

Programy polityki zdrowotnej realizowane przez samorzady – spojrzenie z zewnątrz

Health policy programmes implemented by local governments – an outside perspective

DOROTA CIANCIARA^{1,2/}, KATARZYNA LEWTAK^{2/}, MAŁGORZATA GAJEWSKA^{2/}, EWA URBAN^{2/}, MARIA PIOTROWICZ^{2/}, LARYSA SUGAY^{2/}, ANNA RUTYNA^{2/}

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

^{2/} Zakład Promocji Zdrowia i Prewencji Chorób Przewlekłych, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

Do zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego (JST) w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej.

Celem artykułu jest stworzenie całościowego obrazu realizacji samorządowych programów zdrowotnych widzianego z perspektywy zewnętrznej. Analizowano następujące aspekty sytuacji: 1. ramy prawne dla realizacji programów, 2. liczbę, tematykę i jakość programów oraz 3. wydatki na ten cel. Opinie urzędników samorządowych (perspektywa z wewnątrz) będą przedstawione w innej pracy.

Zebrany materiał upoważnia do wniosku, że realizację samorządowych programów zdrowotnych charakteryzują następujące problemy: 1. meandry prawa, w tym związane ze sposobem sprawozdawczości, 2. stosunkowo niewielkie zainteresowanie samorządów takimi programami, 3. niewielki udział gmin w realizacji (i finansowaniu) programów, 4. znaczne różnice terytorialne w dostępie do programów wynikające z nierównomiernego rozkładu przestrzennego programów, 5. małe zainteresowanie opracowaniem programów w powiatach, w których istnieje zagrożenie deprywacją oraz większą umieralnością z ogółu przyczyn, 6. biomedyczne podejście do problemów zdrowotnych, co powoduje ukierunkowanie programów na choroby a nie na zdrowie oraz planowanie odgórne, 7. monotematyczność, czyli koncentracja na jednej chorobie lub jednym czynnikiem ryzyka, 8. niezadowalająca jakość programów, 9. brak oceny efektów i 10. niski poziom finansowania programów w przeliczeniu na jednego mieszkańca.

Słowa kluczowe: jednostki samorządu terytorialnego, powiaty, programy zdrowotne, Polska

The tasks of local government units (LGU) with regard to providing equal access to healthcare services include, in particular; health policy programmes' development, implementation and evaluation of their effects.

The aim of this article is the creation of an overall view of local government health programmes through the external perspective. The following aspects of the current situation were analyzed: 1. legal framework for the programmes' implementation, 2. number; subjects and quality of programmes, 3. programmes' funding. Local government units workers' opinions (an inside perspective) will be presented in another article.

The collected material authorizes the conclusion that the implementation of LGU health programmes is characterized by the following problems: 1. legal complications, including those related to the reporting method, 2. LGU have relatively low levels of interest in such programmes, 3. communities' insignificant participation in the programmes' implementation and financing, 4. there are significant territorial differences in access to programmes caused by uneven spatial distribution of programmes, 5. there is low level of interest in developing programmes in counties with higher risk of deprivation and all-causes mortality rate, 6. a biomedical approach to health problems, which ensues that programmes mostly focus on diseases, and not on health or top-down planning, 7. monotematicity, which means concentration on one disease or one risk factor, 8. deficient programme quality, 9. no effects evaluation, and 10. insufficient programme financing per inhabitant.

Key words: local governments, counties, health programmes, Poland

© Hygeia Public Health 2019, 54(2): 69-74

www.h-ph.pl

Nadesłano: 18.03.2019

Zakwalifikowano do druku: 04.05.2019

Adres do korespondencji / Address for correspondence

mgr Anna Rutyna

Zakład Promocji Zdrowia i Prewencji Chorób Przewlekłych

NIZP-PZH

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

tel. 22 542 13 65, e-mail: arutyna@pzh.gov.pl

Europejska Karta Samorządu Lokalnego głosi, że: „Samorząd terytorialny oznacza prawo i zdolność społeczności lokalnych, w granicach określonych prawem, do kierowania i zarządzania zasadniczą częścią

spraw publicznych na ich własną odpowiedzialność i w interesie ich mieszkańców” [1]. Według Konstytucji RP samorząd terytorialny wykonuje zadania publiczne nie zastrzeżone przez Konstytucję lub ustawy dla

organów innych władz publicznych. Podstawową jednostką samorządu terytorialnego (JST) jest gmina [2]. Samorząd terytorialny stanowi integralną część struktury instytucjonalnej państwa, uczestniczy w sprawowaniu demokratycznej władzy publicznej uwzględniając dobro wspólne. Odgrywa kluczową rolę w zaspokojeniu potrzeb obywateli i w Polsce realizuje około połowy zadań publicznych [3].

Na mocy samorządowych ustaw ustrojowych zadania własne gminy wśród innych licznych zadań obejmują ochronę zdrowia, a zadania powiatów i samorządu województw promocję i ochronę zdrowia [4-6]. Obowiązki samorządów z zakresu ochrony zdrowia lub promocji i ochrony zdrowia obejmują liczne zadania, różne na poszczególnych szczeblach samorządu [7].

Samorządy, obok innych podmiotów, uczestniczą w zapewnieniu równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, co jest obowiązkiem władz publicznych (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP). Narzędziem do realizacji tego zadania są programy zdrowotne (obecna właściwa nazwa to programy polityki zdrowotnej). Realizacja samorządowych programów zdrowotnych cieszy się sporym zainteresowaniem badaczy i praktyków, polityków i dziennikarzy. Dość powiedzieć, że dwóm kolejnym Kongresom Wyzwań Zdrowotnych (*Health Challenges Congress – HCC*) w 2018 i 2019 r. towarzyszyła osobna sesja poświęcona działalności samorządów w tym obszarze oraz konkurs 'Zdrowy samorząd'. A prasa z satysfakcją donosiła o znaczących postępach w realizacji takich programów [8]. Czy słusznie?

Celem tego opracowania jest stworzenie kompleksowego obrazu realizacji samorządowych programów zdrowotnych widzianego z perspektywy zewnętrznej, tj. obserwatora a nie twórcy programów. Analizowano następujące aspekty sytuacji: 1. ramy prawne dla ich realizacji, 2. liczbę, tematykę i jakość programów oraz 3. wydatki na ten cel. W pracy wykorzystano dane i informacje z różnych badań, sprawozdań i raportów, nierzadko stanowiących wtórne źródło informacji. Zaprezentowanie pełnego obrazu wymagałoby szerszego opracowania.

Zebrane informacje stanowią tło dla spojrzenia na realizację programów zdrowotnych z pozycji urzędników starostw powiatowych, które będzie zaprezentowane w kolejnym opracowaniu.

Ramy prawne samorządowych programów zdrowotnych

Zgodnie z ujednoczonym tekstem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (u.ś.o.z.) do zadań własnych samorządów wszystkich szczebli w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w szcze-

gólności należy m.in. opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców [9]. W ujednoczonym tekście u.ś.o.z. program polityki zdrowotnej jest zdefiniowany jako: „zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiające 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”. Realizacja programów polityki zdrowotnej nie jest obligatoryjnym zadaniem JST.

W wyniku licznych nowelizacji u.ś.o.z. dochodziło do zmian ram prawnych dla programów. I tak od 2009 r. projekty programów są opiniowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych (AOTM). Od 2015 r. programy zdrowotne realizowane przez JST noszą nazwę programów polityki zdrowotnej (w dalszej części opracowania będzie używana nazwa samorządowe programy zdrowotne, programy zdrowotne lub programy) [10]. Od 2017 r. rozpoczęcie wdrożenia, realizacji i finansowania programu zdrowotnego może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu pozytywnej albo warunkowo pozytywnej opinii prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT; do końca 2014 r. pod nazwą AOTM). Wyjątkiem od reguły są programy kontynuowane, aktualizowane lub oparte na rekomendacjach AOTMiT. Programy mają powstawać w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych, a NFZ może dofinansować programy, w których udziela się świadczeń gwarantowanych [11].

Równoległe zmieniły się zasady przekazywania informacji o programach zrealizowanych w poprzednim roku oraz planowanych na rok bieżący. Wyjściowo na mocy u.ś.o.z. informacje przekazywane z gmin trafiały do powiatów, powiaty uwzględniając informacje z gmin wysłały informacje do marszałków województw, skąd wraz z informacjami z województw trafiały do wojewodów i dalej do ministra właściwego do spraw zdrowia. Sprawozdania miały częściowo charakter jakościowy (opisowy), ale głównie ilościowy. Dane ilościowe dotyczyły wyłącznie produktów programu (np. liczby osób objętych programem i liczby zadań), ale nie efektu programu. Formularz do przekazywania informacji podlegał zmianom [12, 13]. Obecnie (wg u.ś.o.z.) JST realizująca program zdrowotny sporządza raport końcowy [14], który ma zawierać m.in. informacje o wynikach jego monitorowania i ewaluacji. Raport jest przesyłany do AOTMiT oraz udostępniany w Biuletynie Informacji Publicznej [11].

Zmiany w zakresie działania JST na rzecz zdrowia – znacznie poszerzające ten zakres – wynikają przede wszystkim z wprowadzenia Ustawy o zdrowiu publicznym (u.z.p.) [15], Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 [16] oraz nowego sposobu sprawozdawczości [17]. Zgodnie z u.z.p. JST realizują zadania z zakresu zdrowia publicznego wymienione w ustawie. Ponadto przekazują informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego właściwemu wojewodzie, a ten po weryfikacji tych informacji przygotowuje informację zbiorczą i wraz z opinią o zgodności zadań z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Minister przekazuje te informacje Radzie Ministrów, a Rada przekazuje je do Sejmu. Proces przepływu informacji trwa ok. półtora roku lub dłużej. Przekazywane informacje mają przede wszystkim charakter ilościowy i dotyczą produktu, a nie efektu działania.

Obecnie JST jest więc zobowiązana do 2-torowej sprawozdawczości, tj. składania raportów z programów zdrowotnych (jeśli takie realizuje) do AOTMiT wg u.ś.o.z. oraz rocznej informacji o zadaniach z zakresu zdrowia publicznego do wojewody wg u.z.p. Formularze raportu i rocznej informacji różnią się pod względem podawanych informacji, co utrudnia ciągłość obserwacji stanu rzeczy i porównania. Podsumowując trzeba stwierdzić, że zmiany regulacji prawnych odnośnie do planowania programów, w tym także schemat programu, oraz sprawozdawczości trwały nieprzerwanie 13 lat [18]. Dowodzi to niestabilności i małej przejrzystości prawa w tej kwestii.

Liczba, tematyka i jakość programów

Nie istnieją opracowania zbiorcze z informacji o zrealizowanych czy planowanych programach zdrowotnych składanych przez JST, które finalnie trafiały do Ministerstwa Zdrowia (wg u.ś.o.z.). Nie ma również podsumowania z obecnie obowiązujących raportów końcowych z realizacji programów, które należy przekazywać do Agencji. Podstawowym materiałem do analizy liczby, tematyki oraz jakości programów są więc opinie prezesa AOTMiT o projektach programów zgłoszonych do Agencji celem ich zaopiniowania. Opinie te są zamieszczane na stronie internetowej Agencji. Nieco nowego światła wnosi ilościowa analiza aktualnie obowiązujących sprawozdań składanych wg u.z.p. [19]. Kilka wniosków z tej analizy zostanie przedstawionych na końcu rozdziału.

Liczba projektów programów. W latach 2012-2015 liczba projektów programów zgłaszanych do AOTMiT oscylowała w granicach ok. 200-300 programów rocznie i wykazywała liczne wahania, przy czym szacunki różnych autorów różnią się minimalnie [20,21].

W 2016 r. do Agencji zgłoszono 236, a 2017 r. 352 projekty programów, czyli więcej niż w latach poprzednich. Trudno ocenić, czy wynika to z większego zainteresowania realizacją programów, czy porządkowania sceny, na której prowadzono programy niezapiniowane lub zaopiniowane negatywnie [21, 22]. Jednym z możliwych wytłumaczeń jest przygotowanie do dofinansowania programu polityki zdrowotnej przez NFZ. W 2018 r. Agencja wydała nieledwie 240 opinii.

Tylko w latach 2014-2016 JST złożyły łącznie 721 projektów programów do oceny Agencji, z czego 61% stanowiły wnioski gmin (głównie miejskich), 19% miast na prawach powiatu, 12% powiatów, a 8% województw [21, 23]. Biorąc pod uwagę ogólną liczbę JST danego szczebla, to projekty programów zgłosiło zaledwie ok. 5-7% gmin w Polsce. Zdecydowanym liderem wśród realizujących programy zdrowotne są duże miasta [23]. W omawianych latach za wdrożenie programów niezapiniowanych przez AOTMiT czy zaopiniowanych negatywnie nie groziły konsekwencje wynikające z naruszenia dyscypliny finansów publicznych. Można zatem przypuszczać, że realnie w kraju mogło być realizowanych więcej programów. Ponadto, zgodnie z wykładnią Ministerstwa Zdrowia, opinio- waniu przez Agencję nie podlegają projekty programów dotyczących przeciwdziałania alkoholizmowi, narkomanii, nikotynizmowi oraz programy ochrony zdrowia psychicznego [24], które są obligatoryjne dla JST na mocy odrębnych ustaw. Tak więc do podanej liczby programów zdrowotnych należałoby doliczyć kolejne przedsięwzięcia, które mogły mieć charakter programu.

Wieloletnim liderem pod względem liczby zgłaszanych projektów było woj. śląskie, należy jednak pamiętać, że dana JST mogła zgłaszać kilka projektów, a więc liczba nie świadczy o programowej aktywności w całym województwie. Najmniej projektów pochodziło z woj. warmińsko-mazurskiego [20, 21]. Pokazuje to znaczne różnice w dostępie mieszkańców Polski do programów. Ponadto programy są częściej planowane w tych powiatach, w których jest mniejsze zagrożenie deprivacją oraz umieralnością z ogółu przyczyn, a więc w takich, w których sytuacja zdrowotna mieszkańców jest relatywnie lepsza niż w pozostałych [22]. Na podstawie pierwszych wyników z prowadzonych aktualnie własnych badań dotyczących potrzeb zdrowotnych osób starszych są przesłanki, aby twierdzić, że brakuje oferty programowej adekwatnej do potrzeb tej grupy osób.

Tematyka projektów programów. W latach 2012-2015 ok. 40-50% projektów programów samorządowych polegało na szczepieniach ochronnych. Drugim co do częstości tematem były choroby narządu ruchu oraz problematyka nowotworów. W każdym z tych obszarów planowano zajęcie się różnymi

zagadnieniami, tj. szczepieniami przeciwko różnym chorobom (np. przeciwko pneumokokom, meningokokom, HPV), różnymi aspektami problemów z narządami ruchu (np. wady postawy, osteoporoza) oraz różnymi chorobami nowotworowymi (np. rak piersi, prostaty, jelita grubego) [20]. Zwraca uwagę, że większość programów (ok. 65%) była monotematyczna, czyli dotyczyła tylko jednej choroby względnie jednego czynnika ryzyka choroby. W 2016 i 2017 r. większość projektów programów również dotyczyła szczepień ochronnych [21, 22], ale na kolejnych miejscach nastąpiły przetasowania.

Nie zmienia to faktu, że projekty są osadzone w biomedycznym modelu zdrowia i posługują się typowym dlań podejściem odgórnym (*top-down*).

Jakość projektów programów. W latach 2012-2015 aż 1/3 projektów programów uzyskała negatywną opinię Agencji. Odsetek opinii pozytywnych wynosił ok. 45%, a warunkowo pozytywnych 22%. Rok do roku widoczny był spadek odsetka opinii pozytywnych [20]. W 2016 r. odsetek opinii pozytywnych spadł do 5% [21]. Poprawne były projekty z województw: wielkopolskiego, świętokrzyskiego, lubuskiego, dolnośląskiego i opolskiego, w których to województwach ponad 50% zgłoszonych projektów zaopiniowano pozytywnie. Najsłabszej jakości były projekty z województw: zachodniopomorskiego, małopolskiego i mazowieckiego, w przypadku których około połowy nadesłanych projektów uzyskało opinię negatywną [20].

Ponieważ dotychczasowy system sprawozdawczości w ogóle nie obejmował spraw ewaluacji programów, dlatego nie można niczego powiedzieć o efektach tych programów, a nawet o tym, czy w ogóle podejmowano jakiegokolwiek starania dotyczące oceny rezultatów i oddziaływania. Na marginesie tego warto zaznaczyć, że obecnie autorki realizują projekt pt. PROFIBAZA – Cyfrowe udostępnienie informacji publicznej na temat sytuacji zdrowotnej ludności oraz realizacji programów zdrowotnych dla potrzeb profilaktyki chorób i promocji zdrowia w Polsce, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 w ramach Programu

Operacyjnego Polska Cyfrowa (POPC). Efektem projektu będzie połączenie informacji sprawozdawczych z różnych źródeł oraz poprawa jakości i poziomu integracji danych o lokalnych działaniach z obszaru profilaktyki chorób i promocji zdrowia na tle sytuacji zdrowotnej ludności.

Z analizy rocznej informacji o zrealizowanych w 2016 r. zadaniach z zakresu zdrowia publicznego składanej na mocy u.z.p. wynika, że JST zrealizowały aż 23 284 zadania tego rodzaju. Najczęściej realizowały zadania związane z 2. celem operacyjnym NPZ (10 708 zadań; 46%), jakim jest „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownym”. Jest to zapewne związane ze zdefiniowanym źródłem finansowania takich zadań (tzw. korkowe) na mocy Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi [19, 25]. Zwraca też uwagę akcyjność i monotematyczność działań.

Wydatki JST na programy zdrowotne

W Polsce ok. 70% całkowitych wydatków na zdrowie pokrywają środki publiczne, w tym pochodzące z ubezpieczeń obowiązkowych, budżetu państwa oraz budżetów JST. Według obliczeń przedstawionych przez Christopha Sowadę samorządowe wydatki na zdrowie w 2015 r. osiągnęły wartość 4617 mln PLN (w cenach bieżących), co stanowiło 5,8% wydatków publicznych i 4,0% całkowitych wydatków na zdrowie [26].

W latach 2010-2015 – podobnie jak w latach wcześniejszych – całkowite wydatki JST na zdrowie ulegały znacznym wahanom i wg szacunków zespołu analityków Curulis Sp. z o.o. dla Instytutu Zdrowia i Demokracji osiągały poziom ok. 3,5-4 mld PLN rocznie (tab. I) [27].

Przeważająca większość tych wydatków (ok. 70%) była przeznaczona na przeciwdziałanie alkoholizmowi. Stwierdzono przy tym, że: „Najniższe wydatki w obszarze ochrony zdrowia ponoszone są przez samorząd gminny (zarówno w ujęciu nominalnym, jak i procentowym), co przy porównywalnie wyższym

Tabela I. Wydatki JST na ochronę zdrowia [w PLN] w latach 2010-2015 [27]
Table I. Local government units outgoes for health system [in PLN] in 2010-2015 [27]

Rok /Year	Gminy /Gminas (communities)	Powiaty /Counties	Miasta na prawach powiatu /Cities with county status	Województwa /Provinces	Razem /Total
2010	559 912 443	1 394 718 615	1 064 610 729	943 357 480	3 962 599 267
2011	602 785 454	1 516 675 193	985 941 155	984 105 369	4 089 507 172
2012	533 325 455	1 148 953 313	881 205 453	951 128 575	3 514 612 796
2013	541 139 761	1 327 326 809	1 058 605 005	927 345 065	3 854 416 640
2014	560 918 141	1 273 988 165	1 065 574 260	774 720 421	3 675 200 987
2015	553 006 659	1 183 711 392	1 063 203 919	1 106 656 551	3 906 578 521
Razem /Total	3 351 087913	7 845 373487	6 119 140521	5 687 313461	23 002 915383

Tabela II. Dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez JST przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ [29]
 Table II. Financial support from Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ for health policy programmes implemented by LGU [29]

Rok /Year	Liczba dofinansowanych wniosków /Number of applications with financial support	Kwota dofinansowania (PLN) /Financial support (PLN)		
		minimalna /minimum	maksymalna /maximum	całkowita /total
2017	14	4992,00	151424,00	382243,60
2018	19	2700,00	78660,00	304624,00
2019	7	660,00	109960,00	211500,00

poziomie niezależności finansowej (w porównaniu do pozostałych jednostek) oznacza istotne ograniczenie tej działalności” [27].

Wydatki na realizację programów zdrowotnych stanowiły ułamek wydatków samorządów na ochronę zdrowia. Według danych podawanych przez NIK w latach 2010-2015 mieściły się w granicach 1,58-2,08%, a sumarycznie w skali kraju sięgały kwoty 62-82 mln PLN rocznie. Największe wydatki na jednego mieszkańca poniosło woj. mazowieckie (4,3 PLN) i dolnośląskie (4,2 PLN) [28].

W ogólnym rachunku kosztów dofinansowanie przez NFZ programów zdrowotnych, jakkolwiek pomocne, nie stanowi przełomu (tab. II) [29].

Podsumowanie

Na podstawie przedstawionych danych można powiedzieć, że realizację samorządowych programów zdrowotnych charakteryzują następujące problemy – w kolejności omawianych zagadnień: 1. meandry prawa, w tym związane ze sposobem sprawozdawczości, 2. stosunkowo niewielkie zainteresowanie samorządów takimi programami, które przejawia się w niewielkiej liczbie projektów programów nadsyłanych do Agencji celem ich zaopiniowania, 3. niewielki udział gmin w realizacji (i finansowaniu) programów, 4. znaczne różnice terytorialne w dostępie do programów wynikające z nierównomiernego rozkładu przestrzennego programów, 5. małe zainteresowanie

opracowaniem programów w powiatach, w których istnieje zagrożenie deprywacją oraz większą umieralnością z ogółu przyczyn, 6. biomedyczne podejście do problemów zdrowotnych, czego skutkiem jest ukierunkowanie programów na choroby a nie na zdrowie oraz planowanie odgórne, 7. monotematyczność, czyli koncentracja na jednej chorobie lub jednym czynnikiem ryzyka, 8. niezadowolająca jakość programów, 9. brak oceny efektów i 10. niski poziom finansowania programów w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Są to niepokojące zjawiska, które mogą sygnalizować nadejście kryzysu samorządowych programów zdrowotnych [30]. Należy jednak pamiętać, że nie są to jedyne problemy, a informacji na ten temat dostarczają zarówno cytowane już źródła, jak inne pozycje piśmiennictwa [31-37].

Zaprezentowany obraz sytuacji związanej z realizacją samorządowych programów zdrowotnych jest niepokojący. Nie dziwi zatem, że z wielu stron, z zewnątrz, wystawiane są ostre oceny i płyną stanowcze zalecenia co do poprawy sytuacji. Jednak naszym zdaniem trzeba zapytać o zdanie samorządowców – jak oni, od wewnątrz, widzą ten stan rzeczy.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo / References

1. Europejska Karta Samorządu Terytorialnego, sporządzona w Strasburgu dnia 15 października 1985 r. (Dz.U. 1994 nr 124 poz. 607).
2. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r. (Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483).
3. Wojciechowski E, Podgórnjak-Krzykacz A, Dolewka Z, Wojciechowski M. Samorząd terytorialny w Polsce. Raport. Instytut Diagnoz i Analiz Społecznych IDAS, Łódź 2014.
4. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie terytorialnym (Dz.U. 1990 nr 16 poz. 95 z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz.U. 1998 nr 91 poz. 578 z późn. zm.).
6. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. 1998 nr 91 poz. 576 z późn. zm.).
7. Śmiechowicz J. Realizacja zadań z zakresu ochrony zdrowia przez samorząd terytorialny w Polsce – problemy i ocena stanu faktycznego. [w:] Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce. Nowe wyzwania. Węgrzyn M, Łyszczak M, Wasilewski D (red). UE, Wrocław 2013: 109-118.
8. Klinger K, Otto P. Zmieniają się trendy na programy opłacane przez samorządy. Miasta chcą mieć zdrowych mieszkańców. Gazeta Prawna 19.02.2019. <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1398516,zmieniaja-sie-trendy-na-programy-oplacane-przez-samorzady-miasta-chca-miec-zdrowych-mieszkancow.html> (16.01.2019).

9. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.).
10. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2014 poz. 1138 z późn. zm.).
11. Ustawa z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2017 poz. 2110).
12. 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).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie przekazywania informacji o programach polityki zdrowotnej oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje (Dz.U. 2015 poz. 1867).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476).
15. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2015 poz. 1916 z późn. zm.).
16. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz.U. 2016 poz. 1492).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego (Dz.U. 2016 poz. 2216).
18. Cianciara D, Urban E, Piotrowicz M i wsp. Lokalne partnerstwa na rzecz zdrowia mieszkańców. Raport całościowy z badań pracowników starostw. Konsorcjum Nauka i Zdrowie, Warszawa 2017. <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/download/841/> (09.01.2019).
19. Bandurska E, Brzeziński M, Buchholc J i wsp. Prowadzenie monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego. Raport za rok 2016. Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych, Gdańsk 2017.
20. Cianciara D, Lewtak K, Gajewska M i wsp. Projekty programów zdrowotnych zaopiniowanych przez AOTMiT w latach 2012-2015. [w:] Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Wojtyniak B, Goryński P (red) NIZP-PZH, Warszawa 2016: 357-380.
21. Wójcik M. Samorządowe programy polityki zdrowotnej. To mógłby być ważny element realizacji NPZ 2016-2020. Prezentacja na konferencji 'Narodowy Program Zdrowia 2016-2020 – wyzwania organizacyjne'. Warszawa, Senat RP, 08.03.2017.
22. Lewtak K, Poznańska A, Cianciara D i wsp. Promocja zdrowia, zapobieganie chorobom oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu w programach polityki zdrowotnej zgłoszonych przez jednostki samorządu terytorialnego do oceny AOTMiT w 2017 r. [w:] Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Wojtyniak B, Goryński P (red). NIZP-PZH, Warszawa 2018: 429-446.
23. Skóbel B, Rudka R. W jakim zakresie samorządy realizują programy polityki zdrowotnej [w:] Programy polityki zdrowotnej bez tajemnic. Skóbel B, Rudka R. Związek Powiatów Polskich, Warszawa 2016: 8-15.
24. Opinia dot. zasadności opiniowania przez AOTM projektów programów w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi, przeciwdziałania narkomanii, przeciwdziałania nikotynizmowi, czy regionalnych/lokalnych programów ochrony zdrowia psychicznego (MZ-PR-WL-024-27759-1/KBO/11). <http://www.aotm.gov.pl/www/wp-content/uploads/2016/08/Opinia-MZ-PR-WL-024-27759-1.pdf> (08.01.2019).
25. PARPA. Rozwiązywanie problemów alkoholowych w gminie. Informator dla radnych. <http://www.parpa.pl/images/file/INFORMATOR%20DLA%20RADNYCH.pdf> (08.01.2019).
26. Sowada C. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce: poziom wydatków i alokacja środków. [w:] Co dalej z ochroną zdrowia w Polsce – stan i perspektywy. Golinowska S, Sowada C, Tambor M i wsp. Zeszyty mBank – CASE 2018, 156: 23-28.
27. Instytut Zdrowia i Demokracji. Wydatki JST na ochronę zdrowia. Raport 2017. Pismo samorządu terytorialnego Wspólnota. <https://www.izid.pl/Raport-Wydatki-samorzadu-na-zdrowie-2017.pdf> (08.01.2019).
28. NIK. Załącznik nr 2: Charakterystyka stanu prawnego [w:] Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego. Informacja o wynikach kontroli. KZD.430.001.2016 Nr ewid. 10/2016/P/15/063/KZD. NIK, Warszawa 2016: 45-48.
29. Biuletyn Informacji Publicznej MOW NFZ. Dofinansowanie programów polityki zdrowotnej dla jednostek samorządu terytorialnego. <http://nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-mazowieckiego-ow-nfz/dofinansowanie-programow-polityki-zdrowotnej-dla-jednostek-samorzadu-terytorialnego/> (08.01.2019).
30. Wójcik M. Diagnoza perspektyw rozwoju usług publicznych w obszarze profilaktyka i ochrona zdrowia. [w:] Realizacja usług publicznych w jednostkach samorządu terytorialnego – ograniczenia, możliwości, rekomendacje. Trutkowski C (red). Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej, Warszawa 2016: 242-271.
31. Dubas K, Seweryn M, Koperny M. Samorządowe programy zdrowotne – praktyczne aspekty realizacji. Hygeia Public Health 2014, 49(4): 747-754.
32. Cianciara D, Lewczuk-Wesołowska A, Zalewska E i wsp. Trwałość samorządowych programów zdrowotnych. Hygeia Public Health 2015, 50(1): 104-111.
33. Dudzik K, Cianciara D, Zalewska E i wsp. Planowanie samorządowych programów zdrowotnych. Część I. Problem zdrowotny, adresaci. Hygeia Public Health 2015, 50(1): 84-89.
34. Zalewska E, Cianciara D, Lewczuk-Wesołowska A i wsp. Planowanie samorządowych programów zdrowotnych. Część II. Aspekty finansowe. Hygeia Public Health 2015, 50(1): 90-96.
35. Cianciara D, Rdzany R. Planowanie samorządowych programów zdrowotnych. Część III. Monitorowanie i ewaluacja. Hygeia Public Health 2015, 50(1): 97-103.
36. Rdzany RS. Krytyczna analiza lokalnych programów z zakresu profilaktyki chorób przewlekłych oraz promocji zdrowia, przewidzianych do realizacji na szczeblu powiatów i gmin, zgłoszonych do Agencji Oceny Technologii Medycznych. Konsorcjum Nauka i Zdrowie, Warszawa 2015. <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/download/484/> (08.01.2019).
37. Kolasa K, Turlej A, Hermanowski T. Samorządowe programy zdrowotne opiniowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w latach 2010 i 2013. Prz Epidemiol 2016, 70(1): 151-154.