



PROGRAMY POLITYKI ZDROWOTNEJ bez tajemnic



Bernadeta Skóbel
Rafał Rudka

Warszawa, październik 2016 r.

Programy polityki zdrowotnej bez tajemnic

AUTORZY

Bernadeta Skóbel

Radca prawny, kierownik Działu Monitoringu Prawnego i Ekspertyz w Biurze Związku Powiatów Polskich, redaktorka Dziennika Warto Wiedzieć.

Specjalizuje się w zagadnieniach z obszaru polityki społecznej i ochrony zdrowia. Ekspert ZPP w Zespole ds. Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego. Autorka wielu opinii prawnych i analiz w obszarze ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Wykładowca na szkoleniach kierowanych do pracowników sektora publicznego. Współautorka m.in. publikacji „Marsz po zdrowie. Poradnik tworzenia i wdrażania samorządowych programów zdrowotnych”, „Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować?”.

Absolwentka studiów podyplomowych z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia.

Rafał Rudka

Kierownik Działu Współpracy, Informacji, Analiz i Programów Związku Powiatów Polskich, redaktor naczelny Dziennika Warto Wiedzieć (www.wartowiedziec.org), członek Zarządu Powiatu Bocheńskiego, ekspert konkursu „Samorządowy Lider Zarządzania” w zakresie ochrony zdrowia. Autor wielu wydawnictw, ekspertyz i analiz dotyczących zadań i kompetencji samorządu terytorialnego, w tym „Analizy zarządzania szpitalami powiatowymi funkcjonującymi jako spółki prawa handlowego”. Współautor publikacji „Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować?”.

Absolwent studiów podyplomowych z zakresu zarządzania w opiece zdrowotnej.

REDAKCJA I SKŁAD

Bernadeta Skóbel i Rafał Rudka

KOREKTA

Tomasz Smaś

WYDAWCA

Związek Powiatów Polskich

Plac Defilad 1

00-901 Warszawa

ZDJĘCIA

Archiwum ZPP i Fotolia LLC

ISBN

978-83-62251-19-3

Tytułem wstępu

Szanowni Państwo,

Samorządy terytorialne rokrocznie opracowują i wdrażają kilkaset programów polityki zdrowotnej. Swym zasięgiem obejmując znaczącą część mieszkańców Polski.

Programy realizowane przez samorządy terytorialne charakteryzują się dużą efektywnością, co w konsekwencji wpływa na poziom zdrowotności społeczeństwa.

Wdrażanie dobrych programów polityki zdrowotnej jest efektem stopniowego powiększania się grupy osób pracujących w samorządach, którzy doskonale czując tą specyfikę wyrastają na lokalnych liderów prozdrowotnych działań.


Warto jednak wspomnieć, że w dalszym ciągu wiedza o tym w jaki sposób opracować poprawny i dobry program polityki zdrowotnej nie jest powszechna. Wciąż duża liczba projektów programów przekazywanych do zaopiniowania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nie uzyskuje opinii pozytywnej.

Przygotowując realizację programu polityki zdrowotnej, samorządowcy często nie wiedzą od czego zacząć, na co zwrócić szczególną uwagę i o czym nie zapomnieć, by spełniał on wymogi prawne, czy też medyczne.

Dostrzegając potrzebę udzielenia samorządom terytorialnym wsparcia w zakresie wyjaśnienia wszystkich przepisów regulujących to zadanie eksperci Związku Powiatów Polskich przygotowali przedmiotowy poradnik. Kierowany jest on przede wszystkim do pracowników samorządów gminnych i powiatowych. Wierzymy, że będzie praktycznym narzędziem wspierającym osoby zajmujące się w samorządach terytorialnych przygotowaniem programów polityki zdrowotnej.

Życzę sukcesów w codziennych działaniach.



Prezes Zarządu
Związku Powiatów Polskich

Ludwik Węgrzyn



Spis treści

Tytułem wstępu.....	1
Zadania jednostek samorządu terytorialnego z zakresu promocji i ochrony zdrowia - samorządowe ustawy ustrojowe a zdrowie.....	3
Programy polityki zdrowotnej jako instrument realizacji zadań w obszarze zdrowia przez jednostki samorządu terytorialnego	6
W jakim zakresie samorządy realizują programy polityki zdrowotnej	8
Skutki wejścia w życie ustawy o zdrowiu publicznym dla realizacji programów polityki zdrowotnej	15
Obszary w których samorządy najczęściej podejmują działania profilaktyki zdrowotnej.....	17
Schemat programu polityki zdrowotnej.....	19
Procedura opiniowania projektu programu polityki zdrowotnej.....	23
Kryteria oceny programów polityki zdrowotnej.....	29
Organ właściwy do przyjęcia programu polityki zdrowotnej	39
Finansowanie programów polityki zdrowotnej.....	40
Wybór realizatora programu polityki zdrowotnej.....	41
Obowiązki sprawozdawcze.....	45
Kontrola przez Najwyższą Izbę Kontroli jednostek samorządu terytorialnego realizujących programy polityki zdrowotnej	47
Wykaz skrótów i oznaczeń.....	48
Wykaz aktów prawnych.....	49
Przydatne strony internetowe.....	50
Spis tabel, map i wykresów	51



Zadania jednostek samorządu terytorialnego z zakresu promocji i ochrony zdrowia - samorządowe ustawy ustrojowe a zdrowie

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5 u.s.g. do zadań własnych gminy należy zaspokajanie zbiorowych potrzeb lokalnej wspólnoty. W szczególności zadania własne obejmują sprawy ochrony zdrowia. Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 2 u.s.p. powiat wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Samorząd województwa wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami, w szczególności w zakresie promocji i ochrony zdrowia (art. 14 ust. 1 pkt 2 u.s.w.). Skonkretyzowania zadań jednostek samorządu terytorialnego w zakresie promocji i ochrony zdrowia należy szukać w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 7-9 powołanej ustawy:



- ✓ do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:
 - 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy;
 - 2) przekazywanie powiatowi informacji o realizowanych programach polityki zdrowotnej;
 - 3) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami;
 - 4) podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.
- ✓ do zadań własnych powiatu w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:
 - 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu - po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami;
 - 2) przekazywanie marszałkowi województwa informacji o realizowanych na terenie powiatu programach polityki zdrowotnej;
 - 3) inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu;
 - 4) pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia;
 - 5) podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.



- ✓ Do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez samorząd województwa należy w szczególności:
 - 1) opracowywanie, realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami;
 - 2) przekazywanie wojewodzie informacji o realizowanych na terenie województwa programach polityki zdrowotnej;
 - 3) opracowywanie i wdrażanie programów innych niż określone w pkt 1 służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia;
 - 4) inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia;
 - 5) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.

Warto nadmienić, że ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw do u.ś.o.z. wprowadzono nową jednostkę redakcyjną art. 9a. Zgodnie z przywołanym przepisem w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Ponieważ wskazane zadanie dotyczy mechanizmu współfinansowania przez jednostki samorządu terytorialnego świadczeń gwarantowanych a przedmiotem niniejszego podręcznika jest realizacja programów polityki zdrowotnej jedynie wzmiankujemy o dokonaniu tej nowelizacji. Zwracamy jednak uwagę, że w poprzednich latach samorządy zgłaszały do AOTMiT projekty programów polityki zdrowotnej (dawniej programów zdrowotnych) oraz realizowały takie programy, które swym przedmiotem obejmowały świadczenia gwarantowane. Abstrahując od prawidłowości takich działań, w kontekście kryteriów jakie musiał i nadal musi spełniać program, w aktualnym stanie prawnym realizacja takich zadań nie powinna odbywać się poprzez realizację programów polityki zdrowotnej, tylko na podstawie procedury przewidzianej w art. 9b u.ś.o.z. Decyzja o finansowaniu świadczeń gwarantowanych nie wymaga opinii AOTMiT. Świadczenia gwarantowane są finansowane na podstawie umowy zawartej pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego a świadczeniodawcą wyłonionym w drodze konkursu ofert. Natomiast w przypadku gdy jednostka lub jednostki samorządu terytorialnego są w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej:

- 1) podmiotami tworzącymi dla podmiotu leczniczego;
- 2) jedynymi albo większościowymi wspólnikami, albo akcjonariuszami w spółce kapitałowej będącej podmiotem leczniczym,

który udziela już świadczeń gwarantowanych w zakresie, który ma być objęty przedmiotem dofinansowania – umowę tę zawiera się w pierwszej kolejności z tym podmiotem.

W takim przypadku nie przeprowadza się konkursu ofert, oraz nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.



Umowa powinna określać w szczególności:

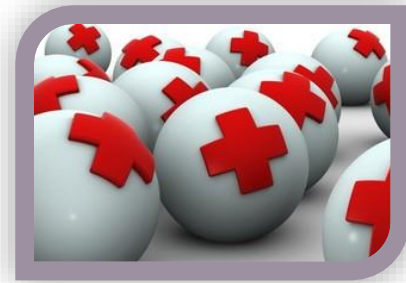
- 1) rodzaj, zakres i liczbę udzielanych świadczeń gwarantowanych, warunki oraz organizację udzielania tych świadczeń;
- 2) okres jej obowiązywania;
- 3) kwotę zobowiązania oraz zasady rozliczeń, z uwzględnieniem taryfy świadczeń, w przypadku jej ustalenia;
- 4) sposób i tryb kontroli wykonania umowy.

W przypadku gdy świadczeniodawca jest stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, umowa może obejmować wyłącznie świadczenia gwarantowane udzielane ponad kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy w danym zakresie.



Programy polityki zdrowotnej jako instrument realizacji zadań w obszarze zdrowia przez jednostki samorządu terytorialnego

Jak już wcześniej nadmieniono program polityki zdrowotnej jest jednym z instrumentów realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego zadań w obszarze zdrowia na rzecz społeczności lokalnej. 1 stycznia 2015 r. weszła w życie ustawa z 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (dalej nowelizacja u.ś.o.z. z 2014 r.), która wprowadziła szereg zmian m.in. w zakresie realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego zadań z obszaru ochrony zdrowia.



Nowelizacją wprowadzono zmianę nazwy programów realizowanych przez samorząd z programów zdrowotnych na programy polityki zdrowotnej. Zmiana miała w istocie znacznie kosmetyczne, a jej celem było bardziej czytelne rozróżnienie programów realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia od programów realizowanych przez ministrów i jednostki samorządu terytorialnego.

W konsekwencji do ustawy wprowadzono definicję legalną programu polityki zdrowotnej, która stanowi powtórzenie definicji programu zdrowotnego, z różnicą dotyczącą wyłącznie podmiotu odpowiedzialnego za realizację.

Pomimo tego, że zmiana miała charakter czysto redakcyjny, nie zmienia to faktu, że jednostki samorządu terytorialnego po 1 stycznia 2015 r. winny posługiwać się nowym nazewnictwem w odniesieniu do nowych programów. Zwróciła na to uwagę również Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Opinii Prezesa AOTMiT nr 67/2015 z 30 marca 2015 r.

Warto również nadmienić, że zgodnie z art. 16 ust. 1 nowelizacji u.ś.o.z. z 2014 r. do programów zdrowotnych realizowanych w dniu wejścia ww. ustawy zastosowanie mają przepisy dotychczasowe.

*Zgodnie z art. 5 pkt 29a u.ś.o.z. **program polityki zdrowotnej** to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego.*



Należy zauważyć, że już sama definicja programu polityki zdrowotnej determinuje treść i kształt tego dokumentu.

Program nie może być zbiorem przypadkowych działań (mają one być zaplanowane i uzasadnione), powinien być umiejscowiony w ramach czasowych, w których mogą być osiągnięte założone z góry cele.

Działania w ramach programu nie mogą mieć charakteru eksperymentalnego (podejmowane działania mają być oceniane jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione).

Należy również nadmienić, że programy polityki zdrowotnej, wbrew powszechnemu przekonaniu, nie muszą się ograniczyć wyłącznie do działań profilaktycznych. Z definicji programu wynika bowiem, że działania podejmowane w ramach programu mają być odpowiedzią na określone potrzeby zdrowotne, a zatem mogą obejmować również udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Program powinien również definiować adresatów planowanych do realizacji działań.

Szerzej o elementach jakie powinien zawierać projekt programu oraz warunków jakie dokument ten powinien spełniać (aby odpowiadał wymogom ustawowym) będzie mowa w dalszej części podręcznika.

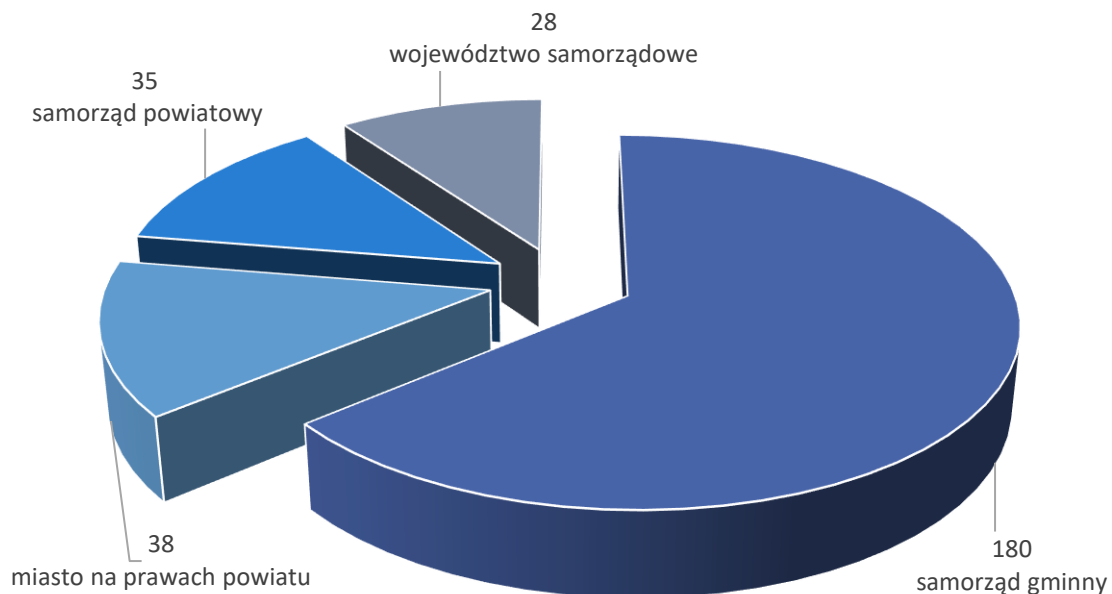


W jakim zakresie samorządy realizują programy polityki zdrowotnej

Z przeprowadzonych przez Związek Powiatów Polskich analiz wynika, że najczęściej programów polityki zdrowotnej zgłaszają samorządy gminne – w roku 2014 stanowiło to 64 proc. wszystkich opiniowanych przez Agencję programów (w tym 42 proc. pochodziło od gmin miejskich, a pozostałe 22 proc. od gmin wiejskich). Jako następne w kolejce znajdowały się miasta na prawach powiatu (14 proc.), samorządy powiatowe (12 proc.) oraz samorządy wojewódzkie (10 proc.)

Sytuację tą prezentuje poniżej zamieszczony wykres.

Wykres 1. Liczba programów polityki zdrowotnej zgłoszonych do AOTMiT przez poszczególne rodzaje samorządów terytorialnych w 2014 roku



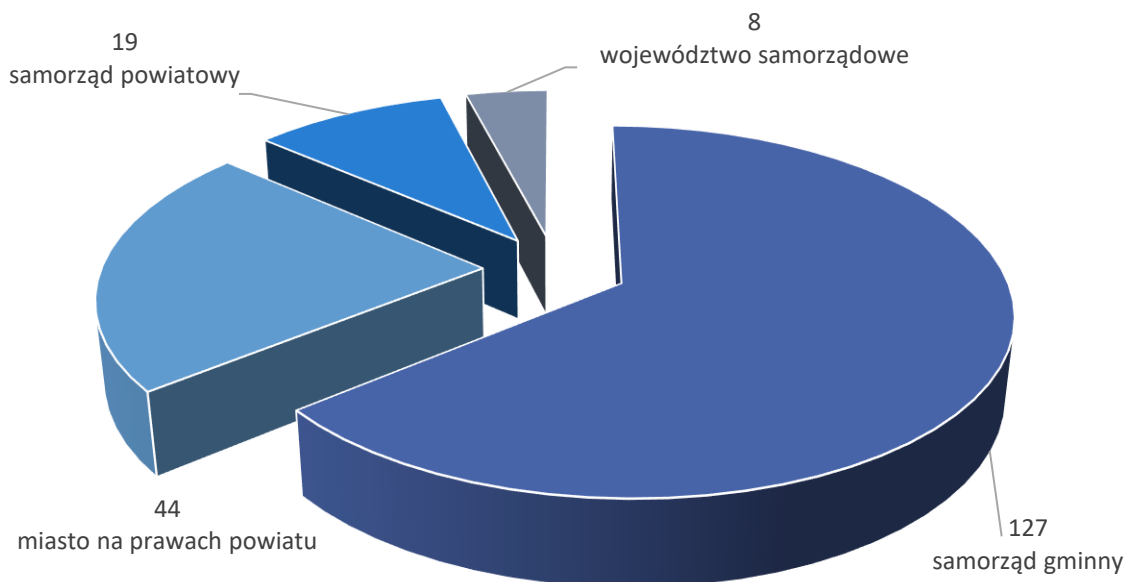
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT

Podobna sytuacja miała miejsce w roku 2015. Programy skierowane do Agencji przez samorządy gminne stanowiły także 64 proc. wszystkich opiniowanych programów (w tym 64 proc. pochodziło od gmin miejskich, a pozostałe 36 proc. od gmin wiejskich). Jako następne w kolejce ułożone były miasta na prawach powiatu (22 proc.), samorządy powiatowe (10 proc.) oraz samorządy wojewódzkie (4 proc.).



Zobrazowano to na poniżej zamieszczonym wykresie.

Wykres 2. Liczba programów polityki zdrowotnej zgłoszonych do AOTMiT przez poszczególne rodzaje samorządów terytorialnych w 2015 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT

Tak więc proporcje ilości zgłaszanych przez jednostki samorządu terytorialnego do AOTMiT programów polityki zdrowotnej pomiędzy poszczególnymi rodzajami samorządów terytorialnych bywają zróżnicowane lecz w każdym roku największy odsetek stanowią programy zgłaszane przez samorządy gminne.

Należy jednak dodać, że przedstawione powyżej zobrazowania nie oddają pełnej istoty sprawy. Bowiem jeżeli odniesiemy liczbę zgłaszanych programów do liczby jednostek samorządu terytorialnego danej kategorii to obraz znacząco się zmieni.

*Analizując liczbę zgłaszanych programów polityki zdrowotnej przez poszczególne kategorie jednostek samorządu terytorialnego w odniesieniu do liczby danego szczebla JST w Polsce dowiadujemy się, że **najaktywniejszą grupą są jednak województwa samorządowe i miasta na prawach powiatu**, dużo dalej plasują się samorządy powiatowe i pozostałe samorządy gminne.*



Tabela 1. Zobrazowanie proporcji liczby zgłaszanych programów polityki zdrowotnej do AOTMiT do liczby danej kategorii JST w latach 2014 i 2015

	liczba JST	liczba zgłaszanych programów polityki zdrowotnej	proporcja liczby zgłaszanych programów polityki zdrowotnej do liczby JST
2014 rok			
samorząd gminny (bez miast na prawach powiatu)	2412	180	7 proc.
miasto na prawach powiatu	66	38	58 proc.
samorząd powiatowy	314	35	11 proc.
samorząd wojewódzki	16	28	175 proc.
2015 rok			
samorząd gminny (bez miast na prawach powiatu)	2412	127	5 proc.
miasto na prawach powiatu	66	44	66 proc.
samorząd powiatowy	314	19	6 proc.
samorząd wojewódzki	16	8	50 proc.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT

Kolejnym dopełnieniem kreślonego obrazu jest próba przedstawienia rozkładu terytorialnego tych JST, które zgłaszają propozycje swoich programów polityki zdrowotnej do zaopiniowania przez AOTMiT.

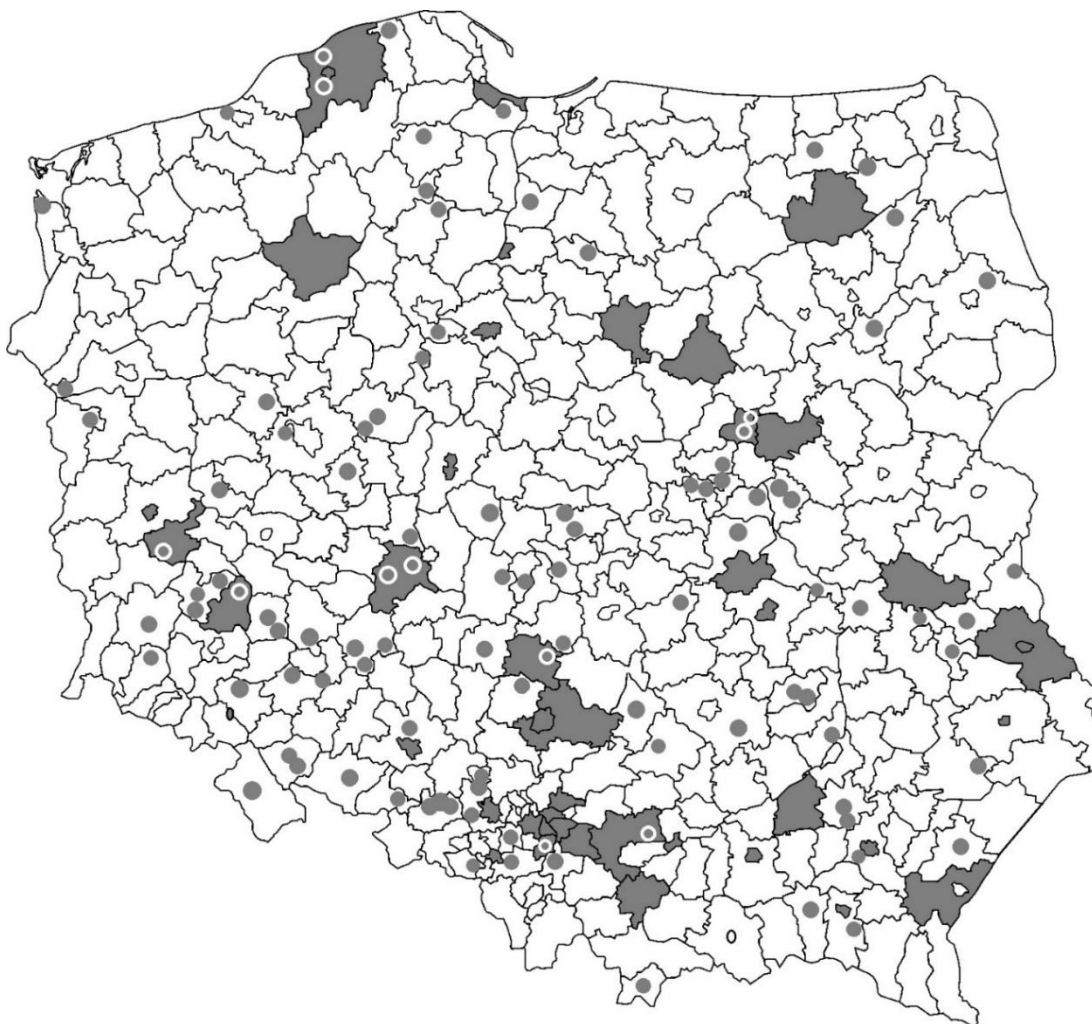
Próba ta została podjęta dla przykładowych dwóch ostatnich lat.

Tak więc, po przeniesieniu na mapę Polski samorządów, które w 2014 roku złożyły w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji projekt programu zdrowotnego, otrzymujemy potwierdzenie ogromnego zróżnicowania terytorialnego wśród realizatorów programów polityki zdrowotnej.



Zobrazowanie to zostało ujęte na poniżej zamieszczonej mapie.

Mapa 1. Gminy, powiaty i miasta na prawach powiatu, które złożyły w 2014 roku program polityki zdrowotnej do zaopiniowania przez AOTMiT



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT

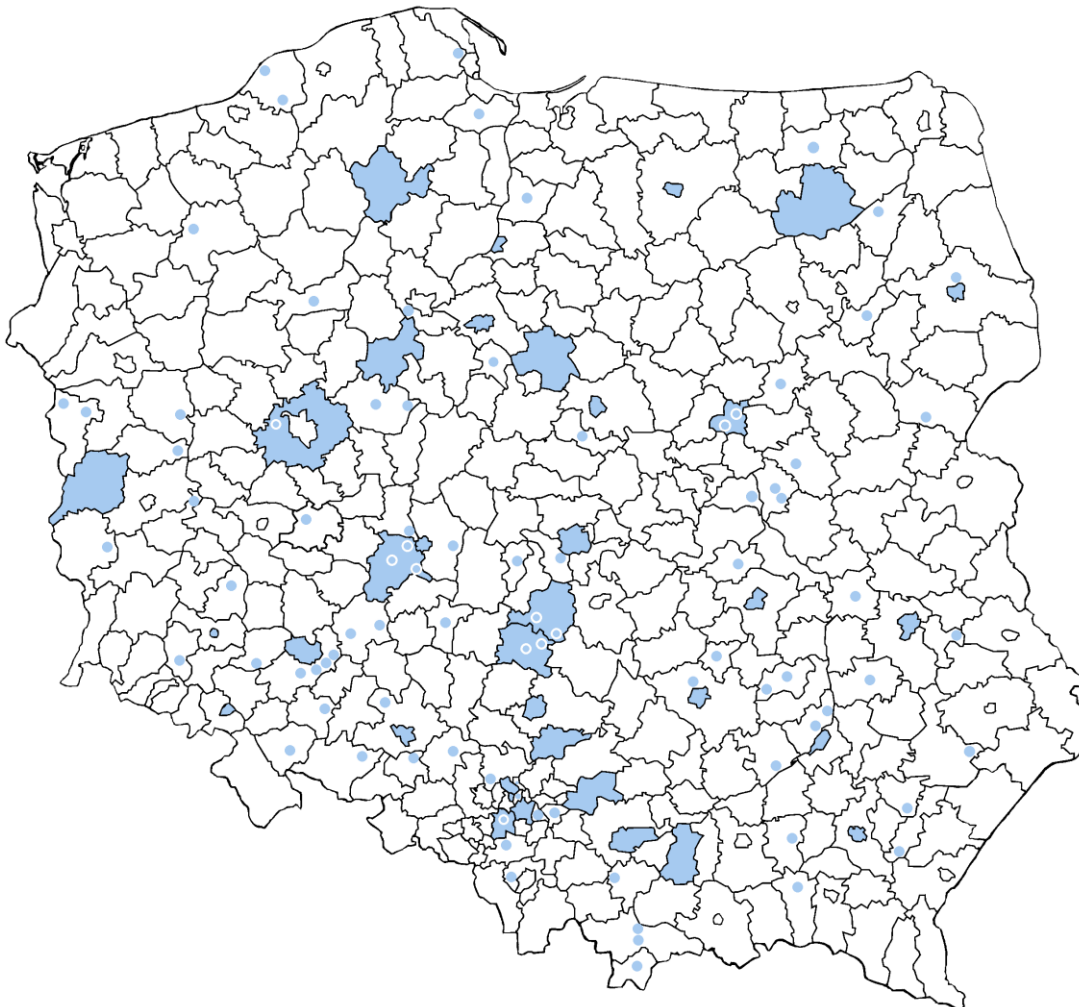
Warto zwrócić uwagę, że w 2014 roku dość niepokojącym było nikłe, albo wręcz żadne zainteresowanie programami polityki zdrowotnej przez samorządy terytorialne z obszarów niektórych województw. Północno-zachodnia oraz środkowo-wschodnia część Polski była wówczas praktycznie „białą plamą” na mapie realizatorów nowych programów polityki zdrowotnej. Najwięcej programów, w 2014 roku, zgłoszono do oceny z województw: śląskiego, dolnośląskiego i mazowieckiego.

Niestety niemal analogiczna sytuacja występuje rok później.



Rozkład na mapie Polski samorządów które złożyły do AOTMiT programy polityki zdrowotnej w roku 2015 zaprezentowano na poniżej zamieszczonej mapie.

Mapa 2. Gminy, powiaty i miasta na prawach powiatu, które złożyły w 2015 roku program polityki zdrowotnej do zaopiniowania przez AOTMiT



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT

Warto dodać, że istnieje bardzo duża grupa samorządów szczebla gminnego i powiatowego, która zgłasza do Agencji nawet po kilkanaście programów w danym roku.

Charakterystyczna jest także polaryzacja działania samorządów. Wiele spośród nich nie realizuje żadnego programu, a na przeciwnym biegunie są te, które prowadzą ich po kilka lub nawet kilkanaście.

W przypadku województw samorządowych w 2014 roku 10 z nich podjęto starania zmierzające do realizacji nowego programu polityki zdrowotnej na swoim terenie. Liderem była Wielkopolska

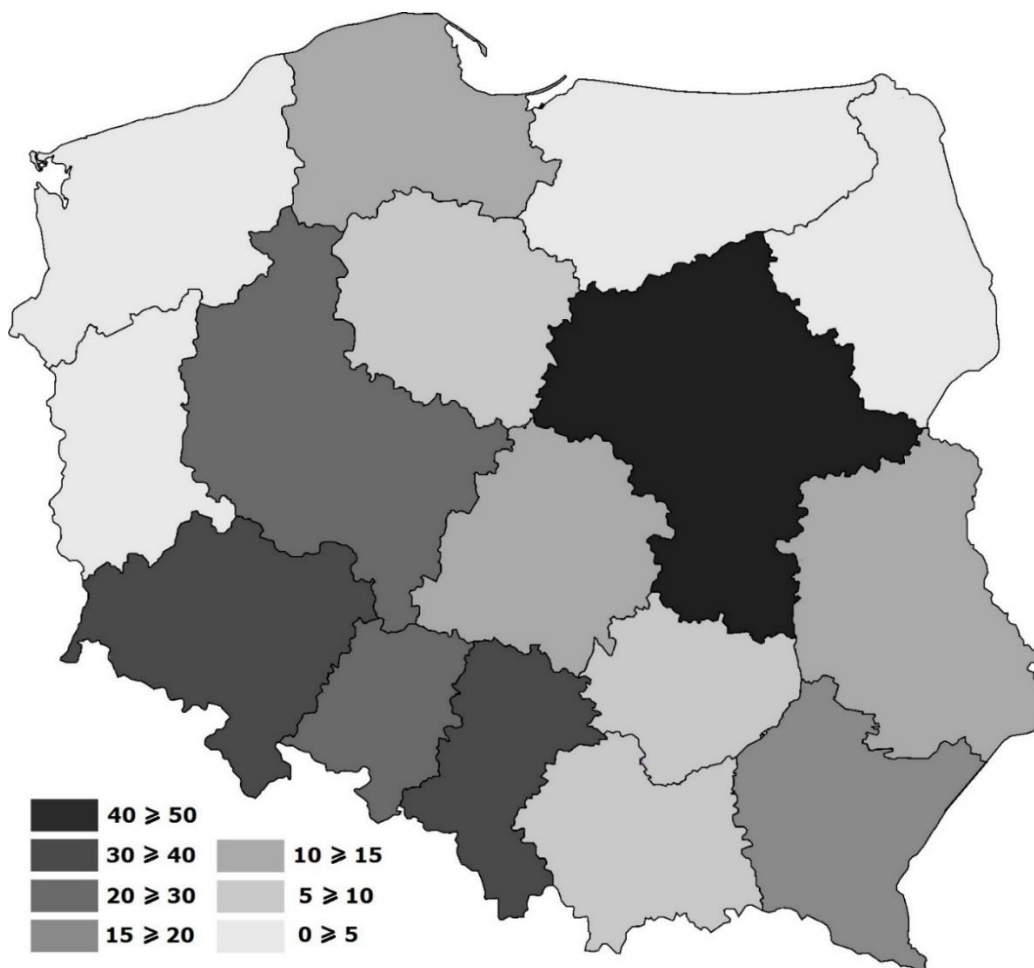


zgłaszająca 8 programów, kolejne były Mazowsze i Ziemia Łódzka po 4 programy, dalej po 2 programy zgłosiły województwa: kujawsko-pomorskie, lubelskie, małopolskie; z kolei po 1 programie – województwa: dolnośląskie, opolskie, podkarpackie oraz pomorskie.

W 2015 roku niestety już tylko 4 województwa samorządowe złożyły propozycje programów polityki zdrowotnej do Agencji. Były to województwa: łódzkie (z 4 propozycjami), lubuskie (z 2), dolnośląskie i lubelskie (po 1 propozycji).

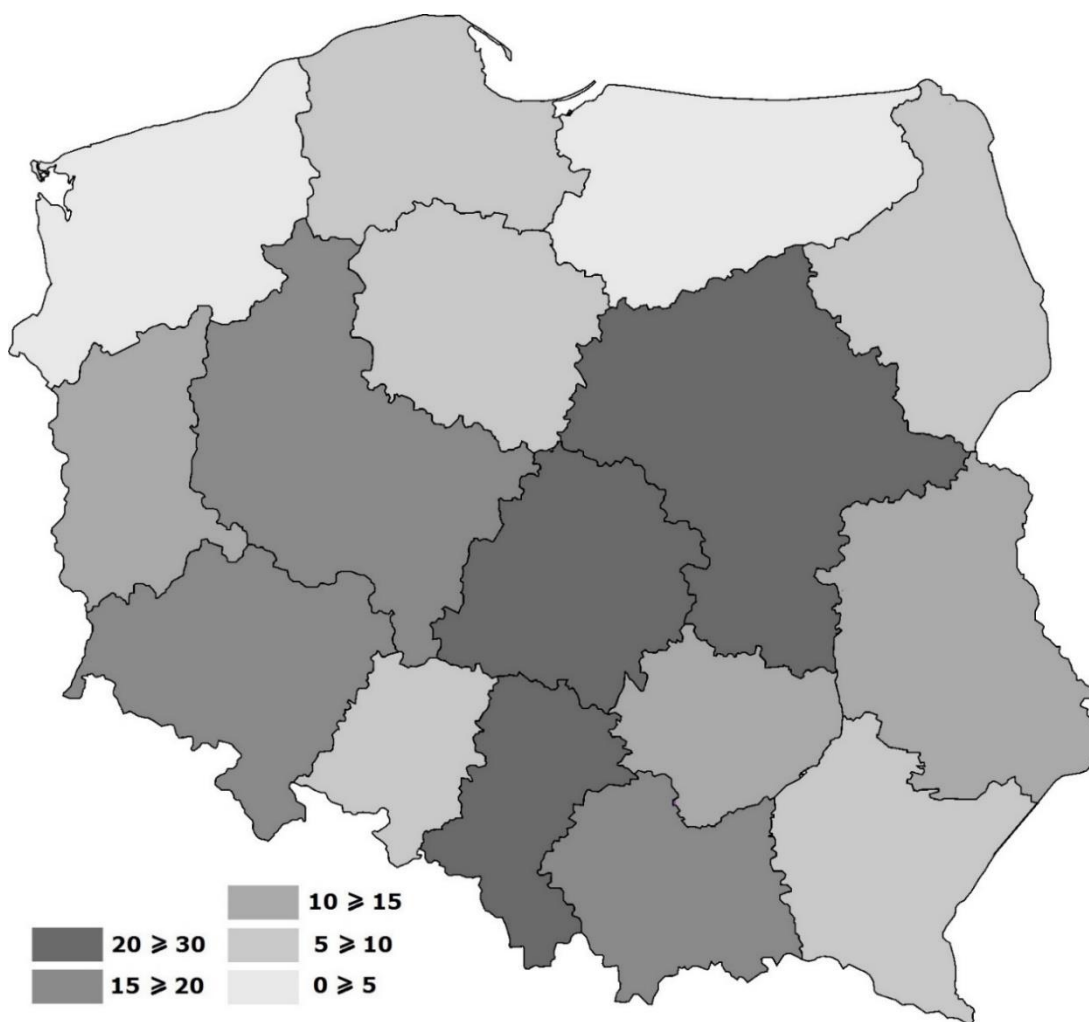
łącznie najwięcej programów polityki zdrowotnej zgłaszają do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji samorządy z województwa mazowieckiego (49 w 2014 r. i 28 w 2015 r.), nieco mniej z Dolnego Śląska (40 w 2014 r., 19 w 2015 r.) oraz Śląska (36 w 2014 r., 23 w 2015 r.). Trend ten utrzymuje się od dłuższego czasu, gdyż dla przykładu w roku 2012 najwięcej programów polityki zdrowotnej do AOTMiT zgłaszanych było właśnie z województw: śląskiego (65), dolnośląskiego (47), małopolskiego (35) i mazowieckiego (30). Niestety, bez zmian, najmniej programów zgłaszanych jest z województw warmińsko-mazurskiego (4 w 2014 r., a 2 w 2015 r.) oraz zachodniopomorskiego (2 w 2014 r. i 3 w 2015 r.).

Mapa 3. Liczba programów polityki zdrowotnej zgłoszonych do zaopiniowania przez AOTMiT w 2014 roku, w podziale na województwa.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT

Mapa 4. Liczba programów polityki zdrowotnej zgłoszonych do zaopiniowania przez AOTMiT w 2015 roku, w podziale na województwa



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT

Z powyższych map wyraźnie rysuje się obraz mocnej centralnej i centralno-południowej części Polski (województwa: mazowieckie, łódzkie, śląskie, wielkopolskie i dolnośląskie) oraz zdecydowanie odbiegającej północnej Polski (województwa: zachodniopomorskie, pomorskie i warmińsko-mazurskie).

Kontynuując należy jednak wskazać, że tylko 201 propozycji programów polityki zdrowotnej w roku 2014 oraz 143 w roku 2015 zgłaszanych przez samorządy terytorialne uzyskały pozytywną lub warunkowo pozytywną opinię AOTMiT.

Można więc wysnuć smutny wniosek, że jedynie nieco ponad 7 proc. w roku 2014 i już tylko nieco ponad 5 proc. w roku 2015 samorządów zgłosiło do Agencji dobrze przygotowany projekt nowego programu polityki zdrowotnej.



Skutki wejścia w życie ustawy o zdrowiu publicznym dla realizacji programów polityki zdrowotnej

Zanim przejdziemy do szczegółowego omawiania zasad opracowania i realizacji programów polityki zdrowotnej warto wspomnieć, że pośrednio wpływ na realizację zadań programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego ma ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.



Pojęcie zdrowia publicznego nie zostało tu jednak zdefiniowane. Niemniej jednak ustawodawca wskazał zadania z zakresu zdrowia publicznego, tj.:

- 1) monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
- 2) edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych;
- 3) promocję zdrowia;
- 4) profilaktykę chorób;
- 5) działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
- 6) analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
- 7) inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego;
- 8) rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
- 9) ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;
- 10) działania w obszarze aktywności fizycznej.

Zgodnie z art. 3 ust. 1 powołanej ustawy zadania z zakresu zdrowia publicznego realizują, współdziałając ze sobą, organy administracji rządowej, zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej, państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze, a także jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia.

Zgodnie z ust. 3 w realizacji zadań w zakresie monitorowania i oceny stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa samorząd gminy oraz samorząd powiatu mogą współpracować z samorządem województwa.

Dokumentem ustanawianym w celu realizacji polityki zdrowia publicznego jest Narodowy Program Zdrowia, którego realizacja ma opierać się na współdziałaniu organów administracji rządowej, JST oraz innych podmiotów wskazanych jako realizatorzy ustawy.



Rada Ministrów 4 sierpnia 2016 r. przyjęła rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. Jako cel strategiczny NPZ wskazano wydłużenie życia w zdrowiu, poprawę zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu, a jako cele operacyjne:

- 1) poprawę sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa;
- 2) profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi;
- 3) profilaktykę problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa;
- 4) ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki;
- 5) promocję zdrowego i aktywnego starzenia się;
- 6) poprawę zdrowia prokreacyjnego.

Zadania wskazane NPZ wykraczają daleko poza realizację zadań wyłącznie w obszarze ochrony zdrowia w ścisłym tego słowa znaczeniu. Można zauważyć próbę odejścia o „resortowego” podejścia do rozwiązywania problemów zdrowotnych ludności.

Wśród zadań gdzie jednostki samorządu terytorialnego wskazano jako realizatora znalazły się m.in.: tworzenie warunków umożliwiających kształtowanie i utrzymanie prawidłowych wzorców odżywiania i aktywności fizycznej w środowiskach nauki, pracy, służby i wypoczynku oraz tworzenie grup wsparcia dla osób z otyłością.

Zgodnie z Narodowym Programem Zdrowia od 2017 r. Narodowy Fundusz Zdrowia ma zapewniać dofinansowania programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na utrzymanie prawidłowej masy ciała realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego ze środków NFZ, w wysokości 80% dla miejscowości poniżej 5 tys. mieszkańców oraz 40% dla pozostałych jednostek – zgodnie z art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jako zadania wspierające z tego obszaru, które wykraczają poza zakres programu polityki zdrowotnej w NPZ wskazano na zapewnianie dostępności do obiektów sportowych i zajęć polegających na aktywności fizycznej, promowanie oraz poprawę bezpieczeństwa ruchu pieszego i rowerowego.



Obszary w których samorządy najczęściej podejmują działania profilaktyki zdrowotnej

Z przeprowadzonych przez Związek Powiatów Polskich analiz propozycji programów polityki zdrowotnej zgłaszanych do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wynika, że najczęściej samorządy planują realizację programów dotyczących profilaktyki chorób zakaźnych (są to głównie szczepienia – 44,5 proc. w roku 2014 i już 49 proc. w roku 2015).



Kolejną grupą cieszącą się zainteresowaniem samorządów terytorialnych są programy zmierzające do przeciwdziałania wadom postawy, niepełnosprawności ruchowej i osteoporozie – 12,1 proc. w roku 2014 i także 12,1 proc. w roku 2015. Niemal podobne zainteresowanie dotyczy profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób nowotworowych – 11 proc. w 2014 roku oraz już 12,6 proc. w roku 2015. Warto tu podkreślić, że na przestrzeni kilku lat trend ten wyraźnie się nasila. Kolejną grupą pod względem zainteresowania są programy ukierunkowane na wsparcie matek, dzieci i rodzin – 9,3 proc. w 2014 roku oraz 8,1 proc. w roku 2015. Nieco dalej znalazły się programy związane z promocją zdrowego odżywiania oraz przeciwdziałania nadwadze, otyłości i chorobom układu krążenia – 9,3 proc. w 2014 roku oraz 5,6 proc. w roku 2015.

Tabela 2. Kategorie programów polityki zdrowotnej zgłaszanych przez samorządy terytorialne do AOTMiT w roku 2014 i 2015.

Grupa programów polityki zdrowotnej	Razem		w tym		w tym	
			ocena pozytywna	ocena negatywna	ocena pozytywna	ocena negatywna
	2014	2015	2014		2015	
Profilaktyka chorób zakaźnych (szczepienia)	125	97	112	13	88	9
Promocja zdrowego stylu życia i odżywiania oraz profilaktyka nadwagi i otyłości oraz profilaktyka chorób układu krążenia	26	11	13	13	4	7
Profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób nowotworowych	31	25	13	18	10	15
Przeciwdziałanie: wadom postawy, niepełnosprawności (rehabilitacyjne) i osteoporozie	34	24	23	11	16	8
Wsparcie dziecka, matki, rodziny (m.in. zwalczanie niepłodności, opieka nad matką w ciąży, przeciwdziałanie próchnicy u dzieci)	26	16	14	12	13	3

Terapia uzależnień	0	0	0	0	0	0
Choroby dróg oddechowych	7	5	4	3	1	4
Choroby wzroku	5	2	3	2	1	1
Inne	27	18	19	8	10	8

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT

Z powyższego zestawienia można wywnioskować, że największe trudności sprawia samorządom poprawne przygotowanie programów polityki zdrowotnej dotyczących tematyki związanej z profilaktyką i wczesnym wykrywaniem chorób nowotworowych. W tym przypadku Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji udzieliła pozytywnej opinii jedynie do około 40 proc. propozycji zgłaszanych programów polityki zdrowotnej. Drugą grupą tematyczną, sprawiającą samorządowcom problemy, są programy związane z przeciwdziałaniem wadom postawy, niepełnosprawnością (rehabilitacyjne) i osteoporozie – jedynie około 50 proc. z nich otrzymuje pozytywną opinię Agencji. Podobnie jest w przypadku programów dotyczących promocji zdrowego stylu życia i odżywiania oraz profilaktyki nadwagi i otyłości a także profilaktyki chorób układu krążenia.



Schemat programu polityki zdrowotnej

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji sporządza opinię w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej opracowanego przez jednostkę samorządu terytorialnego na podstawie kryteriów, o których mowa w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 u.ś.o.z.

Należy zaznaczyć, że ani ustawa ani rozporządzenia wykonawcze nie określają wzoru programu polityki zdrowotnej, niemniej jednak jeżeli AOTMiT ma oceniać programy na podstawie powołanych kryteriów logicznym jest, że program musi zawierać dane i informacje pozwalające na taką weryfikację.

Sama Agencja opracowała propozycję schematu programu (zamieszczony poniżej), zalecenia i wskazówki dla jednostek samorządu terytorialnego.



Schemat programu profilaktyki zdrowotnej rekomendowany przez AOTMiT

1. Strona tytułowa
 - Nazwa programu
 - Okres realizacji programu
 - Autorzy programu
2. Opis problemu zdrowotnego
 - Problem zdrowotny
 - Epidemiologia (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 1-3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i rozp. Ministra Zdrowia z 21 sierpnia 2009 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów polityki zdrowotnej)
 - Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu
 - Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
 - Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu
3. Cele programu
 - Cel główny
 - Cele szczegółowe
 - Oczekiwane efekty
 - Mierniki efektywności odpowiadające celom programu
4. Adresaci programu (populacja programu)
 - Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe
 - Tryb zapraszania do programu

5. Organizacja programu

- Części składowe, etapy i działania organizacyjne
- Planowane interwencje
- Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników
- Zasady udzielania świadczeń w ramach programu
- Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych
- Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania
- Bezpieczeństwo planowanych interwencji
- Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu
- Dowody skuteczności planowanych działań (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 4, 5 i 6 ustawy – opinie ekspertów klinicznych, zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wnioszek, dowody skuteczności/efektywności klinicznej oraz efektywności kosztowej, informacje nt. podobnych programów wykonywanych w zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego – jeżeli są dostępne)

6. Koszty

- Koszty jednostkowe
- Planowane koszty całkowite (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 7 ustawy)
- Źródła finansowania, partnerstwo
- Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

7. Monitorowanie i ewaluacja

- Ocena zgłaszalności do programu
- Ocena jakości świadczeń w programie
- Ocena efektywności programu

8. Okres realizacji programu

Można również posilkować się wzorem z Zarządzenia Ministra Zdrowia z 29 grudnia 2014 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów polityki zdrowotnej (zamieszczonym na kolejnej stronie).



Schemat programu profilaktyki zdrowotnej opracowany w oparciu o Zarządzenie Ministra Zdrowia z 29 grudnia 2014 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów polityki zdrowotnej.

1. Strona tytułowa
 - Nazwa programu
 - Logotyp urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia
 - Okres realizacji programu
 - Podstawa prawna realizacji programu
 - Akceptacja ministra właściwego do spraw zdrowia
 - Data opracowania programu.
2. Streszczenie
 - Skrótowy opis celów ogólnych i szczegółowych programu
 - Określenie wysokości środków niezbędnych na realizację programu, w tym środków z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia, w kolejnych latach jego realizacji
 - Spodziewane efekty i korzyści wynikające z potencjalnego wdrożenia programu, w tym określenie głównych mierzalnych i niemierzalnych korzyści i kosztów
3. Zdefiniowanie problemu
 - Opis problemu
 - Przyczyny istnienia problemu
 - Waga problemu dla społeczeństwa
 - Dotychczasowe próby rozwiązania problemu
 - Przedstawienie trudności w uzyskaniu świadczeń zdrowotnych, jeśli dotyczy
4. Uzasadnienie
 - Dlaczego realizacja programu powinna zostać sfinansowana (dofinansowana) przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym należy wskazać odpowiednie wskaźniki i mierniki (w relacji z innymi ważnymi z punktu widzenia polityki zdrowotnej programami)
 - Zdefiniowanie potrzeby zdrowotnej, której zaspokojeniu ma służyć realizacja programu
 - Efektywność ekonomiczna
 - Innowacyjność i wykorzystane postępu naukowo-technicznego w zaproponowanych rozwiązaniach
 - Wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń
 - Promowanie współpracy między różnymi instytucjami i organizacjami
 - Możliwość ponownego wykorzystania programu w przyszłości lub kontynuowania jego realizacji przez inne jednostki.



5. Opis programu

- Określenie, czy program stanowi kontynuację z lat ubiegłych
- Cele ogólne i szczegółowe
- Plan działań – opis działań, które mają doprowadzić do osiągnięcia celów
- Sposób realizacji zadań
- Źródła finansowania:
 - budżet ministra właściwego do spraw zdrowia
 - udział własny realizatorów/koordynatorów
 - inne
- szczegółowy harmonogram działań wynikający z formy opisowej
- wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów, w tym czasookres ich monitorowania.

6. Kosztorys

Powinien on zawierać wydatki niezbędne do poniesienia na realizację programu w poszczególnych latach w podziale na zadania z uwzględnieniem wydatków bieżących i majątkowych.

7. Realizatorzy programu

Należy określić:

- wstępne (pożądane) kryteria wyboru realizatora lub koordynatora programu
- sposób monitorowania i analizy celów ogólnych i szczegółowych programu
- kryteria oceny efektów realizacji programu

8. Kontynuacja działań podjętych w programie

Należy podać informację o przewidywanym sposobie i zakresie kontynuacji w programie działań.

Warto podkreślić, że prezes AOTMiT w wydawanych opiniach wielokrotnie zwracał uwagę na niedostosowanie się przez samorzady do zaleceń Agencji, co w praktyce uniemożliwiało weryfikację założeń przyjętych w programie, w konsekwencji kończyło się wydaniem opinii negatywnej (przykładowo opinie nr 52/2015 z 12 marca 2015 r., nr 69/2015 z 30 marca 2015 r.).



Procedura opiniowania projektu programu polityki zdrowotnej

Po złożeniu programu do AOTMiT instytucja ta ma 2 miesiące, licząc od dnia otrzymania programu, na wydanie opinii do programu. Warto także wskazać, że u.ś.o.z. nie określa skutków nie dopełnienia przez JST obowiązku przedłożenia projektu do zaopiniowania. Nie oznacza to jednak, że za naruszeniem procedury wynikającej z ustawy nie idzie żadna sankcja. W Rozstrzygnięciu Nadzorczym Wojewody Świętokrzyskiego z 16 marca 2012 r. znak PNK.I.4130.30.2012 wskazano, że brak wymaganej



prawem opinii właściwego organu kwalifikowane musi być jako istotne naruszenie prawa w rozumieniu art. 91 ust. 1 ustawy o samorządzie gminnym i stanowi podstawę do stwierdzenia nieważności uchwały. Jak wskazano w tym samym rozstrzygnięciu na ocenę legalności uchwały nie ma wpływu przekazanie już przyjętego programu właściwemu organowi celem zaopiniowania. Organ nadzoru wskazał, że literalne brzmienie art. 48 ust. 2a u.ś.o.z. nie przedstawia wątpliwości co do tego, iż uzyskanie przedmiotowej opinii musi nastąpić przed podjęciem uchwały w sprawie przyjęcia programu a nie dopiero następczo, po jej podjęciu.

Podjęcie uchwały w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego (obecnie: programu polityki zdrowotnej) przed upływem ustawowego terminu na wydanie opinii do projektu programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych (obecnie: AOTMiT) stanowi naruszenie prawa w stopniu istotnym.

Termin 2 miesięczny jest terminem szczególnym względem terminów wynikających z ustawy o samorządzie gminnym, ustawy o samorządzie powiatowym czy ustawy o samorządzie województwa. Przypomnijmy, że zgodnie z powołanymi ustawami, jeżeli prawo uzależnia ważność rozstrzygnięcia organu JST od jego zatwierdzenia, uzgodnienia lub zaopiniowania przez inny organ, zajęcie stanowiska przez ten organ powinno nastąpić nie później niż w ciągu 14 dni od dnia doręczenia tego rozstrzygnięcia lub jego projektu. Jeżeli organ nie zajmie stanowiska w sprawie, rozstrzygnięcie uważa się za przyjęte w brzmieniu przedłożonym przez JST, z upływem tego terminu (art. 89 u.s.g., art. 77b u.s.p., art. 80a u.s.w.).

U.ś.o.z., w przeciwieństwie do ustaw ustrojowych nie określa skutków nie dotrzymania terminu na wydanie opinii przez AOTMiT. W Rozstrzygnięciu Nadzorczym Wojewody Świętokrzyskiego z 29 września 2014 r., znak: PNK.I.4130.50.2014. wskazano, że podjęcie uchwały w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego (przyp. aut.: obecnie programu polityki zdrowotnej) przed upływem ustawowego terminu na wydanie opinii do projektu programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych (przyp. aut.: obecnie AOTMiT) stanowi naruszenie prawa w stopniu istotnym. Organ nadzoru nie odniósł się jednak bezpośrednio do tego jak wyglądałaby sytuacja gdyby uchwała została podjęta bez opinii Agencji ale po upływie terminu do jej wydania.



Gdyby przez analogię zastosować zasady wynikające z powołanych wyżej przepisów samorządowych ustaw ustrojowych należałoby przyjąć, że nie wydanie przez Agencję opinii w terminie skutkuje domniemaniem stanowiska pozytywnego. W wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 11 stycznia 2012 r. I OSK 1970/11 wskazano, że „ustawodawca współdziałaniu organów gminy z właściwymi organami przy podejmowaniu rozstrzygnięć nadaje charakter prawny merytorycznych środków nadzoru o charakterze prewencyjnym. Przyjmując taki charakter prawny tych środków, wprowadza równocześnie dla konstytucyjnej ochrony samodzielności jednostek samorządu terytorialnego, określenie terminu do podjęcia tego środka nadzoru przez właściwy organ współdziałający (...) Przyjęte rozwiązania prawne nie dają podstaw do kwalifikowania terminu ustawowego wprowadzonego w art. 89 ust. 1 powołanej ustawy o samorządzie gminnym jako terminu instrukcyjnego. Taka wykładnia jest sprzeczna z art. 89 ust. 2 tej ustawy, który przyjmuje wprost, że upływ ustawowego terminu powoduje wygaśnięcie kompetencji organu współdziałającego do zajęcia stanowiska odmiennego od przedstawionego przez gminę. Zajęcie zatem stanowiska po upływie ustawowego terminu nie można interpretować jako obalenie domniemania stanowiska pozytywnego, przepisy prawa nie wiążą z nim bowiem skutków prawnych.”¹

Warto jednak pamiętać, że procedura opiniowania projektu programu przez Agencję umożliwia przede wszystkim weryfikację planowanych przez samorząd zamierzeń. W uzasadnieniu opinii również pozytywnych Agencja wskazuje na potrzebę dokonania uzupełnień czy korekt programu w kierunku, który umożliwi np. bardziej efektywne wydatkowanie środków publicznych.

W imieniu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji opinie o projektach programów polityki zdrowotnej wydaje prezes po zasięgnięciu opinii Rady Przejrzystości, która pełni funkcję opiniodawczo-doradczą prezesa Agencji.

Zgodnie z u.ś.o.z. wszystkie opinie publikowane są w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji. Opinie można podzielić na negatywne i pozytywne. W praktyce Agencji wydawane są również opinie pozytywne warunkowe, tzn. wydawane pod warunkiem wprowadzenia niezbędnych modyfikacji do projektu programu przed jego przyjęciem przez jednostkę samorządu terytorialnego.

Analiza programów polityki zdrowotnej przedkładanych do zaopiniowania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) pozwala na sformułowanie wielu interesujących wniosków.

Projekty programów polityki zdrowotnej przyjmowane począwszy od 31 sierpnia 2009 r. powinny zostać przedłożone do zaopiniowania przez AOTMiT (to efekt zmian ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach).

¹ <http://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/A8C06FAB3B>



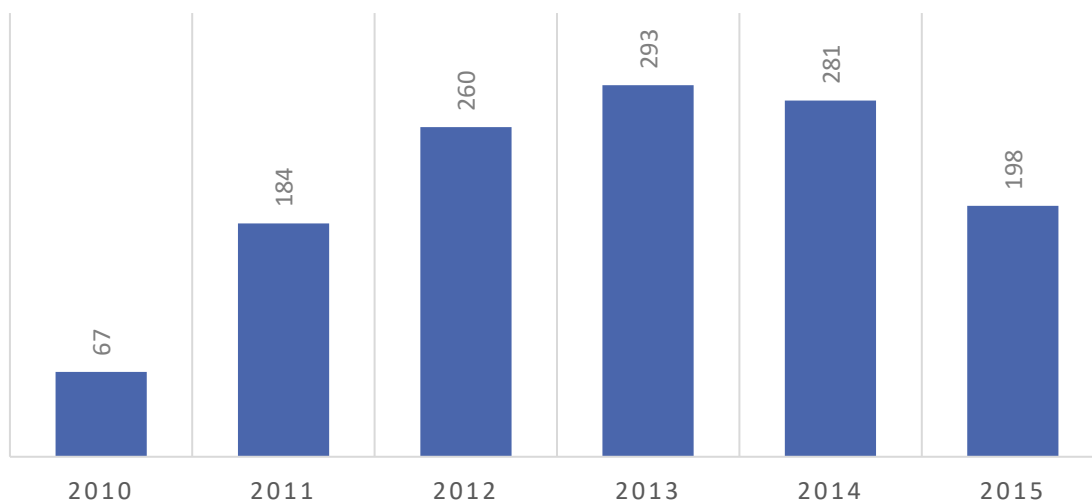
Ponieważ obowiązek ten powstał w trakcie roku budżetowego, toteż pierwsze opinie dotyczyły zgłoszeń od samorządów terytorialnych dotyczących przedsięwzięć planowanych od 2010 roku.

W tym miejscu warto pokazać obraz statystyczny ilości opiniowanych przez JST programów polityki zdrowotnej na przestrzeni ostatnich kilku lat.

W latach 2010-2013 liczba opiniowanych programów stale wzrastała, osiągając szczyt w roku 2013 – 293 programy, natomiast rok później zauważamy lekką zmianę tendencji – samorzady złożyły 281 propozycji programów, z kolei w 2015 roku następuje znaczący spadek do poziomu 198 programów. Spadek ten może wynikać zarówno z mniejszego zainteresowania nimi ze strony gmin, powiatów i województw samorządowych, ale również z wygasania dotychczas realizowanych programów.

Tendencję wzrostu, stabilizacji oraz zmiany trendu w odniesieniu do liczby opiniowanych przez AOTMiT programów przedstawia poniżej zamieszczony wykres.

Wykres 3. Liczba samorządowych programów polityki zdrowotnej opiniowanych przez AOTMiT w latach 2010-2015



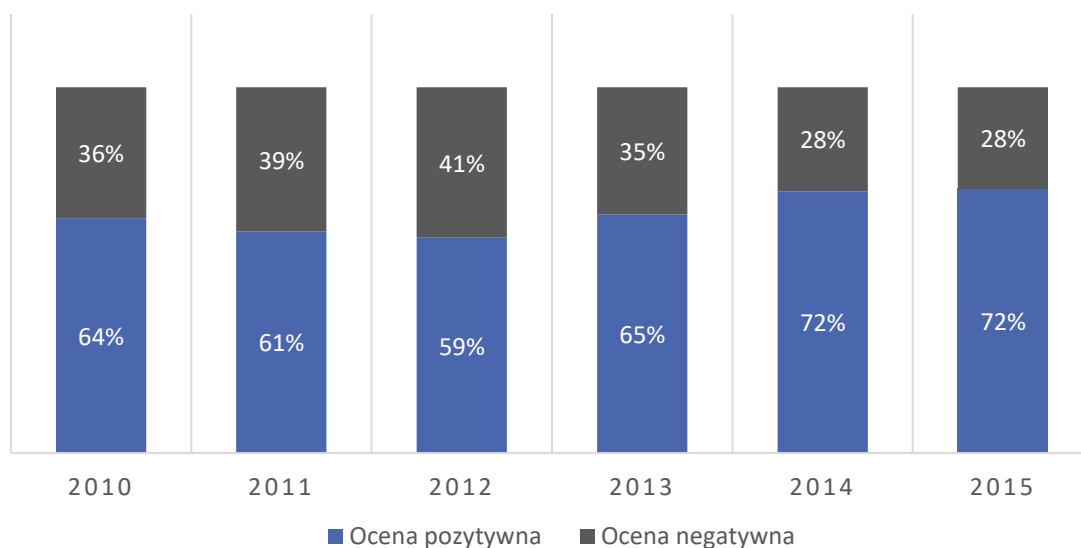
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT

Kolejnym akcentem, na który warto zwrócić uwagę jest fakt, że w początkowych trzech latach wraz z przedkładanymi AOTMiT projektami programów wzrastał niestety odsetek tych zaopiniowanych negatywnie. Osiągając w roku 2012 niepokojącą, bo aż 41 proc. wartość. Niemniej jednak w kolejnych latach zauważamy odwrót od tego negatywnego trendu. Wynika to zapewne z faktu, iż samorzady z czasem nauczyły się pisać dobre programy.



Obraz ww. tendencji można zaobserwować na poniżej zamieszczonym wykresie.

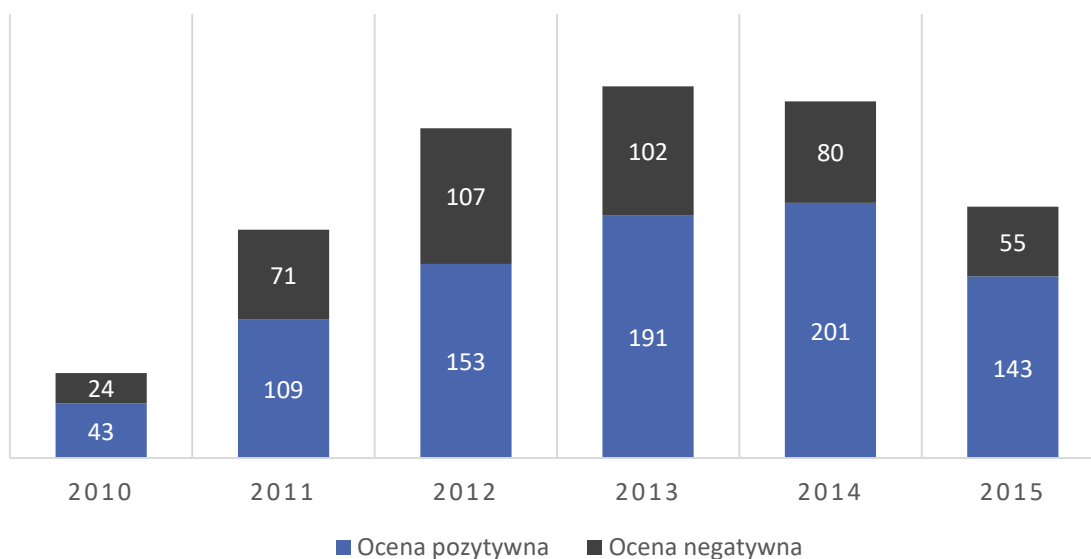
Wykres 4. Ocena programów polityki zdrowotnej przez AOTMiT w latach 2010-2015 (w proc.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT

Gdy przedstawimy wartości bezwzględne obraz ten staje się jeszcze bardziej wymowny. Prezentujemy to na poniżej zamieszczonym wykresie.

Wykres 5. Ocena programów polityki zdrowotnej przez AOTMiT w latach 2010-2015 (w liczbach)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT

Poniżej prezentujemy wynik bardziej szczegółowej analizy propozycji programów polityki zdrowotnej opiniowanych przez AOTMiT, ale w odniesieniu tylko do ostatnich dwóch lat.

I tak, w 2014 roku do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wpłynęło 281 propozycji samorządowych programów polityki zdrowotnej, z czego:

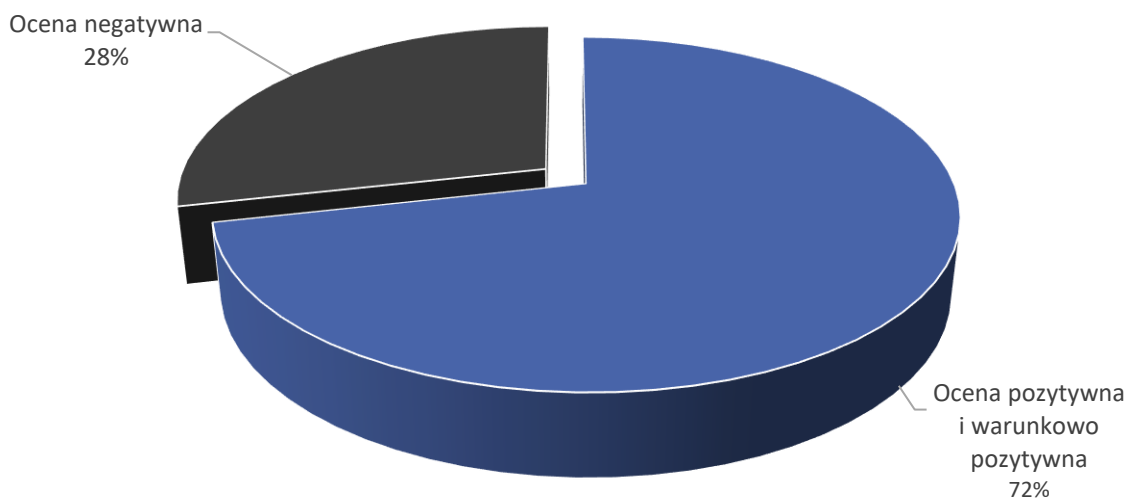
- 201 programów uzyskało ocenę pozytywną lub pozytywną uwarunkowaną wprowadzeniem korekt wymaganych przez Agencję (72 proc.),
- 80 ocenę negatywną (28 proc.).

Rok później samorzady terytorialne skierowały do AOTMiT już tylko 191 propozycji programów polityki zdrowotnej. Niemniej jednak, co interesujące, pomimo znaczącego zmniejszenia się liczby tych propozycji w roku 2015, odsetek programów zaopiniowanych pozytywnie i negatywnie utrzymał się dokładnie na tym samym poziomie. Szczegółowo przedstawiając, w roku 2015, do AOTMiT wpłynęło:

- 143 programów, które w konsekwencji uzyskały ocenę pozytywną lub pozytywną uwarunkowaną wprowadzeniem korekt wymaganych przez Agencję (72 proc.),
- 55 uzyskujących ocenę negatywną (28 proc.).

Sytuację tą prezentuje poniżej przedstawiony wykres.

Wykres 6. Opinia AOTMiT samorządowych programów polityki zdrowotnej zgłoszonych do oceny w roku 2014 i 2015



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT

Po przeprowadzeniu szczegółowej analizy opinii Agencji, warto także zwrócić uwagę na fakt, że w ramach programów zaopiniowanych pozytywnie pojawiają się takie, które zawierają szereg wskazówek dla realizatorów. Zatem pomimo tego, że dany program uzyskuje opinię pozytywną to jednak Agencja wskazuje konieczność przeprowadzenia korekt działań, jednak ich charakter – w ocenie AOTMiT – nie jest na tyle znaczący aby z góry przyznać kategorię warunkowo pozytywną.



Analizując dalej i próbując badać skuteczność poszczególnych JST w uzyskaniu pozytywnej opinii Agencji otrzymujemy obraz z którego wynika, że na porównywalnych poziomach są gminy oraz miasta na prawach powiatu, natomiast powiaty i województwa samorządowe radzą sobie znacznie słabiej. Warto jednak zauważyć, że w przypadku powiatów i województw samorządowych – na przestrzeni dwóch ostatnich lat – zauważalny jest pozytywny trend.

Przyczynę gorszych wyników województw samorządowych i powiatów należy zapewne upatrywać w większym skomplikowaniu programów polityki zdrowotnej przez nie zgłaszanych. Większe jednostki samorządu terytorialnego to także m.in. większy teren ich oddziaływania, czy ich charakter (są to głównie programy, które dotyczą nie tylko działań promocyjnych lub powszechnie stosowanych, ale znacznie częściej obejmują specjalistyczną profilaktykę).

Sytuacje lepszych wyników osiąganych przez gminy i miasta na prawach powiatu zaprezentowano w poniżej zamieszczonej tabeli.

Tabela 3. Zobrazowanie proporcji programów polityki zdrowotnej pozytywnie i negatywnie ocenianych przez AOTMiT w odniesieniu do kategorii danego JST w latach 2014 i 2015

	Odsetek ocen pozytywnych	Odsetek ocen negatywnych
2014 rok		
samorząd gminny (bez miast na prawach powiatu)	77 proc.	23 proc.
miasto na prawach powiatu	79 proc.	21 proc.
samorząd powiatowy	51 proc.	49 proc.
samorząd wojewódzki	54 proc.	46 proc.
2015 rok		
samorząd gminny (bez miast na prawach powiatu)	75 proc.	25 proc.
miasto na prawach powiatu	70 proc.	30 proc.
samorząd powiatowy	63 proc.	37 proc.
samorząd wojewódzki	63 proc.	37 proc.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT

Podsumowując prezentowane powyżej zestawienia należy stwierdzić, że sytuacja choć zmierza w dobrym kierunku wciąż wskazuje na potrzebę udzielania szerokiego i różnorodnego wsparcia dla osób przygotowujących programy polityki zdrowotnej w poszczególnych samorządach terytorialnych – tak, aby ich zawartość spełniała określone przepisami wymogi.

Kryteria oceny programów polityki zdrowotnej

Kryteria oceny programów polityki zdrowotnej wynikają z art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 u.ś.o.z.

KRYTERIUM 1. Wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu priorytetów zdrowotnych określonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wskaźników zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określonych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej.



Aktualną listę priorytetów zdrowotnych określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, a są to:

- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych (w tym zawałów serca i udarów mózgu), nowotworów złośliwych, przewlekłych chorób układu oddechowego;
- ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, w szczególności poprzez skuteczną rehabilitację osób poszkodowanych;
- zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych;
- zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego;
- zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom;
- ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych spożywaniem alkoholu, używaniem substancji psychoaktywnych, paleniem tytoniu;
- przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy;
- ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy i zamieszkania;
- poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3;
- zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia;
- rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności;
- poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym.

Co ciekawe, pomimo przyjęcia ustawy o zdrowiu publicznym oraz Narodowego Programu Zdrowia w u.ś.o.z. brak jest bezpośredniego odwołania się do zdefiniowanych w NPZ celów operacyjnych przy podejmowaniu decyzji o kierunku wsparcia w ramach programów polityki zdrowotnej.

Wydaje się jednak, że odwołanie się do treści również tych dokumentów nie będzie błędem ze strony JST i pozwoli lepiej uzasadnić potrzebę wydatkowania środków publicznych w celu zaspokojenia potrzeb ludności.



Jednak warunkiem ubiegania się o środki Narodowego Funduszu Zdrowia będzie przedłożenie pozytywnej opinii wojewody dotyczącej zgodności planowanego programu z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej. Z kolei priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej ustali wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych na podstawie regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych. Priorytety te ustalone zostaną na okres, na który zostanie sporządzona mapa.

Szerzej na temat możliwości ubiegania się o środki z Narodowego Funduszu Zdrowia będzie mowa przy omawianiu źródeł finansowania programu.

Jeżeli chodzi o wskaźniki zapadalności, chorobowości lub śmiertelności jak ustawodawca sam wskazuje informacje w tym zakresie zawarte w projekcie programu należy opierać na podstawie aktualnej wiedzy medycznej. Osoby odpowiedzialne w samorządach za przygotowanie projektów programów polityki zdrowotnej powinny w tym zakresie korzystać z literatury fachowej, danych będących w posiadaniu Ministerstwa Zdrowia, konsultantów krajowych i wojewódzkich czy opinii towarzystw lekarskich i naukowych.

KRYTERIUM 2. Skutki następstw choroby lub stanu zdrowia, w szczególności prowadzących do przedwczesnego zgonu, niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, przewlekłego cierpienia lub przewlekłej choroby, obniżenia jakości życia.

Przy planowaniu programu polityki zdrowotnej jednym z kryteriów oceny zasadności jego realizacji powinna być ocena skutków następstw choroby lub stanu zdrowia, w szczególności prowadzących do przedwczesnego zgonu, niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, przewlekłego cierpienia lub przewlekłej choroby, obniżenia jakości życia.

Innymi słowy przy podejmowaniu decyzji o podziale ograniczonych przecież środków na realizację programów polityki zdrowotnej warto patrzeć szerzej, systemowo, na to jakie pozytywne skutki – i to nie tylko w obszarze ochrony zdrowia dla wskazanej w programie grupy docelowej – może przynieść dana interwencja. Takimi skutkami mogą być m.in. zmniejszenie liczby hospitalizacji, zmniejszenie liczby osób korzystających ze zwolnień lekarskich (w konsekwencji zmniejszenie kosztów pracodawców i zakładów ubezpieczeń społecznych).

Przykładem takiej interwencji mogą być programy szczepień przeciwko pneumokokom. W tym miejscu warto wspomnieć, że na bazie doświadczeń międzynarodowych i krajowych ministerstwo zdrowia podjęło prace nad włączeniem szczepień przeciwko *Streptococcus Pneumoniae* (nazywana popularnie pneumokokiem) do obowiązkowych szczepień ochronnych.



W uzasadnieniu do projektu rozporządzenia, powołując się na dane Światowej Organizacji Zdrowia, wskazano m.in. że zakażenia pneumokokowe to najczęstsza przyczyna zgonów, powoduje ona na świecie ponad 1,6 mln. zgonów rocznie dzieci poniżej 5 roku życia. Zakażenia te odpowiadają za 17-44 proc. hospitalizacji z powodu zapalenia płuc.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny wskazuje, że współczynnik zapadalności na inwazyjną chorobę pneumokokową na terenie Polski w 2014 r. w porównaniu z 2007 r. zwiększył się prawie trzykrotnie.

Dalej wskazano, że badania prowadzone na terenie Norwegii wskazują na wystąpienie zwiększenia odporności we wszystkich grupach wiekowych po wprowadzeniu szczepienia populacyjnego. Wskazuje to na wysoką efektywność szczepienia również w grupach niezaszczepionych w ramach efektu pośredniego, czyli tzw. odporności środowiskowej.

Podobny efekt potwierdziły badania prowadzone w Polsce. Wprowadzenie w Kielcach w 2006 r. szczepień populacyjnych wskazuje, że w latach 2005-2012 jako efekt bezpośredni u dzieci poniżej drugiego roku życia nastąpił spadek zapadalności na zapalenie płuc wywołane przez pneumokoki o 96,5 proc. Jednocześnie w wyniku odporności środowiskowej u osób między 50 a 64 rokiem życia nastąpił spadek zachorowań na powyższe schorzenie o 30,8 proc., a u osób powyżej 65 roku życia o 56,8 proc.

Projektodawca wskazał, że poza korzyściami zdrowotnymi wprowadzania szczepienia przeciwko pneumokokom na listę szczepień obowiązkowych należy się spodziewać również pozytywnych społecznych skutków wprowadzenia szczepienia w szczególności:

- 1) zmniejszenia obciążenia pracą pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, a w wyniku tego zwiększenia dostępności do świadczeń z podstawowej opieki zdrowotnej (w jednym z przeprowadzanych badań dotyczących efektywności szczepień stwierdzono, że spadek liczby porad ambulatoryjnych z powodu zapaleń płuc związany z wprowadzeniem szczepień przeciwko pneumokokom wynosił 41 proc.);
- 2) zmniejszenie absencji pracowników wywołanej zwolnieniami lekarskimi.

Podobne analizy przeprowadzono w odniesieniu do szczepień przeciwko grypie. W uzasadnieniu do Opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 14/2016 z dnia 22 stycznia 2016 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób po 60 roku życia, zamieszkałych na terenie gminy Ustka” podniesiono, że badania (m.in. *The Cost-Effectiveness of Influenza Vaccination for People Aged 50 to 64 Years 2007*, *Influenza vaccination: health impact and cost effectiveness among adults aged 50 to 64 and 65 and older, 2006*) wskazują, że działania profilaktyczne przeciwko grypie charakteryzują się dużą efektywnością i relatywnie niskimi kosztami. Według niektórych doniesień bardziej opłacalne kosztowo mogą być działania profilaktyczne niż samo leczenie choroby i jej powikłań. W polskim badaniu (*Health economic impact of viral respiratory infections and pneumonia diseases on the elderly population in Poland*, Karina Jahnz-Różyk; Pol. Merk. Lek., 2010) wykazano, że w 2009 roku średni koszt przeciętnej infekcji leczonej ambulatoryjnie wyniósł 101 PLN, a w przypadku zewnątrzszpitalnego zapalenia płuc wzrósł do 186 PLN. Infekcja powikłana, zakończona hospitalizacją, kosztowała powyżej 7 000 PLN.



Wniosek nasuwa się taki, że koszty pośrednie grypy są niedocenianym problemem, mającym jednocześnie niezwykle istotne znaczenie społeczne. Przykładowo z danych ZUS w 2010 roku na 205 478 500 dni absencji chorobowej, choroby układu oddechowego stanowiły 27 207 300 dni (13 proc.). Wydatki ZUS z powodu absencji chorobowej wyniosły 11 140 243 000 PLN, w tym z powodu chorób układu oddechowego 1 527 516 000 PLN (14 proc.).

Pełna treść uzasadnienia powołanej Opinii dostępna jest na stronie AOTMiT: http://www.aotm.gov.pl/www/assets/files/Opinie-sam_pr_zdr/2016/OP-014-2016.pdf.

KRYTERIUM 3. Znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia, ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia, zapobiegania przedwczesnemu zgonowi, poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość.

Skutki realizacji programów polityki zdrowotnej powinny mieć pozytywne znaczenie dla zdrowia obywateli. To pozytywne oddziaływanie może mieć różny charakter, w tym – jak wskazano wprost w kryterium – polegać na poprawie jakości życia, nawet jeżeli nie przełoży się to na wydłużenie jego długości (np. programy adresowane do seniorów, osób niepełnosprawnych).

KRYTERIUM 4. Skuteczność kliniczna i bezpieczeństwo.

Kolejnym z kryteriów oceny projektów programu polityki zdrowotnej jest skuteczność kliniczna i bezpieczeństwo. Wśród projektów programów ocenianych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w 2015 r. negatywna ocena stosunkowo często uzasadniona była zastosowaniem sposobów interwencji o niepotwierdzonej skuteczności, lub której skuteczność kliniczna jest zagadnieniem kontrowersyjnym.

Przykłady:

Pierwszy przykład to program jednej z gmin, która zamierzała realizować program profilaktyki przerostu prostaty. W negatywnej opinii do projektu programu wskazano, że *„większość badań naukowych i rekomendacji międzynarodowych wskazuje, że rola badań przesiewowych w zmniejszeniu umieralności związanej z rakiem gruczołu krokowego jest niejednoznaczna, a ogólne szkody związane ze skринingiem w kierunku raka gruczołu krokowego obejmujące wysoki odsetek wyników fałszywie dodatnich, wysoką nadrozpoznawalność, działania niepożądane związane ze stosowanymi metodami i niepotrzebne leczenie, mogą przewyższać związane z tym korzyści”* (Opinia nr 37/2015 z 18 lutego 2015 r.).

Inny przykład, wynika z Opinii prezesa AOTMiT nr 60/2015 z 12 marca 2015 r. do projektu programu dotyczącego diagnostyki chorób nowotworowych płuc, w której wskazano, że *„ani spirometria ani RTG piersi nie są powszechnie uznanymi metodami przesiewowymi osób bezobjawowych”*.



W niektórych przypadkach Agencja kwestionuje nie tyle zasadność podejmowania danej interwencji ale szczegóły dotyczące wdrożenia programu a mające bezpośrednie znaczenia dla jego skuteczności.

Dla przykładu, w jednym z projektów programu wskazano, że program szczepień będzie realizowany od września do grudnia. Przy ocenie projektu zwrócono jednak uwagę, że u osób należących do grup zwiększonego ryzyka powikłań pogrypowych, a więc u tych, u których istnieją medyczne wskazania do uodpornienia przeciw grypie, szczepionkę należy podać w okresie od września do połowy listopada (Opinia Prezesa AOTMiT nr 52/2015 z 12 marca 2015 r.).

KRYTERIUM 5. Stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego

Kolejnym kryterium które winno się brać pod uwagę przy ocenie zasadności realizacji programu polityki zdrowotnej jest stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego. Wskazany wymóg należy jednak rozumieć nieco szerzej, niż to może wydawać się na pierwszy rzut oka.

W ocenie technologii medycznych (HTA) analizę bezpieczeństwa wykonuje się w celu oceny ryzyka związanego ze stosowaniem danej technologii medycznej. Jednostki samorządu terytorialnego nie powinny ze swoich środków finansować programów w których zastosowane zostaną technologie medyczne co do których nieznane jest ryzyko ich zastosowania lub dostępne dane wskazują, że ryzyko zdrowotne przewyższa spodziewane pożądane skutki zdrowotne. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że szereg towarzystw naukowych i lekarskich publikuje na swoich stronach internetowych zalecenia i wytyczne dotyczące skutecznych i rekomendowanych metod rozpoznawania i leczenia różnych chorób.

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przy ocenie programów polityki zdrowotnej zwraca uwagę na problem ryzyka zdrowotnego. Przykładowo w odniesieniu do oznaczenia PSA oraz badania *per rectum* w kierunku wykrywania raka prostaty Agencja wskazuje, że jest to standardowa metoda diagnostyczna w badaniach przesiewowych w kierunku wykrywania raka prostaty. Przeprowadzając ww. badania jako badania przesiewowe należy mieć na uwadze możliwość uzyskania wyników fałszywie dodatnich, a co za tym idzie – podejrzenia raka, tam, gdzie faktycznie on nie występuje. Może mieć to niekorzystny wpływ na zdrowie pacjenta, gdyż naraża go na wysoki, niepotrzebny stres i niekorzystne skutki stosowanych metod terapeutycznych. Dlatego należy pamiętać, aby przed przystąpieniem do badań przedstawić pacjentowi rzetelne informacje na temat korzyści oraz ryzyka, jakie są związane z zastosowaniem danych metod diagnostycznych (źródło: Opinia Prezesa Agencji nr 8/2016 z dnia 12 stycznia 2016 r., podobnie Opinia Prezesa Agencji nr 71/2016 z 26 kwietnia 2016 r.).

Agencja zwraca również uwagę, na potrzebę dalszego pokierowania uczestnikami programu polityki zdrowotnej w przypadku uzyskania niepokojących wyników badań. Przykładowo, przy ocenie projektu programu profilaktyki chorób tarczycy dla jednej z gmin wskazano, że pozostawienie pacjenta samego sobie z wynikiem badania, jest postępowaniem niewłaściwym, które naraża uczestnika na dyskomfort i stres.



Ponadto celem programów polityki zdrowotnej jest uzyskiwanie korzyści zdrowotnych, natomiast prowadzenie tylko diagnostyki, bez kierowania i monitorowania dalszych losów uczestników może nie pozwolić na spełnienie tych założeń (źródło: Opinia Prezesa Agencji nr 47/2016 z dnia 31 marca 2016 r.).

KRYTERIUM 6. Stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych

Jednym z kolejnych kryteriów oceny projektu programu polityki zdrowotnej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji jest stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych.

AOTMiT zwraca szczególną uwagę na kwestię finansowania programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego. Agencja rekomenduje zawarcie w programie informacji o planowanych kosztach całkowitych, kosztach jednostkowych, źródłach finansowania oraz argumentach przemawiających za tym, że planowany sposób wykorzystania zasobów jest optymalny. Również z wytycznych dla programów polityki zdrowotnej, opracowywanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, zwrócono uwagę na konieczność wskazania źródła finansowania oraz przedstawienia kosztorysu zawierającego wydatki niezbędne do poniesienia w poszczególnych latach w podziale na zadania, z uwzględnieniem wydatków bieżących i majątkowych. Innymi słowy program powinien być dobrze policzony.

Jak pisaliśmy wcześniej kryteria oceny projektów programów polityki zdrowotnej są takie same jak kryteria kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych. Dla zrozumienia istotności omawianego kryterium warto zapoznać się z wytycznymi oceny technologii medycznych (HTA). Na pełną ocenę technologii medycznej składają się 3 elementy:

- 1) analiza efektywności klinicznej,
- 2) analiza ekonomiczna,
- 3) analiza wpływu na system ochrony zdrowia.

Wytyczne zostały wdrożone do stosowania Zarządzeniem nr 1/2010 prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych z 4 stycznia 2010 r. w sprawie wytycznych oceny świadczeń opieki zdrowotnej. Oczywiście w tym miejscu nie będziemy prezentować pełnej treści tych Wytycznych, zachęcamy natomiast osoby zainteresowane do zapoznania się z metodami pracy Agencji.

Warto jedynie wskazać, że zgodnie z ww. wytycznymi analiza kliniczna polega na porównaniu skuteczności i bezpieczeństwa stosowania ocenianej interwencji z wynikami innych interwencji (opcjonalnych sposobów postępowania) stosowanych w docelowej populacji. Analiza ekonomiczna technologii medycznej standardowo stanowi porównawczą ocenę zużycia zasobów koniecznych dla uzyskania efektu klinicznego. W ocenie można posłużyć się kilkoma różnymi technikami, jak np.:

- analiza kosztów – efektywności,
- analiza kosztów – użyteczności,
- analiza minimalizacji kosztów,



- analiza kosztów – konsekwencji,
- analiza kosztów – korzyści.

Nie rekomenduje się jednak wykorzystania analizy kosztów – korzyści jako metody podstawowej. Co istotne, wybór jednej metody nie wyklucza użycia innej jako uzupełniającej.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na fakt, że niedopracowanie budżetu (w skrajnych przypadkach pominięcie kwestii finansowania programu), bądź wskazanie w projekcie programu interwencji, których zastosowanie prowadziłyby do niewłaściwego wydatkowania środków publicznych, jest jedną z przyczyn negatywnego opiniowania przez Agencję projektów programów samorządowych.

Przykłady

W Opinii prezesa AOTMiT nr 88/2015 z 20 kwietnia 2015 r. wskazano jako kontrowersyjne przeprowadzanie badań przesiewowych w wykrywaniu raka jajnika. Jak podniesiono w opinii „z wielu rekomendacji i wytycznych klinicznych oraz opinii eksperckich wynika, że przeprowadzanie skriningu w kierunku raka jajnika w populacji ogólnej nie ma udowodnionej skuteczności oraz koszty prowadzenia takich działań mogą przewyższać uzyskane efekty”. Dalej powołując się na wytyczne US. Preventive Services Task Force wskazano, że „z powodu małego rozpowszechnienia raka jajnika w populacji oraz inwazyjności testów diagnostycznych przeprowadzanych w wyniku badania przesiewowego istnieją dowody na potencjalne poważne zagrożenia wynikające z badań przesiewowych”. Takim potencjalnym zagrożeniem jest np. zbędna operacja.

Kolejnym przykładem może być pomysł jednego z dużych miast na prawach powiatu, gdzie zamierzano realizować program badań przesiewowych w celu wykrycia osób zakażonych HCV. Wnioskodawca nie oszacował liczebności populacji docelowej, nie przedstawił również szczegółowego budżetu. Proponowana ogólna kwota przeznaczona na program została wskazana w wysokości 15 mln złotych. W odniesieniu do części budżetowej opinia Agencji wprost wskazała, że sprawiała ona wrażenie niedokończony. Niespotykana w programach samorządowych wysokość kwoty na realizację programu oraz brak innych danych mogących stanowić punkt odniesienia do oceny efektywności kosztowej programu skutkowało wydaniem opinii negatywnej (Opinia nr 77/2015 z 30 marca 2015 r.).

Innym przykładem może być projekt programu jednej z gmin, która planowała realizację szczepień profilaktycznych przeciwko grypie wśród osób od 55 roku życia (uwzględniając liczbę mieszkańców grupa docelowa liczyła około 200 osób) w latach 2015-2018. Budżet programu miał wynosić 3000 zł rocznie. W programie przewidziano również odpłatność w wysokości 50 proc. za szczepionkę. W Opinii prezes AOTMiT wskazał, że pomimo iż program dotyczy istotnego problemu to przy takich założeniach jego realizacja mija się z celem i może stanowić ograniczenie dla osób o niskim statusie materialnym.



KRYTERIUM 7. Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Zgodnie z art. 14 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są właściwi ministrowie lub NFZ.

Wskazane kryterium funkcjonalnie jest powiązane z wymogiem spójności merytorycznej i organizacyjnej samorządowych programów polityki zdrowotnej ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi programami profilaktyki zdrowotnej oraz programami zdrowotnymi realizowanymi odpowiednio przez ministrów oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Szerzej o tym wymogu piszemy przy omawianiu Kryterium 8.

Działania w ramach samorządowych programów polityki zdrowotnej co do zasady nie powinny powielać świadczeń gwarantowanych. W powyższym kontekście wątpliwości może budzić realizacja przez niektóre samorzady programów, w ramach których wykonuje się badania profilaktyczne powszechnie i łatwo dostępne w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. W takich przypadkach samorząd winien się skupić bardziej na działaniach o charakterze wspierającym (edukacja, informacja, propagowanie) płatników świadczeń gwarantowanych.

Przykłady

Jedna z gmin zamierzała realizować program polegający na przeprowadzeniu przesiewowych badań wad postawy u dzieci. W Opinii prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wskazano, że zaplanowane przez wnioskodawcę działania znajdują się już w wykazie świadczeń gwarantowanych. Wskazano, że samorząd może podejmować działania o charakterze wspierającym świadczenia gwarantowane o ile będą one prawidłowo zaplanowane (Opinia nr 36/2015 z 18 lutego 2015 r.).

W innym projektowanym przez tę samą gminę programie przewidziano realizację świadczeń z zakresu medycyny sportowej. Również, i w tym przypadku w Opinii prezesa Agencji, wskazano, że na podstawie art. 27 ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej obejmującej dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia, którzy nie otrzymują wynagrodzenia w związku z uprawianiem sportu, jest świadczeniem gwarantowanym, a skierowanie na badania wstępne do uprawiania danej dyscypliny sportu wydaje lekarz POZ. Ostatecznie projekt uzyskał opinię negatywną (Opinia nr 39/2015 z 18 lutego 2015 r.).



Nieco inaczej należy ocenić przypadek gdy dane świadczenie jest co prawda świadczeniem gwarantowanym ale trudno dostępnym z uwagi na długi czas oczekiwania świadczeniobiorców na jego uzyskanie. W takim przypadku, pomimo tego iż świadczenia są świadczeniami gwarantowanymi to realizacja programu polityki zdrowotnej będzie uzasadniona. Po nowelizacji z 2016 r. samorząd winien jednak rozważyć zastosowanie procedury z art. 9a i 9b u.ś.o.z.

Przykłady

Województwo opolskie przedstawiło do zaopiniowania Agencji projekt programu pod nazwą „Przeciwdziałanie kalectwu wynikającemu z dysfunkcji stawów z powodu zmian zwyrodnieniowych pacjentów w podeszłym wieku 65+, poprzez zakup i wszczepianie endoprotez”. W projekcie szczegółowo opisano problem zdrowotny (zmiany zwyrodnieniowe stawów biodrowych oraz kolanowych) oraz odniesiono się do kwestii czasu oczekiwania na zabieg operacyjny. W 2014 r. świadczenia endoprotezoplastyki stawowej realizowane były na podstawie umów zawartych przez Narodowy Fundusz Zdrowia z 319 świadczeniodawcami z terenu całego kraju. W ramach tych umów: 311 świadczeniodawców wszczepiało endoprotezy stawu biodrowego, 258 – stawu kolanowego. Największa liczba ośrodków realizujących wymienione świadczenia znajdowała się w województwach: mazowieckim (40) i śląskim (40), najmniejsza w lubuskim (7) i opolskim (8). W 2014 r. w całym kraju wykonano 58 579 endoprotezoplastyk stawowych, w tym: 41 984 endoprotezoplastyki stawu biodrowego i 15 814 endoprotezoplastyk stawu kolanowego. Zgodnie z danymi NFZ z 2015r. czas oczekiwania na zabieg endoplastyki stawów w województwie opolskim w większości ośrodków wynosił powyżej roku.

W opinii prezesa Agencji do projektu wskazano, że warto byłoby rozważyć zapraszanie do programu w pierwszej kolejności tych osób, które mają już skierowanie na leczenie szpitalne, a którzy ze względu na długi czas oczekiwania na zabieg nie mogą się go spodziewać w najbliższym czasie. Wówczas skróciłaby się ścieżka dostępu pacjenta do oferowanych świadczeń gwarantowanych.

Ostatecznie program otrzymał opinię pozytywną pod warunkiem uwzględnienia uwag zawartych w opinii (Opinia Prezesa Agencji nr 1/2016 z dnia 4 stycznia 2016 r.).

KRYTERIUM 8. Programy polityki zdrowotnej opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane przez jednostki samorządu terytorialnego, w przypadku gdy dotyczą świadczeń gwarantowanych objętych programami profilaktyki zdrowotnej oraz programami zdrowotnymi realizowanymi odpowiednio przez ministrów oraz NFZ, muszą być z nimi spójne merytorycznie i organizacyjnie.

W pierwszej kolejności wskazane kryterium oznacza przede wszystkim niepowielanie świadczeń dostępnych w ramach programów realizowanych przez ministrów lub Narodowy Funduszu Zdrowia. Działania realizowane przez samorząd mogą mieć natomiast element uzupełniający względem świadczeń udzielanych w ramach wskazanych programów np. edukacyjny, informacyjny.



Minister Zdrowia realizuje przykładowo Program badań przesiewowych noworodków w Polsce, Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu – jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2014-2017, Narodowy program leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne, Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce, Program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013-2016, Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2015-2019².

Narodowy Fundusz Zdrowia realizują: Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi (mammografia); Program profilaktyki raka szyjki macicy (cytologia), Program profilaktyki gruźlicy, Program badań prenatalnych, Program profilaktyki chorób układu krążenia oraz Program profilaktyki chorób odtętoniowych³.

Na konieczność uwzględniania w planowanych przez samorząd programach polityki zdrowotnej działań już podjętych na szczeblu centralnym, zwraca uwagę również AOTMiT (przykład Opinia nr 19/2015 z 9 lutego 2015 r. oraz powołana już wcześniej Opinia nr 60/2015 z 12 marca 2015 r., w których zwrócono uwagę na powielanie świadczeń już udzielanych w ramach programu finansowanego przez NFZ w zakresie profilaktyki chorób odtętoniowych).

² Lista programów realizowanych przez Ministra Zdrowia oraz ich opis dostępne są na stronie internetowej: <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/programy-zdrowotne/wykaz-programow>.

³ Lista programów realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz ich opis dostępne są na stronie internetowej: <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/>



Organ właściwy do przyjęcia programu polityki zdrowotnej

U.ś.o.z. nie wskazuje organu właściwego do przyjęcia programu polityki zdrowotnej. W związku z powyższym należy sięgnąć do przepisów ogólnych regulujących podział kompetencji pomiędzy organami stanowiącymi i wykonawczymi jednostki samorządu terytorialnego.

Zgodnie z art. 18 ust. 1 u.s.g. do właściwości rady gminy należą wszystkie sprawy pozostające w zakresie działania gminy, o ile ustawy nie stanowią inaczej. Ponieważ żaden przepis nie przyznaje wójtowi kompetencji do przyjmowania programów polityki zdrowotnej, a powołany przepis ustawy o samorządzie gminnym wprowadza domniemanie kompetencji na rzecz organu stanowiącego należy przyjąć, że w przypadku gmin to rada gminy jest organem właściwym do przyjęcia programu. Podobne stanowisko zaprezentowane zostało w orzecznictwie z wyroku WSA w Poznaniu z 31 maja 2006 r. sygn. III SA/Po 23/06⁴. Również Najwyższa Izba Kontroli wskazuje na konieczność podejmowania uchwał przez radę gminy w sprawie przyjęcia programów polityki zdrowotnej⁵.



W przypadku powiatów problem jest bardziej skomplikowany, bowiem ustawa o samorządzie powiatowym nie wprowadza domniemanie kompetencji na rzecz żadnego z organów powiatu. W wyroku NSA 4 kwietnia 2013 r. sygn. II OSK 205/13 wskazano m.in., że wobec braku przepisu ustanawiającego domniemanie kompetencji bądź dla rady powiatu bądź dla starosty należy dokonać wykładni przepisów w oparciu o art. 169 Konstytucji RP. W ocenie Sądu: „interpretując przepisy kompetencyjne należy brać pod uwagę charakter badanej kompetencji, stanowiący czy wykonawczy. Uchwalanie programu (planu, strategii) należy niewątpliwie w świetle ustaw samorządowych i innych ustaw do funkcji stanowiących, czyli funkcji rady gminy, rady powiatu i sejmiku województwa. Ustawy z zakresu prawa materialnego najczęściej wprost wskazują organy stanowiące samorządu jako właściwe do uchwalania różnego typu aktów planowania.”. Powołany wyrok nie dotyczył co prawda przyjmowania programów polityki zdrowotnej, a powiatowych programów ochrony zdrowia psychicznego, niemniej jednak może wskazywać kierunek interpretacji.

W odniesieniu do samorządu województwa zgodnie z art. 41 ust. 1 u.s.w. zarząd województwa wykonuje zadania należące do samorządu województwa, niezastrzeżone na rzecz sejmiku województwa i wojewódzkich samorządowych jednostek organizacyjnych. Wobec powyższego należy przyjąć, że w przypadku samorządu województwa organem właściwym do przyjęcia programu jest zarząd województwa a nie sejmik województwa.

⁴ <http://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/F2E9E4F48E>

⁵ Wystąpienie pokontrolne KZD.410.006.01.2015 w ramach kontroli P/15/063 – Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego



Finansowanie programów polityki zdrowotnej

Realizacja programów polityki zdrowotnej jest zadaniem własnym jednostek samorządu terytorialnego. Oznacza to, że co do zasady działania w tym zakresie są finansowane ze środków danego samorządu. Wspomnianą już wcześniej ustawę o zdrowiu publicznym znowelizowano u.ś.o.z. w kierunku umożliwiającym dofinansowanie programów polityki zdrowotnej ze środków NFZ. Zmiany w tym zakresie wejdą w życie 1 stycznia 2017 r.



Zgodnie z dodanym art. 48d u.ś.o.z. Fundusz będzie mógł przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych innych niż określone w wykazach świadczeń gwarantowanych w kwocie nieprzekraczającej:

- 80% środków przewidzianych na realizację programu JST o liczbie mieszkańców nieprzekraczającej 5 tys.;
- 40% środków przewidzianych na realizację programu innej JST.

W celu uzyskania dofinansowania organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego będzie mógł złożyć wniosek do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Obligatoryjnym załącznikiem do wniosku będzie pozytywna opinia Agencji oraz pozytywna opinia wojewody dotycząca zgodności planowanego programu z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c, oraz zgodności z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu będzie dokonywał oceny wniosku oraz załączonych dokumentów oraz podejmował decyzję o dofinansowaniu programu, którego wniosek dotyczy, uwzględniając wpływ planowanych działań na poprawę stanu zdrowia populacji objętej programem oraz możliwości finansowe oddziału wojewódzkiego NFZ.

Przekazanie środków w ramach dofinansowania odbywało się będzie na podstawie umowy zawartej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ z organem wykonawczym JST. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii prezesa Funduszu, ma określić w drodze rozporządzenia, tryb składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie oraz tryb rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem⁶.

Jak już wspomniano wyżej Narodowy Program Zdrowia nakłada na NFZ zadanie współfinansowania samorządowych programów polityki zdrowotnej dotyczących otyłości. Nawet w tym zakresie nie jest wiadomo, czy rzeczywiście w 2017 r. takie środki dla samorządów zostaną uruchomione, chociażby ze względu na brak rozporządzenia wykonawczego do ustawy.

⁶ Na dzień zakończenia prac nad niniejszym podręcznikiem projekt rozporządzenia nie został opublikowany na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji.

Wybór realizatora programu polityki zdrowotnej

Procedura wyboru realizatora programu polityki zdrowotnej została uregulowana w art. 48b u.ś.o.z. Należy w tym miejscu przypomnieć, że wcześniej stosowne przepisy zamieszczone były w art. 48. Zmiana w tym zakresie została dokonana ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, która weszła w życie w styczniu 2015 r.



Zgodnie z u.ś.o.z. w przypadku programów polityki zdrowotnej wyboru realizatora tego programu dokonuje się w drodze konkursu ofert. Niezależnie od wartości zamówienia do wyboru realizatorów programów nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych. O przeprowadzeniu konkursu jednostka samorządu terytorialnego ogłasza w swojej siedzibie i na swojej stronie internetowej co najmniej na 15 dni przed upływem wyznaczonego terminu składania ofert.

W ogłoszeniu określa się w szczególności:

- 1) przedmiot konkursu ofert;
- 2) wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej;
- 3) termin i miejsce składania ofert.

Przedmiotem konkursu może być wyłącznie realizacja programu polityki zdrowotnej. Treść programu lub ewentualnie projektu programu (przedmiot konkursu) powinna być znana najpóźniej na dzień ogłoszenia konkursu. Postępowanie niektórych jednostek samorządu terytorialnego, które jako przedmiot konkursu na wybór realizatora określają przygotowanie, wdrożenie i realizację programu polityki zdrowotnej nie znajduje oparcia w przepisach ustawy. Jeżeli przedmiotem zamówienia ma być przygotowanie projektu programu polityki zdrowotnej mamy do czynienia ze standardowym zleceniem usługi, do której w zależności od wartości przedmiotu zamówienia zastosowanie będą miały przepisy Prawa zamówień publicznych albo wewnętrzne przepisy jednostki dotyczące zasad zlecenia usług zewnętrznych.

Do wyboru realizatora programu w zakresie nieuregulowanym w u.ś.o.z. odpowiednio stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące przetargu. Ogłoszenie o konkursie może być zmienione lub odwołane tylko wtedy, gdy zastrzeżono to w jego treści. Podmiot ogłaszający konkurs na realizatora programu (od chwili udostępnienia warunków) i oferent (od chwili złożenia oferty), są zobowiązani postępować zgodnie z postanowieniami ogłoszenia, a także warunkami konkursu ofert.



Oferta złożona w toku konkursu przestaje wiązać, gdy została wybrana inna oferta albo gdy konkurs został zamknięty bez wybrania którejkolwiek z ofert, chyba że w warunkach konkursu zastrzeżono inaczej.

Podmiot ogłaszający konkurs jest obowiązany niezwłocznie powiadomić na piśmie uczestników konkursu o jego wyniku albo o zamknięciu konkursu bez dokonania wyboru.

W warunkach konkursu można zastrzec, że podmiot przystępujący do niego powinien, pod rygorem niedopuszczenia do udziału w konkursie, wpłacić określoną sumę albo ustanowić odpowiednie zabezpieczenie jej zapłaty (wadium). Podmiot ogłaszający konkurs oraz uczestnik konkursu może żądać unieważnienia zawartej umowy, jeżeli strona tej umowy, inny uczestnik lub osoba działająca w porozumieniu z innymi osobami wpłynęła na wynik konkursu, w sposób sprzeczny z prawem lub dobrymi obyczajami. Uprawnienie to wygasa z upływem miesiąca od dnia, w którym uprawniony dowiedział się o istnieniu przyczyny unieważnienia, nie później jednak niż z upływem roku od dnia zawarcia umowy.

Możliwe jest przeprowadzenie konkursu na wybór realizatora, a nawet podpisanie umowy przed oceną projektu programu polityki zdrowotnej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych. W takim jednak przypadku podmiot organizujący konkurs powinien zastrzec, że czynność prawna dochodzi do skutku pod warunkiem otrzymania pozytywnej opinii Agencji oraz przyjęcia programu przez właściwy organ. Jednostka powinna zabezpieczyć swój interes w przypadku potrzeby dokonania korekty w związku z wydaniem przez AOTM opinii pozytywnej warunkowej.

W wyroku Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 4 września 2008 r. (IV CSK 196/2008) wskazano, że zawarte w treści czynności prawnej zastrzeżenie, uzależniające powstanie lub ustanie skutków czynności prawnej od zdarzenia przyszłego, którego ziszczenie się nie zależy od woli stron może być kwalifikowane jako warunek w rozumieniu art. 89 kodeksu cywilnego. Jeżeli warunek zastrzeżony został zgodnie z wymaganiami prawa i spełni się wskazane w nim zdarzenie przyszłe i niepełne, wówczas powstają (przy warunku zawieszającym) lub ustają (przy warunku rozwiązującym), skutki prawne określone treścią czynności prawnej i innymi uzupełniającymi ją regułami (art. 56 Kodeksu cywilnego). Zgodnie z ogólną zasadą, skutki te następują na podstawie samego ziszczenia się warunku, a więc bez potrzeby składania jakichkolwiek dodatkowych oświadczeń woli⁷.

Warto podkreślić, że ustawa wymaga przedłożenia projektu programu do zaopiniowania Agencji, niemniej jednak brak jest przepisu, który wskazywałby na niemożność realizacji programu przy ocenie negatywnej.

⁷ LexPolonica nr 2038565



Stąd w omawianym przypadku, jeżeli jednostka samorządu terytorialnego zdecyduje się na prowadzenie procedury wyboru realizatora przed uzyskaniem opinii Agencji, wprowadzenie takiego zastrzeżenia jest przez nas rekomendowane.

Z podmiotem wykonującym działalność leczniczą, który wygra konkurs jednostka samorządu terytorialnego zawiera umowę. W przypadku odmowy zawarcia umowy przez jednostkę samorządu terytorialnego uczestnikowi, który wygrał konkurs przysługuje bądź roszczenie o jej zawarcie, bądź roszczenie o zapłatę podwójnego wadium (jeżeli wpłatę wadium przewidywały warunki konkursu) albo zapłatę odszkodowania. Umowa zawierana z realizatorem programu jest umową cywilnoprawną. Ewentualne spory pomiędzy podmiotem organizującym konkurs na wybór realizatora, a oferentem rozstrzygają sądy powszechne.

W przypadku realizacji przez jednostkę samorządu terytorialnego zadań z zakresu ochrony zdrowia warto zadać sobie pytanie czy i w jakim zakresie mogą być one zlecane w trybie ustawy o pożytku publicznym i wolontariacie. W konsekwencji istnienia dwóch reżimów ustawowych mogą się pojawić wątpliwości, który z nich stosować. Art. 48b u.ś o.z. określa tryb wyboru realizatora programu. Art. 11 ust. 2 ustawy o pożytku publicznym i wolontariacie stanowi, że wspieranie oraz powierzanie realizacji zadania publicznego odbywa się po przeprowadzeniu otwartego konkursu ofert, chyba że przepisy odrębne przewidują inny tryb zlecenia. Wydaje się jednak, że w przypadku programów polityki zdrowotnej, uwzględniając ich rolę w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, pierwszeństwo powinna mieć ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W konsekwencji ustawa o pożytku publicznym i wolontariacie mogłaby mieć zastosowanie przy innych, niż realizacja programów polityki zdrowotnej, zadaniach wymienionych w art. 7-9 u.ś.o.z. (w przypadku gmin np. inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami / w przypadku powiatów np. inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia). Przy podejmowaniu decyzji o wyborze zadania, które samorząd będzie realizował, wiele zależy również od tego w jaki sposób zostaną sformułowane cele w programie współpracy z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, tak aby jednostka samorządu terytorialnego nie spotkała się z zarzutem omijania regulacji dotyczących zasad tworzenia i realizacji programów polityki zdrowotnej.



Na zakończenie warto nadmienić, że na problemy ze stosowaniem ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie zwróciła również uwagę Najwyższa Izba Kontroli. W jednym z wystąpień pokontrolnych⁸ wskazano, że ustawa ta nie może stanowić samoistnej podstawy materialnoprawnej do finansowania świadczeń zdrowotnych w zakresie ochrony zdrowia i promocji zdrowia, w tym dotowania działalności pielęgnacyjnej, rehabilitacyjnej i terapeutycznej. W ocenie NIK przepisu art. 4 ust. 1 pkt 6 oraz art. 11 ust. 1 pkt 1 powyższej ustawy nie można rozpatrywać w oderwaniu od przepisów odrębnych ustaw, w których należy poszukiwać konkretyzacji możliwości wsparcia finansowego z budżetu jednostki samorządu terytorialnego na rzecz podmiotów niezaliczonych do sektora finansów publicznych.

⁸ Wystąpienie pokontrolne KZD.410.006.01.2015 w ramach kontroli P/15/063 – Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego.



Obowiązki sprawozdawcze

U.ś.o.z. nakłada na jednostki samorządu terytorialnego obowiązek przekazywania informacji o realizowanych programach polityki zdrowotnej. Szczegółowe zasady realizacji obowiązków sprawozdawczych określa Rozporządzenie z 28 października 2015 r. w sprawie przekazywania informacji o programach polityki zdrowotnej oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje.



Informacje przekazywane są w formie elektronicznej i winny być opatrzone podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą kwalifikowanego certyfikatu lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP.

Informacje dotyczą wyłącznie programów polityki zdrowotnej, które posiadają opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji albo zostały przekazane do AOTMiT w celu zaopiniowania.

Należy nadmienić, że 1 stycznia 2017 r. zaczną obowiązywać nowe regulacje w zakresie obowiązków sprawozdawczych, w tym dniu bowiem wejdzie w życie art. 22 ustawy o zdrowiu publicznych, na mocy którego uchylone zostaną przepisy u.ś.o.z. w części dotyczącej składania sprawozdań o realizacji programów polityki zdrowotnej oraz przepis upoważniający do wydania rozporządzenia w sprawie przekazywania informacji o programach polityki zdrowotnej, skutkiem czego powołane wyżej rozporządzenie również utraci moc. W miejsce dotychczasowych przepisów w dniu 1 stycznia 2017 r. wejdzie w życie art. 12 ustawy o zdrowiu publicznym, zgodnie z którym jednostki samorządu terytorialnego będą przekazywać właściwemu wojewodzie, do dnia 31 marca każdego roku, roczną informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.

Informacja będzie musiała zawierać:

- określenie odpowiednio organu sporządzającego informację lub ją przekazującego;
- wskazanie realizowanego celu operacyjnego NPZ dla podjętych lub zrealizowanych zadań z zakresu zdrowia publicznego, jeżeli dotyczy;
- opis zadań z zakresu zdrowia publicznego zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku;
- wskazanie źródeł i wysokości finansowania zadań zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku;
- inne informacje uznane przez dany organ za istotne w zakresie zadań podjętych w ubiegłym roku.



Wojewoda będzie weryfikował przekazane informacje pod kątem spełnienia powyższych wymagań oraz pod względem zgodności realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego celów i podjętych lub zrealizowanych zadań z celami operacyjnymi i zadaniami służącymi do ich realizacji, określonymi w Narodowym Programie Zdrowia.

Na podstawie przedłożonych informacji, wojewoda będzie sporządzał informację zbiorczą. Począwszy od 2018 r. do informacji zbiorczej wojewoda będzie sporządzał opinię dotyczącą zgodności zrealizowanych lub podjętych zadań z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c u.ś.o.z.

Na podstawie informacji oraz opinii minister właściwy do spraw zdrowia będzie sporządzał, co dwa lata, informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego zawierającą ocenę zgodności zrealizowanych lub podjętych przez jednostki samorządu terytorialnego zadań z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c u.ś.o.z. Informacja będzie następnie przekazywana do Rady Ministrów do dnia 30 listopada roku następującego po ostatnim roku objętym informacją. W przypadku stwierdzenia niezgodności zadań realizowanych przez JST z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej wojewoda będzie zobowiązany przekazać swoją opinię w tym zakresie organowi stanowiącemu danej jednostki.

Rozporządzenie wykonawcze do ustawy określi sposób przekazywania informacji oraz wzór dokumentu zawierającego taką informację⁹.

⁹ Na dzień zakończenia prac nad podręcznikiem projekt rozporządzenia nie został opublikowany na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji.



Kontrola przez Najwyższą Izbę Kontroli jednostek samorządu terytorialnego realizujących programy polityki zdrowotnej

Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego była jednym z przedmiotów kontroli NIK w 2015 r.¹⁰. Kontrola P/15/063 miała dać odpowiedź na pytanie: *Czy realizacja przez jednostki samorządu terytorialnego zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia, w ramach programów polityki zdrowotnej, przyczyniła się do poprawy zdrowia i jakości życia mieszkańców?*



W wystąpieniach pokontrolnych kierowanych do samorządów wskazywano m.in. na następujące zjawiska lub nieprawidłowości jednostek samorządu terytorialnego:

- brak programu polityki zdrowotnej pomimo zlecenia wykonania świadczeń, które wymagały jego opracowania;
- nieprzekazywanie projektów programów do oceny AOTMiT;
- brak wymaganych konsultacji projektów programów z innymi jednostkami samorządu terytorialnego;
- niedokonywanie rozpatrzenia zapotrzebowania mieszkańców na konkretne usługi zdrowotne;
- wybór realizatora programu bez przeprowadzenia konkursu;
- niedokonywanie oceny wpływu realizowanych programów na poprawę zdrowia i jakości życia mieszkańców;
- nieprzeprowadzanie ewaluacji realizowanych programów;
- wykazywanie w sprawozdaniach informacji o programach, ustanawianych i realizowanych na podstawie odrębnych przepisów prawa (np. gminnego programu w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi) oraz przekazywanie danych niezgodnych z dokumentacją źródłową;
- nieprawidłowe klasyfikowanie w księgach rachunkowych wydatków na zakup świadczeń w ramach realizowanych programów.

¹⁰ Plan pracy Najwyższej Izby Kontroli na 2015 rok.



Wykaz skrótów i oznaczeń

- Agencja, AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
- JST – jednostka samorządu terytorialnego
- MZ – Ministerstwo Zdrowia
- NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
- NPZ – Narodowy Program Zdrowia
- NSA – Naczelny Sąd Administracyjny
- u.s.g. – ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, tj. Dz.U z 2016 poz. 446
- u.s.p. – ustawa z dnia z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, tj. Dz.U. z 2016 poz. 814
- u.s.w. – ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, tj. Dz.U. z 2016 poz. 486
- u.ś.o.z. – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. Dz.U. z 2015 poz. 581
- WSA – wojewódzki sąd administracyjny



Wykaz aktów prawnych

- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, tj. Dz.U. z 2016 r. poz. 380
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, tj. Dz.U z 2016 poz. 446
- Ustawa z dnia z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, tj. Dz.U. z 2016 poz. 814
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, tj. Dz.U. z 2016 poz. 486
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, tj. Dz.U z 2016 poz. 239
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. Dz.U. z 2015 poz. 581
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym Dz. U. poz. 1916



Przydatne strony internetowe

- Ministerstwo Zdrowia: www.mz.gov.pl
- Główny Inspektorat Sanitarny: www.gis.gov.pl
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny: www.pzh.gov.pl
- Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji: www.aotmit.gov.pl
- Narodowy Fundusz Zdrowia: www.nfz.gov.pl
- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia: www.csioz.gov.pl
- World Health Organization: www.who.int
- Komisja Europejska: <http://ec.europa.eu/health/>
- Centers for Disease Control and Prevention: <http://ecdc.europa.eu/>
- Polskie Towarzystwo Farmakoeconomiczne: www.farmakoekonomika.pl
- Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich: www.szmp.pl
- Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi: www.programyzdrowotne.pl
- Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie, Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów: www.kodekswalkizrakiem.pl
- Związek Powiatów Polskich: www.zpp.pl
- Związek Miast Polskich: www.zmp.poznan.pl
- Dziennik Warto Wiedzieć: www.wartowiedziec.org
- Medycyna Praktyczna: www.mp.pl
- Polskie Towarzystwo Diabetologiczne: www.cukrzyca.info.pl
- Polskie Towarzystwo Chorób Płuc: www.ptchp.org
- Poradnia internetowa zdrowemiasto.pl: www.zdrowemiasto.pl
- Polska Unia Onkologii: www.puo.pl
- Polska Koalicja na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy: <http://koalicjarsm.pl/>



Spis tabel, map i wykresów

TABELE

Tabela 1. Zobrazowanie proporcji liczby zgłaszanych programów polityki zdrowotnej do AOTMiT do liczby danej kategorii JST w latach 2014 i 2015.....	10
Tabela 2. Kategorie programów polityki zdrowotnej zgłaszanych przez samorzady terytorialne do AOTMiT w roku 2014 i 2015.	17
Tabela 3. Zobrazowanie proporcji programów polityki zdrowotnej pozytywnie i negatywnie ocenianych przez AOTMiT w odniesieniu do kategorii danego JST w latach 2014 i 2015	28

MAPY

Mapa 1. Gminy, powiaty i miasta na prawach powiatu, które złożyły w 2014 roku program polityki zdrowotnej do zaopiniowania przez AOTMiT.....	11
Mapa 2. Gminy, powiaty i miasta na prawach powiatu, które złożyły w 2015 roku program polityki zdrowotnej do zaopiniowania przez AOTMiT.....	12
Mapa 3. Liczba programów polityki zdrowotnej zgłoszonych do zaopiniowania przez AOTMiT w 2014 roku, w podziale na województwa.	13
Mapa 4. Liczba programów polityki zdrowotnej zgłoszonych do zaopiniowania przez AOTMiT w 2015 roku, w podziale na województwa	14

WYKRESY

Wykres 1. Liczba programów polityki zdrowotnej zgłoszonych do AOTMiT przez poszczególne rodzaje samorządów terytorialnych w 2014 roku.....	8
Wykres 2. Liczba programów polityki zdrowotnej zgłoszonych do AOTMiT przez poszczególne rodzaje samorządów terytorialnych w 2015 roku.....	9
Wykres 3. Liczba samorządowych programów polityki zdrowotnej opiniowanych przez AOTMiT w latach 2010-2015	25
Wykres 4. Ocena programów polityki zdrowotnej przez AOTMiT w latach 2010-2015 (w proc.)	26
Wykres 5. Ocena programów polityki zdrowotnej przez AOTMiT w latach 2010-2015 (w liczbach)	26
Wykres 6. Opinia AOTMiT samorządowych programów polityki zdrowotnej zgłoszonych do oceny w roku 2014 i 2015	27





ZWIĄZEK POWIATÓW POLSKICH

Association Of Polish Counties

Pałac Kultury i Nauki, XXVII piętro, 00-901 Warszawa
Plac Defilad 1, skr. poczt. 7, tel. 22 656 63 34 fax 22 656 63 33
Adres do korespondencji: 33-300 Nowy Sącz, skr. poczt. 119
tel. 18 477 86 00, fax 18 477 86 11, e-mail: zpp@zpp.pl
www.zpp.pl

