

Planowanie samorządowych programów zdrowotnych.

Część II. Aspekty finansowe

Planning of community health programs. Part II. Financial aspects

ELŻBIETA ZALEWSKA ^{1/}, DOROTA CIANCIARA ^{1/}, ANNA LEWCZUK-WESOŁOWSKA ^{1/}, KATARZYNA DUDZIK ^{1/}, SYLWIA PIĘTKA ^{1/}, JUSTYNA GRUDZIAŻ-SĘKOWSKA ^{1/}, RAFAŁ RDZANY ^{2/}, ANNA BRZEZIŃSKA ^{2/}

^{1/} Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

^{2/} Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie

Wprowadzenie. Programy polityki zdrowotnej (uprzednio programy zdrowotne, PZ) realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego (JST) mogą mieć istotny wpływ na poprawę sytuacji zdrowotnej ludności oraz rozwój potencjału wykonawczego zdrowia publicznego. Projekty programów powinny być opiniowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (uprzednio AOTM). Do planowania programów Agencja zaleca stosowanie zamieszczonego przez nią schematu.

Cel badania. 1. zanalizowanie projektowanych kosztów oraz źródeł finansowania PZ realizowanych przez JST, 2. oszacowanie liczby adresatów PZ, 3. rozpoznanie projektowanych okresów trwania PZ, 4. scharakteryzowanie partnerstwa publiczno-prywatnego jako potencjalnego źródła finansowania PZ realizowanych przez JST.

Materiał i metody. Materiał stanowiło 331 udostępnionych przez AOTM projektów PZ spośród 370 nadesłanych do Agencji w 2012 r. Planowane koszty, źródło finansowania oraz liczbę uczestników analizowano w 203 losowo wybranych projektach PZ (61%), a czas realizacji w 220 projektach (66%).

Wyniki. Niemal 40% analizowanych projektów PZ nie zawierało informacji o kosztach całkowitych. W większości (46%) projektów przewidywano wydatkowanie kwoty do 200 tys. zł. W co trzecim projekcie nie wskazano źródła finansowania PZ. Głównym źródłem finansowania były środki własne samorządów, zwłaszcza na poziomie gminnym. W połowie projektów nie oszacowano liczby adresatów. Większość PZ była adresowana do co najwyżej 2500 uczestników. Niemal co dziesiąty projekt PZ nie precyzował okresu trwania programu.

Wnioski. Projekty PZ nadsyłane przez JST do AOTM w celu ich zaopiniowania są bardzo często niekompletne, niezgodne z oczekiwaniami Agencji i niepoprawne metodologicznie. Sytuacja ta pilnie wymaga stworzenia mechanizmów wsparcia dla JST.

Słowa kluczowe: samorząd terytorialny, program zdrowotny, ocena technologii medycznych, Polska

Introduction. Health policy programs (formerly health programs, HPs) implemented by local government units (LGUs) can have a significant impact on improving the health of the population and public health capacity building. Draft programs should be reviewed by the Agency for Health Technology Assessment and Tariff Systems (formerly Agency for Health Technology Assessment, AOTM). The AOTM recommends the use of a template it provides for planning and description of HPs.

Aim. The aim of this study was to: 1. analyze the planned costs and funding agent of HPs implemented by the LGUs, 2. estimate the number of HP recipients, 3. identify the planned periods of HPs operation, 4. describe the public-private partnerships as a potential source of funding for HPs implemented by the LGUs.

Materials & Methods. The material consisted of 331 draft HPs obtained from the AOTM out of the 370 draft HPs submitted to the Agency in 2012. The planned costs, funding sources and the number of participants were analyzed in 203 (61%) randomly selected draft HPs, and the HP duration in 220 (66%) items.

Results. Almost 40% of the analyzed draft HPs did not contain information about their total cost. The majority (46%) of draft HPs had a budget up to 200,000 PLN. In every third draft the HP funding sources were not indicated. The main source of funding were the LGUs' own resources, especially at the municipal level. In one half of the draft HPs the number of recipients was not estimated. The majority of draft HPs was addressed to no more than 2,500 participants. Almost every tenth draft HP did not specify its operation period.

Conclusions. The draft HPs submitted by the LGUs for the AOTM review were often incomplete, inconsistent with the AOTM expectations and methodologically incorrect. This situation urgently requires the creation of support mechanisms for the LGUs.

Key words: local government, health program, health technology assessment, Poland

Wprowadzenie

Pojęcie programu zdrowotnego (PZ) zostało zdefiniowane w artykule 5 p. 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej zwana ustawą). Zgodnie z ustawą PZ 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” [1]. W wyniku nowelizacji ustawy (w dniu 22 lipca 2014 r.) wprowadzono rozróżnienie między PZ a programem polityki zdrowotnej, przy czym ten pierwszy opracowuje, wdraża, realizuje i finansuje NFZ, a drugi – ministrowie lub jednostki samorządu terytorialnego (JST).

Należy zwrócić uwagę, że wykładnia ustawowa powstała dla celów zarządzania systemem zdrowotnym i jest węższa niż zwyczajowa. W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że PZ jest zespołem zaplanowanych i usystematyzowanych aktywności realizowanych przede wszystkim w obszarze promocji zdrowia i prewencji chorób, których skutkiem jest wywieranie pozytywnego wpływu na zdrowie. Programy takie mają określony cel, stosują (o ile ma to zastosowanie) bezpieczne metody postępowania medycznego oraz są ograniczone pod względem czasu trwania, finansów i innych zasobów [2].

W międzynarodowym piśmiennictwie dziedzinowym równoległe do określenia „program zdrowotny” używa się terminów takich jak „projekt” oraz „interwencja”, przy czym nie ma zgodności w odniesieniu do ich definicji oraz wzajemnych relacji. W literaturze z obszaru zarządzania w zdrowiu publicznym projekt jest traktowany jako uporządkowane, zorientowane na cel, jednorazowe przedsięwzięcie podejmowane w celu stworzenia unikalnego produktu lub usługi [3]. Zarazem program jest definiowany jako zbiór skoordynowanych projektów, działań, procesów i świadczeń ukierunkowanych na osiągnięcie wspólnego celu [4] albo wszystkie aktywności podejmowane w jakimś celu, np. w celu rozwoju społeczności [5]. Słownik epidemiologiczny podaje zaś, że program to formalny zestaw procedur, które służą do przeprowadzenia działania, takiego jak np. kontola malarii [6]. Do określenia działań podejmowanych w imieniu i na rzecz jednostek, rodzin, systemów i społeczności w celu poprawy lub ochrony stanu zdrowia często stosowany jest termin „interwencja” [7]. Interwencja definiowana jest jako zestaw działań o spójnym celu, podjętych po to, aby doprowadzić do zmiany lub uzyskać efekt, który można określić. Działania te mogą być polityką, inicjatywą prawną, projektem korzystającym z jednej strategii lub programem, który

składa się z wielu elementów. Celem interwencji zdrowia publicznego jest promocja lub ochrona zdrowia albo zapobieganie złemu zdrowiu społeczności bądź populacji. Interwencje takie różnią się od interwencji klinicznych, które dążą do zapobiegania chorobie (w znaczeniu *illness*) lub jej leczenia u poszczególnych osób [8].

W piśmiennictwie podawane są liczne schematy (tzw. modele) planowania PZ, w tym np. schemat Uniwersytetu z Toronto, który obejmuje 6 podstawowych kroków: (i) planowanie zarządzania działaniami, (ii) ocenę sytuacji, (iii) określenie celów, populacji docelowej i zadań, (iv) identyfikację strategii, działań i zasobów, (v) opracowanie wskaźników, (vi) końcowy przegląd planu programu. Zrealizowanie tych etapów umożliwia wdrożenie, a następnie ocenę rezultatów i oddziaływania [9].

Jednym z istotnych czynników mających wpływ zarówno na planowanie jak na realizację PZ są środki finansowe przeznaczone na jego realizację. Koszty szacowane (tzw. *cost estimate*) programu to przewidywane nakłady na poszczególne działania. Koszty szacunkowe nie są odpowiednikiem budżetu (*budget*). Ten bowiem jest sumą kosztów szacunkowych dla każdego etapu działania, czyli przypisuje koszty do harmonogramu pracy [10]. Reasumując budżet jest planem, w którym określa się zasoby przeznaczone na wykonanie planu. Narzędzie to służy do podziału deficytowych zasobów na rozmaite, niekiedy konkurencyjne, zamierzenia [11].

Cel badania

Celem badania była ocena projektów PZ przygotowanych przez JST po kątem finansowym, w tym: 1. zanalizowanie kosztów całkowitych i jednostkowych oraz źródeł finansowania PZ projektowanych do realizacji, 2. oszacowanie liczby adresatów PZ, 3. rozpoznanie projektowanych okresów trwania PZ. Ponadto celem pracy było: 4. scharakteryzowanie partnerstwa publiczno-prywatnego jako potencjalnego źródła finansowania PZ realizowanych przez JST.

Materiał i metody

Materiał stanowiło 331 udostępnionych przez AOTM projektów PZ spośród 370 nadesłanych do Agencji w 2012 r. w celu ich zaopiniowania. Do oceny: 1. kosztów całkowitych i jednostkowych planowanych PZ, źródła ich finansowania oraz 2. liczby potencjalnych uczestników wykorzystano 203 losowo wybrane projekty programów (61% puli), 3. okresu realizacji programów wykorzystano 220 losowo wybranych planów (66%). Analizowane zmienne są częścią schematu PZ zalecanego przez AOTM do konstrukcji i opisu planu PZ zgłaszanego do Agencji. Projekty PZ nie były porównywane z opiniami AOTM o danym projekcie.

Badanie przeprowadzono w okresie, kiedy jednostką opiniującą była AOTM i dlatego w opracowaniu posługiwano się uprzednią nazwą. W dalszej części opracowania projekty programów będą nazywane programem zdrowotnym (PZ) albo programem. Należy uwzględnić fakt, że realizowane programy mogły mieć przebieg inny od planowanego, zgłoszonego do Agencji. W opracowaniu nie podaje się nazwy podmiotów zgłaszających projekty PZ.

Wyniki

Koszt całkowity

Zwraca uwagę, że w 80 analizowanych programach (39%) nie podano żadnych informacji o kosztach całkowitych (tab I). W większości PZ (46%) przewidywano wydatkowanie kwoty do 200 tys. zł. Pozostałe programy (15%) to działania o wysokich kosztach – powyżej 200 tys., które dotyczyły wieloletnich programów adresowanych do dużych populacji.

Źródło finansowania

Niemal w co trzecim analizowanym PZ nie precyzowano źródła finansowania. Podstawowym źródłem finansowania samorządowych PZ był budżet danej JST (tab. II). Najwięcej programów (30%) odbywało się na poziomie gminy (finansowane z budżetu gminy), a następnie – na poziomie miasta (25%) finansowanych przez miasto. Programy finansowane ze środków powiatu lub województwa stanowiły zdecydowaną mniejszość (15%). Warto zaznaczyć, że tylko pojedyncze programy zakładały współpracę z np. Krajowym Centrum ds. AIDS, PFRON, Mechanizmem Finansowym EOG, a także współfinansowanie z kieszeni uczestnika programu (współpłacenie rodziców za szczepienia ochronne dzieci).

Liczba osób objętych programem

W PZ zazwyczaj trudno przewidzieć liczbę uczestników, ze względu na różną tzw. zgłaszalność. Jednakże zgodnie z oczekiwaniami AOTM, program powinien zawierać szacunkową liczbę osób kwalifikujących się do udziału w programie. Pomimo tego niemal w co drugim PZ nie podano takiej informacji. Najwięcej programów (42%) zostało zaplanowanych dla nie więcej niż 2 500 osób (tab. III). Nieliczne programy określały większą liczbę uczestników.

Koszt jednostkowy

Precyzyjne oszacowanie liczby uczestników (odbiorców) pozwala na obliczenie kosztów jednostkowych. Dokładną wycenę interwencji w postaci tabeli kosztów jednostkowych zawierało 41 z 203 programów (20%).

O ile podanie kosztu całkowitego programu nie powinno nastręczać problemów, to jednoznaczne oszacowanie kosztu jednostkowego może być trudne. Zależy to między innymi od tematyki programu. Przykładem mogą być interwencje dotyczące rehabilitacji narządu ruchu, które zawierają propozycje wielu zabiegów, wykonywanych w zależności od schorzenia, po uprzednim badaniu i diagnozie lekarza. *Ex ante* nie wiadomo jakich i ilu zabiegów będzie wymagał dany pacjent, a zatem trudno w tym wypadku przewidzieć koszt rehabilitacji jednej osoby. Podanie kosztów jednostkowych wiąże się bowiem z wyceną poszczególnych zabiegów, z uwzględnieniem konserwacji sprzętu, wynagrodzeniem pracowników, zużyciem środków medycznych i środków czystości itp. Dlatego np. w programie „Rehabilitacja lecznicza (fizjoterapia i kinezyterapia) mieszkańców Miasta i Gminy ... 2012-2015” w punkcie „koszt jednostkowy” podana była nie kwota przypadająca na jednego uczestnika lecz kwoty poszczególnych zabiegów (jonoforeza, masaż suchy, krioterapia miejscowa, itp.).

Tabela I. Planowany koszt całkowity programów zdrowotnych
Table I. Planned total costs of health programs

Kwota całkowita (PLN) /Total amount (PLN)	Liczba programów /Number of programs	%
Brak danych	80	39
1-49 tys.	46	23
50-199 tys.	47	23
200-999 tys.	18	9
Powyżej 1 mln	12	6
Razem	203	100

Tabela II. Źródło finansowania programów zdrowotnych
Table II. Sources of health program funding

Źródło finansowania /Source of funding	Liczba programów /Number of programs	%
Gmina	61	30
Brak danych	58	29
Urząd miasta	51	25
Powiat	17	8
Województwo	12	6
Inne (mieszane)	4	2
Razem	203	100

Tabela III. Planowana liczba osób objętych programem zdrowotnym
Table III. Planned size of target population

Liczba adresatów /Number of recipients	Liczba programów /Number of programs	%
1-2499	85	42
2500-4999	10	5
5000-9999	4	2
10000-14999	3	1
Pow. 15000	7	3
Brak danych	94	46
Razem	203	100

Podobnie trudne i mało precyzyjne, może być ujęcie kosztów jednostkowych w programie zakładającym nie tylko same zabiegi, ale także edukację, szkolenia zainteresowanych, personelu, porady dodatkowe (np. psychologiczne).

Z kolei w programach dotyczących szczepień, koszt jednostkowy jest łatwiejszy do przewidzenia, ponieważ zawiera niewiele składowych (głównie to koszt szczepionki i wykonania usługi). Przykładem jest program „Szczepienia dzieci przeciwko zakażeniom inwazyjnym meningokokowym ze szczególnym uwzględnieniem dzieci w żłobkach i przedszkolach, 2013-2015”, w którym podano koszt jednostkowy wynoszący 95,20 zł.

Zwraca uwagę, że w programach dotyczących szczepień w ramach profilaktyki zakażeń wirusem HPV pojawiły się znaczne różnice w cenie szczepionki – od 135 zł za dawkę („Program zapobiegania czynnikom ryzyka raka szyjki macicy, 2012”) do 300 zł („Program Zdrowotny dla mieszkańców gminy ... na lata 2012-2015 – program Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego HPV”). Przypuszczalnie wynika to z faktu, że JST negocjują ceny z oferentem.

Okres realizacji programu

Pośród ocenionych 220 PZ tylko w 20 programach (9%) nie podano czasu realizacji. Na uwagę zasługuje fakt, że najwięcej programów miało być realizowanych w okresie jednego roku (64 programy, 29%). Zaledwie dwa programy były zaplanowane na okres dłuższy niż 10 lat. Około 34% wszystkich ocenionych programów polegało na jednorazowym szczepieniu wybranych grup ludności przeciw określonym chorobom zakaźnym.

Dodatkowe możliwości finansowania samorządowych programów zdrowotnych.

W przeprowadzonej analizie stwierdzono, że głównym źródłem finansowania samorządowych PZ są środki własne pochodzące z budżetu gminy, miasta, rzadziej z budżetu powiatu czy województwa. Niemniej istnieje kilka innych możliwości uzyskania środków finansowych, w tym zagranicznych z funduszy pochodzących od państw wchodzących w skład tzw. Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG), funduszu Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy oraz środków UE. Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że pozyskiwane przez JST środki zagraniczne są w większości przeznaczane na inwestycje, a nie na działania „miękkie” [12], do których trzeba zaliczyć PZ. Pamiętając o znacznej skali zadłużenia JST, w tym zobowiązań z tytułu kredytów i pożyczek na realizację programów i projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z Unii Europejskiej [13], duże znaczenie dla samorządowych działań prozdrowotnych może mieć partnerstwo publiczno-prywatne (PPP).

Partnerstwo publiczno-prywatne

Partnerstwo takie polega na współpracy podmiotów z sektora publicznego i prywatnego. Sektor publiczny dąży do zaspokojenia potrzeb społecznych, takich jak np. działania promocji zdrowia, badania przesiewowe, udostępnienie szczepionek czy wyrobów, a partnerstwo pozwala zaspokoić te potrzeby. Aby PPP przyniosło oczekiwane efekty, partner prywatny powinien mieć również możliwość uzyskania wymiernych korzyści. Dla firm komercyjnych chęć realizacji misji społecznej jest najczęściej niewystarczającym uzasadnieniem do podjęcia PPP. Przykładem korzyści dla producenta leków antymalarycznych może być udział w partnerstwie celem uzyskania kanałów dystrybucji, zwiększenia udziału w rynku albo budowania lojalności klientów wobec marki [14]. Inny rodzaj potencjalnych korzyści to patentowanie. W przypadku interwencji dotyczących specyficznych zachowań prozdrowotnych, np. w celu zmniejszenia problemu otyłości, patentowanie jest mało prawdopodobne, a więc zysk dla firmy prywatnej może być mniejszy. PPP wymaga wtedy innowacyjnych rozwiązań, jakimi w tym przypadku mogą być stworzenie marki (wyłącznie dla danej interwencji) oraz systemu nadzoru jakości. Zysk zapewnić będzie możliwość pobierania opłat za używanie tej marki [15]. PPP jest więc pomocne w realizacji programów, ale – o czym trzeba pamiętać – jest także sposobem na wzrost inwestycji w badania i prace rozwojowe w zdrowiu publicznym.

Światowe Forum Ekonomiczne wskazuje, że PPP pozwala firmom zaspokoić potrzeby społeczeństwa, poprawić swój wizerunek i zdobywać nowe rynki zbytu. Partnerstwo poprawia kooperację i buduje zaufanie pomiędzy sektorami. Pozwala też odkrywać nowe, lepsze sposoby działania. W wielu państwach PPP stosowane jest w różnych dziedzinach gospodarki (np. transport), w szkolnictwie, a także w służbie zdrowia. Na Światowym Forum Ekonomicznym w Davos w 2002 r. została powołana *Global Health Initiative* (GHI). Misją GHI jest inicjowanie nowych PPP. Obecnie GHI współpracuje z firmami, rządami, agencjami ONZ i innymi międzynarodowymi organizacjami, fundacjami oraz inicjatywami obywatelskimi. PPP stało się ważnym elementem globalnego krajobrazu zdrowia. W ostatniej dekadzie intensywność interakcji między sektorem prywatnym, a np. Światową Organizacją Zdrowia (ŚOZ), jest bezprecedensowa. W krajach Europy Środkowej i Wschodniej PPP w ochronie zdrowia jest ciągle rzadkim przedsięwzięciem. Aktualnie większość takiej współpracy wiąże się tam z świadczeniem usług medycznych, głównie w szpitalnictwie [16].

W Polsce PPP reguluje ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym, która zastąpiła pierwszą ustawę z dnia 28 lipca 2005 r. Zgod-

nie z definicją zawartą w ustawie, PPP to „wspólna realizacja przedsięwzięcia, oparta na podziale ryzyka i zadań pomiędzy podmiotem publicznym i partnerem prywatnym” [17]. Przykładem PPP w obszarze edukacji zdrowotnej w Polsce jest, zrealizowany w latach 90., program „Czas przemian”. Była to modyfikacja amerykańskiego programu *The Always Changing Program*, opracowanego przez Amerykańskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Szkolnych we współpracy z firmą Procter & Gamble. Polska wersja została dostosowana do krajowych potrzeb zdrowotnych oraz możliwości wykonawczych [18]. Do wdrożenia programu w szkołach podstawowych opracowano kaskadowy system szkoleń. Przeszkolono instruktorów z Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych (WSSE), ci zaś szkolili osoby koordynujące program w szkołach (nauczyciele, pielęgniarki szkolne). Koordynacją ogólnopolską, nadzorem i oceną zajął się Zakład Wychowania Zdrowotnego i Higieny Szkolnej PZH. Firma Procter & Gamble dostarczyła pomocy dydaktycznych do pracy w szkole i do rozdania uczestnikom programu (w tym poradniki dla nauczycieli, rodziców, chłopców i dziewcząt, dwa rodzaje podpasek).

Kolejny przykład PPP to program „Trzymaj Formę”. Realizatorzy programu – Główny Inspektorat Sanitarny i Polska Federacja Producentów Żywności – wychodząc naprzeciw zaleceniom ŚOZ dotyczącym diety i aktywności fizycznej – podpisali umowę o współpracy przy realizacji tego programu. Współorganizatorami programu są WSSE i PSSE, JST, dyrektorzy szkół, nauczyciele oraz rodzice. W programie biorą udział uczniowie i nauczyciele gimnazjów oraz ostatnich klas szkół podstawowych [19].

Zagrożenia wynikające z PPP

Oprócz niewątpliwych korzyści z partnerstwa, ŚOZ wskazuje na zagrożenia, jakie mogą powstawać podczas współpracy z sektorem prywatnym. Niedostateczne monitorowanie sektora komercyjnego może spowodować ustanawianie norm i standardów, które kierowałyby się w znacznej mierze zyskiem, co – według krytyków – w konsekwencji prowadziłoby do komercjalizacji i pełnej prywatyzacji systemu zajmującego się zdrowiem publicznym. Wg ŚOZ istnieje też zagrożenie, że państwa zrezygnują ze swoich obowiązków na rzecz promocji i ochrony zdrowia obywateli, a obciążą tym firmy prywatne. Byłoby to przerzucanie odpowiedzialności sektora publicznego na sektor prywatny. Krytycy PPP określają zaangażowanie ŚOZ w np. Globalny Sojusz na rzecz Szczepionek i Szczepień, jako niezgodny z ideą, która przyświeca sojuszowi. Ich zdaniem cel związany z powszechnymi szczepieniami za pomocą tradycyjnych szczepień jest realizowany poprzez pomoc firmom komercyjnym we wprowadzaniu nowych szczepionek. Wyżej wy-

mienione zagrożenia nie są podstawą do zaniechania PPP lecz wskazują na potrzebę ulepszenia tej formuły w ramach instytucji sektora publicznego [20].

Dyskusja

Zgodnie z danymi Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji (stan na 01.01.2014) Polska dzieli się na: 16 województw, 314 powiatów oraz 2 479 gminy (305 miejskich w tym 66 miast na prawach powiatu – tj. mających status gminy miejskiej i równocześnie wykonujących zadania powiatu – tzw. „powiatów grodzkich”, 608 miejsko-wiejskich oraz 1 566 wiejskich). Łącznie daje to 2 809 JST. Pamiętając, że niektóre jednostki nadesłały do AOTM do zaopiniowania kilka projektów PZ można przyjąć, że trud opracowania i wdrożenia PZ w 2012 r. podjęło około 10% JST. A zatem tylko nieliczne jednostki planowały realizację PZ, co wynika m.in. z ograniczonych możliwości finansowych. Należy przy tym podkreślić, że jednorazowy wydatek i jednorazowa realizacja PZ nie może przynieść widocznej poprawy sytuacji zdrowotnej populacji. Dlatego niezmiernie ważna jest kontynuacja, trwałość programów (*sustainability*), a zatem zaleca się, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia PZ zawrzeć klauzulę zobowiązującą do ustalania corocznych wydatków na program z budżetu JST [21].

Planowane nakłady finansowe nie przekraczały zazwyczaj kwoty 200 tysięcy zł. Niepokojący jest fakt, że niemal w połowie projektów PZ w ogóle nie uwzględniano kwestii finansowych. Równocześnie w analizie własnej stwierdzono, że JST nie planowały monitorowania i ewaluacji PZ, albo wskazywały metody i wskaźniki nieadekwatne do planu programu. Rodzi to pytanie o możliwość dokonania oceny pod kątem uzyskiwanych efektów zdrowotnych oraz efektywności kosztowej – niezbędnych w ewaluacji każdego programu [22]. Zgodnie z dobrymi praktykami plan PZ powinien zakładać pomiar efektów zdrowotnych i ekonomicznych. Powinność ta wynika nie tylko ze względów pragmatycznych, ale przede wszystkim z nadrzędnej zasady etycznej zdrowia publicznego tj. odpowiedzialności za podjęte działania. Tylko dzięki takim analizom można powiedzieć czy osiągnięto zakładany efekt zdrowotny, dlaczego tak lub nie, ile to kosztowało, a także porównać efekty kilku podobnych interwencji.

Ponieważ istnieje wiele metod oceny efektywności kosztowej (np. analiza efektywności kosztów, analiza użyteczności kosztów [23]) konieczne jest wcześniejsze zaplanowanie metody i wskaźników pomiaru.

Przykładem klasyfikacji efektywności kosztowej jest podział interwencji przeprowadzonych na terenie Australii, który opisano w 2010 r. Autorzy określili w nim następujące kategorie interwencji:

1. Wybitnie efektywne – interwencje, które poprawiają zdrowie oraz przynoszą oszczędności.

2. Bardzo efektywne – interwencje przynoszące poprawę zdrowia przy koszcie nie przekraczającym kwoty 10 000 USD na zyskany rok życia skorygowany niepełnosprawnością (wg wskaźnika DALY).
3. Efektywne – interwencje przynoszące poprawę zdrowia przy koszcie 10 000 – 50 000 USD na DALY.
4. Nieefektywne – interwencje przynoszące poprawę zdrowia przy koszcie powyżej kwoty 50 000 USD na DALY.
5. Wybitnie nieefektywne – interwencje, dla których istnieją bardziej efektywne alternatywy.

Według powyższej klasyfikacji oceniono 123 interwencje związane z profilaktyką chorób. Jedną trzecią z nich (43) przypisano do dwóch pierwszych kategorii, czyli zostały ocenione jako wybitnie lub bardzo efektywne (np. interwencje związane z zapobieganiem alkoholizmowi, chorobom psychicznym), a 31 oceniono jako efektywne. Wyróżniono również 38 nieefektywnych (m.in. interwencje dotyczące zasad prawidłowego żywienia). Kolejne 4 były wybitnie nieefektywne (np. obniżanie ciśnienia tętniczego krwi oraz poziomu cholesterolu), a w stosunku do pozostałych nie zebrano dostatecznych dowodów. Według opinii osób dokonujących tej oceny interwencje wybitnie nieefektywne przyniosły więcej szkody niż pożytku [24].

Na podstawie zebranego materiału nie można powiedzieć jakie kwoty wydatkowano na PZ, czy są duże czy małe w stosunku do innych wydatków JST. Wiadomo przy tym, że koszt realizacji programu różni się znacząco w zależności od kraju i regionu. W projekcie *WHO-CHOICE* dokonano oceny efektywności programów i stworzono bazę danych na temat kosztów ogólnych dotyczących wielu interwencji zdrowotnych w różnych rejonach świata (14 epidemiologicznych regionów) [25]. Ujednoliconą metodą mierzenia kosztów interwencji pozwoliła na porównywanie ich w różnych środowiskach. I tak na przykład wyszkole-

nie pracowników społecznych w ramach interwencji związanej z profilaktyką HIV/AIDS w przeliczeniu na populację 100 mln osób kosztuje 1 mln USD w regionie Pd-Wsch. Azji, podczas gdy w Afryce jest to 7 mln USD. Kolejnym przykładem może być różnica pomiędzy Europą a Ameryką Płn. w kosztach związanych z badaniem kierowców na obecność alkoholu w wydychanym powietrzu. W przeliczeniu na populację 100 mln osób wynoszą one odpowiednio 5,5 mln USD oraz 2,9 mln USD. Ponadto w metodzie tej zaprezentowano kilka różnych podziałów kosztów, które mogą mieć związek z sytuacją lokalną [26]. Kwestie takie jak wykorzystanie zasobów ludzkich, ceny towarów i wzrastające koszty związane z transportem personelu i dóbr do bardziej odległych rejonów powinny być wzięte pod uwagę. ŚOZ wskazuje więc na konieczność uwzględnienia specyficznych lokalnych uwarunkowań przy szacowaniu kosztów. Nie można wykluczyć zatem, że koszty porównywalnych programów w różnych społecznościach w Polsce mogą wymagać innych nakładów.

Podsumowanie

Ustawy o samorządzie gminnym, powiatu i województwa nakładają na JST zadania o charakterze ochrony zdrowia (gmina) oraz promocji i ochrony zdrowia (powiat i województwo). Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych JST mają zapewnić równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności poprzez realizację PZ (obecnie programów polityki zdrowotnej), które dotyczą ważnych zjawisk epidemiologicznych.

Wyniki badania projektów PZ zgłoszonych do AOTM w 2012 r. wykazują liczne niedociągnięcia w planowaniu PZ. Wskazuje to, że istnieje pilna potrzeba stworzenia strategii i metod wsparcia JST w odniesieniu do planowania, wdrożenia oraz monitorowania i ewaluacji interwencji.

Piśmiennictwo / References

1. Ustawa z dnia 25 sierpnia 2008 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych Dz.U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm.
2. Brzeziński M. Programy zdrowotne. Polskie Towarzystwo programów zdrowotnych w Gdańsku. Baza programów zdrowotnych województwa pomorskiego 2010: 1-2.
3. European Commission. Project Management In Public Health in Europe. Executive Agency For Health and Consumers, EU 2011: 7.
4. Guidelines for Health Programme & Project Evaluation Planning. Swiss Federal Office of Public Health, Bern 1997: 66.
5. Tones K, Green J. Health Promotion: Planning and Strategies. SAGE, London 2004: 110.
6. Porta M. A dictionary of epidemiology (wyd. 6). Oxford University Press, Oxford 2014: 228.
7. Minnesota Department of Health. Public Health Interventions. Applications for Public Health Nursing Practice. Minnesota 2001. http://www.health.state.mn.us/divs/opi/cd/phn/docs/0301wheel_manual.pdf
8. Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. J Epidemiol Community Health 2002, 56: 119-127.
9. University of Toronto. Introduction to Health Promotion Program Planning. The Health Communication Unit at the Centre for Health Promotion University of Toronto 2001. <http://ctxh.hcmussh.edu.vn/Resources/Docs/SubDomain/ctxh/planning.wkbk.content.apr01.format.oct06.pdf>

10. Passionate Project Management. Cost Estimate versus Budget. PMP CONCEPT 22. <http://www.passionatepm.com/blog/cost-estimate-versus-budget-pmp-concept-22>
11. Schermerhorn JR. Zarządzanie. Polskie Wyd Ekonomiczne, Warszawa 2008: 115.
12. Swianiewicz P, Łukomska J. Kto bierze z Unii. Wspólnota: Pismo samorządu terytorialnego. <http://www.wspolnota.org.pl/rankingi/wykorzystanie-srodkow-zagranicznych-przez-samorzady/2012/>
13. Główny Urząd Statystyczny. Gospodarka finansowa jednostek samorządu terytorialnego 2013 Warszawa, GUS 2014: 50-53.
14. Global Health Initiative. Public-Private Partnership in Health. The Private Sector's Role in Public-Private Partnership. World Economic Forum, Geneva. http://www.weforum.org/pdf/GHI/Partnerships_health.pdf
15. Reijneveld S.A. Public-private partnership in public health research: does it work and if yes, how? Eur J Public Health 2011, 22(2): 165-166.
16. Kalecińska J, Herbst I (red). PPP w systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata. Centrum Partnerstwa Publiczno-Prywatnego, Warszawa 2011. http://www.centrum-ppp.pl/templates/download/PPP_w_systemach_ochrony_zdrowia_w_wybranych_krajach_swia.pdf
17. Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym. Dz.U z 2009 r. nr 19 poz. 100 z późn. zm.
18. Mościcka M, Przewłocka T. Ocena programu edukacyjnego „Czas Przemian”. Rocz PZH 1995, 46(4): 417-426.
19. Bojar I, Wojtyła A, Biliński P. Ewaluacja programu edukacyjnego „Trzymaj Formę!” realizowanego przez Państwową Inspekcję Sanitarną oraz Polską Federację Producentów Żywności – Związek Pracodawców. http://www.trzymajforme.pl/files/?id_plik=330
20. Buse K, Waxman A. Public-private health partnership: a strategy for WHO. Bull WHO 2001; 79(8): 748-754.
21. Kłosowska B, Rudka R, Skóbel B, Wójcik M (red). Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować? Instytut Oświaty Zdrowotnej Fundacja Haliny Osińskiej, Warszawa 2013. <http://opzg.pl/wp-content/uploads/2013/05/poradnik160x228.pdf>
22. Dubas K, Seweryn M, Koperny M. Samorządowe programy zdrowotne – praktyczne aspekty realizacji. Hygeia Public Health 2014, 49(4): 747-754.
23. Lis J. Ocena ekonomiczna programów zdrowotnych: krótka historia i przyszłość. Borgis Farmakoekonomika 2002, 2.
24. Vos T, Carter R, Barendregt J, et al. Assessing Cost-Effectiveness in Prevention. AC-Prevention. Final Report. University of Queensland, Brisbane and Deakin University, Melbourne 2010. http://www.sph.uq.edu.au/docs/BODCE/ACE-P/ACE-Prevention_final_report.pdf
25. Tan-Torres Edejer T, Baltussen R, Adam T, et al. Making Choices In Health: WHO Guide to Cost-Effectiveness Analysis. WHO, Geneva 2003.
26. Johns B, Baltussen R, Hutubessy R. Programme costs in the economic evaluation of health interventions. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2003, 1: 1. <http://www.resource-allocation.com/content/1/1/1>