

Samorządowe programy zdrowotne – praktyczne aspekty realizacji

Community health programmes – practical aspects of realization

KATARZYNA DUBAS^{1/}, MICHAŁ SEWERYN^{1/}, MAGDALENA KOPERNY^{2/}

^{1/} Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

^{2/} Dział Zdrowia Publicznego i Promocji Zdrowia, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie

Celem artykułu jest analiza praktycznych aspektów realizacji samorządowych programów zdrowotnych wraz ze wskazaniem rekomendacji w tym obszarze. Przedstawione statystyki wskazują na znaczny stopień trudności w konstrukcji efektywnych programów zdrowotnych (negatywna opinia AOTM w odniesieniu do 42% projektów samorządowych programów zdrowotnych w 2012 r.). Niezbędne jest zapewnienie wsparcia dla jednostek samorządowych o charakterze zarówno merytorycznym, jak i organizacyjnym.

Słowa kluczowe: samorząd terytorialny, program zdrowotny, Agencja Oceny Technologii Medycznych

The article aim is the analysis of the practical aspects of the community health programmes realization and the provision of recommendations in this field. The presented statistics indicate a high level of difficulty in construction of effective health programmes by the local government units (42% of the health programme projects in 2012 were negatively appraised by the Agency for Health Technology Assessment in Poland). Provision of both content-related and organizational support for the local government units is crucial.

Key words: local government, health programme, Agency for Health Technology Assessment in Poland

© Hygeia Public Health 2014, 49(4): 747-754

www.h-ph.pl

Nadesłano: 30.09.2014

Zakwalifikowano do druku: 01.11.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr Katarzyna Dubas
Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego
Instytut Zdrowia Publicznego, Collegium Medicum
Uniwersytet Jagielloński
ul. Grzegórzecka 20, 31-531 Kraków, Polska
tel. 504 479 161, e-mail: Katarzyna.Dubas@uj.edu.pl

Wstęp

Decentralizacja zadań publicznych, jaka nastąpiła w wyniku reform z lat 90. ubiegłego stulecia, dotyczyła także działań z zakresu ochrony zdrowia – tzw. reformy samorządowe spowodowały m.in. przeniesienie znacznej części odpowiedzialności za funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym i regionalnym na jednostki samorządu terytorialnego (JST). Zadania z zakresu ochrony zdrowia stanowią jedną z wielu sfer działania samorządu terytorialnego, a stopień ich realizacji uwarunkowany jest wieloma czynnikami. Wyróżnić tu można m.in.: dostępność środków finansowych, uwarunkowania wynikające z obowiązujących przepisów prawnych, możliwości organizacyjne oraz zakres wsparcia merytorycznego dostępnego dla przedstawicieli JST.

Celem niniejszego artykułu jest analiza praktycznych aspektów realizacji tzw. samorządowych programów zdrowotnych. Zgodnie z zapisami Ustawy

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do zadań własnych gmin, powiatów, oraz województw w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy m.in. opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców (art. 7-9 ww. Ustawy) [1]. Praktyka ostatnich lat pokazuje, iż poszczególne jednostki samorządu terytorialnego odnoszą się do realizacji ww. zapisu w sposób bardzo zróżnicowany. Wymienić można wiele jednostek samorządowych, które – wychodząc naprzeciw zdiagnozowanym potrzebom zdrowotnym – realizują innowacyjne i zgodne z najnowszymi dowodami naukowymi programy zdrowotne. Są jednak i takie, w których realizuje się jedynie obligatoryjne i nie uwzględniające elementu oceny skuteczności, programy z zakresu przeciwdziałania alkoholizmowi. Problematyka ta jest szczególnie istotna w świetle obowiązującej, począwszy od 2009 r., nowelizacji Ustawy o świadczeniach opieki

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którą JST są zobligowane do przekazania projektu programu zdrowotnego do opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM) [1].

W ramach niniejszego artykułu analiza praktycznych aspektów realizacji samorządowych programów zdrowotnych, została poprzedzona krótką charakterystyką ogółu zadań JST z zakresu ochrony zdrowia (celem nakreślenia tła realizacji programów zdrowotnych, zwłaszcza w kontekście konkurencji o ograniczone zasoby finansowe samorządów) oraz przedstawieniem najnowszych zaleceń naukowych odnoszących się do konstrukcji programów (celem zobrazowania stopnia trudności realizacji tego zadania przez JST).

Zadania JST z zakresu ochrony zdrowia

Zadania z zakresu ochrony zdrowia, do których realizacji zobowiązane zostały samorządy, pogrupować można w ramach trzech ogólnych kategorii: 1. prowadzenie placówek opieki zdrowotnej, 2. lokalna polityka zdrowotna oraz stanowiąca przedmiot niniejszego artykułu 3. realizacja samorządowych programów zdrowotnych.

W ramach pierwszej grupy zadań, jednostki samorządu terytorialnego pełnią rolę organów założycielskich dla publicznych placówek opieki zdrowotnej, głównie szpitali funkcjonujących w formie tzw. samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SP ZOZ). Zakres obowiązków JST jako organów założycielskich SP ZOZ uregulowany jest w Ustawie z dn. 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [2]. Jednostki samorządowe mogą być również właścicielem (100%, większości lub mniejszości) udziałów w podmiocie leczniczym funkcjonującym w formie spółki kapitałowej, na bazie przepisów Kodeksu spółek handlowych [3]. Według danych Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia, na koniec 2011 r. funkcjonowało w Polsce 517 szpitali publicznych, z czego dla 440 organem założycielskim były jednostki samorządowe [4]. Niestety nie ma danych statystycznych informujących w odniesieniu do ilu szpitali niepublicznych funkcjonujących w formie spółek (których na koniec 2011 r. było ogółem 313 jednostek) samorządy są właścicielem udziałów.^{1/}

Problematyka szpitali samorządowych oraz przekształceń ich formy organizacyjno-prawnej jest przedmiotem licznych publikacji [5-8] oraz debat w środo-

wisku decydentów i ekspertów polityki zdrowotnej. Szczególnie wiele kontrowersji wzbudzają przepisy odnoszące się do ujemnego wyniku finansowego SP ZOZ – w przypadku, gdy podmiot leczniczy zakończy rok obrotowy stratą, organ założycielski musi podjąć jedną z trzech decyzji: 1. dopłacić do poziomu 'zero'; 2. przekształcić SP ZOZ w spółkę kapitałową, przejmując przy tym zadłużenie podmiotu; 3. zlikwidować SP ZOZ. Analiza konsekwencji ww. działań wykracza poza zakres niniejszego opracowania. Podkreślić jednak należy skalę odpowiedzialności finansowej JST. Dopłata do wyniku finansowego, przejęcie zadłużenia lub też dofinansowanie bieżącej działalności podmiotu leczniczego (jednakże tylko w postaci dotacji: na realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia; zakup aparatury i sprzętu medycznego; remonty) mogą w znaczny sposób obciążyć budżet JST, jak również pochłonąć większość środków dostępnych do dyspozycji w obszarze 'zdrowia'. Ma to kluczowe znaczenie dla możliwości realizacji pozostałych zadań z zakresu ochrony zdrowia.

Prowadzenie lokalnej polityki zdrowotnej to obszar zadań JST określany przez niektórych autorów jako odnoszący się do „ogólnej strategii i planowania” [9]. Wspomniana we wstępie Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [1] określa zadania władz publicznych, a więc także samorządowych, w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Wymienia się tu m.in.: tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, jak również promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu. Do zadań własnych JST, w zależności od szczebla, należy:

- inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami;
- 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;
- opracowywanie i wdrażanie programów innych niż z zakresu promocji zdrowia służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia;
- inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia;
- podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców.

^{1/} Można jedynie szacować, iż jest to co najmniej 100 jednostek. Procesy przekształceń nieustannie postępują, tymczasem wg stanu koniec 2010 r. funkcjonowały 82 szpitale w formie spółek, w których JST posiadały udziały: w przypadku 68 szpitali był to udział całościowy, 4 większościowy i 10 mniejszościowy. Źródło: Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999-2010, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, marzec 2011 r.

Zadania z zakresu ochrony zdrowia, do realizacji których zobowiązane zostały poszczególne szczeble samorządu terytorialnego, wynikają także z szeregu innych ustaw i dotyczą m.in.:

- wychowania w trzeźwości oraz przeciwdziałania alkoholizmowi [10];
- przeciwdziałania narkomanii [11];
- ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych [12];
- organizacji systemu ratownictwa medycznego [13];
- ochrony zdrowia psychicznego [14];
- działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej [15];
- działań z zakresu funkcjonowania Medycyny Pracy [16];
- pomocy społecznej [17].

W obszarze zadań dotyczących realizacji szeroko pojętej polityki zdrowotnej kluczowa wydaje się rola samorządu województwa. Konstruowane na poziomie regionu plany i strategie z zakresu ochrony zdrowia, powinny uwzględniać działania podejmowane przez JST niższego szczebla oraz stanowić dla nich źródło odniesienia.

Trzecia grupa zadań JST z zakresu ochrony zdrowia – realizacja samorządowych programów zdrowotnych – traktowana może być jako uszczegółowienie opisanych powyżej kwestii związanych z prowadzeniem lokalnej/regionalnej polityki zdrowotnej. Zgodnie z zapisami Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [1] program zdrowotny jest to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, finansowany ze środków publicznych (art. 5, pkt. 30 Ustawy). Programy zdrowotne mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie, jednostki samorządu terytorialnego lub Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), a dotyczą one w szczególności:

- ważnych zjawisk epidemiologicznych;
- innych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania;
- wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.

Do zadań własnych gmin, powiatów, oraz województw należy opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia

mieszkańców. Gminy mają obowiązek przekazywać powiatowi informację nt realizowanych programów zdrowotnych, powiaty sprawozdają te informacje marszałkowi województwa, a ten z kolei przekazuje pełne zestawienie wojewodzie. Szczegółowe zasady tej procedury uregulowane zostały we właściwym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2008 r. [18], zgodnie z którym samorządy powinny przekazywać informacje o zrealizowanych oraz planowanych do realizacji programach zdrowotnych. Informacja taka zawierać powinna m.in. dane nt.: celu programu, okresu realizacji, populacji objętej programem, realizatorów, szczegółowych zadań objętych programem (w podziale na świadczenia opieki zdrowotnej, szkolenia, działania promocyjno-edukacyjne, zakup sprzętu), kosztów programu oraz źródeł jego finansowania.

Przygotowany projekt programu zdrowotnego JST przekazuje do AOTM celem jego zaopiniowania (proces przygotowania opinii nie może przekraczać 3 miesięcy). Wyboru realizatora programu natomiast dokonuje się w drodze konkursu ofert.

Zalecenia konstrukcji efektywnych programów zdrowotnych

Wychodząc naprzeciw potrzebom jednostek samorządowych, AOTM opublikowała szereg praktycznych informacji i zaleceń odnoszących się do konstrukcji efektywnych programów zdrowotnych w oparciu między innymi o amerykańskie wytyczne [19]. Poprawnie zaprojektowany program zdrowotny powinien odnosić się do następujących elementów:

- Należy jasno określić problem zdrowotny (lub problemy), którym można zapobiegać lub też ograniczać ryzyko ich wystąpienia. Wdrożenie programu zdrowotnego powinno być uzasadnione faktem, iż dotyczy istotnych zjawisk epidemiologicznych i rzeczywistych, rozpowszechnionych problemów zdrowotnych występujących w danej populacji.
- Problem zdrowotny powinien być możliwy do zmierzenia i oszacowania jego rozpowszechnienia co pozwala na ocenę jego efektywności.
- Niezbędna jest analiza demograficzno-epidemiologiczno-społeczna populacji docelowej programu. Obok proponowanych interwencji profilaktycznych nie bez znaczenia jest uwzględnienie działań nakierowanych na postawę jednostek i zmianę zachowań behawioralnych, które mają na celu zwiększanie odsetka osób uczestniczących w programie.
- Wszelkie podejmowane działania w ramach programu zdrowotnego powinny być o udowodnionej skuteczności. Efektywność kliniczna lub kosztowa powinna zostać potwierdzona dowodami naukowymi (przebiegi systematyczne, badania kliniczne pierwotne), wytycznymi towarzystw naukowych czy też opiniami ekspertów w danej dziedzinie.

Ponadto należy zwrócić uwagę na czynniki środowiskowe i indywidualne w danej społeczności a także komplementarność z innymi dostępnymi już działaniami i programami.

- Niezbędne jest określenie możliwości organizacyjnych programu zdrowotnego wraz z kryteriami kwalifikacji populacji do programu, szczegółowym planem postępowania, niezbędnymi warunkami realizacji (dbając przy tym o optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów). Równie ważne jest określenie kosztów programu zdrowotnego oraz źródeł jego finansowania.
- Należy stale monitorować i dokonywać okresowej, obiektywnej ewaluacji efektywności programu (określić mierzalne wyniki odpowiadające założonym na wstępie celom programu).

Wymienione powyżej cechy są spójne i znajdują swe odzwierciedlenie w zalecanym przez AOTM schemacie programu zdrowotnego (Schemat 1).

Już pobieżna analiza zaleceń odnoszących się do konstrukcji efektywnych programów zdrowotnych wskazuje na ogromny stopień trudności ich opracowania. Poszczególne elementy programu wymagają głębokiej wiedzy z różnych dyscyplin – od epidemiologii i medycznych aspektów weryfikacji skuteczności klinicznej technologii medycznych (*evidence based medicine* – EBM) począwszy, poprzez demografię i socjologię, na aspektach prawnych i organizacyjnych funkcjonowania sektora zdrowia oraz ekonomicznej ocenie interwencji medycznych skończywszy.

Zalecenia AOTM odnośnie konstrukcji samorządowych programów zdrowotnych nie mają oczywiście charakteru obligatoryjnego. Ogromne znaczenie ma tu również znajomość specyfiki lokalnych potrzeb, uwarunkowań i możliwości JST. Niemniej jednak, jak pokazują przykłady zaprezentowane w kolejnej części artykułu, samorządy mają spore trudności w stosowaniu się do ww. zaleceń.

Praktyczne aspekty realizacji samorządowych programów zdrowotnych

Począwszy od 2009 r. do końca maja 2014 r. AOTM zaopiniowała ponad 880 projektów programów zdrowotnych z czego zdecydowaną większość stanowiły programy opracowane przez jednostki samorządu terytorialnego. AOTM publikuje na swojej stronie internetowej teksty wydanych opinii – wg stanu na maj 2014 r. opublikowane zostały 882 opinie dotyczące projektów programów zdrowotnych (67 wydanych w 2010 r., 187 w 2011 r., 270 w 2012 r., 294 w 2013 r. oraz 64 w 2014 r.). Przykładowo w roku 2012, 259 wydanych opinii dotyczyło programów opracowanych przez JST (spośród pozostałych 11 opinii: 9 odnosiło się do programów opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia, a 2 do programów zdrowotnych Minister-

Schemat 1. Konstrukcja programu zdrowotnego
Outline 1. Health programme construction

Strona tytułowa	
<ul style="list-style-type: none"> • Nazwa programu • Okres realizacji programu • Autorzy programu 	
1. Opis problemu zdrowotnego	
<ul style="list-style-type: none"> a. Problem zdrowotny b. Epidemiologia c. Populacja podlegająca JST i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu d. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu 	
2. Cele programu	
<ul style="list-style-type: none"> a. Cel główny b. Cele szczegółowe c. Oczekiwane efekty d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu 	
3. Adresaci programu (populacja programu)	
<ul style="list-style-type: none"> a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe b. Tryb zapraszania do programu 	
4. Organizacja programu	
<ul style="list-style-type: none"> a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne b. Planowane interwencje c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi fin. ze środków publ. f. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji h. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu i. Dowody skuteczności planowanych działań: <ul style="list-style-type: none"> – Opinie ekspertów klinicznych – Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym – Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej – Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych przez JST 	
5. Koszty	
<ul style="list-style-type: none"> a. Koszty jednostkowe b. Planowane koszty całkowite c. Źródła finansowania, partnerstwo d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne 	
6. Monitorowanie i ewaluacja	
<ul style="list-style-type: none"> a. Ocena zgłaszalności do programu b. Ocena jakości świadczeń w programie c. Ocena efektywności programu 	
7. Okres realizacji programu	

Źródło: opracowanie własne na podstawie Schemat Programu Zdrowotnego, AOTM

stwa Obrony Narodowej). Szczegółowe zestawienie przedstawia tabela I.

Wśród 259 opinii dotyczących projektów samorządowych programów zdrowotnych, najwięcej bo 137 odnosiło się do projektów przygotowanych przez gminy, w następnej kolejności były to projekty przedstawione przez miasta na prawach powiatu (71), powiaty (36) i województwa (15). W ogólnej liczbie opinii dotyczących projektów samorządowych programów zdrowotnych – w odniesieniu do 42,08% wydana opinia miała charakter negatywny. Najwięk-

Tabela I. Opinie dotyczące programów zdrowotnych wydane przez AOTM w 2012 r.

Table I. AOTM opinions on health programmes in 2012

Podmiot opracowujący program zdrowotny	Opinie ogółem	w tym			
		pozytywne		negatywne	
		lb.	%	lb.	%
Gmina	137	96	70,07	41	29,93
Powiat	36	13	36,11	23	63,89
Miasto na prawach powiatu	71	32	45,07	39	54,93
Województwo	15	9	60,00	6	40,00
Suma JST	259	150	57,92	109	42,08
Ministerstwo	11	6	54,55	5	45,45
Suma ogółem	270	156	57,78	114	42,22

Źródło: opracowanie własne na podstawie www.aotm.gov.pl

szy odsetek ocen negatywnych dotyczył programów zdrowotnych opracowanych przez powiaty (63,89%), zaś najniższy – programów gminnych (29,93%). W okresie 2010-2012 udział liczby ocen negatywnych w całkowitej liczbie wydanych przez AOTM opinii uległ powiększeniu [20].

Prezentacja powyższego zestawienia, nie ma celu analizy danych ilościowych, lecz podkreślenie ogromnego poziomu trudności w konstrukcji programów zdrowotnych z jakim borykają się samorządy. Tak wysoki odsetek ocen negatywnych świadczy przede wszystkim o potrzebie wsparcia merytorycznego dla JST. Szczegółowa analiza opinii wydanych przez AOTM, pozwala na wskazanie obszarów, w których błędy na etapie konstrukcji projektu samorządowego programu zdrowotnego często się powtarzają. Jako przykłady wymienić można:

- niejasne określenie celu programu zdrowotnego (projekt wskazuje jedynie problem zdrowotny, którego program dotyczy, nie definiuje jednak konkretnych celów, którym służyć ma jego realizacja);
- brak sprecyzowania oczekiwanych efektów realizacji, a tym samym opisu strategii monitorowania skuteczności programu;
- brak lub nieadekwatne informacje na temat środków finansowych przeznaczonych na realizację oraz budżetu programu zdrowotnego (uniemożliwia to ocenę efektywności kosztowej wykorzystania zasobów);
- brak odniesienia do lokalnych danych epidemiologicznych (bardzo często brak aktualnych danych), a tym samym określenia populacji docelowej i uzasadnienia potrzeby wdrożenia programu zdrowotnego;
- pominięcie działań o charakterze promocyjno-marketingowym, mających na celu zachęcenie populacji do uczestnictwa w programie.

Podkreślić należy, iż opinie AOTM mają jedynie charakter doradczy. Ich celem jest wskazanie błędów

oraz obszarów wymagających korekty lub uzupełnienia. Nie ma bowiem przepisów prawnych, które zabraniałyby jednostce samorządu terytorialnego podjęcie realizacji programu zdrowotnego w stosunku do którego AOTM wydała opinie negatywną. Jednocześnie należy pamiętać, iż realizowane programy zdrowotne podlegają nadzorowi Wojewody, Regionalnej Izby Obrachunkowej oraz Najwyższej Izbie Kontroli w zakresie racjonalności, legalności i gospodarności wydatkowanych środków finansowych. Na uwagę zasługuje również fakt, iż Agencja wydaje opinie tylko w odniesieniu do samorządowych programów zdrowotnych, które realizowane są na podstawie zapisów Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [1] i mają charakter fakultatywny. Tymczasem jednostki samorządu terytorialnego realizują również szereg programów, które łączą aspekty polityki zdrowotnej, społecznej i ekonomicznej, a ich projekty nie wymagają zaopiniowania przez AOTM. Jako przykład, można tu wymienić realizowane na poziomie gmin i mające charakter obligatoryjny programy z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, jak również realizowane przez liczne JST programy z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, przeciwdziałania narkomanii, ograniczania następstw używania wyrobów tytoniowych czy przeciwdziałania przemocy w rodzinie^{2/}.

Działania JST z zakresu realizacji lokalnych programów zdrowotnych przybierają różne formy i charakteryzują się zróżnicowanym stopniem intensywności. Jak wspomniano wcześniej, samorządy mają obowiązek sprawozdawania informacji o realizowanych programach zdrowotnych, jednostkom samorządowym wyższego szczebla, dane te finalnie gromadzone są przez urzędy marszałkowskie i poprzez urzędy wojewódzkie przekazywane do Ministerstwa Zdrowia. Tabela II przedstawia zestawienie liczbowe programów zdrowotnych realizowanych przez JST z terenu województwa małopolskiego w latach 2009-2012. Szczegółowa analiza wskazuje na pewne zastrzeżenia co do jakości danych sprawozdawczych^{3/}, niemniej jednak pozwala na pokazanie intensywności i zakresu podejmowanych przez JST działań, na przykładzie województwa małopolskiego.

^{2/} Realizacja tych programów wynika z odrębnych przepisów prawnych, a brak obowiązku oceny ich projektów przez AOTM był m.in. przedmiotem opinii prawnej Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia z dn. 21 marca 2013 r. (MZ-PR-WL-024-34994-1/KB/13)

^{3/} niektóre JST sprawozdają informację o programach zdrowotnych realizowanych 'na ich terenie', lecz finansowane przez inne podmioty (np. NFZ); inne z kolei sprawozdają informację o tym samym programie zdrowotnym, realizowanym w różnych miesiącach danego roku, jako dwa odrębne programy; zdarza się również, iż w opisie programu brak jest informacji o rodzaju podejmowanych interwencji czy opisu populacji do której jest on skierowany

Tabela II. Programy zdrowotne realizowane przez JST z terenu województwa małopolskiego w latach 2009-2012
 Table II. Health programmes realized by JST of Małopolskie region between 2009-2012

Poziom JST	2009			2010			2011			2012		
	lb. JST	lb. prog. zdr.	udział JST w finansowaniu (zł)	lb. JST	lb. prog. zdr.	udział JST w finansowaniu (zł)	lb. JST	lb. prog. zdr.	udział JST w finansowaniu (zł)	lb. JST	lb. prog. zdr.	udział JST w finansowaniu (zł)
Gmina	49	158	2 803 976,86	39	125	1 210 956,61	39	128	969 510,41	42	90	1 370 420,66
Powiat	16	137	3 661 224,09	15	129	2 480 466,00	16	47	2 642 688,00	8	41	2 438 997,00
Miasto na prawach powiatu	3	41	795 947,75	3	48	550 673,73	3	52	587 545,26	3	45	529 549,00
Województwo	1	7	1 114 098,43	1	1	770 631,00	1	8	1 145 266,62	1	9	1 754 723,49
Ogółem	69	343	8 375 247,13	58	303	5 012 727,34	59	235	5 345 010,29	54	185	6 093 690,15

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie (zestawienia przekazywane corocznie przez Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego)

W analizowanym okresie liczba programów zdrowotnych realizowanych przez JST z terenu województwa małopolskiego uległa zmniejszeniu z 343 programów zdrowotnych w 2009 r. do 185 w roku 2012. Również liczba jednostek podejmujących się realizacji uległa zmniejszeniu z 69 w 2009 r. do 54 w 2012 r. (wynika to ze zmniejszenia liczby gmin realizujących programy zdrowotne z 49 w 2009 r. do 42 w 2012 r. oraz analogicznie powiatów z 16 do 8 jednostek). Przypuszczać można, iż jednym z czynników determinujących powyższe zmiany jest, wprowadzony począwszy od 2009 r. obowiązek przekazywania projektów programów do opinii AOTM. Uzyskanie takiej opinii umożliwia oczywiście podniesienie efektywności i jakości realizowanych programów, jednocześnie jednak stawia wymogi merytoryczne i organizacyjne w kwestii realizacji programów, którym samorządom bardzo często trudno jest sprostać. Na terenie województwa małopolskiego funkcjonują 182 gminy, 19 powiatów oraz 3 miasta na prawach powiatu. Oznacza to, iż średnio zaledwie 23% jednostek gminnych realizowało w latach 2009-2012 programy zdrowotne, ok. 85% jednostek powiatowych w latach 2009-2011 i 42% w roku 2012 oraz 100% miast na prawach powiatu na przestrzeni całego analizowanego okresu.

Jednostki samorządowe z terenu województwa małopolskiego wydatkowały łącznie, w latach 2009-2012, od ok. 8 mln zł do 5 mln zł rocznie na realizację programów zdrowotnych. Przykładowo w 2012 r., 42 gminy realizowały programy zdrowotne, na co łącznie wydatkowały kwotę 1 370 420 zł – w przeliczeniu na jedną gminę realizującą program/y daje to średnio 32 tys. zł. rocznie. W przypadku powiatów jest to kwota ok. 305 tys. zł rocznie w przeliczeniu na 1 powiat realizujący programy zdrowotne, natomiast w przypadku miast na prawach powiatu 177 tys. zł rocznie. Szczegółowa analiza danych wskazuje na dużą aktywność niektórych gmin i powiatów w obszarze realizacji programów zdrowotnych (np. coroczna realizacja kilku/kilkunastu programów) oraz całkowity brak podejmowania działań w tym zakresie przez inne. Przykładowo, spośród 49 gmin realizujących programy

zdrowotne w roku 2009, 17 jednostek realizowało je także corocznie w okresie kolejnych 3 lat, 10 w okresie co najmniej 2 lat z okresu lat 2010-2012, a dalsze 9 jednostek przynajmniej w jednym roku z okresu lat 2010-2012.

Zakres problemów zdrowotnych do których odnoszą się poszczególne programy jest bardzo zróżnicowany. Wymienić jednak można kilka, często powtarzających się obszarów tematycznych:

- profilaktyka chorób zakaźnych (programy szczepień);
- profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób nowotworowych;
- terapia uzależnień;
- profilaktyka chorób układu krążenia;
- promocja zdrowego stylu życia (głównie zwiększenie aktywności fizycznej, profilaktyka wad postawy, promocja zdrowego odżywiania).

Spośród 90 programów zdrowotnych realizowanych przez gminy z terenu województwa małopolskiego w roku 2012, najwięcej dotyczyło profilaktyki wczesnego wykrywania nowotworów (18 programów) oraz promocji różnych form aktywności fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży szkolnej (17 programów). Pozostałe programy zdrowotne dotyczyły: profilaktyki uzależnień (14 programów), szczepień ochronnych (11), profilaktyki chorób układu krążenia (10), profilaktyki wad postawy (8), wykrywania chorób tarczycy (4), profilaktyki próchnicy u dzieci szkolnych (2). Realizowano również pojedyncze programy zdrowotne z zakresu innych specyficznych zagadnień, jak np. wykrywanie wad słuchu, screening w kierunku cukrzycy, czy promowanie zdrowego stylu życia wśród osób w wieku podeszłym (łącznie 6 programów).

Podsumowanie

Realizacja samorządowych programów zdrowotnych to jedno z wielu zadań jednostek samorządowych w obszarze ochrony zdrowia. Intensywność i zakres jego realizacji uwarunkowany jest przede wszystkim moż-

liwościami finansowymi JST oraz posiadaniem właściwych zasobów organizacyjnych i ludzkich. Kluczowe znaczenie ma tu poziom kompetencji i specjalistycznej wiedzy, potrzebnych do opracowania i realizacji programu zdrowotnego, reprezentowany przez przedstawicieli jednostki samorządowej. Wprowadzenie począwszy od 2009 r. obowiązku przekazywania projektu programu zdrowotnego do opinii AOTM, wymusiło zmianę podejścia do kwestii opracowania i realizacji samorządowych programów zdrowotnych. Za najważniejsze wymogi stawiane prawidłowo opracowanym programom zdrowotnym uznać należy:

- jasne sprecyzowanie problemu zdrowotnego oraz populacji docelowej (wymaga to dobrej znajomości lokalnych uwarunkowań epidemiologicznych);
- właściwą organizację programu (uwzględniającą m.in. specyfikę świadczeniodawców z terenu JST);
- umożliwienie oceny efektywności kosztowej programu (rzetelne oszacowanie kosztu jednostkowego oraz określenie źródeł finansowania);
- zaplanowanie działań umożliwiających monitoring i ewaluację (a tym samym ocenę skuteczności programu).

Opracowanie i realizacja programu zdrowotnego wymaga dobrej znajomości lokalnych uwarunkowań i potrzeb, dlatego też wydaje się uzasadnionym, iż kompetencje realizacji tego typu działań zostały przypisane JST. To wspólnota lokalna (samorząd gminy, powiatu) jest najbliższe obywateli – zna jego potrzeby, istniejące problemy zdrowotne, czynniki środowiskowe, epidemiologiczne czy też organizacyjne wpływające na zdrowotność populacji. Znajomość lokalnej specyfiki pozwala na stworzenie efektywnego, dopasowanego do populacji samorządowego programu zdrowotnego oraz potencjalnie łatwy monitoring i ocenę jego efektywności. Organizacje zrzeszające ekspertów z zakresu ochrony zdrowia takie jak Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization*, WHO) czy Centrum Zapobiegania Chorób (*Centers of Disease Control And Prevention*, CDC) podkreślają rolę lokalnych programów zdrowotnych. Międzynarodowe i krajowe polityki zdrowotne kreują główne kierunki działań, ale zaspokajanie potrzeb obywateli oraz realizacja konstytucyjnej zasady pomocniczości leży przede wszystkim w kompetencji władz samorządowych, których zadaniem jest zapewnienie odpowiedniej opieki zdrowotnej swoim mieszkańcom. Odrębną kwestią pozostaje natomiast zapewnienie kompleksowego wsparcia o charakterze zarówno organizacyjnym, jak i finansowym do tworzenia i prowadzenia samorządowych programów zdrowotnych. Jak pokazują statystyki opinii wydawanych przez AOTM, samorządy mają spore trudności w opracowaniu programów spełniających właściwe kryteria. Oznacza to również, iż przez wiele lat JST

realizowały programy zdrowotne, które nie spełniały podstawowych wymogów zapewniających efektywne wykorzystanie środków publicznych.

Wydawać by się mogło, iż optymalnym podejściem do konstrukcji i realizacji samorządowych programów zdrowotnych jest zatrudnienie przez JST multidyscyplinarnej grupy specjalistów lub zlecenie tego zadania wyspecjalizowanym podmiotom zewnętrznym (czemu na przeszkodzie stoi ograniczenie środków budżetowych). W praktyce jednak, kluczowe znaczenie ma rozwijanie kompetencji pracowników JST, poprzez zapewnienie im właściwego wsparcia merytorycznego oraz narzędzi realizacji zadań. Jako przykłady wymienić można:

- udostępnienie gotowych schematów programów zdrowotnych skierowanych na konkretny problem zdrowotny, w którym część dotycząca skutecznych i zgodnych z najnowszymi doniesieniami naukowymi interwencji (skierowanych na dany problem) będzie opracowana przez specjalistów i na bieżąco aktualizowana;
- stworzenie kompleksowej bazy danych epidemiologiczno-demograficznych, umożliwiającej szybką diagnozę stanu zdrowotnego populacji danej JST;
- opracowanie i bieżąca aktualizacja kompleksowej bazy programów zdrowotnych realizowanych na danym terenie zarówno przez poszczególne JST, jak i inne podmioty (np. Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, Państwową Inspekcję Sanitarną, podmioty lecznicze, stowarzyszenia i fundacje);
- opracowanie matryc umożliwiających kalkulację budżetu programu zdrowotnego oraz oszacowanie kosztu jednostkowego, po wprowadzeniu właściwych danych wyjściowych^{4/};
- publikacja przykładów dobrych praktyk w zakresie ewaluacji programów zdrowotnych (przykłady wskaźników, których zastosowanie umożliwi monitorowanie skuteczności programu).

Realizacja ww. rekomendacji wymaga oczywiście skoordynowanych działań o charakterze wieloosobowym, zaangażowania multidyscyplinarnej grupy ekspertów oraz wsparcia ze strony władz centralnych [21].

Problematyka samorządowych programów zdrowotnych wpisuje się w szerszą debatę nt. potrzeby opracowania w naszym kraju Ustawy o zdrowiu

^{4/} Rozwiązania tego typu wprowadzono w m.in. w Wielkiej Brytanii. *National Institute for Clinical Excellence* (którego polskim odpowiednikiem jest AOTM), publikuje na stronie internetowej ogólnie dostępne i na bieżąco aktualizowane, zalecenia odnoszące się do interwencji skierowanych na dany problem zdrowotny, łącznie z tzw. 'Implementation tools' (narzędziami wdrażania) wśród których wymienić można 'costing tools' (elektroniczne matryce do szacowania kosztów). Źródło: www.nice.org.uk

publicznym^{5/}. Ustawa taka powinna w sposób kompleksowy tworzyć podstawy prawne funkcjonowania systemu zdrowia publicznego oraz definiować zakres kompetencji wszystkich zaangażowanych podmiotów, w tym administracji rządowej i samorządowej. Jej celem powinno być zintegrowanie działań oraz jasne roz-

graniczenie odpowiedzialności wszystkich aktywnych w tym obszarze podmiotów. Kluczowe znaczenie ma tu jasne określenie zadań jednostek samorządowych z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia wraz ze wskazaniem źródeł ich finansowania^{6/}.

^{5/} Potrzeba opracowania ustawy o zdrowiu publicznym poruszana była przez ekspertów sektora zdrowia wielokrotnie na przestrzeni ostatnich lat. Dotychczas Ministerstwo Zdrowia opracowało jedynie założenia do projektu ustawy (Biuletyn Informacji Publicznej Rady Ministrów, ZD11, 29.10.2012 r.)

^{6/} W toczącej się debacie, pojawiają się m.in. propozycje przekazania ułamka budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia na rzecz samorządów, celem finansowania realizacji programów zdrowotnych (m.in. w: Samorządy i medycyna: jak sensownie wydawać pieniądze na programy zdrowotne, Rynek Zdrowia, 10.01.2012., www.rynekzdrowia.pl, pobrano – lipiec 2013 r.)

Piśmiennictwo / References

1. Ustawa z dn. 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. z 2008, nr 164, poz. 1027 z późn. zm.
2. Ustawa z dn. 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654 z późn. zm.
3. Ustawa z dn. 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych. Dz.U. z 2000, nr 94, poz. 1037 z późn. zm.
4. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Biul. Statyst. Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2012.
5. Dubas K, Szetela P. Procesy komercjalizacji i prywatyzacji w obszarze stacjonarnej opieki zdrowotnej w Polsce – skala i znaczenie zjawiska. *Prz Organizacji* 2013, 12: 39-45.
6. Horosz P. Komercjalizacja szpitali i jej skutki w świetle przepisów polskiego prawa gospodarczego. Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
7. Brzezińska-Grabarczyk D, Narolski M (red). Prawo o działalności leczniczej w praktyce. Przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej. Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
8. Horosz P (red). Skomercjonalizowane szpitale w obrocie gospodarczym. Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
9. Włodarczyk C. Reformy zdrowotne – uniwersalny kłopot. UJ, Kraków 2003.
10. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Dz.U. 1982, nr 35, poz. 230 z późn. zm.
11. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Dz.U. 2005, nr 179, poz. 2485 z późn. zm.
12. Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Dz.U. 1996, nr 10, poz. 55 z późn. zm.
13. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dz.U. 2006, nr 191, poz. 1410 z późn. zm.
14. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Dz.U. 1994, nr 111, poz. 535 z późn. zm.
15. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dz.U. 1985, nr 12, poz. 49 z późn. zm.
16. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o Służbie Medycyny Pracy. Dz.U. 1997, Nr 96, poz. 593 z późn. zm.
17. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Dz.U. 2004, nr 64, poz. 593 z późn. zm.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje. Dz.U. 2008, nr 163, poz. 1024.
19. Wurzbach ME (ed). Community Health Education and Promotion – A Guide to Program Design and Evaluation. Aspen, Gaithersburg 2002.
20. Wójcik M (red). Samorządowe programy zdrowotne – jak je dobrze realizować? Instytut Oświaty Zdrowotnej, Warszawa 2013.
21. Dubas K, Domagała A. Community health programmes – how to improve efficiency in the Polish settings. *Polityka Zdrowotna. J Health Policy Insur Manag* 2013, XIII/III: 105-116.
22. Ministerstwo Zdrowia. Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999-2010, Warszawa, marzec 2011.
23. Strona internetowa Agencji Oceny Technologii Medycznych. www.aotm.gov.pl
24. Strona internetowa National Institute for Health and Clinical Excellence. www.nice.org.uk
25. Portal Rynek Zdrowia. www.rynekzdrowia.pl