



Nr ewid. 173/2014/P/14/099/LOP
LOP-4101-004-00/2014

Informacja o wynikach kontroli

**WYKONYWANIE PRZEZ
WYBRANE GMINY
WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO
ZADAŃ WŁASNYCH W
ZAKRESIE OCHRONY 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

Informacja o wynikach kontroli wykonywania przez wybrane gminy województwa opolskiego zadań własnych w zakresie ochrony zdrowia

Dyrektor Jednostki Organizacyjnej NIK:



Iwona Zyman

Akceptuję:

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Imię i nazwisko

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Krzysztof Kwiatkowski
Warszawa, dnia

15.I. 2015 r.

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

www.nik.gov.pl

Spis treści

1. Wprowadzenie	4
2. Założenia kontroli.....	4
2.1. Temat i numer kontroli	4
2.2. Cele kontroli.....	4
2.3. Podstawa prawna i zakres kontroli	4
2.4. Okres objęty kontrolą.....	4
3. Podsumowanie wyników kontroli.....	5
3.1. Ocena ogólna kontrolowanej działalności.....	5
3.2. Synteza wyników kontroli.....	6
3.3. Uwagi i wnioski	9
4. Ważniejsze wyniki kontroli	11
4.1. Ogólne tło badanej problematyki	11
4.2. Istotne ustalenia kontroli	14
4.3. Stan przygotowania gmin do realizacji zadań własnych w zakresie ochrony zdrowia	14
4.3.1. Wydatki na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia	17
4.3.2. Pełnienie funkcji właścicielskiej w stosunku do podmiotu leczniczego.....	18
4.3.3. Podejmowanie działań obejmujących opracowywanie i realizację gminnych programów zdrowotnych wraz z oceną ich efektów.	19
4.3.4. Realizacja zadań własnych w zakresie ochrony zdrowia w wybranych obszarach.....	23
5. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli.....	30
5.1. Organizacja i metodyka kontroli	30
5.2. Przebieg kontroli	30
5.3. Finansowe rezultaty kontroli	31
6. Załączniki	31
6.1. Wykaz skontrolowanych jednostek	31
6.2. Wykaz programów zdrowotnych zrealizowanych w latach 2011-2013	32
6.3. Analiza stanu prawnego.....	33
6.4. Wykaz podstawowych aktów prawnych związanych z kontrolowaną działalnością.....	38
6.5. Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli	39

1. Wprowadzenie

Ochrona zdrowia stanowi jedno z najistotniejszych zadań państwa wyznaczone treścią art. 68 Konstytucji RP, realizowane przez organy administracji publicznej wszystkich szczebli, w tym także przez gminy, jako podstawowe jednostki samorządu terytorialnego.

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. Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej NIK, a uzasadniała ją potrzeba dokonania ustaleń, co do rzeczywistej skali aktywności gmin w systemie ochrony zdrowia, w celu analizy oraz oceny udziału najniższego szczebla samorządu terytorialnego w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych mieszkańców.

2. Założenia kontroli

2.1. Temat i numer kontroli

Wykonywanie przez wybrane gminy województwa opolskiego zadań własnych w zakresie ochrony zdrowia (P/14/099).

2.2. Cele kontroli

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 gminnym¹, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

2.3. Podstawa prawna i zakres kontroli

Kontrola została przeprowadzona na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli², z uwzględnieniem kryteriów legalności, rzetelności i gospodarności.

Kontrolę przeprowadzono łącznie w 6 urzędach miast i gmin z terenu województwa opolskiego, a jej zakres przedmiotowy obejmował:

- przygotowanie gmin do realizacji zadań własnych w zakresie ochrony zdrowia oraz rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy,
- pełnienie funkcji właścicielskiej w stosunku do podmiotów leczniczych,
- opracowywanie i realizację gminnych programów zdrowotnych wraz z oceną ich efektów,
- realizację zadań dotyczących wychowywania w trzeźwości i zapobiegania alkoholizmowi, przeciwdziałania narkomanii oraz ochrony zdrowia psychicznego.

2.4. Okres objęty kontrolą

Badaniami kontrolnymi objęto lata 2011-2013. Dopuszczono również możliwość dokonywania ustaleń obejmujących okresy wcześniejsze i późniejsze, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce wpływały bezpośrednio na ustalenia dotyczące kontrolowanego okresu.

¹ Dz. U. z 2013 r., poz. 594 ze zm.

² Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm., dalej: ustawa o NIK.

3. Podsumowanie wyników kontroli

3.1. Ocena ogólna kontrolowanej działalności

Identyfikacja potrzeb zdrowotnych mieszkańców, stanowiąca podstawę rzetelnego planowania przez gminy działań w ramach realizacji zadań własnych w obszarze ochrony zdrowia, była niewystarczająca.

Pomimo że kontrolowane jednostki samorządu terytorialnego podejmowały szereg działań obejmujących m.in. prowadzenie podmiotów leczniczych, a także realizację programów zdrowotnych oraz gminnych programów przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii, to analiza lokalnych potrzeb ograniczała się jedynie do problematyki uzależnień.

Większość objętych kontrolą gmin nie zapewniła swoim mieszkańcom możliwości uzyskania wsparcia, w formach przewidzianych w Harmonogramie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego³, co wynikało z braku opracowania i wdrożenia, wymaganych obowiązującymi przepisami, lokalnych programów ochrony i promocji zdrowia psychicznego.

Pomimo braku rzetelnych analiz potrzeb zdrowotnych mieszkańców, działania gmin polegające na poprowadzeniu podmiotów leczniczych, jak też realizowaniu programów zdrowotnych, ułatwiały osobom zainteresowanym dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Programy zdrowotne były wdrażane zgodnie z przyjętymi założeniami, a ich rozliczenie, w większości przypadków było prawidłowe. Gminy rzetelnie sprawowały nadzór nad podmiotami leczniczymi, w stosunku do których były podmiotem tworzącym, jak też promowały zachowania prozdrowotne.

W objętym kontrolą obszarze, zostały stwierdzone także **inne nieprawidłowości**, które wynikały z naruszenia obowiązujących przepisów oraz braku należytej rzetelności podejmowanych działań. Polegały one w szczególności na:

- przeznaczaniu części dochodów z tytułu opłat za korzystanie przez przedsiębiorców z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych na cele niezwiązane z profilaktyką alkoholową i narkotykową, co było niezgodne z art. 18² ustawy z dnia 26 października 1982 r. o *wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*⁴,
- zaniechaniu dokonywania wyboru realizatorów gminnych programów zdrowotnych w drodze konkursu ofert, co stanowiło naruszenie art. 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*⁵.
- nierzetelnym sporządzaniu wymaganych informacji i sprawozdań, o których mowa w art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o *przeciwdziałaniu narkomanii*⁶ oraz art. 7 ust. 1 pkt 2 ustawy o *świadczeniach opieki zdrowotnej* i rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie *przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje*⁷.

³ Przyjętego rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r., Nr 24, poz. 128), dalej: rozporządzenie NPOZP.

⁴ Dz. U. z 2012 r., poz. 1356 ze zm. dalej: ustawa o wychowaniu w trzeźwości.

⁵ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm., dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁶ Dz. U. z 2012 r., poz. 124 ze zm., dalej: ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii.

⁷ Dz. U. Nr 163, poz. 1024.

3.2. Synteza wyników kontroli

1. W ramach realizacji zadania własnego w zakresie ochrony zdrowia, skala i kierunki podejmowanych działań były uzależnione od aktualnych możliwości kadrowych, finansowych i organizacyjnych gmin.

W latach 2011-2013 kontrolowane jednostki wydatkowały na realizację objętych kontrolą zadań łącznie 9 716,4 tys. zł, z czego najwyższą kwotę przeznaczyło na ten cel **Miasto Opole** (5 534,5 tys. zł), a najmniejszą **Gmina Strzeleccki** (201,4 tys. zł). Najwyższy odsetek udziału wydatków na realizację zadań w zakresie ochrony zdrowia w sumie wszystkich wydatków budżetowych w danej jednostce odnotowano w Gminie **Bierawa**, gdzie stanowił on 1,1%, a w pozostałych jednostkach udział takich wydatków nie przekraczał 1%⁸. [str. 17]

Zadania z zakresu ochrony zdrowia zostały ujęte w strukturze organizacyjnej objętych kontrolą jednostek i przypisane konkretnym pracownikom, choć w jednym przypadku dotyczyło to wyłącznie zadań o charakterze obligatoryjnym⁹. [str. 14-15]

2. Żadna ze skontrolowanych gmin nie dokonała pełnej i rzetelnej analizy stanu zdrowia oraz potrzeb zdrowotnych mieszkańców, stanowiącej istotny element programowania działań w tym obszarze.

Przy opracowywaniu dokumentów o charakterze systemowym w objętych kontrolą gminach korzystano z przygotowanych we własnym zakresie lub przez podmioty zewnętrzne opracowań, a także danych i materiałów ogólnodostępnych. Źródła te jednak koncentrowały się głównie wokół ogólnych problemów społecznych, w tym ujemnych skutków uzależnień i przemocy w rodzinie.

W pozostałym zakresie problemy zdrowotne były diagnozowane w skali co najmniej ogólnokrajowej, a nie lokalnej, co wynikało z braku rzetelnego rozpoznania źródeł możliwych do uzyskania informacji potrzebnych do dokonania takiej analizy. Tylko w jednym przypadku¹⁰ zostały przeprowadzone badania ankietowe wśród mieszkańców gminy, które dotyczyły stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych, jednakże ich zasięg był ograniczony. Miało to wpływ zarówno na skalę podejmowanej przez gminy aktywności, jak i tematykę realizowanych programów zdrowotnych. Z uwagi jednak na znaczne zainteresowanie mieszkańców gmin udziałem w takich przedsięwzięciach, działania te nie prowadziły do niegospodarnego wydatkowania środków publicznych. [str. 15-16]

3. W okresie objętym kontrolą gminy nie podejmowały działań zmierzających do utworzenia własnego podmiotu leczniczego, a ich aktywność ograniczała się do sprawowania bieżącego nadzoru nad funkcjonowaniem już istniejących samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej¹¹.

Kontrolowane jednostki¹² prowadziły łącznie 7 podmiotów leczniczych. Podmioty te zostały utworzone na podstawie poprzednio obowiązujących przepisów ustawy z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej¹³ i udzielały ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki zdrowotnej, jak też prowadziły badania diagnostyczne. Organy gminy

⁸ Odpowiednio w objętych kontrolą latach na 1 mieszkańca gminy wydatkowano: w Opolu 60,96 zł, 61,60 zł oraz 70,44 zł, w Bierawie 34,32 zł, 34,57 zł oraz 32,47 zł, w Strzeleckach 16,40 zł, 12,19 zł, 21,17 zł.

⁹ Gmina Strzeleccki.

¹⁰ Gmina Bierawa.

¹¹ Dalej: spzoz.

¹² Gmina Strzeleccki, Gmina Gogolin, Gmina Niemodlin i Miasto Opole.

¹³ Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm. Ustawa utraciła moc obowiązującą z dniem 30 czerwca 2011 r.

sprawowały rzetelny nadzór nad działalnością podmiotów leczniczych, a podejmowane w tym zakresie działania były prawidłowo dokumentowane. W okresie objętym kontrolą, w związku z wykazaniem ujemnego wyniku finansowego i niepodjęciem przez Radę Gminy decyzji o jego pokryciu, jeden z ww. podmiotów został zlikwidowany na podstawie art. 60 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*¹⁴ a dalsze udzielanie świadczeń zdrowotnych mieszkańcom Gmina powierzyła niepublicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, któremu udostępniono w tym celu majątek przejęty od zlikwidowanego podmiotu.

Ustalania kontroli wskazują, że gminy prowadzące własne podmioty lecznicze wykazywały większą aktywność w realizacji zadań w obszarze ochrony zdrowia, co wynikało w szczególności z wykorzystania dostępnych zasobów kadrowych i organizacyjnych, w tym danych umożliwiających określenie potencjalnych adresatów programów zdrowotnych. [str. 18-20]

4. Gminne programy zdrowotne wpisywały się w cele strategiczne określone w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015¹⁵, a do ich realizacji gminy przystępowały po uzyskaniu pozytywnej opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych.

W latach 2011-2013 gminy¹⁶ zrealizowały łącznie 17 własnych programów zdrowotnych, przeznaczając na ten cel 2 074,8 tys. zł (21,3% łącznych wydatków na ochronę zdrowia). Programy te dotyczyły w szczególności następujących problemów zdrowotnych: osteoporoza, choroby płuc, cukrzyca, próchnica i choroby dziąseł, wady postawy, nadwaga i otyłość oraz niedożywienie dzieci. Ponadto, dziesięć programów koncentrowało się na profilaktyce onkologicznej, a każda z ww. czterech gmin opracowała i realizowała program szczepień dziewcząt przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego - HPV. Najwięcej, bo 12 programów realizowało **Miasto Opole**¹⁷, z których osiem¹⁸ obejmowało działania tożsame z działaniami ujętymi w corocznie prowadzonych programach zainicjowanych w latach 2006-2009. Programy te realizowane były zgodnie z przyjętymi założeniami, lecz w prawie wszystkich spośród ww. gmin¹⁹ wystąpiły przypadki wyboru realizatorów programów zdrowotnych z pominięciem konkursu ofert, co naruszało wymóg art. 48 ust. 4 ustawy o *świadczeniach opieki zdrowotnej*. Przyjęte przez gminy projekty programów zdrowotnych nie przewidywały narzędzi ani wskaźników, umożliwiających dokonanie rzetelnej oceny ich efektów. W tym zakresie ograniczano się wyłącznie do zwymiarowania faktycznego udziału mieszkańców w działaniach przewidzianych w ramach danego programu w odniesieniu do liczby jego adresatów. Stwierdzono także przypadki nierzetelnego i nieterminowego sporządzania kierowanych do Starostów informacji o realizowanych i planowanych programach zdrowotnych, co stwarzało ryzyko przenoszenia błędnych danych do informacji przekazywanych przez Wojewodę Opolskiego Ministrowi Zdrowia. [str. 19-22]

5. W obszarze realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii jako naruszające obowiązujące przepisy oceniono wydatkowanie części dochodów z tytułu opłat przedsiębiorców za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych na zadania inne niż określone w gminnych programach profilaktycznych.

¹⁴ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm., dalej: *ustawa o działalności leczniczej*.

¹⁵ Stanowiącego Załącznik do uchwały Rady Ministrów Nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r.

¹⁶ Gmina Bierawa, Gmina Gogolin, Gmina Namysłów i Miasto Opole.

¹⁷ Po 12 programów w latach 2011 i 2012, 11 programów w 2013 r. Każdy SPZOZ biorący udział w realizacji danego programu pisał własny projekt tego programu.

¹⁸ Programy opracowane przez każdy SPZOZ oddzielnie, a następnie zatwierdzane przez miasto Opole.

¹⁹ Z wyjątkiem Gminy Namysłów.

Środki niewykorzystane w danym roku budżetowym na realizację ww. zadań w kolejnym roku zwiększały nadwyżkę budżetową i były przeznaczane na inne zadania, co prowadziło do naruszenia wynikającej z art. 18² ustawy o *wychowaniu w trzeźwości* zasady przeznaczania całości środków pochodzących z opłat ze sprzedaży napojów alkoholowych na realizację gminnych programów profilaktycznych oraz zakazu ich wydatkowania na inne cele. Tylko w jednej z kontrolowanych jednostek²⁰, w każdym z badanych lat, na podstawie uchwały Rady Miejskiej zmieniającej uchwałę budżetową, dokonywano zwiększenia planu wydatków na cele wskazane w ww. ustawie o kwoty niewykorzystane na ten cel w poprzednim roku. Jako przyczynę takiego stanu rzeczy wskazywano brak spójności ww. zasady przeznaczania dochodów z opłat przedsiębiorców na realizację gminnych programów profilaktycznych z wynikającą z ustawy o *finansach publicznych* zasadą roczności budżetu i wygasania wydatków niewykonanych w danym roku budżetowym, które to kwoty, jako nadwyżka budżetowa, mogą być w kolejnym roku przeznaczone na inny cel. Stwierdzono również inne nieprawidłowości, polegające na ujmowaniu w ewidencji księgowej poniesionych na realizację objętych kontrolą zadań wydatków budżetowych niezgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 2 marca 2010 r. w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych²¹ oraz zaniechania sporządzania raportów rocznych z wykonania gminnego programu przeciwdziałania narkomanii i efektów jego realizacji, co stanowiło naruszenie art. 11 ustawy o *przeciwdziałaniu narkomanii*. [str. 23-24]

6. W większości gmin²² prawidłowo wykonywane były zadania wynikające z ustawy o wychowaniu w trzeźwości oraz ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Rzetelnie realizowane były zadania wynikające z Gminnych Programów Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii. Cele tych programów były spójne z założeniami przyjętych w tych gminach Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych. Zastrzeżenia NIK dotyczyły jednostkowego przypadku nierzetelnego opracowania projektu Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2012, który został przygotowany bez przeprowadzenia analizy uwarunkowań i potrzeb lokalnych oraz braku opracowania projektu Programu Przeciwdziałania Narkomanii na kolejny okres, po upływie okresu obowiązywania takiego dokumentu obowiązującego w latach 2011-2012. Powyższe stanowiło naruszenie przepisu art. 10 ust. 2 ustawy o *przeciwdziałaniu narkomanii*²³. W celu realizacji zadań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz przeciwdziałaniem narkomanii, gminy przekazywały środki publiczne w formie dotacji podmiotom niezaliczonym do sektora finansów publicznych, wyłonionym w prawidłowo przeprowadzonych konkursach. Na realizację powyższych działań gminy przeznaczyły łącznie 6 835,2 tys. zł, a środki te pochodziły z opłat od zezwoleń na obrót hurtowy i sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych. [24-26]

7. Żadna z gmin nie zrealizowała terminowo oraz w pełnym zakresie obowiązków wynikających z harmonogramu realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Pomimo tego, że harmonogram ten określa zadania gmin w ramach poszczególnych celów ogólnych i szczegółowych, wraz z terminami ich wykonania, w większości gmin nie zostały podjęte skuteczne działania w celu realizacji tych obowiązków lub działania te podjęto z opóźnieniem. W konsekwencji, jedynie w Gminie Namysłów i w Mieście Opole został opracowany gminny program ochrony zdrowia

²⁰ Gmina Gogolin.

²¹ Dz. U. Nr 38, poz. 207 ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie klasyfikacji budżetowej.

²² Gmina Bierawa, Gmina Namysłów, Gmina Niemodlin, Miasto Opole, Gmina Strzeleczy.

²³ Gmina Gogolin.

psychicznego, ustalający priorytety promocji zdrowia psychicznego, a tylko w Gminie Namysłów zapewniono opracowanie innych lokalnych programów z zakresu ochrony zdrowia psychicznego. **Miasto Opole** wywiązało się także z obowiązku powołania lokalnego zespołu koordynującego realizację Programu oraz opracowania lokalnego przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Jako przyczyny zaniechania realizacji powyższych obowiązków wskazywano przede wszystkim na nieprecyzyjne regulacje prawne oraz brak odpowiednich zasobów finansowych, kadrowych i organizacyjnych. [str. 26-29]

8. W gminach²⁴, w ramach realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, podejmowano również inne niż opisane powyżej działania.

Miały one na celu m.in. upowszechnianie zasad prawidłowego żywienia oraz zdrowego trybu życia, w tym poprzez ograniczenie skutków używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. [str. 29]

3.3. Uwagi i wnioski

1. Mimo iż doboru jednostek objętych kontrolą dokonano w sposób celowy, z uwzględnieniem różnego stopnia i form aktywności gmin w obszarze ochrony zdrowia, w odniesieniu do wszystkich kontrolowanych jednostek ustalono, iż **podejmowane działania nie wynikały z uprzednio prowadzonego rozpoznania potrzeb zdrowotnych mieszkańców.**
2. W zależności od poziomu środków pozostających do dyspozycji danej jednostki, a także przyjętych rozwiązań organizacyjnych, gminy w różnicowany sposób realizują zadanie własne w obszarze ochrony zdrowia. **Gminy, w których funkcjonują samorządowe podmioty lecznicze organizowały więcej programów zdrowotnych,** jednak we wszystkich przypadkach decyzja o przystąpieniu do ich realizacji nie została poprzedzona szczegółową analizą stanu zdrowia mieszkańców gminy i lokalnych potrzeb. W żadnej z kontrolowanych jednostek **przyjęte do realizacji programy zdrowotne nie wprowadzały narzędzi ani wskaźników, umożliwiających dokonanie rzetelnej oceny ich efektów.** Ograniczano się w tym zakresie jedynie do ustalenia wskaźnika liczby osób uczestniczących w danym programie do liczby jego adresatów. Brak określenia sposobu dokonywania analiz efektywności programów zdrowotnych tłumaczono przede wszystkim ich specyfiką, polegającą głównie na przeprowadzaniu szczepień profilaktycznych, których skuteczność w zwalczaniu danego typu choroby można oceniać dopiero z pewnej perspektywy czasowej.
3. Podejmując działania w ramach realizacji zadań własnych w zakresie ochrony zdrowia **Gminy nie korzystały z informacji gromadzonych przez inne podmioty działające w obszarze ochrony zdrowia** w tym m.in. Oddział Promocji Zdrowia i Oświaty Zdrowotnej Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej, Wydział Polityki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego, a także Konsultantów Wojewódzkich danej dziedziny zdrowia, jak również nie identyfikowały zakresu możliwych do pozyskania danych²⁵ posiadanych przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, oraz prowadzących praktykę na ich terenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

²⁴ Miasto Opole, Gmina Bierawa, Gmina Namysłów.

²⁵ Przy uwzględnieniu ograniczeń wynikających z przepisów ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2012 r., poz. 591 ze zm.).

4. Wszelkie działania obejmujące realizację programów zdrowotnych i innych zadań w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, **gminy powinny poprzedzić dokładnym rozpoznaniem stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych mieszkańców**, opartym o dostępne dane i analizy lokalnych uwarunkowań, istotnych i charakterystycznych dla obszaru danej jednostki. O istotności rzetelnego rozpoznania takich potrzeb przy planowaniu działań w zakresie ochrony zdrowia świadczy również wprowadzenie z dniem 1 stycznia 2015 r. do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej działu IVa „Ocena potrzeb zdrowotnych”, w którym przewidziano m.in. obowiązek sporządzania przez wojewodów regionalnych map potrzeb zdrowotnych²⁶. Dokument ten powinien uwzględniać specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych, a na jego podstawie wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych zobowiązany będzie do ustalania priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej (mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości). Jakkolwiek gminy nie będą samodzielnie reprezentowane w ww. radzie (sektor samorządowy reprezentują przedstawiciele powiatów oraz marszałka województwa), to jednak dokonana na poziomie województwa diagnoza potrzeb zdrowotnych, jak również ustalone na jej podstawie priorytety, powinny w przyszłości stanowić ramy programowania aktywności gmin w realizacji zadań związanych z ochroną zdrowia.
5. Ukształtowana w gminach praktyka gospodarowania środkami pochodzącymi z opłat przedsiębiorców za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych powoduje, iż wynikająca z art. 18² ustawy o wychowaniu w trzeźwości **zasada ich przeznaczenia wyłącznie na zadania wynikające z gminnych programów profilaktycznych nie jest w praktyce realizowana**. Właściwe organy gmin winny zatem zapewnić opracowanie i podjęcie stosownych uchwał budżetowych, umożliwiających wydatkowanie całości środków uzyskanych z opłat za korzystanie przez przedsiębiorców z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych na zadania obejmujące przeciwdziałanie alkoholizmowi i narkomanii. W tym zakresie aktualny pozostaje wniosek sformułowany przez Najwyższą Izbę Kontroli w Informacji o *wynikach kontroli realizacji i wykorzystania przez samorządy województw i gmin dochodów z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych (P/12/165)*, zgodnie z którym celem jest przeanalizowanie przez Ministra Zdrowia lub Ministra Finansów projektu przepisów dyscyplinujących jednostki samorządu terytorialnego w wykorzystaniu środków tzw. „korkowego”.
6. NIK zwraca również uwagę na **znaczącą skalę zaniechań w realizacji zadań dotyczących ochrony zdrowia psychicznego**, prowadzącą do nierównego dostępu mieszkańców województwa opolskiego do pomocy w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, w formach przewidzianych w obowiązujących przepisach. Pomimo określonego w rozporządzeniu NPOZP szczegółowego harmonogramu realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, wskazującego zadania gmin oraz terminy ich wykonania, w żadnej z kontrolowanych jednostek nie były one realizowane prawidłowo. Jako przyczynę powyższego, poza ograniczeniami finansowymi, wskazywano w szczególności brak odpowiedniego przygotowania, zarówno kadrowego, jak i organizacyjnego do realizacji szeregu obowiązków w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Ponadto, w przypadku mniejszych jednostek, takich jak gminy wiejskie, pełna realizacja założeń NPOZP oceniana jest jako niezasadna, z uwagi na istotne uwarunkowania społeczne (znikome zapotrzebowanie na świadczenia w tym obszarze, a także wynikający ze specyfiki małej gminy opór

²⁶ Art. 1 pkt 35 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138).

w ujawnianiu w swoim środowisku ewentualnych problemów dotyczących stanu psychicznego). Z uwagi na brak mechanizmów umożliwiających wyegzekwowanie od gmin realizacji ww. obowiązków, jak również brak sankcji za ich naruszenie, istnieje ryzyko długotrwałego utrzymywania się dysproporcji pomiędzy gminami w dostępie ich mieszkańców do niektórych świadczeń oraz form ochrony zdrowia psychicznego.

Najwyższa Izba Kontroli sformułowała wnioski pokontrolne do kierowników wszystkich skontrolowanych jednostek. Szczegółowe zestawienie tych wniosków zostało zaprezentowane w punkcie 4.2. niniejszej informacji.

4. Ważniejsze wyniki kontroli

4.1. Ogólne tło badanej problematyki

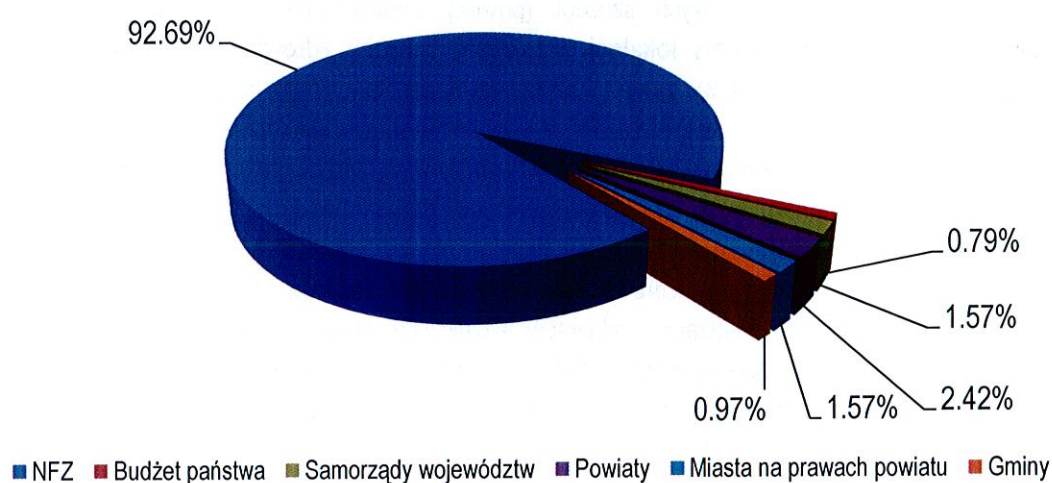
W znacznej mierze zadania w zakresie ochrony zdrowia realizowane są na szczeblu centralnym, w tym przez właściwe organy administracji rządowej i utworzone przez nie jednostki, a także przez organy samorządu terytorialnego wyższych szczebli (powiaty i samorządy województw). **Zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty lokalnej w zakresie ochrony zdrowia należy także do zadań własnych gminy**²⁷. Szczegółowy zakres i sposób realizacji tego zadania określają przepisy ustaw szczegółowych, regulujących daną sferę aktywności administracji publicznej. Biorąc pod uwagę treść tych przepisów, w ramach katalogu zadań własnych gminy w obszarze ochrony zdrowia można wskazać zarówno **zadania o charakterze obligatoryjnym**, do których należy zaliczyć działania na rzecz wychowania w trzeźwości oraz przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii, a także zadania określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, jak i **zadania o charakterze fakultatywnym** obejmujące tworzenie i prowadzenie podmiotów leczniczych, opracowywanie i realizację programów zdrowotnych oraz podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy (np. działania edukacyjne, promocja zachowań prozdrowotnych). Należy jednak zaznaczyć, iż definiując zadania gmin w obszarze ochrony zdrowia ustawodawca posługuje się często zwrotami niedookreślonymi, ustalając ich zakres jedynie poprzez przykładowe wyliczenie, a także nie precyzując, któremu z organów administracji publicznej powierza realizację obowiązków w danej materii. Ze względu na **niedookreślenie kompetencji w obszarze ochrony zdrowia**, a także na w przeważającej mierze fakultatywny charakter zadań gmin w tym zakresie i wysokie koszty finansowe takiej działalności, aktywność w tym obszarze wykazują tylko te jednostki samorządu terytorialnego, które dysponują odpowiednimi środkami własnymi lub podejmują skuteczne działania zmierzające do pozyskania finansowania zewnętrznego.

Wyniki przeprowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny badania **zagadnień finansowania ochrony zdrowia** w 2011 r. wykazały, iż koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ wyniosły 58 104,7 mln zł (o 3,1% więcej niż w 2010 r.) i były przeznaczone głównie na lecnictwo szpitalne (47,4%), refundację leków (15,2%) oraz podstawową opiekę zdrowotną (12,6%). W 2011 r. środki publiczne na ochronę zdrowia wydatkowane były także z budżetu państwa w kwocie 492,3 mln zł, co stanowiło 2,5% łącznych wydatków z budżetu (2,3% w 2010 r.). **Samorządy terytorialne** przeznaczyły ze swoich budżetów na ten cel 4 089,5 mln zł (łącznie ze środkami otrzymanymi z budżetu państwa), co stanowiło 2,5% ogółu wydatków (2,2% w 2010 r.), w tym gminy przeznaczyły w 2011 r. na ochronę zdrowia środki w kwocie 605,5 mln zł, finansując przede wszystkim działalność w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi (61,4%) oraz funkcjonowanie lecznictwa

²⁷ Art. 7 ust. 2 pkt 5 ustawy o samorządzie gminnym.

ambulatoryjnego (5,8%)²⁸. **Największym budżetem dysponowały powiaty** (łącznie 1 516,6 mln zł), przeznaczając środki na składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (57,2%) i na funkcjonowanie szpitali (19,4%). Miasta na prawach powiatu przeznaczyły łącznie 983,1 mln zł, przede wszystkim na następujące cele: funkcjonowanie szpitali (28,6%), składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (26,5%) oraz przeciwdziałanie alkoholizmowi (24%). Wydatki dokonywane przez samorządy województw (984,1 mln zł) dotyczyły głównie funkcjonowania szpitali (76%), medycyny pracy (8,9%) oraz leczenia psychiatrycznego (6,9%).

Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2011 r.



W latach 2011-2013 wydatki poniesione przez **gminy województwa opolskiego** na realizację zadań w zakresie ochrony zdrowia przedstawiały się następująco:

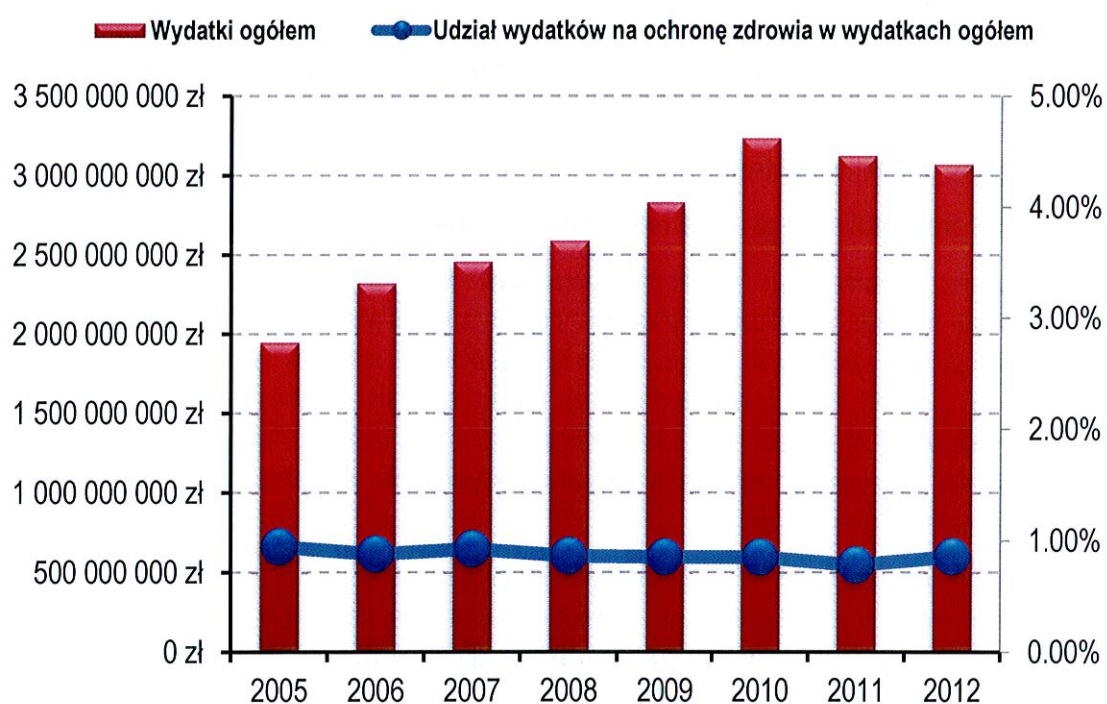
- w 2011 r. gminy województwa opolskiego przeznaczyły na ochronę zdrowia łącznie kwotę 24 338 713,05 zł, co stanowiło ok. 0,79% ogółu wydatków i średnio kwotę 24,24 zł przypadającą na jednego mieszkańca,
- w 2012 r. gminy województwa opolskiego przeznaczyły na ochronę zdrowia łącznie kwotę 26 192 460,36 zł, co stanowiło ok. 0,86% ogółu wydatków i średnio kwotę 26,18 zł przypadającą na jednego mieszkańca,
- w 2013 r. gminy województwa opolskiego przeznaczyły na ochronę zdrowia łącznie kwotę 24 795 387,87 zł, co stanowiło ok. 0,79 % ogółu wydatków i średnio kwotę 24,93 zł przypadającą na jednego mieszkańca.

Na realizację zadań w zakresie ochrony zdrowia w 2011 r. największą kwotę przeznaczyły miasta: Opole (7 463 337,39 zł), Kędzierzyn-Koźle (3 033 417,60 zł) i Nysa (1 237 637,32 zł), a spośród gmin

²⁸ Zgodnie z art. 10 ustawy o działalności leczniczej ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu (tj. leczenie, które nie przewiduje pobytu w szpitalu).

wiejskich: Dobrzeń Wielki (411 325,27 zł), Gogolin (348 209,43 zł) i Grodków (303 000,95 zł), zaś najmniejsze kwoty wydatkowały na ten cel: Gmina Kamiennik (18 679,99 zł), Gmina Pokój (21 797,40 zł) i Gmina Lubsza (26 256,05 zł), zaś spośród gmin miejskich: Gmina Baborów (65 468,85 zł), Gmina Gorzów Śląski (88 547,98 zł) oraz Gmina Dobrodzień (94 824,20 zł). W 2012 r. struktura wydatków gmin na zadania z zakresu ochrony zdrowia pod względem wysokości wydatkowanych kwot przedstawiała się podobnie, przy czym biorąc pod uwagę stosunek sumy wydatków na realizację tego rodzaju zadań do ogółu wydatków budżetowych najwyższe wskaźniki osiągnęły: Gmina Nysa (1,59%), Gmina Kędzierzyn-Koźle (1,49%) oraz Gmina Zębowice (1,36%), najniższe zaś: Gmina Pokój (0,05%), Gmina Wilków (0,17%) oraz Gmina Świerczów (0,25%), a w 2013 r. Miasto Opole (1,31%), Gmina Kędzierzyn-Koźle (0,91%) i Gmina Brzeg (0,60%).

Udział wydatków gmin województwa opolskiego w sumie wszystkich wydatków gminnych budżetów w latach 2005-2012 przedstawiono na poniższym wykresie.



Gminy w zróżnicowany sposób realizują zadania własne w zakresie ochrony zdrowia, w zależności od wielkości środków, którymi dysponują w danym roku budżetowym, w większości przypadków bez dokonywania analiz potrzeb mieszkańców oraz w oderwaniu od podstawowych założeń lokalnej polityki społecznej, która winna uwzględniać strategiczne cele polityki państwa w tym obszarze.

Dlatego też działalność gmin w obszarze ochrony zdrowia ma charakter incydentalny i doraźny, a tym samym nie jest objęta całościowym i spójnym planowaniem, uwzględniającym odległy horyzont czasowy realizacji tego rodzaju zadań.

Analiza prowadzonych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych czynności obejmujących weryfikację przekazywanych do zaopiniowania projektów programów zdrowotnych, stanowiących jedną z form zaspokajania potrzeb zdrowotnych, świadczy o tym, iż w wielu przypadkach programy te cechuje niski poziom merytoryczny i brak obiektywnego uzasadnienia dla realizacji objętych nimi świadczeń. Wynika to zarówno z braku odpowiednich zasobów kadrowych w urzędach gmin, jak i braku

rzetelnych analiz dotyczących stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych mieszkańców gminy²⁹. Jednocześnie gminy zadania własne w zakresie ochrony zdrowia o charakterze fakultatywnym realizują wyłącznie w ramach wolnych środków, tj. w sposób doraźny lub też nie realizują ich wcale.

Według danych przekazywanych Wojewodzie Opolskiemu przez poszczególnych starostów powiatów³⁰ **w 2012 r. na terenie województwa opolskiego zrealizowano łącznie 106 programów zdrowotnych**, w tym 91 programów gminnych. **W 2013 r. gminy województwa opolskiego zrealizowały 101 programów zdrowotnych**, przy czym największą aktywnością wykazała się Gmina Kędzierzyn-Koźle (22 programy), Gmina Strzelce Opolskie (18 programów) oraz Miasto Opole (12 programów). **W 2014 r. zaplanowano do realizacji łącznie 97 programów zdrowotnych**, w tym 80 programów gminnych i 17 programów powiatowych. Jednocześnie, na obszarze województwa opolskiego, według stanu na koniec grudnia 2013 r., funkcjonowało 10 podmiotów leczniczych prowadzonych przez gminy w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej³¹. Należały do nich: Gminny Ośrodek Zdrowia w Gogolinie, Gminny Zespół Lecznictwa Otwartego w Kietrze, Samodzielny Publiczny Ośrodek Zdrowia w Walcach, Samodzielny Publiczny ZOZ w Łubnianach, Samodzielny Publiczny ZOZ „Centrum” w Opolu, Samodzielny Publiczny ZOZ „Zaodrze” w Opolu, Samodzielny Publiczny ZOZ „Śródmieście” w Opolu, Samodzielny Publiczny ZOZ w Strzeleckach oraz Samorządowy ZOZ w Niemodlinie.

4.2. Istotne ustalenia kontroli

4.3. Stan przygotowania gmin do realizacji zadań własnych w zakresie ochrony zdrowia

1. Zgodnie z obowiązującymi przepisami³², opracowywanie i realizacja programów zdrowotnych, jak również realizacja innych działań w zakresie ochrony zdrowia winny wynikać z rozpoznanych przez gminę potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia jej mieszkańców. Istotne w przedmiotowej kontroli było zatem zbadanie stanu przygotowania gmin do realizacji tego rodzaju zadań, w tym zarówno przygotowania organizacyjnego, jak i zasobu informacji, którymi dysponowały poszczególne jednostki na etapie podejmowania decyzji o przystąpieniu do realizacji określonych działań w zakresie ochrony zdrowia.

Według obowiązujących w kontrolowanych jednostkach regulaminów organizacyjnych i innych aktów wewnętrznych, określających ich wewnętrzną strukturę, realizacja zadań z zakresu ochrony zdrowia została przypisana właściwym komórkom organizacyjnym lub poszczególnym pracownikom w ustalonych dla nich zakresach czynności.

Jedynie w **Gminie Bierawa** organizacja kontrolowanych jednostek nie uwzględniała fakultatywnych zadań gmin w zakresie ochrony zdrowia, ograniczając się jedynie do problematyki uzależnień. Stwierdzono także, że w czterech jednostkach³³ realizacja kontrolowanych zadań została powierzona pracownikom nieposiadającym odpowiedniego przygotowania rozumianego jako kierunkowe wykształcenie i ukończenie specjalistycznych szkoleń. Osoby te legitymowały się natomiast prawidłowym wykształceniem i wiedzą praktyczną, w odniesieniu do zagadnień przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii. W **Mieście Opole** zadania obejmujące opracowanie analiz i materiałów informacyjnych dotyczących stanu zdrowia mieszkańców, opracowanie strategii

²⁹ *Gminy źle wydają pieniądze na badania profilaktyczne*, Gazeta Prawna z dnia 5 października 2011 r.; *Niepokojąca ocena samorządowych programów zdrowotnych*, Gazeta Samorządu i Administracji nr 17/2013.

³⁰ Dane zbiorcze przekazane przez Wojewodę Opolskiego nie były weryfikowane przez NIK.

³¹ Źródło: www.ms.gov.pl.

³² Art. 7 ust. 1 pkt ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

³³ Gminy Bierawa, Strzelecki, Niemodlin, Namysłów.

profilaktyki i promocji zdrowia, a także analiza stanu zdrowia psychicznego mieszkańców Opola zostały powierzone Pełnomocnikowi ds. Zdrowia i Programów Profilaktycznych.

Nie stwierdzono występowania sporów kompetencyjnych pomiędzy jednostkami lub pracownikami wykonującymi zadania objęte niniejszą kontrolą.

2. W większości kontrolowanych gmin (**Miasto Opole** oraz gminy **Gogolin, Niemodlin i Strzeleccki**) nie były podejmowane działania zmierzające do rozpoznania stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych mieszkańców w zakresie przekraczającym problematykę uzależnień. Analizy takie nie były przeprowadzane zarówno na etapie opracowywania dokumentów o charakterze strategicznym³⁴, jak i przed podjęciem decyzji o opracowaniu projektów i przystąpieniu do realizacji programów zdrowotnych, koncentrujących się wokół określonych problemów zdrowotnych. Kontrolowane jednostki nie dysponowały żadnymi dokumentami potwierdzającymi identyfikację lokalnych potrzeb w tym zakresie, nie przeprowadzano także konsultacji społecznych. Jako przyczyny powyższego stanu kierownicy kontrolowanych jednostek wskazywali w szczególności obiektywne trudności w pozyskiwaniu aktualnych informacji dotyczących stanu zdrowia mieszkańców oraz brak dostępu do specjalistycznych szkoleń, szczególnie w zakresie techniki opracowywania programów (Burmistrz **Niemodlina**), konieczność realizacji innych priorytetowych zadań nałożonych przez ustawy (Wójt Gminy **Strzeleccki**). Natomiast wyjaśnienia pracowników Urzędu Miasta Opole oraz Urzędu Miejskiego w **Gogolinie** koncentrowały się na wykorzystywanych w tym zakresie danych ogólnodostępnych.

Tylko w **Gminie Bierawa** w 2012 r. przeprowadzono badanie ankietowe (na próbie obejmującej 40 rodzin) dotyczące oceny stanu zdrowia i stopnia zaspokojenia potrzeb zdrowotnych. Jego wyniki wskazały, iż większość ankietowanych oceniła stan swojego zdrowia jako zadowalający, a najczęściej zgłaszane problemy zdrowotne dotyczyły chorób układu krążenia i narządów ruchu oraz alergii. Z uwagi na zgłaszane bariery w dostępie do leczenia, wynikające z braku dostatecznych środków oraz zbyt odległe terminy oczekiwania na wizyty, ankietowani zadeklarowali także potrzebę dostępu do placówek udzielających specjalistycznych świadczeń zdrowotnych jak najbliżej ich miejsca zamieszkania. W jednostce tej opracowano także *Diagnozę problemów zdrowotnych i instytucjonalnych za lata 2010-2012*, w której treści jako główne problemy zdrowotne mieszkańców gminy wskazano zaburzenia psychiczne, choroby nowotworowe, zły stan zdrowia wynikający z niedożywienia, przemocy w rodzinie i zachowań agresywnych wśród młodzieży. Ustalenia wynikające z ww. opracowania w ograniczonym zakresie miały wpływ na podejmowane przez gminę działania w zakresie ochrony zdrowia. Chociaż w latach 2011-2013 **Gmina Bierawa** realizowała dwa programy zdrowotne, które dotyczyły problemu chorób nowotworowych³⁵, jednak pomimo zdiagnozowania zaburzeń psychicznych, jako jednego z głównych problemów zdrowotnych mieszkańców, dopiero w dniu 13 maja 2014 r. Rada Gminy przyjęła Gminny Program Promocji Zdrowia Psychicznego na lata 2014-2017, co opisano w dalszej części niniejszej Informacji.

Wprawdzie problematyka ochrony zdrowia była uwzględniana w treści opracowywanych w gminach **Namysłów, Gogolin i Bierawa** dokumentów o charakterze systemowym, takich jak strategie rozwiązywania problemów społecznych, jednak w żadnej z kontrolowanych jednostek nie został opracowany Wieloletni Plan Polityki Zdrowotnej, przewidziany jako oczekiwany do 2015 r. efekt

³⁴ Gminne strategie rozwiązywania problemów społecznych.

³⁵ Program szczepień profilaktycznych przeciwko wirusowi HPV, wywołującego raka szyjki macicy oraz Program „Zdrowa Gmina”, obejmujący profilaktyczne badania cytologiczne, mammograficzne i kolonoskopię.

Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015, stanowiącego załącznik do uchwały Rady Ministrów Nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r. Przykładowo **Gmina Namysłów** dysponowała opracowaniami takimi jak Gminna Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych na lata 2005-2015 oraz Diagnoza lokalnych zagrożeń społecznych, jednak zawarta w treści tych dokumentów analiza stanu zdrowia i potrzeb mieszkańców gminy została ograniczona do problemów uzależnień i niepełnosprawności. Z kolei w **Gminie Gogolin** integralną część *Strategii rozwiązywania problemów społecznych Gminy Gogolin na lata 2011-2015* stanowiły dwa programy zdrowotne³⁶.

Jako podstawę działań na rzecz ochrony zdrowia mieszkańców gminy przyjmowały ogólnodostępne dane i statystyki oraz korzystały z publikacji na stronach internetowych i w czasopismach fachowych, dotyczących problemów zdrowotnych o znaczeniu ogólnokrajowym, a nawet i europejskim czy światowym. W ograniczonym zakresie korzystano natomiast z zasobów innych podmiotów publicznych, posiadających informację odnoszącą się do specyfiki lokalnej. Jak wskazano w pkt. 3.3. Informacji, istotne w tym zakresie dane gromadzone są przez: Oddział Promocji Zdrowia i Oświaty Zdrowotnej Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej, Wydział Polityki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego, jak też przez Konsultantów Wojewódzkich w danej dziedzinie zdrowia i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, brak rozpoznania potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców uniemożliwiał identyfikację innych, niż zorientowane na problemy alkoholizmu i narkomanii działań. Tym samym ograniczona była aktywność gmin w zakresie tworzenia (współtworzenia) warunków dla zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz poprawy stanu zdrowia społeczności lokalnej, która koncentrowała się problemach zdrowotnych, zidentyfikowanych jako istotne w skali globalnej.

Ustalone w tym obszarze nieprawidłowości dotyczyły niepodjęcia przez **Gminę Niemodlin** i **Gminę Strzeleczy** jakichkolwiek działań, zmierzających do rozpoznania stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Jednostki te nie dysponowały żadnymi dokumentami potwierdzającymi identyfikację takich potrzeb, nie korzystały także z możliwości przeprowadzenia konsultacji społecznych w tym obszarze. Z wyjaśnień pracowników Urzędu Miejskiego w **Niemodlinie** wynika, iż w Gminie nie podejmowano działań w celu rozpoznawania stanu zdrowia mieszkańców, ani nie występowano o takie informacje do innych podmiotów, z uwagi na fakt sprywatyzowania większości funkcjonujących placówek zdrowia, czy też niemożność egzekwowania przekazania takich danych przez podmioty, które nimi dysponują. Świadczy to o braku rzetelnego rozpoznania źródeł możliwych do pozyskania informacji.

Wójt Gminy **Strzeleczy** wskazał z kolei, iż w kontrolowanym okresie realizowane były przez Gminę inne priorytetowe zadania nałożone przez ustawy, a działania profilaktyczne i zdrowotne finansowane są m.in. przez Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia. Wskazał też, że głównym celem działań było zapewnienie pacjentom dostępu do podstawowych usług medycznych lekarzy różnych specjalności, o których pozyskanie Gmina nieustannie zabiegała.

3. Realizacja zadań z zakresu ochrony zdrowia, jak również wykorzystanie środków na ten cel, w badanym okresie nie były przedmiotem szczegółowych badań w ramach przeprowadzanych w kontrolowanych jednostkach audytów wewnętrznych oraz innych kontroli. Zagadnienia te nie stanowiły także przedmiotu skarg kierowanych do urzędów przez obywateli.

³⁶ Program profilaktyki nowotworowej w Gminie Gogolin na lata 2013-2015 oraz Program przeciwdziałania wadom postawy u dzieci w Gminie Gogolin na lata 2013-2015.

4.3.1. Wydatki na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia

W okresie objętym kontrolą, ponoszone przez gminy wydatki na zadania związane z ochroną zdrowia ujmowane były w rozdziale 851 *Ochrona zdrowia* w rozdziałach: 85149 *Programy zdrowotne*, 85153 *Zwalczanie narkomanii*, 85154 *Przeciwdziałanie alkoholizmowi* oraz 85195 *Pozostała działalność*. Ponadto, **Miasto Opole** ponosiło także wydatki klasyfikowane w rozdziałach: 85111 *Szpitala ogólne*, 85121 *Lecznictwo ambulatoryjne* oraz 85152 *Zapobieganie i zwalczanie AIDS*. We wszystkich kontrolowanych jednostkach większość wydatków ponoszonych na realizację zadania *Ochrona zdrowia* było dokonywanych na cele związane z profilaktyką uzależnień, tj. na przeciwdziałanie alkoholizmowi i zwalczanie narkomanii.

Z ogólnej sumy wydatków przeznaczonych na realizację zadań objętych niniejszą kontrolą realizowanych w dziale 851 w kwocie **10 257,4 tys. zł**, na zadania w obszarze profilaktyki uzależnień gminy wydatkowały w latach 2011-2013 kwotę 6 835 tys. zł, co stanowiło ok. 67% wszystkich wydatków poniesionych na ochronę zdrowia w tym okresie. Wydatki poniesione na realizację gminnych programów zdrowotnych stanowiły w latach 2011-2013 łącznie kwotę 2 074,8 tys. zł, a ich udział w sumie wszystkich wydatków na ochronę zdrowia wynosił 21%.

Kwoty wydatków ponoszonych w latach 2011-2013 przez gminy na realizację objętych kontrolą zadań w zakresie ochrony zdrowia obrazuje poniższa tabela:

[w zł]

Lp.	Jednostka	Programy zdrowotne	Profilaktyka alkoholowa	Przeciwdziałanie narkomanii	Łącznie wydatki*
1	Gmina Bierawa	80 101	252 609	17 339	790 283
2	Gmina Gogolin	226 500	570 969	500	950 046
3	Gmina Namysłów	151 176	1 214 171	73 155	1 438 502
4	Gmina Niemodlin	-	678 968	27 709	801 677
5	Miasto Opole	1 617 063	3 078 656	719 666	5 534 492
6	Gmina Strzeleczy	-	197 465	3 971	201 436
	SUMA	2 074 840	5 992 838	842 340	9 716 436

* zaewidencjonowane w dziale 851 *Ochrona zdrowia*, rozdziały 85149 *Programy zdrowotne*, 85143 *Zwalczanie narkomanii*, 85154 *Przeciwdziałanie alkoholizmowi* oraz 85195 *Pozostała działalność*. Ponadto **Miasto Opole** ponosiło wydatki zaewidencjonowane w rozdziałach 85111, 85121, 85152 w łącznej kwocie 541 tys. zł.

W trzech gminach z sześciu skontrolowanych sukcesywnie rosły wydatki na realizację zadań objętych niniejszą kontrolą. I tak odpowiednio w latach 2011, 2012 i 2013 wynosiły one w **Gminie Strzeleczy** - 59, 65 i 76 tys. zł, w **Gminie Niemodlin** - 256, 266 i 280 tys. zł oraz w **Gminie Namysłów** - 397, 427 i 463 tys. zł. W pozostałych natomiast jednostkach samorządu wydatki te były na porównywalnym poziomie.

4.3.2. Pełnienie funkcji właścicielskiej w stosunku do podmiotu leczniczego

1. Obowiązujące przepisy nie nakładają na gminy obowiązku utworzenia podmiotu leczniczego. Spośród sześciu objętych kontrolą jednostek, cztery prowadziły własne podmioty lecznicze³⁷. Ww. podmioty zostały utworzone w latach 1999-2005 na podstawie uchwały rady gminy (rady miejskiej) w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, prowadzących działalność z wykorzystaniem przekazanych nieodpłatnie nieruchomości i ruchomego majątku komunalnego. Tylko w przypadku podmiotów utworzonych przez **Miasto Opole** ustalone zostały ograniczenia swobody dysponowania majątkiem gminnym, poprzez określenie w formie uchwały organu stanowiącego gminy zasad zbywania, oddawania w najem, dzierżawę, użytkowanie i użyczenie aktywów trwałych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej³⁸.

W okresie objętym kontrolą prowadzone przez gminy podmioty lecznicze udzielały ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz prowadziły badania diagnostyczne, a jeden z tych podmiotów³⁹ funkcjonował także jako zakład opiekuńczo-leczniczy.

2. W przypadku wszystkich podmiotów leczniczych, w ustawowym terminie właściwe organy podjęły niezbędne czynności w celu dostosowania treści statutów i regulaminów organizacyjnych do nowych przepisów ustawy o *działalności leczniczej*⁴⁰. Z ustaleń kontroli wynika, iż organy wykonawcze gmin zapewniły rzetelne wykonywanie kompetencji nadzorczych względem prowadzonych podmiotów leczniczych. Nadzór ten sprawowany był poprzez bieżącą kontrolę działalności tych jednostek, analizę przedkładanych przez kierowników sprawozdań o stanie zobowiązań i należności, informacji z wykonania planu finansowego oraz analizy całokształtu sytuacji ekonomicznej i finansowej tych jednostek na etapie podejmowania przez radę gminy uchwały w sprawie zatwierdzenia rocznego sprawozdania finansowego, a także przed podjęciem decyzji o przekazaniu dotacji na cele inwestycyjne. Za wyjątkiem spoz w **Strzeleckach**, w latach 2010-2012 prowadzone przez gminy podmioty lecznicze osiągały dodatnie wyniki finansowe. W jednym przypadku wynik finansowy podmiotu leczniczego⁴¹ ujęty w bilansie za 2011 r. wykazał stratę, jednak po uwzględnieniu amortyzacji, stanowił on wartość dodatnią. Dlatego też brak było podstaw do podjęcia przez radę gminy decyzji o pokryciu ujemnego wyniku finansowego⁴². W **Gminie Strzelecki** wynik ujemny spoz występował we wszystkich latach okresu

³⁷ Miasto Opole: Spzoz Śródmieście, Spzoz Centrum i Spzoz Zaodrże, Gmina Niemodlin: Samorządowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Niemodlinie, Gmina Gogolin: Gminny Ośrodek Zdrowia w Gogolinie, Gmina Strzelecki: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Strzeleckach, z siedzibą w Dobrej (likwidacja podmiotu nastąpiła w 2013 r.)

³⁸ Uchwała Rady Miasta Opola nr XLIV/448/09 z dnia 29 stycznia 2009 r. w sprawie określenia zasad zbycia, wydzierżawienia, oddania w użytkowanie lub użyczenia aktywów trwałych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Rada Miasta Opola, która obowiązywała do 8 lutego 2012 r., tj. do wejścia w życie uchwały nr XXI/313/11 Rady Miasta Opola z dnia 29 grudnia 2011 r. w sprawie zasad zbycia, oddania w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenia aktywów trwałych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Rada Miasta Opola.

³⁹ Samorządowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Niemodlinie.

⁴⁰ Zgodnie z art. 204 ust. 2 ustawy o *działalności leczniczej*, w terminie do dnia 31 grudnia 2012 r. kierownicy działających na podstawie dotychczasowych przepisów publicznych zakładów opieki zdrowotnej zobowiązani byli do dostosowania ich działalności oraz statutu i regulamin organizacyjny do przepisów ustawy oraz dokonania zgłoszenia do rejestru.

⁴¹ Gminny Ośrodek Zdrowia w Gogolinie.

⁴² Zgodnie z art. 59 ust. 2 ustawy o *działalności leczniczej*, podmiot tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, pokryć ujemny wynik finansowy za rok obrotowy tego zakładu, jeżeli wynik ten, po dodaniu kosztów amortyzacji, ma wartość ujemną - do wysokości tej wartości.

2010-2012, a Rada Gminy dwukrotnie postanowiła o pokryciu straty ze środków budżetu gminy, przeznaczając na ten cel łącznie w latach 2012 i 2013 kwotę 80 000 zł. Decyzję o likwidacji tego podmiotu Rada **Gminy Strzeleczerki** podjęła na podstawie art. 60 ustawy o *działalności leczniczej*, określając m.in. daty: otwarcia likwidacji, zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz zakończenia likwidacji. Postanowiono także o zadysponowaniu składników materialnych i niematerialnych likwidowanego podmiotu poprzez ich udostępnienie na podstawie umowy najmu podmiotowi niepublicznemu, który zobowiązał się do udzielania świadczeń zdrowotnych mieszkańcom **Gminy Strzeleczerki** na dotychczasowych zasadach, określonych w umowie zawartej przez Opolski Oddział NFZ ze zlikwidowanym podmiotem. W ramach tej likwidacji nie ustrzeżono się nieprawidłowości. Dotyczyła ona wypłaty likwidatorowi uzupełniającej części wynagrodzenia, pomimo braku pełnej realizacji zobowiązań wynikających z zawartej umowy⁴³. W dniu 31 marca 2014 r. Wojewoda Opolski na wniosek likwidatora wykreślił ten spzoz z rejestru podmiotów leczniczych, o którym mowa w art. 100 ustawy o *działalności leczniczej*. Majątek zlikwidowanej placówki został zagospodarowany na cele związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez niepubliczny podmiot leczniczy.

Stwierdzono ponadto, że Rada Miejska w **Namysłowie** wyraziła zgodę na objęcie przez gminę akcji w podmiocie leczniczym, utworzonym w formie spółki akcyjnej⁴⁴ z udziałem powiatu. Burmistrz dysponował bieżącymi informacjami o sytuacji ekonomicznej tej spółki, m.in. poprzez osobisty udział w walnych zgromadzeniach, których przedmiotem obrad było zatwierdzanie rocznych sprawozdań finansowych. Informacje w tym zakresie były także przekazywane przez przedstawiciela Gminy w Radzie Nadzorczej tej spółki.

W okresie objętym kontrolą dwa⁴⁵ spośród sześciu podmiotów leczniczych uzyskały środki finansowe z dotacji udzielanych przez kontrolowane gminy w łącznej wysokości 70 000 zł, z przeznaczeniem na zakup aparatury medycznej, stanowiącej wyposażenie poradni specjalistycznych i diagnostycznych. Dotacje te przekazywano w wysokości nieprzekraczającej maksymalnego, ustawowo określonego limitu kwoty dotacji⁴⁶. Wykorzystanie środków przekazanych przez **Gminę Gogolin** stanowiło przedmiot audytu i kontroli wewnętrznych, których wyniki nie wykazały żadnych nieprawidłowości w tym zakresie.

4.3.3. Podejmowanie działań obejmujących opracowywanie i realizację gminnych programów zdrowotnych wraz z oceną ich efektów

1. Zgodnie z art. 5 pkt 30 ustawy o *świadczeniach opieki zdrowotnej*, program zdrowotny stanowi zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Finansowany jest ze środków publicznych, jednak zadanie to ma charakter fakultatywny, dlatego też braku realizacji takich programów nie można uznać za naruszenie przez gminę obowiązujących przepisów. W okresie objętym kontrolą, cztery spośród sześciu kontrolowanych jednostek realizowały programy zdrowotne. Programów nie opracowały gminy **Strzeleczerki** i **Niemodlin**, tj. jednostki, w których nie były podjęte żadne działania w celu rozpoznawania stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych jej

⁴³ Jako przyczynę powyższego wskazywano błędną interpretację treści tej umowy oraz przeoczenie.

⁴⁴ Namysłowskie Centrum Zdrowia Spółka Akcyjna w Namysłowie

⁴⁵ Spzoz Zaodrze w Opolu i Gminny Ośrodek Zdrowia w Gogolinie.

⁴⁶ Zgodnie z art. 114 ust. 4 ustawy o *działalności leczniczej*.

mieszkańców, co w ocenie NIK mogło stanowić jedną z przyczyn braku aktywności w tym zakresie⁴⁷. W odniesieniu do ww. jednostek odstąpiono od dokonania oceny tego obszaru, gdyż opracowywanie i realizacja programów zdrowotnych nie jest zadaniem gminy o charakterze obowiązkowym. Jednocześnie w gminach tych nie zdiagnozowano lokalnych potrzeb w tym zakresie, z uwagi na niepodejmowanie jakichkolwiek czynności w celu ich ustalenia. Zaniechania te zostały ocenione negatywnie.

2. W okresie objętym kontrolą realizowanych było siedemnaście programów zdrowotnych, w których uczestniczyło łącznie 24 429 osób, a gminy wydatkowały na ich przeprowadzenie 2 038,2 tys. zł.

Zestawienie programów zdrowotnych stanowi załącznik nr 6.2. do niniejszej Informacji. Projekty ośmiu prowadzonych w okresie objętym kontrolą programów, przed przystąpieniem do ich realizacji zostały pozytywnie zaopiniowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych. Osiem programów w **Opolu** nie zostało poddanych opiniowaniu, gdyż programy te zostały opracowane i zainicjowane w okresie 2006-2009, tj. przed datą powstania tego obowiązku⁴⁸. Tylko w przypadku jednego programu, tj. projektu zgłoszonego do Programu *Zdrowa Gmina* (projekt działań promujących prewencję i profilaktykę chorób nowotworowych) **Wójt Gminy Bierawa** nie skierował go do zaopiniowania przez ww. agencję, naruszając tym samym art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Powyższe wynikało z uznania tego programu jako projektu konkursowego w ramach programu, którego organizatorem była Polska Unia Onkologii. Dziesięć spośród siedemnastu programów zdrowotnych koncentrowało się wokół zagadnień profilaktyki nowotworowej, w tym cztery z nich obejmowały szczepienia dziewcząt przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV), a w ramach trzech programów przeprowadzano badania mammograficzne, inne obejmowały także profilaktykę onkologiczną raka prostaty, raka jelita grubego i raka krtani. W ramach pozostałych programów zdrowotnych podejmowano także działania z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy, zapobiegania nadwadze i otyłości oraz niedożywieniu u dzieci, profilaktyki chorób płuc, wczesnego wykrywania cukrzycy oraz przeciwdziałania wadom postawy u dzieci.

Nie kwestionując zasadności wyboru obszaru, w którym ze środków publicznych finansowane są świadczenia w ramach realizowanych programów zdrowotnych, NIK zwraca jednak uwagę, że wybór w tym zakresie, w żadnej z kontrolowanych gmin, nie wynikał z rzetelnie przeprowadzonych analiz potrzeb zdrowotnych mieszkańców, mimo obowiązku dokonania takiego rozpoznania wynikającego z art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

3. Spośród czterech gmin realizujących własne programy zdrowotne, tylko w **Namysławie** wybór realizatorów wszystkich programów został dokonany w trybie konkursu ofert, o którym mowa w art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Przypadki naruszenia tego przepisu stwierdzono w pozostałych samorządach. I tak: **Miasto Opole** oraz **Gmina Gogolin** powierzyły realizację 11 z 14 programów zdrowotnych prowadzonym przez te jednostki podmiotom leczniczym, udzielając na ten cel dotacji w łącznej kwocie odpowiednio 1 462,4 tys. zł oraz 226,5 tys. zł. Wyjaśniając przyczyny odstąpienia od dokonania wyboru realizatorów programów w trybie konkursu ofert Burmistrz **Gogolina** stwierdził, iż zaprojektowane w treści programów czynności mieściły się

⁴⁷ Pracownik zatrudniony na samodzielnym stanowisku ds. profilaktyki alkoholowej i zarządzania kryzysowego, wyjaśniając przyczyny braku podejmowania przez Gminę Strzeleczyki działań obejmujących opracowanie i realizację tego rodzaju programów wskazał na możliwość korzystania przez mieszkańców z programów realizowanych przez samorząd powiatu oraz Narodowy Fundusz Zdrowia.

⁴⁸ Art. 48 ust. 2a i ust. 2b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zobowiązujący do poddania projektu programu opiniowaniu AOTM wszedł w życie 31 sierpnia 2009 r.

w zakresie działania Gminnego Ośrodka Zdrowia, stąd nie istniała potrzeba wyłonienia innego wykonawcy. Wskazał też, że biorąc pod uwagę, iż art. 38 ust. 2 pkt 2 ustawy o *działalności leczniczej*, daje podstawę do nałożenia na podmiot leczniczy obowiązku realizacji dodatkowych zadań, przyjęto iż przepis ten umożliwia gminie, jako podmiotowi tworzącemu, powierzenie realizacji dodatkowych zadań własnej jednostce, bez konieczności wyłaniania ich wykonawcy w drodze konkursu. Z kolei, Prezydent **Miasta Opola** wyjaśnił, iż w związku z wynikającą z art. 114 ustawy o *działalności leczniczej* podstawą prawną przekazywania dotacji utworzonym przez Miasto podmiotom leczniczym z przeznaczeniem na realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, zadania te realizowane są we własnym zakresie przez te jednostki, bez konieczności angażowania potencjału podmiotów trzecich.

Również i **Gmina Bierawa** nie dokonała wyboru realizatora badań profilaktyki nowotworowej w ramach projektu *Zdrowa Gmina*, w trybie konkursu ofert. Zadanie to powierzyła bowiem podmiotom wskazanym przez Polską Unię Onkologii, organizatora tego projektu.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, kompleksowa regulacja dotycząca realizacji przez gminy własnych programów zdrowotnych została zawarta w art. 48 ustawy o *świadczeniach opieki zdrowotnej*. Przepisy te wprost stanowią o obowiązku dokonania wyboru realizatorów tych programów w trybie konkursu. Odmienne w tym zakresie zasady mogą wprawdzie wynikać z przepisów odrębnych, lecz do regulacji tego rodzaju nie można zaliczyć ustawy o *działalności leczniczej*, która stanowi akt regulujący w sposób ogólny zasady tworzenia i funkcjonowania podmiotów leczniczych. W aktualnym stanie prawnym ustawodawca nie przewidział odmiennej, poza konkursem, możliwości powierzania przez gminę realizacji programów zdrowotnych innym podmiotom, a zasada ta znajduje zastosowanie, bez żadnych wyjątków, także w odniesieniu do gmin, które prowadzą własne podmioty lecznicze.

4. **Gmina Gogolin** przekazała własnemu podmiotowi leczniczemu środki w wysokości 63,5 tys. zł na przeprowadzenie szczepień przeciwko HPV, pomimo tego, że nie został opracowany żaden program zdrowotny, przewidujący udzielanie tego rodzaju świadczeń zdrowotnych. Działanie to stanowiło naruszenie art. 114 ust. 1 pkt. 1 ustawy o *działalności leczniczej*, zgodnie z którym podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne, między innymi, z przeznaczeniem na realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych.
5. Z ustaleń kontroli wynika, iż realizowane przez gminy programy zdrowotne nie przewidywały narzędzi ani wskaźników, umożliwiających dokonanie oceny ich efektów, mimo iż obowiązek tej treści wynika z art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy o *świadczeniach opieki zdrowotnej*. Na konieczność dokonywania tego rodzaju oceny zwraca także uwagę Agencja Oceny Technologii Medycznych, wskazując w opracowanych dla jednostek samorządu terytorialnego zaleceniach, iż *program zdrowotny należy od samego początku planować, organizować i wdrażać w takiej postaci, żeby można było ocenić jego efektywność. Jeśli to możliwe (i adekwatne dla danego problemu zdrowotnego), należy zmierzyć wyjściową chorobowość (liczba chorych/100 tys. populacji) i zachorowalność (liczba nowych przypadków/100 tys. populacji) albo rozprzestrzenienie czynnika ryzyka, który zamierzamy ograniczyć. W trakcie realizacji programu powinno się zbierać obiektywne dane dotyczące udziału w nim członków grup docelowych i osiągniętych efektów zdrowotnych*⁴⁹. Dokonywana przez kontrolowane jednostki ewaluacja realizowanych programów zdrowotnych obejmowała ustalanie liczby ich uczestników oraz stosunku osób faktycznie korzystających ze

⁴⁹ Źródło: aotm.gov.pl

świadczeń objętych programem do liczebności populacji, do której program był kierowany. W opracowanym przez **Gminę Namysłów** programie *Fioletowa wstążka*, obejmującym wykonanie szczepień przeciwko wirusowi HPV ustalono wskaźniki monitorujące realizację programu odnoszące się do liczby dziewcząt uczestniczących w Programie i objętych szczepieniami. Burmistrz **Namysłowa** wyjaśnił, iż z uwagi na charakter programu oczekiwane efekty są niewymierne, gdyż dane dotyczące skuteczności szczepionek w zapobieganiu rakowi szyjki macicy będą znane po długim okresie czasu. Odwołując się do szacunków Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego wskazał także, iż szczepienia nastolatek i młodych kobiet przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego spowodują zmniejszenie zachorowań na raka szyjki macicy od 76% do 96% w ciągu 15-20 lat od rozpoczęcia szczepień. W okresie objętym kontrolą stosunek liczby dziewcząt faktycznie zaszczepionych do liczby dziewcząt, do których był adresowany stanowił ok. 90%. Również w **Gminie Bierawa** w założeniach do programu szczepień profilaktycznych wskazano cztery wskaźniki monitorujące: liczbę uczestniczek programu, liczbę objętych szczepieniami, stopień osiągnięcia celu wyrażający się stosunkiem liczby deklaracji udziału do liczby faktycznie zaszczepionych oraz opinie odbiorców o Programie. W latach 2011-2013 faktycznie zaszczepiono 80% dziewcząt. Z kolei, w ramach programu realizowanego w konkursie *Zdrowa Gmina*, miernikiem efektywności projektu była liczba przebadanych osób. Łącznie w kontrolowanym okresie badaniami cytologicznymi, mammograficznymi i kolonoskopia objęto 115 osób.

Gmina Gogolin także zaplanowała sposób dokonywania oceny efektywności Programu profilaktyki nowotworowej oparty na przeprowadzeniu pomiaru aktywności jego uczestników. W odniesieniu do programu przeciwdziałania wadom postawy u dzieci miernik efektywności stanowił odsetek dzieci zakwalifikowanych do grup ryzyka w podziale na poszczególne rodzaje schorzeń i jego porównanie z wynikami badań z roku ubiegłego.

W treści programów zdrowotnych realizowanych przez **Miasto Opole** również przyjęto, iż efekt ich realizacji stanowi liczba wykonanych badań lub udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Wszystkie objęte kontrolą jednostki udostępniały informacje o realizowanych programach zdrowotnych w prasie lokalnej, na stronach internetowych urzędów oraz w formie listów adresowanych imiennie do członków grup docelowych objętych danym programem lub ich rodziców. Ponadto, w **Gminie Bierawa** korzystano w tym celu z tablic informacyjnych rad sołeckich oraz zlecono emisję reklamy radiowej, a **Gmina Gogolin** rozpowszechniała informacje o programie poprzez współpracę z parafiami z terenu gminy. **Miasto Opole** informacje o planowanych programach zdrowotnych rozpowszechniało także poprzez przysyłanie zaproszeń z zamieszczonymi w nich głównymi wytycznymi dotyczącymi danego programu do urzędów i zakładów pracy na terenie miasta. We wszystkich gminach realizacja programów poprzedzona była kampanią edukacyjno-informacyjną obejmującą prowadzenie zajęć lub pogadanek z lekarzami o tematyce związanej z Programem.

6. Gminy, które realizowały programy zdrowotne wywiązywały się z obowiązku przekazywania staroście informacji o programach realizowanych w minionym roku budżetowym oraz o programach planowanych do realizacji w roku kolejnym, wynikającym z art. 7 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono jednakże w trzech jednostkach. I tak:

-
- w przekazywanych Staroście Krapkowickiemu informacjach, **Gmina Gogolin** zawierała również dane o podejmowanych działaniach profilaktycznych, informacyjnych i edukacyjnych⁵⁰, mimo iż przedsięwzięcia te nie stanowiły programów zdrowotnych w rozumieniu art. 5 pkt 30 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Wyjaśniając przyczynę takiego stanu rzeczy Burmistrz **Gogolina** wskazał, iż z uwagi na istniejące w latach 2011-2012 problemy w zdefiniowaniu programu zdrowotnego, z ostrożności ujęto w sprawozdaniach informacje o wszystkich formach aktywności gminy w zakresie profilaktyki zdrowotnej, gdyż dane te faktycznie odzwierciedlały działania podejmowane przez Gminę w danym roku budżetowym.
 - w informacjach przekazywanych ww. staroście za lata 2011-2013 **Gmina Strzeleczy** wykazywała realizację kampanii profilaktycznej pn. Zachowaj Trzeźwy Umysł, mimo że działania te nie były podejmowane w ramach programu profilaktycznego,
 - informację za 2011 r. Sekretarz **Gminy Bierawa** przekazała do Starostwa Powiatowego w Kędzierzynie-Koźlu 10 dni po terminie określonym w § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje, a informację za 2013 r. 5 dni po tym terminie. Jednocześnie dane dotyczące kosztów związanych z realizacją programów zdrowotnych, podawane w informacjach tych były niezgodne z ewidencją księgową, co wynikało z pomyłek (np. dokonania wyliczeń na podstawie treści umowy, a nie faktycznego jej wykonania, pominięcia dofinansowania kosztów szczepionek przez inne niż gmina osoby).
7. W trakcie kontroli prowadzonej w Urzędzie Gminy w **Bierawie** stwierdzono ponadto, że wydatki poniesione w latach 2011-2013 na realizację Programu szczepień profilaktycznych w łącznej kwocie 59 235 zł (w 2011 r. - 25 800 zł, w 2012 r. - 16 560 zł i w 2013 r. - 16 875 zł) zaklasyfikowano do §4300 Zakup usług pozostałych, pomimo tego, że wg załącznika nr 4 do rozporządzenia w sprawie klasyfikacji budżetowej, powinny być one ujęte w § 4280 Zakup usług zdrowotnych. Również i wydatki dotyczące realizacji w 2012 r. Programu *Zdrowa Gmina* w łącznej kwocie 20 866 zł były klasyfikowane niezgodnie z ww. przepisami. Powyższe stanowiło naruszenie § 1 pkt 4 ww. rozporządzenia i miało wpływ na sporządzane w Urzędzie sprawozdania Rb-28S z wykonania planu wydatków budżetowych za lata 2011-2013 poprzez wykazanie tych wydatków w nieprawidłowej podziałce klasyfikacji budżetowej. Powyższe wynikało z błędnej interpretacji zasad dokonywania klasyfikacji wydatków budżetowych.

4.3.4. Realizacja zadań własnych w zakresie ochrony zdrowia w wybranych obszarach

1. We wszystkich objętych kontrolą jednostkach kwoty wydatków planowanych na realizację zadań ujętych w gminnych programach profilaktyki alkoholizmu i przeciwdziałania narkomanii odpowiadały kwotom planowanych dochodów z tytułu opłat przedsiębiorców za sprzedaż napojów alkoholowych. Zadania te realizowano przy udziale powołanych przez organ wykonawczy pełnomocników ds. profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, a jedynie w **Gminie Gogolin**, ich realizacja należała do zadań ośrodka pomocy społecznej.
W przypadku wszystkich objętych kontrolą jednostek, wydatki ponoszone w latach 2011-2013 na działania w obszarze przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii były niższe niż dochody uzyskane

⁵⁰ Projekty *Ciąża bez alkoholu*, *Nauka pierwszej pomocy*, *Zabiegi rehabilitacyjne w domu pacjenta* lub *Przeciwdziałanie alkoholizmowi i narkomanii*.

z tytułu opłat od zezwoleń na obrót hurtowy i sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych. Powszechną praktykę stanowiło kwalifikowanie powstałej w ten sposób różnicy jako nadwyżki środków budżetowych w każdym kolejnym roku budżetowym, co umożliwiało jej przeznaczenie na realizację zadań innych niż ujęte w gminnych programach profilaktycznych, co stanowiło działanie niezgodne z art. 18² ustawy o wychowaniu w trzeźwości. Tylko w **Gminie Gogolin**, w oparciu o rozliczenie uzyskanych dochodów i zrealizowanych wydatków w kolejnym roku budżetowym zwiększano plan wydatków na zadania w zakresie profilaktyki alkoholowej i przeciwdziałania narkomanii o kwoty nadwyżki powstałej odpowiednio w każdym z poprzednich lat kalendarzowych. Łącznie w latach 2011-2013 w pięciu skontrolowanych gminach nie została wykorzystana kwota 958,5 tys. zł. Największa różnica pomiędzy uzyskanymi w tym okresie dochodami z ww. tytułu a kwotami wydatków na finansowanie przeciwdziałania alkoholizmowi i zwalczania narkomanii wystąpiła w **Mieście Opolu** (462,9 tys. zł), **Namysłowie** (359,3 tys. zł) oraz **Strzeleckach** (115 tys. zł), a najmniejsza w **Bierawie** (21,3 tys. zł). W porównaniu natomiast do łącznej kwoty zaplanowanych na te cele wydatków, najwięcej środków nie zostało wykorzystanych w **Gminie Strzelecki**, natomiast najmniej w **Mieście Opolu**.

Przykładowo, powyższe wyjaśniano m.in. tym w ustawie o wychowaniu w trzeźwości brak jest przepisów obligujących jednostkę samorządu terytorialnego do wydatkowania pozostałych na koniec roku dochodów budżetu z tytułu wydawanych zezwoleń na obrót napojami alkoholowymi w następnym roku budżetowym w ramach tzw. wydatków niewygasających (Skarbnik Miasta Opole). Zgodnie z art. 18 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, dochody z opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych ujmują się w budżecie zarówno po stronie dochodów jak i wydatków w tej samej kwocie. Środki te przeznacza się w budżecie wyłącznie na realizację gminnych programów profilaktyki (...) zasady gospodarki budżetowej wynikające z ustawy o finansach publicznych przewidują wygasanie wydatków niezrealizowanych w danym roku budżetowym (budżet gminy jest planem rocznym, co zostało zapisane art. 211 ustawy o finansach publicznych). Uchwała budżetowa traci moc z końcem roku budżetowego, to zaś powoduje, że niezrealizowane wydatki stają się nadwyżką budżetową (Skarbnik Gminy Niemodlin).

2. We wszystkich jednostkach zapewniono opracowanie i uchwalenie przez organ stanowiący gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, jak również gminne programy przeciwdziałania narkomanii. Z ustaleń kontroli wynika, iż przy tworzeniu tych dokumentów korzystano z wykonanych we własnym zakresie (np. **Gmina Bierawa**) lub przez osoby trzecie opracowań zawierających diagnozę lokalnych problemów społecznych (**Gminy Niemodlin i Namysłów**), ze szczególnym uwzględnieniem problematyki uzależnień i przemocy w rodzinie, prowadzono także monitoring aktualnych danych dotyczących zjawiska narkomanii (**Miasto Opole**) i konsultowano treść programów z działającymi na terenie gminy organizacjami społecznymi i stowarzyszeniami. W trakcie kontroli przeprowadzonej w Urzędzie Miejskim w **Gogolinie** stwierdzono nierzetelne przygotowanie projektów gminnych programów profilaktycznych, z uwagi na zaniechanie przeprowadzenia analizy lokalnych uwarunkowań, skali zjawiska i potrzeb związanych z problematyką uzależnień. Jednocześnie w gminie tej program przeciwdziałania narkomanii nie został uchwalony na cały objęty kontrolą okres, a w związku z upływem okresu obowiązywania programu obejmującego lata 2011-2012, do końca pierwszej połowy 2014 r. Burmistrz **Gogolina** nie opracował i nie przedstawił Radzie Miejskiej do uchwalenia projektu takiego programu. Powyższe

zaniechanie stanowiło naruszenie art. 10 ust. 2 ustawy o *przeciwdziałaniu narkomanii* i wg wyjaśnień Burmistrza spowodowane było wprowadzaniem zmian organizacyjnych⁵¹.

3. Zaplanowane w treści ww. programów zadania gminy realizowały samodzielnie, za pośrednictwem własnych jednostek organizacyjnych, w szczególności ośrodków pomocy społecznej i szkół, jak również w szerokim zakresie poprzez zlecanie realizacji zadań publicznym organizacjom społecznym i innym podmiotom, na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o *działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*⁵². Kontrola, którą objęto w każdej jednostce próbę wydatków finansowanych na przeciwdziałanie alkoholizmowi i zwalczanie narkomanii⁵³ zrealizowanych w latach 2011-2013 w łącznej kwocie 1 668 881,83 zł wykazała, iż środki publiczne przeznaczone na realizację tych zadań wydatkowano z zachowaniem zasad racjonalnego i oszczędnego gospodarowania oraz zasad określonych w przepisach ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych*⁵⁴, a realizatorów poszczególnych zadań wylaniano w prawidłowo i rzetelnie przeprowadzanych konkursach ofert.

Z treści zgromadzonej w kontrolowanych jednostkach dokumentacji wynikało, iż powierzone tym podmiotom zadania zostały prawidłowo zrealizowane, m.in. z zachowaniem określonych w postanowieniach zawartych umów terminów, co znajdowało potwierdzenie w rzetelnie sporządzonych protokołach odbioru prac, sprawozdaniach z realizacji zadań, a także treści opisów, umieszczanych przez pracowników na przedłożonych do zapłaty fakturach i rachunkach.

Kontrola w tym zakresie wykazała następujące nieprawidłowości:

- w **Gminie Namysłów** nie uruchomiono telefonu zaufania, jako punktu konsultacyjnego dla ofiar przemocy domowej, pomimo tego, że zadanie takie przewidziano w harmonogramie realizacji ww. programu. Powyższe wg. Burmistrza wynikało z *braku chętnych osób (wolontariuszy) posiadających odpowiednie kwalifikacje do prowadzenia takiego telefonu*.

- w **Gminie Gogolin** członkowie Gminnej Komisji Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych nierzetelnie zweryfikowali ofertę złożoną przez Dyrektora Gminnego Ośrodka Zdrowia, na wykonanie zadania pn. *Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe oraz wynikające z innych uzależnień pomocy psychospołecznej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie (prowadzenie terapii dla ofiar przemocy i dla sprawców przemocy) w Poradni dla Osób Uzależnionych i Współuzależnionych*. Zgodnie z § 18 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów leczenia odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu⁵⁵ osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia powinny posiadać kwalifikacje zawodowe uzyskane w specjalistycznych programach szkoleniowych w zakresie terapii uzależnień, potwierdzone certyfikatem specjalisty psychologa uzależnień lub instruktora terapii uzależnień. W ofercie tej, w wykazie osób wyznaczonych do przeprowadzania terapii wskazano osobę, która nie posiadała certyfikatu uprawniającego do posługiwania się tytułem terapeuty uzależnień i nie znajdowała się na ogólnodostępnej, publikowanej przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych liście terapeutów. W konsekwencji, w wyniku zawarcia przez Gminę

⁵¹ Przeniesienie ogółu działań związanych z uzależnieniami do jednostki organizacyjnej gminy, tj. Ośrodka Pomocy Społecznej, który będzie koordynował przygotowanie ww. programów.

⁵² Dz. U. z 2014 r., poz. 1118 ze zm.

⁵³ Dział 851 Ochrona zdrowia, rozdział 85153 *Przeciwdziałanie alkoholizmowi oraz rozdziału 85154 Zwalczanie narkomanii* pozwala.

⁵⁴ Dz. U. z 2013 r. poz. 907 ze zm.

⁵⁵ Dz. U. z 2000 r. Nr 3, poz. 44 ze zm. Rozporządzenie zostało uchylone dnia 1 lipca 2012 r.

z Gminnym Ośrodkiem Zdrowia dwóch porozumień, osoba ta prowadziła w latach 2011-2012 (I połowa) zajęcia terapeutyczne z ofiarami przemocy, mimo iż nie posiadała uprawnień wymaganych przepisami ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia. Powyższe, zdaniem Zastępcy Burmistrza spowodowane było tym, że *Gminny Ośrodek Zdrowia w Gogolinie w złożonej ofercie oświadczył, że posiada odpowiednio wykwalifikowaną kadrę, a ww. osoba rozpoczęła podnoszenie kwalifikacji zawodowych poprzez uczestnictwo w specjalistycznych programach szkoleniowych w zakresie terapii uzależnień i w latach 2011-2012 pracowała pod nadzorem i we współpracy z psychologiem posiadającym wymagane uprawnienia.*

Obowiązujące w objętych kontrolą gminach uchwały w sprawie ustalenia liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych były podejmowane z uwzględnieniem ustalonych w gminnych programach profilaktyki i przeciwdziałania alkoholizmowi potrzeb ograniczania dostępności alkoholu. Polegało to w szczególności na określeniu zasad usytuowania punktów sprzedaży alkoholu (np. wprowadzenie minimalnych odległości od szkół, przedszkoli, obiektów sportowych oraz obiektów kultu) i wprowadzeniu stałych zakazów sprzedaży alkoholu we wskazanych miejscach (np. na targowiskach, w placówkach kultury, obiektach pomocy społecznej). Nie stwierdzono przypadków przekroczenia ustalonych limitów punktów sprzedaży alkoholu w kontrolowanych gminach. Stwierdzono jednocześnie, że w **Gminie Gogolin** w związku z podjętą przez Radę Miejską w okresie objętym kontrolą uchwałą⁵⁶ zmniejszeniu uległa liczba punktów sprzedaży alkoholu z 40 do 30, co odpowiadało założeniom obowiązujących w tej gminie programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

4. Kontrolowane jednostki w ograniczonym zakresie wywiązały się z obowiązków określonych w harmonogramie realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. W najwyższym stopniu obowiązki te zrealizowała **Gmina Namysłów**, przyjmując na podstawie uchwały Rady Miejskiej z dnia 26 kwietnia 2012 r. Gminny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2012-2015, w którego treści ustalono także priorytety promocji zdrowia psychicznego, a w załącznikach ujęto inne lokalne programy, w tym: program promocji zdrowia psychicznego, program zapobiegania przemocy w rodzinie, w szkole i w środowisku lokalnym, program informacyjno-edukacyjny sprzyjający postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, program zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz program poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej. Cele i zadania ujęte w ww. programach Gmina realizowała za pośrednictwem swojej jednostki organizacyjnej – Środowiskowego Domu Samopomocy w Namysławie⁵⁷, a także przy współpracy gminnych jednostek oświatowych oraz organizacji społecznych i stowarzyszeń. W ramach realizacji celów określonych w przyjętych na podstawie ww. uchwały programach, podejmowano przede wszystkim działania o charakterze edukacyjnym i informacyjnym, organizowano dodatkowe zajęcia dla dzieci i młodzieży, a także specjalistyczne usługi opiekuńcze, a w celu zwiększenia dostępności środowiskowej opieki w zakresie zdrowia psychicznego prowadzono środowiskowy dom samopomocy i warsztaty terapii zajęciowej. W ramach uchwalonego programu zapobiegania przemocy w rodzinie w szkole i środowisku lokalnym przyjęto do realizacji w okresie 2012-2015 działania o charakterze profilaktycznym

⁵⁶ Uchwała XXXVII/373/2012 Rady Miasta w Gogolinie z dnia 6 listopada 2013 r.

⁵⁷ Dalej: ŚDS.

i informacyjnym, skierowane na kształtowanie postaw zrozumienia i akceptacji dla osób z zaburzeniami psychicznymi, a także zadania określone w programie przeciwdziałania przemocy w rodzinie i ochrony ofiar przemocy w rodzinie i upowszechnianie informacji o ogólnopolskim telefonie kryzysowym. Zadania określone w tym programie realizował powołany przez Burmistrza Zespół Interdyscyplinarny.

W Programie informacyjno-edukacyjnym sprzyjającym postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałającym dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi przyjęto do realizacji zadanie tworzenia lokalnych grup wsparcia przez ŚDS, kościoły i związki wyznaniowe oraz poradnię psychologiczno-pedagogiczną, przy udziale organizacji i stowarzyszeń spoza sektora finansów publicznych oraz integrację osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez ich udział w wydarzeniach kulturalno-sportowych. W tym celu Gmina prowadziła działania obejmujące organizację turniejów sportowych, wyjazdów i spotkań integracyjnych oraz lokalnych wydarzeń kulturalnych. Prowadzono także kampanię informacyjną z wykorzystaniem plakatów i artykułów prasowych, a działania edukacyjne zapobiegające dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi prowadzono w gminnych placówkach oświatowych, w tym o charakterze integracyjnym.

Zadania te zrealizowano z opóźnieniem, wynikającym według wyjaśnień Burmistrza **Namysłowa** z wątpliwości prawnych dotyczących stosowania przepisów rozporządzenia NPOZP i związanych z tym trudności w ustaleniu prawnego obowiązku realizacji przez gminę zawartych tam zadań. Wątpliwości te wynikały z przyjętego w treści Harmonogramu sposobu przypisania tożsamego zakresu zadań samorządom powiatów i samorządom gmin, bez wyraźnego wskazania, które z tych zadań powierzono gminie.

Z kolei **Miasto Opole** zrealizowało z opóźnieniem w stosunku do terminów określonych w Harmonogramie realizacji NPOZP tylko niektóre przypisane gminie zadania. Prezydent Miasta Opola powołał lokalny zespół koordynujący realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego zarządzeniem z dnia 14 października 2011 r. Opracowany przez członków Zespołu Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Miasta Opola na lata 2012-2015 został przyjęty uchwałą Rady Miasta Opola z dnia 28 grudnia 2012 r. nr XXXVI/559/12. Zadania określone w tym Programie realizowano w następujących formach:

- upowszechniania informacji na temat zdrowia psychicznego poprzez m. in. działania asystentów rodzinnych Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie (dalej: MOPR), udzielanie porad prawnych i psychologicznych przez Ośrodek Interwencji Kryzysowej oraz edukację rodziców dzieci diagnozowanych przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną;
- zapobieganie zaburzeniom psychicznym poprzez warsztaty, szkolenia, prelekcje, konsultacje dla rodziców i nauczycieli oraz zajęcia edukacyjno-wychowawcze o charakterze prewencyjnym, realizowane przez Zespół Interdyscyplinarny w szkołach;
- zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez zwiększenie ich udziału w lokalnych imprezach plenerowych oraz aktywizację zawodową tych osób poprzez zatrudnienie siedmiu osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności;
- organizowanie systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu społecznego oraz upowszechnianie różnych form wsparcia poprzez organizację spotkań i specjalistycznego poradnictwa przez Środowiskowy Dom Samopomocy, Ośrodek Interwencji Kryzysowej oraz przy udziale Fundacji Dom Rodzinnej Rehabilitacji dla Dzieci z Porażeniem Mózgowym.

Mimo podjętych w kwietniu 2012 r. działań w kierunku utworzenia Opolskiego Centrum Zdrowia Psychicznego, zgodnie z projektem opracowanym przez Pełnomocnika ds. Zdrowia i Programów Profilaktycznych, obejmujących uzyskanie w drodze darowizny Skarbu Państwa nieruchomości niezbędnych dla zapewnienia Centrum odpowiedniej bazy lokalowej, ostatecznie Miasto wycofało się

z planów utworzenia tej jednostki. W **Mieście Opolu** opracowano natomiast *Poradnik o dostępnych formach opieki zdrowotnej i pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi w mieście Opolu*, który w dniu 22 stycznia 2014 r. został umieszczony na stronie internetowej Urzędu.

W pozostałym zakresie zadania określone w Harmonogramie realizacji NPOZP nie zostały wykonane, lecz działania w tym obszarze były stale realizowane przez miejskie jednostki organizacyjne – Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie, Środowiskowy Dom Samopomocy dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi *Magnolia*, Centrum Interwencji Kryzysowej, a także poprzez realizację przez jednostki oświatowe **Miasta Opola** zadań ustalonych w *Miejskim programie przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz ochrony ofiar przemocy w rodzinie*.

Wyjaśniając powody opóźnienia w realizacji ww. zadań Prezydent **Miasta Opola** wskazał na niewywiązanie się Pełnomocnika ds. Zdrowia i Programów Profilaktycznych z powierzonych w tym zakresie obowiązków. Z kolei, w sprawie przyczyn niewykonania pozostałych zadań NPOZP podał, iż *zadania, jakie postawił przed samorządami Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, są w zasadzie nie do zrealizowania w oparciu o możliwości prawne i środki finansowe miasta Opola i innych samorządów*. W wyjaśnieniach powołał się także na trudności w realizacji nowych zadań spowodowane brakiem dostępu do badań dostarczających informacji o problemie, brakiem podmiotu leczniczego, utworzonego przez Miasto w celu koordynacji polityki zdrowotnej, a także wskazał, iż realizacja NPOZP, jako kosztowne i wieloletnie przedsięwzięcie wymaga wsparcia środków Unii Europejskiej z przeznaczeniem na szkolenia, realizację warsztatów dla dzieci i młodzieży oraz wdrożenie lokalnych programów wraz z utworzeniem przewidzianych w NPOZP form organizacyjnych, w szczególności Miejskiego Centrum Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Także w **Gminie Bierawa** ze znacznym opóźnieniem przyjęto Gminny Program Promocji Zdrowia Psychicznego na lata 2014-2017, zawierający określenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego, uchwalony przez Radę Gminy w dniu 13 maja 2014 r., a w ramach współpracy z Gminą Kędzierzyn-Koźle zapewniono osobom niepełnosprawnym z powodu upośledzenia umysłowego i zaburzeń psychicznych pobyt dzienny oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze w Środowiskowym Domu Samopomocy Promyczek w Kędzierzynie-Koźlu.

Z wyjaśnień udzielonych przez kierowników kontrolowanych jednostek w sprawie przyczyn zaniechania opracowania ww. programów i powołania stosownych struktur organizacyjnych wynika, iż gminy nie posiadają odpowiedniego przygotowania, zarówno kadrowego, jak i organizacyjnego do realizacji szeregu obowiązków w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Ponadto, w przypadku mniejszych jednostek, takich jak gminy wiejskie, pełna realizacja założeń NPOZP oceniana jest jako niezasadna z uwagi na istotne uwarunkowania społeczne.

Burmistrz **Niemodlina** wskazał na brak oferty odpowiednich szkoleń merytorycznych dotyczących realizacji obowiązków określonych w NPOZP, umożliwiających pracownikom Urzędu nabycie odpowiedniej wiedzy w zakresie promocji i ochrony zdrowia psychicznego, sposobów diagnozowania w środowisku osób z zaburzeniami psychicznymi oraz potrzeb społeczeństwa w tym zakresie. Z wyjaśnień Wójta **Gminy Bierawa** wynika, iż opóźnienie w opracowaniu i przyjęciu do realizacji lokalnych programów było spowodowane znikomym zapotrzebowaniem w tym obszarze, wynikającym ze specyfiki gminy wiejskiej, na terenie której mieszkańcy są identyfikowalni w swoim środowisku i w związku z tym nie chcą ujawniać ewentualnych problemów swojego stanu psychicznego. Wójt wskazał także na konieczność realizacji przez gminę w pierwszej kolejności innych, pilnych zadań, w tym związanych z koniecznością usuwania skutków powodzi z 2010 r. Biorąc pod uwagę, iż w 2013 r. ambulatoryjną opieką lekarską z powodu zaburzeń psychicznych objęto zaledwie 9 osób, w ocenie Wójta wywiązanie się przez Gminę z licznych obowiązków

dotyczących opracowywania i realizacji programów określonych w NPOZP dla nielicznej grupy osób nie stanowi działania polegającego na zaspokajaniu zbiorowych potrzeb wspólnoty, do którego zobowiązana jest gmina zgodnie z art. 7 ust. 1 ustawy o *samorządzie gminnym*. Wójt Gminy **Strzeleccki** wskazał natomiast, iż mieszkańcy gminy mają możliwość podjęcia leczenia zaburzeń psychicznych w dwóch poradniach znajdujących się na obszarze powiatu.

W **Gminie Gogolin** przyjęto z kolei, iż potrzeby osób wymagających pomocy w zakresie ochrony zdrowia psychicznego zaspokaja w pełni działająca w strukturze Gminnego Ośrodka Zdrowia Poradnia Psychiatryczna. Ponadto, Gmina prowadzi także działania w obszarze promocji zdrowia psychicznego poprzez dystrybucję ulotek edukacyjnych, plakatów i informacji udostępnianych na stronie internetowej Urzędu.

Pomimo, iż przywołane powyżej wyjaśnienia w części odnoszą się do okoliczności, na które samorząd gminny ma ograniczony wpływ, to zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, nie mogą one stanowić podstawy do zaniechania realizacji objętych kontrolą obowiązków. Ponadto, na skalę stwierdzonych zaniechań może mieć również istotny wpływ brak mechanizmów umożliwiających skuteczne wyegzekwowanie przygotowania i podjęcia wymaganych rozporządzeniem NPOZP uchwał, jak również brak sankcji za niewykonanie przypisanych gminie obowiązków.

Wszystkie objęte kontrolą jednostki z zachowaniem terminów wynikających z obowiązujących przepisów przekazywały Ministrowi Zdrowia sprawozdania z wykonania zadań objętych harmonogramem realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

5. W trzech objętych kontrolą samorządach podejmowano też inne działania w ramach realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia. I tak, przykładowo w **Mieście Opolu** propagowano wiedzę na temat skutków palenia oraz kształtowania świadomych i aktywnych postaw na rzecz upowszechniania stylu życia wolnego od dymu tytoniowego, a także współdziałano z Państwową Powiatową Inspekcją Sanitarną w Opolu w ramach realizowanego przez nią programu profilaktycznego w zakresie przeciwdziałania uzależnienia od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych, adresowanego do kobiet w wieku prokreacyjnym. Ponadto od 24 czerwca 2007 r. w **Opolu** ustalone zostały strefy wolne od dymu na przystankach autobusowych. **Gmina Bierawa** udostępniała nieodpłatnie pomieszczenia w Gminnym Centrum Rekreacji w celu przeprowadzenia przez podmiot zewnętrzny nieodpłatnych badań słuchu dla mieszkańców powyżej 50 roku życia. W **Gminie Strzeleccki** prowadzone były działania edukacyjne i informacyjne z zakresu ochrony zdrowia wśród dzieci, młodzieży oraz osób starszych.

5. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli

5.1. Organizacja i metodyka kontroli

Kontrolę zaplanowano i przeprowadzono w 6 jednostkach, jako kontrolę zgodności. Przy wyborze jednostek kierowano się dokonanymi, w ramach analizy przedkontrolnej, ustaleniami co do sposobu realizacji przez gminy województwa opolskiego zadań własnych w zakresie ochrony zdrowia, typując zarówno jednostki wykazujące znaczną aktywność w tym obszarze, tj. prowadzące podmioty lecznicze i realizujące własne programy zdrowotne, jak i jednostki, co do których za wysoce prawdopodobne należało uznać ograniczenie podejmowanych działań wyłącznie do obszarów o ustawowo zdefiniowanym zakresie i zagwarantowanych źródłach finansowania, obejmujących zadania związane z profilaktyką uzależnień.

Z uwagi na zapisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dotyczące realizacji przez gminę zadań własnych w zakresie ochrony zdrowia poprzez opracowywanie i realizację programów zdrowotnych, a także innych działań, wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców, kontrolą objęto również stan przygotowania gmin do realizacji tych zadań, w tym możliwości kadrowe i organizacyjne oraz czynności podejmowane w celu prawidłowego i rzetelnego ustalania aktualnych potrzeb lokalnej społeczności.

5.2. Przebieg kontroli

Delegatura NIK w Opolu przeprowadziła kontrolę w **6 jednostkach**⁵⁸, tj. w 4 urzędach miast i 2 urzędach gmin na terenie województwa opolskiego.

W wystąpieniach pokontrolnych przekazanych kierownikom kontrolowanych jednostek zawarto łącznie **17 wniosków pokontrolnych**, które dotyczyły w szczególności:

- podjęcia działań w celu realizacji zadań określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego,
- zapewnienia identyfikacji innych niż zorientowane na problemy alkoholizmu i narkomanii działań niezbędnych do realizacji zadań Gminy w zakresie ochrony zdrowia,
- podjęcia działań w celu wykorzystywania wszystkich dochodów z opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych na realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii,
- zapewnienia wydatkowania środków pozyskanych z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych zgodnie z przeznaczeniem przewidzianym w obowiązujących przepisach, tj. na działania związane z przeciwdziałaniem alkoholizmowi i zapobieganiem narkomanii,
- ujmowania w zapisach ewidencji księgowej wydatków w prawidłowych paragrafach klasyfikacji budżetowej,
- zapewnienia rzetelnego sporządzania informacji o programach zdrowotnych, przekazywanych Staroście,
- opracowania i przedstawienia Radzie Miejskiej/Gminy projektów lokalnych programów, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego.

W odpowiedzi na wystąpienia pokontrolne wszyscy kierownicy skontrolowanych jednostek poinformowali NIK o podjętych działaniach w celu realizacji wniosków pokontrolnych, z których wszystkie zostało przyjętych do realizacji. Do przekazanych wystąpień pokontrolnych nie zostały zgłoszone zastrzeżenia.

⁵⁸ Dalej: urzędy gmin.

5.3. Finansowe rezultaty kontroli

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości skutkowały finansowymi rezultatami kontroli na łączną kwotę **2 811,1 tys. zł**. Dotyczyły one wydatków dokonanych z naruszeniem prawa, w szczególności polegających na wydatkowaniu części dochodów z tytułu opłat przedsiębiorców za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, na realizację innych zadań niż określonych w gminnych programach profilaktycznych (str. 23-24 Informacji), zaniechaniu wyboru realizatorów programów zdrowotnych w formie konkursu (str. 20-21 Informacji) oraz nieprawidłowego ewidencjonowania wydatków związanych z realizacją programów zdrowotnych skutkującego powstaniem błędów w rocznych sprawozdaniach budżetowych (str. 23 Informacji).

6. Załączniki

6.1. Wykaz skontrolowanych jednostek

L.p.	Jednostka	Kierownik jednostki	Ocena
1.	Urząd Miasta Opola	Ryszard Zembaczyński	Pozytywna, mimo stwierdzonych nieprawidłowości
2.	Urząd Miejski w Namysławie	Krzysztof Kuchczyński	Pozytywna, mimo stwierdzonych nieprawidłowości
3.	Urząd Miejski w Niemodlinie	Mirosław Stankiewicz	Opisowa ⁵⁹
4.	Urząd Miejski w Gogolinie	Joachim Wojtala	Pozytywna, mimo stwierdzonych nieprawidłowości
5.	Urząd Gminy w Bierawie	Krzysztof Ficoń	Pozytywna, mimo stwierdzonych nieprawidłowości
6.	Urząd Gminy w Strzeleckach	Bronisław Kurpiela	Opisowa ⁶⁰

⁵⁹ W ocenie Najwyższej Izby Kontroli Burmistrz zapewnił rzetelne pełnienie funkcji właścicielskiej w stosunku do podmiotu leczniczego, jak też prawidłową realizację zadań, w tym określonych przez Radę Miasta, w obszarach wychowywania w trzeźwości i zapobiegania alkoholizmowi, a także przeciwdziałania narkomanii. Brak jednakże rozpoznania potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców umożliwiającego identyfikację innych, niż zorientowane na problemy alkoholizmu i narkomanii działań, jak też zaniechanie realizacji niektórych obowiązków wynikających z rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*, świadczą o nieuzasadnionej marginalizacji tej problematyki, w ramach realizacji zadania własnego Gminy w zakresie ochrony zdrowia.

⁶⁰ W ocenie Najwyższej Izby Kontroli problematyka ochrony zdrowia, jako zadania własnego Gminy wynikającego z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o *samorządzie gminnym* oraz art 7 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, była marginalizowana w działalności kontrolowanej jednostki. Realizacja tego zadania ograniczała się głównie do aktywności w obszarach wychowywania w trzeźwości i zapobiegania alkoholizmowi oraz przeciwdziałania narkomanii. Nie podejmowane były natomiast jakiegokolwiek próby rzetelnego rozpoznania potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców, umożliwiającego identyfikację działań innych, niż zorientowane na problemy alkoholizmu i narkomanii. Wójt zaniechał również realizacji obowiązków wynikających z rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*. Ponadto, w działalności kontrolowanej jednostki stwierdzono inne nieprawidłowości, które wskazują na brak należytej rzetelności podejmowanych działań.

6.2. Wykaz programów zdrowotnych zrealizowanych w latach 2011-2013

	Jednostka	Nazwa programu	Problem zdrowotny	Opinia AOTM	Populacja objęta badaniem	Liczba uczestników w	Kwoty wydatków [zł]
1	Miasto Opole	Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy – badania densytometryczne	osteoporoza	zaopiniowany przez AOTM	41 468	9 236	674 220
2	Miasto Opole	Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)	zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)	zaopiniowany przez AOTM	1 290	1 068	528 342
3	Miasto Opole	Program profilaktyki raka prostaty	rak prostaty	-	19 075	1 082	59 660
4	Miasto Opole	Program zapobiegania próchnicy i chorobom dziąseł u dzieci w wieku przedszkolnym Białe ząbek	próchnica zębów i choroby dziąseł	zaopiniowany przez AOTM	3 351	2 484	45 000
5	Miasto Opole	Program profilaktyki onkologicznej - kolposkopia	rak szyjki macicy	-	kobiety w wieku 25-50 lat	661	42 000
6	Miasto Opole	Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego,	rak jelita grubego	-	osoby w wieku 25-70 lat	353	37 210
7	Miasto Opole	Program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz niedożywieniu u dzieci i w wieku wczesnoszkolnym pn. ABC zdrowego odżywiania	nadwaga i otyłość oraz niedożywienie u dzieci i w wieku wczesnoszkolnym	zaopiniowany przez AOTM	2 727	2 678	37 000
8	Miasto Opole	Program samobadania piersi Badaj swoje piersi,	choroby piersi	-	uczennice szkół ponadgimnazjalnych	3 585	36 000
9	Miasto Opole	Program profilaktyki onkologicznej USG piersi	rak piersi	-	kobiety w wieku 30-45 lat.	603	35 950
10	Miasto Opole	Program profilaktyki chorób płuc	choroby płuc	-	49 042	660	33 000
11	Miasto Opole	Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy	cukrzyca	-	osoby w wieku 30-65 lat	486	30 000
12	Miasto Opole	Program profilaktyki w zakresie wczesnego wykrywania raka krtani	rak krtani	-	54 000	603	22 000
13	Gmina Bierawa	Program szczepień profilaktycznych przeciwko wirusowi HPV	zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego	zaopiniowany przez AOTM	98	78	59 235

			(HPV)				
14	Gmina Bierawa	Projekt Zdrowa Gmina Badania cytologiczne, mammograficzne i kolonoskopia	rak szyjki macicy, piersi i jelita grubego	-	2 273	115	20 866
15	Gmina Gogolin	Program profilaktyki nowotworowej: szczepienia przeciwko HPV promowanie badań cytologicznych, promowanie badań mammograficznych, promowanie właściwych nawyków żywieniowych i badań na krew utajoną w kale	nowotwory złośliwe	zaopiniowany przez AOTM	uczennice klasy III gimnazjum, kobiety w wieku 25- 59 lat i 50- 69 lat osoby w wieku 26-65 lat.	79	101 500
16	Gmina Gogolin	Program przeciwdziałania wadom postawy u dzieci	wady postawy u dzieci i młodzieży	zaopiniowany przez AOTM	uczniowie klas I-III szkół podstawow ych	314	125 000
17	Gmina Namysłów	Fioletowa wstążka, program szczepień ochronnych przeciwko wirusowi HPV	zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)	zaopiniowany przez AOTM	626	344	151 176

6.3. Analiza stanu prawnego

Powszechne prawo do ochrony zdrowia gwarantuje art. 68 Konstytucji RP, z którego treści wynikają także określone obowiązki organów administracji publicznej, w tym w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Organy te są zobowiązane do takiego zorganizowania sfery wykonawczej w ochronie zdrowia, w której obywatele będą mogli mieć dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, a wykonawcy tych świadczeń będą zobligowani do poszanowania zasady równości w tym dostępie. W ramach prawa do ochrony zdrowia władze publiczne zobowiązane są także do zapobiegania zagrożeniom wywołanym zjawiskami epidemiologicznymi i środowiskowymi oraz podejmowania działań o charakterze profilaktycznym, zapobiegających powstawaniu schorzeń, poprzez kształtowanie w społeczeństwie postaw prozdrowotnych, związanych z aktywnością fizyczną.

Podstawowym aktem regulującym zasady wykonywania zadań własnych przez gminy jest ustawa o samorządzie gminnym. Wśród wymienionych przykładowo w art. 7 ust. 1 tej ustawy zadań własnych obejmujących zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty wskazano także ochronę zdrowia. Przepis ten nie precyzuje jakie zadania ze sfery ochrony zdrowia mają charakter obligatoryjny, a jakie fakultatywny, jak również nie określa ich katalogu. Szczegółowe regulacje w tym zakresie znajdują się w przepisach odrębnych ustaw, obejmujących daną sferę działalności, takich jak wychowanie w trzeźwości i przeciwdziałanie alkoholizmowi, przeciwdziałanie narkomanii, ochrona zdrowia psychicznego, działalność podmiotów leczniczych, etc. Podstawy prawne realizowania przez gminy zadań własnych w obszarze ochrony zdrowia koncentrują się wokół następujących rodzajów aktywności: opracowywania programów i strategii prozdrowotnych oraz planowania polityki w odniesieniu do opieki

zdrowotnej na swoim terenie, podejmowanie aktywności w odniesieniu do zdrowia publicznego lub indywidulanego oraz działania dotyczące promocji zdrowia.

Zgodnie z przepisami **ustawy o działalności leczniczej**, gmina może pełnić rolę organizatora ochrony zdrowia na swoim terenie poprzez realizację funkcji właścicielskich wobec utworzonych i prowadzonych podmiotów leczniczych (dawniej: zakładów opieki zdrowotnej) w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jednostek budżetowych lub spółek prawa handlowego oraz rolę płatnika poprzez przekazywanie środków finansowych podmiotom leczniczym udzielającym świadczeń zdrowotnych w ramach programów zdrowotnych, w tym zarówno na wydatki inwestycyjne, jak i zakup specjalistycznych wyrobów medycznych, leków i usług⁶¹.

W ramach **uprawnień właścicielskich** gminy wobec podmiotów leczniczych można wymienić uprawnienia:

- 1) **organizacyjno-personalne**, które obejmują kompetencje do tworzenia, likwidacji, przekształcania, nadawania statutu, zatrudniania kierownika podmiotu oraz powoływania rady społecznej podmiotu leczniczego;
- 2) **majątkowo-finansowe**, które dotyczą wyposażania podmiotu w majątek, określania zasad gospodarowania majątkiem, wyrażania zgody na wnoszenie majątku SPZOZ do innych podmiotów (spółek lub fundacji), wyrażania zgody na zmianę wierzyciela SPZOZ, zatwierdzanie rocznego sprawozdania finansowego, a także przekazywanie środków finansowych z budżetu gminy, w formie dotacji lub na podstawie umowy, na cele ściśle określone w ustawie i w ramach ustawowo ustalonych limitów;
- 3) **kontrolno-nadzorcze**, w ramach których podmiot tworzący posiada kompetencje do żądania informacji, wyjaśnień oraz dokumentów od organów podmiotu leczniczego oraz dokonywania kontroli i oceny jego działalności. Kontrola ta, jak również dokonywana na jej podstawie ocena obejmuje realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem i środkami publicznymi oraz gospodarkę finansową.

W art. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, określono następujące zadania gminy w obszarze ochrony zdrowia: opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy, przekazywanie powiatowi informacji o realizowanych programach zdrowotnych, inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami oraz podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Zgodnie z art. 5 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, **programem zdrowotnym** jest zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, finansowany ze środków publicznych. Zasady opracowywania i realizacji programów zdrowotnych, w tym sposób dokonywania wyboru realizatorów tych programów, określa art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Zgodnie z tymi przepisami, programy zdrowotne mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie, jednostki

⁶¹ W stanie prawnym aktualnym do dnia wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej (tj. do dnia 1 lipca 2011 r.) gminie przysługiwało uprawnienie do tworzenia zakładów opieki zdrowotnej w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej lub instytucji gospodarki budżetowej na podstawie art. 8 ust. 1 pkt 3 i art. 35b ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm.).

samorządu terytorialnego lub Fundusz. Programy zdrowotne dotyczą w szczególności: ważnych zjawisk epidemiologicznych, innych istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania oraz wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych. Okres realizacji programu może obejmować jeden rok albo wiele lat. Stosownie do art. 31n pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej opiniowanie projektów programów zdrowotnych należy do zadań Agencji Oceny Technologii Medycznych⁶², a obowiązek przekazywania projektów programów celem ich zaopiniowania przez AOTM wynika z art. 48 ust. 2a ww. ustawy. AOTM sporządza opinię w oparciu o ustawowo określone kryteria, (o których mowa w art. 31a ust. 1 o świadczeniach opieki zdrowotnej), w terminie trzech miesięcy od dnia otrzymania projektu tego programu⁶³. Obligatoryjne jest przy tym jedynie samo uzyskanie opinii AOTM, obowiązujące przepisy nie wymagają jednak, aby opinia ta była pozytywna, co oznacza, iż nawet w przypadku negatywnego zaopiniowania projektu danego programu przez Agencję, brak jest formalnych przeszkód do jego realizacji.

W przypadku programów zdrowotnych realizowanych przez gminy, obowiązujące przepisy przewidują wymóg wyłonienia **realizatora programu w drodze konkursu ofert**.

Aby działania poszczególnych organów administracji publicznej w zakresie ochrony zdrowia mogły być skoordynowane, konieczne jest określenie założeń i priorytetów polityki zdrowotnej państwa w tym zakresie. Kierunki zgodne z jednolitą polityką państwa w zakresie zdrowia publicznego zostały określone w **Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015**, który zgodnie z jego intencją ma służyć zjednoczeniu wysiłków społeczeństwa i administracji publicznej w zmniejszeniu nierówności i poprawy stanu zdrowia, a tym samym, jakości życia Polaków.

Zadania i rola gmin w realizacji Programu zostały określone poprzez sformułowanie w części IV Programu niezbędnych działań ze strony ochrony zdrowia i samorządu terytorialnego, w ramach których jako **cel operacyjny 12 wskazano aktywizację jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa**.

Jako **oczekiwane efekty realizacji Programu do 2015 r. określono**:

- posiadanie przez wszystkie jednostki samorządu terytorialnego wieloletnich planów polityki zdrowotnej i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych,
- zapewnienie skutecznego zarządzania i nadzoru nad funkcjonowaniem zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez gminy,
- funkcjonowanie – dostosowanej do potrzeb mieszkańców oraz możliwości finansowych państwa – sieci zakładów opieki zdrowotnej,
- standaryzowane warunki świadczenia usług zdrowotnych,
- uproszczenie systemu wdrażania funduszy strukturalnych na rzecz zdrowia publicznego,
- budowanie partnerstwa na rzecz systemu ochrony zdrowia,
- zwiększenie liczby kwalifikowanych menedżerów zdrowia publicznego zatrudnionych w samorządach terytorialnych,
- zwiększenie potencjału zdrowotnego i świadomości zdrowotnej ludności,
- upowszechnienie wprowadzania i realizowania w szkołach i w przedszkolach programów profilaktyki i promocji zdrowia,
- wzmocnienie instytucjonalne organizacji obywatelskich działających w sferze ochrony zdrowia,

⁶² Dalej: AOTM.

⁶³ Patrz art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

- zmianę zasad zarządzania zadaniami w sektorze ochrony zdrowia na systemowe i zadaniowe szeroko pojętego zdrowia publicznego powinny mieć charakter oddolny, wychodzący od wspólnoty obywatelskiej.

Szczególnego rodzaju zadania gmin w zakresie ochrony zdrowia określają także przepisy ustawy o wychowaniu w trzeźwości oraz ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Zarówno działania z zakresu przeciwdziałania alkoholizmowi, jak i działania z zakresu przeciwdziałania narkomanii objęte są planowaniem na poziomie ogólnopolskim, na poziomie wojewódzkim oraz na poziomie gminnym. Plany te nie są aktami prawa powszechnie obowiązującego, zawarte w nich postanowienia wiążą jedynie konkretnie wskazane w nich organy administracji publicznej. Obowiązek ustalania **gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych** wynika z przepisów art. 4¹ ust. 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, według których realizacja zadań określonych art. 4¹ ust. 1 tej ustawy prowadzona jest w postaci programu gminnego uchwalanego corocznie przez radę gminy. Do zadań własnych gminy należy prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu. Program jest realizowany przez ośrodek pomocy społecznej, o którym mowa w przepisach o pomocy społecznej, lub inną jednostkę wskazaną w programie, a w celu jego realizacji wójt (burmistrz, prezydent miasta) może także powołać pełnomocnika.

Obowiązek ustalania **gminnych programów przeciwdziałania narkomanii** wynika z art. 10 ust. 2. i 3 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, przy czym zadania własne gminy w tym zakresie obejmują: zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem, udzielanie rodzinom, w których występują problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej, prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych, wspomaganie działań instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów narkomanii oraz pomoc społeczną osobom uzależnionym i rodzinom osób uzależnionych dotkniętym ubóstwem i wykluczeniem społecznym i integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego.

Opracowanie projektu programu należy do obowiązków wójta (burmistrza, prezydenta miasta), który obowiązek ten winien realizować z uwzględnieniem zadań szeroko rozumianej polityki społecznej, a także kierunków działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Zgodnie bowiem z art. 7 ust. 4 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, w Krajowym Programie określa się również kierunki działań przewidzianych do realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego w zakresie przeciwdziałania narkomanii.

Uchwały w sprawie programów gminnych nie są aktami prawa miejscowego, w związku z tym nie podlegają publikacji w wojewódzkich dziennikach urzędowych. Objęte są natomiast nadzorem ze strony właściwego miejscowo wojewody pod względem ich zgodności z prawem.

Stosownie do art. 11 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, z wykonania w danym roku gminnego programu przeciwdziałania narkomanii i efektów jego realizacji organ wykonawczy gminy zobowiązany jest sporządzić raport, który przedkłada radzie gminy, w terminie do dnia 31 marca roku następującego po roku, którego raport ten dotyczy. Obowiązujące przepisy ustawy o wychowaniu w trzeźwości nie przewidują analogicznego obowiązku w odniesieniu do gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Do obowiązków organów gminy wynikających z przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości należy także powoływanie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, do których zadań należy

inicjowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu oraz podejmowanie czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego. W skład gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wchodzi osoby przeszkolone w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Zasady wynagradzania członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych określa rada gminy w gminnych programach rozwiązywania problemów alkoholowych⁶⁴.

Ustawa daje także gminie możliwość pozyskiwania dodatkowych środków na realizację ww. zadań z opłat pobieranych w związku z wydawaniem zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. Organy samorządu terytorialnego w miastach liczących ponad 50 000 mieszkańców i organy powiatu mogą organizować i prowadzić izby wytrzeźwień⁶⁵. Szczegółowe zasady organizowania i prowadzenia izb wytrzeźwień określa obecnie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 lutego 2004 r. *w sprawie trybu doprowadzania, przyjmowania i zwalniania osób w stanie nietrzeźwości oraz organizacji izb wytrzeźwień i placówek utworzonych lub wskazanych przez jednostkę samorządu terytorialnego*⁶⁶.

Do zadań gminy należy także ustalanie, w drodze uchwały rady gminy, dla terenu gminy (miasta) liczby punktów sprzedaży napojów zawierających powyżej 4,5% alkoholu (z wyjątkiem piwa), przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży, jak i w miejscu sprzedaży⁶⁷. Rada gminy ustala także, w drodze uchwały, zasady usytuowania na terenie gminy miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych⁶⁸. Przepisy ustawy nie określają żadnych wymogów, co do sposobu tego usytuowania, co nie oznacza jednak zupełnej dowolności w określaniu tych zasad. Zgodnie z ugruntowanymi w tym zakresie poglądami wyrażonymi w orzecznictwie sądów administracyjnych, biorąc pod uwagę treść preambuły ustawy *o wychowaniu w trzeźwości*, zasady usytuowania miejsc sprzedaży napojów alkoholowych muszą pozostawać w zgodzie z ogólnymi założeniami, jakie legły u podstaw uchwalenia ustawy *o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*, tj. konieczności ochrony społeczeństwa przed negatywnymi następstwami nadmiernego spożycia alkoholu.

Rada gminy może także wprowadzić w pewnych miejscach, obiektach lub na określonych obszarach gminy, ze względu na ich charakter, czasowy lub stały zakaz sprzedaży, podawania, spożywania oraz wnoszenia napojów alkoholowych.

Zgodnie z art. 18² ustawy *o wychowaniu w trzeźwości*, środki finansowe pozyskane z opłat od zezwoleń na obrót hurtowy i sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych powinny zostać w całości przeznaczone na finansowanie realizacji zadań z zakresu profilaktyki i przeciwdziałania problemom alkoholowym oraz zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii i nie mogą być przeznaczane na inne cele.

Do zadań własnych gmin w zakresie ochrony zdrowia należą także obowiązki określone w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. **o ochronie zdrowia psychicznego**⁶⁹. Ochrona zdrowia psychicznego należy do zadań organów administracji rządowej i samorządowej oraz instytucji do tego powołanych, a zadania te realizowane są poprzez działania określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. W myśl art. 2 ust. 4 pkt 1 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*, prowadzenie działań określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego należy do zadań własnych samorządów województw, powiatów i gmin i polega w szczególności na:

⁶⁴ Art. 41 ust. 3-5 u.w.t.p.a.

⁶⁵ Art. 39 u.w.t.p.a.

⁶⁶ Dz. U. z 2004 r., Nr 20, poz. 192 ze zm.

⁶⁷ Art. 12 ust. 1 u.w.t.p.a.

⁶⁸ Art. 12 ust. 2 u.w.t.p.a.

⁶⁹ Dz. U. z 2011 r., Nr 231, poz. 1375 ze zm.

- promowaniu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym oraz
- zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej

- oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym, rodzinnym i zawodowym.

Aktualnie obowiązuje **Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015**, który został przyjęty na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r.

W ramach programu przewidziano dla samorządu gminy dwa cele główne, a w ich ramach wyodrębniono cele szczegółowe i wyznaczono zadania do ich realizacji.

Kontrolę realizacji działań określonych w Programie sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia, który zobowiązany jest do przedkładania Radzie Ministrów, w terminie do dnia 30 września każdego roku, informacji o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w roku poprzednim. Z kolei Rada Ministrów składa corocznie tego rodzaju informację Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej, w terminie do dnia 31 października.

Zadania własne w zakresie ochrony zdrowia gminy mogą także realizować poprzez ich powierzenie innym podmiotom. Wśród dostępnych dla gminy prawnych form działania w tym zakresie należy wymienić:

- zlecenie realizacji zadania publicznego podmiotowi niepublicznemu na zasadach określonych w przepisach ustawy o *działalności pożytku publicznego i wolontariacie*;
- realizacja zadań na zasadach i w trybie ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o *partnerstwie publiczno-prywatnym*⁷⁰;
- zakup usług lub zawarcie innej umowy, której przedmiotem jest powierzenie realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia;
- realizacja zadań publicznych przez związki międzygminne lub na podstawie porozumień zawieranych z innymi jednostkami samorządu terytorialnego;
- udział w fundacjach lub stowarzyszeniach.

Wydatki jednostek samorządu terytorialnego na realizację zadań własnych w zakresie ochrony zdrowia w formie dostępnych prawnych form współpracy z innymi podmiotami są wydatkami jednostki należącej do sektora finansów publicznych realizowanymi ze środków publicznych. W związku z powyższym w pełnym zakresie mają tu zastosowanie odpowiednie przepisy ustawy o *finansach publicznych* oraz ustawy *Prawo zamówień publicznych*.

6.4. Wykaz podstawowych aktów prawnych związanych z kontrolowaną działalnością

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483 ze zm.).
2. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2013 r., poz. 594 ze zm.).
3. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.).
4. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.).
5. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm.).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2012 r., poz. 182 ze zm.).
7. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r., poz. 330 ze zm.).

⁷⁰ Dz. U. z 2009 r. Nr 19, poz. 100 ze zm.

-
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1509 ze zm.).
 9. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.).
 10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje (Dz. U. Nr 163, poz. 1024).
 11. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2012 r., poz. 1356 ze zm.).
 12. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r., poz. 124 ze zm.).
 13. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016 (Dz. U. z 2011 r., Nr 78, poz. 428).
 14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 lutego 2004 r. w sprawie trybu doprowadzania, przyjmowania i zwalniania osób w stanie nietrzeźwości oraz organizacji izb wytrzeźwień i placówek utworzonych lub wskazanych przez jednostkę samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 20, poz. 192, ze zm.).
 15. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r., Nr 231, poz. 1375 ze zm.).
 16. Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r., Nr 24, poz. 128).
 17. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 ze zm.).
 18. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2013 r., poz. 182 ze zm.).
 19. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. z 2014 r., poz. 1118 ze zm.).
 20. Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym (Dz. U. z 2009 r. Nr 19, poz. 100 ze zm.).
 21. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.).
 22. Ustawy z dnia z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.).
 23. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 2 marca 2010 r. w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych (Dz. U. z 2010 r., Nr 38, poz. 207 ze zm.).

6.5. Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Prezes Rady Ministrów
4. Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej
5. Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Zdrowia
6. Posłowie i Senatorowie województwa opolskiego
7. Wojewoda Opolski
8. Marszałek Województwa Opolskiego
9. Przewodniczący Sejmiku Województwa Opolskiego
10. Prezydent Miasta Opola
11. Burmistrz Namysłowa
12. Burmistrz Niemodlina

-
13. Wójt Gminy Bierawa
 14. Wójt Gminy Gogolin
 15. Wójt Gminy Strzeleczy