

**Biblioteka Aglomeracji Poznańskiej. Nr 17**

---

**Usługi zdrowotne i socjalne  
w aglomeracji poznańskiej**

# **Biblioteka Aglomeracji Poznańskiej**

---

**Numer 17**

**Redaktor serii:**

**Tomasz Kaczmarek** Uniwersytet im. Adama Mickiewicza

**Rada redakcyjna:**

**Wojciech Bonenberg** Politechnika Poznańska

**Wanda M. Gaczek** Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

**Roman Jaszczak** Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu

**Andrzej Mizgajski** Uniwersytet im. Adama Mickiewicza

Urszula Kaczmarek, Wojciech Kisiąła

---

**Usługi zdrowotne i socjalne  
w aglomeracji poznańskiej**

**Bogucki Wydawnictwo Naukowe • Poznań 2011**

Autorzy:  
Urszula Kaczmarek, Wojciech Kisiała

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu,  
Instytut Geografii Społeczno-Ekonomicznej i Gospodarki Przestrzennej

Recenzent: dr hab. Anna Kołodziejczak

Fotografie na okładce: Kazimierz Fryś, Marek Kaczmarczyk,  
Archiwum Starostwa Powiatowego w Poznaniu, Archiwum Urzędu Miasta Poznania

Seria wydawnicza  
Centrum Badań Metropolitalnych UAM  
ul. Dziegiełowa 27, 61-680 Poznań  
tel./fax 61 829 63 36  
cbm@amu.edu.pl  
www.cbm.amu.edu.pl

Sekretarz redakcji: Michał Wójcicki

Publikacja finansowana ze środków Rady Aglomeracji Poznańskiej  
(miasta Poznania, powiatu poznańskiego, miast i gmin: Buk, Czerwonak,  
Dopiewo, Kleszczewo, Komorniki, Kostrzyn, Kórnik, Luboń, Mosina,  
Murowana Goślina, Pobiedziska, Puszczykowo, Rokietnica, Skoki,  
Stęszew, Suchy Las, Swarzędz, Szamotuły, Śrem, Tarnowo Podgórne)

Copyright © CBM UAM, Poznań 2011

ISBN 978-83-62662-65-4

Przygotowanie do druku:  
Bogucki Wydawnictwo Naukowe  
ul. Górna Wilda 90, 61-576 Poznań  
tel. +48 61 8336580  
e-mail: bogucki@bogucki.com.pl  
www.bogucki.com.pl

Druk:  
Zakład Graficzny UAM  
ul. Wieniawskiego 1, 61-712 Poznań

## Spis treści

Wstęp . . . . .	7
1. Usługi zdrowotne . . . . .	9
1.1. Wprowadzenie . . . . .	9
1.2. Uwarunkowania instytucjonalne ochrony zdrowia . . . . .	10
1.2.1. Uwarunkowania prawne . . . . .	10
1.2.2. Formy opieki zdrowotnej . . . . .	11
1.2.3. Organizacja systemu ochrony zdrowia . . . . .	11
1.2.4. Finansowanie systemu ochrony zdrowia . . . . .	12
1.2.5. Rola samorządów w systemie ochrony zdrowia . . . . .	12
1.3. Zasoby ochrony zdrowia . . . . .	13
1.3.1. Podstawowa opieka zdrowotna . . . . .	14
1.3.2. Leczenie szpitalne . . . . .	20
1.3.3. Ratownictwo medyczne . . . . .	22
1.3.4. Apteki . . . . .	28
1.4. Czynniki i ograniczenia sfery usług zdrowotnych . . . . .	30
1.5. Zagrożenia i wyzwania . . . . .	32
Aneks. Zakłady opieki zdrowotnej świadczące usługi z zakresu leczenia szpitalnego na obszarze aglomeracji poznańskiej . . . . .	33
2. Usługi socjalne . . . . .	39
2.1. Usługi socjalne w systemie usług . . . . .	39
2.2. Kierunki polityki społecznej . . . . .	43
2.3. System organizacji pomocy społecznej . . . . .	49
2.4. Problemy społeczne w aglomeracji . . . . .	56
2.5. Partnerstwo publiczno-społeczne w usługach socjalnych . . . . .	60
2.6. Zakończenie . . . . .	67
Literatura . . . . .	69
Materiały źródłowe . . . . .	70



## Wstęp

Przedmiotem opracowania jest organizacja przestrzenna i funkcjonowanie usług zdrowotnych i socjalnych w aglomeracji poznańskiej. Jednym z istotnych czynników wpływających na poziom i warunki życia ludności na tym obszarze jest jakość i dostępność usług społecznych. Zaspokojenie potrzeb w zakresie ochrony zdrowia i pomocy społecznej z jednej strony determinuje poczucie bezpieczeństwa indywidualnego i rodzinnego mieszkańców, z drugiej strony wpływa znacząco na procesy społeczne i ekonomiczne w aglomeracji. Usługi medyczne i socjalne w kolosalny sposób determinują stan zdrowotności i strukturę demograficzną społeczeństwa, podstawowe wartości kapitału społecznego, oraz pośrednio decydują o rozwoju gospodarczym tego obszaru (ekonomiczne efekty zachorowalności, śmiertelności, wykluczenia społecznego i patologii społecznych).

Realizacja zadań z zakresu ochrony zdrowia i pomocy społecznej często przekracza ramy terytorialne jednej, a nawet kilku jednostek administracyjnych. W celu lepszego czy też bardziej efektywnego świadczenia usług zdrowotnych i socjalnych należy rozpatrywać je w szerszym ujęciu przestrzennym, a aglomeracja wydaje się odpowiednią płaszczyzną dla kształtowania tej sfery usług publicznych.

Mimo że aglomeracja poznańska reprezentuje jeden z najniższych w kraju poziomów zagrożenia problemami społecznymi, to waga tych zagadnień jest duża. Trzeba bowiem pamiętać, że współcześnie celem działań instytucji pomocy społecznej jest nie tylko interwencja w sytuacjach kryzysowych jednostki i rodziny, ale, szerzej, tworzenie podstawowych warunków wyjściowych, dzięki którym powstają równe możliwości zaspokajania indywidualnych potrzeb i realizacji aspiracji życiowych dla całej społeczności (Wilman 1990). Pomoc społeczna jest zatem jedną z instytucji tworzących rzeczywistość społeczną, której głównym celem rozwoju jest osiągnięcie spójności społecznej i poprawy jakości życia mieszkańców.

Autorzy opracowania, wykorzystując różnorodne źródła danych, prezentują zarówno infrastrukturę usług, sieć placówek zdrowotnych i socjalnych, jak i mechanizmy ich funkcjonowania. Z racji dużego obszaru i złożoności podmiotów świadczących usługi społeczne, ważnym elementem pracy jest analiza przestrzena, pokazująca zróżnicowanie zjawisk, szczególnie w ujęciu miasto Poznań i obszar sąsiednich gmin. W pracy starano się zaprezentować silne i słabe strony badanych usług, mając na uwadze wciąż duże deficyty analizowanych usług i potrzebę stałej poprawy dostępności i standardu placówek służby zdrowia i pomocy społecznej.



# 1. Usługi zdrowotne

## 1.1. Wprowadzenie

Jednym z istotnych czynników oddziałujących na poziom i warunki życia ludności jest jakość i dostępność świadczonych usług zdrowotnych. Niezaspokojenie potrzeb społecznych w zakresie ochrony zdrowia z jednej strony determinuje brak poczucia bezpieczeństwa mieszkańców, z drugiej wpływa na strukturę demograficzną (umieralność) oraz rozwój gospodarczy (ekonomiczne efekty zachorowalności i śmiertelności).



Ryc. 1. Aglomeracja poznańska – zakres przestrzenny analizy usług zdrowotnych  
Źródło: opracowanie własne.

Realizacja zadań w dziedzinie ochrony zdrowia często przekracza ramy terytorialne jednej, a nawet kilku jednostek administracyjnych. W celu lepszego czy też bardziej efektywnego świadczenia usług zdrowotnych należy rozpatrywać ochronę zdrowia w szerszym ujęciu przestrzennym, a aglomeracja wydaje się odpowiednią płaszczyzną dla kształtowania tej sfery usług publicznych.

Za główny cel niniejszego opracowania przyjęto analizę i ocenę funkcjonowania usług zdrowotnych w aglomeracji poznańskiej rozumianej jako miasto Poznań i otaczający je ziemski powiat poznański (ryc. 1). Gminy Śrem, Szamotuły i Skoki, pomimo iż wchodziły w skład Rady Aglomeracji Poznańskiej, okazały się zbyt silnie powiązane funkcjonalnie pod względem ochrony zdrowia z właściwymi sobie powiatami, co wymusiło ich wyłączenie z zakresu przestrzennego prowadzonych analiz. Zakres czasowy pracy z uwagi na dostępność danych dotyczy zwłaszcza lat 2008 i 2009.

Dane wykorzystane w trakcie postępowania badawczego pochodziły głównie z Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (WOW NFZ). Ponadto korzystano z danych prowadzonego przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej oraz statystyk medycznych udostępnianych przez Główny Urząd Statystyczny i Wielkopolskie Centrum Zdrowia Publicznego.

## 1.2. Uwarunkowania instytucjonalne ochrony zdrowia

### 1.2.1. Uwarunkowania prawne

Ochrona zdrowia jest w Polsce konstytucyjnym prawem każdego obywatela zapisanym w art. 68 ustawy zasadniczej. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej stanowi, iż każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia, a władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podstawę prawną funkcjonowania systemu ochrony zdrowia stanowi szereg ustaw i rozporządzeń regulujących rolę podmiotów zaangażowanych w kształtowanie sfery usług zdrowotnych oraz warunki i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych. Do najważniejszych aktów prawnych związanych z ochroną zdrowia należą:

- ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej;
- ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
- ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne.

### 1.2.2. Formy opieki zdrowotnej

Zgodnie z tradycyjnym podziałem wyróżnia się trzy podstawowe formy świadczenia usług zdrowotnych: stacjonarną opiekę zdrowotną, ambulatoryjną opiekę zdrowotną oraz pomoc doraźną.

Stacjonarna opieka zdrowotna, zwana lecnictwem zamkniętym, obejmuje świadczenia zdrowotne udzielane w warunkach całodobowych lub całodziennych, głównie przez szpitale, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, sanatoria oraz hospicja. W przypadku gdy organem założycielskim świadczeniodawcy jest organ administracji państwowej, jednostka samorządu terytorialnego lub publiczna uczelnia medyczna, wówczas placówka funkcjonuje jako publiczny zakład opieki zdrowotnej. W przeciwnym razie mamy do czynienia z niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej.

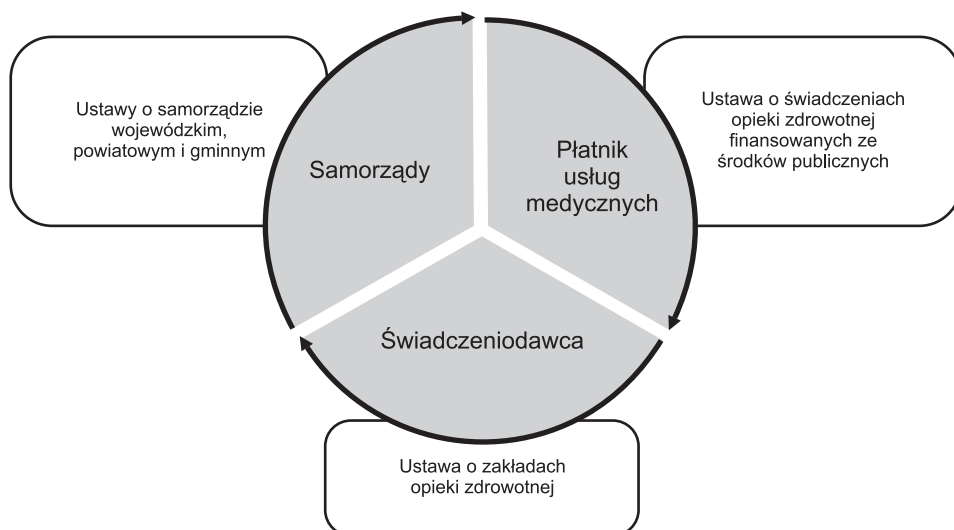
Ambulatoryjna opieka zdrowotna, czyli lecnictwo otwarte, świadczona jest osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych. W ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej udzielane są świadczenia specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej. Lecnictwo otwarte realizowane jest przede wszystkim przez takie zakłady opieki zdrowotnej, jak przychodnie, poradnie, ośrodki zdrowia i ambulatoria. Najczęściej są to niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz indywidualne i grupowe praktyki personelu medycznego.

Pomoc doraźna, zwana od niedawna ratownictwem medycznym, obejmuje działania medyczne podejmowane w ramach systemu ochrony zdrowia mające na celu ratowanie życia i zdrowia ludzkiego w stanie nagłego zagrożenia, niezależnie od czasu i miejsca oraz możliwości płatniczych pacjenta. Świadczenia te realizowane są w formie przedszpitalnej (zespoły ratownictwa medycznego) oraz w specjalnie wydzielonej dla nich części bazy szpitalnej (szpitalne oddziały ratunkowe).

### 1.2.3. Organizacja systemu ochrony zdrowia

Aktualnie obowiązujący system ochrony zdrowia został ukształtowany w toku licznych reform wprowadzanych w Polsce po 1989 r. Generalnym ich celem było przejście od scentralizowanego systemu, w którym decyzje dotyczące kształtu, funkcjonowania i finansowania opieki medycznej należały do władz państwowych, a w szczególności do Ministerstwa Zdrowia, do systemu opartego na mechanizmach rynkowych, z niezależnym płatnikiem finansującym świadczenia medyczne i znacznym udziałem samorządów terytorialnych w organizacji ochrony zdrowia w podległych sobie jednostkach administracyjnych.

Obok ministra zdrowia, odpowiedzialnego za opracowanie zasad organizacji opieki zdrowotnej, szczególną rolę w obecnym systemie ochrony zdrowia w Polsce powierzono trzem współpracującym ze sobą, choć niezależnym pod względem podejmowania decyzji, podmiotom (por. ryc. 2). Należą do nich samorządy, które na mocy ustaw o samorządzie terytorialnym zostały zobowiązane do zaspokajania zbiorowych potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Kolejną instytucją zaangażowaną w organizację systemu ochrony zdrowia jest płatnik usług medycznych, którego funkcję aktualnie pełni Narodowy Fundusz Zdrowia. NFZ, realizując przepisy



Ryc. 2. Podmioty odpowiedzialne za ochronę zdrowia

Źródło: opracowanie własne.

ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, opłaca te świadczenia poprzez nabywanie ich w drodze konkursu ofert. Ostatnim podmiotem uczestniczącym w organizacji systemu ochrony zdrowia są świadczeniodawcy usług zdrowotnych, czyli publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, a także indywidualnie oraz grupowo praktykujący personel medyczny (lekarze, pielęgniarki czy położne).

#### 1.2.4. Finansowanie systemu ochrony zdrowia

Reformy systemu ochrony zdrowia mające miejsce w Polsce po 1989 r. doprowadziły do zastąpienia budżetowego systemu finansowania systemem ubezpieczeniowym, w którym rolę płatnika usług medycznych powierzono Narodowemu Funduszowi Zdrowia. NFZ gromadzi i zarządza środkami finansowymi pochodzącymi ze składek zbieranych w ramach powszechnego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Fundusz, zawierając kontrakty z placówkami ochrony zdrowia, opłaca świadczenia medyczne. Świadczeniodawcy, podpisując umowę z NFZ, zobowiązani są udzielać bezpłatnie opieki zdrowotnej w zakresie objętym kontraktem wszystkim osobom uprawnionym (ubezpieczonym) wyrażającym wolę leczenia.

Środki pochodzące z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nie są jedynym źródłem finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Opieka zdrowotna zasilana jest ponadto z następujących funduszy:

- budżet państwa,
- budżety samorządów terytorialnych,
- środki własne zakładów opieki zdrowotnej,
- prywatne dopłaty,

- fundacje,
- zewnętrzne źródła finansowe, w tym fundusze strukturalne Unii Europejskiej.

### 1.2.5. Rola samorządów w systemie ochrony zdrowia

Z uwagi na sposób finansowania świadczeń zdrowotnych największą rolę w kształtowaniu usług zdrowotnych na danym terenie odgrywają świadczeniodawcy oraz płatnik usług medycznych. Nie oznacza to jednak, że rola samorządów w tej dziedzinie jest ograniczona do zera. Do głównych zadań samorządów należy powoływanie, przekształcanie lub likwidacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Podejmowanie tych działań powinno uwzględniać: (1) możliwości finansowe NFZ w zakresie zawarcia kontraktów na świadczenia usług medycznych, (2) możliwości sąsiednich jednostek administracyjnych w kwestii udzielania świadczeń medycznych oraz (3) funkcjonowanie prywatnych podmiotów – niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej świadczących usługi w publicznym systemie ochrony zdrowia.

Kolejnym zadaniem samorządów jest wypełnianie funkcji właścicielskich w stosunku do publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Samorządy w pewnym stopniu uczestniczą również w finansowaniu systemu poprzez udostępnianie bazy lokalowej podmiotom świadczącym usługi zdrowotne, finansowanie bieżących remontów czy też zakup sprzętu i aparatury medycznej. Samorządy, jako organy założycielskie publicznych zakładów opieki zdrowotnej, posiadają od niedawna kolejne narzędzie umożliwiające finansowe wsparcie systemu ochrony zdrowia: możliwość pozyskiwania funduszy strukturalnych Unii Europejskiej na cele zdrowotne. Tylko w perspektywie finansowej 2007–2013 na działania w ramach sektora ochrony zdrowia zarezerwowano prawie 1 mld euro, co stanowi 1,4% całkowitej alokacji środków europejskich w Polsce.

Coraz większe znaczenie we współczesnym systemie ochrony zdrowia zaczyna odgrywać realizacja przez samorządy zadań związanych z profilaktyką i promocją zdrowia – w przypadku tej ostatniej jest to ustawowy obowiązek samorządów szczebla powiatowego i wojewódzkiego.

## 1.3. Zasoby ochrony zdrowia

Prezentowane opracowanie zawiera diagnozę stanu istniejącego w zakresie ochrony zdrowia w następujących formach świadczenia usług medycznych: podstawowa opieka zdrowotna (w części dotyczącej świadczeń lekarza POZ), leczenie szpitalne (wg sposobu kontraktowania świadczeń przez NFZ) oraz ratownictwo medyczne (zespoły ratownictwa medycznego i szpitalne oddziały ratunkowe). Dodatkowo przeanalizowano rozmieszczenie aptek na obszarze aglomeracji. Diagnoza koncentruje się na kwestiach związanych z liczbą oraz dostępnością placówek świadczących usługi medyczne. Dostępność jest podstawowym warunkiem efektywnej działalności opieki medycznej. Najczęściej wyróżnia się dwa wymiary dostępności: przestrzenny (dostępność przestrzenna) i organizacyjny (osiągalność usług). Dostępność przestrzenną (accessibility) identyfikuje się jako relacje między rozmiesz-

Tabela 1. Placówki lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – podstawowe informacje

Gmina	Ludność		Placówki POZ		Lekarze POZ		Pacjenci POZ	
	Fakt. m. zam.	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Buk	12 115	1,4	2	1,2	12	1,9	14 014	1,6
Czerwonak	25 056	2,9	3	1,8	10	1,6	21 774	2,5
Dopiewo	16 109	1,9	2	1,2	7	1,1	14 605	1,7
Kleszczewo	5 848	0,7	2	1,2	4	0,6	4 931	0,6
Komorniki	16 939	2,0	4	2,4	9	1,4	11 335	1,3
Kostrzyn	16 138	1,9	2	1,2	7	1,1	14 162	1,6
Kórnik	19 449	2,2	1	0,6	15	2,4	15 264	1,8
Luboń	28 524	3,3	4	2,4	17	2,7	27 128	3,1
Mosina	26 140	3,0	5	3,0	18	2,8	25 296	2,9
Murowana Goślina	16 174	1,9	1	0,6	9	1,4	15 422	1,8
Pobiedziska	17 211	2,0	4	2,4	11	1,7	16 669	1,9
Puszczykowo	9 489	1,1	2	1,2	6	0,9	12 747	1,5
Rokietnica	10 935	1,3	1	0,6	2	0,3	6 142	0,7
Stęszew	14 286	1,6	4	2,4	10	1,6	13 953	1,6
Suchy Las	14 368	1,7	5	3,0	13	2,0	18 195	2,1
Swarzędz	42 257	4,9	6	3,6	32	5,0	37 682	4,4
Tarnowo Podgórne	20 352	2,3	3	1,8	11	1,7	20 052	2,3
Poznań	557 264	64,2	117	69,6	442	69,6	576 259	66,6
Aglomeracja	868 654	100	168	100	635	100	865 630	100

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych WOW NFZ i GUS.

zeniem podaży (świadczeniodawców) i popytu (pacjentów). Z kolei osiągalność usług (availability) definiuje się jako relacje między rozmiarami i rodzajami występujących świadczeń a rozmiarami i rodzajami potrzeb konsumentów.

### 1.3.1. Podstawowa opieka zdrowotna

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podstawową opieką zdrowotną (POZ) są świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Budowa lecznictwa pierwszego kontaktu jest jedną z cech charakterystycznych zmian w polskim systemie ochrony zdrowia. Niedoceniana w przeszłości rola podstawowej opieki zdrowotnej nabiera aktualnie coraz większego znaczenia poprzez zapewnienie w miejscu pierwszego kontaktu pacjenta z systemem ochrony zdrowia szerokich możliwości diagnostyczno-terapeutycznych. Świadczeniobiorcy mają prawo wolnego wyboru lekarza rodzinnego, z możliwością dwukrotnej bezpłatnej zmiany w roku. Narodowy Fundusz Zdrowia zakupuje świadczenia medyczne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, opłacając tzw. stawkę kapitacyjną, czyli kwotę, jaką lekarz otrzymuje na leczenie pacjenta.

Jako że kluczowymi świadczeniami kontraktowanymi przez NFZ w ramach podstawowej opieki zdrowotnej są świadczenia lekarza POZ, analizy przeprowadzone w dalszej części opracowania ograniczono do tego zakresu usług zdrowotnych.

W 2009 r. w aglomeracji poznańskiej świadczenia lekarza POZ udzielane były w 168 miejscach wykonywania usług (MWU) (tab. 1). W Poznaniu funkcjonowało 117 placówek lekarzy rodzinnych (niemal 70%), pozostałe zlokalizowane były w gminach powiatu poznańskiego. W placówkach tych pracowało łącznie 635 lekarzy POZ (stosunek lekarzy świadczących usługi w Poznaniu i powiecie poznańskim był niemal identyczny jak w przypadku MWU). W przychodniach lekarzy rodzinnych aglomeracji poznańskiej zarejestrowanych było 865 630 pacjentów, spośród których co trzeci wybrał lekarza POZ w gminach powiatu poznańskiego, pozostali zapisani byli do lekarzy rodzinnych w Poznaniu.

Rozmieszczenie placówek świadczących usługi lekarza POZ przedstawiono na rycinie 3.



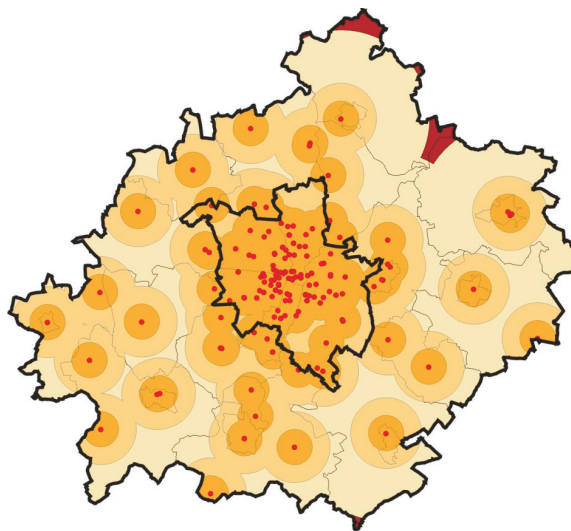
Ryc. 3. Rozmieszczenie placówek lekarzy POZ w aglomeracji poznańskiej  
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych WOW NFZ.

W celu określenia dostępności przestrzennej podstawowej opieki zdrowotnej analizie poddano rozmieszczenie placówek świadczących usługi lekarza pierwszego kontaktu, a następnie wykreślono kolejno bufor o promieniu 2 km, 4 km i 10 km. Za każdym razem zidentyfikowano odsetek ludności mieszkającej poza wyznaczonym zasięgiem bufora zarówno w poszczególnych gminach, jak i w całej aglomeracji (por. tab. 2).

Przeprowadzone postępowanie badawcze wykazało, że ponad 20% mieszkańców aglomeracji poznańskiej zamieszkiwało w odległości ponad 2 km od najbliższej placówki świadczącej usługi lekarza POZ. Największy odsetek ludności mieszkającej dalej niż 2 km od lekarza rodzinnego charakteryzował gminy Kórnik i Rokietnica (ponad 70%), najmniejszymi wartościami w tym zakresie cechowały się gmina Luboń (poniżej 1%) oraz Komorniki, Puszczykowo i Suchy Las (poniżej 15%). Analiza zasięgu 4-kilometrowej odległości od najbliższego świadczeniodawcy POZ pokazała, że jedynie co 20 mieszkańców aglomeracji zamieszkiwało poza wyznaczonym buforem. Wciąż jednak w niektórych gminach odsetek ludności żyjącej w odległości większej niż 4 km od placówki lekarza rodzinnego wykazywał podwyższone wartości. W Kórniku, Murowanej Goślinie oraz Pobiedziskach udział ten

Tabela 2. Dostępność przestrzenna placówek POZ w aglomeracji poznańskiej

Gmina	% ludności mieszkającej dalej niż		
	2 km	4 km	10 km
Buk	29,0	10,4	0,0
Czerwonak	28,6	8,6	0,0
Dopiewo	34,7	11,3	0,0
Kleszczewo	30,2	16,8	0,0
Komorniki	14,1	9,1	0,0
Kostrzyn	35,3	22,6	0,0
Kórnik	71,7	36,9	0,4
Luboń	0,9	0,0	0,0
Mosina	39,0	13,5	0,0
Murowana G.	51,8	30,8	3,9
Pobiedziska	57,2	37,6	1,2
Puszczykowo	14,8	0,0	0,0
Rokietnica	69,1	22,1	0,0
Stęszew	46,5	21,8	0,0
Suchy Las	12,8	6,0	0,0
Swarzędz	19,0	4,7	0,0
Tarnowo P.	25,0	16,6	0,0
Poznań	15,4	0,0	0,0
Agglomeracja	21,3	5,2	0,1



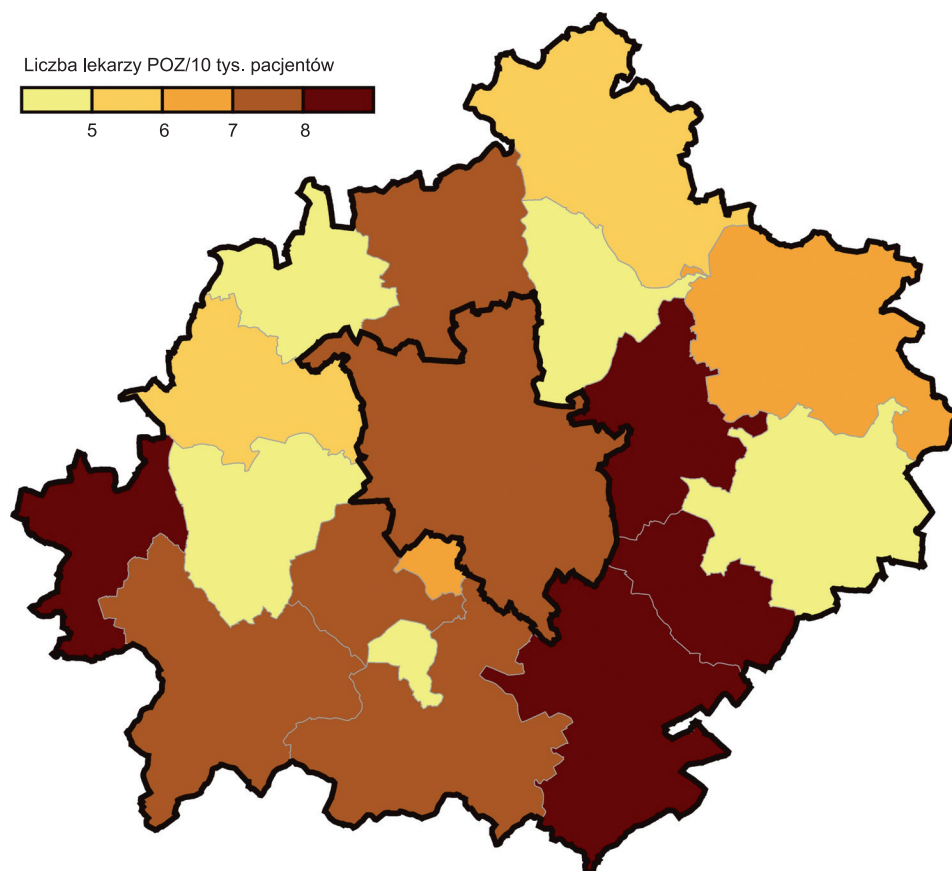
- Świadczenia lekarza POZ
- miejsce wykonywania usług
- bufor 2 km
- bufor 4 km
- bufor 10 km
- obszar oddalony ponad 10 km od MWU POZ

Źródło: opracowanie własne.

wynosił ponad 30%. Z kolei w Luboniu, Puszczykowie i Poznaniu wszyscy mieszkańcy żyli w odległości mniejszej niż 4 km do lekarza POZ. Bufor 10-kilometrowy obejmował swoim zasięgiem niemal cały obszar aglomeracji poznańskiej.

Jednym z czynników wpływających na osiągalność świadczeń lekarza POZ jest liczba pacjentów zapisanych do danego lekarza. Analiza liczby lekarzy pierwszego kontaktu oraz list pacjentów zapisanych do lekarzy rodzinnych pozwoliła zidentyfikować znaczne zróżnicowanie pomiędzy poszczególnymi gminami aglomeracji (por. ryc. 4). Wskaźnik liczby lekarzy przypadających na 10 tys. zarejestrowanych w danej gminie pacjentów przybierał wartości pomiędzy 3,26 w Rokietnicy a 9,83 w Kórniku. Przeciętnie w aglomeracji wskaźnik ten wynosił 7,34.

Z uwagi na możliwość dowolnego wyboru lekarza POZ nierzadko obserwowana jest sytuacja, w której mieszkańcy nie zapisują się do lekarza pierwszego kontaktu prowadzącego działalność najbliżej miejsca zamieszkania (w tej samej gminie), a wybierają lekarzy rodzinnych w gminach sąsiednich. W celu zbadania stopnia dopasowania przynależności pacjentów do lekarza POZ i miejsca zamiesz-



Ryc. 4. Liczba lekarzy przypadająca na 10 tys. pacjentów w gminach aglomeracji poznańskiej  
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych WOW NFZ.

kania ludności wykorzystano dwa wskaźniki, często stosowane w geografii ekonomicznej przy pomiarze bazy ekonomicznej miast. Wskaźniki te, po niewielkiej modyfikacji, posłużyły do identyfikacji względnych i bezwzględnych nadwyżek bądź niedoborów liczby zarejestrowanych w gminach pacjentów w stosunku do liczby ludności w gminach.

Współczynnik lokalizacji, poprzez pomiar odchyłeń od wartości przeciętnej występującej w jednostce odniesienia, pozwala zidentyfikować, czy w danej gminie świadczenia lekarza POZ udzielane są wyłącznie dla mieszkańców gminy, czy też świadczone są również dla mieszkańców okolicznych gmin. Wartości współczynnika lokalizacji obliczono na podstawie wzoru:

$$W_L = \frac{P_{jst}}{L_{jst}} \times \frac{L_{agl}}{P_{agl}},$$

gdzie  $P_{jst}$  oznacza liczbę pacjentów zarejestrowanych w danej jednostce samorządu terytorialnego (gminie),  $L_{jst}$  – ludność danej jst,  $P_{agl}$  oraz  $L_{agl}$  – analogiczne określenia dla jednostki odniesienia (aglomeracji poznańskiej).

W przypadku gdy współczynnik lokalizacji jest mniejszy od 1, wskazuje to na niedobory w zakresie świadczeń lekarza POZ w danej gminie. Mieszkańcy tych gmin korzystają z usług lekarza pierwszego kontaktu w innych gminach. Przy wartości współczynnika powyżej 1 dana gmina świadczy usługi lekarzy POZ ponad potrzeby lokalne, pełniąc tym samym funkcje egzogeniczne (obsługując pacjentów pochodzących z innych gmin). Wartość 1 współczynnika lokalizacji (bądź zbliżona do 1) świadczy o względnej równowadze pomiędzy liczbą zarejestrowanych pacjentów a liczbą mieszkańców w danej jednostce samorządu terytorialnego.

Drugi z zastosowanych wskaźników – wskaźnik nadwyżki/niedoboru pacjentów – pozwala bezwzględnie określić nadwyżkę bądź niedobór zarejestrowanych pacjentów jako resztę powstałą po odjęciu od faktycznej liczby pacjentów w danej jednostce teoretycznej ich liczby wynikającej z analizy sytuacji w jednostce odniesienia. Przyjmując oznaczenia analogiczne jak we wzorze na  $W_L$ , otrzymany wskaźnik nadwyżki/niedoboru pacjentów w następującej postaci:

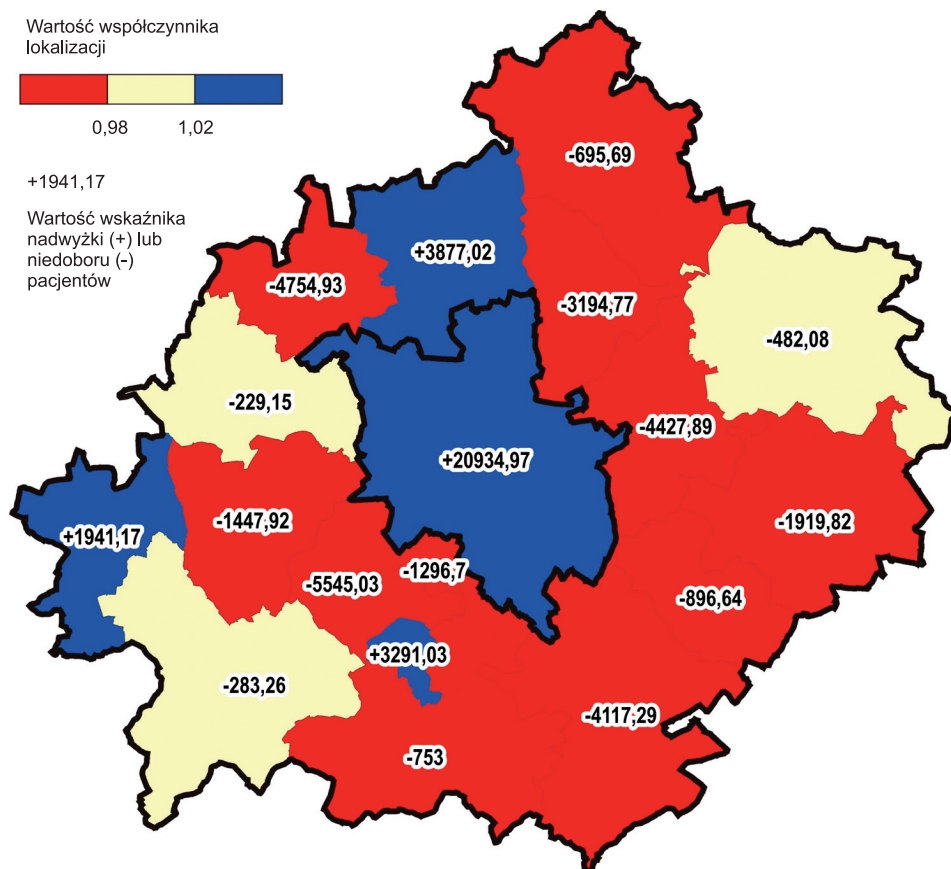
$$W_{NP} = P_{jst} - \left( P_{agl} \times \frac{L_{jst}}{L_{agl}} \right),$$

Jeżeli  $P_{jst}$  jest większe od wyrażenia  $P_{agl} \times \frac{L_{jst}}{L_{agl}}$ , wskaźnik nadwyżki/niedoboru

pacjentów przyjmuje wartości dodatnie, wskazując bezwzględną liczbę pacjentów spoza gminy zarejestrowanych w przychodniach lekarzy rodzinnych w danej gminie. W przeciwnym wypadku uzyskuje się liczby ujemne, a wskaźnik pozwala oszacować liczbę pacjentów, którzy zaspokajają potrzeby zdrowotne w zakresie świadczeń lekarza POZ w innych jednostkach terytorialnych. Wartość  $W_{NP}$  równa 0 (bądź

zbliżona do zera) świadczy o samowystarczalności gminy w zakresie obsługi mieszkańców przez lekarzy POZ.

Analiza stopnia dopasowania przynależności pacjentów do lekarzy POZ i miejsc zamieszkania ludności w aglomeracji poznańskiej pozwoliła wyróżnić trzy klasy gmin (por. ryc. 5). W pierwszej znalazły się gminy, w których usługi lekarzy POZ świadczone były egzogenicznie, a liczba zarejestrowanych pacjentów przekraczała wartość wynikającą z liczby ludności zamieszkującej w danej gminie. Do tej klasy należały Poznań, Puszczykowo, Suchy Las i Buk. O wysokiej pozycji Poznania z pewnością przesądzał fakt, iż jest to miasto o istotnych funkcjach centralnych w zakresie ochrony zdrowia. W przypadku Puszczykowa uwidocznił się leczniczy charakter miejscowości wynikający z dostępności w tym mieście szerokiej gamy usług zdrowotnych, w tym również ambulatoryjnych i szpitalnych świadczeń specjalistycznych. Nadwyżka pacjentów w Suchym Lesie związana jest z funkcjonowaniem na terenie tej gminy jednostki wojskowej w Biedrusku i rejestracją w tamtej-



Ryc. 5. Stopień dopasowania przynależności pacjentów do lekarzy POZ i miejsc zamieszkania ludności

Źródło: opracowanie własne.

szych placówkach POZ żołnierzy nie będących mieszkańcami gminy. W przypadku Buku przypuszczać należy, iż czynnik odległości sprawił, że mieszkańcy wybierali lekarzy POZ w miejscu swojego zamieszkania.

Do drugiej klasy gmin zaliczono jednostki, które cechowała równowaga w omawianej kwestii. Gminy te były samowystarczalne w zakresie obsługi mieszkańców przez lekarzy pierwszego kontaktu. Nie świadczyły one natomiast usług dla pacjentów pochodzących z innych jednostek terytorialnych. W tej grupie znalazły się gminy Tarnowo Podgórne, Stęszew oraz Pobiedziska.

Ostatnią klasę tworzyły gminy, z których relatywnie dużo pacjentów wybierało lekarzy rodzinnych w innych jednostkach administracyjnych. Były to w większości gminy tzw. „pierwszego pierścienia” otaczającego miasto Poznań. Niedobór liczby pacjentów w stosunku do liczby ludności zidentyfikowano w Czerwonaku, Dopiewie, Kleszczewie, Komornikach, Kostrzynie, Kórniku, Luboniu, Mosinie, Murowanej Goślinie, Rokietnicy i Swarzędzu. Największe niedobory w wartościach bezwzględnych stwierdzono w Komornikach (ponad 5,5 tys.), Rokietnicy (4,7 tys.), Swarzędzu (4,4 tys.) i Kórniku (4,1 tys.).

Przeprowadzona analiza dowiodła, że czynnik odległości odgrywa istotną rolę przy wyborze lekarza pierwszego kontaktu. O ile mieszkańcy gmin leżących blisko Poznania chętnie rejestrowali się w poznańskich placówkach, o tyle w miarę oddalania się od granic miasta centralnego gminy zaczynały być samowystarczalne w zakresie (Tarnowo Podgórne, Stęszew, Pobiedziska), a nawet świadczyć usługi lekarzy POZ ponad potrzeby lokalne (gmina Buk). Sytuacja ta wynika m.in. z faktu, iż wyprowadzaniu się mieszkańców Poznania na przedmieścia aglomeracji nie towarzyszą zmiany przynależności do placówek lekarzy POZ.

### 1.3.2. Leczenie szpitalne

Z uwagi na fakt, iż usługi z zakresu lecznictwa szpitalnego niejako z założenia świadczone są poza granice lokalnych, a nawet regionalnych jednostek terytorialnych, nie przeprowadzono analizy dostępności tego rodzaju usług w skali aglomeracji. Ograniczono się wyłącznie do przedstawienia podstawowych danych dotyczących liczby i rozmieszczenia szpitali funkcjonujących na obszarze aglomeracji poznańskiej, a także ich podziału ze względu na świadczone usługi (szpitale ogólne i specjalistyczne) oraz organ założycielski.

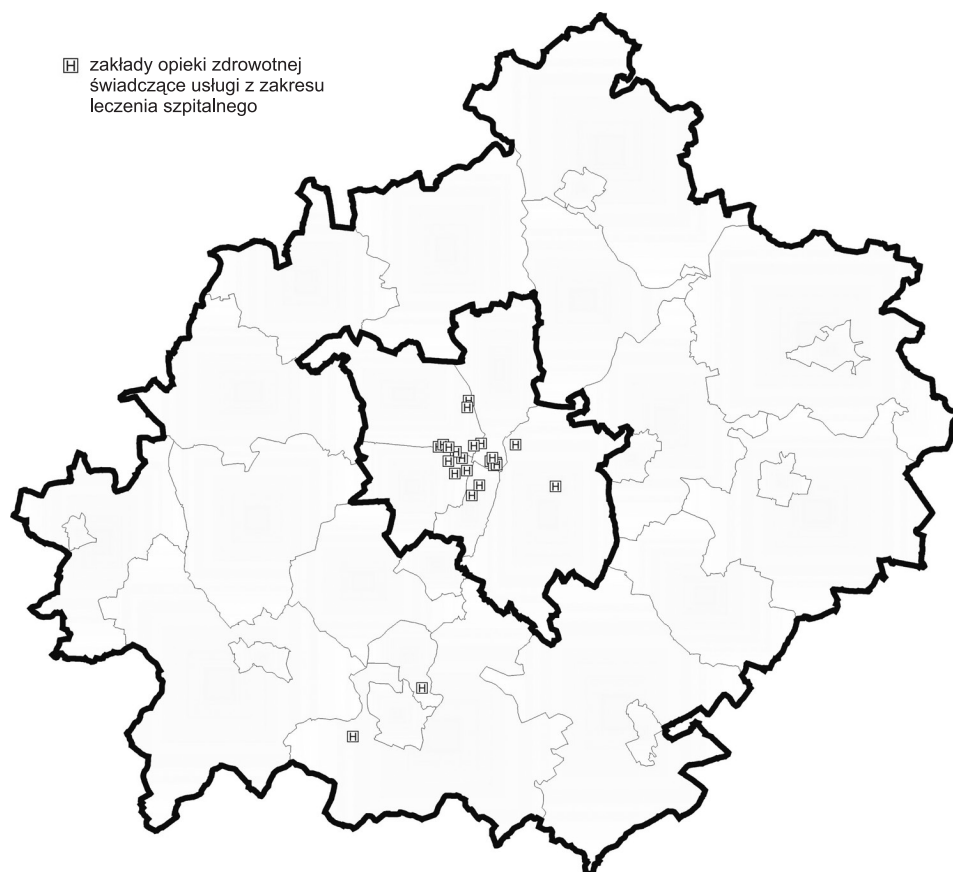
W 2009 r. Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia podpisał umowy na świadczenie usług z zakresu leczenia szpitalnego z 15 zakładami opieki zdrowotnej, które prowadziły działalność w 25 miejscach na obszarze aglomeracji poznańskiej. Większość placówek zlokalizowana była w Poznaniu (23 MWU), a tylko 2 znajdowały się na terenie powiatu poznańskiego (Szpital w Puszczkowie i w Ludwikowie, gm. Mosina).

Rozmieszczenie placówek świadczących usługi z zakresu leczenia szpitalnego przedstawiono na rycinie 6.

Spośród wspomnianych 15 zakładów opieki zdrowotnej 8 działało jako szpitale ogólne, pozostałe specjalizowały się w różnych dziedzinach medycznych (ginekologia, położnictwo, onkologia, kardiologia, ortopedia).

Właścicielem największej liczby szpitali w aglomeracji poznańskiej był Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego oraz Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (po 5), a także Urząd Miasta Poznania (2). Wśród organów założycielskich analizowanych szpitali można było wyróżnić ponadto Ministra Obrony Narodowej oraz Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji. Pozostałe dwa szpitale pomyślnie przeszły procedurę komercjalizacji i obecnie funkcjonują jako niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, których organem założycielskim są spółki z o.o. Komercjalizacja nie wpłynęła negatywnie na ofertę usług zdrowotnych świadczonych w tych szpitalach.

Pełne zestawienie zakładów opieki zdrowotnej w aglomeracji poznańskiej wraz z miejscami prowadzenia działalności oraz rodzajami dostępnych świadczeń przedstawiono w tabeli stanowiącej aneks nr 1 do niniejszego opracowania.



Ryc. 6. Rozmieszczenie placówek świadczących usługi z zakresu leczenia szpitalnego w aglomeracji poznańskiej

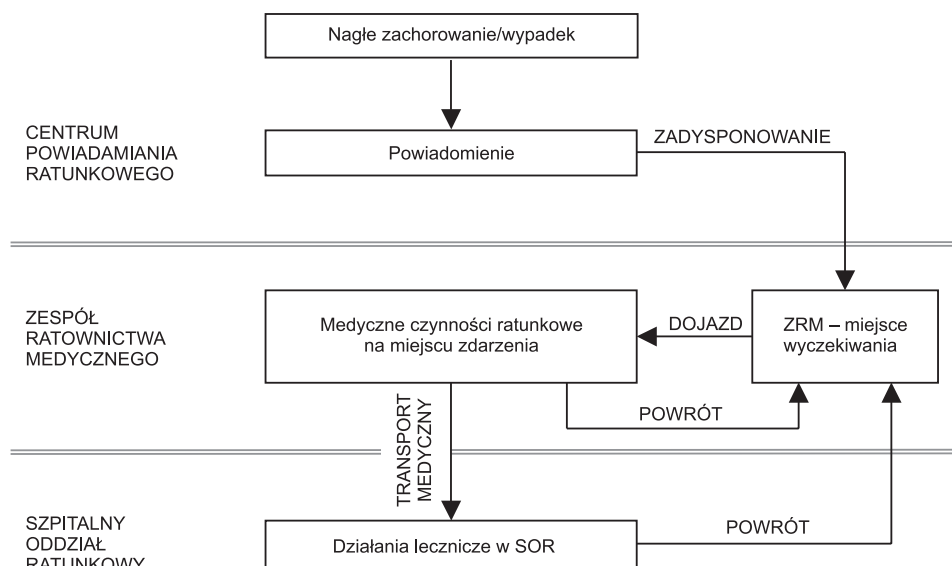
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych WOW NFZ.

### 1.3.3. Ratownictwo medyczne<sup>1</sup>

System ratownictwa medycznego w Polsce działa na zasadach określonych w ustawie z dnia 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz szeregu rozporządzeń konkretyzujących zapisy ustawy. Planowanie i organizacja systemu odbywa się przede wszystkim na poziomie wojewódzkim, a organami właściwymi w zakresie wykonywania zadań systemu są wojewodowie. Nadzór nad systemem na terenie kraju sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia.

Polski system ratownictwa medycznego oparto na trzech filarach: centrach powiadamiania ratunkowego (CPR), zespołach ratownictwa medycznego (ZRM) oraz szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR) (por. ryc. 7).

Za jeden z ważniejszych czynników służących waloryzacji systemu przyjmuje się jego integrację, którą należy rozumieć jako scalenie organizacyjne służb ratowniczych, a także harmonizację medycznych działań ratunkowych na wszystkich etapach – od pierwszej pomocy na miejscu zdarzenia do podjęcia działań leczniczych w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Integracja systemu ratownictwa medycznego ma również swój wymiar przestrzenny. Niejednokrotnie może dojść do sytuacji, w której zdarzenie powodujące nagłe zagrożenie zdrowotne ma miejsce na terenie jednej gminy, przyjęcie zgłoszenia następuje w CPR znajdującym się w gminie sąsiedniej, dysponowany jest ZRM stacjonujący w kolejnej gminie, a osta-



Ryc. 7. Schemat działania systemu ratownictwa medycznego

Źródło: opracowanie własne.

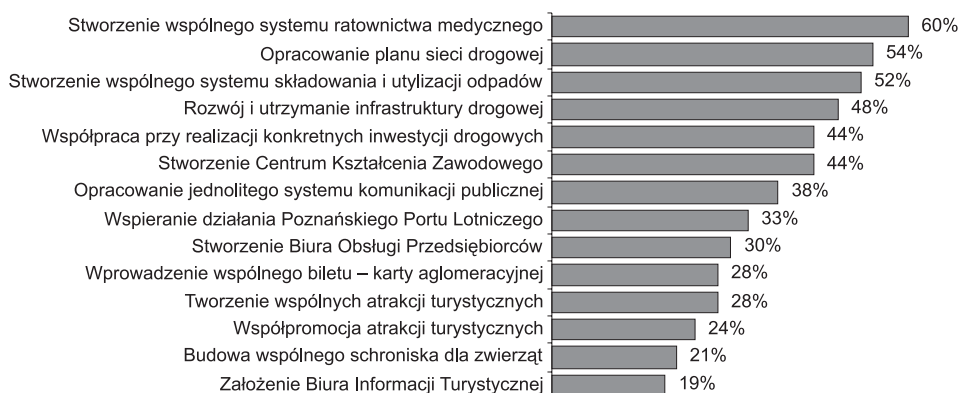
<sup>1</sup> Analiza obejmuje zasadniczo stan z lat 2009 i 2010. 1 lipca 2011 r. wszedł w życie Wojewódzki Plan Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa wielkopolskiego (w jego ramach powołano dwa nowe zespoły ratownictwa medycznego w Pobiedziskach i Stęszewie).

tecznie pacjent trafia do SOR-u o jeszcze inne lokalizacji. Samorządy, zobowiązane ustawowo do zaspokajania zbiorowych potrzeb zdrowotnych mieszkańców, powinny zatem wspólnie podejmować działania zmierzające do poprawy jakości i dostępności świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego na terenie właściwych sobie jednostek administracyjnych.

Ustawowym obowiązkiem samorządów jest współpraca z wojewodą w trakcie opracowywania planu działania systemu, w którym określone są liczba i miejsca lokalizacji jednostek ratownictwa medycznego. Organy jednostek samorządu terytorialnego zostały zobowiązane do dostarczania wszelkich informacji niezbędnych do sporządzenia planu. Samorządy, jako faktyczny gospodarz terenu, najlepiej znają specyfikę właściwych sobie jednostek terytorialnych, wynikającą zarówno z warunków fizycznogeograficznych, jak i sytuacji społeczno-gospodarczej.

Istotność problemu organizacji ratownictwa medycznego na obszarze aglomeracji podkreślają badania ośrodka badawczego Pentor przeprowadzone w 2007 r. na zlecenie Starostwa Powiatowego w Poznaniu, z których wynika, iż w opinii mieszkańców powiatu poznańskiego wśród pól współpracy, które powinny podjąć jednostki współtworzące aglomerację poznańską, najważniejszym działaniem pozostaje stworzenie wspólnego systemu ratownictwa medycznego (por. ryc. 8).

W organizacji systemu ratownictwa medycznego istotne znaczenie posiada liczba ambulansów sanitarnych oraz określenie miejsc ich stacjonowania w terenie. Dyslokacja zespołów pozwala osiągnąć jeden z podstawowych celów systemu – skrócenie czasu reakcji zespołów ratownictwa medycznego liczonego od momentu wezwania do chwili dojazdu do poszkodowanego w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Istnieje konieczność takiego rozmieszczenia zespołów wyjazdowych, aby czasy dotarcia na miejsce zdarzenia spełniały kryteria określone w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Zgodnie z jej wymogami, wojewodowie zostali zobowiązani do podjęcia działań w celu doprowadzenia do sytuacji, w której przynajmniej w połowie przypadków czas dojazdu ZRM nie przekroczy 8



Ryc. 8. Kluczowe kierunki działań jednostek tworzących aglomerację poznańską w opinii mieszkańców powiatu poznańskiego

Źródło: Research International Pentor.

min w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców oraz 15 min w pozostałym terenie, a praktycznie w żadnym przypadku<sup>2</sup> nie będzie dłuższy niż odpowiednio 15 i 20 min.

Tego typu rozgraniczenie wydaje się niekorzystne dla ludności zamieszkującej aglomeracje miejskie. O ile jeszcze pierwsza ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 2001 r. (która poprzez przedłużające się *vacatio legis* ostatecznie nigdy nie weszła w życie) gwarantowała na obszarach aglomeracji miejskich, rozumianych jako miasto na prawach powiatu oraz odpowiadający mu powiat ziemski, równą dostępność w zakresie parametrów czasu dotarcia, o tyle aktualnie małe miasta oraz tereny wiejskie, położone w otoczeniu miasta centralnego aglomeracji, znalazły się w drugiej kategorii dostępności czasowej zespołów ratownictwa medycznego.

Spośród 22 zespołów ratownictwa medycznego funkcjonujących w 2011 r. na obszarze aglomeracji poznańskiej 12 stacjonowało w Poznaniu (7 podstawowych – w skład których wchodzi wyłącznie ratownicy medyczni oraz 5 specjalistycznych – czyli zespołów z lekarzem w składzie), pozostałych 10 zlokalizowanych było na terenie powiatu poznańskiego (7 podstawowych i 3 specjalistyczne) (por. tab. 3).

W celu sprawniejszej i szybszej obsługi mieszkańców aglomerację podzielono na rejony operacyjne, a zespoły wyjazdowe rozmieszczono w 16 miejscach wyce-

Tabela 3. Jednostki systemu ratownictwa medycznego – podstawowe informacje (2010 r.)

Gmina	ZRM	W tym		SOR
		specjalistyczne	podstawowe	
Buk	1	0	1	0
Czerwonak	1	0	1	0
Dopiewo	0	0	0	0
Kleszczewo	0	0	0	0
Komorniki	0	0	0	0
Kostrzyn	0	0	0	0
Kórnik	1	0	1	0
Luboń	1	1	0	0
Mosina	0	1	0	0
Murowana Goślina	0	0	0	0
Pobiedziska	1	0	1	0
Puszczykowo	0	0	0	1
Rokietnica	0	0	0	0
Stęszew	1	0	1	0
Suchy Las	0	0	0	0
Swarzędz	2	1	1	0
Tarnowo Podgórne	1	0	1	0
Poznań	12	5	7	4
Agglomeracja	22	8	14	5

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych WOW NFZ i GUS.

<sup>2</sup> Przyjmuje się, że 0,5% przypadków o najdłuższych parametrach czasów dotarcia w skali każdego miesiąca nie jest brane pod uwagę (art. 24, ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym).



Ryc. 9. Rozmieszczenie zespołów ratownictwa medycznego na obszarze aglomeracji poznańskiej (2009 r.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa wielkopolskiego na lata 2008–2010” oraz danych WOW NFZ.

kiwania (por. ryc. 9). CPR, w odpowiedzi na wezwanie, przekazuje realizację zgłoszenia zespołowi znajdującemu się najbliżej miejsca wezwania. W przypadku gdy żaden ZRM z danego rejonu operacyjnego nie może odpowiedzieć na zgłoszenie, CPR dysponuje zespoł z kolejnego najbliższego rejonu działania.

W 2009 r. wzrosła w stosunku do 2008 r. zarówno ogólna liczba ZRM działających w aglomeracji poznańskiej (do 23 z 21), jak i liczba miejsc stacjonowania zespołów (do 16 miejsc wyczekiwania z 12). Wciąż jednak pozostają miejsca, w których niska dostępność czasowa ZRM nie pozwala sprostać ustawowym kryteriom w zakresie czasu dotarcia.

Analizę dostępności zespołów ratownictwa medycznego przeprowadzono, przyjmując pewne uproszczenia wstępne niezbędne przy badaniu tak zróżnicowanego funkcjonalno-przestrzennie terenu, jakim jest aglomeracja poznańska. Założono, że średnia prędkość ambulansu sanitarnego jest równa dla całej aglomeracji i wynosi 60 km/h. W związku z tym wykreślone bufory o zasięgu 8 km i 15 km identyfikowano z izochronami odpowiednio 8- i 15-minutowego czasu dotarcia. Kolejnym krokiem

Tabela 4. Dostępność przestrzenna zespołów ratownictwa medycznego na obszarze aglomeracji poznańskiej (2009 r.)

Gmina	% ludności mieszkającej dalej niż	
	8 km	15 km
Buk	0,9	0,0
Czerwonak	6,1	0,0
Dopiewo	60,6	0,0
Kleszczewo	56,8	0,0
Komorniki	16,6	0,0
Kostrzyn	95,4	16,0
Kórnik	6,5	0,0
Luboń	0,0	0,0
Mosina	13,6	0,0
Murowana G.	26,6	0,7
Pobiedziska	97,5	44,9
Puszczykowo	0,0	0,0
Rokietnica	49,7	0,0
Stęszew	84,3	8,6
Suchy Las	31,1	0,0
Swarzędz	2,1	0,0
Tarnowo P.	0,0	0,0
Poznań	0,7	0,0
Agglomeracja	9,9	1,3

• Zespoły ratownictwa medycznego  
- miejsca stacjonowania

■ bufor 8 km  
■ bufor 15 km

■ obszar oddalony ponad 15 km od najbliższego ZRM

Źródło: opracowanie własne.

postępowania badawczego było określenie odsetka ludności mieszkającej poza wspomnianymi zasięgami w poszczególnych gminach aglomeracji (por. tab. 4).

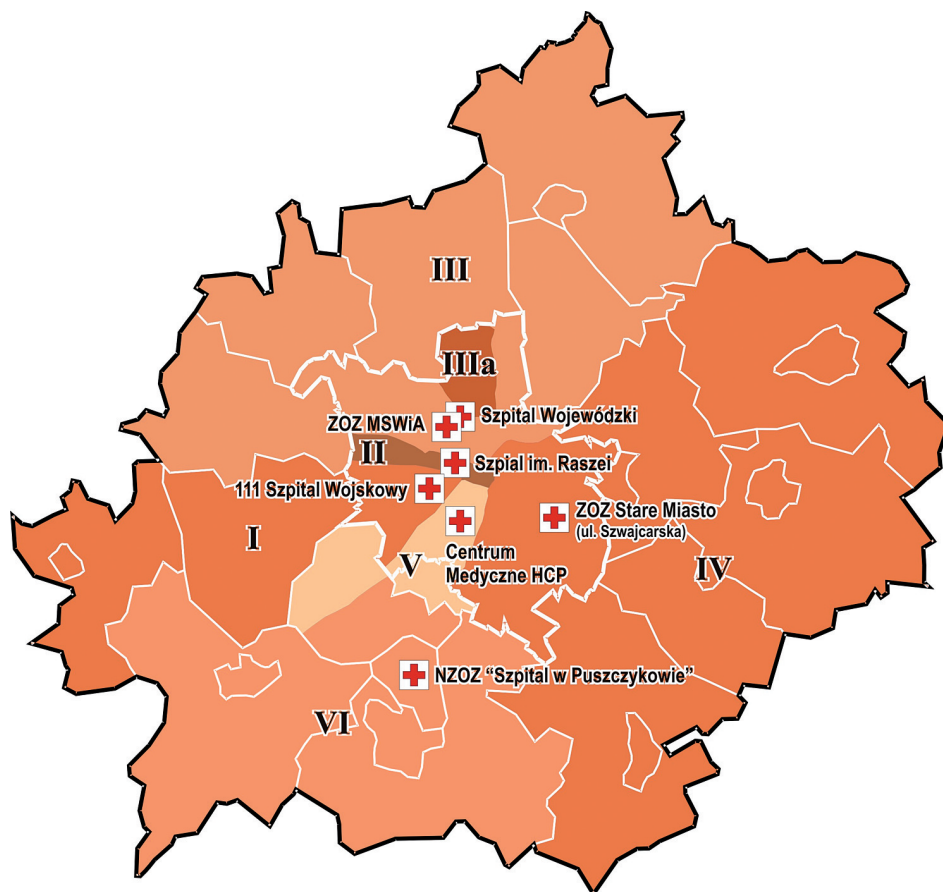
W wyniku przeprowadzonych analiz ustalono, że niemal 10% ogółu ludności aglomeracji poznańskiej zamieszkiwało tereny oddalone więcej niż 8 km od najbliższego zespołu ratownictwa medycznego. Największy procent ludności żyjącej poza wyznaczonym buforem charakteryzował gminy Pobiedziska (97,5%), Kostrzyn (95,4%) oraz Stęszew (84,3%), podczas gdy 8-kilometrowy zasięg w zasadzie obejmował wszystkie miejsca zamieszkania w gminach Buk, Luboń, Puszczykowo, Tarnowo Podgórne i Poznań. Na uwagę zasługuje fakt, że aż 45% mieszkańców gminy Pobiedziska mieszkało w odległości większej niż 15 km od miejsca stacjonowania zespołu ratownictwa medycznego, a niekorzystnym udziałem cechowały się ponadto gminy Kostrzyn (16%) i Stęszew (prawie 9%).

W celu optymalizacji dostępności usług ratowniczych oraz osiągnięcia ustawowych standardów w zakresie czasów dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia zasadne wydają się działania zmierzające do dalszej dyslokacji zespołów. W pierwszej kolej-

ności nowe miejsca stacjonowania ZRM powinny zostać zorganizowane w Pobiedziskach i Stęszewie.

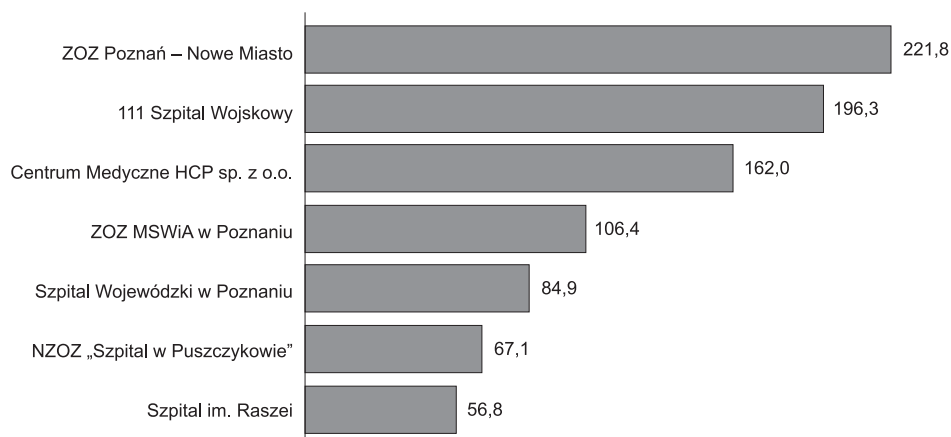
Istotnym etapem działań ratunkowych jest transport poszkodowanych do właściwych ze względu na rodzaj schorzenia jednostek szpitalnych. Według założeń ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym pierwszy kontakt osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego z lecnictwem szpitalnym powinien odbywać się poprzez szpitalne oddziały ratunkowe, czyli oddziały wyspecjalizowane w zakresie medycyny ratunkowej.

Na obszarze aglomeracji poznańskiej w 2009 r. funkcjonowało sześć szpitalnych oddziałów ratunkowych, pięć SOR-ów w poznańskich szpitalach oraz SOR w szpitalu w Puszczykowie. W celu obsługi pacjentów transportowanych przez ZRM oraz zgłaszających się osobiście, oprócz szpitali posiadających w swoich strukturach szpitalne oddziały ratunkowe wykorzystuje Szpital im. Raszei (ZOZ



Ryc. 10. Rejony operacyjne szpitali wykorzystywanych w ratownictwie medycznym na obszarze aglomeracji poznańskiej (2009 r.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa wielkopolskiego na lata 2008–2010”.



Ryc. 11. Średnia dobowa liczba obsługiwanych pacjentów w szpitalach wykorzystywanych w ratownictwie medycznym w aglomeracji poznańskiej  
 Źródło: opracowanie własne na podstawie danych WOW NFZ.

Poznań Jeżyce), w którym świadczenia ratunkowe udzielane są w izbie przyjęć. Każdemu z ww. szpitali przyporządkowany został rejon operacyjny (por. ryc. 10). Rejonizacja ta jest wiążąca dla zespołów ratownictwa medycznego w zakresie transportu poszkodowanych do szpitali. Dotyczy ona wyłącznie miejsca wystąpienia zdarzenia powodującego nagle zagrożenie życia lub zdrowia i jest niezależna od miejsca zamieszkania, a także statusu finansowego i społecznego osoby ratowanej.

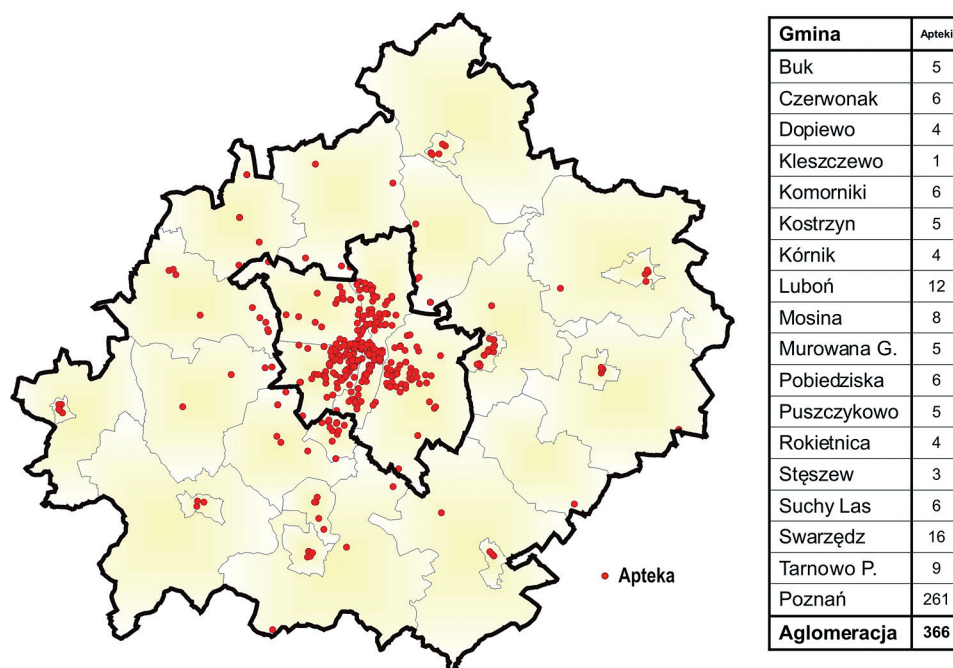
Z danych udostępnionych przez WOW NFZ wynika, iż szpitale wykorzystywane w ratownictwie medycznym na obszarze aglomeracji poznańskiej cechuje znaczne zróżnicowanie pod względem liczby obsługiwanych pacjentów (ryc. 11). Najwięcej pacjentów w ciągu doby przyjmowanych jest w oddziale ratunkowym szpitala przy ul. Szwajcarskiej należącego do ZOZ-u Poznań-Stare Miasto (ponad 220 pacjentów/dobę) oraz w SOR 111 Szpitala Wojskowego (niemal 200). Najmniej obciążone są Szpital im. Raszei (prawie 60) oraz NZOZ „Szpital w Puszczykowie” (poniżej 70).

Jasny i precyzyjny podział na rejony operacyjne szpitali wykorzystywanych w ratownictwie medycznym pozwala znacznie skrócić czas, jaki upływa od momentu zdarzenia powodującego nagle zagrożenie życia lub zdrowia do czasu podjęcia specjalistycznego leczenia szpitalnego. Wydaje się, że przykład poznański mógłby stać się wzorem dla aglomeracji, w których dotychczas nie dokonano podobnego podziału.

#### 1.3.4. Apteki

Liczbę i rozmieszczenie aptek funkcjonujących w 2009 r. w gminach aglomeracji poznańskiej przedstawiono na rycinie 12.

Dostępność przestrzenną aptek na obszarze aglomeracji poznańskiej określono analogicznie jak w przypadku usług lekarzy POZ, wyznaczając bufory o promieniu 2 km, 4 km i 8 km (por. tab. 5). O osiągalności usług farmaceutycznych świadczył



Ryc. 12. Liczba i rozmieszczenie aptek na obszarze aglomeracji poznańskiej  
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych WOW NFZ.

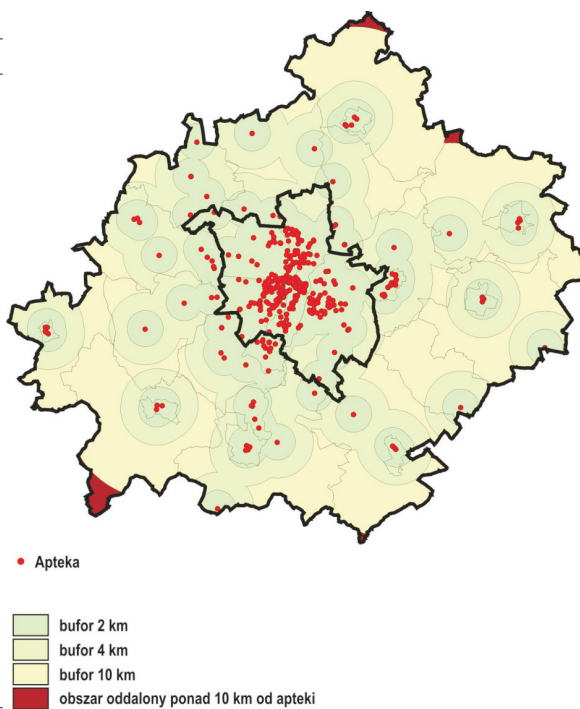
wskaźnik liczby aptek przypadających na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych gminach aglomeracji (por. ryc. 13).

Prawie co piąty mieszkaniec aglomeracji zamieszkiwał dalej niż 2 km od najbliższej apteki. Największy odsetek ludności mieszkającej w odległości większej niż 2 km od apteki charakteryzował gminy Kleszczewo (87%) i Kórnik (61,4%). Najlepsze warunki w tym zakresie cechowały miasto Luboń, w którym dystans do najbliższej apteki w zasadzie nie przekraczał 2 km. Poza buforem o promieniu 4 km od apteki zamieszkiwało niecałe 5% ludności aglomeracji, a gminami z istotnym udziałem omawianej grupy ludności były Kleszczewo (62%) i Stęszew (44,7%). W Poznaniu, Luboniu i Puszczykowie nie było domostw położonych w większym dystansie niż 4 km do najbliższej apteki. W aglomeracji poznańskiej niemal nie zidentyfikowano ludności mieszkającej dalej niż 10 km od apteki.

Największa liczba aptek przypadająca na 10 tys. mieszkańców charakteryzowała miasto Poznań (4,7) oraz Puszczykowo (5,3). Na przeciwnym biegunie znalazły się gminy Kleszczewo (1,7), Kórnik oraz Stęszew (po 2,1) (por. ryc. 13). Przeciętnie w aglomeracji na 10 tys. ludności przypadało 4,21 apteki.

Tabela 5. Dostępność przestrzenna aptek w aglomeracji poznańskiej

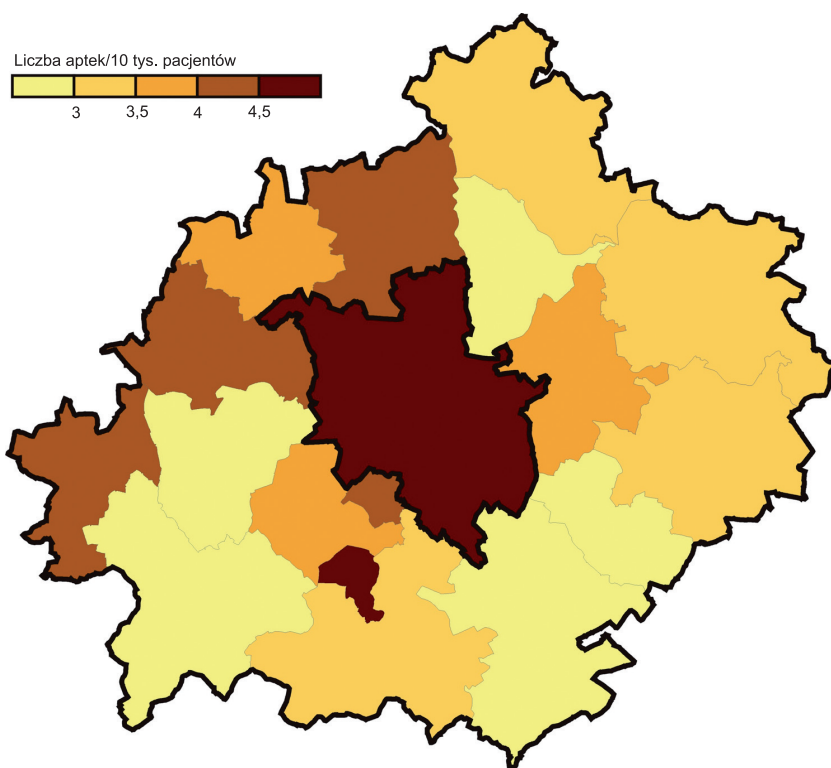
Gmina	% ludności mieszkającej dalej niż		
	2 km	4 km	10 km
Buk	42,0	23,5	0,0
Czerwonak	28,6	8,6	0,0
Dopiewo	28,9	10,1	0,0
Kleszczewo	87,0	62,0	0,0
Komorniki	10,1	9,1	0,0
Kostrzyn	35,3	23,5	0,0
Kórnik	61,4	28,4	0,4
Luboń	0,1	0,0	0,0
Mosina	40,4	19,5	0,0
Murowana G.	34,1	28,2	1,5
Pobiedziska	50,9	26,5	0,0
Puszczykowo	9,6	0,0	0,0
Rokietnica	32,1	10,4	0,0
Stęszew	59,8	44,7	3,9
Suchy Las	12,0	5,7	0,0
Swarzędz	18,1	3,9	0,0
Tarnowo P.	14,9	10,6	0,0
Poznań	13,9	0,0	0,0
Aglomeracja	18,8	4,5	0,1



Źródło: opracowanie własne.

## 1.4. Czynniki i ograniczenia sfery usług zdrowotnych

W celu identyfikacji czynników i ograniczeń działalności w zakresie ochrony zdrowia na obszarze aglomeracji poznańskiej posłużono się metodą analizy zasobów i otoczenia SWOT. Jest to metoda analizy sytuacji, której nazwa pochodzi od pierwszych liter angielskich słów S – strengths (silne strony), W – weaknesses (słabe strony), O – opportunities (możliwości) i T – threats (zagrożenia). Jako że podstawowe znaczenie na etapie analizy problemowej ma zidentyfikowanie silnych i słabych stron badanego zjawiska oraz możliwości i zagrożeń mogących mieć na nie wpływ, technika SWOT jest w tym względzie bardzo pomocnym narzędziem badawczym. Silne i słabe strony traktuje jako czynniki wewnętrzne, czyli zasoby analizowanego obszaru czy zjawiska, a możliwości i zagrożenia jako czynniki zewnętrzne znajdujące się w otoczeniu. Analiza SWOT pozwala określić szanse rozwojowe przedmiotu badań, kontrolować i redukować ograniczenia i efektywniej wykorzystywać czynniki jego rozwoju.



Ryc. 13. Liczba aptek przypadająca na 10 tys. pacjentów w gminach aglomeracji poznańskiej  
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych WOW NFZ.

### Silne strony

- silna pozycja Poznania jako miasta o funkcjach centralnych w zakresie ochrony zdrowia;
- Puszczykowo miastem o ponadprzeciętnie rozwiniętych funkcjach zdrowotnych;
- Uniwersytet Medyczny w Poznaniu gwarantem świadczeń zdrowotnych o najwyższym poziomie referencyjnym;
- silna pozycja placówek ochrony zdrowia obsługujących jednostki wojskowe, a zarazem świadczących usługi w publicznym systemie ochrony zdrowia;
- dobrze rozwinięta sieć placówek podstawowej opieki zdrowotnej;
- zróżnicowanie szpitali pod względem formy własności (organu założycielskiego) oraz oferty świadczonych usług medycznych;
- bogata oferta szpitali, szczególnie klinik uniwersyteckich oraz zoz-ów, w których funkcjonują szpitalne oddziały ratunkowe;
- jasny i precyzyjny podział na rejony operacyjne szpitali wykorzystywanych w ratownictwie medycznym;
- szeroka gama programów profilaktycznych finansowanych zarówno przez gminy aglomeracji, jak i przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

### Słabe strony

- niedostateczne zaangażowanie samorządów terytorialnych w kształtowanie sfery usług zdrowotnych;
- niższa dostępność usług medycznych w gminach powiatu poznańskiego;
- wysokiej dostępności przestrzennej sfery usług zdrowotnych nie towarzyszy wysoka osiągalność usług;
- dysproporcje w zakresie liczby pacjentów przypadających na lekarza pierwszego kontaktu;
- zbyt mała dyslokacja zespołów ratownictwa medycznego;
- niebezpieczeństwo niezachowania zasady „złotej godziny” w przypadku zdarzeń powodujących nagłe zagrożenie zdrowotne w peryferyjnych obszarach aglomeracji;
- kolejki pacjentów do specjalistycznych usług zdrowotnych;
- brak kompleksowych statystyk z zakresu ochrony zdrowia;
- brak współpracy międzygminnej w zakresie ochrony zdrowia;
- niedostateczna współpraca gmin z innymi interesariuszami systemu ochrony zdrowia.

### Możliwości

- fundusze strukturalne Unii Europejskiej na ochronę zdrowia;
- wzrost świadomości zdrowotnej;
- stałe wzmacnianie roli opieki lekarza rodzinnego i profilaktyki zdrowotnej;
- komercjalizacja szpitali szansą na poprawę ich sytuacji finansowej;
- zainteresowanie obcokrajowców leczeniem w Polsce;
- wzrost zainteresowania wypoczynkiem połączonym z rehabilitacją i profilaktyką zdrowotną;
- krajowe i europejskie programy zdrowotne;
- jednostki wojskowe funkcjonujące na obszarze aglomeracji poznańskiej i związane z tym finansowanie „resortowe” ochrony zdrowia;
- rozwój technologii internetowych, e-zdrowie.

## 1.5. Zagrożenia i wyzwania

- niskie krajowe nakłady na ochronę zdrowia liczone zarówno jako procent PKB, jak i w wartościach na 1 mieszkańca;
- trudności finansowe polskiego systemu ochrony zdrowia;
- starzejące się społeczeństwo;
- brak jasnego podziału kompetencji pomiędzy podmiotami odpowiedzialnymi za kształtowanie sfery usług zdrowotnych;
- małe zainteresowanie inwestorów prywatnych – duże ryzyko inwestycji;
- wzrost konkurencyjności innych aglomeracji, przyciągających mieszkańców lepszym systemem usług zdrowotnych.

**Aneks. Zakłady opieki zdrowotnej świadczące usługi z zakresu leczenia szpitalnego na obszarze aglomeracji poznańskiej**

Nazwa zakładu opieki zdrowotnej	Organ założycielski	Adres miejsca wykonywania usług	Zakres świadczonych usług medycznych
111 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	MON	Poznań, ul. Grunwaldzka 16/18	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anestezjologia i intensywne terapie</li> <li>2. Chirurgia ogólna</li> <li>3. Chirurgia szczękowo-twarzowa</li> <li>4. Choroby płuc</li> <li>5. Choroby wewnętrzne</li> <li>6. Dermatologia i wenerologia</li> <li>7. Diabetologia</li> <li>8. Gastroenterologia</li> <li>9. Ginekologia – zespół chirurgii jednego dnia</li> <li>10. Kardiologia</li> <li>11. Neurologia</li> <li>12. Okulistyka</li> <li>13. Ortopedia i traumatologia narządów ruchu</li> <li>14. Otorinolaryngologia</li> <li>15. Świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym</li> <li>16. Urologia</li> </ol>
Centrum Medyczne HCP Sp. z o.o. NZOZ Centrum Medyczne HCP Lecznictwo Stacjonarne	Spółka z o.o.	Poznań, ul. 28 Czerwca 1956 r. 194	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anestezjologia i intensywne terapie</li> <li>2. Chirurgia ogólna</li> <li>3. Choroby wewnętrzne</li> <li>4. Neurologia</li> <li>5. Onkologia kliniczna</li> <li>6. Ortopedia i traumatologia narządów ruchu</li> <li>7. Świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym</li> </ol>
Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	Państwowa uczelnia medyczna	Poznań, ul. Polna 33	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ginekologia onkologiczna</li> <li>2. Izba przyjęć</li> <li>3. Neonatologia – III poziom referencyjny</li> <li>4. Położnictwo i ginekologia – III poziom referencyjny</li> </ol>

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Szpital w Puszczykowie im. Prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego”	Spółka z o.o.	Puszczykowo, ul. Kraszewskiego 11	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anestezjologia i intensywne terapie</li> <li>2. Chirurgia ogólna</li> <li>3. Choroby wewnętrzne</li> <li>4. Ginekologia – zespół chirurgii jednego dnia</li> <li>5. Neurologia</li> <li>6. Okulistyka</li> <li>7. Ortopedia i traumatologia narządów ruchu</li> <li>8. Otolaryngologia</li> <li>9. Świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym</li> <li>10. Urologia</li> </ol>
Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	Państwowa uczelnia medyczna	Poznań, ul. 28 Czerwca 1956 r. 135	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anestezjologia i intensywne terapie</li> <li>2. Izba przyjęć</li> <li>3. Ortopedia i traumatologia narządów ruchu</li> <li>4. Reumatologia</li> </ol>
Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem	Jednostka samorządu terytorialnego: województwo	<p>Poznań, ul. Jarochońskiego 18</p> <p>Poznań, ul. Krysiewicza 7/8</p> <p>Poznań, ul. Nowowiejskiego 56/5</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Neonatologia – II poziom referencyjny</li> <li>2. Położnictwo i ginekologia – II poziom referencyjny</li> <li>3. Urologia</li> <li>1. Anestezjologia i intensywne terapie dla dzieci</li> <li>2. Chirurgia dziecięca</li> <li>3. Izba przyjęć</li> <li>4. Kardiologia dziecięca</li> <li>5. Otolaryngologia dziecięca</li> <li>6. Pediatria</li> <li>1. Choroby zakaźne dziecięce</li> <li>2. Neurologia dziecięca</li> <li>3. Pediatria</li> </ol>

Szpital Kliniczny im. Heliodora Święckiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkow- skiego w Poznaniu	Państwowa uczelnia medyczna	Poznań, ul. Przybyszew- skiego 49	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anestezjologia i intensywne terapie – II poziom referencyjny</li> <li>2. Chirurgia ogólna</li> <li>3. Chirurgia szczękowo-twarzowa</li> <li>4. Choroby wewnętrzne</li> <li>5. Choroby zakaźne</li> <li>6. Dermatologia i wenerologia</li> <li>7. Endokrynologia</li> <li>8. Gastroenterologia</li> <li>9. Izba przyjęć</li> <li>10. Kardiologia</li> <li>11. Nefrologia</li> <li>12. Neurochirurgia</li> <li>13. Neurologia</li> <li>14. Neurologia dziecięca</li> <li>15. Otolaryngologia</li> <li>16. Transplantologia kliniczna</li> </ol>
Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkow- skiego w Poznaniu	Państwowa uczelnia medyczna	Poznań, ul. Szpitalna 27	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alergologia dziecięca</li> <li>2. Anestezjologia i intensywne terapie dla dzieci</li> <li>3. Chirurgia dziecięca</li> <li>4. Choroby płuc dziecięce</li> <li>5. Choroby zakaźne dziecięce</li> <li>6. Endokrynologia dziecięca</li> <li>7. Gastroenterologia dziecięca</li> <li>8. Izba przyjęć</li> <li>9. Kardiologia dziecięca</li> <li>10. Kardiologia dziecięca</li> <li>11. Nefrologia dziecięca</li> <li>12. Neurochirurgia dziecięca</li> <li>13. Neurologia dziecięca</li> <li>14. Onkologia i hematologia dziecięca</li> <li>15. Otolaryngologia dziecięca</li> <li>16. Pediatria</li> <li>17. Reumatologia dziecięca</li> <li>18. Transplantologia kliniczna dziecięca</li> </ol>

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskie go w Poznaniu	Państwowa uczelnia medyczna	Poznań, ul. Szamarzew- skiego 82	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Choroby płuc</li> <li>2. Choroby wewnętrzne</li> <li>3. Hematologia</li> <li>4. Transplantologia kliniczna</li> </ol>
		Poznań, ul. Długa 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anestezjologia i intensywne terapia</li> <li>2. Chirurgia naczyniowa</li> <li>3. Chirurgia ogólna</li> <li>4. Choroby wewnętrzne</li> <li>5. Kardiochirurgia</li> <li>6. Kardiologia</li> <li>7. Okulistyka</li> </ol>
		Poznań, ul. Łąkowa 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chirurgia onkologiczna</li> <li>2. Ginekologia onkologiczna</li> <li>3. Onkologia kliniczna</li> </ol>
Szpital Wojewódzki w Poznaniu	Jednostka samorządu terytorialnego: województwo	Poznań, ul. Juraszów 7	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anestezjologia i intensywne terapia – II po- ziom referencyjny</li> <li>2. Chirurgia ogólna</li> <li>3. Choroby wewnętrzne</li> <li>4. Dermatologia i wenerologia</li> <li>5. Kardiologia</li> <li>6. Neonatologia – II poziom referencyjny</li> <li>7. Neurologia</li> <li>8. Okulistyka</li> <li>9. Ortopedia i traumatologia narządów ruchu</li> <li>10. Otorynolaryngologia</li> <li>11. Położnictwo i ginekologia – II poziom refe- rencyjny</li> <li>12. Świadczenia w szpitalnym oddziale ratun- kowym</li> <li>13. Transplantologia kliniczna</li> </ol>
		Poznań, ul. Gąsiorow- skich 7	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ortopedia i traumatologia narządów ruchu</li> </ol>
Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej- Curie	Jednostka samorządu terytorialnego: województwo	Poznań, ul. Garbary 15	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anestezjologia i intensywne terapia</li> <li>2. Chirurgia ogólna</li> <li>3. Chirurgia onkologiczna</li> <li>4. Ginekologia onkologiczna</li> <li>5. Onkologia kliniczna</li> <li>6. Otorynolaryngologia</li> </ol>

Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów	Jednostka samorządu terytorialnego: województwo	Poznań, ul. Szamarzewskiego 62  Ludwikowo 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anestezjologia i intensywne terapia</li> <li>2. Chirurgia klatki piersiowej</li> <li>3. Choroby płuc</li> <li>4. Onkologia kliniczna</li> <li>1. Choroby płuc</li> <li>2. Onkologia kliniczna</li> </ol>
Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. Prof. Ludwika Bierkowskiego	MSWiA	Poznań, ul. Dojazd 34	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anestezjologia i intensywne terapia</li> <li>2. Chirurgia naczyniowa</li> <li>3. Chirurgia ogólna</li> <li>4. Choroby wewnętrzne</li> <li>5. Dermatologia i wenerologia</li> <li>6. Ginekologia – zespół chirurgii jednego dnia</li> <li>7. Kardiologia</li> <li>8. Neurologia</li> <li>9. Ortopedia i traumatologia narządów ruchu</li> <li>10. Świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym</li> <li>11. Urologia</li> </ol>
Zakład Opieki Zdrowotnej Poznań-Stare Miasto	Jednostka samorządu terytorialnego: gmina	Poznań, ul. Szkolna 8/12	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anestezjologia i intensywne terapia</li> <li>2. Chirurgia ogólna</li> <li>3. Choroby wewnętrzne</li> <li>4. Dermatologia i wenerologia</li> <li>5. Hematologia</li> <li>6. Kardiologia</li> <li>7. Kardiologia</li> <li>8. Neurologia</li> <li>9. Reumatologia</li> </ol>
		Poznań, ul. Szwajcarska 3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anestezjologia i intensywne terapia</li> <li>2. Chirurgia ogólna</li> <li>3. Chirurgia plastyczna</li> <li>4. Choroby wewnętrzne</li> <li>5. Neurochirurgia</li> <li>6. Neurologia</li> <li>7. Okulistyka</li> <li>8. Ortopedia i traumatologia narządów ruchu</li> <li>9. Świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym</li> <li>10. Urologia</li> </ol>
		Poznań, ul. św. Wincentego 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Choroby zakaźne</li> </ol>

---

Zakład Opieki Zdrowotnej Poznań-Jeżyce	Jednostka samorządu terytorialnego – gmina miejska na prawach powiatu	Poznań, ul. Mickiewicza 2	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Anestezjologia i intensywne terapie</li><li>2. Chirurgia ogólna</li><li>3. Choroby wewnętrzne</li><li>4. Diabetologia</li><li>5. Izba przyjęć</li><li>6. Kardiologia</li><li>7. Neonatologia – II poziom referencyjny</li><li>8. Otorinolaryngologia</li><li>9. Położnictwo i ginekologia – II poziom referencyjny</li><li>10. Toksykologia kliniczna</li></ol>
--	---	---------------------------	--

---

## 2. Usługi socjalne

Przedmiotem rozdziału są usługi socjalne, komponent publicznych usług społecznych w aglomeracji poznańskiej. Mimo że obszar ten reprezentuje jeden z najniższych w kraju poziomów zagrożenia problemami społecznymi, to waga tych zagadnień jest duża. Trzeba bowiem pamiętać, że współcześnie celem działań usług socjalnych, reprezentowanych przez instytucje pomocy społecznej, jest nie tylko interwencja w sytuacjach kryzysowych jednostki i rodziny, ale, szerzej, tworzenie warunków wyjściowych, dzięki którym powstają równe możliwości zaspokajania indywidualnych potrzeb i realizacji aspiracji życiowych dla całej społeczności (Wiman 1990). Pomoc społeczna jest zatem jedną z instytucji tworzących rzeczywistość społeczną, której podstawowym zadaniem jest osiągnięcie spójności społecznej i poprawy jakości życia mieszkańców.

Za główny cel niniejszego opracowania przyjęto analizę funkcjonowania i struktury przestrzennej usług socjalnych w aglomeracji poznańskiej rozumianej jako miasto Poznań i otaczający je ziemski powiat poznański oraz miasta i gminy: Śrem, Szamotuły i Skoki, wchodzące w skład Rady Aglomeracji Poznańskiej. Zakres czasowy pracy z uwagi na różną dostępność danych dotyczy głównie lat 2008–2010.

### 2.1. Usługi socjalne w systemie usług

Usługi socjalne, określane także jako pomoc i opieka społeczna, są często różnie pojmowane na gruncie poszczególnych nauk. Trudności definicyjne napotyka się już przy ogólnym pojęciu usługi. Objasniając jej istotę wielu autorów powołuje się na klasyczną definicję Langego (1963), wywodzącą się z teorii ekonomicznych. Usługi zatem to „wszelkie czynności związane bezpośrednio lub pośrednio (np. przy podziale produktów) z zaspokajaniem potrzeb ludzkich, ale nie służące bezpośrednio do wytwarzania przedmiotów”.

Duża liczba zróżnicowanych dziedzin aktywności ludzkiej powoduje trudność w jednoznacznym określeniu usług. Większość badaczy zgadza się co do głównych elementów tworzących specyfikę usług: ich niematerialnego charakteru, braku transferu własności, nierozdzielności produkcji i konsumpcji oraz trudności standaryzacji: pochodną tych cech jest niemożność magazynowania usług (Mizerski 2005).

W państwach Unii Europejskiej funkcjonuje podział usług oparty na Europejskiej Klasyfikacji Działalności Gospodarczej (NACE), który obowiązuje w Polsce od 2008 r. Klasyfikacja ta jest uporządkowanym podziałem działalności, które prowadzą podmioty gospodarcze. Wyróżnia się w niej wspólną kategorię: ochronę zdrowia i opiekę społeczną (tab. 1).

Szeroka kategoria usług społecznych pojawia się w Polskiej Klasyfikacji Wyróbów i Usług (PKWiU), opisująca usługi jako: wszystkie czynności, jakie są świad-

Tabela 1. Najważniejsze grupy działalności usługowych Europejskiej Klasyfikacji Działalności Gospodarczej (NACE)

---

Usługi dla rolnictwa i leśnictwo
Usługi dla górnictwa i przetwórstwa przemysłowego
Zaopatrywanie w energię elektryczną, gaz i wodę
Handel hurtowy i detaliczny
Naprawa pojazdów samochodowych, motocykli oraz artykułów użytku osobistego i domowego
Hotele i restauracje
Transport, gospodarka magazynowa i łączność
Pośrednictwo finansowe, ubezpieczenia
Obsługa nieruchomości, wynajem i usługi związane z prowadzeniem działalności gospodarczej
Administracja publiczna i obrona narodowa, obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i powszechne ubezpieczenie zdrowotne
Edukacja
Ochrona zdrowia i pomoc społeczna
Usługi komunalne (odprowadzanie ścieków, gospodarowanie odpadami)
Działalność organizacji pracodawców, związków zawodowych
Kultura, sport i rekreacja

---

Źródło: GUS.

zione na rzecz jednostek gospodarczych, które prowadzą działalność produkcyjną, jednocześnie nie wytwarzają nowych dóbr materialnych oraz wszystkie czynności świadczone na rzecz jednostek gospodarki narodowej, ludności, które są przeznaczone dla celów konsumpcji społecznej, zbiorowej czy indywidualnej. Zgodnie z tą klasyfikacją opartą na kryterium przeznaczenia danej usługi wyróżnia się:

- usługi produkcyjne, które są czynnościami będącymi współdziałaniem w procesie produkcji, nietworzące nowych dóbr,
- usługi konsumpcyjne, czyli te, które są bezpośrednio lub pośrednio związane z zaspokojeniem potrzeb ludności oraz
- usługi ogólnospołeczne odnoszące się do czynności, które zaspokajają potrzeby porządkowo-organizacyjne gospodarki narodowej i społeczeństwa jako całości (Dz.U. z 1997 r., nr 42, poz. 264).

Według innego kryterium, jakim jest sposób uzyskiwania usług przez odbiorców, można wyróżnić usługi prywatne (nabywane przez odbiorców na rynku za własne dochody) i usługi publiczne (uzyskiwane przez odbiorców bezpłatnie lub częściowo odpłatnie dzięki finansowaniu ich wytwarzania przez budżet państwa). Tradycyjnie usługi publiczne rozumie się jako te, które są w całości lub części finansowane ze środków publicznych (mieszkańcy i niekiedy także inne podmioty finansują je, płacąc podatki) i należą się obywatelowi niezależnie od tego, czy z nich korzysta, czy nie. Zatem usługi publiczne, w tym komunalne, obejmują dobra publiczne, w odniesieniu do których niemożliwe jest wykluczenie kogokolwiek z korzystania z nich. Są to dobra, od których oczekuje się określonej jakości niezależnie od liczby osób z nich korzystających (każdy nowy konsument nie narusza uprawnień pozostałych).

W ustawie o samorządzie gminnym nazywa się je zadaniami o charakterze użyteczności publicznej. Są to zadania własne gminy, określone w art. 7, ust. 1 tej ustawy, których celem jest bieżące i nieprzerwane zaspokajanie zbiorowych potrzeb ludności w drodze świadczenia usług powszechnie dostępnych.

Dopiero w klasyfikacji usług publicznych znaleźć można kategorię usług społecznych. Wyróżnia się tu bowiem trzy grupy usług publicznych: administracyjne, techniczne i właśnie społeczne (tab. 2).

Usługi społeczne to grupa usług związanych z tak zwanymi „miękkimi” dziedzinami życia. Poprzez usługi społeczne rozumieć należy działania nastawione bezpośrednio na zaspokajanie potrzeb człowieka, których efekt ma charakter niematerialny. Świadczenie usług społecznych zaspokaja potrzeby dotyczące wiedzy, kwalifikacji zawodowych, informacji, doznań, zdrowia, samopoczucia, satysfakcji, poczucia bezpieczeństwa itp., czyli niematerialnych komponentów jakości życia. Samorząd terytorialny, dostarczając i kształtując usługi społeczne, wpływa bezpośrednio na jakość lokalnego kapitału ludzkiego i społecznego, które są warunkami kluczowymi dla rozwoju lokalnego w dobie rosnącego tempa życia społecznego i wzrostu znaczenia gospodarki opartej na wiedzy.

Tabela 2. Klasyfikacja usług publicznych (w tym komunalnych)

Grupy usług publicznych	Kategorie usług publicznych
Usługi administracyjne	wydawanie dokumentów na życzenie klienta wprowadzanie do rejestru (bazy danych) danych uzyskiwanych bezpośrednio od klienta wydawanie zezwoleń oraz decyzji w rozumieniu i trybie kodeksu postępowania administracyjnego wydawanie zezwoleń i koncesji związanych z działalnością gospodarczą reglamentowaną przez państwo
Usługi społeczne	ochrona zdrowia oświata i wychowanie oraz edukacja kultura kultura fizyczna i rekreacja pomoc i opieka społeczna mieszkalnictwo bezpieczeństwo publiczne
Usługi techniczne	transport – usługi i infrastruktura gospodarka wodna – zaopatrzenie w wodę i kanalizacja gospodarka odpadami oraz utrzymanie porządku i czystości utrzymanie cmentarzy zaopatrzenie w energię (elektroenergetyka, gazownictwo, ciepłownictwo) zieleń publiczna

Źródło: Program Rozwoju Instytucjonalnego.

Częścią większego obszaru publicznych usług społecznych są usługi pomocy społecznej. Przyjmuje się, że nazwa usługi społeczne dotyczy szerokiego rozumienia tego pojęcia, obejmującego również usługi zdrowotne i edukacyjne. Wąsko rozumiane usługi społeczne natomiast odnoszą się przede wszystkim do pomocy i opieki społecznej i nazywane są usługami socjalnymi (Szarfenberg 2010).

Kategorie usług z zakresu pomocy społecznej wymienia ustawa o pomocy społecznej, podając listę 18 świadczeń niepieniężnych (tab. 3).

Bardzo ważną współcześnie usługą pomocy społecznej jest praca socjalna, świadczona na rzecz poprawy funkcjonowania osób i rodzin w ich środowisku społecznym. Praca socjalna prowadzona jest z osobami i rodzinami w celu rozwinięcia lub wzmocnienia ich aktywności i samodzielności życiowej, jak również ze społecznością lokalną w celu zapewnienia współpracy i koordynacji działań instytucji i organizacji istotnych dla zaspokajania potrzeb członków społeczności. W pracy socjalnej wykorzystuje się właściwe tej działalności metody i techniki, stosowane z poszanowaniem godności osoby i jej prawa do samostanowienia, i świadczona jest osobom i rodzinom bez względu na posiadany dochód i może być prowadzona w oparciu o kontrakt socjalny.

Tabela 3. Rodzaje usług socjalnych

- 
1. praca socjalna,
  2. bilet kredytowany,
  3. składki na ubezpieczenie zdrowotne,
  4. składki na ubezpieczenia społeczne,
  5. pomoc rzeczowa, w tym na ekonomiczne usamodzielnienie się,
  6. sprawienie pogrzebu,
  7. poradnictwo specjalistyczne,
  8. interwencja kryzysowa,
  9. schronienie,
  10. posiłek,
  11. niezbędne ubranie,
  12. usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy,
  13. specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach wsparcia,
  14. mieszkanie chronione,
  15. pobyt i usługi w domu pomocy społecznej,
  16. opieka i wychowanie w rodzinie zastępczej i w placówce opiekuńczo-wychowawczej,
  17. pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, w tym w mieszkaniu chronionym, pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, pomoc na zagospodarowanie – w formie rzeczowej dla osób usamodzielnianych,
  18. szkolenia, poradnictwo rodzinne i terapia rodzinna prowadzone przez ośrodki adopcyjno-opiekuńcze.
- 

Źródło: ustawa o pomocy społecznej (Dz.U. nr 64, poz. 593, art. 36).

Oczywiście rodzaj świadczonych usług zależy od typu ryzyka socjalnego. Taką listę zagrożeń społecznych, wymagających udzielenia pomocy społecznej, wyszczególniono w ustawie o pomocy społecznej z 2004 r. Stanowi je szesnaście powodów przyznania pomocy społecznej:

- 1) ubóstwo;
- 2) sieroctwo;
- 3) bezdomność;
- 4) bezrobocie;
- 5) niepełnosprawność;
- 6) długotrwała lub ciężka choroba;
- 7) przemoc w rodzinie;
- 8) potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi;
- 9) potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
- 10) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
- 11) brak umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej całodobowe placówki opiekuńczo-wychowawcze;
- 12) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;
- 13) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
- 14) alkoholizm lub narkomania;
- 15) zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa;
- 16) klęska żywiołowa lub ekologiczna.

Publiczny charakter usług społecznych sprawia, że odpowiedzialne za ich ilość i jakość są w ostatniej instancji władze publiczne. Oznacza to, że usługi społeczne należy rozważać w kontekście polityki społecznej, jej instytucji i ich modeli, a także polityki jako takiej (Szarfenberg 2010).

## 2.2. Kierunki polityki społecznej

Polityka społeczna to sfera działalności państwa, innych ciał publicznych i sił społecznych, która zajmuje się kształtowaniem warunków życia ludności oraz stosunków międzyludzkich (Rajkiewicz 1979). Polityka społeczna ma bezpośredni wpływ na dobrobyt obywateli poprzez dostarczanie im usług lub dochodu (Marshall 1967). Ogólne cele polityki społecznej to: powiększanie dobrobytu, łagodzenie nierówności społecznych oraz eliminacja ubóstwa.

Z dyskusji nad przemianami polityki społecznej wynika, że klasyczna polityka społeczna, zaprojektowana w duchu solidarności społecznej, łączona była przede wszystkim z zadaniami zaspokajania podstawowych potrzeb i egalitaryzacją (ujednoliceniem) poziomu życia. Pojawienie się konsumpcyjnego społeczeństwa dobrobytu, w którym główną wartością nie jest już praca i oszczędny tryb życia, a troską nie są już materialne warunki życia – ale czas wolny, konsumpcja i jakość życia, sprawiło, że klasyczna polityka społeczna w coraz mniejszym stopniu może odpowiadać nowym wartościom i nowym oczekiwaniom. Nowe wartości, zwane post-

materialnymi, to przede wszystkim: jakość życia, szczęście i inne niematerialne aspekty ludzkiej egzystencji. Według Woźniaka (2010) do tradycyjnych obszarów polityki społecznej (zdrowie, bezpieczeństwo socjalne, pomoc społeczna) doszły współcześnie takie kwestie, jak mieszkalnictwo i zatrudnienie wraz z przypisanymi im świadczeniami, edukacja i rynek pracy, a także kultura, komunikowanie, podróżowanie, kupowanie oraz zajęcia czasu wolnego itp. Siłą napędową współczesnych programów polityki społecznej staje się zatem wyprowadzana z praw obywatelskich i eksponowana w rozwiązaniach programowych zasada równości możliwości, traktowana jako centralne kryterium.

Ustawowo w Polsce polityka społeczna jest zadaniem państwa, realizują je organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie na zasadzie partnerstwa z organizacjami społecznymi, związkami wyznaniowymi, stowarzyszeniami o charakterze charytatywnym, fundacjami oraz osobami fizycznymi i prawnymi.

Podstawą prawną realizacji założeń polityki społecznej i zadań z zakresu pomocy społecznej w gminach, powiatach i województwach są strategie rozwiązywania problemów społecznych. Te dokumenty nawiązują i korzystają z rozwiązań różnego rodzaju krajowych aktów prawnych regulujących politykę społeczną. Są to m.in.: ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, ustawa o zatrudnieniu socjalnym, ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii, ustawa o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu, ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych.

Strategie rozwiązywania problemów społecznych są ponadto formalną podstawą starań o dofinansowanie polityk społecznych z funduszy UE. Stąd też w ich tworzeniu uwzględnione zostają wyzwania europejskiej polityki społecznej.

Polityka społeczna Unii Europejskiej i Rady Europy dynamicznie rozwijała się w latach 90. i w pierwszej dekadzie XXI w. Dominują w niej instrumenty o charakterze regulacyjnym (ustalenie minimalnych standardów ochrony praw pracowniczych i socjalnych), ale obecne są również instrumenty redystrybucyjne, głównie w ramach polityki spójności oraz zatrudnienia (fundusze UE).

Strategia polityki społecznej UE ujęta jest w dokumencie „Odnowiona agenda społeczna: Możliwości, dostęp i solidarność w Europie XXI wieku” z 2007 r. Agenda wskazuje wspólne wyzwania, w obliczu których stają państwa członkowskie: m.in. globalizację, rozwój technologii, zmiany demograficzne, imigrację oraz zmiany klimatyczne.

Jednocześnie dokument wyznacza wspólne cele, które symbolizują trzy tytułowe pojęcia: możliwości, dostęp i solidarność. Innymi słowy, chodzi o klasyczną zasadę równości szans, której służyć ma wyrównywanie dostępu do szeroko rozumianych i odpowiednich usług społecznych oraz zwalczanie różnych form dyskryminacji, a także wspieranie tych, którzy są w potrzebie czy w trudnym położeniu – walka z wykluczeniem społecznym i ubóstwem. Tym celom przypisane zostało siedem priorytetów: 1) dzieci i młodzież przyszłością Europy; 2) inwestowanie w ludzi, ilość i jakość miejsc pracy oraz nowe umiejętności; 3) mobilność; 4) dłuższe i zdrowsze życie; 5) walka z ubóstwem i wykluczeniem społecznym; 6) walka z dy-



2007 — European Year of Equal Opportunities for All



Europejski Rok Wolontariatu 2011



European Year for **Active Ageing**  
and **Solidarity between Generations** 2012



Ryc. 14. Loga kampanii społecznych „Europejski Rok” w latach 2003–2012

skryminacją; 7) możliwości, dostęp i solidarność w kontekście międzynarodowym (Szarfenberg 2009).

Te założenia polityki społecznej UE wspierane są różnymi kampaniami społecznymi, m.in. poprzez obchody tzw. „Europejskiego Roku” (ryc. 14). W ostatnich latach poświęcone były one: niepełnosprawności (2003 r.), równym szansom dla wszystkich, wspomagany akcją „Za różnorodnością. Przeciw dyskryminacji” (2007 r.), dialogowi międzykulturowemu (2008 r.), walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym (2010 r.), wolontariatowi (2011 r.), aktywnemu starzeniu się i solidarności międzypokoleniowej (2012 r.).

Główne założenia bieżącej polityki społecznej w Polsce zawiera dokument „Strategia polityki społecznej w Polsce na lata 2007–2013”. Celami strategii polityki społecznej rządu w latach 2007–2013 jest zbudowanie zintegrowanego systemu polityki państwa prowadzącej do ułatwienia wszystkim obywatelom równego dostępu do praw społecznych, poprawy warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz wsparcia grup i osób zagrożonych wykluczeniem społecznym przy zapewnieniu demokratycznego współuczestnictwa obywateli.

Tym celom zostało przypisane 7 priorytetów programowych, których większość stanowi odpowiedź na założenia programowe polityki społecznej UE:

- Priorytet 1 – Poprawa warunków dla powstawania i funkcjonowania rodzin. Wsparcie rodzin w wychowaniu i edukacji dzieci.
- Priorytet 2 – Wdrożenie aktywnej polityki społecznej.
- Priorytet 3 – Kompleksowa rehabilitacja i aktywizacja osób niepełnosprawnych.
- Priorytet 4 – Budowa systemu wsparcia dla osób w wieku poprodukcyjnym.
- Priorytet 5 – Aktywizacja i mobilizacja partnerów lokalnych.
- Priorytet 6 – Partnerstwo publiczno-społeczne jako podstawa rozwoju usług społecznych.
- Priorytet 7 – Integracja społeczna i zawodowa imigrantów.

Obok strategii polityki społecznej zostały przygotowane inne dokumenty programowe tworzące szeroko rozumianą politykę społeczną:

- Krajowa Strategia Zatrudnienia na lata 2007–2013;
- Narodowy Plan Działań na rzecz Dzieci na lata 2007–2013;
- Strategia Państwa dla Młodzieży na lata 2003–2012;
- Strategia rozwoju edukacji na lata 2007–2013;
- Narodowa Strategia Zdrowia na lata 2007–2013;
- Program budowy mieszkań dla osób wymagających pomocy socjalnej, 2003;
- Narodowy Program Stypendialny.

W nawiązaniu do priorytetów krajowych opracowano dokumenty programowe polityki społecznej Wielkopolski, powiatu poznańskiego oraz poszczególnych gmin aglomeracji poznańskiej. Im wyższy poziom organizacyjny samorządu terytorialnego, tym częściej w polityce społecznej pojawiają się zadania służące wyrównywaniu różnic w rozwoju społecznym poszczególnych struktur administracyjnych regionu i budowaniu potencjału struktur organizacyjnych w województwie (Woźniak 2010). Dominują tam zadania szerzej rozumianej polityki społecznej, co potwierdza dokument samorządu województwa wielkopolskiego „Strategia polityki społecznej dla województwa wielkopolskiego do 2020 roku”. Strategia ta wyzna-

cza cele misyjne odnoszące się do prowadzenia polityki społecznej opartej na regule 3W (Wrażliwość – Wyobraźnia – Współuczestniczenie), wyrównującej potencjał i zasoby społeczne Wielkopolan oraz poszerzającej sferę aktywności społecznej obywateli. Ustalono 4 priorytety strategiczne: 1) Wielkopolska równych szans i możliwości, 2) zdrowi wielkopolanie, 3) bezpieczna Wielkopolska i 4) Wielkopolska obywatelska, które zostały rozpisane na cele operacyjne i zadania adresowane do: 1) dzieci i młodzieży, 2) seniorów, 3) osób z ograniczeniem sprawności oraz 4) osób z kręgu wysokiego ryzyka socjalnego.

W 2008 r. Rada Powiatu Poznańskiego zatwierdziła „Strategię rozwiązywania problemów społecznych powiatu poznańskiego na lata 2008–2013”, której misją jest poprawa warunków życiowych mieszkańców powiatu poznańskiego. Ten dokument wyznacza strategiczne cele szczegółowe, którymi są:

1. zapobieganie wzrostowi zasięgu ubóstwa i pomoc rodzinom (osobom) marginalizowanym poprzez wzrost spójności i wzmocnienie integracji społecznej,
2. działania na rzecz aktywizacji osób marginalizowanych przede wszystkim poprzez uczestnictwo w rynku pracy,
3. działania na rzecz integracji społecznej i aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych,
4. wzrost zakresu pomocy dla osób starszych i schorowanych – profilaktyka i przeciwdziałanie chorobom,
5. integracja, współpraca i synchronizacja działań służb społecznych i organizacji pozarządowych oraz usprawnienie funkcjonowania instytucji powiatu poznańskiego.

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej nakłada na gminy obowiązek opracowania i realizacji gminnej strategii rozwiązywania problemów społecznych, ze szczególnym uwzględnieniem programów pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i innych, których celem jest integracja osób i rodzin z grup szczególnego ryzyka. Jak pokazuje przykład gmin aglomeracji poznańskiej, nawet najlepsza sytuacja ekonomiczna nie chroni przed problemami społecznymi. Opracowywane i realizowane strategie integracji i rozwiązywania problemów społecznych w gminach aglomeracji mają na uwadze głównie ograniczenie występowania poszczególnych problemów społecznych. Wykaz strategii wdrażanych w miastach i gminach aglomeracji przedstawiono w tabeli 4.

Zadania zawarte w dokumentach strategicznych poszczególnych gmin generalnie dotyczą integracji i aktywizacji społecznej, zapobieganiu patologiom (alkoholizm, narkomania) i w zależności od gminy akcentowana jest konieczność rozwoju służb socjalnych i zwiększania dostępności do usług socjalnych (szczególnie dla osób starszych) oraz wzmocnienia partnerstwa lokalnego na rzecz rozwiązywania problemów społecznych (często zwraca się uwagę na brak lub małą ilość organizacji społecznych o profilu pomocowym w gminie).

Tabela 4. Strategie rozwiązywania problemów społecznych w miastach i gminach aglomeracji poznańskiej (stan na 2011 r.)

Gmina	Dokument
Buk	Strategia rozwiązywania problemów społecznych w mieście i gminie Buk na lata 2004–2012
Czerwonak	Strategia rozwiązywania problemów społecznych dla gminy Czerwonak na lata 2006–2013
Dopiewo	Strategia rozwiązywania problemów społecznych w gminie Dopiewo 2006–2015
Kleszczewo	Strategia integracji i rozwiązywania problemów społecznych gminy Kleszczewo na lata 2011–2015
Komorniki	Strategia rozwiązywania problemów społecznych gminy Komorniki w latach 2004–2013
Kostrzyn	Strategia integracji i rozwiązywania problemów społecznych gminy Kostrzyn na lata 2010–2015
Kórnik	Strategia integracji i rozwiązywania problemów społecznych gminy Kórnik na lata 2006–2011
Luboń	Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych 2003–2011
Mosina	Strategia rozwiązywania problemów społecznych w gminie Mosina na lata 2006–2013
Murowana Goślina	Strategia rozwiązywania problemów społecznych w mieście i gminie Murowana Goślina na lata 2005–2015
Pobiedziska	Strategia rozwiązywania problemów społecznych dla miasta i gminy Pobiedziska na lata 2006–2012
Poznań	Miejska strategia polityki społecznej z 2003 r.
Puszczykowo	Strategia rozwiązywania problemów społecznych miasta Puszczykowa na lata 2009–2015
Rokietnica	Gminna strategia rozwiązywania problemów społecznych gminy Rokietnica na lata 2008–2015
Skoki	Strategia rozwiązywania problemów społecznych na terenie miasta i gminy Skoki w latach 2006–2013
Stęszew	Gminna strategia rozwiązywania problemów społecznych w gminie Stęszew na lata 2008–2017
Suchy Las	Gminna strategia rozwiązywania problemów społecznych gminy Suchy Las na lata 2011–2016
Swarzędz	Gminna strategia integracji i rozwiązywania problemów społecznych w gminie Swarzędz
Szamotuły	Strategia polityki społecznej dla miasta i gminy Szamotuły na lata 2009–2024
Śrem	Strategia integracji i rozwiązywania problemów społecznych w gminie Śrem na lata 2008–2015
Tarnowo Podgórne	Strategia rozwiązywania problemów społecznych (w opracowaniu) Gminny program przeciwdziałania i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii na rok 2011

Źródło: opracowanie własne.

## 2.3. System organizacji pomocy społecznej

Udzielaniem pomocy zajmują się głównie organy administracji publicznej, których organizację i procedury działania wyznacza prawo administracyjne. Podstawowe zasady organizacji administracji publicznej (w tym pomocy społecznej) to:

- zasada pomocniczości, zw. również zasadą subsydiarności, która odwołuje się do samodzielności obywateli i wspólnot w realizowaniu zadań publicznych; państwo powinno wspomagać jednostki, rodziny, grupy i nie powinno przejmować zadań, które mogą one samodzielnie wykonać;
- zasada legalności, zw. również zasadą praworządności; wyraża ona nakaz działania organów władzy publicznej na podstawie i w granicach prawa;
- zasada decentralizacji i dualizmu; zasady te są obecne w pomocy społecznej poprzez przekazanie zdecydowanej większości zadań z jej zakresu administracji lokalnej; na organach administracji publicznej ciąży obowiązek wykonywania konstytucyjnych zadań gwarantujących ochronę jednostki w trudnych sytuacjach życiowych poprzez udzielanie jej różnych form wsparcia; związane z tym obowiązki ustawodawca podzielił pomiędzy różne organy.

W świetle ustawy „pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości”. Chodzi zatem nie tylko o działalność interwencyjną, ale i prewencyjną w zakresie wykluczenia społecznego, będącego skutkiem trudnych sytuacji życiowych.

Pomoc społeczna jest zadaniem państwa, które realizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie na zasadzie partnerstwa z organizacjami społecznymi, związkami wyznaniowymi, stowarzyszeniami o charakterze charytatywnym, fundacjami oraz osobami fizycznymi i prawnymi. Określone ustawowo zadania dotyczą:

- 1) świadczenia pomocy finansowej i rzeczowej (przyznanie i wypłacanie przewidzianych ustawą świadczeń),
- 2) wykonywania usług (praca socjalna, prowadzenie i rozwój niezbędnej infrastruktury socjalnej),
- 3) analizy i oceny zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej,
- 4) rozwijania nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb.

W związku z tym, że gminy znajdują się najbliżej potrzebujących, ich obowiązki są najważniejsze i najliczniejsze. Zadania gminy z zakresu pomocy społecznej są nakierowane na zaspokajanie podstawowych potrzeb egzystencjalnych jednostki, zapewnienie schronienia, posiłku i niezbędnego ubrania każdej osobie i rodzinie, które są tego pozbawione. Organizacją i świadczeniem pomocy społecznej w gminie zajmują się gminne i miejskie ośrodki pomocy społecznej, wchodzące w skład lokalnej administracji samorządowej.

W aglomeracji poznańskiej działa 21 lokalnych ośrodków pomocy społecznej. Są to:

- gminne ośrodki pomocy społecznej (GOPS) w Czerwonaku, Dopiewie, Kleszczewie, Komornikach, Rokietnicy, Suchym Lesie i w Tarnowie Podgórnym,
- miejskie ośrodki pomocy społecznej (MOPS) w Luboniu, Puszczykowie, Szamotułach,
- miejsko-gminne ośrodki pomocy społecznej (MGOPS) w Buku, Kostrzynie, Kórniku, Mosinie, Murowanej Goślinie, Pobiedziskach, Stęszewie, Swarzędzu, Skokach i w Śremie,
- powiatowo-miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR) w Poznaniu wykonujący zadania gminy i powiatu z zakresu pomocy społecznej wraz z 6 filiami: MOPR Filia Piątkowo, MOPR Filia Grunwald, MOPR Filia Nowe Miasto, MOPR Filia Stare Miasto, MOPR Filia Jeżyce oraz MOPR Filia Wilda.

Zadania z zakresu pomocy społecznej, które przekraczają możliwości finansowe i organizacyjne gminy, zostały powierzone powiatom. Dotyczą one przede wszystkim działań na rzecz rodzin znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej i społecznej, zwłaszcza wielodzietnych i niepełnych. Rodzina na podstawie ustawy o pomocy społecznej, oprócz wsparcia finansowego, otrzymuje świadczenia niepieniężne, w szczególności w formie: poradnictwa i terapii rodzinnej, pracy socjalnej oraz zapewnienia dzieciom opieki i wychowania poza rodziną. Innym rodzajem zadań realizowanych przez administrację powiatową są działania integracyjne skierowane do osób mających trudności w przystosowaniu się do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, placówki opiekuńczo-wychowawczej czy uchodźców. Administrowaniem pomocą społeczną na poziomie powiatowym zajmuje się Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) w Poznaniu, Szamotułach, Śremie, Wągrowcu i Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR) w Poznaniu.

Do zadań samorządu województwa należy działalność promocyjna, programowa i inspiratorska w dziedzinie pomocy społecznej oraz szkolenie kadr i prowadzenie publicznych szkół służb społecznych. W województwie wielkopolskim zadania z zakresu pomocy społecznej wykonuje Regionalny Ośrodek Pomocy Społecznej (ROPS) w Poznaniu. Zadania takie wypełniają również organy administracji rządowej. Wojewoda jako organ nadzoru nad samorządem terytorialnym zajmuje się głównie kontrolowaniem, ocenianiem i koordynowaniem działalności samorządu w zakresie pomocy społecznej.

Charakteryzując działalność instytucji pomocy społecznej, wykorzystuje się wskaźniki wielkości jej zasobów. Przez zasoby pomocy społecznej rozumie się środki finansowe, jakimi dysponuje ona na udzielanie świadczeń w formie środowiskowej, półstacjonarnej i stacjonarnej (instytucjonalnej) oraz finansowanie swojej działalności; placówki będące w jej gestii wraz z ich wyposażeniem oraz pracowników tych placówek, zajmujących się organizacją, przyznawaniem i udzielaniem świadczeń, spełniających funkcje administracyjne oraz pomocnicze. Zatem można mówić np. o zasobach kadrowych (liczba pracowników socjalnych), zasobach materialnych i rzeczowych (placówki infrastruktury pomocy społecznej oraz ich wyposażenie, środki finansowe).

Zatrudnienie w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej aglomeracji w 2010 r. wynosiło ogółem 2432 pracowników. Corocznie liczba pracowników gminnej i powiatowej pomocy społecznej rośnie (tab. 5). Wiąże się to nie tylko z dynamicznym wzrostem liczby mieszkańców poszczególnych gmin, ale i staraniem, by poprawić dostępność usług pomocowych. Wskaźnik dostępności usług pomocy społecznej wyznaczany jest przez liczbę mieszkańców przypadających na 1 pracownika. Zwyczajowo uznaje się, że dostępność jest za mała, jeśli na 1 zatrudnionego przypada powyżej 2 tys. mieszkańców. Jak pokazują dane w tabeli 5, w ostatnich latach wyraźnie widoczne jest zmniejszanie się wartości tego wskaźnika, co oznacza, że dostępność usług pomocowych w poszczególnych gminach aglomeracji poprawia się i w 2010 r. już żadna z jednostek administracyjnych nie wykazywała „normatywnego niedoboru” pracowników pomocy społecznej.

Tabela 5. Dynamika liczby pracowników pomocy społecznej w aglomeracji poznańskiej w latach 2008–2010

Miasto/Gmina/Powiat	Zatrudnienie ogółem			Liczba mieszkańców na 1 zatrudnionego		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Poznań	1438	1737	1776	381	314	306
Buk	12	13	13	1005	932	935
Czerwonak	46	48	51	541	527	504
Dopiewo	9	10	10	1781	1695	1793
Kleszczewo	8	9	9	726	664	698
Komorniki	7	8	10	2418	2267	1934
Kostrzyn	10	12	13	1611	1361	1269
Kórnik	26	26	24	745	768	856
Luboń	22	30	30	1283	958	975
Mosina	13	13	14	2005	2047	1930
Murowana Goślina	10	10	11	1616	1625	1488
Pobiedziska	13	15	22	1321	1170	813
Puszczykowo	10	11	14	920	841	665
Rokietnica	15	16	17	723	725	724
Stęszew	10	11	10	1434	1316	1463
Suchy Las	10	11	12	1418	1322	1245
Swarzędz	55	66	70	764	648	621
Tarnowo Podgórne	13	13	14	1549	1598	1540
Szamotuły	25	28	32	1145	1026	904
Śrem	56	72	86	715	559	469
Skoki	8	9	11	1112	1000	823
Powiat poznański	182	182	183	1701	1743	1777
Razem aglomeracja	1998	2350	2432	468	400	389

Źródło: opracowanie własne na podstawie MPiPS03.

Mimo ogólnie dobrej dostępności tych usług, jej poziom jest dość silnie zróżnicowany w poszczególnych gminach (ryc. 15). Najlepsza pod tym względem sytuacja jest w Poznaniu oraz w Śremie, Czerwonaku, Swarzędzu i Puszczyczkowie (poniżej 700 mieszkańców na 1 zatrudnionego w pomocy społecznej). Natomiast gminy Komorniki, Mosina, Dopiewo i Tarnowo Podgórne mają najłagodniejszą dostępność usług społecznych mierzoną tym wskaźnikiem.

Na zasoby pracy powiatowych instytucji pomocy społecznej składa się zatrudnienie w różnego rodzaju placówkach społecznych. Powiatowi poznańskiemu podlega 6 takich jednostek, gdzie zatrudnionych jest 157 osób (86% ogólnego zatrudnienia w PCPR). Są to: Dom Pomocy Społecznej w Lisówkach, Ośrodek Wspomagania Rodziny w Kobylnicy, Dom Dziecka w Kórniku-Bninie, Rodzinny Dom Dziecka w Swarzędzu, Środowiskowy Dom Samopomocy Kawalerów Maltańskich w Puszczyczkowie, Środowiskowy Dom Samopomocy w Swarzędzu. W Poznaniu w tego typu jednostkach pracuje 1356 osób (76% ogólnego zatrudnienia), z czego najwięcej w domach pomocy społecznej (647 osób), w ośrodkach wsparcia (423 osoby) i w placówkach opiekuńczo-wychowawczych (217 pracowników).

Do najważniejszych placówek pomocy społecznej (publicznych i niepublicznych) działających na terenie Poznania i aglomeracji należą m.in.: Domy Dziecka (nr 1 ul. Swoboda, nr 2 ul. Pamiętkowska), 5 Rodzinnych Domów Dziecka, Pogotowie Opiekuńcze, Ośrodek Adopcyjno-Wychowawczy, Klub Profilaktyczno-Wychowawczy, Domy Pomocy Społecznej (ul. Niedziałkowskiego 22, ul. Konarskiego



Ryc. 15. Dostępność usług społecznych na terenie aglomeracji poznańskiej w 2010 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Polityki Społecznej UW w Poznaniu.

11/13, ul. Bukowska 27/29, ul. Ugory 18/20), Zakład Opiekuńczo-Lecznicy (Poznań, ul. Mogileńska 42) oraz Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci Zgromadzenia Córki Matki Bożej Bolesnej „Serafitki” (Poznań, ul. św. Rocha), Dom Pomocy Społecznej prowadzony przez Siostry Urszulanki Unii Rzymskiej (Poznań, ul. Pokrzywno 1), Dom Pomocy Społecznej prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego á Paulo (Poznań, ul. Sielska 13), Pensjonat „Radosna Jesień” (Puszczyczkowo-Przybroda), Dworek Skórzewski Dom Seniora (Poznań-Skórzewo), Dom Opieki Społecznej „Hospes Hospiti Sacer” (Pobiedziska), Dom Opieki Pielęgniarskiej (Czapury), Dom Pomocy Społecznej (Przeźmierowo), Zakład Opiekuńczo-Lecznicy i Rehabilitacji Medycznej w Owińskach oraz dwa Domy Pomocy Społecznej w Śremie i dziesiątki różnego rodzaju klubów seniora, świetlic socjoterapeu-

tycznych, ognisk wychowawczych i ośrodków wsparcia prowadzonych w znacznej części także przez instytucje kościelne i zakonne.

Analizując ogólne zaangażowanie samorządów gmin i powiatu w pomoc społeczną, można posłużyć się różnego rodzaju wskaźnikami, budowanymi w oparciu o dostępną sprawozdawczość gmin i powiatów. Szczególną rolę pełnią tu wartości wydatków budżetowych (zasoby finansowe) kierowanych na pomoc społeczną.

W latach 2004–2009 obserwowany jest wzrost wydatków w budżetach powiatów Wielkopolski. Szczególnie wysoką dynamikę wykazywały wydatki na pomoc społeczną. W powiecie poznańskim odnotowano wzrost tych wydatków o 58%, podobnie jak w całym województwie. Jest on głównie wynikiem przekazania nowych zadań pomocowych samorządom i funduszy na ich realizację.

Skala pomocy społecznej w powiecie poznańskim, tak jak i w Poznaniu, jest na tle województwa niewielka. Powiat poznański reprezentuje przeciętne w Wielkopolsce wartości udziału wydatków na pomoc społeczną w wydatkach całkowitych powiatów (ok. 17%). Również wskaźnik wielkości wydatków przypadających na 1 mieszkańca jest niski i wynosi 89 zł (poniżej średniej w Wielkopolsce). Zróżnicowanie wydatków powiatów Wielkopolski na pomoc społeczną przedstawiono na rycinie 16.

Ten niski stopień zaangażowania finansowego powiatu poznańskiego w pomoc społeczną jest efektem małej skali problemów społecznych, które ustawowo podlegają instytucji pomocy społecznej. Wartości przedstawionych wskaźników dla powiatów Wielkopolski są bowiem silnie skorelowane z bezrobociem, które należy do grupy podstawowych powodów przyznania pomocy społecznej.

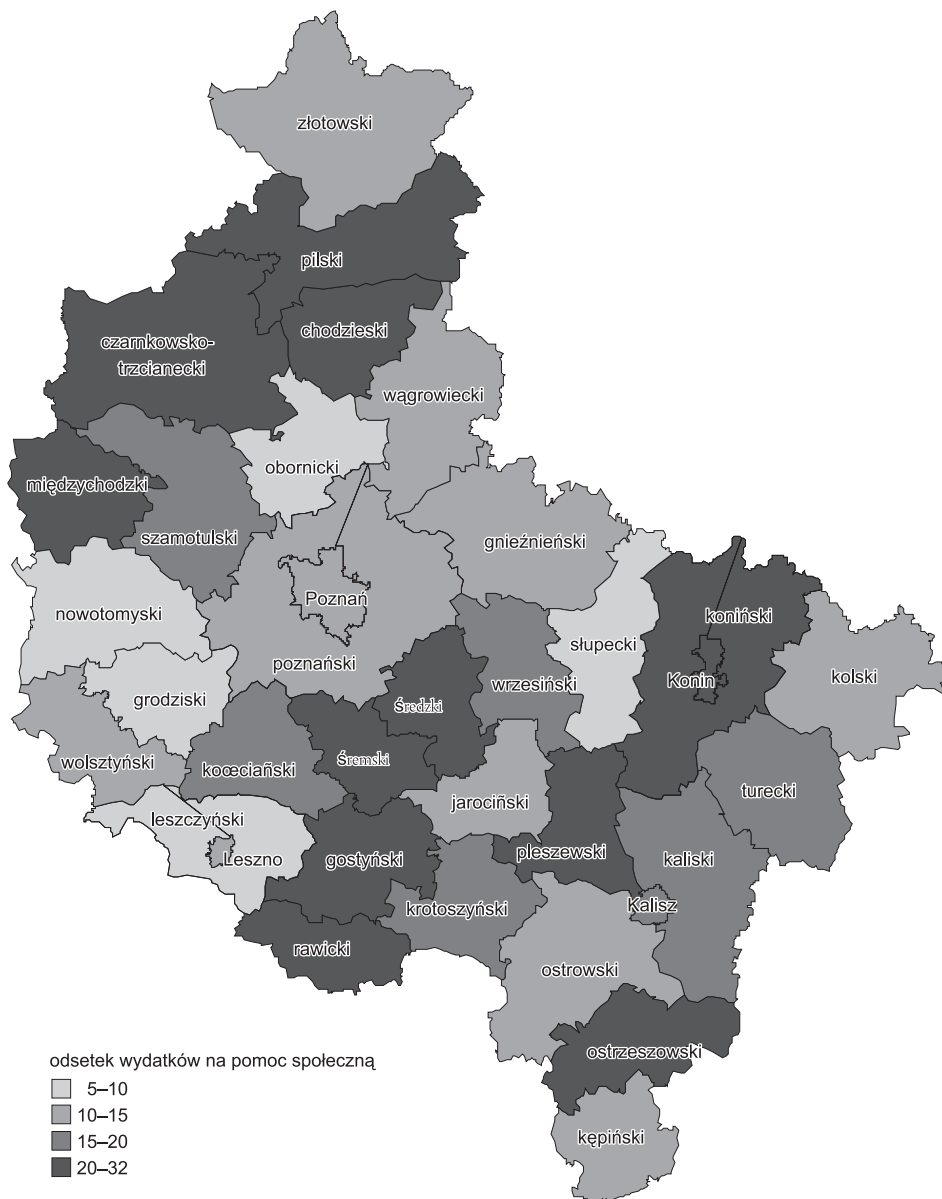
Także najniższe wartości w województwie przyjmują wydatki na pomoc społeczną gmin aglomeracji poznańskiej (ok. 9%), co w przeliczeniu na 1 mieszkańca wynosi 276 zł (patrz ryc. 17, 18). Inną skalą wydatków charakteryzuje się Poznań, w którym realizowane są zadania pomocowe i miasta, i powiatu (2,9 tys. zł na mieszkańca). Generalnie obserwuje się, że w gminach o wysokich dochodach własnych odsetek wydatków na pomoc społeczną jest niski.

W systemie świadczeń pomocy społecznej wyróżnić można 6 zasadniczych form udzielanej pomocy. Są to:

- 1) pomoc materialna (finansowa – zasiłki, dodatki i w naturze – rzeczowa),
- 2) pomoc doradcza i administracyjna (poradnictwo specjalistyczne: prawne, ekonomiczne i psychologiczne),
- 3) usługi opiekuńcze (pielęgnacyjne),
- 4) usługi szczególne (umieszczenie w domach pomocy społecznej, sprawienie pogrzebu),
- 5) interwencja kryzysowa (usługi psychologiczne, prawne, hotelowe dla osób i rodzin dotkniętych przemocą),
- 6) praca socjalna.

W strukturze udzielanych świadczeń dominującą rolę odgrywa pomoc materialna, głównie wypłata zasiłków i dodatków. Jak wskazuje Żukiewicz (2002), w systemie pomocy społecznej skutecznym środkiem zaradczym, niewymagającym specjalnych wysiłków organizacyjnych stał się instrument świadczeń materialnych (głównie finansowych), który był rozwiązaniem właściwym jako

oddziaływanie ratownicze w sytuacjach kryzysowych. Przy dłuższym okresie stosowania forma ta wykształciła wśród świadczeniobiorców bierność i roszczeniowość, a bierne korzystanie z rozdawnictwa pomocowego prowadzi do nieefektywności i marnotrawstwa środków oraz oszustw. Stąd szczególną rolę we



Ryc. 16. Udział wydatków na pomoc społeczną w budżetach powiatów województwa wielkopolskiego w 2009 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS.



Ryc. 17. Poziom wydatków na pomoc społeczną w gminach aglomeracji poznańskiej w 2009 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS.



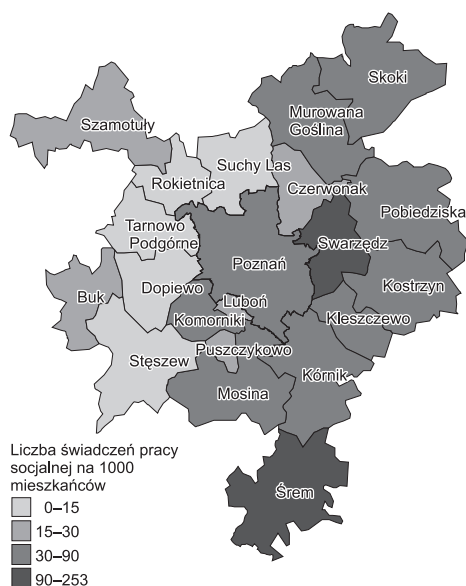
Ryc. 18. Skala wydatków na pomoc społeczną w budżetach gmin w 2009 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS.

współczesnej pomocy społecznej przypisuje się pracy socjalnej, czyli aktywnej formie pomocy, która nie wyłącza osób korzystających z pomocy z procesu pokonywania trudności socjalno-bytowych (Ratyński 2003). Praca socjalna to działania promujące społeczne zmiany, rozwiązywanie problemów we wzajemnych ludzkich relacjach oraz wzmacnianie ludzi dla osiągnięcia przez nich dobrostanu. Ta forma pomocy, która prowadzona jest w oparciu o tzw. kontrakt społeczny, zobowiązujący do aktywności własnej klientów pomocy społecznej, obliгуje do rozwoju pozapieniężnych form, które często są bardziej istotne w przewyżczeniu trudnej sytuacji niż sam zasiłek. Praca socjalna powinna zatem stać się podstawową formą udzielanej pomocy.

O nowoczesności usług pomocowych oferowanych przez ośrodki pomocy społecznej decyduje struktura udzielanych świadczeń, szczególnie udział pracy socjalnej. Udział ten wśród świadczeń pomocowych trudno jest dokładnie określić. Stosując przeliczenia liczby osób w rodzinach, którym udzielona została pomoc w postaci pracy socjalnej na 1000 mieszkańców, uzyskano pośredni wskaźnik pracy socjalnej, który w ciągu ostatnich lat wyraźnie się zwiększył (ryc. 19). Jego najwyższe wartości osiąga od lat gmina Śrem, następnie Swarzędz, Komorniki i Kleszczewo. Gminy Kostrzyn, Tarnowo Podgórne, Rokietnica i Dopiewo w ramach swoich zadań własnych w 2010 r. w ogóle nie udzieliły pomocy w postaci pracy socjalnej.

Najczęściej stosowanym wskaźnikiem zasięgu problemów społecznych regionu jest liczba osób korzystających z opieki społecznej. W 2009 r. według danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej liczba świadczeniobiorców pomocy społecznej w Polsce wynosiła 2 mln osób, co stanowiło 5,5% ogółu ludności. Wo-



Ryc. 19. Poziom pracy socjalnej w pomocy społecznej gmin aglomeracji poznańskiej w 2010 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Wydziału Polityki Społecznej UW w Poznaniu.

nie przestrzenne odsetka mieszkańców korzystających z pomocy w gminach aglomeracji przedstawiono na rycinie 21.

Najmniejszy odsetek osób korzystających z pomocy społecznej charakteryzuje gminy położone najbliżej Poznania, należące do jego strefy podmiejskiej. Na wyższy poziom ubóstwa w gminach wpływ ma niski poziom wykształcenia mieszkańców. Jednocześnie można wskazać, że liczba klientów ośrodków pomocy społecznej jest mniejsza w gminach, w których wskaźnik feminizacji jest wyższy, przede wszystkim w miastach (Kaczmarek 2008).

Odsetek beneficjentów pomocy społecznej jest pośrednim wskaźnikiem stopnia wykluczenia społecznego w regionie. Jego niska wartość w aglomeracji poznańskiej po raz kolejny pokazuje specyfikę społeczności gmin podmiejskich, o niskim stopniu zagrożenia ubóstwem.

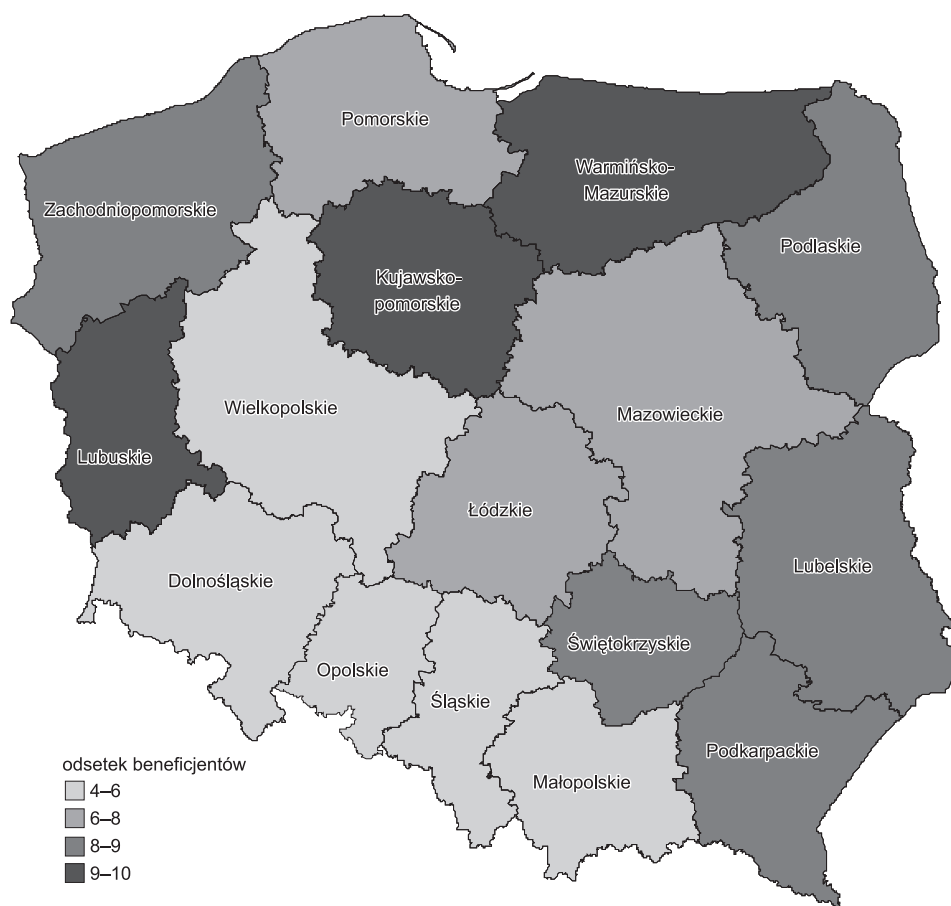
## 2.4. Problemy społeczne w aglomeracji

Jednym z podstawowych powodów przyznawania świadczeń pomocy w Polsce jest ubóstwo. Ustawa o pomocy społecznej z 2004 r. wymienia tu następujące przyczyny: ubóstwo, sieroctwo, bezdomność, potrzebę ochrony macierzyństwa, wielodzietność, bezrobocie, niepełnosprawność, długotrwałą lub ciężką chorobę, bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa

jewództwo wielkopolskie ma jeden z najniższych w kraju wskaźników pomocy społecznej (ryc. 20).

W latach 2008–2010 liczba osób w aglomeracji poznańskiej, którym przyznano świadczenia z pomocy społecznej wzrosła z 24,5 tys. do ponad 29 tys. Wzrosła również liczba rodzin objętych pomocą społeczną i w 2010 r. przekroczyła 21,6 tys., co po uwzględnieniu wielkości tych rodzin daje 47,6 tys. osób, tzw. wspomaganych. Oczywiście zasięg pomocy jest coraz szerszy, gdyż wzrasta liczba ludności poszczególnych gmin aglomeracji. Dlatego też w analizowanych latach odsetek beneficjentów pomocy społecznej utrzymuje się na stałym poziomie z niewielkimi wahaniami.

Ogólnie zatem pomocą społeczną objęte jest 3,6% mieszkańców aglomeracji i udział ten jest mniejszy niż przeciętnie w województwie wielkopolskim (w 2010 r. – 4,7%). Zróżnicowanie



Ryc. 20. Skala pomocy społecznej w Polsce według województw w 2009 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie MPiPS.

domowego, przemoc w rodzinie, alkoholizm, narkomania, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, brak umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej placówki opiekuńczo-wychowawcze, zdarzenia losowe, sytuację kryzysową, klęskę żywiołową lub ekologiczną.

Dostępne sprawozdania z realizacji zadań z zakresu pomocy społecznej pozwalają na bardziej szczegółową charakterystykę problemów społecznych regionu, zwłaszcza tych, które stanowią ustawowy przedmiot działań pomocy społecznej. Uważa się, że najważniejszymi kwestiami społecznymi w Polsce są między innymi: ubożenie ludności, bezrobocie, problemy patologii społecznej, kwestia mieszkaniowa, ochrona zdrowia, luka edukacyjna. Są to podstawowe ograniczenia obecnego rozwoju społecznego.

W Polsce do głównych przyczyn korzystania z pomocy społecznej należą: ubóstwo, bezrobocie, choroba i niepełnosprawność oraz bezradność w sprawach



Ryc. 21. Korzystający z pomocy społecznej w aglomeracji w 2010 r.

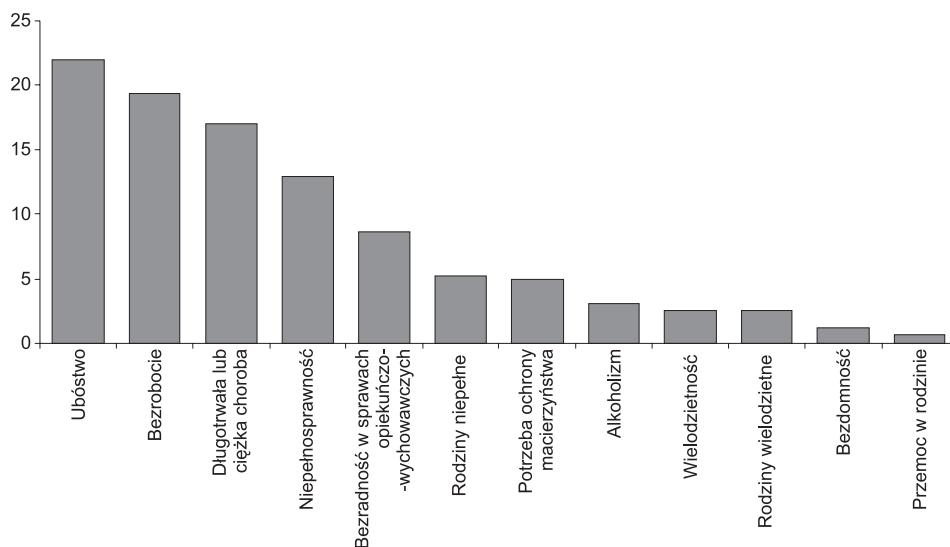
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Polityki Społecznej UW w Poznaniu.

wychowawczo-opiekuńczych. Podobnie przedstawia się struktura powodów przyznania świadczeń pomocowych w aglomeracji poznańskiej (ryc. 22).

Ubóstwo i bezrobocie tworzą największą grupę powodów korzystania z pomocy społecznej w aglomeracji poznańskiej (ok. 40%). Co trzecią przyczynę objęcia pomocą społeczną stanowi długotrwała choroba i niepełnosprawność.

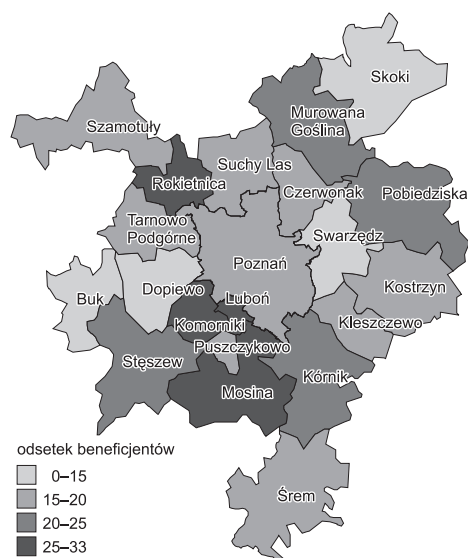
Choć udział poszczególnych świadczeń jest zróżnicowany w gminach (ryc. 23), to we wszystkich (poza Bukiem i Mosiną) główną przesłanką pomocy społecznej jest ubóstwo. Dotyczy ono średnio 20% świadczeniobiorców (ryc. 22).

Bezrobocie natomiast stanowi pierwszoplanowy problem społeczny w gminach leżących na granicach aglomeracji i w Luboniu, gdzie udział świadczeń z tego tytułu przekracza 20% (ryc. 24).



Ryc. 22. Przyczyny korzystania z pomocy społecznej w gminach aglomeracji poznańskiej w 2010 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Polityki Społecznej UW w Poznaniu.



Ryc. 23. Udział ubóstwa w powodach świadczenia pomocy społecznej w gminach aglomeracji poznańskiej w 2010 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Polityki Społecznej UW w Poznaniu.



Ryc. 24. Udział bezrobocia w powodach świadczenia pomocy społecznej w gminach aglomeracji poznańskiej w 2010 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Polityki Społecznej UW w Poznaniu.

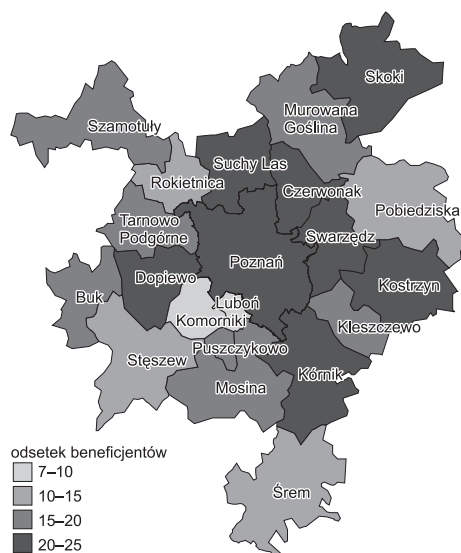
Wśród pozostałych przyczyn o charakterze niematerialnym dość duże zróżnicowanie w gminach aglomeracji wykazuje udział długotrwałej choroby beneficjentów (ryc. 25), przy czym najczęściej dotyczy to Poznania i sąsiadujących z nim (od wschodu) gmin aglomeracji.

Tak silnego zróżnicowania jak długotrwała choroba nie wykazuje niepełnosprawność wśród przyczyn przyznawania pomocy społecznej (ryc. 26). W gminach Luboń i Komorniki udział tego powodu jest najniższy w aglomeracji.

Większość pozostałych przyczyn przyznawania pomocy społecznej o charakterze pozaekonomicznym w gminach aglomeracji występuje na podobnym poziomie.

Z uwagi na wyraźną dominację na tle innych gmin, można wykazać, że bezdomność to problem przede wszystkim miast dużych, tu Poznania i Śremu, bezradność w sprawach wychowawczo-opiekuńczych w największym nasileniu występuje w Kleszczewie i Swarzędzu, wielodzietność to problem aktualny w Skokach i Pobiedziskach, przemoc w rodzinie w Mosinie, alkoholizm w Kleszczewie i Śremie, a narkomania w Swarzędzu (ryc. 27–30). Mimo wszystko udział tych ostatnich powodów przyznania pomocy nie jest duży i w wielu przypadkach można je uznać za marginalne.

Struktura powodów przyznania pomocy nie wykazuje wyraźnej korelacji z odsetkiem mieszkańców gmin reprezentujących specjalne grupy zagrożone wykluczeniem społecznym (osoby niepełnosprawne, w wieku poprodukcyjnym, bezrobotni).



Ryc. 25. Udział braku zdrowia w powodach świadczenia pomocy społecznej w gminach aglomeracji poznańskiej w 2010 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Polityki Społecznej UW w Poznaniu.



Ryc. 26. Udział niepełnosprawności w powodach świadczenia pomocy społecznej w gminach aglomeracji poznańskiej w 2010 r.

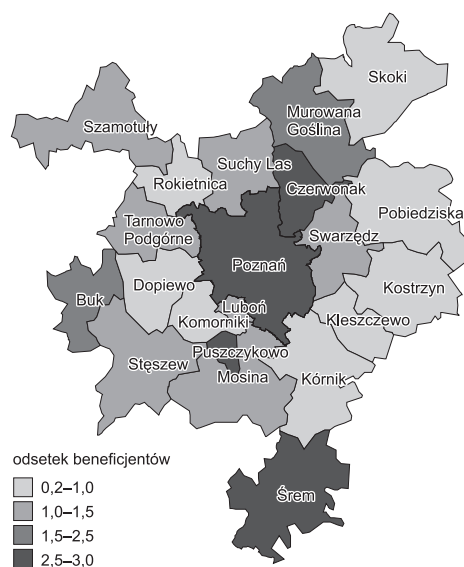
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Polityki Społecznej UW w Poznaniu.

Wśród rodzin objętych pomocą 19% stanowią rodziny emerytów i rencistów. Ponad 30% tych rodzin korzysta z pomocy społecznej w Buku, Komornikach i Puszczyczkowie. Udział rodzin niepełnych sięga w powiecie 14% ogółu beneficjentów, z czego najwięcej, bo ponad 25%, dotyczy Suchego Lasu. Udział emerytów i rencistów w różnych formach usług i świadczeń realizowanych przez gminną pomoc społeczną wyraźnie się zwiększa, co ma niewątpliwą związek z procesem starzenia się społeczeństwa aglomeracji.

## 2.5. Partnerstwo publiczno-społeczne w usługach społecznych

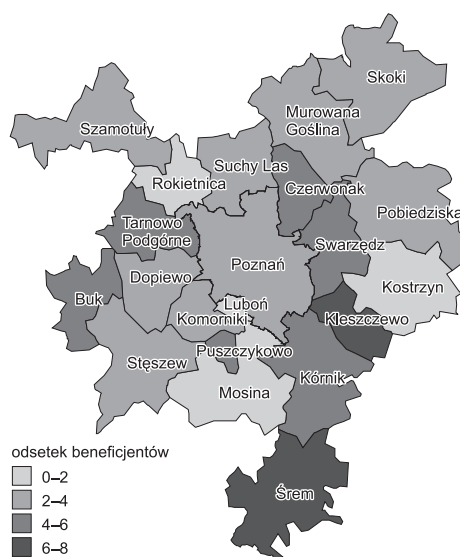
W zaspokajaniu potrzeb społecznych uczestniczą różne instytucje i organizacje, które reprezentują wszystkie sektory życia społeczno-gospodarczego:

1. sektor nieformalny (sieć powiązań rodzinno-przyjacielskich i sąsiedzkich),
2. sektor publiczny – państwo (instytucje rządowe i samorządowe – tak zwany I sektor),
3. sektor rynkowy – gospodarka (podmioty for-profit), nastawione na zysk (biznes, sektor prywatny – II sektor),



Ryc. 27. Udział bezdomności w powodach świadczenia pomocy społecznej w gminach aglomeracji poznańskiej w 2010 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Polityki Społecznej UW w Poznaniu.



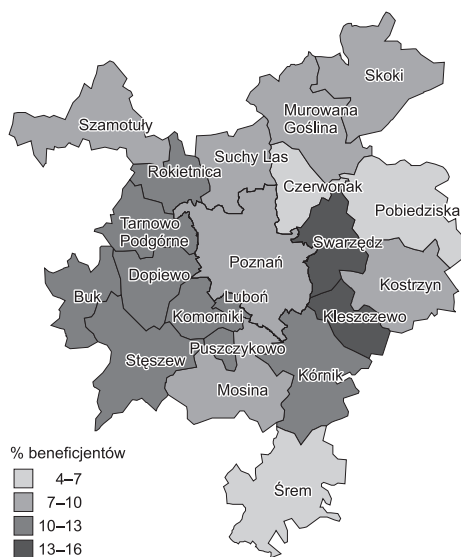
Ryc. 28. Udział alkoholizmu w powodach świadczenia pomocy społecznej w gminach aglomeracji poznańskiej w 2010 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Polityki Społecznej UW w Poznaniu.

#### 4. sektor ochotniczy – społeczeństwo obywatelskie (organizacje pozarządowe – NGO (ang. *non-governmental organizations*), nie nastawione na zysk (non-profit) – III sektor.

Strategia polityki społecznej na lata 2007–2013, określając cele priorytetowe, wyraźnie akcentuje, że podstawą rozwoju usług społecznych jest partnerstwo publiczno-społeczne. Opiera się ono na współpracy sektora I – administracji samorządowych z sektorem III – organizacjami pozarządowymi według konstytucyjnej zasady subsydiarności (pomocniczości). Budowanie partnerskich relacji między tymi sektorami ma służyć realizacji zadań publicznych oraz wspieraniu powstawania lokalnych inicjatyw obywatelskich jako formy skutecznego rozwiązywania problemów lokalnych, służących tworzeniu społeczeństwa obywatelskiego.

Współpraca organizacji i administracji może mieć zasadniczo dwie formy: pozafinansową oraz finansową. Do pozafinansowych form współpracy należą m.in.: wzajemne informowanie się o planowanych kierunkach działalności przez organy administracji publicznej i organizacje, konsultowanie z organizacjami pozarządowymi projektów aktów normatywnych w dziedzinach dotyczących działalności statutowej tych organizacji, konsultowanie projektów aktów normatywnych dotyczących sfery pożytku publicznego z radami pożytku publicznego, tworzenie wspólnych zespołów doradczych i inicjatywnych, składających się z przedstawicieli sektora pozarządowego i administracji publicznej.



Ryc. 29. Udział bezradności w prowadzeniu gospodarstwa domowego w powodach świadczenia pomocy społecznej w gminach aglomeracji poznańskiej w 2010 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Polityki Społecznej UW w Poznaniu.



Ryc. 30. Udział wielozbiorności w powodach świadczenia pomocy społecznej w gminach aglomeracji poznańskiej w 2010 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Polityki Społecznej UW w Poznaniu.

Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie przewiduje obowiązek uchwalenia przez organy stanowiące jednostek samorządu terytorialnego (radę gminy, powiatu, sejmik województwa) rocznych lub wieloletnich programów współpracy z organizacjami pozarządowymi.

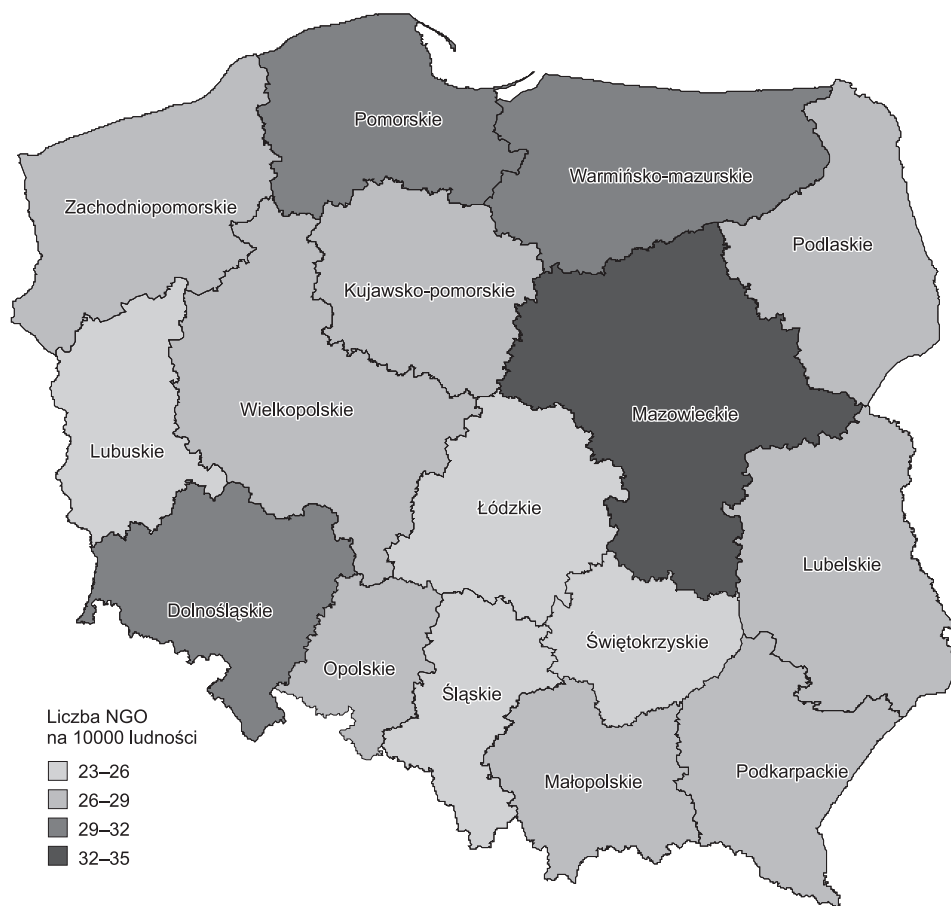
Organizacje i instytucje III sektora są różnie określane. Towarzyszą im zamiennie takie określenia, jak: organizacje charytatywne (dobroczynne), organizacje społeczne (działania i ich cele mają charakter społeczny), organizacje ochotnicze (wolontarystyczne), organizacje użyteczności publicznej (ich działania w zakresie ochrony zdrowia, szeroko rozumianej pomocy społecznej, akcji charytatywnych i edukacji stanowią aktywność dla dobra publicznego). Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie z 2003 r. wprowadziła prawną nazwę organizacji pożytku publicznego. To określenie odnosi się do tych organizacji, które uzyskały status pożytku publicznego i prowadzą działalność społeczną w dziedzinach ściśle określonych w ustawie, ogólnie dotyczących tzw. działalności pożytku publicznego, w ustawie nazwanych też sferą zadań publicznych.

W Polsce w 2010 r. zarejestrowanych w systemie REGON było ponad 107 tys. organizacji pozarządowych, tzw. podmiotów sekcji działalności organizacji członkowskich. W Wielkopolsce w tym czasie liczba organizacji społecznych wynosiła 9100. Na mapie poziomu rozwoju sektora pozarządowego (liczba podmiotów

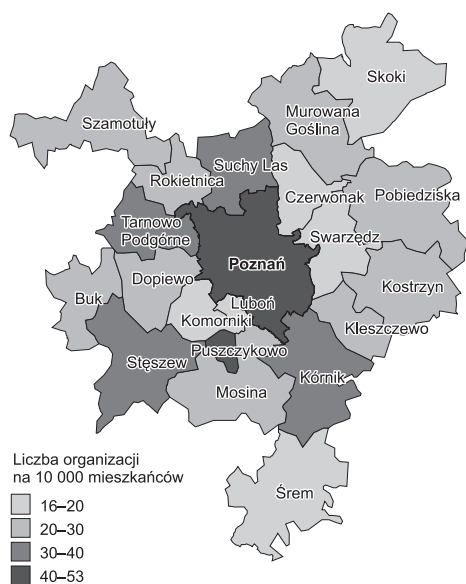
przypadająca na 10 tys. mieszkańców) Wielkopolska przyjmuje wartości zbliżone do średniej krajowej (patrz ryc. 31).

Jak podają autorzy raportu „Podstawowe fakty o organizacjach pozarządowych” (Stowarzyszenie Klon/Jawor 2008), natężenie występowania organizacji pozarządowych w Polsce rośnie wraz z wielkością miejscowości, a metropolie wydają się najlepszym środowiskiem dla powstawania i działania tych organizacji. Niemal co czwarta (24%) aktywna organizacja w Polsce ma siedzibę w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców, tam też jest największe ich „zagęszczenie” – średnio 33 organizacje na 10 tys. mieszkańców.

W Wielkopolsce ponad 30% wszystkich organizacji działa w Poznaniu (2,8 tys.), a wskaźnik poziomu rozwoju organizacji wynosi 53 na 10 tys. ludności, co stanowi o wyższej niż przeciętna dla dużych miast w Polsce aktywności tych podmiotów. Wśród pozostałych gmin aglomeracji poznańskiej wskaźnik ten jest dość silnie zróżnicowany (ryc. 32). Wysoki poziom reprezentuje miasto Puszczy-

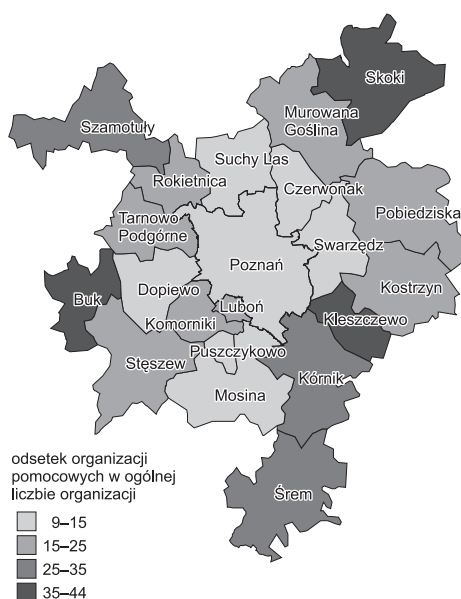


Ryc. 31. Poziom rozwoju organizacji pozarządowych w Polsce w 2010 r.  
Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS.



Ryc. 32. Poziom rozwoju organizacji pozarządowych w aglomeracji poznańskiej w 2010 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS i [www.ngo.pl](http://www.ngo.pl).



Ryc. 33. Udział pomocy społecznej w działaniach NGO w gminach aglomeracji poznańskiej w 2010 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS i [www.ngo.pl](http://www.ngo.pl).

kowo (ponad 50 na 10 tys. ludności), zaś najniższy gminy najbogatsze: Swarzędz, Komorniki, Luboń i Suchy Las (poniżej 17).

Jak podaje raport Stowarzyszenia Klondycka/Jawor, w 2008 r. najwięcej było w Polsce organizacji pozarządowych działających w obszarze „sportu, turystyki, rekreacji i hobby” (38,3%). Duży udział miały branże: „kultura i sztuka” (12,7% organizacji), „edukacja i wychowanie” (12,8%) oraz „usługi socjalne i pomoc społeczna” (11,2%) i „ochrona zdrowia” (7,7%).

Analiza zakresów działań organizacji pożytku publicznego w aglomeracji poznańskiej w 2010 r. wskazuje nieco inną strukturę branżową organizacji III sektora. Aż dla 50% z nich dziedziną aktywności była pomoc społeczna i ochrona zdrowia (szczególnie wsparcie osób niepełnosprawnych). Na kolejnych miejscach znalazły się „kultura i sztuka”, „sport” (po 13%) oraz „oświata i wychowanie” (9%). Jak pokazano na rycinie 33 odsetek organizacji działających w ramach pomocy społecznej jest dość silnie zróżnicowany w gminach aglomeracji poznańskiej, wykazując tendencję do większego udziału organizacji pomocowych w gminach położonych w dalszej odległości od Poznania.

Współpraca samorządów z organizacjami pomocowymi dotyczy nie tylko instytucji lokalnych (zarejestrowanych na terenie aglomeracji). Dla przykładu MOPR w Poznaniu współpracuje w realizacji swoich zadań z takimi organizacjami, jak: Polski Komitet Pomocy Społecznej, Polski Czerwony Krzyż, CARITAS, Katolickie Stowarzyszenie Civitas Christiana, Fundacja Pomocy Samotnej Matce Pro-Vita,

Kuchnia Społeczna Zgromadzenia Sióstr Urszulanek, Towarzystwo Przyjaciół Dzieci (wypoczynek letni dla dzieci), Fundacja Pomocy Wzajemnej Barka.

Organizacje pozarządowe tworzą zasób tzw. ekonomii społecznej. Pojęcie ekonomii społecznej, nazywanej w niektórych krajach przedsiębiorczością społeczną, jest bardzo szerokie. Najczęściej stosowana jest definicja, która za przedsiębiorczość społeczną uznaje działalność o głównie społecznych celach, której zyski w założeniu są reinwestowane w te cele lub we wspólnotę, a nie w celu maksymalizacji zysku lub zwiększenia dochodu udziałowców czy też właścicieli.

Wśród działających organizacji społecznych szczególną rolę w rozwoju ekonomii społecznej i działań z zakresu pomocy społecznej odgrywają spółdzielnie socjalne. Spółdzielnia socjalna to pierwsza w Polsce forma prawna, którą ustawa (z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych) wprost określiła jako przedsiębiorstwo społeczne. Spółdzielnie socjalne łączą działalność gospodarczą z integracją społeczną i zawodową członków – osób niepełnosprawnych lub doświadczających trudności na rynku pracy (długotrwale bezrobotni, byli więźniowie, narkomanii, bezdomni). Istnieją dwie możliwości uruchomienia spółdzielni socjalnej: przez osoby prawne lub przez osoby fizyczne. W przypadku osób prawnych spółdzielnię socjalną zakładają minimum dwa podmioty: jednostki samorządu terytorialnego lub organizacje obywatelskie.

W tworzeniu tych przedsiębiorstw „nowej ekonomii społecznej” w Polsce, znaczącą rolę odegrały inicjatywy powoływane w Wielkopolsce. W 1989 r. powstały w Wielkopolsce pierwsze wspólnoty – farmy jako przedsiębiorstwa społeczne rozwijające zarówno aspekty integracji społecznej, jak i działania gospodarcze dające możliwości utrzymania osobom, które straciły pracę w okresie transformacji ustrojowej w Polsce. Działania takie prowadziła głównie Fundacja Pomocy Wzajemnej Barka. Były one wyrazem samorządności obywatelskiej i posłużyły w latach 2003–2006 do stworzenia nowego systemu prawnego w Polsce, który regulował m.in. powstawanie centrów integracji społecznej, spółdzielni socjalnych, zakładów aktywności zawodowej, spółek o cechach non-profit tworzonych często w partnerstwie publiczno-społecznym (Sadowska 2010). Wykaz spółdzielni socjalnych zarejestrowanych na obszarze aglomeracji zawiera tabela 6.

W aglomeracji działa również wiele instytucji wspierających rozwój ekonomii społecznej. Najbardziej znaną w całej Polsce jest Fundacja Pomocy Wzajemnej Barka. W ramach wieloletnich i o szerokim zasięgu działań fundacji powstało m.in. Centrum Integracji Społecznej Piątkowo przy Stowarzyszeniu ETAP, zajmujące się aktywizacją społeczno-zawodową osób bezrobotnych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym. W powiązaniu z Barką powstała instytucja szkoleniowa Stowarzyszenie na rzecz Spółdzielni Socjalnych.

Jest ona również inicjatorem tworzonego w 2011 r. Wielkopolskiego Centrum Ekonomii Społecznej „Akademia Solidarności”. Celem tej instytucji, w której pracach wezmą udział eksperci ze świata nauki, kultury, biznesu, przedstawiciele sektora samorządowego i pozarządowego, jest wzmocnienie procesów społecznych, gospodarczych i kulturowych polegających na szukaniu najlepszych narzędzi wdrażania idei otwartości, w oparciu o politykę regionalną, dobre praktyki samorządów lokalnych oraz doświadczenia organizacji obywatelskich.

Tabela 6. Spółdzielnie społeczne działające w aglomeracji poznańskiej w 2010 r.

Logo	Nazwa spółdzielni
	Spółdzielnia Socjalna „MAXSTYL” w Poznaniu sklepy z „drugiej ręki”, zbiórka rzeczy używanych, renowacja mebli
	Wypożyczanie sprzętu sportowego oraz zapewnienie atrakcji dla plażowiczów nad Jeziorem Kierskim, Poznań
	Spółdzielnia Socjalna „Dąb” Owińska przy CIS Piątkowo, Poznań
	Spółdzielnia Socjalna „Tajemniczy ogród”, Poznań
	Spółdzielnia Socjalna „COOP”, produkcja rowerów nietypowych, Poznań
	Spółdzielnia Socjalna „Tamaryszek”, Poznań
	Pielęgnowanie zieleni i prowadzenie prac remontowo-wykończeniowych
	Spółdzielnia Socjalna „Pod Dachem”, Poznań
„ARTSMAK” Gastronomiczna Spółdzielnia Socjalna, Poznań, os. Sobieskiego	
Spółdzielnia Socjalna „Riksza” – pielęgnacja zieleni, przewóz pasażerów rikszą, Poznań	
Wielobranżowa Spółdzielnia Socjalna „Karinus” – skup surowców wtórnych i usługi transportowe, Poznań	
Wielobranżowa Spółdzielnia Socjalna „Sylka” – parking strzeżony i prace budowlane, Poznań	
„Witaj pl” Wielobranżowa Spółdzielnia Socjalna, Poznań	
„Samblask” Spółdzielnia Socjalna, Poznań	
Spółdzielnia Socjalna „Właśnie my” – opieka nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi	

Źródło: opracowanie własne na podstawie <http://www.spoldzielnie.org>.

Również wspomagający charakter dla podmiotów pomocy społecznej ma działalność Fundacji im. Królowej Polski św. Jadwigi w Puszczykówku. Projektem fundacji jest Centrum Ekonomii Społecznej Osób Niepełnosprawnych i Klub Integracji Społecznej.

W aglomeracji znaczny udział we współczesnym systemie pomocy społecznej mają także różne formy wolontariatu, którego rozwój z uwagi na wysoką użyteczność społeczną powinien być wspierany przez władze samorządowe.

## 2.6. Zakończenie

System pomocy społecznej w aglomeracji tworzą wszystkie szczeble administracji samorządowej. Uzupełniony o organizacje pozarządowe tworzy coraz bardziej spójny i odpowiadający na potrzeby społeczne system świadczenia usług socjalnych i zarządzania nimi. Cechy stanowiące o słabych i silnych stronach instytucjonalizacji pomocy społecznej w aglomeracji poznańskiej oraz zestaw szans i zagrożeń zawiera tabela 7.

Dobra na tle kraju sytuacja społeczno-gospodarcza Poznania i otaczających miasto gmin, podyktowana w szczególności wysoką przedsiębiorczością mieszkańców, zapewnia relatywnie zasobny w skali kraju kapitał społeczny. Udział powiatu poznańskiego i Poznania w świadczeniach pomocowych w województwie wielkopolskim nie jest duży, co oznacza, że skala problemów społecznych w regionie jest znacznie większa poza obszarem metropolitalnym. Jednak także w aglomeracji poznańskiej, mimo niskiej stopy bezrobocia, funkcjonują grupy mieszkańców zagrożonych wykluczeniem społecznym z powodu ubóstwa. Jak w każdej jednostce silnie zurbanizowanej występują tu dysfunkcje i patologie społeczne, związane z chorobami, alkoholizmem, narkomanią, przemocą w rodzinie i przestępczością. Szczególną i rosnącą grupę potencjalnych beneficjentów pomocy społecznej tworzą rodziny emerytów i rencistów, co jest wynikiem wejścia populacji aglomeracji w fazę zaawansowanej starości demograficznej. Z myślą o osobach starszych należy rozwijać specjalistyczne usługi zdrowotne i opiekuńcze, ofertę spędzania wolnego czasu i codziennej aktywności. Poprawy wymaga dostępność domów spokojnej starości. Działania pomocowe powiatu obejmą również rodziny w sytuacji kryzysu, rodziny zastępcze oraz osoby niepełnosprawne. Są to grupy o wysokim zagrożeniu wykluczeniem społecznym, stąd muszą być rozbudowywane te formy pomocy, które zapewnią integrację i aktywizację społeczną tych osób. Dlatego szczególne znaczenie na obszarze aglomeracji ma rozwój pomocy udzielanej w postaci pracy socjalnej, wspomaganiej pracą osób i organizacji pozarządowych.

Tabela 7. SWOT dla pomocy społecznej w aglomeracji poznańskiej

Silne strony	Słabe strony
<ul style="list-style-type: none"> <li>– duża ilość oferowanych akcji i programów społecznych</li> <li>– duża różnorodność form pomocy</li> <li>– rosnące znaczenie pracy socjalnej</li> <li>– pracownicy socjalni z długim stażem pracy i doświadczeniem w zakresie pomocy społecznej</li> <li>– wysoki poziom wykształcenia kadry</li> <li>– uczestnictwo pracowników pomocy w szkoleniach i doksztalcaniu się</li> <li>– duże zaangażowanie pracowników socjalnych w rozwiązywaniu problemów potrzebujących pomocy wspólnie z organizacjami pozarządowymi</li> <li>– współpraca urzędów pomocy socjalnej ze Strażą Miejską i Policją</li> <li>– rozbudowane plany działania, strategię pomocy społecznej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– niewystarczające środki finansowe przeznaczone na realizację zadań własnych i zleconych</li> <li>– dominacja form pomocowych nad prewencyjnymi</li> <li>– nadmierny biurokracyzm, silne sformalizowanie działań, rozbudowane procedury utrudniające szybką pomoc</li> <li>– długi okres oczekiwania na otrzymanie świadczeń</li> <li>– nie najlepsze warunki lokalowe służb socjalnych</li> <li>– słabe wyposażenie instytucji w środki techniczne (komputeryzacja, Internet)</li> <li>– zbyt mała ilość mieszkań socjalnych</li> <li>– słaba dostępność domów opieki społecznej</li> <li>– zbyt mała ilość likwidowanych barier architektonicznych</li> </ul>
Szanse	Zagrożenia
<ul style="list-style-type: none"> <li>– możliwości pozyskiwania środków unijnych</li> <li>– powstanie lepszego prawa (ustawa o wspieraniu rodziny), bardziej precyzyjnego</li> <li>– dobre rozpoznanie potrzeb społecznych, poprzez stałe monitorowanie poziomu życia, zjawiska ekskluzji społecznej oraz rejestr potencjalnych beneficjentów pomocy społecznej</li> <li>– rozwój gospodarczy aglomeracji, nowe miejsca pracy, ograniczanie zjawiska bezrobocia</li> <li>– przychylność władz dla inicjatyw ze strony fundacji, stowarzyszeń itp.</li> <li>– rozwój działań z zakresu ekonomii społecznej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wzrost patologii – narkomania, alkoholizm, przestępczość w wyniku pogorszenia sytuacji ekonomicznej (np. zagrożenie kryzysem finansowym)</li> <li>– wzrost liczby długotrwałych świadczeniobiorców pomocy społecznej i konieczność zwiększenia środków interwencji publicznej</li> <li>– powielanie z pokolenia na pokolenie nieprawidłowych modeli funkcjonowania rodzin</li> <li>– rozwarstwienie finansowe społeczeństwa, wzrost różnic dochodów wywołujących poczucie deprywacji i postawy roszczeniowe najmniej zarabiających</li> <li>– demograficzne starzenie się populacji</li> <li>– wzrost chorób psychicznych z tytułu stresu, przepracowania, zachwiania więzi rodzinnych itp.</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań, w tym wywiadów z pracownikami instytucji społecznych.

## Literatura

- Brotcorne L., Laporte G., Semet F., 2003. Ambulance location and relocation models. *European Journal of Operational Research*, 147: 451–463.
- Frączkiewicz-Wronka A. (red.), 2006. Ochrona zdrowia w regionie: aspekty organizacyjne i prawne. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Karola Adamieckiego, Katowice.
- Gaca M., Witkowski A., 2007. Realizacja programu medycyny ratunkowej w perspektywie województwa wielkopolskiego. *Przewodnik Lekarza*, 2: 240–246.
- Głowacka M.D., Mojs E. (red.), 2008. Szanse i bariery w ochronie zdrowia: wybrane aspekty organizacyjne, prawne i psychologiczne. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Poznań.
- Golinowska S., 2002. System ochrony zdrowia po trzech latach jego reformowania – raport syntetyczny. [W:] S. Golinowska (red.), *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*. Raporty CASE, Warszawa.
- Grochowski M., 1988. Rejonizacja służby zdrowia a dostępność usług medycznych. Warszawa.
- Grzybowski A., Bobrzyk S. (red.), 2001. Raport zdrowotny miasta Poznania za lata 1997–1999. Wydawnictwo Miejskie, Poznań.
- Gulliford M. i in., 2002. What does ‘access to health care’ mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7, 3.
- Kaczmarek U., 2008. Skala i zróżnicowanie przestrzenne pomocy społecznej w gminach powiatu poznańskiego. [W:] T. Kaczmarek, A. Mizgajski (red.), *Powiat poznański. Jakość przestrzeni i jakość życia*. Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań.
- Kisiała W., 2008. Zintegrowany system ratownictwa medycznego na obszarze aglomeracji poznańskiej. [W:] T. Kaczmarek, A. Mizgajski (red.), *Powiat poznański. Jakość przestrzeni i jakość życia*. Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań, s. 431–440.
- Kisiała W., 2009. System ratownictwa medycznego jako czynnik integrujący aglomerację. *Prace Naukowe Instytutu Zarządzania PWSZ w Kaliszu, Zeszyt Naukowy nr 17*. Kalisz.
- Korporowicz V., Godlewski M., 2006. Przemiany instytucjonalne w ochronie zdrowia w Polsce w dobie reformy. [W:] V. Korporowicz (red.), *Zdrowie i jego ochrona: między teorią a praktyką*. Warszawa.
- Kozierkiewicz A., 2006. Raport o ochronie zdrowia w Polsce: co zrobić, aby nowoczesna medycyna była dostępna dla pacjentów? Instytut Globalizacji, Warszawa.
- Lange O., 1963. *Ekonomia polityczna*. PWN, Warszawa.
- Łukomski J. (red.), 1996. Raport zdrowotny miasta Poznań. Wydawnictwo Miejskie, Poznań.
- Malczewski J., 1989. *Przestrzenna organizacja systemu placówek podstawowej ochrony zdrowia (na przykładzie dzielnicy Warszawa-Wola)*. Dokumentacja Geograficzna. IGiPZ PAN, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź.
- Marshall T., 1997. *Citizenship and social class*. [W:] *Welfare state. Historia, kryzys i przyszłość nowoczesnego państwa opiekuńczego*. Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Mizerski G., 2005. *Główne aspekty pojęciowe w marketingu usług*. Versus Consulting, Warszawa.
- Posern-Zielińska M. (red.), 1999. *Analiza usług publicznych w miastach. Wyniki badań: kultura, ochrona zdrowia, pomoc społeczna, transport*. Związek Miast Polskich, Poznań.
- Rajkiewicz A., 1979. *Polityka społeczna*. PWE, Warszawa.

- Ratyński W., 2003. Problemy i dylematy polityki społecznej w Polsce. T. 2. Difin, Warszawa.
- Sadowska B., 2010. Wielkopolska – ojczyzną gospodarki solidarnej. Dodatek Informacyjno-Promocyjny do Gazety Wyborczej 5(21)/13 grudnia 2010.
- Szarfenberg R., 2009. Europejska polityka społeczna – krótkie wprowadzenie. Przewodnik po europejskiej polityce społecznej. Wspólnota Robocza Związków Organizacji Społecznych WRZOS, Warszawa.
- Szarfenberg R., 2010. Standaryzacja usług społecznych.
- Tyszko P., 2006. Rodzaje i uwarunkowania świadczeń zdrowotnych w Polsce. [W:] V. Korporowicz (red.), Zdrowie i jego ochrona: między teorią a praktyką. Warszawa.
- Wańkiewicz W., 2004. Wskaźniki realizacji usług publicznych. Program Rozwoju Instytucjonalnego, Warszawa.
- Wiman R., 1990. Towards an integrated theory of help. The National Board of Social Welfare in Finland, Helsinki.
- Woźniak Z., 2010. Strategia polityki społecznej dla województwa wielkopolskiego do 2020 roku. Samorząd Województwa Wielkopolskiego, Poznań.
- Żukiewicz A., 2002. Praca socjalna ośrodków pomocy społecznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.

## Materiały źródłowe

- Odnowiona agenda społeczna. Możliwości, dostęp i solidarność w Europie XXI wieku 2008. Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów, Bruksela.
- Plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa wielkopolskiego na lata 2008–2010. Wojewoda Wielkopolski.
- Plan Zdrowotny Miasta Poznania na lata 2003–2008, 2003. Główne kierunki działań na rzecz zdrowia poznaniaków. Urząd Miasta Poznania, Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych, Wydawnictwo Miejskie, Poznań.
- Podstawowe fakty o organizacjach pozarządowych, 2008. Raport. Stowarzyszenie Klon/Jawor.
- Program Zdrowotny Powiatu Poznańskiego na lata 2009–2013, 2000. Poznań.
- Strategia polityki społecznej na lata 2007–2013. Dokument przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 13 września 2005 r. towarzyszący realizacji Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007–2013. Ministerstwo Polityki Społecznej.
- Strategia Strategii Rozwoju Powiatu Poznańskiego na lata 2006–2013. Załącznik do uchwały XXXVII/348/II/2006 Rady Powiatu Poznańskiego z dnia 31 stycznia 2006 r.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. nr 64, poz. 593 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 roku o spółdzielniach socjalnych (Dz.U. nr 94, poz. 651).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004.210.2135 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.1991.91.408 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006.191.1410 z późn. zm.).



**W serii Biblioteka Aglomeracji Poznańskiej ukazały się dotychczas:**

**2010**

1. Leśnictwo i gospodarka leśna na obszarze aglomeracji poznańskiej
2. Zasoby przyrodnicze i ich ochrona w aglomeracji poznańskiej
3. Krajobraz i dziedzictwo kulturowe wsi w aglomeracji poznańskiej
4. Wyzwania i kierunki rozwoju aglomeracji poznańskiej
5. Rynek pracy i mobilność siły roboczej w aglomeracji poznańskiej
6. Marketing terytorialny w aglomeracji poznańskiej
7. Sport w aglomeracji poznańskiej
8. Transport w aglomeracji poznańskiej

**2011**

9. Strategie rozwoju wybranych obszarów metropolitalnych w Europie. Rekomendacje dla aglomeracji poznańskiej
10. Infrastruktura techniczna i usługi komunalne w aglomeracji poznańskiej
11. Potencjał gospodarczy aglomeracji poznańskiej
12. Spójność terytorialno-administracyjna aglomeracji poznańskiej
13. Procesy demograficzne w aglomeracji poznańskiej w latach 1999–2009
14. Organizacja przestrzenna i funkcjonowanie usług edukacyjnych w aglomeracji poznańskiej
15. Funkcjonowanie i integracja aglomeracji poznańskiej w opinii mieszkańców i polityków lokalnych
16. Gospodarka rolna w aglomeracji poznańskiej
17. Usługi zdrowotne i socjalne w aglomeracji poznańskiej
18. Założenia i proces budowy strategii rozwoju aglomeracji poznańskiej