford: Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/med/9780198745471.003.0001>.
- Golinowska, S. (2019). O ochronie zdrowia w Polsce – niezmiennie problemy i nowe wyzwania. W: *Warszawskie debaty o polityce społecznej: Ochrona zdrowia w Polsce* (18), M. Polakowski, S. Golinowska, M. Balicki (red.). Warszawa: Friedrich-Ebert-Stiftung, Przedstawicielstwo w Polsce, wspólnie z Fundacją Międzynarodowe Centrum Badań i Analiz (ICRA).
- GUS (2023). *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2020–2022*, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/27/3/1/wydatki_na_ochrone_zdrowia_w_latach_2020-2022.docx (dostęp: 11.11.2024).
- GUS (2024). *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2021–2023*, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/27/4/1/wydatki_na_ochrone_zdrowia_w_latach_20212023_2.pdf (dostęp: 11.11.2024).
- GUS (b.d.). *Podział administracyjny Polski*, <https://stat.gov.pl/statystyka-regionalna/jednostki-terytorialne/podzial-administracyjny-polski/> (dostęp: 11.11.2024).

- Gumułka, A. (2023). Największe wyzwanie polskiej ochrony zdrowia? RPP: dostępność. <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/najwieksze-wyzwanie-polskiej-ochrony-zdrowia-rpp-dostepnosc> (dostęp: 11.11.2024).
- Hnatyszyn-Dzikowska, A. (2023). Terytorialne zróżnicowanie dostępu do usług zdrowotnych w Polsce jako wymiar spójności społeczno-ekonomicznej kraju, *Space – Society – Economy*, 34: 43–55.
- Krot, K., Glińska, E. (2003–2004). Problem dostępu do usług medycznych po reformie służby zdrowia w Polsce, *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, 3: 399–413.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*. Government of Canada.
- Ministerstwo Zdrowia (2015). *Krajowe ramy strategiczne: Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020*. Warszawa.
- Najwyższa Izba Kontroli (NIK) (2015). *Wykonywanie przez wybrane gminy województwa opolskiego zadań własnych w zakresie ochrony zdrowia*. Warszawa.
- Najwyższa Izba Kontroli (NIK) (2019). *Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf> (dostęp: 11.11.2024).
- Polakowski, M. (2019). Wstęp. W: *Warszawskie debaty o polityce społecznej: Ochrona zdrowia w Polsce* (4), M. Polakowski, S. Golinowska, M. Balicki (red.). Warszawa: Friedrich-Ebert-Stiftung, Przedstawicielstwo w Polsce, wspólnie z Fundacją Międzynarodowe Centrum Badań i Analiz (ICRA).
- Reszczyński, J. (2021). U źródeł współczesnych modeli ochrony zdrowia, *Studia Ekonomiczne. Gospodarka, Społeczeństwo, Środowisko*, 1(7).
- Rozporządzenie z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, poz. 642.
- Sagan, A., Panteli, D., Borkowski, W., Dmowski, M., Domański, F., Czyżewski, M., Goryński, P., Karpacka, D., Kiersztyn, E., Kowalska, I., Książak, M., Kuszewski, K., Leśniewska, A., Lipska, I., Maciąg, R., Madowicz, J., Mądra, A., Marek, M., Mokrzycka, A., Poznański, D., Sobczak, A., Sowada, C., Świderek, M., Terka, A., Trzeciak, P., Wiktorzak, K., Włodarczyk, C., Wojtyniak, B., Wrześniewska-Wał, I., Zelwiańska, D., Busse, R. (2011). Poland: *Health system review, Health Systems in Transition*, 13(8): 1–193.
- Sawicki, M., Błoch, Ł., Świtalski, J. (2018). *Analiza ilościowa programów zdrowotnych/polityki zdrowotnej ocenianych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w latach 2009–2018*. Warszawa: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.
- Skóbel, B., Rudka, R. (2016). *Programy polityki zdrowotnej bez tajemnic*. Warszawa: Związek Powiatów Polskich.
- Szetela, P. (2015). Rola samorządu terytorialnego w polskim systemie ochrony zdrowia: Organizator, podmiot tworzący oraz płatnik, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 13(1): 55–68. <https://doi.org/10.4467/20842627OZ.15.006.4119>.
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, Dz.U. z 1990 r. nr 16, poz. 95.

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 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011 r. nr 112, poz. 654.

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

Woźniak-Holecka, J., Sobczyk, K., Suchecki, K. (2023). Realizacja samorządowych programów polityki zdrowotnej (PPZ) przez gminy miejskie, wiejsko-miejskie oraz wiejskie, *Space – Society – Economy*, 34: 43–55.

