

Potencjał obszarów metropolitalnych w ochronie zdrowia

Tomasz Holecki

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
e-mail: tholecki@sum.edu.pl
ORCID: 0000-0003-1798-4133

Karolina Sobczyk

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
e-mail: ksobczyk@sum.edu.pl
ORCID: 0000-0003-1632-7246

Marlena Robakowska

Gdański Uniwersytet Medyczny
e-mail: mrobakowska@gumed.edu.pl
ORCID: 0000-0003-4890-2794

© 2023 Tomasz Holecki, Karolina Sobczyk, Marlena Robakowska
Praca opublikowana na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0). Skrócona treść licencji na <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.pl>

Cytuj jako: Holecki, T., Sobczyk, K. i Robakowska, M. (2023). Potencjał obszarów metropolitalnych w ochronie zdrowia. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 67(2).

DOI: 10.15611/pn.2023.2.04

JEL Classification: I15, I18

Streszczenie: Metropolie mają znaczny potencjał w obszarze ochrony zdrowia, kumulując kapitały, które odpowiednio wykorzystane mogą przyczynić się do poprawy stanu zdrowia populacji. Celem artykułu jest dokonanie analizy aspektów funkcjonalnych systemu ochrony zdrowia w obszarze metropolitalnym ze szczególnym uwzględnieniem zadań jednostek publicznych. Jako metodę badawczą zastosowano przegląd literatury, raportów branżowych, aktów prawnych oraz analizę i porównanie potencjałów infrastrukturalnych i kadrowych systemu ochrony zdrowia pomiędzy województwem śląskim a jego obszarem metropolitalnym. Artykuł stanowi podstawę do namysłu nad racjonalnym planowaniem wydatków publicznych, opracowywaniem strategii polityki zdrowotnej, a także zarządzaniem systemem zdrowotnym. Wskazuje potencjalne kierunki rozwoju, które mogą prowadzić do bardziej skutecznej i adekwatnej względem potrzeb zdrowotnych alokacji zasobów finansowych i organizacyjnych. Obecne spojrzenie na formę i zadania obszarów metropolitalnych zostało redefiniowane przez wzmocnienie ich roli w systemie ochrony zdrowia, co należy rozumieć jako zmianę układu z rywalizującego na kooperujący. Metropolie stanowią bowiem obszary, na których możliwa jest realizacja innej niż w pozostałych częściach kraju formuły organizacji oraz zarządzania ochroną zdrowia. Wynika to z materializacji idei elastycznego zarządzania przy użyciu nowoczesnych technik komunikacji, transferu wiedzy oraz wysokiej specjalizacji z wykorzystaniem istniejącej sieci komunikacyjnej, infrastrukturalnej i dostępności profesjonalistów medycznych.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, zarządzanie w ochronie zdrowia, metropolie, obszary metropolitalne, polityka regionalna.

1. Wstęp

Metropolia jako kompleks osiedleńczy miasta lub miast ma znaczny potencjał w obszarze ochrony zdrowia. Sieć metropolii jest międzynarodowym środowiskiem kapitału, biznesu i wiedzy, które odpowiednio stymulowane mogą się przyczyniać do poprawy stanu zdrowia populacji przez wzajemną wymianę doświadczeń oraz zmianę perspektywy działania z lokalnej na regionalną, a nawet globalną. Analiza aspektów funkcjonalnych systemu ochrony zdrowia w obszarze metropolitalnym może stanowić podstawę do racjonalnego planowania wydatków publicznych, opracowywania strategii polityki zdrowotnej, a także zarządzania systemem zdrowotnym na omawianym obszarze. Wydaje się możliwe wskazanie potencjalnych kierunków rozwoju, czego pochodną może stać się bardziej skuteczna i adekwatna do potrzeb zdrowotnych alokacja zasobów finansowych i organizacyjnych. W praktyce potencjał ten jest w Polsce niewykorzystywany, mimo iż na świecie powszechnie obszary te uznaje się za najważniejsze ośrodki gospodarcze, naukowe, kulturalne, administracyjne i polityczne. To właśnie w ich obrębie dokonuje się największy rozwój innowacyjności i kreatywności. Widoczne jest to na podstawie takich wskaźników, jak wysokość PKB na mieszkańca, liczba rejestrowanych na tychże obszarach patentów czy pracujących w ośrodkach badawczych wybitnych naukowców. Bez wątplenia czynniki te kumulują się również w ochronie zdrowia jako niezwykle dynamicznym obszarze gospodarki. Zdaniem ekspertów wiek XXI będzie należał do metropolii. Tym samym pozycja wytwórcza oraz polityczna państwa będzie zależała od tego, na jakim etapie rozwoju będą jego obszary metropolitalne, jaka będzie ich pozycja w priorytetach rozwojowych kraju, a także czy zostaną stworzone efektywne narzędzia zarządzania publicznego, którego bardzo ważnym elementem jest skutecznie działający system ochrony zdrowia (Zielona Księga Obszarów Metropolitalnych, 2012, s. 5).

2. Pojęcie metropolii i obszarów metropolitalnych

J. M. Chmielewski definiuje obszar metropolitalny jako wysoce zurbanizowany układ osadniczy o dużym stopniu integracji społecznej, gospodarczej i przestrzennej, zdominowany przez jeden silny ośrodek wzrostu (Chmielewski, 1995, s. 17). Obszar ten, poza terenami zurbanizowanymi, obejmuje również strefy konieczne dla funkcjonowania jego systemów inżynierskich, komunikacyjnych i usługowych. Według K. Trafasa i Z. Ziobrowskiego jest to ciągły przestrzennie, wielkomiejski układ osadniczy złożony z odrębnych jednostek obejmujący duże miasto lub zwarty obszar miejski wraz z funkcjonalną strefą oddziaływań społecznych (Trafas, 2012, s. 2). Dla J. Ziółkowskiego jest to złożony układ zróżnicowanych, współzależnych skupisk osadniczych typu miejskiego i wiejskiego, którego jądrem integrującym i ośrodkiem oddziaływania na szersze zaplecze jest duże miasto (Ziółkowski, 1965, s. 68). J. Parysek definiuje z kolei metropolię jako duże miasto, o dość wyraźnej specyfice funkcji oraz charakterystycznym oddziaływaniu i bardzo silnych powiązaniach zewnętrznych w sferze politycznej, ekonomicznej oraz kulturalnej (Jażdżewska, 2003, s. 19-40). M. Bańczyk przez metropolię rozumie organizm miejski, będący węzłem w sieci przepływów kluczowych procesów biznesowych i społecznych, którego oddziaływanie przebiega na trzech poziomach: municypalnym, regionalnym i sieciowym, w którym metropolia jest biegunem wzrostu i głównym producentem innowacji, wiedzy i dobrobytu (Danielewicz, 2013, s. 61). Z kolei definicja zaczerpnięta z Koncepcji Przestrzennego Zagospodarowania Kraju 2030 definiuje metropolie jako ośrodki, które stanowią centra zarządzania gospodarczego na poziomie co najmniej krajowym, mające duży potencjał gospodarczy, oferujące szereg usług wyższego rzędu, charakteryzujące się wysoką zewnętrzną atrakcyjnością, dużymi możliwościami edukacyjnymi i zdolnością tworzenia innowacji o wysokiej wewnętrznej i zewnętrznej dostępności transportowej (Koncepcja Przestrzennego Zagospodarowania Kraju 2030, 2012, s. 190).

Obszarem metropolitalnym jest zatem układ przestrzenny składający się z dużego miasta i powiązań funkcjonalnych, który charakteryzuje się:

- wysoką jakością usług, instytucji i wyposażenia materialnego,
- wysokim potencjałem innowacyjnym w zakresie technicznym, ekonomicznym, społecznym, politycznym i kulturalnym,

- wysoką konkurencyjnością produkcji i wyspecjalizowanych usług, w tym naukowo-badawczych i kulturalnych,
- silnymi wewnętrznymi więzami współpracy gospodarczej, społecznej i instytucjonalnej,
- intensywnymi połączeniami komunikacyjnymi z innymi ośrodkami.

Warto również zwrócić uwagę na interakcje pomiędzy metropolią a otoczeniem regionalnym, które korzysta z funkcji metropolitalnych i związanych z tym procesów rozwoju. Staje się ono bogatsze dzięki obecności silnego ośrodka metropolitalnego (Kudłacz, 2014, s. 59-77).

Bez względu na przyjętą definicję metropolizacja jest jednym z najważniejszych wyznaczników współczesnego modelu rozwoju. Większość wielkich miast krajów wysoko rozwiniętych i niektóre z wielkich miast krajów rozwijających się stały się ośrodkami nowoczesnej, wysoko wydajnej gospodarki o dominacji usług. Z tego też powodu jednym z elementów wyróżniających ośrodek metropolitalny jest jego potencjał naukowo-badawczy (Smętkowski, Jałowicki i Gorzelak, 2009, s. 52-58), który uznać należy za jeden z ważniejszych gospodarczych czynników rozwoju (Danielewicz i Turała, 2011, s. 111; *Zaktualizowana Koncepcja Przestrzennego Zagospodarowania Kraju*, 2005, s. 93). Zjawisko to podkreślane jest w raportach wielu organizacji oraz instytucji międzynarodowych, w tym m.in. OECD czy Unii Europejskiej. Dynamiczny proces rozwoju obszarów metropolitalnych został także podkreślony w polskich dokumentach strategicznych, np. w Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju Polska 2030, a także w *Koncepcji Przestrzennego Zagospodarowania Kraju 2030 (Biała Księga Obszarów Metropolitalnych, 2013, s. 3)*.

3. Zadania metropolitalne na przykładzie Metropolii Zagłębiowsko-Górnośląskiej

Ustawa o związku metropolitalnym w województwie śląskim (Ustawa z dnia 9 marca 2017 r.) stanowi, że: „(...) związek jest zrzeszeniem gmin województwa śląskiego, charakteryzujących się istnieniem silnych powiązań funkcjonalnych oraz zaawansowaniem procesów urbanizacyjnych, położonych na obszarze spójnym pod względem przestrzennym, który zamieszkuje co najmniej 2 mln mieszkańców”. W ustawie nie uwzględniono powiatów jako potencjalnych członków związku metropolitalnego, co np. w kontekście rozwoju społecznego i gospodarczego może utrudnić koordynację systemu usług publicznych, w tym promocji i ochrony zdrowia oraz ściśle powiązanego transportu zbiorowego i dróg publicznych, będących w gestii powiatów, co w przekonaniu autorów opracowania jest silnie ze sobą powiązane. W obecnej sytuacji powiaty są kluczowymi partnerami dla związku metropolitalnego, jednak nie stanowią jego członków.

Związek metropolitalny, zgodnie z programem działań strategicznych, może realizować zadania publiczne należące do zakresu działania gminy, powiatu lub samorządu województwa. Dodatkowo możliwa jest także koordynacja realizacji ww. zadań przez związek metropolitalny. Aby taka koordynacja mogła mieć miejsce, niezbędne jest zawarcie porozumienia z konkretną jednostką samorządu terytorialnego lub ze związkiem kilku jednostek samorządowych. Poza zadaniami na poziomie samorządowym związek metropolitalny może także realizować te pojawiające się na poziomie rządowym. Działanie takie również wymaga podpisania porozumienia, w tym przypadku z konkretnym organem administracji rządowej. Należy mieć jednak na uwadze, że w każdym przypadku zadania własne mają pierwszeństwo przed zadaniami powierzonymi. Ponadto zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 26 czerwca 2017 r. w sprawie utworzenia w województwie śląskim związku metropolitalnego należy wskazać, że obszar i granice związku metropolitalnego obejmują wymienione w tym akcie prawnym gminy miasta na prawach powiatu. Leżą one wprawdzie na obszarze pięciu podregionów statystycznych (NTS3), jednak nie obejmuje on swoim zasięgiem całości tych pięciu podregionów (*Program działań strategicznych Górnośląsko-Zagłębiowskiej Metropolii do roku 2022, 2018, s. 6-8*).

Jak już wspomniano, ustawa stanowiąca o utworzeniu GZM nie przewidywała udziału powiatów w strukturze tej metropolii, które zgodnie z prawem wykonują istotne zadania publiczne o charakterze ponadgminnym, takie jak m.in: edukacja publiczna, promocja ochrony zdrowia czy pomoc społeczna. Sytuacja

taka powoduje, że nie jest możliwe prowadzenie przez GZM spójnej polityki na swoim terenie. Barięą jest niewątpliwie fakt, że część zadań publicznych o charakterze ponadgminnym jest prowadzona przez grupę jednostek samorządu terytorialnego, która nie ma ukształtowanej formalnoprawnej relacji z metropolią. Należy w tym miejscu również zwrócić uwagę, że nie jest obecnie jasne, jaki ma być docelowy kształt obszaru geograficznego. Aktualnie część gmin członkowskich znajduje się w powiatach, w których tylko niektóre gminy są członkami porozumienia (*Program działań strategicznych Górnośląsko-Zagłębiowskiej Metropolii do roku 2022*, 2018, s. 99). Jest to tym bardziej pilne i istotne zarazem, że siła metropolii leży w zapewnieniu synergii 41 gminom oraz ścisłej współpracy z samorządem województwa, powiatami, administracją rządową i organizacjami *non profit*.

W tabeli 1 porównano zasoby, ugruntowując fakty lub obalając powszechne przekonania na temat potencjału obszarów metropolitalnych w ochronie zdrowia na przykładzie województwa śląskiego i Metropolii Górnośląsko-Zagłębiowskiej. Województwo dysponuje wyraźnie większą liczbą przychodni oraz praktyk lekarskich, co w przypadku tych ostatnich przekłada się również na liczbę jednostek mierzoną na 10 tys. mieszkańców. Podobna sytuacja ma miejsce wobec liczby dostępnych aptek, punktów aptecznych oraz potencjału kadrowego liczonego prawem wykonywania zawodu magistra farmacji. Metropolię cechuje natomiast wyraźnie większa koncentracja w przypadku porad lekarskich ogółem oraz porad lekarskich świadczonych w jednostkach podległych organom samorządu terytorialnego. Metropolia zatem wykazuje się wyższym stopniem wykorzystania zasobów, co można interpretować jako przewagę wynikającą z nasycenia kapitałów. Szczegółowe dane przedstawiające porównanie potencjałów województwa śląskiego oraz obszaru metropolitalnego w zakresie zasobów ochrony zdrowia przedstawia tab. 1.

Tabela 1. Zasoby w ochronie zdrowia w województwie śląskim oraz Metropolii Górnośląsko-Zagłębiowskiej w roku 2021

Zasoby	Województwo śląskie		Metropolia Górnośląsko-Zagłębiowska	
	ogółem	na 10 tys. mieszkańców	ogółem	na 10 tys. mieszkańców
Porady lekarskie	34 506 037	76 811,00	19 320 418	86 646,18
Przychodnie	2 654	5,91	1 406	6,31
Praktyki lekarskie w miastach	167	0,37	57	0,26
Praktyki lekarskie na wsi	64	0,14	3	0,01
Porady ogółem	20 410 173	45 433,38	10 595 075	47 515,68
Porady ogółem (przychodnie podległe JST)	2 744 205	6 108,65	1 402 178	6 288,34
Przychodnie	204	0,45	82	0,37
Apteki	1372	3,05	680	3,05
Magistrowie farmacji	3120	6,95	1643	7,37
Ludność na aptekę ogólnodostępną	3248	--	3249	--
Punkty apteczne	92	0,20	10	0,04

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS (Bank Danych Lokalnych).

W przypadku wydatków ponoszonych na ochronę zdrowia kwotowo dominuje obszar wojewódzki, natomiast w przeliczeniu na 1 mieszkańca odnotowuje się ich wyższy poziom w obrębie metropolii. Dotyczy to wydatków bieżących ogółem, wydatków na wynagrodzenia i pochodne wynagrodzeń, dotacji, wydatków majątkowych ogółem, a także kosztów ponoszonych w związku z utrzymaniem szpitali i zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych. Niższe natomiast na poziomie metropolii, w przeliczeniu na 1 mieszkańca, są majątkowe wydatki inwestycyjne, wydatki bieżące na zakup

Tabela 2. Wydatki na ochronę zdrowia w województwie śląskim oraz Metropolii Górnośląsko-Zagłębiowskiej w roku 2021 (zł)

Wydatki	województwo śląskie		Metropolia Górnośląsko-Zagłębiowska	
	ogółem	na 1 mieszkańca	ogółem	na 1 mieszkańca
Ogółem	396 805 204,08	88,33	241 362 114,55	108,24
Wydatki bieżące ogółem	196 947 165,05	43,84	112 676 461,55	50,53
Wydatki bieżące na wynagrodzenia	40 363 243,49	8,98	22 319 564,07	10,01
Wydatki bieżące na pochodne od wynagrodzeń	5 437 291,02	1,21	3 049 183,87	1,37
Wydatki bieżące na zakup materiałów i usług	36 319 031,73	8,08	17 764 252,15	7,97
Wydatki bieżące jednostek budżetowych ogółem	157 092 464,12	34,97	89 006 121,57	39,92
Dotacje	38 998 732,38	8,68	23 161 172,22	10,39
Wydatki majątkowe ogółem	199 858 039,03	44,49	128 685 653,00	57,71
Wydatki majątkowe inwestycyjne	110 414 031,03	24,58	42 145 045,00	18,90
wydatki w rozdziale 85121 – Lecznictwo ambulatoryjne	1 397 177,02	0,31	140 258,94	0,06
wydatki w rozdziale 85154 – Przeciwdziałanie alkoholizmowi	77 721 090,36	17,30	37 710 325,91	16,91
wydatki w rozdziale 85111 – Szpitale ogólne	219 553 056,53	48,87	139 669 003,74	62,64
wydatki w rozdziale 85117 – Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	8 750 995,31	1,95	4 564 318,35	2,05

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS (Bank Danych Lokalnych).

materiałów i usług oraz wydatki ponoszone w lecznictwie ambulatoryjnym. Tym samym uprawnione jest stwierdzenie, że metropolia w większym stopniu wykorzystuje dostępne zasoby, równocześnie wolniej realizując procesy inwestycyjne. Szczegółowe dane zaprezentowano w tab. 2.

4. Ochrona zdrowia jako obszar oddziaływania instytucji publicznych

Analizując dokumenty strategiczne związane z zadaniami ochrony zdrowia oraz potencjałem państwa na poziomie regionalnym, należy zwrócić uwagę na Długookresową Strategię Rozwoju Kraju – Polska 2030, określającą główne trendy, wyzwania oraz koncepcję rozwoju kraju w perspektywie długookresowej, która zakłada (Uchwała z 5 lutego 2013 r.):

- „wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej,
- dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanych do roku 2030 zmian demograficznych, w szczególności wzmocnienie działań na rzecz rozwoju infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi,
- zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych, wynikających z uwarunkowań epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (np. kardiologii, onkologii, neurologii, medycyny ratunkowej, ortopedii, traumatologii oraz psychiatrii),
- opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych zwiększających dostępność do programów zdrowotnych, w szczególności profilaktycznych i rehabilitacyjnych, w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności z powodu chorób cywilizacyjnych”.

Kolejnym opracowaniem jest Strategia Rozwoju Kraju 2020, dokument niezwykle ważny w perspektywie średniookresowej, określający najważniejsze cele rozwoju, który zakłada (Uchwała z 25 września 2012 r.):

- „wprowadzenie zmian w systemie opieki zdrowotnej poprzez ingerencję w model finansowania i zarządzania służący zwiększeniu efektywności,
- rozwój infrastruktury ochrony zdrowia, w tym infrastruktury opieki długoterminowej, uwzględniający trendy demograficzne i profil zdrowotny społeczeństwa,
- podnoszenie wiedzy i świadomości konsumentów w zakresie zasad zdrowego żywienia i profilaktyki chorób,
- działania z zakresu zdrowia publicznego, realizowane poprzez precyzyjnie adresowaną profilaktykę, kampanie informacyjne i popularyzacyjne na różnych poziomach życia społecznego (szkoła, praca, media) w zakresie chorób krążenia i nowotworów,
- kształtowanie świadomości zdrowotnej i zdrowego stylu życia poprzez promocję i edukację zdrowotną, zwłaszcza wśród osób o najniższym statusie społeczno-ekonomicznym oraz wzrost poziomu aktywności fizycznej, ze szczególnym uwzględnieniem promocji aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży”.

Część postulatów przedstawiana była również w strategii Sprawne Państwo (Uchwała z dnia 12 lutego 2013 r.), która przewidywała poprawę infrastruktury ochrony zdrowia, bazy dydaktycznej uczelni medycznych oraz instytutów badawczych. Wśród rekomendowanych działań wskazywano:

- „zintensyfikowanie inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia,
- dostosowanie obecnej infrastruktury do potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnej,
- modernizację istniejącej infrastruktury ochrony zdrowia,
- wzrost nakładów na inwestycje, innowacje, badania i rozwój w ochronie zdrowia”.

Zakładano również poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz wzmocnienie zarządzania systemem opieki zdrowotnej i informacją medyczną. Ten katalog potrzeb przewidziano do osiągnięcia poprzez:

- „uporządkowanie kompetencji i funkcji instytucji systemu opieki zdrowotnej oraz decentralizację zarządzania systemem na poziom regionalny i lokalny, rozumiejąc to jako zadania województwa samorządowego i powiatów,
- kontynuowanie prac z zakresu zintegrowanej opieki zdrowotnej i zarządzania chorobą; działania podjęte w tym zakresie mają na celu wypracowanie, przetestowanie, a następnie wdrożenie nowych instrumentów służących zapewnieniu odpowiedniej koordynacji procesu leczenia, szczególnie w przypadku chorób przewlekłych,
- zbudowanie mechanizmu kalkulacji kosztów technologii medycznych, będącego podstawą taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz porównywania kosztów rzeczywistych ponoszonych na te same świadczenia przez różnych świadczeniodawców oraz wprowadzenie nowych metod rachunku kosztów i zasad raportowania kosztów świadczeń zdrowotnych, w celu optymalnego wykorzystania zasobów jakimi dysponuje system,
- zwiększenie wydatków publicznych na ochronę zdrowia z towarzyszącą temu procesowi poprawą efektywności zarządzania, ale także stworzenie warunków umożliwiających dalszy rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako dodatkowych źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych,
- poprawę systemu gromadzenia i zarządzania informacją m.in. poprzez realizację projektów z zakresu e-zdrowia,
- poprawę identyfikacji świadczeniobiorców i lepszy przepływ danych pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia jako dominującym płatnikiem i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,
- zmniejszanie nierówności w zdrowiu i zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych, w szczególności do zabiegów ratujących życie, świadczeń wysokospecjalistycznych, np. transplantacji narządów, oraz świadczeń w zakresie leczenia onkologicznego oraz chorób rzadkich”.

5. Zakończenie

W kontekście poruszanej w artykule problematyki zarządzania publicznego na poziomie regionalnym należy wskazać, że aktualnie dominuje w tej dziedzinie tzw. model nowego zarządzania publicznego (*new public management*) i tzw. model dobrego rządzenia (*good governance*). Pierwszy z nich opiera politykę administracji w zakresie interesu publicznego na standardach wypracowanych w sektorze prywatnym. Dodatkowo wiąże się ze standaryzacją wykonywanych zadań, zwiększeniem efektywności kosztowej działań oraz ukierunkowaniem działań administracji na jej misję i zdefiniowane cele. Drugie podejście promuje dobre rządzenie, w którym zarządzanie jest rodzajem współpracy w celu rozwiązywania problemów społecznych. Podejmowanie decyzji i działania administracji publicznej charakteryzują się udziałem wszystkich interesariuszy, stosowaniem prawa i przejrzystości, zaspokajaniem potrzeb społecznych, szukaniem konsensusu, uwzględnianiem opinii mniejszości (Kozak, 2013, s. 27-35). W teorii i praktyce zarządzania publicznego pojawia się również koncepcja mieszana (*multi-level governance*), która łączy elementy obu modeli. Organizacje publiczne powinny jednak sprawnie działać w powiązaniu z kontekstem społeczno-gospodarczym, niezależnie od wybranych rozwiązań. Ustalanie i osiąganie wspólnych celów, kooperacyjna realizacja zadań, współpraca z partnerami spoza sektora publicznego czy wykorzystywanie zasobów, w tym pieniędzy pochodzących z wielu źródeł, to kolejne cechy definiujące tę współpracę (Komornicki, Zaucha i Lipińska, 2015, s. 29).

Odnosząc powyższe do idei metropolizacji, należy zauważyć, że charakteryzuje się ona powiększaniem obszaru geograficznego, w którym zachodzą te procesy, przy czym jego granice pozostają niejednoznaczne, oraz rosnącą koncentracją potencjałów ludzkich, finansowych i infrastrukturalnych. Zmianom tym towarzyszy często fragmentacja społeczna i geograficzna, która z jednej strony sprzyja przestępczości, pospolitym patologiom i anonimowości, z drugiej zaś przyciąga i gromadzi szeroko rozumiany kapitał, który powszechnie uznaje się za podstawę rozwoju gospodarczego. Metropolia, w przeciwieństwie do miasta, nie ma własnej administracji i nie sprawuje władzy w tradycyjnym rozumieniu, natomiast problemy, z którymi się boryka, stanowią punkt wyjścia do rozmów między różnymi stronami. W obecnym rozumieniu rozdrobnienie decyzyjne stanowi poważne zagrożenie dla rozwoju miasta poprzez opóźnienie działań zarządczych, takich jak inwestycje. Odpowiedzią na zagrożenia powinna być racjonalnie prowadzona polityka regionalna, wykorzystująca korzyści skali i kreatywność mieszkańców jako podstawę rozwoju. Powinna ona zmierzać do systematycznego ograniczania fragmentacji przy jednoczesnym równoważeniu zarządzania obszarami metropolitalnymi ze zróżnicowanymi interesami poszczególnych jednostek (Danielewicz, 2013, s. 61; Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, 2004, C 302/10, s. 3).

Niestety, w Polsce występują duże różnice regionalne w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej. Różnice te wynikają nie tylko ze zróżnicowania stanu zdrowia i potrzeb ludności, ale także z preferencji zarządczych osób odpowiedzialnych za funkcjonowanie systemu. Na poziomie wojewódzkim dysproporcje te są szczególnie zauważalne. Taki scenariusz spowodowany jest m.in. sposobem, w jaki obecnie zorganizowana i rozmieszczona jest infrastruktura zdrowotna. Geograficzne rozmieszczenie szpitali jest bardzo nierówne, uwarunkowane historycznie i niekoniecznie odzwierciedla potrzeby zdrowotne ludności, co skutkuje nierównym dostępem do opieki medycznej. Dysproporcje widoczne są również na poziomie regionalnym, gdzie poziom i charakter potrzeb zdrowotnych danego województwa jest często pomijany przy planowaniu świadczenia usług zdrowotnych (Wójcik, 2016, s. 255).

Kolejnym dostrzeganym mankamentem polskiego modelu administracji publicznej jest brak instytucjonalizacji obszarów miejskich w dotychczasowej zmianie administracji terytorialnej po 1990 roku. Specyficzne problemy, z którymi boryka się aglomeracja, mogą być rozwiązywane w ramach obecnego systemu związków samorządowych, ale te, z którymi boryka się metropolia i jej mieszkańcy – nie. Obszar metropolitalny może jednak stanowić terytorialny punkt odniesienia realizacji zadań różnych szczebli władz publicznych zarówno rządowych, jak i samorządowych. Z tego punktu widzenia można mówić o zadaniach metropolitalnych w ujęciu zarówno szerokim (zadania realizowane na obszarze metropolitalnym), jak i szczegółowym (zadania własne potencjalnych metropolitalnych jednostek samorządu terytorialnego) (Izdebski, 2010, s. 62-68).

Zdaniem autorów metropolie stanowią obszary, na których możliwa jest realizacja innej niż w pozostałych częściach kraju formuły organizacji oraz zarządzania ochroną zdrowia. Wynika to z materializacji idei elastycznej ochrony zdrowia, realizowanej regionalnie z wykorzystaniem nowoczesnych technik komunikacji, transferu wiedzy oraz wysokiej specjalizacji z wykorzystaniem istniejącej sieci komunikacyjnej, infrastrukturalnej i nasycenia kapitału ludzkiego, w tym profesjonalistów medycznych.

Ze względu na unikalny potencjał obszarów wysoko zurbanizowanych uznano, że możliwe jest zastosowanie nowej strategii działania w zakresie organizacji ochrony zdrowia. Model logicznej, opartej na dowodach naukowych, efektywnej polityki zdrowotnej może być opracowany z wykorzystaniem słabych i mocnych stron wskazanych obszarów, a także rozpoznania szans i zagrożeń, które są z nimi związane. Obecne spojrzenie na formę i zadania obszarów metropolitalnych powinno zostać zredefiniowane poprzez wzmocnienie ich roli w ochronie zdrowia wraz ze wskazaniem potencjalnych kierunków rozwoju w celu poprawy stanu zdrowia populacji. Osiągnięcie tego celu oznaczałoby, że miasta wchodzące w skład metropolii współpracowałyby ze sobą jako funkcjonalny system, a nie rywalizowałyby jako konkurenci.

Równocześnie rekomendować należy prowadzenie dalszych analiz funkcjonowania metropolii i wykorzystania jej potencjałów w obszarze ochrony zdrowia. Zaznaczyć także trzeba, że przeprowadzone studium przypadku nie uprawnia do wyprowadzenia wniosków generalnych lub podjęcia próby zbudowania jej modelu. Stanowi natomiast wstępną prezentację wniosków z badań pilotażowych w tym zakresie.

Literatura

- Biała Księga Obszarów Metropolitalnych.* (2013). Warszawa: Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji.
- Chmielewski, J. (red.). (1995). *Studium Obszaru Metropolitalnego Warszawy.* Warszawa: Biuro Planowania Rozwoju Warszawy.
- Dane Głównego Urzędu Statystycznego.* (b.d.). Bank Danych Lokalnych. Pobrane z www.bdl.stat.gov.pl
- Dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego.* (b.d.). Oddział Analiz i Statystyki Medycznej, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej. Pobrane z www.katowice.uw.gov.pl
- Danielewicz, J. (2013). *Zarządzanie obszarami metropolitalnymi wobec globalnych procesów urbanizacji.* Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Danielewicz, J. i Turała, M. (2011). Delimitacja obszarów metropolitalnych jako podstawa wdrażania metropolitan governance. *Acta Universitatis Lodzensis, Folia Oeconomica*, (258).
- Izdebski, H., Zadania metropolitalne i instytucjonalne sposoby ich realizacji. *Samorząd Terytorialny*, (6).
- Jażdżewska, I. (red.). (2003). *Funkcje metropolitalne i ich rola w organizacji przestrzeni* (s. 19-40). Łódź: Łódzkie Towarzystwo Naukowe.
- Komornicki, T., Zaucha, J. i Lipińska, K. (2015). *Metody współpracy na obszarze metropolitalnym w kontekście Strategii Obszaru Metropolitalnego Gdańsk-Gdynia-Sopot do roku 2030.* Warszawa – Gdańsk: Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju.
- Koncepcja Przestrzennego Zagospodarowania Kraju 2030.* (2012). Warszawa: Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, .
- Kozak, W. M. (2013). Multi-Level Governance: możliwości wdrożenia w Polsce. *Zeszyty Naukowe WSEI, seria: Ekonomia*, 6(1), 27-35.
- Kudłacz, M. (2014). Zewnętrzna dostępność komunikacyjna w kontekście budowania atrakcyjności lokalizacyjnej metropolii w Polsce na przykładzie województwa małopolskiego. *Zeszyty Naukowe Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie*, 11(935).
- Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie: Obszary metropolitalne: konsekwencje społeczno-gospodarcze dla przyszłości Europy* (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej 7.12.2004, C 302/10) (2004/C 302/20)
- Program działań strategicznych Górnośląsko-Zagłębiowskiej Metropolii do roku 2022. Nowy wymiar synergii.* Załącznik do uchwały XII/73/2018 Zgromadzenia Górnośląsko-Zagłębiowskiej Metropolii z dnia 30 listopada 2018 r.
- Smętkowski, M., Jałowiecki, B. i Gorzelak, G. (2009). Obszary metropolitalne w Polsce. Diagnostyka i rekomendacje. *Studia Regionalne i Lokalne*, 1(35).
- Strategia zintegrowanych inwestycji terytorialnych w miejskim obszarze funkcjonalnym Poznania.* (2014). Poznań: Stowarzyszenie Metropolia Poznań.
- Trafas, K. (2012). *Badania delimitacji obszarów metropolitalnych.* Kraków: Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego.
- Uchwała Rady Ministrów nr 157 z dnia 25.09.2012 r. (MP 2012 r. poz. 882)
- Uchwała Rady Ministrów nr 16 z dnia 05.02.2013 r. (MP 01.03.2013r. poz. 121)
- Uchwała Rady Ministrów nr 17 z dnia 12.02.2013 r. (MP z 2013 r. poz.136)

Ustawa z dnia 9 marca 2017 r. o związku metropolitalnym w województwie śląskim (Dz. U. z 2017 r., poz. 730)

Wójcik, M. (2016). *Diagnoza perspektyw rozwoju usług publicznych w obszarze profilaktyka i ochrona zdrowia*. W: C. Trutkowski (red.), *Realizacja usług publicznych w jednostkach samorządu terytorialnego – ograniczenia, możliwości, rekomendacje*. Warszawa: Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej.

Zaktualizowana Koncepcja Przestrzennego Zagospodarowania Kraju. (2005). Warszawa: Rządowe Centrum Studiów Strategicznych.

Zielona Księga Obszarów Metropolitalnych. (2012). Warszawa: Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji.

Ziółkowski, J. (1965). *Urbanizacja, miasto, osiedle. Studia socjologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

The Potential of Metropolitan Areas in Healthcare

Abstract: Metropolitan areas have a significant potential in the area of health care, accumulating capitals that, properly used, can contribute to improving population health. The aim of the study is to analyze the functional aspects of the health care system in the metropolitan area, with particular attention being paid to the tasks of public entities. The research method was a review of literature, reports, legal acts as well as an analysis and comparison of the infrastructural and human potentials of the health care system between the Śląskie Voivodeship and its metropolitan area. It provides a basis for thinking about the rational planning of public spending, the development of health policy strategies, as well as the management of the health system. It indicates potential directions of development that can lead to a more effective and adequate to health needs allocation of financial and organizational resources. The current view of the form and tasks of metropolitan areas should be redefined by strengthening their role in the health system. Such a solution is the realization of the vision of cooperation of the cities forming a metropolis as a functional and cooperative system instead of a competing one. This is because metropolises are areas where it is possible to realize a different formula for the organization and management of health care than in the rest of the country. This is due to the materialization of the idea of flexible management with the use of modern communication techniques, knowledge transfer and high specialization, based on the existing communication network, infrastructure and saturation of human capital, including medical professionals.

Keywords: health care system, health care management, metropolises, metropolitan areas, regional policy.
