



KZD.430.001.2016  
Nr ewid. 10/2016/P/15/063/KZD

Informacja o wynikach kontroli

**REALIZACJA  
PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ  
PRZEZ JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO**

DEPARTAMENT ZDROWIA

## MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

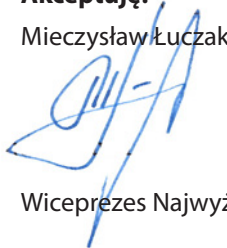
## WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Dyrektor Departamentu Zdrowia:  
Piotr Wasilewski

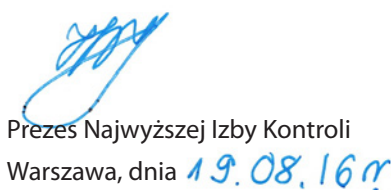


**Akceptuję:**  
Mieczysław Łuczak



Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

**Zatwierdzam:**  
Krzysztof Kwiatkowski



Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, dnia 19.08.16r.

Najwyższa Izba Kontroli  
ul. Filtrowa 57  
02-056 Warszawa  
T/F +48 22 444 50 00

[www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl)

|   |    |
|---|----|
| WPROWADZENIE .....  | 5  |
| 1. ZAŁOŻENIA KONTROLI .....   | 7  |
| 2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI .....  | 8  |
| 2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności .....                                      | 8  |
| 2.2. Synteza wyników kontroli .....   | 8  |
| 2.3. Uwagi końcowe i wnioski .....  | 13 |
| 3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI .....   | 15 |
| 3.1. Istotne ustalenia kontroli .....   | 15 |
| 3.1.1. Stan przygotowania jst do realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia .....      | 15 |
| 3.1.2. Opracowanie programów polityki zdrowotnej .....                                  | 17 |
| 3.1.3. Wdrażanie i realizacja programów polityki zdrowotnej .....                       | 24 |
| 3.1.4. Finansowanie programów polityki zdrowotnej .....                                 | 30 |
| 3.1.5. Monitorowanie i ewaluacja programów polityki zdrowotnej .....                    | 32 |
| 3.1.6. Aktywność jednostek samorządu terytorialnego<br>w obszarze ochrony zdrowia ..... | 36 |
| 4. INFORMACJE DODATKOWE .....   | 41 |
| 4.1. Przygotowanie kontroli .....   | 41 |
| 4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli .....           | 41 |
| 4.3. Finansowe rezultaty kontroli .....   | 43 |
| ZAŁĄCZNIKI .....  | 44 |

## Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

|  |  |
|--|--|
| <b>Jst</b>                                     | jednostka samorządu terytorialnego;  |
| <b>NIK</b>                                     | Najwyższa Izba Kontroli;   |
| <b>NFZ</b>                                     | Narodowy Fundusz Zdrowia;  |
| <b>Ustawa o działalności leczniczej</b>        | ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.);   |
| <b>Ustawa o świadczeniach</b>                  | ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.);  |
| <b>Program polityki zdrowotnej</b>             | zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego (art. 5 pkt 29a ustawy o świadczeniach). Na potrzeby niniejszej informacji pojęcie „program polityki zdrowotnej” określa również programy zdrowotne w rozumieniu art. 5 pkt 30 ustawy o świadczeniach w brzmieniu obowiązującym przed 1 stycznia 2015 r.; |
| <b>Samorządowy program polityki zdrowotnej</b> | program polityki zdrowotnej opracowywany, wdrażany, realizowany i finansowany przez jst;   |
| <b>Promocja zdrowia</b>                        | działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu (art. 2 ust. 1 pkt 7 ustawy o działalności leczniczej);   |
| <b>Świadczenie zdrowotne</b>                   | działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania (art. 5 pkt 40 ustawy o świadczeniach);   |
| <b>AOTMiT</b>                                  | Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (do 31.12.2014 r. Agencja Oceny Technologii Medycznych). Z dniem 1 stycznia 2015 r. weszła w życie ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r. poz. 1138), zmieniająca nazwę i zakres zadań Agencji Oceny Technologii Medycznych;   |
| <b>MZ</b>                                      | Minister Zdrowia.  |

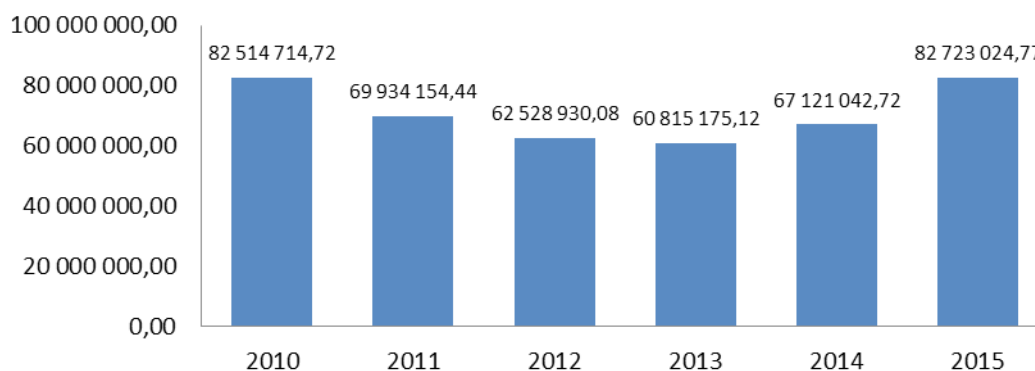
Zgodnie z ustawą o świadczeniach do zadań własnych gmin, powiatów i województw w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy m.in. opracowywanie, realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.

Trudna sytuacja finansowa wielu jst (niedostatek dochodów, znaczny deficyt budżetowy) powoduje jednak, że niewiele samorządów decyduje się na wydatkowanie środków finansowych na ten cel, co sprawia, że samorządowe programy polityki zdrowotnej mają niewielki udział w finansowaniu świadczeń.

Wydatki wszystkich samorządów terytorialnych ujęte w rozdziale klasyfikacji budżetowej 85149 – Programy polityki zdrowotnej, w latach 2010–2015, kształtowały się następująco:

Rysunek nr 1

Wydatki ogółem jst sklasyfikowane w rozdziale 85149 w latach 2010–2015 (w zł)

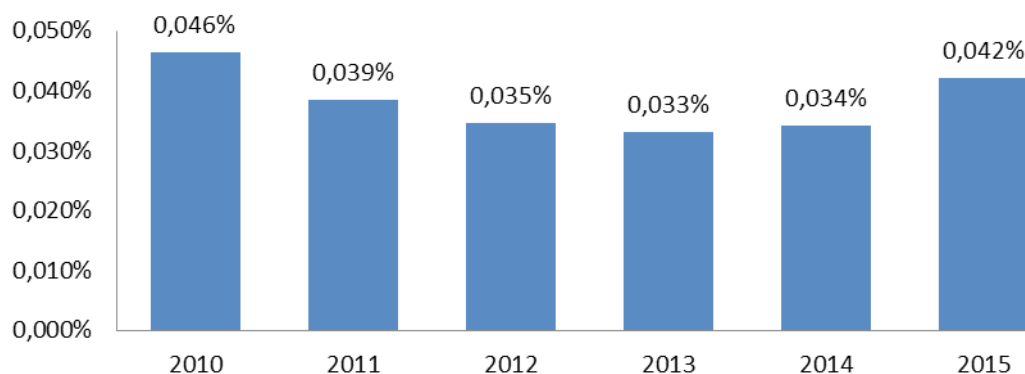


Źródło: Opracowanie własne – dane Ministerstwa Finansów.

Udział tych wydatków w wydatkach ogółem jst był znikomy i prezentował się następująco:

Rysunek nr 2

Udział wydatków jst sklasyfikowanych w rozdziale 85149 w wydatkach ogółem w latach 2010–2015

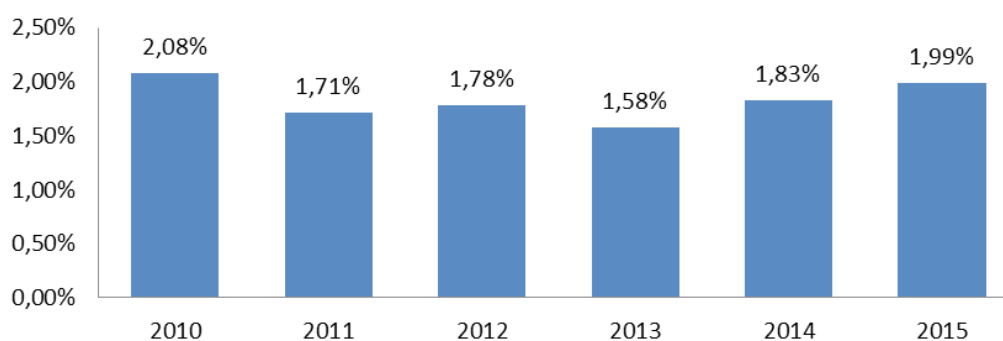


Źródło: Opracowanie własne – dane Ministerstwa Finansów.

Również udział wydatków sklasyfikowanych w rozdziale 85149 w wydatkach budżetowych na ochronę zdrowia (dział 851) był niewielki.

Rysunek nr 3

Udział wydatków jst sklasyfikowanych w rozdziale 85149 w wydatkach na ochronę zdrowia (dział 851) w latach 2010–2015

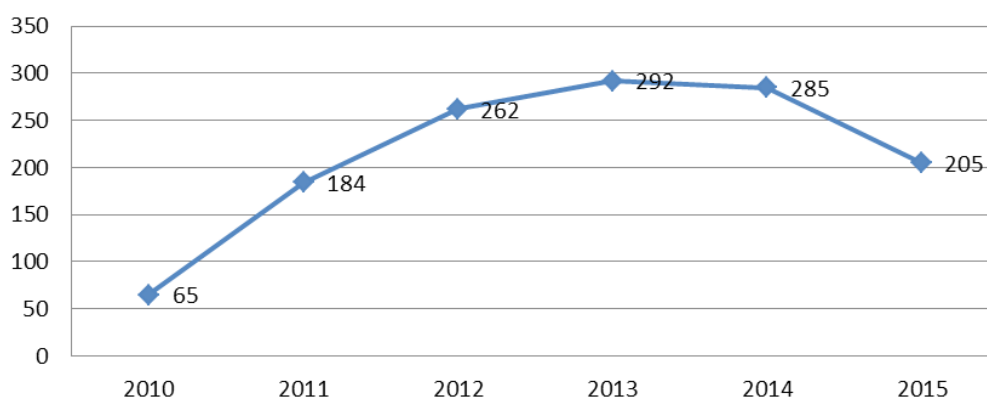


Źródło: Opracowanie własne – dane Ministerstwa Finansów.

W latach 2010–2015 Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zaopiniowała ogółem 1.293 samorządowe programy polityki zdrowotnej.

Rysunek nr 4

Liczba zaopiniowanych przez AOTMiT samorządowych programów polityki zdrowotnej w latach 2010–2015



Źródło: Opracowanie własne – dane AOTMiT.

Szczegółowe dane dotyczące liczby opiniowanych samorządowych programów w latach 2010–2015 zawarto **w załączniku nr 4** do Informacji.

W zgłaszanych przez samorządy do AOTMiT programach polityki zdrowotnej dominowały działania profilaktyczne, obejmujące także szczepienia ochronne niewymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych<sup>4</sup>: HPV (17,3% ogółem zgłoszonych programów), grypa (8,9%) i pneumokoki (7,5%). Szczegółowe dane w tym zakresie zawarto **w załączniku nr 5** do Informacji.

Prowadzenie działań profilaktycznych przynosi, w krótszej lub dłuższej perspektywie czasowej, wymierne korzyści dla społeczeństwa w postaci: poprawy świadomości zdrowotnej populacji, poprawy stanu zdrowia ludności, zwiększenia wykrywalności chorób we wczesnym stadium rozwoju, zmniejszenia liczby osób z powikłaniami chorób i trwałym inwalidztwem, ograniczenia liczby zachorowań i zgonów, obniżenia kosztów leczenia, a także mniejszych strat finansowych (zasiłki chorobowe, straty produkcyjne).

<sup>4</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 849.

# 1 ZAŁOŻENIA KONTROLI

## Cel kontroli

Celem głównym kontroli była ocena skuteczności realizacji przez jst zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia, w ramach programów polityki zdrowotnej, i ich wpływu na poprawę zdrowia i jakości życia mieszkańców.

## Okres objęty kontrolą

Kontrolą objęto lata 2013–2015 (do czasu zakończenia kontroli) z uwzględnieniem okresów wcześniejszych, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na kontrolowany okres.

## Zakres kontroli

Badaniem i oceną objęto:

- stan przygotowania jst do realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia;
- opracowanie programów polityki zdrowotnej;
- wdrażanie i realizację programów polityki zdrowotnej;
- finansowanie programów polityki zdrowotnej;
- monitorowanie i ewaluację programów polityki zdrowotnej.

## Podstawa prawna i okres przeprowadzenia kontroli

Podstawę przeprowadzenia kontroli stanowił art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>5</sup>, przy uwzględnieniu kryteriów określonych w art. 5 ust. 2 tej ustawy, tj. legalności, gospodarności i rzetelności.

Została ona przeprowadzona od 9 września 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. przez: Departament Zdrowia NIK oraz delegatury NIK w: Katowicach, Krakowie, Poznaniu, Warszawie i Wrocławiu w 26 jst. Wykaz jednostek objętych kontrolą stanowi **załącznik nr 1** do Informacji.

Departament Zdrowia, w ramach przygotowania do kontroli planowej, koordynowanej przeprowadził również w 2014 r. kontrolę rozpoznawczą R/14/002 – „Realizacja wybranych zadań Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 przez miasto Płock, ze szczególnym uwzględnieniem programów zdrowotnych”.

---

<sup>5</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677.

### 2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Realizacja przez jst zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia, w ramach programów polityki zdrowotnej, ze względu na ograniczony zakres i skalę tych działań, nie przyczynia się w istotny sposób do poprawy zdrowia i jakości życia Polaków. Obok niewielkich nakładów finansowych, istotne znaczenie mają uwarunkowania prawne i organizacyjne realizacji samorządowego programu polityki zdrowotnej, które obniżają skuteczność podejmowanych działań.

Do najistotniejszych wad systemowych, zidentyfikowanych w wyniku kontroli, należy zaliczyć:

- różnice w dostępie do programów polityki zdrowotnej, z uwagi na fakt, że ich liczba i zakres są uzależnione od statusu materialnego danej jst. W konsekwencji dostępność programu jest uwarunkowana miejscem zamieszkania i ograniczona dla mieszkańców gmin o niskich dochodach;
- brak precyzyjnych wskazówek, w jaki sposób program powinien być opracowany, wdrażany, realizowany i monitorowany;
- niewskazanie, w przepisach szczególnych, podmiotu upoważnionego do jego uchwalenia (w przypadku gmin istnieje domniemanie, iż jest to organ stanowiący, samorządu województwa – organ wykonawczy, natomiast w odniesieniu do powiatu brak jest jednoznacznego domniemania kompetencji);
- niewystarczającą koordynację realizacji programów przez władze publiczne, co skutkuje prowadzeniem takich samych działań na danym obszarze;
- brak mechanizmów weryfikacji danych w ramach procesu przekazywania stosownych informacji o realizowanych programach pomiędzy szczeblami administracji samorządowej i rządowej.

Mimo wspomnianych uwarunkowań, kontrolowane jednostki samorządu terytorialnego podejmowały inicjatywy prozdrowotne w zakresie ochrony zdrowia mieszkańców i były dobrze przygotowane organizacyjnie do działań w tym zakresie.

Decydując się na opracowanie programów polityki zdrowotnej, brano na ogół pod uwagę istotność problemów epidemiologicznych, społeczne zapotrzebowanie na dane świadczenie oraz efektywność kosztową podejmowanych działań. Równocześnie jednak zdecydowana większość jst nie opracowała dokumentów strategicznych dotyczących planowanych działań w dłuższej perspektywie, opartych na analizie trendów demograficznych i epidemiologicznych, w celu lepszego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców.

W ocenie NIK punktem wyjścia do opracowywania i skutecznego wdrażania programów polityki zdrowotnej powinny być lokalne/regionalne strategie zdrowotne, uwzględniające m.in. dane z zakresu demografii, epidemiologii oraz informacje o zasobach systemu ochrony zdrowia wraz z analizą uwarunkowań społecznych.

Stwierdzone, w toku kontroli, formalne nieprawidłowości we wdrażaniu, realizacji, finansowaniu, monitorowaniu i ewaluacji programów polityki zdrowotnej nie miały istotnych skutków dla realizacji zadań w tym obszarze.

### 2.2 Synteza wyników kontroli

**2.2.1.** Kontrolowane samorządy były przygotowane do opracowywania, wdrażania i rozliczania programów zdrowotnych pod względem organizacyjnym. Zadania z zakresu ochrony zdrowia oraz nadzór nad ich wykonywaniem zostały przypisane konkretnym komórkom urzędów, a do ich realizacji wyznaczono odpowiednich pracowników.

[str. 15]



**2.2.2.** Większość skontrolowanych jst nie sporządziła dokumentu strategicznego w zakresie ochrony zdrowia. Brak takiej lokalnej/regionalnej polityki zdrowotnej stwierdzono w 15 podmiotach. Różnorodne działania w zakresie profilaktyki zdrowotnej były podejmowane m.in. przez gminy, powiaty, samorządy województw, NFZ, Ministra Zdrowia bez odpowiedniej współpracy i wymiany informacji. Jednym ze skutków braku strategii w zakresie polityki zdrowotnej była niemożliwość oceny przez jst, w jakim stopniu realizowane działania przyczyniły się do zaspokojenia istotnych potrzeb zdrowotnych ogółu mieszkańców danego regionu i wpłynęły na sytuację zdrowotną danej populacji.

Podjęcie decyzji w sprawie realizacji poszczególnych programów polityki zdrowotnej poprzedzały robocze analizy pracowników jst i analiza Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 wraz z konsultacjami z lokalnym środowiskiem medycznym.

Kontrolowane podmioty uzyskały pozytywne opinie AOTMiT dla 68 programów polityki zdrowotnej, a 22 programy zostały zaopiniowane negatywnie. W większości kontrolowanych jst stwierdzono nieprawidłowości w zakresie pozyskiwania opinii AOTMiT, polegające zarówno na realizowaniu programów bez wystąpienia o opinię, jak i rozpoczęciu procedur konkursowych i realizacji programów przed jej uzyskaniem. Problemem dla samorządów był długi czas oczekiwania na wydanie opinii, z reguły przekraczający ustawowe ramy. [str. 17]

**2.2.3.** Kontrolowane podmioty, w okresie objętym kontrolą, realizowały 178 programów polityki zdrowotnej, w ramach przeprowadzanych konkursów ofert wpłynęły 534 oferty i zawarto 480 umów. Ogółem, w latach 2013–2015, kontrolowane podmioty poniosły wydatki na realizację programów w kwocie 38.445,7 tys. zł. W 2013 r. była to kwota – 18.507,9 tys. zł, w 2014 – 11.809,4 tys. zł, a w 2015 r. – 8.128,4 tys. zł (w kwocie tej uwzględniono łączną kwotę środków przekazanych do 30 września 2015 r. i kwoty zaplanowane w 2015 r. wg. zawartych umów).

W zdecydowanej większości skontrolowanych podmiotów prowadzono kampanie informacyjne o realizowanych programach polityki zdrowotnej w sposób umożliwiający zapoznanie się z ich treścią szerokiemu kręgowi adresatów danego programu.

Wybór realizatorów programów następował w drodze prawidłowo przeprowadzonego konkursu ofert, stosownie do postanowień art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach<sup>6</sup>. Nie stwierdzono nieprawidłowości w podejmowanych działaniach, w tym dotyczących upublicznienia ogłoszenia o konkursie i treści ogłoszenia wymaganych art. 48 ust. 5 i art. 48 ust. 6 ustawy o świadczeniach<sup>7</sup>, a także trybu jego przeprowadzenia, na podstawie art. 70<sup>1</sup>–70<sup>5</sup> Kodeksu Cywilnego w związku z art. 48 ust. 7 ustawy o świadczeniach<sup>8</sup>.

Stwierdzone nieprawidłowości nie miały istotnych skutków dla procesu wdrażania programów i realizacji zadań. Nieprawidłowości te polegały na: podejmowaniu decyzji w sprawie przyjęcia i realizacji programów polityki zdrowotnej przez organ wykonawczy miast/gmin, podczas gdy właściwym do podjęcia decyzji w tym zakresie był organ uchwałodawczy, finansowaniu świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie<sup>9</sup>, a także odstępowaniu od procedur konkursowych, co błędnie tłumaczono brzmieniem art. 114 ust. 1 pkt 1 i 7 ustawy o działalności leczniczej. [str. 24]

<sup>6</sup> W brzmieniu obowiązującym do 31 grudnia 2014 r.

<sup>7</sup> W brzmieniu obowiązującym do 31 grudnia 2014 r.

<sup>8</sup> W brzmieniu obowiązującym do 31 grudnia 2014 r.

<sup>9</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 239, ze zm.

**2.2.4.** Wydatki 20 kontrolowanych jst na realizację programów polityki zdrowotnej zostały poniesione zgodnie z zasadami należytego gospodarowania środkami publicznymi. Dokumenty rozliczeniowe były formalnie poprawne, zostały terminowo i prawidłowo ujęte w księgach rachunkowych, terminowo rozliczano się z realizatorami, a poniesione wydatki samorządów były zgodne z postanowieniami umownymi.

Nieliczne nieprawidłowości dotyczyły przede wszystkim sklasyfikowania planowanych i zrealizowanych wydatków na programy polityki zdrowotnej w innych rozdziałach klasyfikacji budżetowej, niż we właściwym w tym zakresie rozdziale 85149. W konsekwencji również w sprawozdaniach budżetowych RB-28S części wydatków na programy nie wykazano we właściwym rozdziale klasyfikacji budżetowej. [str. 30]

**2.2.5.** W połowie kontrolowanych podmiotów, w latach 2013–2015, podejmowano analizy efektów realizowanych programów polityki zdrowotnej, monitorując zarówno liczbę mieszkańców objętych poszczególnymi programami zdrowotnymi, jak i ich efekty (np. liczbę osób, u których stwierdzono zmiany chorobowe). Dzięki stałemu monitoringowi realizacji programów polityki zdrowotnej podejmowane były działania zaradcze i wspomagające procesy decyzyjne w zakresie dostosowania do zgłaszanych potrzeb liczby świadczeń oraz populacji objętej danym programem. Kontrolowane samorzady przeprowadziły 145 kontroli u realizatorów programów polityki zdrowotnej w latach 2013–2015.

Stwierdzone nieprawidłowości polegały na braku analiz efektów programów polityki zdrowotnej wraz z oceną skuteczności działań wynikających z tych programów, co naruszało postanowienia art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 8 pkt 1 i art. 9 pkt 1 ustawy o świadczeniach.

Ponadto stwierdzono szereg nieprawidłowości w ramach wykonywania obowiązku przekazywania informacji o realizowanych programach zdrowotnych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje<sup>10</sup>, polegających na nierzetelnym wykazywaniu w sprawozdaniach wysokości wydatków i innych danych oraz opóźnieniach w ich składaniu (w 13 skontrolowanych podmiotach). Ponadto w przypadku 13 jst stwierdzono, że w sprawozdaniach wykazywano inne działania w zakresie ochrony zdrowia, które nie były realizowane w ramach programów polityki zdrowotnej w rozumieniu art. 48 ustawy o świadczeniach. Samorzady terytorialne powoływały się przy tym na ogólność i małą precyzyjność przepisów w tym zakresie oraz brak reakcji właściwych urzędów – do których składano sprawozdania – co do zakresu i jakości sprawozdawanych danych. [str. 32]

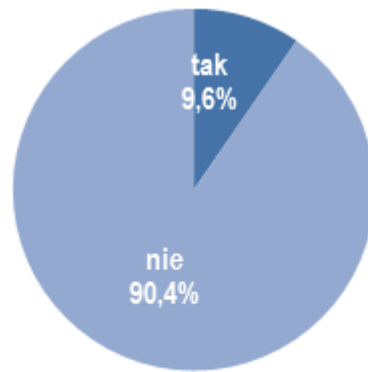
**2.2.6.** Korzystając z uprawnień określonych w art. 29 ust.1 pkt 1 oraz art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, skierowano zapytanie do wszystkich jednostek samorządu terytorialnego w Polsce (samorzady wojewódzkie, starostwa powiatowe i urzędy gmin). Zapytanie zostało przygotowane w postaci elektronicznego kwestionariusza i skierowane w systemie badań internetowych. Badanie obejmowało okres 2015 r. Kwestionariusz został wypełniony przez 1 996 jst, tj. 71,1% respondentów, w tym przez wszystkie samorzady wojewódzkie. Wynika z niego, że:

<sup>10</sup> W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje, określono wzór dokumentu wraz z instrukcją jego wypełnienia (Dz. U. Nr 163, poz. 1024, uchylony z dniem 28 listopada 2015 r.) Obecnie obowiązuje 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. poz. 1867).

- jedynie co dziesiąta jst objęta badaniem posiadała lokalną/regionalną politykę zdrowotną:

Rysunek nr 5

Opracowanie przez jst dokumentu przedstawiającego strategię dotyczącą poprawy zdrowia mieszkańców i zabezpieczenia ich potrzeb zdrowotnych (lokalna/regionalna polityka zdrowotna)

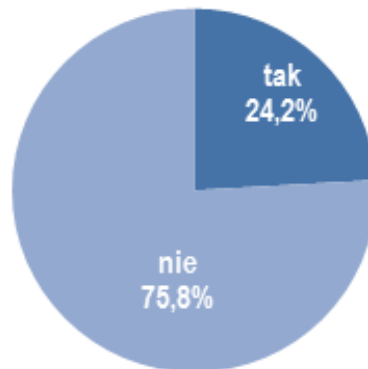


Źródło: Opracowanie własne.

- co czwarty samorząd w 2015 r. realizował i finansował ze środków własnych programy polityki zdrowotnej:

Rysunek nr 6

Realizacja i finansowanie w 2015 r. ze środków własnych jst programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48–48b ustawy o świadczeniach



Źródło: Opracowanie własne.

Podkreślić należy fakt, że wśród gmin tylko 6,8% jednostek opracowało strategię poprawy zdrowia mieszkańców i zabezpieczenia ich potrzeb zdrowotnych.

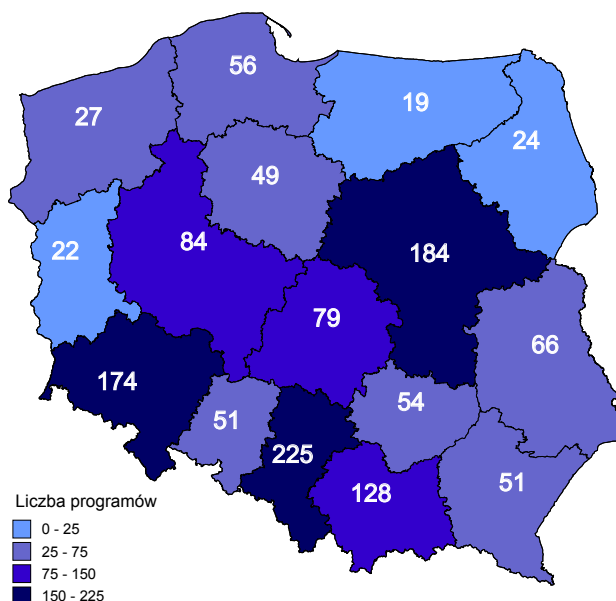
Zaobserwowano jednocześnie zależność pomiędzy opracowaniem dokumentu strategicznego w zakresie ochrony zdrowia a realizacją programów polityki zdrowotnej: jst posiadające strategię zdecydowanie częściej podejmowały się realizacji programów, niż samorządy bez strategii. [str. 36]

**2.2.7.** Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na duże zróżnicowanie, pod względem terytorialnym, w dostępie Polaków do oferty zdrowotnej proponowanej przez poszczególne samorządy swoim mieszkańcom.

Jak wynika z danych przekazanych przez AOTMiT, najmniej zaopiniowanych przez Agencję programów odnotowano, w latach 2010–2015, w województwach: warmińsko-mazurskim (19), lubuskim (22), podlaskim (24) i zachodniopomorskim (27). Z kolei największą liczbę programów odnotowano w województwach: śląskim (225), mazowieckim (184) i dolnośląskim (174).

Rysunek nr 7

Liczba zaopiniowanych przez AOTMiT samorządowych programów polityki zdrowotnej w latach 2010–2015 w podziale na województwa

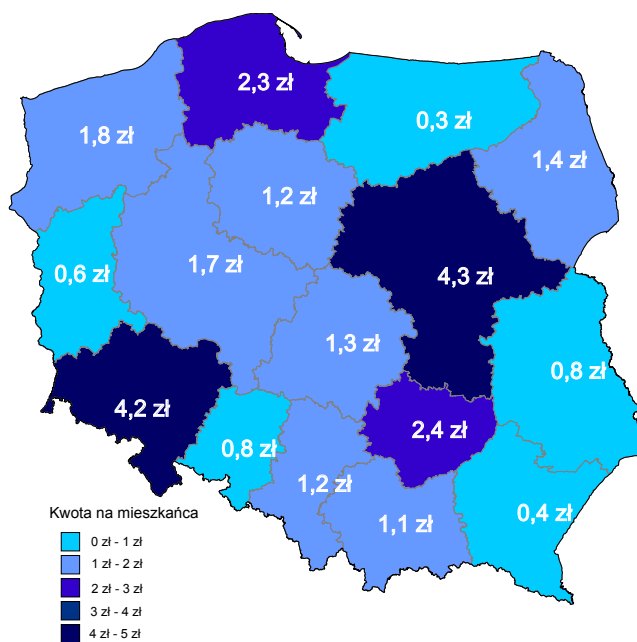


Źródło: Opracowanie własne – dane AOTMiT.

Ponadto istotne zróżnicowanie terytorialne w zakresie samorządowych programów polityki zdrowotnej ilustrują dane średniorocznych wydatków z okresu 2010–2015 sklasyfikowanych w rozdziale 85149 na jednego mieszkańca. Różnice pomiędzy bogatszymi, zurbanizowanymi województwami, a regionami biedniejszymi są ponad dziesięciokrotne.

Rysunek nr 8

Średnioroczne wydatki jst z lat 2010–2015 sklasyfikowane w rozdziale 85149 w przeliczeniu na jednego mieszkańca



Źródło: Opracowanie własne – dane Ministerstwa Finansów i Głównego Urzędu Statystycznego.

### 2.3 Uwagi końcowe i wnioski

Obserwowany od kilkudziesięciu lat na całym świecie, w tym i w Polsce, systematyczny wzrost wydatków publicznych w ochronie zdrowia wymaga, w ocenie NIK, ciągłego poszukiwania sposobów ich optymalizacji. Rosnące koszty systemu ochrony zdrowia, wynikające zarówno z postępu i rozwoju technologii medycznych, jak również ze starzenia się społeczeństwa, powinny skłonić decydentów do podjęcia działań mających na celu zmianę systemu, tak aby był efektywny kosztowo, przy zapewnieniu odpowiedniej jakości i dostępności świadczeń.

W ocenie NIK nowoczesny i efektywny ekonomicznie model systemu opieki zdrowotnej powinien opierać się na długofalowych działaniach profilaktycznych, które zmniejszą liczbę osób diagnozowanych w drogich i trudnych do leczenia zaawansowanych stadiach chorobowych. Działania profilaktyczne powinny być kompleksowe, tzn. obejmować zarówno edukację zdrowotną, jak i świadczenia (jeśli jest to uzasadnione)<sup>11</sup>.

Równocześnie konieczne jest wzmocnienie koordynacji działań podejmowanych w ramach samorządowych programów polityki zdrowotnej pomiędzy samorządem terytorialnym a administracją rządową i NFZ. Poprawa koordynacji ww. działań może zapobiec dublowaniu się świadczeń, zapewnić realizowanie adekwatnych świadczeń do zdefiniowanych potrzeb, jak również zapewni oszczędności w zakresie wydatkowania środków publicznych.

Ponadto, w ocenie NIK, niezbędne jest zwiększenie roli samorządu terytorialnego w działaniach z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki, a co za tym idzie i w podstawowej opiece zdrowotnej. Realizacja przez samorzady profilaktycznych programów polityki zdrowotnej w ścisłej współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, powinna być jednym z istotnych elementów sprawnego i efektywnego systemu ochrony zdrowia priorytetowo traktującego działania profilaktyczne.

Instytucję „samorządowego programu polityki zdrowotnej”, uregulowaną w art. 48–48b ustawy o świadczeniach, należy uznać za rozwiązanie niewystarczające, utrwalające istniejące nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych<sup>12</sup>.

W celu zwiększenia skuteczności realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego programów polityki zdrowotnej, a w konsekwencji poprawy zdrowia i jakości życia mieszkańców, NIK wnosi o podjęcie przez Ministra Zdrowia następujących działań:

- stworzenie przez MZ we współpracy z NFZ, AOTMiT, środowiskiem eksperckim i samorządowym zbioru dobrych praktyk dotyczących samorządowych programów polityki zdrowotnej, wraz z wzorcowymi programami, których tematyka powinna odnosić się do najistotniejszych zidentyfikowanych problemów zdrowotnych Polaków. Realizacja takich wzorcowych programów przez jednostki samorządu terytorialnego mogłaby wiązać się ze zwolnieniem tych podmiotów z obowiązku przekazywania projektów takich programów do zaopiniowania przez AOTMiT;

<sup>11</sup> Najwyższa Izba Kontroli na problem niewystarczających działań na rzecz edukacji prozdrowotnej i profilaktyki, kształtującej świadomość osobistą odpowiedzialności obywateli za swoje zdrowie już od najmłodszych lat zwracała uwagę m.in. po kontroli dotyczącej dostępności i finansowania opieki stomatologicznej ze środków publicznych (P/12/124) oraz funkcjonowania podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych (P/14/063). W kontrolach tych Izba wskazała też na niespełnianie właściwie swojej roli w zakresie profilaktyki przez podstawową opiekę zdrowotną i opiekę stomatologiczną.

<sup>12</sup> Najwyższa Izba Kontroli od wielu lat zwraca uwagę na nierówny dostęp do świadczeń zdrowotnych w Polsce i utrzymujące się dysproporcje w dostępie do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w skali kraju, województw, powiatów i gmin (por. informacje NIK: 165/2013/P/13/128/KZD; 165/2014/P/14/060/KZD, 192/2015/P/15/059/KZD).

- zapewnienie stałego i adekwatnego do potrzeb źródła finansowania samorządowych programów polityki zdrowotnej;
- poprawę koordynacji działań podejmowanych w ramach programów pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego a administracją rządową i NFZ, a także stworzenie mechanizmów weryfikacji danych w ramach procesu przekazywanych informacji o realizowanych programach.

W związku z powyższym, NIK wnosi do Ministra Zdrowia o zainicjowanie procesu legislacyjnego mającego na celu dokonanie zmian w obowiązujących przepisach dotyczących programów polityki zdrowotnej (art. 48–48b ustawy o świadczeniach), tak, aby:

- zawierały upoważnienie ustawowe dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, wzorcowych programów polityki zdrowotnej wraz z wytycznymi co do treści tych programów;
- uchylony został obowiązek, o którym mowa w art. 48a ust. 1 zd. 2 ustawy o świadczeniach, w stosunku do projektu programu polityki zdrowotnej opracowanego na podstawie wzorcowego programu przewidzianego do realizacji przez konkretną jednostkę samorządu terytorialnego.

W ocenie NIK, zaproponowane rozwiązania prawne ułatwiłyby wdrażanie tego rodzaju programów, gwarantując zachowanie odpowiedniej jakości i uniezależniając datę rozpoczęcia ich realizacji od oczekiwania (często długotrwałego) na opinię Agencji, o której mowa w art. 48a ustawy o świadczeniach.

Ponadto, zdaniem NIK, wskazane jest zwiększenie liczby i zakresu ogólnopolskich programów profilaktycznych realizowanych przez Ministra Zdrowia, które powinny wynikać z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych oraz stanu zdrowia Polaków, a także odnosić się do najistotniejszych problemów i zagrożeń zdrowotnych<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> Wniosek ten był już formułowany przez NIK m.in. w informacji o wynikach kontroli „Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych” (131/2013/P/12/124/KZD).

### 3.1 Istotne ustalenia kontroli

#### 3.1.1. Stan przygotowania jst do realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia

**3.1.1.1.** Zadania w zakresie ochrony zdrowia, w tym dot. programów polityki zdrowotnej, oraz nadzór nad ich wykonywaniem w 23 kontrolowanych samorządach (88,5% skontrolowanych podmiotów) zostały przypisane konkretnej komórce organizacyjnej urzędu oraz wyznaczono pracowników do realizacji tych zadań, wskazując je w ich zakresach czynności. Działania takie były zgodne ze standardem trzecim (określonym w załączniku do komunikatu Nr 23 Ministra Finansów z 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych<sup>14</sup>), gdyż struktura organizacyjna tych jednostek była dostosowana do aktualnych celów i zadań, a zakres zadań poszczególnych komórek określono w formie pisemnej w sposób przejrzysty i spójny. W ocenie NIK świadczy to o przygotowaniu organizacyjnym większości skontrolowanych jst do opracowywania, wdrażania i rozliczania programów zdrowotnych.

Nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono jedynie w trzech kontrolowanych jst:

- *Zadania związane z opracowywaniem, wdrażaniem i realizacją programów polityki zdrowotnej w Gminie Miejskiej Świdnica nie zostały w sposób jednoznaczny przypisane konkretnej komórce organizacyjnej Urzędu. Zadań tych nie powierzono na piśmie żadnemu pracownikowi Urzędu (zakresem obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności). W regulaminie organizacyjnym Urzędu Miejskiego w Świdnicy prowadzenie spraw związanych z ochroną zdrowia od 18 maja 2015 r. przypisano Wydziałowi Polityki Społecznej i Spraw Socjalnych. Przed 18 maja 2015 r. prowadzenie spraw ochrony zdrowia (od marca 2011 r.) należało do oddzielnej jednostki organizacyjnej Gminy Miejskiej Świdnica, tj. Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Świdnicy. Zarówno w powołanym regulaminie organizacyjnym Urzędu, obowiązującym od 18 maja 2015 r., jak i w regulaminie organizacyjnym MOPS, nadanym przez Dyrektora tej jednostki, nie doprecyzowano, czy przypisane zadania z zakresu ochrony zdrowia dotyczą opracowywania i wdrażania programów polityki zdrowotnej.*
- *Zadania związane z opracowywaniem, wdrażaniem i realizacją programów zdrowotnych (w 2015 r. programów polityki zdrowotnych) w Gminie Bogatynia nie zostały w sposób jednoznaczny przypisane konkretnej komórce organizacyjnej Urzędu, lub podległej jednostce organizacyjnej. Zadań tych nie powierzono na piśmie żadnemu pracownikowi Urzędu. Jak tłumaczono przez przeoczenie pominięto zapisy precyzujące zadania z zakresu ochrony zdrowia, co ujawniła kontrola NIK. Podczas trwania kontroli Burmistrz zarządzeniem nr 122/15 z dnia 26 października 2015 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie wprowadzenia regulaminu organizacyjnego Urzędu – powierzył Wydziałowi Polityki Społecznej i Świadczeń Socjalnych m.in. udział w opracowywaniu programów zdrowotnych uwzględniających potrzeby zdrowotne i stan zdrowia mieszkańców Gminy oraz przygotowywanie i przekazywanie Staroście Zgorzeleckiemu informacji o realizacji programów zdrowotnych. W ocenie NIK określenie z dniem 26 października 2015 r. dla Wydziału w regulaminie organizacyjnym Urzędu ww. zadań było niewystarczające. Przede wszystkim nie wymieniono innej komórki organizacyjnej albo jednostki organizacyjnej mającej z Wydziałem współuczestniczyć w opracowywaniu programów polityki zdrowotnej, co bez jednoznacznego rozdzielenia kompetencji zainteresowanych, zdaniem NIK może powodować spory kompetencyjne. Ponadto, pomimo dokonanych w dniu 26 października 2015 r. zmian w regulaminie organizacyjnym Urzędu, w dalszym ciągu nie określono komórki organizacyjnej i pracowników właściwych do wdrażania programów polityki zdrowotnej, w tym przeprowadzania konkursu ofert wymaganego przepisem art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach oraz rozliczania realizatorów programów polityki zdrowotnych z wykonania powierzonych działań zdrowotnych (określonych programami).*
- *W okresie od dnia 29 lipca do 9 listopada 2015 r. regulamin organizacyjny Urzędu Miejskiego w Nowym Tomyszu nie określał komórki organizacyjnej odpowiedzialnej za realizację zadań własnych Gminy z zakresu ochrony zdrowia. Ponadto pracownikowi, który w okresie od kwietnia 2014 r. do 25 października 2015 r. faktycznie realizował zadania z zakresu opieki zdrowotnej, nie przypisano w sposób formalny obowiązku realizacji tych czynności. Burmistrz wyjaśnił, że aktualnie opracowywany jest nowy regulamin organizacyjny Urzędu, który uwzględni zadania z zakresu opieki zdrowotnej, oraz uzupełniono zakres obowiązków właściwego merytorycznie pracownika o sprawy ochrony zdrowia.*

<sup>14</sup> Dz. Urz. MF Nr 15, poz. 84.

**3.1.1.2.** W 18 kontrolowanych jst (69,2% badanych jednostek) w zakresie dotyczącym zadań związanych z ochroną zdrowia nie odnotowano wpływu do urzędów skarg lub wniosków mieszkańców. W ośmiu samorządach, w których je odnotowano, dotyczyły one głównie funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz realizacji kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Jedynie w pojedynczych przypadkach skargi dotyczyły samorządowych programów polityki zdrowotnej, np.:

- *W Urzędzie miasta Gdyni w zakresie programu profilaktycznego pn. „Gimnastyka kompensacyjna jako profilaktyka progresji zmian zwyrodnieniowych stawów kręgosłupa i kończyn u osób powyżej 65 r. ż. Stale sprawni”. Powodem złożenia skargi było nieprzyjęcie mieszkańca Gdyni do programu profilaktycznego z powodu braku stałego zameldowania. Podjęte zostały działania mające na celu weryfikację zasadności skargi i wyeliminowanie nieprawidłowości – po przeprowadzeniu rozmowy telefonicznej z realizatorem programu mieszkańiec Gdyni został przyjęty. Ponadto, Wydział Zdrowia UM przeprowadził kontrolę realizacji zadania u świadczeniodawcy w celu wyjaśnienia zgłoszonego telefonicznie problemu, związanego z udziałem w programie pn. „Gimnastyka korekcyjna jako profilaktyka progresji wad postawy wykrytych w czasie badań bilansowych u dzieci – 10 letnich”. Sprawa została pozytywnie załatwiona.*
- *W Starostwie Powiatowym w Lubinie skarga dotyczyła wyboru realizatora programu. Została uznana za niezasadną.*

We wszystkich przypadkach badanych skarg i wniosków stwierdzono podejmowanie przez kontrolowane samorzady działań mających na celu weryfikację zasadności tych skarg, a następnie wyeliminowanie stwierdzonych nieprawidłowości.

**3.1.1.3.** Realizacja zadań z zakresu ochrony zdrowia przez 20 skontrolowanych samorządów (76%) nie była przedmiotem zainteresowania właściwych organów kontrolnych (audytu, kontroli wewnętrznej, jak też kontroli zewnętrznych). Jedynie w przypadku sześciu samorządów (Urzędy Marszałkowskie w Szczecinie i Kielcach, Starostwa Powiatowe w Legionowie i Lubinie oraz Urzędy Miejskie w Radomiu i Tarnowie) odnotowano działania organów kontrolnych dotyczące tej sfery aktywności urzędów.

- *W przypadku Urzędu Marszałkowskiego w Kielcach w odniesieniu do jednej kontroli dot. zapewnienia warunków odbywania stażu podyplomowego przez absolwentów studiów lekarskich i lekarsko-dentystycznych wydano zalecenia pokontrolne<sup>15</sup>. Z kolei w Radomiu audytor wewnętrzny w wyniku audytu przeprowadzonego w Urzędzie w 2015 r. dotyczącego systemu ochrony zdrowia i zabezpieczenia społecznego zwrócił uwagę na potrzebę usprawnienia pracy w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej poprzez wprowadzenie do procedur obowiązku kontroli na każdym etapie z koniecznością jej dokumentowania, określenie obszarów ryzyka, zdefiniowanie czynników ryzyka, stałe, cykliczne szkolenia dotyczące procedur postępowania w ramach wykonywania zadań operacyjnych. W pozostałych przypadkach organy kontrolne nie stwierdziły nieprawidłowości.*

**3.1.1.4.** W przeważającej liczbie skontrolowanych jst realizacja programów polityki zdrowotnej była przedmiotem zainteresowania radnych (22 jst, co stanowiło 84,6% skontrolowanych podmiotów).

I tak np.:

- *Sprawy związane z programami polityki zdrowotnej w okresie objętym kontrolą były przedmiotem obrad ośmiu posiedzeń Komisji Polityki Zdrowotnej, Pomocy Społecznej i Zdrowia Rady Miasta Gdyni oraz omawiano je 12-krotnie na posiedzeniach Komisji Rodziny, Zdrowia i Spraw Społecznych.*
- *Nie nadano biegu przedstawionej w protokole z posiedzenia Komisji Spraw Społecznych i Bezpieczeństwa Rady Miejskiej w Świdnicy z dnia 24 lutego 2015 r. (przez osiem miesięcy) kwestii profilaktyki raka szyjki macicy, co do oszacowania osób do zaszczepienia szczepionką przeciw HPV i kosztów takich działań. Jak wyjaśniono sprawa ta powinna być rozpatrzona w Urzędzie, a wówczas w Urzędzie brakowało wydziału, który zajmowałby się sprawami zdrowotnymi – obecnie tą sprawą zajmuje się Wydział Polityki Społecznej i Spraw Socjalnych.*

<sup>15</sup> Zalecenia pokontrolne dotyczyły: 1) stosowania obowiązujących aktów prawnych w sporządzanych dokumentach, 2) stosowanie na liście podmiotów uprawnionych prawidłowych nazw, 3) przekazywanie do Ministerstwa Zdrowia pełnej informacji o przewidywanej liczbie absolwentów.



- Realizacja programów polityki zdrowotnej była przedmiotem zainteresowania radnych Rady Miejskiej w Tarnowie, którzy podjęli dyskusje w tym zakresie na posiedzeniu Komisji Zdrowia w dniu 2 marca 2015 r. Zasadniczym tematem poruszonym na posiedzeniu Komisji była profilaktyka zdrowotna w mieście Tarnowie w zakresie: onkologii, ostrych zespołów wieńcowych, nadciśnienia, cukrzycy, urazów i wypadków, chorób zakaźnych (w szczególności gruźlicy) oraz szczepień ochronnych. Na spotkaniu omówiono programy zdrowotne realizowane w 2014 r. i finansowane ze środków pochodzących z budżetu Gminy Miasta Tarnowa.

### 3.1.2. Opracowanie programów polityki zdrowotnej

**3.1.2.1.** Większość kontrolowanych jst (15, co stanowiło 57,7% badanych podmiotów) nie sporządziła dokumentu strategicznego w zakresie polityki zdrowotnej (lokalna/regionalna polityka zdrowotna).

W podmiotach tych ustalono m.in.:

- Miasto Gdynia w działaniach w zakresie ochrony zdrowia wykorzystywało dokumenty strategiczne dotyczące regionalnej polityki zdrowotnej, w tym Regionalny Program Strategiczny w zakresie ochrony zdrowia – „Zdrowie dla Pomorza” i „Zdrowie dla Pomorza 2005–2013” oraz Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014–2020. Realizowane działania wpisywały się w priorytety strategii województwa pomorskiego oraz priorytety określone w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015.
- Brak jednolitego dokumentu o charakterze strategicznym w zakresie polityki zdrowotnej utrudniał szczegółową identyfikację istotnych dla mieszkańców Wodzisławia Śląskiego problemów zdrowotnych i mógł ograniczać skuteczność podejmowanych w mieście działań (w tym w szczególności objętych programami polityki zdrowotnej) mających na celu podnoszenie dostępności do usług zdrowotnych.
- W Gminie Piaseczno brak strategicznego dokumentu w zakresie polityki zdrowotnej utrudniał rozpoznanie potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców, a także ograniczał aktywność w zakresie tworzenia (współtworzenia) warunków do zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.
- Urząd Miejski w Świdnicy nie posiadał analiz uwzględniających stopień dostępu mieszkańców Świdnicy do świadczeń opieki zdrowotnej, ocen zaspakajania potrzeb zdrowotnych mieszkańców oraz danych o kadrach medycznych (z ich oceną społeczną). Ponadto nie posiadał dokumentów analitycznych dotyczących stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych mieszkańców Świdnicy, w tym wskazujących potrzeby zdrowotne mieszkańców lub programujących działania, a nadto danych o sytuacji epidemiologicznej mieszkańców. W maju 2015 r. w strukturze organizacyjnej Urzędu utworzono Wydział Polityki Społecznej i Spraw Socjalnych, który ma za zadanie opracowanie takich dokumentów.

Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli punktem wyjścia do opracowywania i wdrażania programów polityki zdrowotnej powinna być regionalna/lokalna polityka zdrowotna, uwzględniająca m.in. dane z zakresu demografii, epidemiologii oraz informacje o zasobach systemu ochrony zdrowia wraz z ich oceną społeczną. Polityka ta powinna również odnosić się do zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych. Skutkiem braku strategicznego dokumentu w zakresie polityki zdrowotnej, była niemożliwość oceny, w jakim stopniu realizowane działania przyczyniły się do zaspokojenia istotnych potrzeb zdrowotnych ogółu mieszkańców.

Ponadto NIK zwraca uwagę, że w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 (w części IV cel operacyjny 12) założono aktywizację m.in. jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa. Jednym z oczekiwanych efektów jego realizacji do 2015 r. było posiadanie przez wszystkie jednostki samorządu terytorialnego wieloletnich planów polityki zdrowotnej i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych.

W 11 skontrolowanych jst sporządzono odrębny dokument strategiczny w zakresie polityki zdrowotnej (lokalna/regionalna polityka zdrowotna) lub zagadnienia związane z analizą i oceną potrzeb zdrowotnych i warunków ich zaspokojenia były częścią innych dokumentów strategicznych. W dokumentach tych zawarto m.in. następujące informacje: sytuację demograficzną i epidemiologiczną ludności, ocenę zaspokojenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców, dane dot. kadr medycznych, podejmowane działania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, podsumowanie wraz ze wskazaniem pożądanym kierunków zmian. Definiowane w dokumentach

strategicznych działania na podstawie danych demograficzno-epidemiologicznych wpisywały się w priorytety określone w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015. Wskazując zamierzenia dotyczące programów zdrowotnych, określano cele strategiczne, w tym m.in.:

- profilaktyka chorób układu krążenia i zwiększenie skuteczności ich wykrywania u osób należących do grupy ryzyka;
- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności na choroby nowotworowe;
- zwiększenie skuteczności wykrywania, zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności na choroby układu oddechowego;
- profilaktyka oraz wczesne wykrywanie i zapobieganie powikłaniom wybranych chorób społecznych i cywilizacyjnych (choroby tarczycy, cukrzyca, choroby układu trawiennego, choroby reumatyczne, choroby metaboliczne, depresja);
- zahamowanie umieralności, inwalidztwa i niepełnosprawności z powodu wypadków, urazów i zatruc;
- podniesienie prozdrowotnej świadomości społecznej oraz upowszechnienie wiedzy z zakresu zdrowego stylu życia i możliwości oddziaływania na własne zdrowie;
- rozwijanie działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki.
  - *Podjęte przez Gminę Polkowice długofalowe działania ukierunkowane na poprawę stanu zdrowia mieszkańców i zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych, w okresie objętym kontrolą, zostały ujęte w następujących dokumentach strategicznych: Strategii Rozwoju Zrównoważonego Gminy Polkowice na lata 2010–2015, Strategii Rozwoju Zrównoważonego Gminy Polkowice na lata 2015–2020, Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych dla Gminy Polkowice na lata 2008–2014, Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych dla Gminy Polkowice na lata 2015–2020. Wymienione strategie uwzględniały m.in. realizację w Gminie Polkowice medycznych programów zdrowotnych: terapeutycznych, rehabilitacyjnych i profilaktyczno-edukacyjnych. Podjęte przez Gminę działania z zakresu ochrony zdrowia, w ocenie NIK, były spójne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych<sup>16</sup>, a także wpisywały się w priorytety określone w NPZ na lata 2007–2015, w szczególności w cel operacyjny 12 Aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa. W ramach prowadzenia analiz dotyczących potrzeb zdrowotnych mieszkańców Gminy, na zlecenie Gminy w roku 2011 przeprowadzone zostało badanie ankietowe dotyczące poziomu wiedzy mieszkańców na temat placówek służby zdrowia i istniejących programów profilaktyki z zakresu opieki medycznej w Polkowicach. Z ankiet wynikało w szczególności, że respondenci wysoko ocenili dostępność do usług zdrowotnych na terenie Gminy. W trakcie kontroli wskazano na brak przepisów nakładających na gminy obowiązek opracowania zasad lokalnej polityki zdrowotnej w postaci odrębnego dokumentu.*
  - *Zarząd Województwa Wielkopolskiego, uchwałą z dnia 23 stycznia 2014 r., przyjął do realizacji „Program Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2014–2020”. Poprzednio w województwie obowiązywał „Wojewódzki Program Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2009–2013”, określający założenia polityki zdrowotnej samorządu województwa w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia. Zgodnie z tym dokumentem, nadrzędnym celem polityki zdrowotnej w województwie wielkopolskim (w kontekście profilaktyki i promocji zdrowia) jest „poprawa stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia mieszkańców województwa oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu”. Osiągnięcie tego celu zaplanowano poprzez: kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa, ograniczenie występowania najpoważniejszych problemów zdrowotnych, zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji, aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego, organizacji pozarządowych oraz innych partnerów do działań na rzecz zdrowia. Za cel strategiczny przyjęto zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności Wielkopolan (jako priorytetowe uznano przeciwdziałanie schorzeniom, których poziom zachorowalności i umieralności był największy). W Polityce na lata 2014–2020 zaprezentowano dane o sytuacji demograficznej i epidemiologicznej ludności Wielkopolski, w tym dane dot. chorób układu krążenia, układu oddechowego, nowotworów złośliwych, chorób psychicznych oraz chorób o znaczeniu społecznym<sup>17</sup>.*

<sup>16</sup> Dz. U. Nr 137, poz. 1126.

<sup>17</sup> Wirusowe zapalenie wątroby typu C (HCV), Zespół Nabytego Upośledzenia Odporności (AIDS), wirus brodawczaka ludzkiego (HPV), cukrzyca, otyłość.

Do sporządzenia ww. polityki wykorzystano m.in. dane statystyczne (GUS) oraz dane Wielkopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego, Wielkopolskiego Centrum Onkologii, Wielkopolskiego Oddziału NFZ, Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu, Wielkopolskiego Biura Rejestracji Nowotworów.

- *Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego opracował, w czerwcu 2005 r., „Zadania Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia do realizacji na lata 2005–2015”, ale nie posiadał dokumentu strategicznego dotyczącego lokalnej polityki zdrowotnej na rok 2016 i lata następne. Wydział Zdrowia przekazał projekt pn. „Program Strategiczny Ochrona Zdrowia” do Wydziału Zarządzania Strategicznego w dniu 30 sierpnia 2013 r., jednak do czasu zakończenia kontroli<sup>18</sup> nie został on zatwierdzony z uwagi na jego niedostosowanie do aktualnego Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego. W projekcie Programu, jako bariery w zakresie ochrony zdrowia w Województwie Zachodniopomorskim uznano m.in.: niedobór lekarzy specjalistów w niektórych dziedzinach, brak systemu koordynacji i współpracy pomiędzy podmiotami realizującymi zadania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, brak spójności podejmowanych działań pomiędzy jednostkami centralnymi, regionalnymi i lokalnymi w związku z obowiązującymi regulacjami ustawowymi o samorządach województw, powiatów i gmin, które określają samodzielność i niezależność poszczególnych samorządów. Zdaniem autorów Programu w związku z brakiem podległości jst, województwo nie miało podstaw do koordynowania i organizowania skutecznej i pełnej współpracy w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia na terenie województwa. Brak spójności podejmowanych działań i współpracy pomiędzy jednostkami centralnymi, regionalnymi i lokalnymi samorządów terytorialnych wynikał także z braku podstaw prawnych zobowiązujących do konsultowania, czy wzajemnego informowania się o podejmowanych działaniach w zakresie profilaktyki zdrowotnej, np. przed podjęciem decyzji w sprawie udzielenia dotacji na realizację poszczególnych zadań. W efekcie różnorodne działania w zakresie profilaktyki zdrowotnej były podejmowane przez gminy, powiaty, samorząd województwa, urzędy wojewódzkie, NFZ, a także MZ, bez obowiązku wymiany informacji. Według analizy SWOT w województwie zachodniopomorskim jest zbyt mała populacja mieszkańców objęta badaniami profilaktycznymi, brak jest środków finansowych na realizację kompleksowych projektów profilaktycznych obejmujących całe województwo, występuje nierówna dostępność do usług zdrowotnych. Powyższe ryzyka zidentyfikowano m.in. na podstawie informacji pozyskanych od koordynatorów programów populacyjnych w zakresie wczesnego wykrywania chorób nowotworowych, analizy kolejek oczekujących na świadczenia zdrowotne i ankiet. Jak wyjaśniono w Urzędzie trwa dyskusja nad nową formą dokumentów strategicznych województwa.*
- *NIK zwraca uwagę, że wśród kontrolowanych podmiotów były jednostki samorządu terytorialnego, które pomimo wspomnianych uwarunkowań prawnych podejmowały jednak działania koordynujące np. prowadząc bieżący monitoring finansowanych przez NFZ programów zdrowotnych, co miało służyć niepowielaniu realizacji zadań, a jedynie uzupełnianiu działań NFZ, np.: finansując badania mammograficzne i raka szyjki macicy, ale u kobiet w innym, niż to robi NFZ, przedziale wiekowym.*

**3.1.2.2.** Kontrolowane samorzady podjęcie decyzji w sprawie realizacji poszczególnych programów polityki zdrowotnej, poprzedzały przede wszystkim rozpoznaniem lokalnych potrzeb poprzez robocze analizy pracowników jst (takie działania wskazało 20 jst). Analizowano m.in: dane statystyczne właściwych terytorialnie urzędów wojewódzkich oraz wojewódzkich oddziałów NFZ, opinie Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia właściwych terytorialnie Województw oraz Porozumienia Zielonogórskiego, dane epidemiologiczne z raportów Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego. Ponadto, informacje w tym zakresie uzyskiwano podczas konferencji i bieżących spotkań z przedstawicielami środowiska medycznego, ze stron portali medycznych i Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie, Krajowego Rejestru Nowotworów oraz z ogólnodostępnych danych Głównego Urzędu Statystycznego.

W przypadku 11 samorządów analizowano Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 oraz przeprowadzono konsultacje z lokalnym środowiskiem medycznym, co poprzedzało realizację programów, a osiem samorządów wskazało konieczność uzupełnienia działań realizowanych przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia.

<sup>18</sup> Tj. do 20 listopada 2015 r.

Wśród innych przesłanek poprzedzających decyzję w sprawie realizacji poszczególnych programów polityki zdrowotnej znalazły się m.in.: potrzeby zgłaszane przez społeczności lokalne, ankiety ewaluacyjne wypełniane przez uczestników samorządowych programów, wnioski radnych, analizy sporządzone przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, dla którego jst była organem tworzącym. I tak np.:

- *W gminie Polkowice na realizację 16 programów zdrowotnych w latach 2013–2015 miały wpływ następujące przesłanki, które wynikały z kompleksowego rozpoznania potrzeb zdrowotnych: realizacja programów przed 2013 r. potwierdzająca zasadność przyjęcia tych programów, poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych, których niedostateczna liczba została zdiagnozowana w wyniku informacji o dostępie do świadczeń realizowanych w ramach umów zawartych z NFZ, przekazywanych przez podmiot leczniczy Polkowickie Centrum Usług Zdrowotnych – Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka Akcyjna<sup>19</sup>, przedstawianie przez PCUZ – ZOZ SA oraz Aquapark Polkowice – Regionalne Centrum Rekreacyjno-Rehabilitacyjne S.A.<sup>20</sup> propozycji działań w obszarze profilaktyki zdrowotnej wynikających z potrzeb zdrowotnych mieszkańców oraz ograniczonego dostępu do świadczeń finansowanych przez NFZ (limitowanie świadczeń, ograniczenie dostępu w wyniku np. ograniczania wieku pacjentów, długi czas oczekiwania na świadczenia), brak na terenie powiatu polkowickiego szpitala oraz innych podmiotów leczniczych o profilu specjalistycznym, co utrudniało dostęp do świadczeń, wnioski składane przez Komisję Zdrowia Rady Miejskiej w Polkowicach dotyczące obszarów profilaktyki wymagającej interwencji, ocena potrzeb zdrowotnych mieszkańców powiatu polkowickiego, wnioski organizacji pozarządowych aktywnych w obszarze działań o charakterze zdrowotnym i profilaktycznym.*
- *Rada Miejska w Tarnowie 27 kwietnia 2011 r. przyjęła dokument strategiczny opisujący kierunki oddziaływania w zakresie polityki zdrowotnej, tj. Miejski Program Promocji Zdrowia i Profilaktyki Chorób Społecznych na lata 2011–2015. W powyższym dokumencie wymieniono m.in. wszystkie realizowane w omawianym okresie programy profilaktyczne, z wyszczególnieniem przedmiotu i szczegółowego zakresu zadania, okresu realizacji, mierników ewaluacyjnych oraz wykonawców. Ponadto opracowano dokument pn. Kierunki rozwoju lecznictwa zamkniętego i otwartego w Tarnowie na lata 2009–2015. Miejski Program Promocji Zdrowia i Profilaktyki Chorób Społecznych na lata 2011–2015 był kontynuacją wdrożonej w latach 2007–2010 pierwszej edycji tego opracowania. Program nawiązuje do dokumentów strategicznych w zakresie zdrowia publicznego w skali regionalnej, ogólnopolskiej oraz międzynarodowej (m.in. Małopolski Program Ochrony Zdrowia na lata 2006–2013, Małopolski Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2010–2013, Małopolski Program Zdrowia Psychicznego na lata 2004–2008, 2011–2015, Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015). Korzystano również z informacji dostępnych na stronach internetowych Narodowego Funduszu Zdrowia, Głównego Urzędu Statystycznego, Ministerstwa Zdrowia, Województwa Małopolskiego. Istotną rolę w kreowaniu lokalnej polityki zdrowotnej odegrała Komisja Zdrowia Rady Miejskiej w Tarnowie, która w latach 2000–2010 włączyła się czynnie w działania prozdrowotne, wskazując na potrzeby mieszkańców miasta w tym zakresie. Przedmiotem pracy Komisji Zdrowia były również zagadnienia dotyczące dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie miasta Tarnowa w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej, w tym świadczeń rehabilitacyjnych oraz lecznictwa stacjonarnego z wyszczególnieniem opieki onkologicznej. W latach 2013–2015 przygotowywano bieżące analizy i oceny potrzeb zdrowotnych mieszkańców Miasta Tarnowa, w tym oceny dostępności do świadczeń zdrowotnych. Opracowania sporządzano zgodnie z planem pracy Komisji Zdrowia Rady Miejskiej w Tarnowie na dany rok.*

Należy zauważyć, że rozpoznanie potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy/powiatu/województwa, jako działanie poprzedzające opracowanie, realizację i ocenę efektów programów polityki zdrowotnej, należy do zadań własnych jst stosownie do postanowień art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 8 pkt 1 i art. 9 pkt 1 ustawy o świadczeniach. W zakresie przeprowadzanych analiz przez kontrolowane jst, NIK sformułowała szereg uwag, w tym m.in.:

- *Urząd Miasta i Gminy Piaseczno nie posiadał pisemnych analiz dotyczący rozpoznania potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Jak tłumaczono, wnosząc do Burmistrza o zabezpieczenie środków w budżecie na działania związane z profilaktyką zdrowotną wśród mieszkańców gminy, prowadzone są rozmowy i konsultacje z przedstawicielami placówek medycznych oraz bierze się pod uwagę informacje dotyczące szczepień na terenie województwa mazowieckiego i gminy Piaseczno, dane o ilości dzieci i młodzieży proponowanej*

<sup>19</sup> Spółkę, w której Gmina jest akcjonariuszem posiadającym przeważający pakiet akcji (98,2%).

<sup>20</sup> Spółkę, której Gmina jest jedynym akcjonariuszem.

do objęcia szczepieniami oraz dane o zgłoszeniach rodziców zainteresowanych zaszczepieniem swoich dzieci szczepionkami dodatkowymi. Do kontroli nie przedstawiono jednak pisemnych analiz w tym zakresie. Burmistrz wyjaśnił, że od wielu lat zawierane są umowy z SZPZLO w Piasecznie, na podstawie których SZPZLO jest odpowiedzialny za realizację działań prozdrowotnych, a wcześniej za rozpoznanie potrzeb i właściwy dobór świadczeń. Burmistrz wyjaśnił również, iż: „wniosek rekomendujący działania wskazane do objęcia ich dotacją, poprzedzony jest konsultacjami prowadzonymi z przedstawicielami piaseczyńskich placówek medycznych. Po rozpoznaniu potrzeb na podstawie informacji o szczepieniach na terenie województwa oraz zgłoszeń od rodziców, Komisja Zdrowia składa wnioski do burmistrza. Przy konstruowaniu projektu budżetu burmistrz akceptuje lub wprowadza ewentualne zmiany do przedstawionego podziału środków. (...) Ostateczną decyzję podejmuje Rada Miasta, uchwalając budżet gminy na kolejny rok budżetowy”. Dyrektor SZPZLO wyjaśnił, iż decyzje o wyborze konkretnych działań wynikały głównie z faktu, iż nie są to świadczenia finansowane w wystarczającym stopniu przez NFZ (np. gabinety stomatologiczne w szkołach, profilaktyka prowadzona przez pielęgniarki szkolne) lub nie są w ogóle refundowane (np. szczepienia dodatkowe, profilaktyka WZW-C, badania dla młodych sportowców). Decyzje podejmowano po konsultacjach z lekarzami (np. w sprawie wyboru szczepień) oraz po uwzględnieniu interwencji rodziców (badania dla młodych sportowców). NIK zwrócił uwagę, iż zgodnie z art. 48 ust. 1 ustawy o świadczeniach programy zdrowotne mogą opracowywać, wdrażać, realizować oraz finansować jedynie ministrowie, NFZ oraz jednostki samorządu terytorialnego. Tak więc ewentualny program przygotowany przez SZPZLO winien być przekazany przez Gminę do AOTM celem zaopiniowania, a następnie przyjęty w drodze uchwały Rady Miejskiej w Piasecznie. Ponadto działania w zakresie rozpoznania potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy powinny być udokumentowane.

- Urząd Miasta Żyrardowa nie dokonał rozeznania zapotrzebowania mieszkańców Żyrardowa na usługi zdrowotne w ramach programów polityki zdrowotnej: „Zapobieganie próchnicy u dzieci 7–10 letnich”, „Badania mammograficzne i USG sutka”, oraz „Szczepienia ochronne przeciwko rakowi szyjki macicy dziewczynek urodzonych w 1998 r.”, jak również nie podejmował skutecznych działań ukierunkowanych na zachęcenie mieszkańców do udziału w programach polityki zdrowotnej. Brak rozeznania zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne skutkowało nierzetelnym planowaniem wydatków na realizację tych programów polityki zdrowotnej. Realizacja wydatków była niższa od zaplanowanych i w poszczególnych latach objętych kontrolą wynosiła odpowiednio: 51,2%, 40,5% i 31,2% planowanych środków.
- Urząd Miasta Bolesławiec nie posiadał analiz uwzględniających stopień dostępu mieszkańców do świadczeń opieki zdrowotnej, ocen zaspakajania potrzeb zdrowotnych mieszkańców oraz danych o kadrach medycznych (z ich oceną społeczną). Urząd nie posiadał także dokumentów analitycznych dotyczących stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych mieszkańców Bolesławca, w tym wskazujących potrzeby zdrowotne mieszkańców lub programujących działania, a nadto danych o sytuacji epidemiologicznej mieszkańców z wyjątkiem wskazanych w opisie stanu faktycznego danych o zachorowalności na nowotwory złośliwe w latach 1999–2011 w podziale na powiaty oraz o wadach postawy dzieci uczęszczających do przedszkoli w Bolesławcu.

W większości przypadków programy polityki zdrowotnej były opracowywane i realizowane po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami (dot. powiatu) oraz gminami i powiatami (dot. samorządu województwa), do czego zobowiązuje odpowiednio art. 8 pkt 1 i art. 9 pkt 1 ustawy o świadczeniach. Jedynie w przypadku Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego w Szczecinie i Starostwa Powiatowego w Legionowie konsultacje takie nie zostały przeprowadzone i udokumentowane. Powoływano się przy tym na to, że przepisy nie precyzują sposobu konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami/powiatami. Ponadto informacje o zrealizowanych i planowanych do realizacji programach zdrowotnych były wykorzystywane m.in. w celu uniknięcia dublowania świadczeń dla mieszkańców.

Ponadto stwierdzono, że realizacja szeregu działań przez kontrolowane podmioty w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej odbywała się bez opracowania stosownego formalnego dokumentu „program zdrowotny”. Przypadki takie stwierdzono w: Gdyni, Nowym Sączu, Trzebiniu i Radomiu.

W czterech przypadkach, w ramach programów polityki zdrowotnej, jst finansowały świadczenia gwarantowane kontraktowane i finansowane przez NFZ (Urząd Miasta w: Zakopanym, Józefowie, Żyrardowie i Urzędzie Miasta i Gminy w Piasecznie) w celu zapewnienia równego dostępu do świadczeń, gdyż NFZ w minimalnym zakresie zabezpieczał te świadczenia. Finansowanie to miało charakter sporadyczny.

**3.1.2.3.** W większości kontrolowanych podmiotów NIK stwierdziła nieprawidłowości w zakresie przesyłania programów do zaopiniowania przez AOTMiT. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli opinie Agencji nie miały co prawda charakteru wiążącego, a jst nie były związane ich treścią i nie były obowiązane do stosowania się do uwag w nich zawartych, jednak opinie te powinny zostać przeanalizowane przez podmiot zobowiązany do ich zasięgnięcia i ewentualnie wzięte pod uwagę przy tworzeniu (ostatecznej wersji) programów polityki zdrowotnej. Należy także zwrócić uwagę na istotność opinii, w sytuacji gdy programy były opracowane i realizowane po raz pierwszy, a opinie zawierały uwagi odnoszące się do istotnych elementów programu, takich jak ustalenie populacji objętej badaniem, czy określenie wskaźników monitorowania efektów programu. Samorządowe programy polityki zdrowotnej powinny skupiać się na zdefiniowanych lokalnych potrzebach i zagrożeniach oraz działaniach skierowanych do określonej grupy osób, stanowiąc uzupełnienie i wsparcie działań ogólnokrajowych finansowanych przez NFZ. Decydując się zatem na prowadzenie działań profilaktycznych z zakresu opieki zdrowotnej, samorząd zobligowany jest do działań zgodnych z procedurą określoną w ww. art. 48-48b, tj.: musi sporządzić projekt takiego programu, z uwzględnieniem art. 48 ust 4 ustawy o świadczeniach, przekazać go do zaopiniowania AOTMiT, a dopiero po uzyskaniu takiej opinii rozpocząć jego realizację, tzn. podjąć w tym zakresie uchwałę, przeprowadzić w trybie art. 48b ustawy o świadczeniach postępowanie dotyczące wyboru realizatora programu, sfinansować go i dokonać oceny efektów.

Problemem dla samorządów był długi czas oczekiwania na wydanie opinii przez AOTMiT, często przekraczający ustawowe ramy. NIK zauważa, że wprawdzie ustawa o świadczeniach przewiduje maksymalny okres na zajęcie stanowiska przez AOTMiT (obecnie są to dwa miesiące) to jednak brak jest ustawowych regulacji dotyczących sytuacji, w której AOTMiT nie wywiąże się terminowo ze swojego obowiązku. W tym zakresie nie ma zarówno sankcji wobec AOTMiT (*lex imperfecta*), jak i mechanizmu tzw. „milczącej zgody” (*tacito consensu*), co do treści planowanego programu. Wskazać przy tym należy, że naruszenie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach<sup>21</sup> polegające na realizacji programu z pominięciem przedłożenia jego projektu AOTMiT lub też bez uzyskania opinii AOTMiT dot. projektu programu zdrowotnego przed upływem ustawowego terminu na jej wydanie, jest oceniane przez właściwe organy nadzoru, jako istotne naruszenie prawa w rozumieniu art. 91 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym<sup>22, 23</sup>. Sytuację taką stwierdzono w następujących samorządach:

- *W mieście Józefów odstąpienie od uzyskania opinii w przypadku dwóch projektów programów zdrowotnych w 2013 r. spowodowany był rozpoczęciem ich realizacji jeszcze przed wejściem w życie przepisów wprowadzających obowiązek poddania programów ocenie AOTMiT, co było zgodne ze stanowiskiem AOTM przekazanym do tegoż urzędu w 2010 r.<sup>24</sup> Po upublicznieniu interpretacji Ministra Zdrowia, wskazującej na obowiązek uzyskania takiej opinii, Urząd o taką opinię wystąpił przy następnym projekcie programu zdrowotnego.*

<sup>21</sup> W brzmieniu obowiązującym do dnia 31.12.2014 r. Obecnie obowiązek ten określa art. 48a ust. 1 zd. 2 ustawy o świadczeniach.

<sup>22</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 446.

<sup>23</sup> Np. rozstrzygnięcia nadzorcze Wojewody Świętokrzyskiego nr PNK.I.4130.30.2012 z dnia 16 marca 2012 r. i PNK.I.4130.50.2014 z dnia 29 września 2014 r. czy Wojewody Zachodniopomorskiego nr NK.3.4131.51.2015.SA z dnia 6 marca 2015 r.

<sup>24</sup> Pismo Prezesa AOTM z 1.02.2010 r., nr AOTM/362/OT/0765/8/10/AnZ.

- *Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego udzielał jednorocznych dotacji na zadania profilaktyczne, powołując się na art. 114 ust 1 pkt 1 i ust. 4 ustawy o działalności leczniczej i nie występował do AOTMiT o stosowne opinie. Od roku 2016 samorząd województwa planuje realizację zadań w trybie przewidzianym ustawą o świadczeniach.*
- *Urząd Miejski w Jaworznie, w przypadku realizacji w roku 2014 dwóch programów polityki zdrowotnej, z ogłoszeniem i rozstrzygnięciem procedury konkursowej nie czekał na stosowne opinie. W obu przypadkach od momentu przekazania do AOTMiT projektów programów, do terminu publikacji ogłoszenia o konkursie zawierającego projekty programów (a nawet do momentu rozstrzygnięcia wyboru realizatora – w przypadku programu profilaktyki grypy) nie upłynął okres trzech miesięcy, tj. czas, jaki Agencja – stosownie do treści art. 48 ust. 2b ustawy o świadczeniach<sup>25</sup> – miała na wydanie przedmiotowych opinii.*
- *Urząd Miasta Zakopane w odniesieniu do dwóch spośród czterech objętych kontrolą programów przeprowadził procedurę konkursową, nie czekając na opinię. Tym samym nie korzystał z uwag i sugestii tej Agencji, zamieszczanych w opiniach o projekcie programów, pomimo że – zdaniem NIK – zawierały wskazówki, możliwe do wykorzystania.*
- *Prezydent miasta Żyrardowa nie przekazał do AOTMiT w celu zaopiniowania programu polityki zdrowotnej „Pokonywanie barier dla osób słabo widzących i niewidzących Biała laska” wprowadzonego do realizacji po raz pierwszy po 11 lipca 2009 r.*
- *Powiat Legionowski nie przekazał do zaopiniowania zmiany Powiatowego Programu Promocji Zdrowia na 2014 r.<sup>26</sup>, którą uzupełniono ustalony uprzednio Program o dwie kontynuowane akcje zdrowotne dotyczące cukrzycy i chorób serca u osób dorosłych oraz jedną nową akcją zdrowotną profilaktyki zaburzeń słuchu u dzieci. Ponadto, do zaopiniowania przez Agencję przekazano nie projekty, a trzy przyjęte już przez Zarząd Powiatu Programy na lata 2013, 2014 i 2015. Konkursy na realizatorów poszczególnych akcji zdrowotnych i działań edukacyjnych wszczęto i rozstrzygnięto bez oczekiwania na opinie. Mimo, iż w odniesieniu do łącznie 12 akcji zdrowotnych<sup>27</sup> i działań edukacyjnych zaplanowanych na lata 2013 i 2014 Agencja wydała opinie negatywne, to nie miały one wpływu na treść założeń ich realizacji. Nie korygowano treści realizowanego już w danym roku Programu. Podniesiono wątpliwości, jakie budzi sprzeczna treść opinii wydawanych przez Agencję. Przykładowo w odniesieniu do akcji „Szkoła rodzenia” w 2013 r. AOTMiT wydała opinię pozytywną, podczas gdy w 2014 r. akcję zdrowotną o analogicznej treści zaopiniowano negatywnie. NIK zauważył, iż Powiatowe Programy Promocji Zdrowia na lata 2014 i 2015 przekazano do zaopiniowania przez AOTMiT dopiero po 178 i 58 dniach od ich przyjęcia uchwałami Zarządu Powiatu.*
- *Urząd Miejski w Radomiu zawarł dwie umowy dotacji dla Radomskiego Szpitala Specjalistycznego (na realizację szczepień przeciwko grypie i przeciwko HPV) oraz ogłosił konkurs ofert na realizację Programu zaburzeń snu u dzieci przed otrzymaniem pozytywnej opinii. Wcześniejsze podpisanie umów pozwoliło na realizację zadań określonych w budżecie Miasta. W przypadku Programu zaburzeń snu u dzieci podjęto decyzję o wcześniejszym ogłoszeniu konkursu z uwagi na fakt, że okres oczekiwania na opinię AOTMiT był kilkumiesięczny, a Urząd był zobowiązany do dokonania wydatków na ten cel w 2014 r. Ponadto w żadnym z czterech realizowanych programów polityki zdrowotnej Urząd Miejski w Radomiu nie uwzględnił uwag AOTMiT.*
- *Zarząd Województwa Wielkopolskiego do realizacji programów profilaktycznych w 2014 r. przystąpił ze względu na upływ trzymiesięcznego terminu do wydania przez Agencję opinii. NIK zauważył przy tym fakt, że programy te stanowiły kontynuację działań realizowanych w ramach Polityki zdrowotnej na lata 2009–2013 (opracowanej w lutym 2009 r. – niepodlegającej wówczas opinii AOTMiT)<sup>28</sup>, a ponadto obszerny zakres merytoryczny tych programów oraz zaplanowanie w budżecie województwa środków na ich realizację wymagały uruchomienia działań profilaktycznych w terminie umożliwiającym realizację programów przed upływem 2014 r.*
- *Zarząd Powiatu w Ostrowie Wielkopolskim uchwałę w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na przeprowadzenie programu „Stop pneumokokom” podjął 23 lipca 2013 r. (opinia AOTiTM wpłynęła do Starostwa 5 sierpnia 2013 r.), a programu „Pierwsza pomoc przedmedyczna” 23 października 2013 r. (opinia AOTiTM wpłynęła 4 listopada 2013 r.). NIK podkreśla przy tym fakt, że Starostwo ogłosiło procedury konkursowe po upływie*

<sup>25</sup> W brzmieniu obowiązującym do 31.12.2014 r.

<sup>26</sup> Zmianę Programu na 2014 r. wprowadzono uchwałą Zarządu Powiatu nr 155/2014 z 19 sierpnia 2014 r.

<sup>27</sup> Spośród 18 akcji zdrowotnych zgłoszonych przez Powiat do opiniowania przez AOTMiT.

<sup>28</sup> Aktualnie, zgodnie z treścią art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach, obowiązku uzyskania opinii Agencji nie stosuje się do programu stanowiącego kontynuację programu realizowanego w poprzednim okresie.

trzymiesięcznego terminu do wydania opinii przez Agencję, który wynikał z art. 48 ust. 2b ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych. Podkreślić należy, że oba programy uzyskały pozytywną opinię Agencji, a ponadto ich zakres merytoryczny, a także zaplanowanie w budżecie powiatu wydatków na realizację tych programów wymagało uruchomienia procedur konkursowych w terminie umożliwiającym ich realizację w 2013 r.

- *Burmistrz miasta Buk nie przekazał Agencji, do zaopiniowania, projektu Programu przewidzianego do realizacji w latach 2013–2016. Zgodnie z treścią uchwały Rady Miasta i Gminy Program stanowił wypełnienie obowiązków Gminy wynikających z ustawy o świadczeniach i tym samym wymagał uzyskania opinii ww. organu. Burmistrz wyjaśnił, że wybierając programy zdrowotne, władze Gminy miały na uwadze zagrożenia zdrowotne mieszkańców, zgłaszane przez nich potrzeby badań profilaktycznych oraz informacje z placówek opieki zdrowotnej o występujących zagrożeniach. Zakres wykonywanych badań był w ocenie Burmistrza adekwatny do posiadanych przez Gminę środków finansowych.*

Kontrolowane podmioty uzyskały pozytywne opinie dla 68 programów polityki zdrowotnej, natomiast 22 programy polityki zdrowotnej zostały negatywnie zaopiniowane.

### 3.1.3. Wdrażanie i realizacja programów polityki zdrowotnej

**3.1.3.1.** W zdecydowanej większości skontrolowanych samorządów (ponad 80%) prowadzono kampanie informacyjne o realizowanych programach polityki zdrowotnej, poprzez m.in.: zamieszczanie informacji na stronie internetowej Urzędu ze wskazaniem realizatorów poszczególnych programów, telefonów i adresów, zamieszczanie ogłoszeń świadczeniodawców o możliwości skorzystania z programu zdrowotnego w lokalnych mediach i informatorach urzędów, wysyłanie zaproszeń imiennych. Jedynie w przypadku pięciu skontrolowanych podmiotów kampanie informacyjne nie były prowadzone.

Ponadto działania informacyjne prowadzone były przez te podmioty, które realizowały świadczenia w ramach programów, np. poprzez publikację na swojej stronie internetowej, czy wywieszane ogłoszenia na drzwiach gabinetów zabiegowych.

Łączny koszt prowadzonych kampanii w okresie objętym kontrolą poniesiony przez skontrolowane podmioty wyniósł 626,6 tys. zł.

Kontrolowane jednostki informacje tego rodzaju udostępniły w sposób umożliwiający zapoznanie się z ich treścią jak najszerszemu kręgowi adresatów danego programu.

**3.1.3.2.** W ocenie Najwyższej Izby Kontroli art. 18 ust. 1 ustawy o samorządzie gminnym jednoznacznie przesądza, że kompetencje rady gminy obejmują również opracowanie programów zdrowotnych, o których mowa w art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach. Z ww. art. 18 ust. 1 wynika zakres spraw, dla których ustawodawca ustanowił domniemanie kompetencji na rzecz rady gminy. W sytuacji gdy ustawa mówi ogólnie o zadaniach gminy i ustawy nie stanowią inaczej, do rady gminy należy realizowanie wynikających z tych zadań kompetencji. Formą działania rady gminy, jako organu stanowiącego, jest podejmowanie uchwał (art. 14 ustawy o samorządzie gminnym). Podjęcie zatem uchwały w sprawie samorządowego programu polityki zdrowotnej jest realizacją zadań wynikających z konkretnej normy ustawy o świadczeniach, w formie właściwej dla działania organu kolegialnego, jakim jest rada gminy.

W siedmiu przypadkach stwierdzono jednak nieopracowanie stosownych projektów uchwał Rady Miasta w sprawie programów polityki zdrowotnej i nieprzedstawienie ich Radzie w celu uchwalenia, a decyzje w sprawie przyjęcia programów podejmował organ wykonawczy.

- *Brak przyjęcia programów w formie stosownych uchwał rad miast stwierdzono w kontrolach przeprowadzonych w: Gdyni, Jaworznie, Nowym Sączu, Trzebini, Zakopanym, Radomiu i Polkowicach.*



**3.1.3.3.** W ocenie Najwyższej Izby Kontroli ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie<sup>29</sup> nie może stanowić samoistnej podstawy materialnoprawnej do finansowania świadczeń zdrowotnych w ramach realizowanych przez organizacje pozarządowe zadań w zakresie ochrony i promocji zdrowia. Przepisu art. 4 ust. 1 pkt 6<sup>30</sup> oraz art. 11 ust. 1 pkt 1<sup>31</sup> powyższej ustawy nie można rozpatrywać w oderwaniu od przepisów odrębnych ustaw, w których należy poszukiwać konkretyzacji możliwości wsparcia finansowego z budżetu jednostki samorządu terytorialnego na rzecz podmiotów niezaliczonych do sektora finansów publicznych. Formą realizacji zadań publicznych z zakresu ochrony i promocji zdrowia związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej powinien być zatem program polityki zdrowotnej<sup>32</sup> zgodnie z art. 48-48b ustawy o świadczeniach, gdyż to właśnie ten akt prawny określa warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 1 pkt 1), zasady i tryb finansowania tych świadczeń (art. 1 pkt 2) oraz zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 1 pkt 3).

Pomimo tego stwierdzono przypadki finansowania świadczeń zdrowotnych w ramach realizowanych przez organizacje pozarządowe zadań w zakresie ochrony i promocji zdrowia. Praktyki takie zakwestionowano w kontrolach przeprowadzonych w następujących podmiotach:

- *Miasto Gdynia wspierało finansowo wykonywanie zadań publicznych, poprzez udzielenie dotacji na dofinansowanie 10 z 13 realizowanych zadań w zakresie ochrony i promocji zdrowia dla organizacji pozarządowych<sup>33</sup>, na podstawie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, które obejmowały swym zakresem: profilaktykę onkologiczną oraz działalność pielęgnacyjną, terapeutyczną, psychologiczną i rehabilitacyjną dla osób ze stwierdzoną chorobą nowotworową, w ramach której przyznawano dotacje na wsparcie realizacji trzech zadań<sup>34</sup>, działania zmierzające do polepszenia stanu zdrowia osób ze stwierdzonymi chorobami przewlekłymi i zaburzeniami emocjonalno-psychologicznymi, w ramach których przyznawano dotacje na wsparcie realizacji pięciu zadań<sup>35</sup>, w zakresie działalności m.in. profilaktycznej, terapeutycznej, pielęgnacyjnej, rehabilitacyjnej i konsultacyjnej, profilaktykę kardiologiczną oraz działalność rehabilitacyjną, pielęgnacyjną i terapeutyczną dla populacji ze stwierdzoną niewydolnością sercowo-naczyniową, w ramach której przyznawano dotacje na wsparcie realizacji jednego zadania<sup>36</sup>, stacjonarną opiekę hospicyjną nad terminalnie chorymi dziećmi i młodzieżą, w tym m.in. świadczenia medyczne, rehabilitacyjne, terapeutyczne i opiekuńcze. Kwoty przyznawanych dotacji na ww. zadania wyniosły 1.488,5 tys. zł i stanowiły 51,4% całkowitych kosztów realizacji tych zadań<sup>37</sup>, w tym dla poszczególnych zadań przyznana kwota dotacji stanowiła od 13,2% do 98,9% kosztów zadania. Roczne raporty z realizacji programów polityki zdrowotnej, przyjmowane przez Prezydenta Miasta*

<sup>29</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 239, ze zm.

<sup>30</sup> „Sfera zadań publicznych (...) obejmuje zadania w zakresie: (...) 6) ochrony i promocji zdrowia, w tym działalności leczniczej w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.).

<sup>31</sup> Organy administracji publicznej: 1) wspierają w sferze, o której mowa w art. 4, realizację zadań publicznych przez organizacje pozarządowe oraz podmioty wymienione w art. 3 ust. 3, prowadzące działalność statutową w danej dziedzinie”.

<sup>32</sup> Poza obligatoryjnymi działaniami w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi, narkomanii, nikotynizmowi i ochrony zdrowia psychicznego – wynikających z odrębnych ustaw.

<sup>33</sup> Prowadzące działalność pożytku publicznego na terenie Miasta Gdyni.

<sup>34</sup> 1) Opieka hospicyjna dla terminalnie i nieuleczalnie chorych, 2) Prowadzenie Poradni Opieki Paliatywnej, 3) Prowadzenie ośrodka wsparcia psychologicznej terapii onkologicznej – Akademia walki z rakiem.

<sup>35</sup> 1) Warto być – program wsparcia i rehabilitacja dla osób z chorobą otępienną, oraz ich rodzin i opiekunów, 2) Grupy wsparcia i rehabilitacja dla osób z chorobą Alzheimera w latach 2012–2014 oraz Grupy wsparcia i rehabilitacja dla osób z chorobą Alzheimera, oraz ich rodzin i opiekunów w 2015 r., 3) Ochrona zdrowia i edukacja zdrowotna w warunkach domowych dla przewlekle chorych na SM, 4) Pomoc dzieciom z ADHD i ich rodzinom w 2012–2014 r., Pomoc dzieciom z zespołem ADHD i ich rodzinom, 5) Przeciwdziałanie wysiłkowemu nietrzymaniu moczu.

<sup>36</sup> Gdyńska Szkoła Niewydolności Serca.

<sup>37</sup> Całkowite koszty realizacji 10 zadań publicznych w zakresie ochrony i promocji zdrowia w latach 2013–2015 (do 30 września 2015 r.) wyniosły 2.896,3 tys. zł.

Gdyni w formie zarządzeń zawierały stwierdzenie, że oferowane usługi organizacji pozarządowych stanowiły uzupełnienie świadczeń gwarantowanych i finansowanych przez NFZ. Ponadto podstawą prawną przyjęcia do realizacji profilaktycznego programu zdrowotnego lub akceptacji wyników postępowania konkursowego na realizację programów profilaktycznych, w przypadku pięciu zarządzeń Prezydenta Miasta Gdyni<sup>38</sup>, był m.in. art. 114 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej pomimo, że podstawy prawne do finansowania świadczeń zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego<sup>39</sup> oraz przeprowadzania konkursu ofert, wynikają z art. 48–48b ustawy o świadczeniach.

- Miasto Jaworzno wspierało finansowo wykonywanie zadań publicznych, poprzez udzielenie dotacji na dofinansowanie realizacji 8 z 27 realizowanych zadań w zakresie ochrony i promocji zdrowia dla organizacji pozarządowych<sup>40</sup>, na podstawie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, które obejmowały swym zakresem realizację świadczeń zdrowotnych.
- Miasto Nowy Sącz realizowało świadczenia zdrowotne w ramach siedmiu zadań w zakresie ochrony i promocji zdrowia poprzez udzielenie dotacji dla organizacji pozarządowych<sup>41</sup> na podstawie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.
- Umowy zawarte przez miasto Piaseczno z PCK i „Amazonkami” były umowami o wsparcie realizacji zadania publicznego, zawartymi na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Wybór realizatorów odbył się w trybie konkursu ofert uregulowanego w ww. ustawie. NIK zwrócił uwagę, iż zadania publiczne z zakresu ochrony i promocji zdrowia mogą być realizowane w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Jednakże, z uwagi na fakt, iż przedmiotem umów w ramach ww. zadań publicznych były także świadczenia zdrowotne, konieczne jest zastosowanie procedury z art. 48–48b ustawy o świadczeniach. Zdaniem NIK w przypadku programów zdrowotnych, uwzględniając ich rolę w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, pierwszeństwo powinna mieć ustawa o świadczeniach.
- Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego wspierał finansowo wykonywanie dwóch zadań publicznych, poprzez udzielenie dotacji na dofinansowanie dwóch zadań w zakresie ochrony i promocji zdrowia dla organizacji pozarządowych<sup>42</sup> – w ramach których m.in. udzielano świadczeń zdrowotnych (badania okulistyczne noworodków, niemowląt oraz dzieci nieobjętych obowiązkiem szkolnym oraz wspieranie działalności punktów informacyjno-konsultacyjnych dla osób z grup ryzyka oraz żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich) – na podstawie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Zdaniem NIK, zarówno badanie okulistyczne jak i wykonywanie testów HIV jest świadczeniem zdrowotnym w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach, a ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie nie może stanowić samej podstawy materialno-prawnej do finansowania świadczeń zdrowotnych w ramach realizowanych przez organizacje pozarządowe zadań w zakresie ochrony i promocji zdrowia.

**3.1.3.4.** W kontrolowanych podmiotach, gdzie przyjęto do realizacji programy polityki zdrowotnej w trybie przewidzianym ustawą o świadczeniach, wybór realizatorów programów nastąpił w drodze prawidłowo przeprowadzonego konkursu ofert stosownie do postanowień art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach<sup>43</sup>. Nie stwierdzono nieprawidłowości w podejmowanych w tym zakresie działaniach, w tym dotyczących upublicznienia ogłoszenia o konkursie (art. 48 ust. 5 ustawy o świadczeniach), treści ogłoszenia (art. 48 ust. 6 ustawy o świadczeniach), a także jego przeprowadzenia zgodnie z regułami dotyczącymi przetargu (art. 70<sup>1</sup>-70<sup>5</sup> Kodeksu Cywilnego). Od 1 stycznia 2015 r. regulacje dot. konkursu ofert zawarte są w art. 48b ustawy o świadczeniach.

<sup>38</sup> Prezydent Miasta Gdyni, przyjął w formie zarządzeń Nr 13756/14/VI/O, 8743/12/VI/O gminne programy profilaktyczne wraz ze specyfikacjami na okresy trzyletnie oraz zobowiązywał Wydział Zdrowia do ogłaszania konkursu ofert oraz akceptował w formie zarządzeń Nr 13758/14/VI/O, 9300/13/VI/O i 14177/14/VI/O wyniki postępowania konkursowego na realizację programów polityki zdrowotnej w latach 2013–2015 i 2014–2016.

<sup>39</sup> Poza obligatoryjnymi działaniami w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi, narkomanii, nikotynizmowi i ochrony zdrowia psychicznego – wynikających z odrębnych ustaw.

<sup>40</sup> Prowadzące działalność pożytku publicznego na terenie Jaworzna.

<sup>41</sup> Zadania zlecane organizacjom pozarządowym na podstawie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, a wynikające z uchwalonych na każdy rok przez Radę Miasta programów współpracy Miasta Nowego Sącza z organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami prowadzącymi działalność pożytku publicznego.

<sup>42</sup> Prowadzące działalność pożytku publicznego na terenie województwa świętokrzyskiego.

<sup>43</sup> W brzmieniu obowiązującym do 31.12.2014 r.

W ośmiu kontrolowanych jst stwierdzono jednak odstępowanie od procedury konkursowej, co tłumaczono m.in. brzmieniem art. 114 ust. 1 pkt 1 i 7 ustawy o działalności leczniczej, gdzie postanowiono, iż podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymywać środki publiczne z przeznaczeniem na: realizację m.in. zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne. Zdaniem NIK ww. przepisy nie mogą stanowić samoistnej podstawy materialnoprawnej do finansowania świadczeń zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego. Przepis ten dotyczy bowiem wyłącznie zasad i trybów przekazywania środków publicznych podmiotowi wyłonionemu w trybie konkursu ofert (zwycięzcy konkursu) w związku z realizacją programów, o których mowa w art. 7 ust. 1 i art. 48–48b ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Ponadto stwierdzono nieliczne nieprawidłowości dotyczące nierzetelnego prowadzenia dokumentacji przetargowej.

- *Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego nie dokonywał wyboru realizatorów programów polityki zdrowotnej w drodze konkursu ofert. Zwracano się pisemnie do podległych jednostek o przedstawienie planów realizacji polityki zdrowotnej (...). SP ZOZ składał propozycje programowe w zakresie edukacji zdrowotnej, profilaktyki i promocji zdrowia wraz z preliminarzem kosztów. Dyrektor Wydziału Zdrowia, po analizie formalnej i merytorycznej, przedkładał wnioski do Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego, proponując podział środków finansowych dla dotowanych jednostek, z nazwą zadania i proponowaną kwotą dotacji. Decyzje o udzieleniu dotacji podejmował Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego w formie uchwały. Ponadto stwierdzono nierzetelne dokumentowanie procedury wyboru programów rekomendowanych do realizacji w latach 2013–2015. Przedstawione kontrolerowi zestawienia nie były sporządzone w formie dokumentu (protokół, notatka, itp.) i nie były podpisane. We wnioskach do Zarządu Województwa o przyznanie dotacji podano m.in., że w roku 2013 zgłoszono 31 programów i zarekomendowano 26 i odpowiednio w roku 2014 zgłoszono 42 propozycje, zarekomendowano 25, a w roku 2015 zgłoszono 39 propozycji, a zarekomendowano 22. W uzasadnieniu wniosków nie podano przyczyn braku rekomendacji poszczególnych programów lub przyczyn rekomendacji wybranych programów.*
- *Urząd Miejski w Zabrzu zawarł umowy z pięcioma<sup>44</sup> realizatorami, którzy nie załączyli do oferty wszystkich wymaganych dokumentów, co powinno, zgodnie z ogłoszeniem, spowodować nierozpatrywanie tych ofert. Ogłoszenia o konkursach na wybór realizatorów programów zawierających elementy profilaktyki uzależnień, jako jeden z wymogów stawianych oferentom wskazywały opracowanie i załączenie do oferty projektu ankiety, którą wypełnią beneficjenci przed i po uczestnictwie w programie celem oceny stanu wiedzy na temat profilaktyki danej jednostki chorobowej oraz profilaktyki uzależnień. W ogłoszeniach podano, że rozpatrywane będą wyłącznie oferty kompletne i prawidłowe. Wartość ww. pięciu umów wyniosła 57,9 tys. zł. Ponadto Komisja konkursowa nierzetelnie udokumentowała przebieg postępowania w trakcie konkursu organizowanego w 2013 i naruszyła § 11 pkt 4 i 5 obowiązującego Regulaminu działania komisji, które stanowiły, że z przebiegu posiedzenia komisja sporządza protokół zawierający, m.in. wskazanie ofert odpowiadających warunkom konkursu oraz wskazanie ofert odrzuconych. W konkursie na realizatora „Programu profilaktyki wad postawy u dzieci klas V i VI szkoły podstawowej z elementami profilaktyki uzależnień” wpłynęły cztery oferty, natomiast umowy zawarto z trzema realizatorami. Wykluczenie oferenta było zasadne i zgodne z obowiązującym regulaminem. Jednak w protokole komisja zawarła informację, że wszystkie oferty spełniały warunki określone w ogłoszeniu, co nie było zgodne ze stanem faktycznym. Ponadto w protokole nie wskazano oferty odrzuconej oraz przyczyn jej odrzucenia. Z kolei konkurs na realizatora programu „Kompleksowa terapia i rehabilitacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z terenu miasta Zabrze” na rok 2014 został ogłoszony 3 grudnia 2013 r., natomiast termin składania ofert wyznaczono na 14 grudnia 2013 r., co stanowiło naruszenie art. 48 ust. 5 ustawy o świadczeniach<sup>45</sup>, zgodnie z którym o przeprowadzeniu konkursu ofert jednostka samorządu terytorialnego ogłasza w swojej siedzibie i na swojej stronie internetowej co najmniej na 15 dni przed upływem wyznaczonego terminu składania ofert.*

<sup>44</sup> Z 18 objętych kontrolą (14 z roku 2013 i 4 z roku 2015).

<sup>45</sup> W brzmieniu obowiązującym do 31.12.2014 r.

- *Urząd Miejski w Radomiu w latach 2013–2015 wybrał Radomski Szpital Specjalistyczny, jako wykonawcę dwóch programów polityki zdrowotnej<sup>46</sup> i zawarł z nim pięć umów na łączną kwotę 631,8 tys. zł<sup>47</sup> bez przeprowadzenia konkursu ofert. Zadanie powierzono Szpitalowi, jako jednostce podległej, a dotacji celowych Gmina udzieliła na podstawie art. 114 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej. Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli ww. przepis ustawy o działalności leczniczej odnosi się do uprawnień Szpitala, jako podmiotu wykonującego działalność leczniczą, natomiast Urząd, jako podmiot wdrażający programy polityki zdrowotnej, realizując zadania gminy, miał obowiązek wybrać wykonawcę w trybie konkursu ofert, stosując przepisy ustawy o świadczeniach. Ponadto ustalono, że w treści programu „Moje dziecko nie chrapie – Miasto Radom 2014 rok” oraz w warunkach konkursu ofert na realizację programu nie wskazano liczby dzieci objętych programem, w treści programu oraz w warunkach konkursu ofert na realizację oraz w treści umowy z wykonawcą Urząd Miejski w Radomiu nie uwzględnił: wartości liczbowych oczekiwanych efektów realizacji programu, określonych w ust. 3 pkt c programu: poziomu zmniejszenia częstości występowania zaburzeń podczas snu u dzieci, zwiększenia poziomu wiedzy rodziców na temat skutków złego oddychania u dzieci, skutecznej profilaktyki i następstw zachorowań oraz na temat możliwości leczenia poprzez badania przesiewowe, wartości liczbowych mierników efektywności, określonych w ust. 3 pkt d programu: liczby badań przesiewowych, liczby zgód rodziców na przeprowadzenie badań, liczby przeprowadzonych akcji informacyjnych.*
- *W latach 2013–2014 w Mieście Józefów, w 5 przypadkach wybór świadczeniodawców do realizacji programu zdrowotnego<sup>48</sup> nastąpił bez przeprowadzenia konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ustawy o świadczeniach. We wszystkich ww. przypadkach realizację programów powierzono jednostce organizacyjnej miasta tj. SP ZOZ Przychodnia Miejska w Józefowie, z którym podpisano umowy na podstawie przepisów ustawy o działalności leczniczej.*
- *Umowy na programy realizowane przez SZPZLO (punkty 1–5) miasto Piaseczno zawarło na podstawie art. 55 ust. 1 pkt 4, art. 114 ust. 1 pkt 1 oraz art. 115 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Zlecenie realizacji zadań określonych w umowach z SZPZLO odbyło się bez zastosowania trybu konkursowego, w tym wymaganego dla programów polityki zdrowotnej trybu opisanego w art. 48b ustawy o świadczeniach. Zlecenie zadań dla SZPZLO w Piasecznie odbyło się na podstawie ustawy o działalności leczniczej, a nie przy zastosowaniu ustawy o świadczeniach, gdyż to ustawę o działalności leczniczej uznano za ustawę szczególną do ustawy o świadczeniach. Jak wyjaśniono „Do przekazania środków na podstawie umowy a nie ogłoszenia konkursu, była użyta wprost zasada, że przepis późniejszy uchyla przepis wcześniejszy”. Ponadto Umowy na programy realizowane przez stomatologów oraz okulistę (punkty 6–7) zawarto na podstawie art. 114 ust. 1 pkt 1 oraz art. 115 ust. 1, art. 116 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, po uprzednim rozstrzygnięciu zapytania ofertowego skierowanego w trybie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych<sup>49</sup> do lekarzy stomatologów<sup>50</sup> i lekarzy okulistów<sup>51</sup>. NIK, nie kwestionując zasadności potrzeby zatrudnienia okulisty i stomatologa w szkole, wskazała, iż finansowanie świadczeń zdrowotnych przez gminę powinno odbywać się zgodnie z procedurą określoną w art. 48–48b ustawy o świadczeniach.*
- *W Urzędzie Miasta i Gminy w Bogatyni nie dokonywano wyboru realizatorów programów zdrowotnych w drodze konkursu ofert. We wszystkich latach zawierano bowiem umowy dotacji z SP ZOZ, mające zapewnić finansowanie programów opracowywanych i realizowanych przez tą jednostkę, Burmistrz wyjaśnił, iż realizowanie programów zdrowotnych przez SP ZOZ z pominięciem konkursu ofert wynikało z tego, że Gmina, będąc organem założycielskim dla tej placówki, podejmowała wszelkie działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia jej niezbędnych środków finansowych umożliwiających prawidłowe funkcjonowanie. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli w Gminie Bogatynia wdrażano i realizowano programy zdrowotne z naruszeniem procedury określonej do końca 2014 r. w art. 48 ust. 4, a od 1 stycznia 2015 r. z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach zobowiązujących*

<sup>46</sup> „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w mieście Radom na 2014 rok”, „Stop grypie! Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Miasta Radomia po 65. roku życia na lata 2014–2016”.

<sup>47</sup> Umowy na realizację programu szczepień przeciwko HPV (nr ZS-II.8030.6.2014 z 17 marca 2014 r. i nr ZS-II.8030.6.2014/2015 z 4 maja 2015 r.) oraz na realizację programu szczepień przeciwko grypie (nr ZS-II.8030.8.2013 z 20 maja 2013 r., nr ZS-II.8010.4.2014 z 24 lipca 2014 r., nr ZS-II.8010.5.2015 z 21 sierpnia 2015 r.).

<sup>48</sup> W 2013 r. „Szczepienia profilaktyczne przeciwko grypie osób powyżej 60 roku życia”. W 2013 r. i 2014 r.: „Program przeciwdziałania rakowi szyjki macicy w mieście Józefów”; „Profilaktyczna opieka medyczna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania”.

<sup>49</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 2164.

<sup>50</sup> Tylko w 2014 r., bo w 2013 r. odstąpiono od zastosowania trybu zapytania ofertowego z uwagi na kwotę zamówienia poniżej 3 tys. euro.

<sup>51</sup> Program obowiązywał od 1 września 2015 r.

do powierzenia przez jednostkę samorządu terytorialnego (gminę) realizacji programów zdrowotnych podmiotom wyłonionym w konkursie ofert. Procedura określona wymienionymi przepisami wyklucza zatem realizację programów zdrowotnych w formie występującej w Gminie Bogatynia.

- Realizatora jednego z czterech programów zdrowotnych w 2013 r., tj. badań przesiewowych wad postawy i kończyn dolnych u dzieci w wieku przedszkolnym, miasto Bolesławiec dokonało z pominięciem konkursu ofert, do czego zobowiązywał wówczas przepis art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach. Zastępca Prezydenta wyjaśnił, iż w 2013 r. powierzono realizację tego programu posiadającej do tego predyspozycje Spółce z o.o. ze 100% udziałem Gminy Miejskiej Bolesławiec utworzonej m.in. w celu realizacji zadań z zakresu profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowia. W 2014 r. oraz 2015 r. w związku ze zmianą statusu tej Spółki wyboru realizatora tego programu zdrowotnego dokonano w drodze konkursu ofert, zwycięzcą którego była również ta Spółka, jako jedyny oferent. Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli argument o zleceniu bez konkursu wykonania zakresu rzeczowego programu jednoosobowej Spółce Gminy Miejskiej nie usprawiedliwia naruszenia prawa. Ustawa o świadczeniach w art. 48 ust. 4 nie przewidywała bowiem żadnych odstępstw od określonego w tym przepisie trybu wyboru realizatora programu zdrowotnego.
- Realizatorzy wszystkich ośmiu programów polityki zdrowotnej finansowanych przez samorząd województwa wielkopolskiego w 2015 r. nie zostali wybrani w drodze konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach. Realizację tych programów powierzono podmiotom leczniczym utworzonym przez Sejmik Województwa, na podstawie przepisów ustawy o działalności leczniczej. W takim samym trybie<sup>52</sup> dokonano wyboru realizatorów programów zdrowotnych finansowanych przez samorząd województwa w latach 2013–2014<sup>53</sup>. Powierając realizację wojewódzkich programów profilaktyki zdrowotnej podmiotom leczniczym podległym Samorządowi Województwa Wielkopolskiego, kierowano się założeniem, że stanowi to zadanie własne samorządu województwa i może być realizowane przez samorząd w formach organizacyjno-prawnych dla niego właściwych, w tym poprzez spółkę prawa handlowego (OPEN), z pominięciem procedury konkursowej.

Kontrolowane podmioty w okresie objętym kontrolą realizowały 178 programów polityki zdrowotnej, w ramach przeprowadzanych konkursów ofert wpłynęły 534 oferty i zawarto 480 umów. Ogółem, w latach 2013–2015, kontrolowane podmioty poniosły wydatki na realizację programów w kwocie 38.445,7 tys. zł. W 2013 r. była to kwota – 18.507,9 tys. zł, w 2014 – 11.809,4 tys. zł, a w 2015 r. – 8.128,4 tys. zł (w kwocie tej uwzględniono łączną kwotę środków przekazanych do 30 września 2015 r. i kwoty zaplanowane w 2015 r. wg. zawartych umów).

W przypadku trzech kontrolowanych samorządów stwierdzono brak realizacji programów polityki zdrowotnej:

- Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego szczególną uwagę zwrócił na rolę gmin i miast, które plan i realizację zadań z tego zakresu mogą ściśle dopasowywać do lokalnych, rozpoznanych problemów zdrowotnych. Wskazano też na potrzebę opracowania przepisów, które ustalałyby zasady współpracy jst poszczególnych szczebli przy planowaniu i realizowaniu programów polityki zdrowotnej oraz pozwalałyby na koordynację tych działań w województwie. Urząd, pomimo że nie realizował programów polityki zdrowotnej o zasięgu ogólnowojejewódzkim, włączał się aktywnie w kampanie inspirowane przez instytucje centralne, np. kampania Ministerstwa Zdrowia pt. „Co czwarty z nas miał lub będzie mieć problemy ze zdrowiem psychicznym” lub kampania realizowana przez Narodowy Instytut Leków w ramach „Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków” pt. „Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach”. Kolejnym przykładem jest włączanie się w ogólnokrajowe kampanie w tematyce przeciwdziałania narkomanii – „Po narkotykach rozum wysiada”, „Dopalacze kradną życie”, „Przyjmuje leki czy bierze? Leki bez recepty – do leczenia, nie do brania”, „Narkotyki? Na co mi to. Odleć z nami! Nie z narkotykami” oraz „HIVokryzja. Wyleczmy się”, „Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka”.
- Objęta kontrolą problematyka ochrony zdrowia, w tym realizacja programów polityki zdrowotnej była przez Urząd Miejski w Nowym Tomyślu traktowana w latach 2013–2015 w sposób zmarginalizowany. Realizacja tego zadania ograniczała się wyłącznie do realizacji przez szkoły gminne działań informacyjnych bądź ich udziału w akcjach organizowanych przez podmioty zewnętrzne (m.in. Państwowy Wojewódzki i Powiatowy Inspektorat Sanitarny, Agencję Rynku Rolnego), pomocy socjalnej udzielanej przez Ośrodek Pomocy Społecznej (dalej: OPS), realizacji zadań w obszarze wychowywania w trzeźwości i przeciwdziałania narkomanii.

<sup>52</sup> Do dnia 31.12.2014 r. art. 48 ust. 4 ww. ustawy stanowił, że realizatora programu zdrowotnego dokonuje się w drodze konkursu ofert, z zastrzeżeniem odrębnych przepisów.

<sup>53</sup> W 2013 r. dziewięć programów, w 2014 r. również dziewięć programów.

- *Problematyka ochrony zdrowia, była przez Urząd Miejski w Świdnicy traktowana w latach 2013–2015 w sposób zmarginalizowany. W okresie tym nie podjęto realizacji programów polityki zdrowotnej. Zdaniem NIK Urząd nie był przy tym przygotowany do podjęcia realizacji tych programów. Przewodniczący Rady Miejskiej w Świdnicy podczas kontroli udzielił informacji, iż Komisja Oświaty Rady Miejskiej przyjęła do realizacji w planie pracy na 2015 r. temat z zakresu opieki zdrowotnej pn. „Opieka zdrowotna w przedszkolach, szkołach i gimnazjach (proponycja opieki zdrowotnej w kl. I–III)”. Aktualnie Komisja ta zapoznaje się z przedłożonym przez Prezydenta dokumentem „Raport z realizacji programów stomatologicznych w innych gminach w Polsce – przykłady, koszty, cele, sposoby”. Z kolei poprzedni Prezydent wyjaśnił, iż w Świdnicy jest wystarczająca sieć niepublicznych placówek ochrony zdrowia, zapewniających dostęp do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. W tym stanie rzeczy uznał, iż nie ma potrzeby wdrażania gminnych programów zdrowotnych. Gmina Miejska Świdnica realizowała wyłącznie obligatoryjne zadania z zakresu ochrony zdrowia, które ustanawiane i realizowane były w oparciu o odrębne podstawy prawne, m. in. program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii, promocja zdrowia psychicznego, itp.*

#### 3.1.4. Finansowanie programów polityki zdrowotnej

Wydatki 20 kontrolowanych podmiotów na realizację programów zostały poniesione zgodnie z zasadami należytego gospodarowania środkami publicznymi. Kontroli poddano poprawność formalną dokumentów rozliczeniowych oraz ich terminowe i prawidłowe ujęcie w księgach rachunkowych, terminowość rozliczeń z realizatorami programów, zgodność poniesionych wydatków z postanowieniami umownymi.

Nieliczne stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- poprawności formalnej dokumentów rozliczeniowych:
  - *stwierdzono przypadki braku klauzuli w fakturach, że wydatki zostały sfinansowane ze środków budżetu Województwa Zachodniopomorskiego. Ponadto w umowie zawartej na lata 2013 i 2014 dot. „Programu profilaktycznego pogłębionej diagnostyki raka szyjki macicy – badania kolposkopowe, genotypowanie HPV oraz Programie edukacyjnym dla młodzieży” określono liczbę badań i kwotę badań, jednakże bez precyzyjnego określenia rodzaju badań, co ma wpływ na cenę badań;*
- terminowego i prawidłowego ujęcia operacji w księgach rachunkowych. Przede wszystkim nieprawidłowości te dotyczyły planowania i realizacji wydatków w innych rozdziałach niż 85149, podczas gdy zgodnie z art. 39 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych<sup>54</sup> wydatki publiczne klasyfikuje się według działów i rozdziałów określających rodzaj działalności. Według załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 2 marca 2010 r. w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych<sup>55</sup> zadania w zakresie programów polityki zdrowotnej należy klasyfikować w rozdziale 85149 – Programy polityki zdrowotnej. Dla prawidłowej klasyfikacji wydatków, o których tu mowa, decydujący był fakt, że były to wydatki na realizację programów polityki zdrowotnej. W związku z błędną klasyfikacją w sprawozdaniach budżetowych (Rb-28S) w badanych okresie wydatków na programy polityki zdrowotnej nie wykazywano w rozdziale 85149. I tak:
  - *w powiecie krakowskim, Tarnowie oraz Wodzisławiu Śląskim wydatki na realizację programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej były klasyfikowane w rozdziale 85195 – Pozostała działalność, a w Wodzisławiu Śląskim również w rozdziale 85117 – Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgniarstwo-opiekuńcze, a nie w rozdziale 85149 – Programy polityki zdrowotnej;*
  - *w Zabrzu Urząd niewłaściwie planował i klasyfikował 97,4% wydatków poniesionych na sfinansowanie w latach 2014–2015 programu „Kompleksowej terapii i rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z terenu Miasta Zabrze”. Wydatki na realizację ww. programu były planowane i ponoszone w rozdziałach 85154 (20,0 tys. zł) i 85195 (760,0 tys. zł);*

<sup>54</sup> Dz. U. z 2013 r. poz. 885, ze zm.

<sup>55</sup> Dz. U. z 2014 r. poz. 1053, ze zm.

- w powiecie lubińskim wydatki na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych objętych programami zdrowotnymi w 2014, w kwocie 162,5 tys. zł oraz w okresie od stycznia do września 2015 r. w wysokości 218,9 tys. zł sklasyfikowano w księgach rachunkowych oraz wykazano w sprawozdaniu z wykonania wydatków za 2014 r., oraz na wrzesień 2015 r. w § 4300 „Zakup usług pozostały” zamiast przeznaczonym na to § 4280 „Zakup usług zdrowotnych”. W dniu 18 grudnia zostały przeksięgowane z § 4300 do § 4280. Tym samym nieprawidłowości w księgach rachunkowych z tego tytułu dotyczące ewidencji roku 2015, zostały z dniem 18 grudnia 2015 r. wyeliminowane;
  - w gminie Polkowice: wydatki na sfinansowanie programów zdrowotnych w latach 2013–2014 w kwocie 7.002,5 tys. zł oraz w okresie od stycznia do września 2015 r. w wysokości 2.534,0 tys. zł nie sklasyfikowano w księgach rachunkowych i nie wykazano w sprawozdaniu z wykonania wydatków za 2013 r., 2014 r. i za wrzesień 2015 r. w przeznaczonym na to rozdziale 85149 „Programy zdrowotne”. Burmistrz, podczas trwania kontroli w dniu 30 listopada 2015 r., wydał zarządzenie w sprawie przeniesienia wydatków zrealizowanych w 2015 r. z rozdziałów 85121 i 85131 do rozdziału 85149 klasyfikacji budżetowej;
  - w mieście Bogatyni: przekazywanie klasyfikowanych w § 2560 dotacji podmiotowych dla SP ZOZ jako samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej utworzonego przez jednostkę samorządu terytorialnego, w latach 2013–2014 oraz I półroczu 2015 r. w łącznej kwocie 10 506 tys. zł, kolidowało z przepisem art. 218 ustawy o finansach publicznych. Stosownie do powołanego przepisu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego mogą być udzielane dotacje podmiotowe, o ile odrębne ustawy tak stanowią. Tymczasem przepisy ustawy o świadczeniach zdrowotnych, stanowiące podstawę finansowania ze środków publicznych programów polityki zdrowotnej (do końca 2014 r. programów zdrowotnych), nie przewidują jakichkolwiek dotacji, także podmiotowych, na finansowanie przez jednostki samorządu terytorialnego takich programów. Realizacja programów polityki zdrowotnej winna być powierzana realizatorom w drodze konkursu ofert, co wyklucza przyznawanie dotacji podmiotowych na ich realizację. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli w związku z programami zdrowotnymi określanymi przez SP ZOZ w budżecie Gminy bezzasadnie ustalano dotacje podmiotowe dla SP ZOZ. Przepis art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach zdrowotnych zobowiązuje bowiem jednostki samorządu terytorialnego do powierzania realizowanych przez nie programów zdrowotnych podmiotom wybranym w drodze konkursu ofert;
- terminowości rozliczeń z realizatorami programów:
- w 2013 r. w Żyrardowie środki na realizację programów polityki zdrowotnej: „Nasze zdrowie w naszych rękach”, „Cukrzyca, jak z nią żyć, jak z nią walczyć” oraz „Biała laska” były przekazywane z opóźnieniami w stosunku do terminów wskazanych w umowach. Opóźnienia wynosiły od dwóch do 44 dni;
  - realizatorzy programów profilaktycznych w Gdyni nie przedkładali rocznych rozliczeń za 2013 i 2014 r., pomimo że § 4 ust. 1 zawartych umów zobowiązywał do rozliczenia wykonania umowy w wyznaczonych terminach;
- zgodności poniesionych wydatków z postanowieniami umownymi:
- Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy przedstawił w rozliczeniu dotacji otrzymanej w 2013 r. na realizację programu zdrowotnego w 2013 r. (w kwocie 280,0 tys. zł) przeznaczenie 20, 1 tys. zł na pokrycie kosztów amortyzacji sprzętu medycznego. Było to niezgodne z art. 251 ust. 4 ustawy o finansach publicznych, który stanowi, że wykorzystanie dotacji następuje w szczególności przez zapłatę za zrealizowane zadania, na które dotacja była udzielona. Rozliczenie to nie zostało zakwestionowane przez Departament Zdrowia oraz Departament Kontroli Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu. W trakcie trwania kontroli NIK Dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu ustalił ww. podmiotowi kwotę dotacji podlegającą zwrotowi wraz z należnymi odsetkami. Środki te zostały zwrócone na rachunek Urzędu w dniu 8 grudnia 2015 r. (w wys. 25, 0 tys. zł). Jak wyjaśniono, pierwotne sprawozdanie pozytywnie zweryfikowano, biorąc pod uwagę m.in. stanowisko realizatora programu, który wskazał na intensywne zużycie sprzętu wykorzystywanego przy wykonywaniu badań w ramach programu, a także zaplanowanie w 2014 r. kontroli ww. podmiotu przez Departament Kontroli Urzędu;
  - w odniesieniu do programu profilaktyki szczepień przeciw zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) wywołującego raka szyjki macicy Urząd Miasta Zakopane bez uwag przyjął rozliczenie końcowe wykonawcy z realizacji zadania za 2013 r., w którym wykazano podanie 91 szczepionek, pomimo że w fakturach ujęto podanie 123 szczepionek.

Ponadto w zakresie finansowania programów polityki zdrowotnej NIK zakwestionowała następujące działania:

- *Miasto Zabrze finansowało z rozdziału 85154 część wydatków ponoszonych na realizację wszystkich programów zdrowotnych realizowanych w okresie objętym kontrolą bez przeprowadzenia jakiegokolwiek analizy uzasadniającej ich wysokość. Zastrzeżenia NIK budzi brak rzetelnej analizy/szacunków kosztów, która umożliwiłaby podział kosztów w ramach programu zdrowotnego na czynności dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (które można finansować ze środków tzw. „korkowego”) oraz te, które w zakres ten się nie wpisują, a odnoszą się do problemów zdrowotnych stanowiących meritum programu zdrowotnego (które nie powinny być finansowane ze środków korkowego). W ocenie Izby nie ma uzasadnienia dla przyjętego przez Urząd poziomu finansowania programów ze środków rozdziału 85154. Ww. wydatki ponoszone były z dochodów z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, które zgodnie z art. 18<sup>2</sup> ust. 1 ustawy z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi<sup>56</sup> mogą być wykorzystywane jedynie na realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Urząd nie podjął działań w celu uniknięcia ryzyka, że ze środków „korkowego” będą finansowane zadania, na które środków tych nie można przeznaczać. Wycena/szacunek poszczególnych elementów realizowanych w ramach ww. programów określony w uchwałach Rady Miasta wprowadzających ww. programy zdrowotne nie określał kosztu poszczególnych usług (czynności), które miały być realizowane w ramach programów zdrowotnych (jak np. badania zdrowotne; pogadanki dotyczące profilaktyki problemu zdrowotnego stanowiącego meritum programu; pogadanki wpisujące się w profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych; przeprowadzenie, analiza i opracowanie wyników ankiet w ramach ewentualne inne czynności dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych itd.). Umowy z realizatorami i oferty również nie określały elementów dotyczących profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (co mogłoby być ewentualnie finansowane ze środków „korkowego”). Tym samym nie został określony koszt: czynności z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz czynności, które w zakres ten się nie wpisują (a odnoszą się do problemów zdrowotnych stanowiących główny problem zdrowotny, meritum programu zdrowotnego). Powyższe oceniono jako działanie nierzetelne, którego skutkiem było finansowanie ww. programów ze środków „korkowego” na poziomie niczym nieuzasadnionym, gdyż nie wynikającym z rzetelnej analizy kosztów. W ocenie Izby poziom finansowania programów ze środków „korkowego” (kształtujący się w średnio w granicach 43%–55%) był zbyt wysoki i nie odpowiadał faktycznemu udziałowi kosztów prowadzenia profilaktyki uzależnień od alkoholu w koszcie całkowitym programu;*
- *Miasto Jaworzno zleciło wykonanie badań próbek krwi w celu oznaczenia swoistych przeciwciał klasy IgM oraz IgG metodami(...) ELISA oraz Western-blot, na podstawie umowy zlecenia nr WZ.032.6.2013<sup>57</sup> zawartej 28 października 2013 r. z podmiotem leczniczym. Badaniem zostali objęci mieszkańcy Jaworzna. Wykonano 300 badań testem ELISA oraz 132 badania testem Western-blot, za które przekazano podmiotowi (na podstawie wystawionej faktury) środki publiczne w łącznej kwocie 26,3 tys. zł z rozdziału 85149 (Programy polityki zdrowotnej), mimo iż udzielanie tego rodzaju świadczeń zdrowotnych w 2013 roku nie było objęte opracowanym przez Gminę programem polityki zdrowotnej, o którym mowa w art. 5 pkt 29a ustawy o świadczeniach, a do wyłonienia realizatora badań nie zastosowano trybu art. 48 tej ustawy<sup>58</sup>.*

### 3.1.5. Monitorowanie i ewaluacja programów polityki zdrowotnej

**3.1.5.1.** W połowie kontrolowanych podmiotów, w latach 2013–2015, podejmowano analizy efektów programów polityki zdrowotnej realizowanych w tym okresie lub też innych programów, których realizacja zakończyła się przed dniem 1 stycznia 2013 r. Ponadto kontrolowane samorządy przeprowadziły 145 kontroli u realizatorów programów polityki zdrowotnej w latach 2013–2015. W tym zakresie nieprawidłowości polegały głównie na braku analiz efektów programów polityki zdrowotnej oraz ocen skuteczności działań wynikających z tych programów, co naruszało postanowienia art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 8 pkt 1 i art. 9 pkt 1 ustawy o świadczeniach. Nieprawidłowości stwierdzono w następujących jst:

- *Gdynia: w poszczególnych latach realizacji programu 2013–2014 „Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży” Podtytuł: „Sport, Zdrowie, Rodzina”, nie określano stopnia osiągnięcia założonych celów pomimo, że w programie zostały wyznaczone mierniki efektywności odpowiadające celom programu do określenia stopnia ich realizacji.*

<sup>56</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 487, ze zm.

<sup>57</sup> Zmienionej Anekssem Nr 1 z 13 listopada 2013 r.

<sup>58</sup> W brzmieniu obowiązującym do 31.12.2014 r.



Warunki zawartej umowy nie zobowiązywały realizatora programu do przedkładania informacji dotyczących wyznaczonych w programie mierników. Jak wyjaśniono, brakująca informacja będzie uzupełniona, a stopień założonych i osiągniętych celów zostanie przedstawiony w 2016 r. w „Raporcie z realizacji programów polityki zdrowotnej finansowanych przez Gminę Miasta Gdyni w 2015 r.”

- **Zabrze:** Urząd nie zapewnił określonych w uchwale Rady Miasta narzędzi do przeprowadzenia ewaluacji programów zdrowotnych zawierających elementy profilaktyki uzależnień. Miernikami programów zdrowotnych realizowanych w latach 2013–2015 zawierających elementy profilaktyki uzależnień były: liczba wykonywanych badań, liczba przeprowadzonych pogadarek indywidualnych (badanie ankietowe). Natomiast w punkcie dotyczącym monitorowania i ewaluacji zapisano „Ocena zgłaszalności, jakości świadczeń oraz efektywności programu zostanie przeprowadzona poprzez badanie mierników określonych w programie”. Narzędzia ankietowe nie zostały dostarczone realizatorom przez Urząd. Realizatorzy zostali zobligowani do załączenia do oferty projektu ankiety, jaka zostanie przeprowadzona przed i po udziale w programie (dotyczącej zarówno podstawowej jednostki chorobowej jak i uzależnień), ale nie wszyscy realizatorzy wywiązali się z tego obowiązku. Pomimo ujęcia takiego miernika w uchwale Rady Miasta<sup>59</sup> Wydział nie zapewnił narzędzia, które umożliwiłoby pozyskanie ujednoliconej informacji dotyczącej stanu wiedzy na temat podstawowej jednostki chorobowej oraz profilaktyki uzależnień.
- **Powiat Legionowski:** W 11 z 36 umów zawieranych przez powiat Legionowski z realizatorami akcji zdrowotnych i edukacyjnych nie zamieszczano postanowień umożliwiających ich kontrolę oraz nieprzeprowadzono właściwie udokumentowanych kontroli. Podejmowane przez Starostwo działania, w tym analiza danych liczbowych ze sprawozdań, anonimowe ankiety ewaluacyjne oraz wizytacje potwierdzone jedynie fotografiami nie pozwalają na stwierdzenie m.in. czy liczba świadczeń w sprawozdaniu z realizacji była wykazana w sposób rzetelny, czy ankiety ewaluacyjne wypełniali uczestniczący w akcji pacjenci, personel faktycznie wykonujący świadczenia posiadał wymagane kwalifikacje i był tożsamy ze zgłoszonym w ofercie na etapie konkursu, uczestniczący w akcji zdrowotnej pacjenci przynależeli do ustalonej w Programie grupy docelowej (kryteria inne niż wiek, w tym zdrowotne).
- **Radom:** Urząd w realizowanych programach polityki zdrowotnej sformułował oczekiwane efekty bez podania wartości liczbowych mierników, przez co brak było możliwości badania skuteczności wdrożonego programu. W przypadku programu szczepień przeciwko HPV i programu zaburzeń snu oczekiwanymi efektami były: zmniejszenie częstości nowych zachorowań, zwiększenie poziomu wiedzy rodziców i młodzieży o możliwości zachorowania i o profilaktyce – bez wskazania, jaki jest w Radomiu aktualny i oczekiwany poziom zachorowań i poziom ww. wiedzy. W programie szczepień przeciwko grypie, jako oczekiwane efekty podano znaczny spadek liczby zachorowań, spadek umieralności na grypę, zmniejszenie liczby hospitalizacji – nie wykazując jednocześnie aktualnych i oczekiwanych wartości w powyższym zakresie. Jako miernik efektywności podano kryterium niemierzalne: „Szczepienia zmniejszają lub minimalizują koszty opieki medycznej, koszty społeczne i indywidualne, znacząco ograniczają niezdolność do pracy i zmniejszają wydajność”.
- **Piaseczno:** nie dokonywano w Urzędzie analizy efektów, ani oceny skuteczności prowadzonych działań w zakresie ochrony zdrowia, realizowanych w gminie Piaseczno. W żadnej z umów nie zaplanowano także sposobów oceny efektywności realizowanego programu. Ponadto w latach 2013–2015 Urząd nie przeprowadzał kontroli u realizatorów programów polityki zdrowotnej, w celu stwierdzenia poprawności realizowanych działań oraz prawidłowości wykorzystania środków finansowych.
- **Bogatynia:** Urząd nie dokonywał analiz i ocen realizowanych przez SP ZOZ programów zdrowotnych, w tym z realizacji zakończonych w 2014 pięciu programów zdrowotnych<sup>60</sup>. Brak analiz i ocen realizowanych przez SP ZOZ programów Burmistrz wyjaśnił, tym że niektóre programy zdrowotne są realizowane nieprzerwanie przez okres kilku lub kilkunastu lat (programy związane z chorobami układu krążenia, choroby nowotworowe, choroby metaboliczne), natomiast inne programy realizowane są z przerwami (kilkuletnimi), a potem znów zostają kontynuowane. Programy zdrowotne, których realizacja została zawieszona w 2014 r. zostaną – według zapewnień wyjaśniającego – wznowione w lata następnych.

<sup>59</sup> Nr XII/119/11 z 4 lipca 2011 r. w sprawie przyjęcia programów zdrowotnych dla mieszkańców Miasta Zabrze do realizacji w latach 2011–2015.

<sup>60</sup> W 2014 r. zakończono realizację programów zdrowotnych: „Program zdrowotny wykrywania wczesnych zmian nowotworowych w zakresie górnych dróg oddechowych”, „Program chorób nowotworowych jelita grubego dla osób w wieku powyżej 45 roku życia”, „Stomatologia – świadczenia profilaktyczno-lecznicze dla mieszkańców miasta i gminy Bogatynia”, „Grzybica – jak zapobiegać zachorowaniu, higiena osobista w pracy, domu, szkole”, „Profilaktyka otyłości wśród pacjentów SP ZOZ Bogatynia”.

**3.1.5.2.** Kontrolowane jst monitorowały zarówno liczbę mieszkańców objętych poszczególnymi programami zdrowotnymi, jak i ich efekty (liczba osób, u których stwierdzono zmiany chorobowe). Dzięki stałemu monitoringowi realizacji programów profilaktycznych podejmowane były działania zaradcze i wspomagające procesy decyzyjne w zakresie dostosowania do zgłaszanych potrzeb liczby świadczeń oraz populacji objętej danym programem. Realizatorzy programów byli obligowani do składania sprawozdań z ich realizacji. Siedem kontrolowanych samorządów podjęło działania w celu zwiększenia skuteczności realizowanych programów, polegające m.in. na rozszerzeniu grupy docelowej, zintensyfikowaniu działań informacyjnych, czy dostosowaniu liczby dostępnych świadczeń na kolejny rok.

Nieliczne zastrzeżenia NIK w tym zakresie dotyczyły następujących kwestii:

- *Urząd Miejski w Zabrze w umowach z realizatorami zastrzegł możliwość kontroli prawidłowości realizacji programu, jednak ani razu z tego prawa nie skorzystał. Urząd poza możliwością przeprowadzenia kontroli, nie zapewnił sobie innych narzędzi do rzetelnej weryfikacji realizacji programu, a z możliwości kontroli nie korzystał (w okresie objętym kontrolą). Urząd, oceniając realizację programów, bazował na oświadczeniach realizatorów odnośnie liczby osób, które wzięły w nim udział i poniesionych kosztów. W ocenie NIK, sprawdzanie prawidłowości wykonania umów tylko na podstawie analizy sprawozdań realizatorów, nie powinno mieć miejsca w przypadku wydatkowania środków publicznych.*
- *Urząd Miasta i Gminy w Bogatyni w umowach dotacji z SP ZOZ, na lata 2013–2015, zastrzegł sobie prawo przeprowadzania kontroli realizacji programów zdrowotnych. W praktyce przeprowadzone w latach 2013–2015 kontrole SP ZOZ ograniczyły się do porównania wielkości wydatkowanych środków przekazanych w ramach dotacji do wielkości planowanych środków na ten cel. W szczególności w trakcie wymienionych kontroli w ogóle nie badano dokumentacji medycznej, tym samym nie sprawdzano, czy i jakie badania medyczne wykonywano w ramach programów zdrowotnych. Nie badano również faktycznych kosztów realizacji programów przez SP ZOZ.*

**3.1.5.3.** Kontrolowane podmioty realizowane programy wykazywały w informacjach o programach zdrowotnych zrealizowanych w ubiegłym roku i planowanych na rok bieżący, w formie pisemnej i elektronicznej, zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje.

Stwierdzono jednak szereg nieprawidłowości w zakresie realizacji obowiązku przekazywania informacji o realizowanych programach zdrowotnych, polegających na nierzetelnym wykazywaniu w sprawozdaniach wysokości wydatków i innych danych oraz opóźnieniach w ich składaniu (w 13 skontrolowanych podmiotach). Ponadto w przypadku 13 jst stwierdzono, że w sprawozdaniach wykazywano inne działania w zakresie ochrony zdrowia, które nie mieściły się w ramach programów polityki zdrowotnej. Zgodnie z art. 10 ust. 2 i 3 ustawy o świadczeniach oraz § 1 rozporządzenia w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje, w informacjach o programach zdrowotnych za dany rok winny być ujęte dane dotyczące programów zdrowotnych realizowanych w myśl przepisów ustawy o świadczeniach.

Samorządy powoływały się przy tym na ogólność i małą precyzyjność przepisów w tym zakresie oraz brak reakcji właściwych Urzędów – do których składano sprawozdania – co do zakresu i jakości sprawozdawanych danych. Jak wskazywano przekazywanie informacji dotyczących wszystkich działań z zakresu ochrony zdrowia na właściwym obszarze dla danej jst nie wynikało z nierzetelności, ale z nieprecyzyjnego, szerszego pojmowania pojęcia programy zdrowotne.

W informacjach wykazywano m.in. programy w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi, narkomanii, nikotynizmowi czy programy ochrony zdrowia psychicznego, które znajdują swoje podstawy prawne w regulacjach szczególnych kompleksowo regulujących materię ich tworzenia,

finansowania i realizacji, tj. w: ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawie z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii<sup>61</sup>, ustawie z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>62</sup>, ustawie z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych<sup>63</sup>. W ocenie NIK takie programy nie są programami polityki zdrowotnej w rozumieniu art. 5 pkt 30 w związku z art. 48 ustawy o świadczeniach i nie powinny być wykazywane w sprawozdaniach z tego zakresu. Podobne stanowisko zajęło Ministerstwo Zdrowia 21 marca 2013 r.<sup>64</sup> oraz z 15 kwietnia 2013 r.<sup>65</sup>.

Zastrzeżenia NIK w tym zakresie dotyczyły następujących podmiotów:

- *Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego wykazywał dane o realizowanych innych programach, które ustanawiane i realizowane były w oparciu o odrębne podstawy prawne (ustawa o medycynie pracy). Skutkiem powyższego było przekazanie informacji o zawyżonej liczbie realizowanych programów zdrowotnych na terenie województwa i udziale środków Województwa Świętokrzyskiego w latach 2013–2014 w łącznej kwocie 814,4 tys. zł.*
- *Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego nie przekazywał pełnej informacji o planowanych zadaniach województwa na rok 2014 i 2015. Jak wyjaśniono, składając materiały planistyczne w lutym, nie dysponowano jeszcze określonymi limitami wydatków na poszczególne działania, a jedynie kwotę globalną. Stąd też w treści planowanych zadań na rok 2014 i 2015 brakowało danych o prognozowanej liczbie osób objętych programem, czy też o kosztach. NIK zauważa, że podanie w sprawozdaniu danych o prognozowanej liczbie osób objętych programem, czy też o kosztach programów, może być dokonywane szacunkowo, jeśli w momencie wypełniania danych jst nie dysponuje ostatecznym dokumentem planistycznym. Nawet jeśli dane te w późniejszym terminie ulegną zmianie, nie rodzi to żadnych konsekwencji dla samorządu województwa.*
- *Miasto Gdynia zawierało dane o realizowanych zadaniach publicznych w zakresie ochrony i promocji zdrowia przez organizacje pozarządowe oraz realizowanych innych programach, które ustanawiane i realizowane były w oparciu o odrębne podstawy prawne, mające charakter obligatoryjny, m.in. gminne programy w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi i zwalczania narkomanii. Skutkiem powyższego było przekazanie informacji o zawyżonej liczbie realizowanych programów zdrowotnych i wyższym udziale środków Gminy Miasta Gdyni w łącznej kwocie 6.707,8 tys. zł, niż faktycznie wyniosły poniesione koszty w tych latach. Ponadto, w informacjach z realizacji programów zdrowotnych za 2013 i 2014 rok, wystąpiły przypadki przekazywania danych niezgodnych z dokumentacją źródłową oraz niezawarcia wszystkich wymaganych wzorem informacji, dotyczących siedmiu realizowanych programów, polegające m.in. na: błędnym opisanu założonego celu programu, populacji objętej programem oraz nieujęciu wszystkich osób biorących udział w programie, określaniu rodzaju świadczenia opieki zdrowotnej, niezgodnie z art. 15 ust. 2 ustawy o świadczeniach, podawaniu informacji niezgodnie z instrukcją wypełnienia dokumentu, podawaniu błędnej liczby zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej lub działań, nieujęciu wszystkich realizowanych działań w ramach realizowanego świadczenia profilaktycznego, podawaniu błędnych kosztów programu.*
- *Miasto Zabrze za rok 2014 poza programami zdrowotnymi prowadzonymi na podstawie art. 48 ustawy o świadczeniach wykazywało również dane o Gminnym Programie Profilaktyki, Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Przeciwdziałania Narkomanii.*
- *Miasto Jaworzno informację w wersji papierowej przekazało z jednodniowym opóźnieniem w stosunku do terminu określonego w § 3 ust. 2 rozporządzenia w sprawie informacji. Poza programami zdrowotnymi realizowanymi na podstawie art. 48 ustawy o świadczeniach wykazywano również inne działania w zakresie ochrony zdrowia, które nie mieściły się w ramach programów zdrowotnych prowadzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego, tj.: działania podejmowane w ramach realizacji zadań publicznych przez organizacje pozarządowe, programy zdrowotne realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Ministerstwo Zdrowia. Ponadto w przedmiotowych informacjach, przekazanych w 2014 i 2015, wśród zaplanowanych do realizacji programów polityki zdrowotnej nie wykazano programów faktycznie zaplanowanych i później realizowanych (Badania profilaktyczne dla mieszkańców Gminy Miasta Jaworzna w kierunku rozpoznania boreliozy oraz Profilaktyki grypy w Jaworznie – szczepienia ochronne dla seniorów 65+).*

<sup>61</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 224, ze zm.

<sup>62</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 546.

<sup>63</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 298.

<sup>64</sup> Nr pisma: MZ-PR-WL-024-34994-1/KB/13.

<sup>65</sup> Nr pisma: MZ-ZP-P-075-26022-2/SS/13.

- *Urząd Miasta Wodzisławia Śląskiego przekazał nierzetelne informacje o zrealizowanych w latach 2013–2014 programach zdrowotnych. Nierzetelność przekazanych danych dotyczyła wykazywania nieprawidłowych danych w zakresie: działań prozdrowotnych podejmowanych wspólnie z organizacjami pozarządowymi, liczby dzieci objętych programem szczepień profilaktycznych, poniesionych kosztów, wysokości kwoty poniesionej przez podmiot współfinansujący (rodziców, którzy dopłacili do szczepionek), prognozowanej liczby osób objętych programem kompleksowej rehabilitacji dzieci, rzeczywistej liczby uczestników.*
- *Miasto Nowy Sącz nie przekazało informacji w formie pisemnej, wymaganej na podstawie § 2 ust. 1 rozporządzenia w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje, a jedynie w formie elektronicznej. Ponadto, w informacji o zrealizowanych programach zdrowotnych w 2014 r., wykazano, że koszt programu pn. Zdążyć przed osteoporozą wyniósł 9,0 tys. zł (finansowany w całości ze środków budżetu Miasta Nowy Sącz), pomimo że faktycznie wyniósł 7,5 tys. zł.*
- *Miasto Trzebinia informacje o programach zdrowotnych realizowanych przez w 2013 r. oraz w 2014 r. nie przekazało w formie pisemnej, a jedynie w formie elektronicznej na wyraźne życzenie pracowników Starostwa Powiatowego w Chrzanowie (mail). Ponadto w informacji za 2013 r. nie wykazano danych dotyczących realizacji projektu zdrowotnego „Biała sobota” – badanie USG Doppler dwóch kończyn dolnych, pomimo że stanowił on program zdrowotny w myśl przepisów ustawy o świadczeniach. Z kolei w informacji o programach zdrowotnych realizowanych w 2013 r. oraz w 2014 r. ujęto dane dotyczące realizacji programów „Trzymaj pion” i „Jesteśmy aktywni”, pomimo że nie stanowiły one programów zdrowotnych w myśl przepisów ustawy o świadczeniach.*
- *Urząd Miasta Zakopane nieterminowo przekazał informacje za 2014 r. Ponadto dane wykazane w tym sprawozdaniu nie były zgodne ze stanem faktycznym, gdyż w sprawozdaniu wykazano m.in., że w ramach programu Opieka długoterminowa oraz paliatywno-hospicyjna nad pacjentem przewlekłe i nieuleczalnie chorym, realizowanej w środowisku domowym i w przychodni lub poradni, mieszkańców Miasta Zakopane, dla osób chorych i członków ich rodzin udzielono 83 porady z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w dni wolne od pracy, święta i poza godzinami pracy poradni, podczas gdy faktycznie tych porad udzielono 75.*
- *Miasto Żyrardów podało nierzetelne dane odnośnie wysokości środków przeznaczonych na realizację programów. Zgodnie z zapisami księgowymi, w rozdziale 85149 – programy polityki zdrowotnej, wydatki na te cele ze środków Miasta Żyrardowa wyniosły w 2013 r. 27,5 tys. zł, a w 2014 r. – 25,8 tys. zł. Według ww. informacji były to kwoty odpowiednio 424,9 tys. zł i 421,0 tys. zł. Powodem różnicy pomiędzy danymi księgowymi, a danymi przekazanymi do powiatu było uwzględnienie w sprawozdaniu programów realizowanych na podstawie innych ustaw, niż ustawa o świadczeniach zdrowotnych. Ponadto, w 2014 r. Urząd informacje z realizacji programów zdrowotnych przekazał z opóźnieniem w stosunku do wymaganych terminów. Stwierdzone opóźnienia nie były zbyt duże (kilka dni), niemniej Urząd powinien planować swoje działania w sposób wykluczający ich wystąpienie.*
- *Gmina Piaseczno sporządziła informacje nierzetelnie i przekazała nieterminowo. W informacjach wśród programów zdrowotnych wykazywano także inne działania w zakresie ochrony zdrowia, które nie mieściły się w ramach programów zdrowotnych/programów polityki zdrowotnej tj. programy finansowane z Gminnego Programu Profilaktyki, Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy (1 za rok 2013 i 2 za rok 2014), zajęcia sportowe dla dzieci (2 za rok 2014); w informacji za rok 2013 podano (w 1 na 8 przypadków) nazwę zakresu świadczeń, którego nie wymienia zamknięty katalog świadczeń gwarantowanych („świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i urazom w szkołach podstawowych i gimnazjach”); w informacjach za rok 2013 i 2014 błędnie podano nazwę programu realizowanego przez Piaseczyński Klub Kobiet po Mastektomii „Amazonki”<sup>66</sup>; w informacjach za rok 2013 i 2014 wykazano niezgodnie z ewidencją księgową wysokość wydatków poniesionych na realizowane programy oraz wykazano niezgodnie ze stanem faktycznym liczbę świadczeń.*

### 3.1.6. Aktywność jednostek samorządu terytorialnego w obszarze ochrony zdrowia

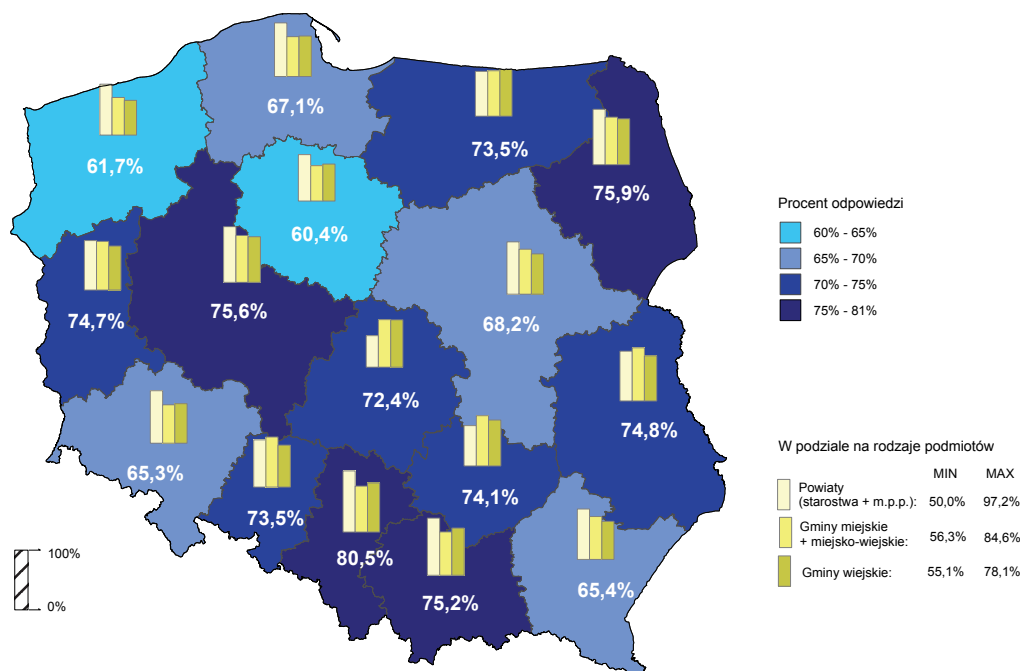
Korzystając z uprawnień określonych w art. 29 ust.1 pkt.1 oraz art. 29 ust. 1 pkt.2 lit. f ustawy o NIK, skierowano zapytanie do wszystkich jednostek samorządu terytorialnego w Polsce (samorządy wojewódzkie, starostwa powiatowe i urzędy gmin). Zapytanie zostało przygotowane w postaci

<sup>66</sup> Program w obydwu latach nosił nazwę: „Działania w zakresie dbania o własne zdrowie i jego ochronę. Wspieranie usług leczniczo-terapeutycznych dla osób niewidomych i słabowidzących. Wspieranie zajęć rehabilitacyjnych dla osób niepełnosprawnych fizycznie i intelektualnie”, a w informacji za 2013 podano: „Wspieranie usług leczniczo-terapeutycznych dla osób niewidomych i słabowidzących. Wspieranie zajęć rehabilitacyjnych dla osób niepełnosprawnych fizycznie i intelektualnie”, natomiast w informacji za rok 2014 podano: „Rehabilitacja psychofizyczna, wzajemna pomoc i wsparcie, podnoszenie kondycji psychicznej, profilaktyka wczesnego wykrywania raka piersi i jego przerzutów”.

elektronicznego kwestionariusza i skierowane w systemie badań internetowych Lime Survey<sup>67</sup>. Badanie było prowadzone w dniach od 4 stycznia 2016 r. do 22 stycznia 2016 r. i obejmowało okres 2015 r. Kwestionariusz został wypełniony przez 1 996 jst, tj. 71,1% respondentów, w tym przez wszystkie samorządy wojewódzkie, 307 powiatów i 1.673 gminy. Liczbę jst, które odpowiedziały w stosunku do liczby pytaných, w podziale na województwa oraz rodzaje podmiotów przedstawiono poniżej:

Rysunek nr 9

Liczba jst, które odpowiedziały w stosunku do liczby jednostek, do których skierowano zapytanie.



Źródło: Opracowanie własne.

Jst odpowiadały na sześć pytań:

Pyt 1. Czy opracowano dokument przedstawiający strategię dotyczącą poprawy zdrowia mieszkańców i zabezpieczenia ich potrzeb zdrowotnych (lokalna/regionalna polityka zdrowotna)?

Pyt 2. Co stanowi najważniejszy problem zdrowotny mieszkańców – wskazany w strategii, bądź w innych dokumentach sporządzonych w Urzędzie, zawierających analizę stanu zdrowia mieszkańców lub wynikających z roboczych analiz wykonanych na potrzeby kwestionariusza NIK?

Pyt 3. Jaki czynnik – wskazany w strategii, bądź w innych dokumentach sporządzonych w Urzędzie lub wynikających z roboczych analiz wykonanych na potrzeby kwestionariusza NIK – zidentyfikowano jako mający największy, negatywny wpływ na zdrowie mieszkańców?

Pyt 4. Jakie źródła informacji wykorzystywane są w celu zidentyfikowania potrzeb zdrowotnych mieszkańców?

Pyt 5. Czy wykorzystywane jest merytoryczne wsparcie zewnętrzne w zakresie problemów związanych ze zdrowiem i potrzebami zdrowotnymi mieszkańców?

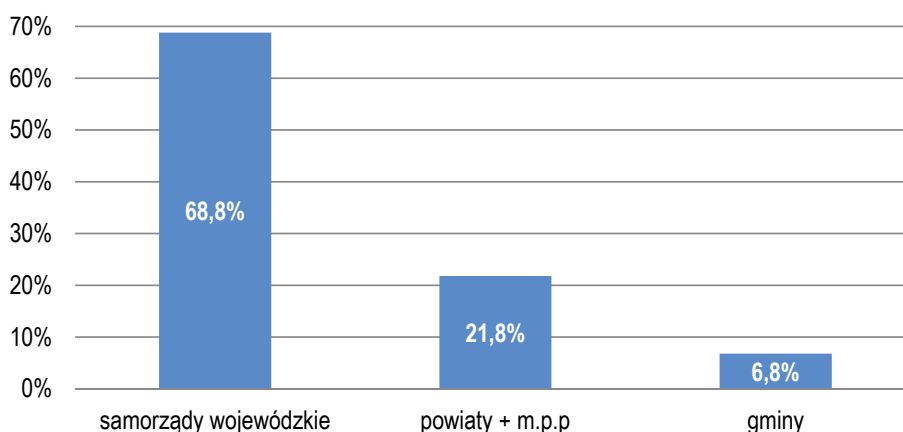
<sup>67</sup> Rozprowadzany na zasadach wolnego oprogramowania internetowy system ankiet (<http://pl.wikipedia.org/wiki/LimeSurvey>).

Pyt 6. Czy w 2015 roku realizowano i finansowano ze środków własnych programy polityki zdrowotnej na podstawie art. 48 – 48b ustawy o świadczeniach?

Jedynie co dziesiąta jst posiadała lokalną/regionalną politykę zdrowotną (9,6%), a co czwarta w 2015 r. realizowała i finansowała ze środków własnych programy polityki zdrowotnej (24,2%). Wśród gmin tylko 6,8% opracowało strategię poprawy zdrowia mieszkańców i zabezpieczenia ich potrzeb zdrowotnych:

Rysunek nr 10

Opracowanie strategii poprawy zdrowia ludności w podziale na rodzaje jst

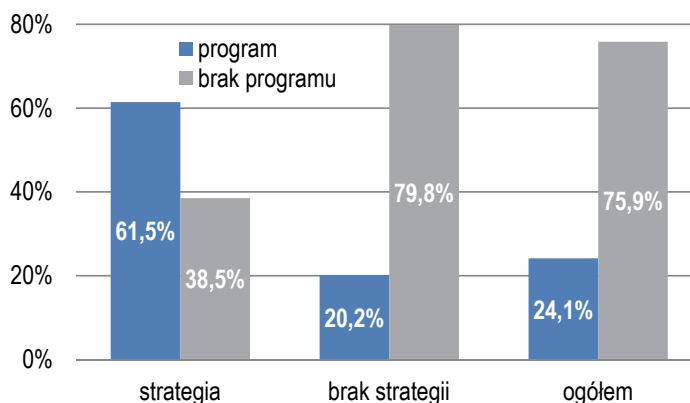


Źródło: Opracowanie własne.

Zaobserwowano istotną zależność pomiędzy realizacją programów polityki zdrowotnej a opracowaniem dokumentu strategicznego w zakresie ochrony zdrowia: 61,5% jst posiadających strategię realizowało programy, a z kolei 79,8% samorządów bez strategii nie podejmowało aktywności w tym zakresie:

Rysunek nr 11

Realizacja programów polityki zdrowotnej a opracowanie strategii poprawy zdrowia ludności

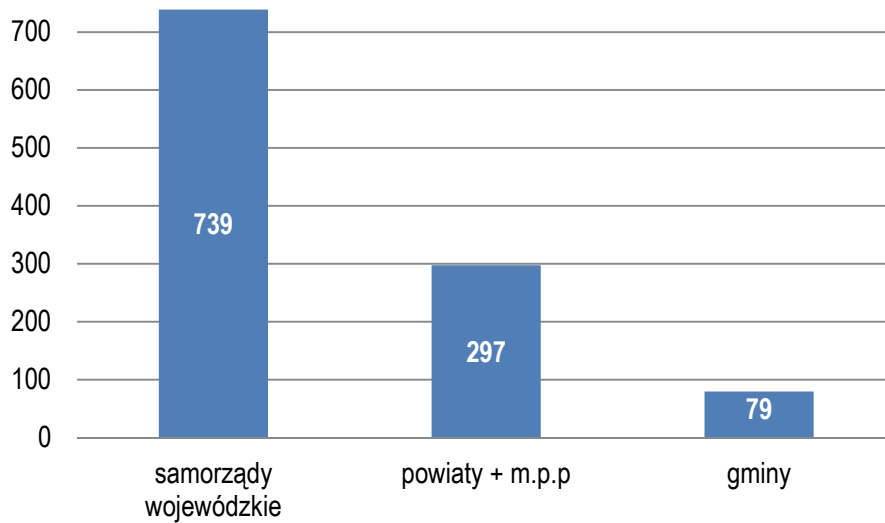


Źródło: Opracowanie własne.

Ogółem samorzady wykazały 70.393,4 tys. zł wydatków poniesionych w 2015 r. na realizację programów polityki zdrowotnej, a średnia wydatków na jst realizującą program polityki zdrowotnej wyniosła 146 tys. zł. W podziale na rodzaje jst średnie wydatki kształtowały się następująco:

Rysunek nr 12

Średnia wydatków na jst realizującą programy polityki zdrowotnej (w tys. zł)

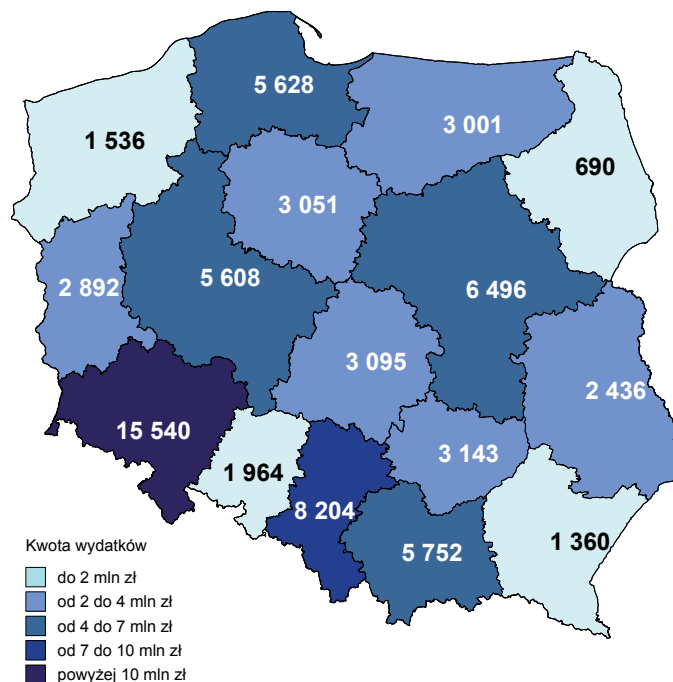


Źródło: Opracowanie własne.

Najwyższą kwotę wydatków na programy polityki zdrowotnej odnotowano w województwie dolnośląskim (15.540 tys. zł), gdzie równocześnie gminy wydatkowały rekordową kwotę 11.944 tys. zł. Wśród powiatów (starostwa i miasta na prawach powiatów) najwyższą kwotę wydatków odnotowano w województwie śląskim (5.625 tys. zł), z kolei wśród samorządów województw liderem był samorząd województwa małopolskiego (2.083 tys. zł). Wydatki na programy polityki zdrowotne w poszczególnych województwach kształtowały się następująco:

Rysunek nr 13

Kwota (w tys. zł) wydatkowana przez jst na programy polityki zdrowotnej w poszczególnych województwach



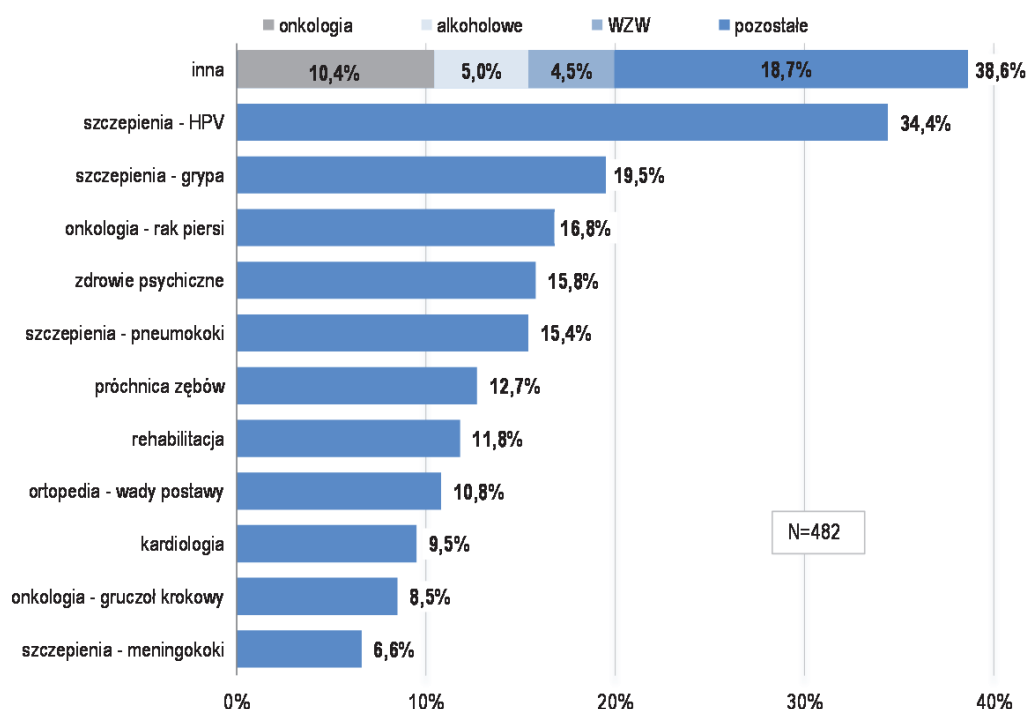
Źródło: Opracowanie własne.

Wśród najważniejszych problemów zdrowotnych mieszkańców samorządy wskazywały zdecydowanie na choroby układu krążenia (57,0%) oraz na nowotwory złośliwe (18,8%). Z kolei wśród czynników mających największy negatywny wpływ na zdrowie mieszkańców dominowała mała aktywność fizyczna (30,4%) i nieprawidłowy sposób odżywiania (26,0%) oraz kwestie związane z używkami: nadmierne spożycie alkoholu (14,5%) i palenie tytoniu (14,0%). Ogólne rozeznanie i własna wiedza zdecydowanie dominowały wśród źródeł informacji wykorzystywanych w celu identyfikowania potrzeb zdrowotnych mieszkańców (75,9%). Z kolei blisko połowa jst deklarowała wykorzystywanie wsparcia zewnętrznego w zakresie problemów związanych ze zdrowiem i potrzebami zdrowotnymi mieszkańców. Wsparcie to polegało głównie na konsultacjach z kierownikami podmiotów leczniczych (78,1%).

Wśród realizowanych przez samorządy programów polityki zdrowotnej zdecydowanie dominowały programy związane ze szczepieniami ochronnymi:

Rysunek 14

Problematyka (dziedzina/tematyka) realizowanych w 2015 r. przez jst programów polityki zdrowotnej



WZW (wirusowe zapalenie wątroby) – profilaktyka, w tym szczepienia, przeciwko WZW

Źródło: Opracowanie własne.

Pełne wyniki badania realizacji samorządowych programów polityki zdrowotnej zawarto w **załączniku nr 3** do Informacji.



### 4.1 Przygotowanie kontroli

Do przygotowania programu kontroli wykorzystano informacje z wcześniej prowadzonych kontroli, treść interpelacji poselskich dotyczących tego zagadnienia, a także teksty i opracowania naukowe i publicystyczne dotyczące problematyki funkcjonowania jst w sferze ochrony zdrowia.

Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła, w okresie od 31 marca do 15 lipca 2014 r., kontrolę wykonywania przez wybrane gminy województwa opolskiego zadań własnych w zakresie ochrony zdrowia (P/14/099). Celem głównym kontroli była ocena realizacji przez wybrane gminy województwa opolskiego zadania własnego obejmującego ochronę zdrowia, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Zakres przedmiotowy kontroli obejmował m.in. opracowywanie i realizację gminnych programów zdrowotnych wraz z oceną ich efektów.

Departament Zdrowia, w ramach przygotowania do kontroli planowej, koordynowanej przeprowadził w 2014 r. kontrolę rozpoznawczą R/14/002 – „Realizacja wybranych zadań Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 przez miasto Płock, ze szczególnym uwzględnieniem programów zdrowotnych”.

Ponadto tematyka programów zdrowotnych realizowanych przez jst została poruszona przy okazji kontroli przeprowadzanej w 2013 roku w Ministerstwie Zdrowia w ramach kontroli nr P/13/131 dot. dostępności i finansowania rehabilitacji leczniczej<sup>68</sup>.

Do kontroli zostały wytypowane najaktywniejsze jst, tj. samorzady, które sprawozdały Ministrowi Zdrowia najwyższe koszty realizacji programów polityki zdrowotnej w 2014 r. na terenie województw właściwych dla Delegatur NIK biorących udział w kontroli.

### 4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolę przeprowadzono od 9 września 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. (data podpisania ostatniego wystąpienia pokontrolnego). Wystąpienia pokontrolne zostały przekazane wszystkim kierownikom 26 kontrolowanych jednostek.

Wnioski sformułowane pod adresem jst dotyczyły następujących kwestii:

- wyznaczenia komórki organizacyjnej lub jednostek do prowadzenia spraw programów polityki zdrowotnej oraz pracowników właściwych do wdrażania tych programów, w tym przeprowadzania konkursów ofert i rozliczania realizatorów programów z wykonania powierzonych im określonych w programach działań zdrowotnych,
- rozważenia opracowania dokumentu strategicznego w zakresie polityki zdrowotnej, uwzględniającego dane demograficzne, epidemiologiczne oraz informacje o zasobach systemu ochrony zdrowia wraz z ich oceną społeczną, odnoszącego się do zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców oraz wskazującego zamierzenia dotyczące programów polityki zdrowotnej,
- rozważenia zainicjowania prac nad opracowaniem programów polityki zdrowotnej wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców, przedstawiających konkretne działania skierowane do określonej grupy mieszkańców, umożliwiające osiągnięcie w określonym terminie założone cele, polegające na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia tej grupy mieszkańców,

<sup>68</sup> KZD-4101-04-01/2013.

- usunięcia niedociągnięć prawno-organizacyjnych w zakresie realizowanych programów polityki zdrowotnej, w tym opracowanie programów z uwzględnieniem wskaźników umożliwiających dokonywanie rzetelnej oceny ich efektów,
- przygotowania projektów uchwał w sprawie przyjmowania do realizacji programów polityki zdrowotnej,
- wdrażania i realizacji programów polityki zdrowotnej po uzyskaniu stosownej opinii AOTMiT,
- planowanie działań, w ramach programów polityki zdrowotnej, w oparciu o rzeczywiste zapotrzebowanie na tego typu świadczenia zdrowotne oraz rzetelne planowanie wydatków na realizację tych programów,
- dokonywania wyboru realizatorów programów zdrowotnych w drodze konkursu ofert oraz rzetelne i zgodne z obowiązującymi przepisami przeprowadzanie konkursów i dokumentowanie procedury konkursowej,
- finansowania świadczeń zdrowotnych poprzez przygotowanie programu polityki zdrowotnej na podstawie art. 48–48b ustawy o świadczeniach,
- zmiany formy finansowania programów polityki zdrowotnej z dotacji podmiotowej, na ustalone w wyniku konkursu wynagrodzenie realizatorów programów, po rzetelnym sprawdzeniu wykonanych przez nich usług zdrowotnych objętych tymi programami,
- precyzyjnego ustalania zakresu świadczeń zdrowotnych, rodzaju badań itp. w umowach o realizację programów polityki zdrowotnej,
- dokumentowania rozliczeń programów polityki zdrowotnej, zgodnie z postanowieniami zawartych umów,
- podjęcia działań w celu zgodnego z obowiązującą klasyfikacją budżetową wydatków planowania i wydatkowania środków w toku realizacji programów zdrowotnych,
- rzetelnego ewidencjonowania w księgach rachunkowych wydatków na zakup usług zdrowotnych objętych programami zdrowotnymi, uwzględniając w tym przeksięgowanie wydatków zakwalifikowanych do czasu kontroli w niewłaściwym paragrafie klasyfikacji budżetowej,
- podejmowania skutecznych działań ukierunkowanych na zachęcenie mieszkańców do udziału w programach polityki zdrowotnej,
- podjęcia działań w celu wzmocnienia monitorowania i ewaluacji programów polityki zdrowotnej,
- dokonywania oceny efektów zrealizowanych programów zdrowotnych,
- rozważenia podjęcia kontroli u realizatorów programów zdrowotnych,
- terminowego przekazywania rzetelnych informacji o realizowanych i planowanych programach polityki zdrowotnej, zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem w sprawie przekazywania informacji o programach polityki zdrowotnej oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje.

Do czterech wystąpień pokontrolnych wpłynęło 9 zastrzeżeń – po kontroli Urzędzie Marszałkowskim w Kielcach (4) i w Poznaniu (2) oraz Urzędach Miejskich w Piasecznie (1) i Jaworznie (2). Cztery zastrzeżenia zostały uwzględnione w części, pozostałe pięć zastrzeżeń zostało oddalone.

Adresaci wystąpień pokontrolnych poinformowali NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonaniu wniosków. Według stanu na dzień 2 czerwca 2016 r. zostało zrealizowanych 26 wniosków, 29 było w trakcie realizacji, a 19 wniosków nie zrealizowano.

#### 4.3 Finansowe rezultaty kontroli

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości wyniosły łączne **21.106,0 tys. zł**. Kwota ta obejmowała:

**Finansowe lub sprawozdawcze skutki nieprawidłowości: 21.081,0 zł tys. zł,**

w tym:

1. Kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa 10.515,6 tys. zł;

(kwoty nienależnie pobranej dotacji, kwoty wydatkowane z przekroczeniem zakresu upoważnienia do dokonywania wydatków ze środków publicznych).

2. Sprawozdawcze skutki nieprawidłowości 7.812,5 tys. zł

(sfinansowanie z rozdziału 85149 zadań publicznych realizowanych przez organizacje pozarządowe, na podstawie ustawy o pożytku publicznym i wolontariacie; sklasyfikowanie w niewłaściwym paragrafie oraz rozdziale klasyfikacji budżetowej wydatków na świadczenia zdrowotne i na realizację programów polityki zdrowotnej).

3. Potencjalne finansowe lub sprawozdawcze skutki nieprawidłowości 2.752,9 tys. zł

(niewłaściwe sklasyfikowanie wydatków zagrażających ich błędnemu wykazaniu w sprawozdaniu rocznym).

**Korzyści finansowe: 25,0 zł tys. zł,**

w tym:

Pozyskane korzyści finansowe 25,0 tys. zł

(kwota dotacji zwrócona do budżetu województwa wielkopolskiego wyegzekwowana w toku kontroli na skutek stwierdzonej nieprawidłowości polegającej na zatwierdzeniu nieprawidłowego rozliczenia dotacji celowej).

Wykaz skontrolowanych podmiotów oraz jednostek organizacyjnych NIK,  
które przeprowadziły w nich kontrole

| Lp. | Jednostka kontrolowana  | JO NIK przeprowadzająca kontrolę |
|-----|---|----------------------------------|
| 1.  | Urząd Miejski w Jaworznie   | Delegatura w Katowicach          |
| 2.  | Urząd Miejski w Zabrzu  |                                  |
| 3.  | Urząd Miasta Wodzisławia Śląskiego                                |                                  |
| 4.  | Urząd Miasta Nowy Sącz  | Delegatura w Krakowie            |
| 5.  | Starostwo Powiatowe w Krakowie                                    |                                  |
| 6.  | Urząd Miasta Tarnowa  |                                  |
| 7.  | Urząd Miasta Zakopane   |                                  |
| 8.  | Urząd Miasta w Trzebini   | Delegatura w Poznaniu            |
| 9.  | Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu        |                                  |
| 10. | Starostwo Powiatowe w Ostrowie Wielkopolskim                      |                                  |
| 11. | Urząd Miasta i Gminy w Buku                                       |                                  |
| 12. | Urząd Miejski w Nowym Tomysłu                                     |                                  |
| 13. | Urząd Miejski w Opalenicy   | Delegatura w Warszawie           |
| 14. | Urząd Miasta Józefów  |                                  |
| 15. | Starostwo Powiatowe w Legionowie                                  |                                  |
| 16. | Urząd Miasta i Gminy Piaseczno                                    |                                  |
| 17. | Urząd Miasta Żyrardowa  |                                  |
| 18. | Urząd Miejski w Radomiu   | Delegatura we Wrocławiu          |
| 19. | Urząd Miasta Bolesławiec  |                                  |
| 20. | Starostwo Powiatowe w Lubinie                                     |                                  |
| 21. | Urząd Miasta Świdnicy   |                                  |
| 22. | Urząd Miasta i Gminy w Bogatyni                                   |                                  |
| 23. | Urząd Gminy Polkowice   | Departament Zdrowia              |
| 24. | Urząd Miasta Gdyni  |                                  |
| 25. | Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach       |                                  |
| 26. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego w Szczecinie |                                  |

## Charakterystyka stanu prawnego

Zgodnie z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Polski system opieki zdrowotnej został więc oparty o zasadę solidaryzmu i współodpowiedzialności za finansowanie wydatków na zdrowie, a jego działanie reguluje szereg ustaw. Wśród nich szczególne znaczenie ma ustawa o świadczeniach, która określa warunki i zakres udzielania świadczeń.

Jednym z podstawowych zadań samorządu terytorialnego powinno być wsparcie mieszkańców w utrzymaniu należytego stanu zdrowia. Sposób realizacji programów polityki zdrowotnej oraz podmiotów upoważnionych do ich wdrażania został uregulowany w szeregu przepisach prawnych, w tym m.in. w:

- ustawie z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym,
- ustawie z dnia 5 czerwca 2016 r. o samorządzie powiatowym<sup>69</sup>,
- ustawie z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa<sup>70</sup>,
- ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,

które określają w sposób ogólny rolę gmin, powiatów i województw, wskazując, że do ich zadań należy m.in. ochrona zdrowia (w przypadku gmin) oraz promocja i ochrona zdrowia (w przypadku powiatów i województw).

Kolejne akty prawne precyzują te zadania. Ustawa o świadczeniach definiuje pojęcie programu polityki zdrowotnej oraz wskazuje podmioty, które mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować programy, w tym jednostki samorządu terytorialnego. Wyboru realizatora programu polityki zdrowotnej dokonuje się w drodze konkursu ofert (art. 48 ww. ustawy), przy czym z dniem 1 stycznia 2015 r. regulacje dot. konkursu ofert są zawarte w art. 48b ustawy o świadczeniach. Wszystkie szczeble administracji samorządowej są zobowiązane do opracowywania i realizacji oraz oceny efektów programów zdrowotnych wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców (art. 7–9 ustawy o świadczeniach).

Zadania z zakresu realizacji programów polityki zdrowotnej nie są zadaniami obligatoryjnymi jst. Ustawa o działalności leczniczej, definiując w art. 2 ust. 1 pkt 7 działania w zakresie promocji zdrowia, w art. 114 ust. 1 pkt 1 wskazała, że podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne z przeznaczeniem na realizację zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań. Oznacza to, że działania z zakresu promocji zdrowia nie muszą przybrać postaci programu zdrowotnego, jeżeli nie mieszczą się w definicji programu polityki zdrowotnej, zawartej w ustawie o świadczeniach.

Art. 18 ust. 1 ustawy o samorządzie gminnym stanowi, że wszystkie sprawy pozostające w zakresie działania gminy należą do właściwości rady gminy, o ile ustawy nie stanowią inaczej. Wynika z tego, że kompetencje rady gminy obejmują również uchwalanie programów zdrowotnych, o których mowa w art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach. Formą działania rady gminy, jako organu

<sup>69</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 1445, ze zm.

<sup>70</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 486.

kolegialnego, jest podejmowanie uchwał (art. 14 ustawy o samorządzie gminnym). Podjęcie zatem uchwały w sprawie samorządowego programu polityki zdrowotnej jest realizacją zadań wynikających z konkretnej normy ustawy o świadczeniach, w formie właściwej dla działania organu kolegialnego, jakim jest rada gminy.

Przepisy o samorządzie powiatowym i samorządzie województwa nie wprowadziły domniemania właściwości ich organów stanowiących na takich samych zasadach jak w ustawie o samorządzie gminnym. Natomiast w przypadku samorządu wojewódzkiego przyjęto domniemanie kompetencji na rzecz organu wykonawczego, co wynika z art. 41 ust. 1 ustawy o samorządzie województwa, w myśl którego zarząd województwa wykonuje zadania należące do samorządu województwa, niezastrzeżone na rzecz sejmiku województwa i wojewódzkich samorządowych jednostek organizacyjnych. W przypadku samorządu powiatowego brak jest domniemania kompetencji na rzecz któregośkolwiek z organów powiatu. Zarówno art. 32 ust. 1, jak art. 12 ustawy o samorządzie powiatowym stanowią jedynie o wyłącznej właściwości do działania wymienionych w tych przepisach organów powiatu. Konieczne jest zatem każdorazowe dokonanie wykładni pozwalającej określić organ właściwy do realizacji danej sprawy, w przypadku, gdy przepisy materialnego prawa administracyjnego, nie wskazują konkretnego organu właściwego, a określają jedynie ogólnie, że takie działanie znajduje się w kompetencji powiatu. W praktyce zatem mogą występować problemy w ustaleniu, który z tych podmiotów jest właściwy (por. wyrok WSA w Lublinie z 6 marca 2014 r., sygn. akt III SA/Lu 691/13; wyrok NSA w Warszawie z dnia 4 kwietnia 2013 r., sygn. akt II OSK 205/13). Ww. przepisy ustawy o samorządzie gminnym oraz ustawy o samorządzie powiatowym mają również zastosowanie do miast na prawach powiatu, odpowiednio w przypadku wykonywania przez nie zadań gminy lub powiatu, co wynika z art. 92 ust. 2 i 3 ustawy o samorządzie powiatowym. Oznacza to, że zasada domniemania właściwości rady miasta przy realizacji działań powiatu nie obowiązuje, natomiast w zakresie realizacji zadań gminy należy stosować klauzulę kompetencyjną na rzecz rady miasta (gminy), wynikającą z art. 18 ust. 1 ustawy o samorządzie gminnym<sup>71</sup>.

Niezależnie od wskazanych problemów interpretacyjnych w zakresie właściwości organów powiatu oraz domniemania kompetencji organów wykonawczych samorządu wojewódzkiego w zakresie uchwalania programów polityki zdrowotnej, organy stanowiące zarówno powiatu jak i województwa nie są pozbawione całkowicie wpływu na kierunki działania zarządów w zakresie polityki zdrowotnej jst. Zgodnie z art. 12 pkt 4 ustawy o samorządzie powiatowym, do wyłącznej właściwości rady powiatu należy stanowienie o kierunkach działania zarządu powiatu oraz rozpatrywanie sprawozdań z działalności zarządu, w tym z działalności finansowej. Natomiast do kompetencji sejmiku województwa należy uchwalanie strategii rozwoju województwa (art. 18 pkt 2 ustawy o samorządzie województwa). Na podstawie tych aktów organy stanowiące mogą mieć realny wpływ na kształt polityki zdrowotnej w powiecie i województwie.

Z dniem 1 stycznia 2015 r. weszła w życie ustawa z 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach oraz niektórych innych ustaw, którą zmienione zostały dotychczasowe przepisy dotyczące programów zdrowotnych. Począwszy od 1 stycznia 2015 r. jst w miejsce dotychczasowych programów zdrowotnych opracowują, wdrażają, realizują i finansują „programy polityki zdrowotnej”. Termin „program zdrowotny” został zarezerwowany jedynie do działań NFZ.

<sup>71</sup> Administracja publiczna. Ustrój administracji samorządowej. Komentarz, pod red. Prof. B. Szmulika, dr K. Miaskowskiej-Daszkiwicz. Wydawnictwo C.H.BECK. Warszawa 2012, str. 404–405.

Program polityki zdrowotnej zdefiniowano jako zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego.

Programy polityki zdrowotnej dotyczą w szczególności ważnych zjawisk epidemiologicznych innych istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów oraz wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych. Programy polityki zdrowotnej mogą być realizowane w okresie jednego roku albo wielu lat. Począwszy od 1 stycznia 2015 r. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji sporządza opinie w sprawie projektów programów polityki zdrowotnej opracowanych przez jednostki samorządu terytorialnego w terminie 2 miesiące od dnia otrzymania projektu tego programu, na podstawie kryteriów, o których mowa w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach. Zgodnie z art. 48 ust. 4 ww. ustawy: programy polityki zdrowotnej opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane przez jednostki samorządu terytorialnego, w przypadku gdy dotyczą świadczeń gwarantowanych objętych programami, o których mowa w ust. 1, realizowanymi przez ministrów oraz Fundusz, muszą być z nimi spójne merytorycznie i organizacyjnie.

Mając na uwadze art. 48a ust. 1 ustawy o świadczeniach, projekty programów polityki zdrowotnej tworzone są na podstawie map potrzeb zdrowotnych. Obowiązek zapewnienia zgodności projektów programów polityki zdrowotnej z mapami potrzeb zdrowotnych leży po stronie autorów projektów, tj. jednostek samorządu terytorialnego. Do czasu opracowania odpowiednich map, programy te będą przygotowywane tak, jak obecnie, tj. bez tych map. Z kolei art. 48a ust. 3 ustawy o świadczeniach określa zamknięty katalog kryteriów, na podstawie których AOTMiT opiniuje projekty programów polityki zdrowotnej. Wśród przedmiotowych kryteriów nie zostało wymienione badanie zgodności projektów programów polityki zdrowotnej z mapami potrzeb zdrowotnych. Niemniej jednak art. 31a ust. 3 ustawy o świadczeniach wskazuje, iż dane zawarte w mapach potrzeb zdrowotnych odzwierciedlone zostaną w priorytetach zdrowotnych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, o którym mowa w art. 31a ust. 2 ustawy o świadczeniach. Zgodnie z przedmiotowym przepisem minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, priorytety zdrowotne, mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości. Natomiast według art. 31a ust. 3 ustawy o świadczeniach, który obowiązywać będzie od 1 stycznia 2018 r., wydając rozporządzenie, o którym mowa w ust. 2, minister właściwy do spraw zdrowia uwzględni także dane zawarte w mapach potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6, oraz wyniki monitorowania ich aktualności. Tym samym treść map potrzeb zdrowotnych nie pozostanie bez znaczenia dla Agencji przy opiniowaniu projektów programów polityki zdrowotnej.

Zgodnie z opinią Ministerstwa Zdrowia, zawartą w piśmie z dnia 5 lutego 2015 r. o znaku PZ-PZ.075.1.2015, opiniowaniu przez Agencję nie podlegają projekty programów, będące kontynuacją programu realizowanego w poprzednim okresie, który był wcześniej opiniowany przez Agencję. W przypadku, gdy projekt programu, który jest kontynuacją programu realizowanego w poprzednim okresie nie był wcześniej opiniowany przez Agencję, projekt ten podlega opiniowaniu przez Agencję. Tym samym „kontynuacja programów polityki zdrowotnej w tej samej

formie” oznacza niewątpliwie, iż przedmiotowe projekty programów polityki zdrowotnej powinny być, pod względem treści, takie same. Przez sformułowanie „program realizowany w poprzednim okresie”, należy rozumieć zarówno program zdrowotny w znaczeniu nadanym przez poprzednio obowiązującą ustawę o świadczeniach, jak również program polityki zdrowotnej w rozumieniu ustawy o świadczeniach po wejściu w życie nowelizacji z dnia 22 lipca 2014 r.



## Wyniki badania dotyczącego realizacji programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego

### 1. Ogólna charakterystyka badania

W celu pozyskania informacji dotyczących realizacji programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego, Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia wystosowała, korzystając z uprawnień art.29 ust.1 pkt.1 oraz pkt.2 lit. f ustawy o NIK, zapytanie do jednostek samorządu terytorialnego (samorzady wojewódzkie, starostwa powiatowe i urzędy gmin). Wsparcie informatyczne i analiza danych wyników badania były realizowane przez Zespół Wsparcia Informatycznego i Analitycznego w Departamencie Metodyki Kontroli i Rozwoju Zawodowego NIK. Zapytanie zostało przygotowane w postaci elektronicznego kwestionariusza i skierowane w systemie badań internetowych Lime Survey do jst w Polsce w liczbie 2 808. Każdy podmiot otrzymał indywidualny kod dostępu (token) i mógł wypełnić tylko jeden kwestionariusz odpowiedzi. Badanie było prowadzone w dniach od 4 stycznia 2016 r. do 22 stycznia 2016 r. i obejmowało okres 2015 r. Kwestionariusz został wypełniony przez 1 996 jst, tj. 71,1% respondentów, w tym przez wszystkie samorzady wojewódzkie.

Zwrotność tj. liczba jst, które odpowiedziały w stosunku do liczby pytaných, w podziale na województwa oraz rodzaje podmiotów:

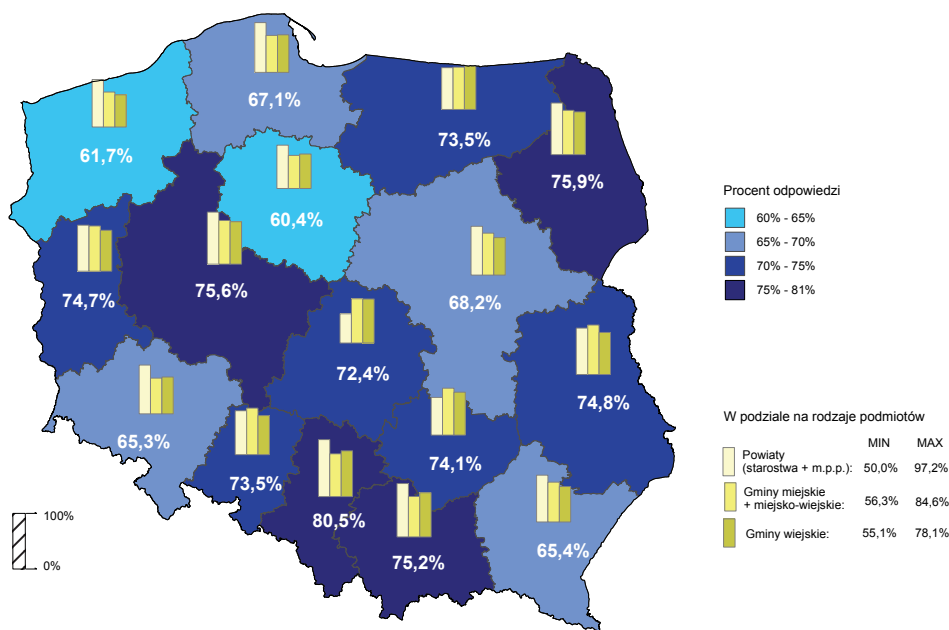
- powiaty: starostwa + miasta na prawach powiatu (m.p.p.)
- gminy miejskie + miejsko-wiejskie
- gminy wiejskie

przedstawiona została poniżej.

#### Liczba i odsetek jst, które udzieliły odpowiedzi na zapytanie

| Województwo         | Odsetek odpowiedzi*) | Liczba odpowiedzi*) | w tym                        |                                   |               |
|---------------------|----------------------|---------------------|------------------------------|-----------------------------------|---------------|
|                     |                      |                     | Powiaty (starostwa + m.p.p.) | Gminy miejskie + miejsko-wiejskie | Gmina wiejska |
| Dolnośląskie        | 65,3%                | 128                 | 25                           | 53                                | 49            |
| kujawsko-pomorskie  | 60,4%                | 99                  | 17                           | 27                                | 54            |
| Lubelskie           | 74,8%                | 175                 | 19                           | 33                                | 122           |
| Lubuskie            | 74,7%                | 71                  | 11                           | 31                                | 28            |
| Łódzkie             | 72,4%                | 144                 | 12                           | 31                                | 100           |
| Małopolskie         | 75,2%                | 152                 | 20                           | 40                                | 91            |
| Mazowieckie         | 68,2%                | 240                 | 35                           | 58                                | 146           |
| Opolskie            | 73,5%                | 61                  | 9                            | 27                                | 24            |
| Podkarpackie        | 65,4%                | 119                 | 20                           | 32                                | 66            |
| Podlaskie           | 75,9%                | 101                 | 15                           | 28                                | 57            |
| Pomorskie           | 67,1%                | 94                  | 17                           | 24                                | 52            |
| Śląskie             | 80,5%                | 149                 | 35                           | 38                                | 75            |
| Świętokrzyskie      | 74,1%                | 86                  | 9                            | 24                                | 52            |
| warmińsko-mazurskie | 73,5%                | 100                 | 15                           | 34                                | 50            |
| Wielkopolskie       | 75,6%                | 195                 | 31                           | 79                                | 84            |
| zachodniopomorskie  | 61,7%                | 82                  | 17                           | 37                                | 27            |
| <b>Ogółem</b>       | <b>71,1%</b>         | <b>1 996</b>        | <b>307</b>                   | <b>596</b>                        | <b>1 077</b>  |

\*) łącznie z 16 samorządami wojewódzkimi



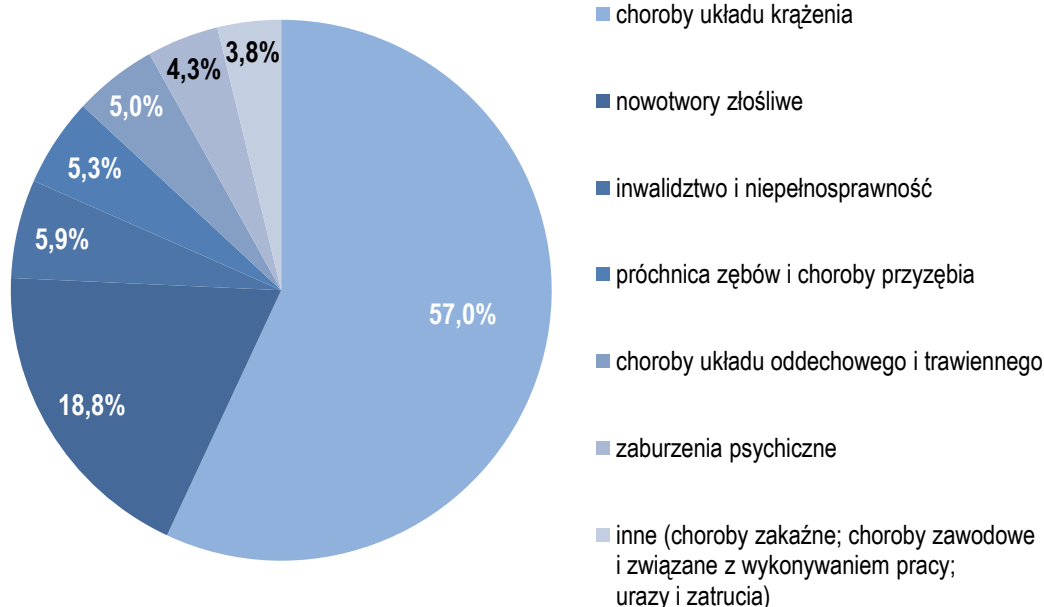
## 2. Zestawienie zbiorcze wyników

**Pyt 1. Czy opracowano dokument przedstawiający strategię dotyczącą poprawy zdrowia mieszkańców i zabezpieczenia ich potrzeb zdrowotnych (lokalna/regionalna polityka zdrowotna)?**

Odpowiedzi: Tak – 192 (9,6%)  
 Nie – 1804 (90,4%)

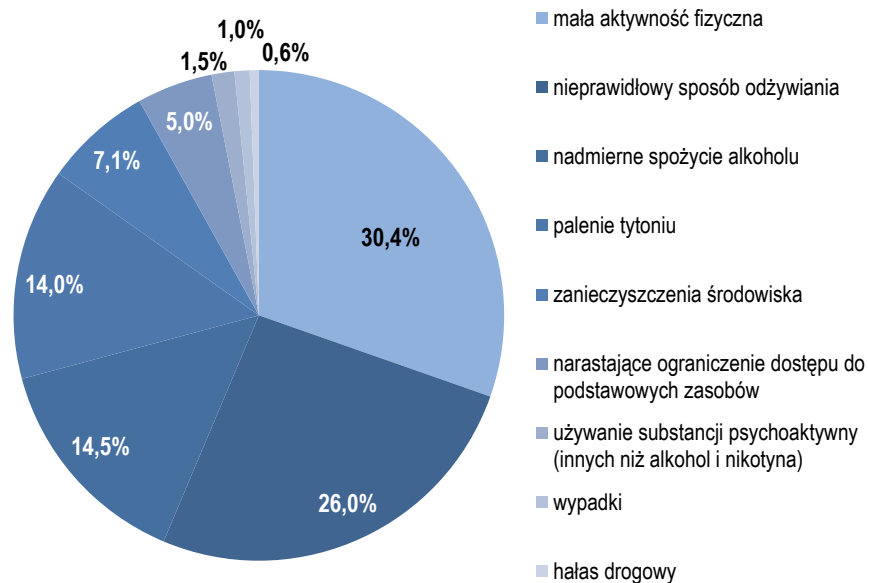
**Pyt 2. Co stanowi najważniejszy problem zdrowotny mieszkańców – wskazany w strategii, bądź w innych dokumentach sporządzonych w Urzędzie, zawierających analizę stanu zdrowia mieszkańców lub wynikających z roboczych analiz wykonanych na potrzeby kwestionariusza NIK?**

| Wyszczególnienie                                 | Liczba       | Odsetek       |
|--|--------------|---------------|
| choroby układu krążenia                          | 1 138        | 57,0%         |
| choroby układu oddechowego i trawiennego         | 99           | 5,0%          |
| choroby zakaźne                                  | 34           | 1,7%          |
| choroby zawodowe i związane z wykonywaniem pracy | 28           | 1,4%          |
| inwalidztwo i niepełnosprawność                  | 118          | 5,9%          |
| nowotwory złośliwe                               | 375          | 18,8%         |
| próchnica zębów i choroby przyzębia              | 105          | 5,3%          |
| umieralność niemowląt                            | 0            | 0,0%          |
| urazy i zatrucia                                 | 13           | 0,7%          |
| zaburzenia psychiczne                            | 86           | 4,3%          |
| <b>Ogółem</b>                                    | <b>1 996</b> | <b>100,0%</b> |



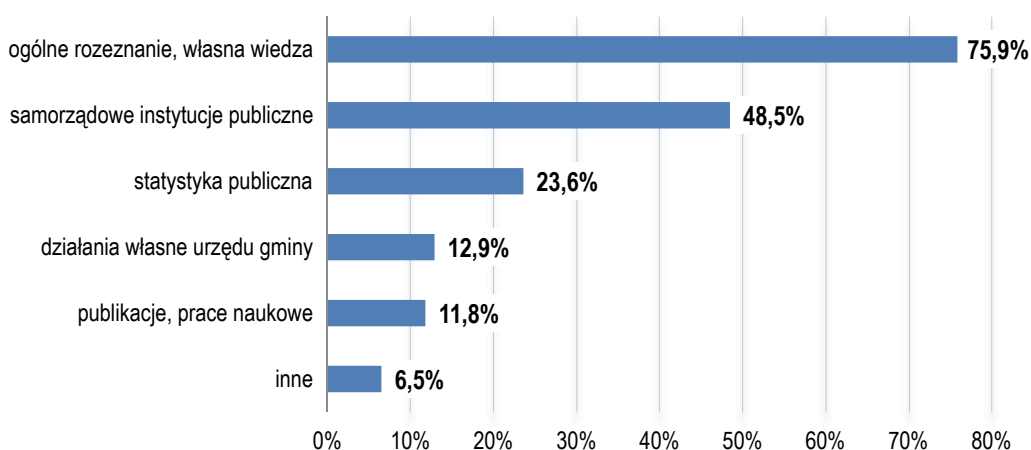
**Pyt 3. Jaki czynnik – wskazany w strategii, bądź w innych dokumentach sporządzonych w Urzędzie lub wynikających z roboczych analiz wykonanych na potrzeby kwestionariusza NIK – zidentyfikowano jako mający największy, negatywny wpływ na zdrowie mieszkańców?**

| Wyszczególnienie  | Liczba       | Odsetek       |
|---|--------------|---------------|
| hałas drogowy   | 11           | 0,6%          |
| mała aktywność fizyczna   | 606          | 30,4%         |
| nadmierne spożycie alkoholu   | 290          | 14,5%         |
| narastające ograniczenie dostępu do podstawowych zasobów, takich jak: pożywienie, mieszkanie, ubranie i praca | 99           | 5,0%          |
| nieprawidłowy sposób odżywiania   | 518          | 26,0%         |
| palenie tytoniu   | 280          | 14,0%         |
| używanie substancji psychoaktywnej (innych niż alkohol i nikotyna)  | 30           | 1,5%          |
| Wypadki   | 20           | 1,0%          |
| zanieczyszczenia środowiska   | 142          | 7,1%          |
| <b>Ogółem</b>   | <b>1 996</b> | <b>100,0%</b> |



**Pyt 4. Jakie źródła informacji wykorzystywane są w celu zidentyfikowania potrzeb zdrowotnych mieszkańców?**

| Wyszczególnienie   | Liczba     | Odsetek     |
|--|------------|-------------|
| ogólne rozeznanie, własna wiedza                                 | 1 514      | 75,9%       |
| samorządowe instytucje publiczne (szkoły, przychodnie, itp.)     | 969        | 48,5%       |
| informacje i opracowania powstałe w ramach statystyki publicznej | 472        | 23,6%       |
| działania własne urzędu gminy (badania, analizy, itp.)           | 258        | 12,9%       |
| publikacje, prace naukowe  | 236        | 11,8%       |
| <b>Inne</b>  | <b>129</b> | <b>6,5%</b> |



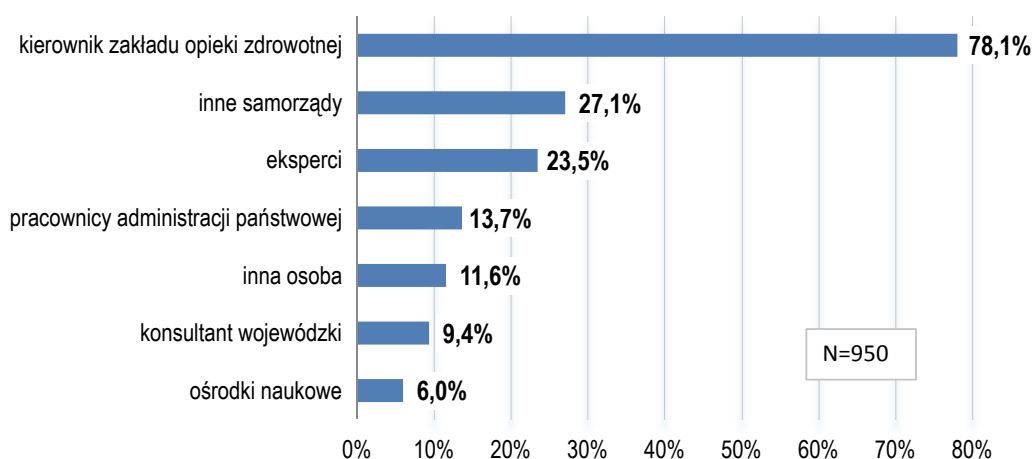
**Pyt 5. Czy wykorzystywane jest merytoryczne wsparcie zewnętrzne w zakresie problemów związanych ze zdrowiem i potrzebami zdrowotnymi mieszkańców?**

Odpowiedzi: **Tak – 950 (47,6%)**

Nie – 1 046 (52,4%)

Z kim konsultowane są problemy związane ze zdrowiem i potrzebami zdrowotnymi mieszkańców?

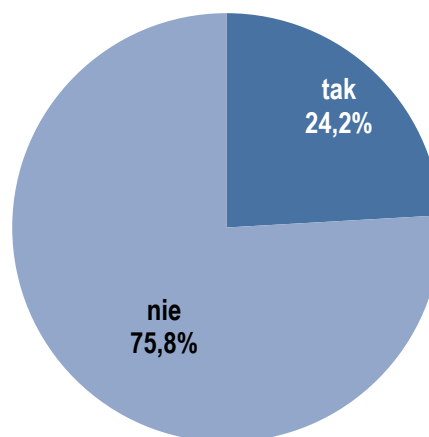
| Wyszczególnienie                    | Liczba | Odsetek |
|-------------------------------------|--------|---------|
| Eksperci                            | 223    | 23,5%   |
| pracownicy administracji państwowej | 130    | 13,7%   |
| inne samorządy                      | 257    | 27,1%   |
| ośrodki naukowe                     | 57     | 6,0%    |
| konsultant wojewódzki               | 89     | 9,4%    |
| kierownik zakładu opieki zdrowotnej | 742    | 78,1%   |
| inna osoba                          | 110    | 11,6%   |



**Pyt 6. Czy w 2015 roku realizowano i finansowano ze środków własnych programy polityki zdrowotnej na podstawie art. 48 – 48b ustawy o świadczeniach?**

Odpowiedzi: **Tak – 482 (24,2%)**

Nie – 1 514 (75,8%)

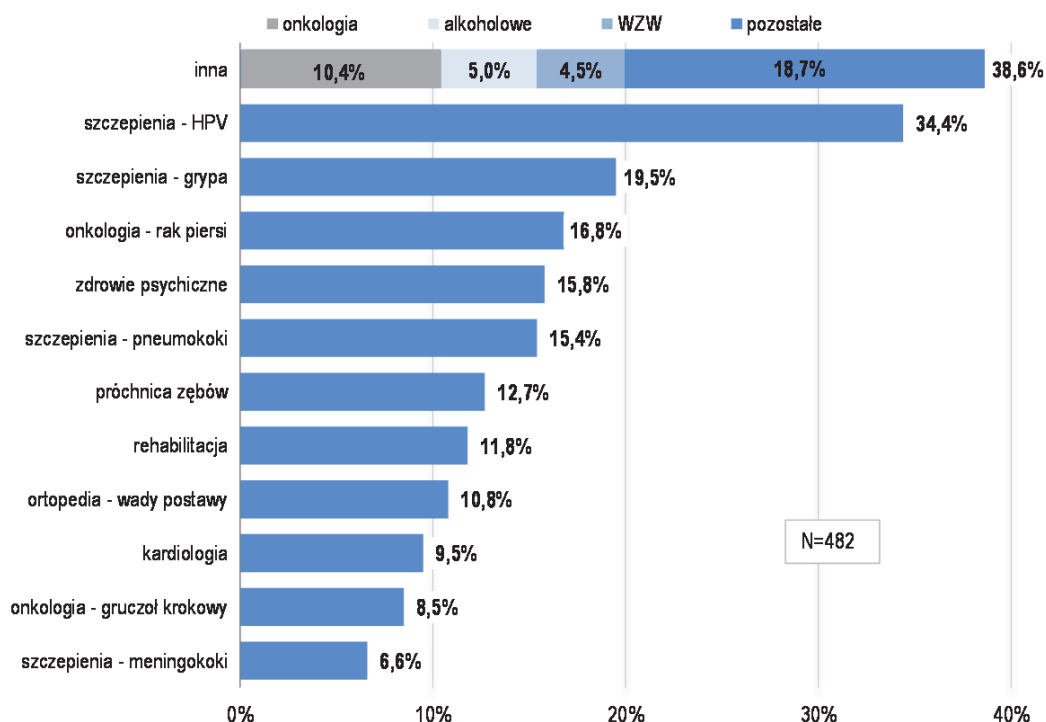


Ile programów polityki zdrowotnej było realizowanych w 2015 r.?

| Wyszczególnienie   | Liczba |
|--|--------|
| ogółem realizowanych w 2015 r.                                   | 1 116  |
| w tym kontynuowanych z lat ubiegłych bez uzyskania opinii AOTMiT | 515    |

Jaka była problematyka (dziedzina/tematyka) realizowanych w 2015 r. własnych programów polityki zdrowotnej?

| Wyszczególnienie   | Liczba | Odsetek |
|--|--------|---------|
| szczepienia – HPV  | 166    | 34,4%   |
| szczepienia – grypa  | 94     | 19,5%   |
| szczepienia – pneumokoki                                   | 74     | 15,4%   |
| zdrowie psychiczne   | 76     | 15,8%   |
| onkologia – rak piersi                                     | 81     | 16,8%   |
| Kardiologia  | 46     | 9,5%    |
| Rehabilitacja  | 57     | 11,8%   |
| szczepienia – meningokoki                                  | 32     | 6,6%    |
| próchnica zębów  | 61     | 12,7%   |
| onkologia – gruczoł krokowy                                | 41     | 8,5%    |
| ortopedia – wady postawy                                   | 52     | 10,8%   |
| inna, z tego:  | 186    | 38,6%   |
| – onkologia (nowotwory różnego rodzaju)                    | 50     | 10,4%   |
| – problemy alkoholowe, psychiczne i nikotynowe, narkomania | 24     | 5,0%    |
| – wirusowe zapalenie wątroby (WZW)                         | 22     | 4,5%    |
| – pozostałe problematyki w rodzaju inne                    | 90     | 18,7%   |



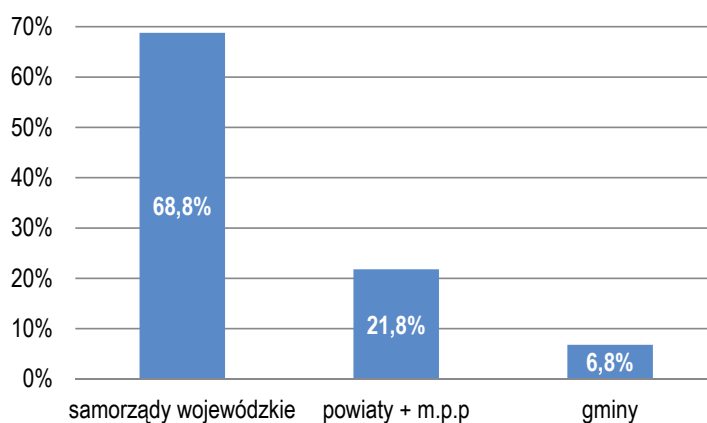
Jaką kwotę wydatkowano w 2015 r. na realizację programów polityki zdrowotnej?

Ogółem w 2015 r. – 70 393 439 zł

### 3. Analiza wyników badania

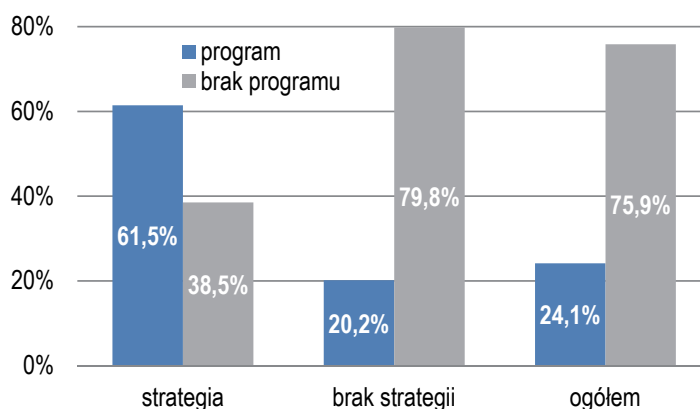
#### 3.1. Opracowanie strategii poprawy zdrowia ludności w podziale na rodzaje jst

| Podmioty              | Liczba     |              | Odsetek     |              |
|-----------------------|------------|--------------|-------------|--------------|
|                       | tak        | nie          | tak         | nie          |
| samorządy wojewódzkie | 11         | 5            | 68,8%       | 31,2%        |
| powiaty + m.p.p.      | 67         | 240          | 21,8%       | 78,2%        |
| Gminy                 | 114        | 1 559        | 6,8%        | 93,2%        |
| <b>Ogółem</b>         | <b>192</b> | <b>1 804</b> | <b>9,6%</b> | <b>90,4%</b> |



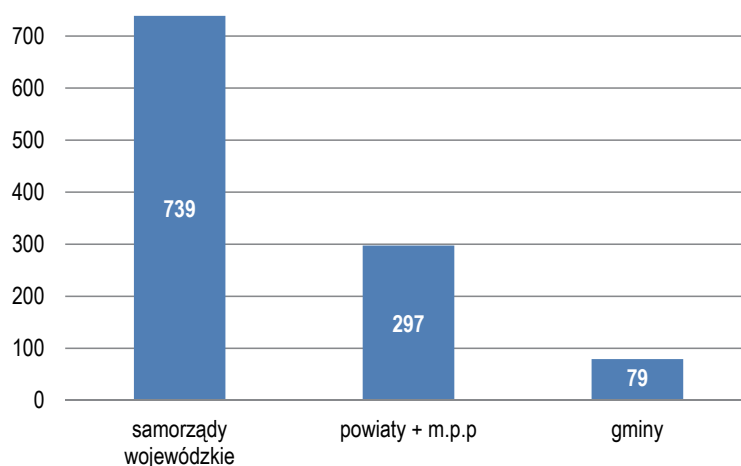
#### 3.2. Realizacja programów polityki zdrowotnej a opracowanie strategii poprawy zdrowia

|               |         | strategia | brak strategii | ogółem |
|---------------|---------|-----------|----------------|--------|
| program       | liczba  | 118       | 364            | 482    |
|               | odsetek | 61,5%     | 20,2%          | 24,1%  |
| brak programu | liczba  | 74        | 1 440          | 1 514  |
|               | odsetek | 38,5%     | 79,8%          | 75,9%  |
| Ogółem        | liczba  | 192       | 1 804          | 1 996  |
|               | odsetek | 100%      | 100%           | 100%   |



## 3.3. Kwota wydatkowana na programy polityki zdrowotnej w podziale na rodzaje jst

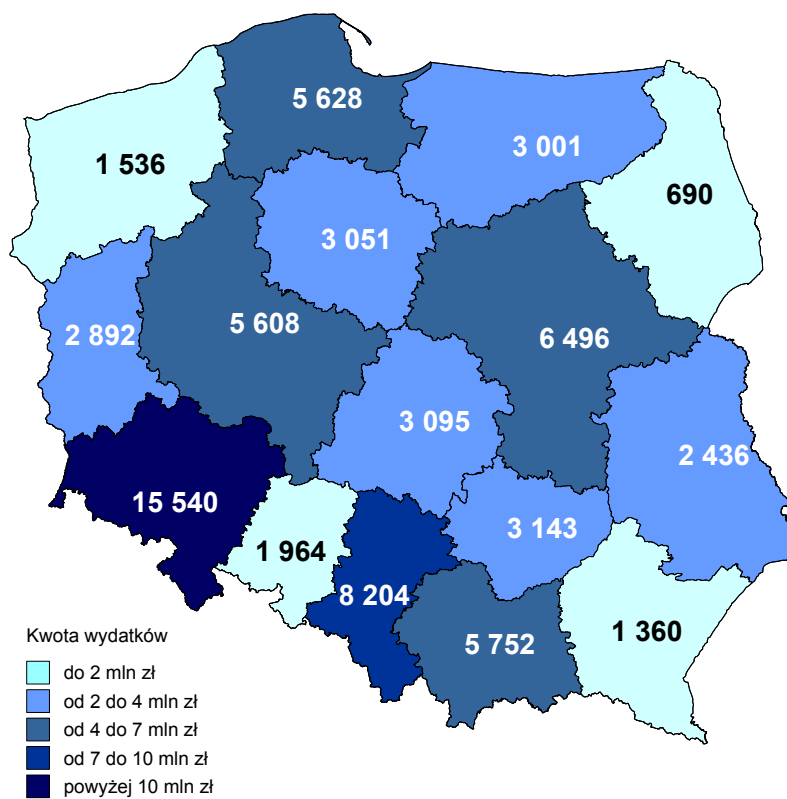
| Podmioty              | Liczba podmiotów realizujących programy | Kwota (w tys. zł) wydatkowana na programy |                |                                     |
|-----------------------|---|---|----------------|-------------------------------------|
|                       |   | Ogółem                                    | Średnia na jst | Średnia na jst realizujące programy |
| samorządy wojewódzkie | 11                                      | 8 128                                     | 508            | 739                                 |
| powiaty + m.p.p.      | 114                                     | 33 907                                    | 110            | 297                                 |
| Gminy                 | 357                                     | 28 358                                    | 17             | 79                                  |
| Ogółem                | 482                                     | 70 393                                    | 35             | 146                                 |



## 3.4. Kwota (w tys. zł) wydatkowana na programy polityki zdrowotnej w podziale na rodzaje jst w poszczególnych województwach

| Województwo         | Samorządy wojewódzkie | Powiaty (starostwa + m.p.p.) | Gminy         | Ogółem        |
|---------------------|-----------------------|------------------------------|---------------|---------------|
| Dolnośląskie        | 200                   | 3 396                        | 11 944        | <b>15 540</b> |
| kujawsko-pomorskie  | 448                   | 1 662                        | 941           | <b>3 051</b>  |
| Lubelskie           | 617                   | 1 262                        | 557           | <b>2 436</b>  |
| Lubuskie            | 200                   | 1 768                        | 924           | <b>2 892</b>  |
| Łódzkie             | 588                   | 585                          | 1 922         | <b>3 095</b>  |
| Małopolskie         | 2 083                 | 2 702                        | 967           | <b>5 752</b>  |
| Mazowieckie         | 1 371                 | 2 209                        | 2 916         | <b>6 496</b>  |
| Opolskie            | 0                     | 608                          | 1 356         | <b>1 964</b>  |
| Podkarpackie        | 70                    | 720                          | 570           | <b>1 360</b>  |
| Podlaskie           | 12                    | 399                          | 279           | <b>690</b>    |
| Pomorskie           | 0                     | 4 542                        | 1 086         | <b>5 628</b>  |
| Śląskie             | 0                     | 5 625                        | 2 579         | <b>8 204</b>  |
| Świętokrzyskie      | 0                     | 2 515                        | 628           | <b>3 143</b>  |
| warmińsko-mazurskie | 0                     | 2 638                        | 363           | <b>3 001</b>  |
| Wielkopolskie       | 1 898                 | 2 835                        | 875           | <b>5 608</b>  |
| zachodniopomorskie  | 641                   | 442                          | 453           | <b>1 536</b>  |
| <b>Ogółem</b>       | <b>8 128</b>          | <b>33 907</b>                | <b>28 358</b> | <b>70 393</b> |





## Liczba zaopiniowanych przez AOTMiT samorządowych programów polityki zdrowotnej w poszczególnych latach 2010–2015 w podziale na województwa

| Województwo         | Rok zaopiniowania |            |            |            |            |            | Razem       | % pozytywnie zaopiniowanych ogółem* |
|---------------------|-------------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------------------------------|
|                     | 2010              | 2011       | 2012       | 2013       | 2014       | 2015       |             |                                     |
| Dolnośląskie        | 11                | 24         | 50         | 31         | 37         | 21         | 174         | 77,01%                              |
| Kujawsko-Pomorskie  | 4                 | 9          | 7          | 12         | 9          | 8          | 49          | 61,22%                              |
| Lubelskie           | 6                 | 16         | 8          | 12         | 13         | 11         | 66          | 68,18%                              |
| Lubuskie            | 1                 | 1          | 2          | 1          | 5          | 12         | 22          | 81,81%                              |
| Łódzkie             | 4                 | 2          | 12         | 19         | 18         | 24         | 79          | 62,00%                              |
| Małopolskie         | 7                 | 28         | 35         | 35         | 7          | 16         | 128         | 57,81%                              |
| Mazowieckie         | 5                 | 25         | 31         | 39         | 56         | 28         | 184         | 52,17%                              |
| Opolskie            | 3                 | 5          | 6          | 8          | 24         | 5          | 51          | 80,39%                              |
| Podkarpackie        | 2                 | 9          | 5          | 9          | 19         | 7          | 51          | 76,47%                              |
| Podlaskie           | 2                 | 7          | -          | 5          | 3          | 7          | 24          | 75,00%                              |
| Pomorskie           | 4                 | 7          | 13         | 10         | 16         | 6          | 56          | 76,78%                              |
| Śląskie             | 9                 | 29         | 63         | 61         | 39         | 24         | 225         | 61,77%                              |
| Świętokrzyskie      | 2                 | 3          | 11         | 19         | 8          | 11         | 54          | 77,77%                              |
| Warmińsko-Mazurskie | 1                 | 2          | 2          | 7          | 4          | 3          | 19          | 68,42%                              |
| Wielkopolskie       | 4                 | 12         | 9          | 15         | 25         | 19         | 84          | 75,00%                              |
| Zachodniopomorskie  | -                 | 5          | 8          | 9          | 2          | 3          | 27          | 48,14%                              |
| <b>Razem</b>        | <b>65</b>         | <b>184</b> | <b>262</b> | <b>292</b> | <b>285</b> | <b>205</b> | <b>1293</b> | <b>66,28%</b>                       |

\* Pozytywnie i pozytywnie warunkowo.

Źródło: dane AOTMiT.

## Kategorie\* programów polityki zdrowotnej zgłaszanych przez samorządy w latach 2010–2015

| Kategoria                          | Liczba      |
|------------------------------------|-------------|
| Szczepienia HPV                    | 277         |
| Szczepienia – grypa                | 142         |
| Szczepienia – pneumokoki           | 120         |
| Rehabilitacja                      | 97          |
| Zdrowie psychiczne                 | 70          |
| Onkologia – rak piersi             | 53          |
| Kardiologia                        | 49          |
| Ortopedia – wady postawy           | 41          |
| Onkologia – gruczoł krokowy        | 40          |
| Promocja zdrowia                   | 39          |
| Szczepienia – meningokoki          | 38          |
| Próchnica zębów                    | 36          |
| Terapia uzależnień alkohol         | 35          |
| Promocja zdrowia – szkoła rodzenia | 28          |
| Dietetyka                          | 26          |
| Pulmonologia                       | 26          |
| Dostęp do świadczeń zdrowotnych    | 25          |
| Diabetologia                       | 23          |
| Ratownictwo medyczne               | 23          |
| Psychiatria                        | 20          |
| Geriatrya                          | 20          |
| Choroby tarczycy                   | 19          |
| Onkologia – jelito grube           | 19          |
| Okulistyka                         | 17          |
| Inne                               | 318         |
| <b>RAZEM</b>                       | <b>1601</b> |

\* Subiektywny podział projektów programów zdrowotnych dokonywany przez AOTMiT na wewnętrzne potrzeby ich oceny.

Źródło: dane AOTMiT.

## Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
8. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
9. Sejmowa Komisja Zdrowia
10. Sejmowa Komisja Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej
11. Senacka Komisji Budżetu i Finansów Publicznych
12. Senacka Komisja Zdrowia
13. Senacka Komisja Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej
14. Minister Finansów
15. Minister Zdrowia
16. Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji
17. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
18. Rzecznik Praw Pacjenta



# Minister Zdrowia

Warszawa, 2016-09-05

DNM.093.7.2016.4.KCZ

**Pan**  
**Mieczysław Łuczak**  
**Wiceprezes**  
**Najwyższej Izby Kontroli**

*Stanowczy łownie przesłanie*

w nawiązaniu do **Informacji o wynikach kontroli „Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego”**, uprzejmie przedkładam stanowisko do ustaleń zawartych w ww. dokumencie.

Ministerstwa Zdrowia, dostrzegło zaistniałą, opisaną w podsumowaniu wyników kontroli sytuację i podjęło już kroki naprawcze, w tym legislacyjne.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 (dalej także „NPZ”) uwzględniał główne kierunki polityki zdrowotnej i stwarzał szanse na bardziej skuteczną realizację zadań związanych ze zdrowiem społeczeństwa. Jednak podstawowym warunkiem osiągnięcia celów NPZ było włączenie się do ich realizacji organów administracji rządowej, organizacji pozarządowych, ale przede wszystkim samorządów, społeczności lokalnych oraz samych obywateli. Niewątpliwie słabą stroną NPZ był brak wyodrębnionego finansowania, co znacznie utrudniało jego implementację, na co wskazano w sprawozdaniu z działalności Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia w 2014 r. Należy też zwrócić uwagę na formę prawną NPZ. Przyjęty w drodze uchwały Rady Ministrów NPZ nie był dokumentem wiążącym dla podmiotów innych niż członkowie Rady Ministrów, co pozbawiło administrację rządową, nie tylko Ministra Zdrowia, możliwości jakiegokolwiek władczego koordynowania i monitorowania zadań realizowanych przez



jednostki samorządu terytorialnego, instytucje naukowe czy inne podmioty realizujące zadania z zakresu zdrowia publicznego lub mające wpływ na rozpowszechnienie czynników ryzyka lub umożliwianie podtrzymywania i poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Zadania przewidziane dla Ministerstwa Zdrowia miały charakter organizacyjno-techniczny.

Świadomość problemów dotyczących jakości programów zdrowotnych, tak jak oczywistej konieczności równego traktowania wszystkich adresatów działań, bez względu na miejsce zamieszkania, była jednym z podstawowych impulsów do zmian dokonywanych ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (poz. 1916), zwanej dalej „ustawą o zdrowiu publicznym”. Obowiązująca od dnia 3 grudnia 2015 r. ustawa o zdrowiu publicznym określa zadania z zakresu zdrowia publicznego, podmioty uczestniczące w realizacji tych zadań oraz zasady finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego. Zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmują:

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

Zadania z zakresu zdrowia publicznego realizują, współdziałając ze sobą, organy administracji rządowej, zgodnie ze swoimi kompetencjami, państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze, a także jednostki samorządu terytorialnego – co wymaga podkreślenia, współpracując z wojewodami – realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia. W realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego mogą uczestniczyć podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą ww. zadań, w tym organizacje pozarządowe. Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej „NFZ”) realizuje zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmujące finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.) oraz dofinansowanie programów polityki zdrowotnej. Powyższe rozwiązania określone w art. 3 ustawy o zdrowiu publicznym stanowią realizację systemowego uporządkowania dotychczasowych praktyk, a także ich udoskonalenia w celu lepszej synergii.

Ustawa wprowadza mechanizmy koordynujące działania – zarówno na etapie ich projektowania, jak i sprawozdawczości.

Zadania wynikające z ustawy o zdrowiu publicznym koordynuje minister właściwy do spraw zdrowia. Do jego zadań należy:

- przygotowanie projektu Narodowego Programu Zdrowia,
- monitorowanie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego,
- zapewnianie spójności zadań realizowanych przez różne organy i podmioty,
- sygnalizowanie właściwym organom i podmiotom, potrzeby podjęcia określonych zadań z zakresu zdrowia publicznego,
- gromadzenie i analizowanie informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i rozpowszechnienia czynników ryzyka oraz udostępnianie tych informacji w sposób uniemożliwiający identyfikację osób, których dotyczą,
- sporządzanie informacji o zadaniach z zakresu zdrowia publicznego zrealizowanych lub podjętych w danym roku, wraz z ich ewaluacją.

Do koordynacji, inicjowania i monitorowania realizacji przepisów przewidzianych ustawą, zatem także wydawanego na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy o zdrowiu publicznym, rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia, ustawą o zdrowiu publicznym tworzy się Komitet Sterujący Narodowego

Programu Zdrowia (art. 10 tej ustawy), w którego skład wchodzi, oprócz ministra właściwego do spraw zdrowia, podsekretarze lub sekretarze stanu z ministerstw odpowiedzialnych za wdrażanie zadań określonych w NPZ. Dla wsparcia prowadzenia międzysektorowej polityki zdrowia publicznego utworzona została Rada do Spraw Zdrowia Publicznego (art. 6 ww. ustawy), pełniąca funkcję opiniodawczo-doradczą ministra właściwego do spraw zdrowia i stanowiąca forum współdziałania w zakresie zdrowia publicznego. W jej skład wchodzi przedstawiciele administracji publicznej, a także najważniejszych podmiotów biorących udział w działaniach na rzecz zdrowia publicznego, w tym jednostek naukowych, przedstawiciele pracodawców i organizacji pozarządowych oraz – co warto podkreślić – przedstawiciele wskazani przez stronę samorządową. Rada zastąpiła Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia.

To właśnie z uwagi na problemy związane ze sprawozdawaniem działań na rzecz zdrowia publicznego ustawa wzmacnia monitoring i ujednocila sprawozdawczość, co ma przyczynić się do zwiększenia poprawności gromadzonych danych. Ustawa wprowadza (art. 12) obowiązek weryfikacji przez wojewodów sprawozdań przesyłanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Będą oni również oceniać zgodność działań podejmowanych przez samorzady z regionalnymi priorytetami polityki zdrowotnej, określonymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku stwierdzenia niezgodności zadań realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej wojewoda przekazuje swoją opinię w tym zakresie organowi stanowiącemu danej jednostki. Nowe zadania i modyfikacja dotychczasowych zadań będą skutkować koniecznością zwiększenia kosztów funkcjonowania urzędów wojewódzkich, co zostało uwzględnione w budżecie państwa – założono koszty związane z zatrudnieniem jednej osoby na pół etatu (kalkulacyjnego).

Artykuł 13 ustawy o zdrowiu publicznym wskazuje źródła finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego określonych w tym akcie prawnym. Są to środki będące w dyspozycji ministrów (w tym z państwowych funduszy celowych i środków europejskich), państwowych jednostek organizacyjnych, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz jednostek samorządu terytorialnego. Przeciwdziałając nierównościom w zdrowiu wynikającym z miejsca zamieszkania, ustawa o zdrowiu publicznym umożliwi dofinansowanie ze środków NFZ samorządowych programów zdrowotnych



w wysokości 80% dla jednostek samorządu terytorialnego o liczbie mieszkańców poniżej 5 tys. oraz w wysokości 40% dla pozostałych, ale co istotne – tylko pod warunkiem zwiększania się przychodów ze składki w kolejnym roku, by nie wpłynąć na pogorszenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej już realizowanych.

Omawiając zasady finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego, należy zwrócić uwagę na art. 18 ustawy o zdrowiu publicznym, który wprowadza bardzo istotny mechanizm zapewniania co najmniej 10% udziału środków przeznaczanych na realizację Narodowego Programu Zdrowia na badania epidemiologiczne, monitorowanie stanu zdrowia, prowadzenie badań naukowych i badania pilotażowe. Dla budowania polityki zdrowotnej opartej o dowody naukowe dostępność tego rodzaju informacji jest kluczowa w sferze zdrowia publicznego. W chwili obecnej szereg problemów zdrowotnych pozostaje niezbadanych w satysfakcjonujący sposób i wobec stałych wydatków na procedury ratujące życie i zdrowie istnieje trudność ze znalezieniem środków na takie cele. Przepis ten daje możliwość prowadzenia faktycznej ewaluacji skuteczności i efektywności zadań przewidzianych do realizacji niniejszą ustawą. Tryby zlecania zadań z zakresu zdrowia publicznego określono w art. 14 ustawy.

Odnosząc się jeszcze do Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ustawy o zdrowiu publicznym, należy wskazać, że jest to dokument strategiczno-wykonawczy, ukierunkowany na poprawę zdrowia i wydłużenie życia społeczeństwa i ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 został przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 4 sierpnia 2016 r. Jako najważniejsze obszary działania wskazano:

- profilaktykę nadwagi i otyłości, szczególnie wśród dzieci i młodzieży – poprzez poprawę nawyków żywieniowych i promocję aktywności fizycznej,
- działania na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z szkodliwego stosowania substancji psychoaktywnych i uzależnień behawioralnych,
- promocję i ochronę zdrowia psychicznego,
- zmniejszenie narażenia na środowiskowe i zawodowe czynniki ryzyka – fizyczne, chemiczne i biologiczne (tj. choroby zakaźne),

- zdrowotną politykę senioralną,
- zagadnienia dotyczące poprawy zdrowia prokreacyjnego.

Narodowy Program Zdrowia inkorporuje krajowe programy profilaktyczne, realizowane dotychczas na podstawie przepisów odrębnych ustaw, w różnej formie prawnej (uchwały Rady Ministrów, rozporządzenia), z różnymi terminami realizacji i różnym źródłem i poziomem finansowania. Celem przeprowadzanej zmiany jest zapewnienie spójności realizowanych zadań i zwiększenie współpracy podmiotów zaangażowanych w realizację NPZ oraz jego koordynacji.

Zadania określone w NPZ, niezależnie od obszaru merytorycznego, który podejmują, można podzielić na dwie grupy. Pierwsza grupa zadań to zadania własne administracji rządowej i samorządowej, wynikające z kompetencji przypisanych dla poszczególnych działów administracji rządowej lub z ustaw nakładających poszczególne obowiązki na jednostki samorządu terytorialnego. Druga grupa zadań obejmuje nowe interwencje, które nie stanowią zadań własnych administracji rządowej i samorządowej, i które wymagają wsparcia finansowego ze środków przewidzianych na realizację NPZ.

Nadrzędnym celem, który powinien być osiągnięty poprzez realizację NZZ jest wydłużenie życia w zdrowiu i dobrej jakości życia poprzez oddziaływanie na czynniki ryzyka i społeczne nierówności w zdrowiu. Wprowadzenie NPZ umożliwi osiągnięcie wielu korzystnych efektów, wśród których do najważniejszych należy zmniejszenie narażenia na czynniki ryzyka odpowiedzialne za większość przewlekłych chorób niezakaźnych. Zadania z zakresu zdrowia publicznego, polegające na zwiększaniu świadomości zdrowotnej społeczeństwa, edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyce chorób, tworzeniu środowisk sprzyjających zdrowiu, ułatwianiu podejmowania wyborów prozdrowotnych przyczynią się do dalszego wydłużenia życia, w tym życia bez choroby i niepełnosprawności, zmniejszenia zapadalności, chorobowości i przedwczesnej umieralności – przede wszystkim z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych.

Odnosząc się z kolei do wniosków wskazanych przez Najwyższą Izbę Kontroli w zakresie działań Ministra Zdrowia, dotyczących samorządowych programów polityki zdrowotnej, pragnę zwrócić uwagę, iż przepis art. 48 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wymienia wśród podmiotów opracowujących, wdrażających, realizujących i finansujących programy polityki zdrowotnej jednostki samorządu terytorialnego. Przepis art. 48 ust. 3 ww. ustawy

wymienia przykładowo zagadnienia, których dotyczyć mogą programy polityki zdrowotnej. Założeniem wskazanej regulacji jest bowiem nie ograniczanie jednostek samorządu terytorialnego w ocenie regionalnych lub lokalnych potrzeb zdrowotnych, lecz zagwarantowanie autonomiczności w podejmowaniu decyzji w tym zakresie oraz ich decentralizacja.

Należy podkreślić, iż kierunek opracowywania i wdrażania programów polityki zdrowotnej określony został w przepisie art. 48 ust. 4 ww. ustawy, z którego wynika, iż programy opracowywane przez jednostki samorządu terytorialnego, dotyczące świadczeń gwarantowanych, powinny być spójne merytorycznie i organizacyjnie z programami zdrowotnymi oraz programami polityki zdrowotnej, realizowanymi przez ministrów oraz NFZ. Jakkolwiek mogą powstawać wątpliwości w zakresie sposobu usankcjonowania ww. przepisu, tak pojawiają się również wątpliwości, czy w istocie minister właściwy do spraw zdrowia powinien być adresatem wniosku o zapewnienie koordynacji realizacji samorządowych programów polityki zdrowotnej. Dodatkowo pojawiają się także wątpliwości, czy wniosek dotyczący zapewnienia stałego i adekwatnego do potrzeb źródła finansowania samorządowych programów polityki zdrowotnej został skierowany przez Najwyższą Izbę Kontroli do właściwego adresata, którym nie powinien być Minister Zdrowia. Jednostki samorządu terytorialnego posiadają bowiem odrębną podmiotowość prawną, własny budżet, odrębne ustawy regulujące ich funkcjonowanie oraz katalog zadań własnych, w którym mieszczą się zadania z zakresu polityki zdrowotnej.

Podkreślenia ponadto wymaga fakt, iż w kwestii wniosków pokontrolnych dotyczących możliwości określenia w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia wzorcowych programów polityki zdrowotnej wraz z wytycznymi co do treści tych programów oraz zwolnienia takiego projektu programu polityki zdrowotnej, opracowanego przez jednostkę samorządu terytorialnego, z obowiązku zaopiniowania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, rozważając możliwość wprowadzenia takich rozwiązań prawnych, trzeba mieć przy tym na uwadze konstytucyjną zasadę samodzielności jednostek samorządu terytorialnego, która podlega ochronie sądowej – art. 165 ustawy z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 78, poz. 483, z późn. zm.).

z powołaniem

Z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETARZ STANU

Piotr Warczyński