

PROWADZENIE MONITORINGU ZADAŃ Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO

Raport za rok 2016



Zadanie finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020

Grudzień 2017 r.

Autorzy:

Ewa Bandurska
Michał Brzeziński
Joanna Buchholc
Weronika Ciećko
Katarzyna Pogorzalczyk
Piotr Popowski
Agnieszka Wojtecka
Judyta Zaleska
Marzena Zarzeczna-Baran



POLSKIE TOWARZYSTWO PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH

Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych
Aleja Zwycięstwa 42a
80-210 Gdańsk
tel. 58 349 13 35
fax. 58 349 15 48
kontakt@ptpz.pl
www.ptpz.pl

Opracowanie raportu wykonane przez PTPZ na podstawie umowy nr 6/7K/3/NPZ/2017/2089/1286 na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego w ramach Narodowego Programu Zdrowia pod nazwą Prowadzenie monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego, zakresie punktu 3 w ramach Zadań koordynacyjnych, ewaluacyjnych i badawczych zawartej dnia 28.11.2017 r. w Warszawie pomiędzy Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia a Polskim Towarzystwem Programów Zdrowotnych.

Całość raportu wraz z załącznikami i plikami źródłowymi dostępna na stronach internetowych PTPZ.

SPIS TREŚCI

Indeks skrótów:.....	5
1. Streszczenie polskie.....	6
2. Streszczenie angielskie	6
3. Wprowadzenie	6
4. Opis zastosowanej metodologii oraz źródła informacji wykorzystanych w programie	7
5. Wyniki ewaluacji Programu.....	9
5.1 Liczba zadań zrealizowanych przez podmioty centralne i jednostki samorządu terytorialnego	9
5.1.1. Zadania realizowane przez podmioty centralne	9
5.1.2. Zadania realizowane przez JST	10
5.2 Cel operacyjny i numer zadania NPZ	11
5.2.1. Podmioty centralne	11
5.2.2. Jednostki samorządu terytorialnego	13
5.3 Czas trwania podejmowanych działań.....	16
5.3.1 Podmioty centralne	16
5.3.2. Jednostki samorządu terytorialnego	16
5.4. Zasięg terytorialny realizowanych działań	17
5.4.1. Podmioty centralne	17
5.4.2. Jednostki samorządu terytorialnego	18
5.5 Grupy docelowe działań podejmowanych w ramach NPZ.....	19
5.5.1. Podmioty centralne	20
5.5.2. Jednostki samorządu terytorialnego	22
5.6 Realizator zadania (rodzaj)	24
5.6.1. Podmioty centralne	24
5.6.2. Jednostki samorządu terytorialnego	25
5.7 Tryb realizacji zadania.....	26
5.7.1. Podmioty centralne	27
5.7.2. Jednostki samorządu terytorialnego	28
5.8 Elementy działań podjęte w zadaniu	29
5.8.1. Podmioty centralne	29
5.8.2 Jednostki samorządu terytorialnego	30
5.9 Finansowanie działań z zakresu zdrowia publicznego	31
5.9.1 Podmioty centralne	31
5.9.2. Finansowanie zadań realizowanych przez JST	35
5.10.Podsumowanie analizy danych ilościowych	38

5.11 Podsumowanie	40
5.11.1 Podmioty centralne	40
5.11.2 Jednostki samorządu terytorialnego	40
Rekomendacje dotyczące realizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego (Dz. U. poz. 2216)	42
Dobre praktyki dot. realizacji Narodowego Programu Zdrowia przez jednostki samorządu terytorialnego w odniesieniu trybów zlecania wykonywania zadań z zakresu zdrowia publicznego.....	45

INDEKS SKRÓTÓW:

COI	Centrum Onkologii Instytut
GIS	Główny Inspektorat Sanitarny
GUS	Główny Urząd Statystyczny
IMP	Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera w Łodzi
IŻŻ	Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr med. Aleksandra Szczygła
JST	Jednostki samorządu terytorialnego – województwa, powiaty, gminy
KRRIT	Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji
MEN	Ministerstwo Edukacji Narodowej (w tym zadania realizowane przez Ośrodek Rozwoju Edukacji)
MF	Ministerstwo Finansów
MKiDN	Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego (w tym zadania realizowane przez Narodowy Instytut Audiowizualny, muzea itp.)
MON	Ministerstwo Obrony Narodowej (w tym zadania realizowane przez Żandarmerię Wojskową)
MRPiPS	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
MSiT	Ministerstwo Sportu i Turystyki
MSWiA	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIZP-PZH	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny
NPZ	Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020
PARPA	Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
RIO	Regionalne Izby Obrachunkowe
RPO	Rzecznik Praw Obywatela
SW	Służba więzienna
WOTUiW	Wojewódzkie Ośrodki Terapii Uzależnień i Współuzależnienia

1. STRESZCZENIE POLSKIE

Rok 2017 jest pierwszym rokiem prowadzenia sprawozdawczości zadań z zakresu zdrowia publicznego zgodnie z obowiązującymi, zmienionymi w 2016 roku aktami prawnymi – ustawą o zdrowiu publicznym oraz rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. W opracowaniu podsumowano 15908 zadań, które zostały sprawozdane przez podmioty centralne oraz 23284 zadań, które zostały sprawozdane przez jednostki samorządu terytorialnego wszystkich szczebli w 2016 roku. Sumaryczny koszt sprawozdanych działań to ponad 3 916 mln złotych. Większość zadań z zakresu zdrowia publicznego dotyczyła 1, 2 i 4 celu operacyjnego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. Większość podejmowanych działań miała charakter długoterminowy (powyżej 6 miesięcy). W raporcie przedstawiono również uwagi do treści rozporządzenia Ministra Zdrowia, a także przykłady problemów, wątpliwości i dobrych praktyk realizatorów zadań z zakresu zdrowia publicznego w roku 2016.

2. STRESZCZENIE ANGIELSKIE

The year 2017 is the first year of reporting tasks in the field of public health in accordance with the legal acts changed in 2016 - the Act on Public Health and the Regulation of the Minister of Health on annual information on completed or undertaken public health tasks. The report summarizes 15908 tasks that were reported by central entities and 23284 tasks that were reported by self-governments all levels in 2016. The total cost of the reported activities is over PLN 3,916 million. Most of the public health tasks concerned 1,2,4 of the operational objective of the National Health Program for the years 2016-2020. Most of the activities undertaken were long-term (over 6 months). The report also presents comments to the content of the Regulation of the Minister of Health as well as examples of problems, doubts and good practices implemented by public health executives in 2016.

3. WPROWADZENIE

Zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 2 ustawy o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2015 poz. 1916 z późn. zm.), dalej zwanej UOZP, Minister Zdrowia jest odpowiedzialny za prowadzenie monitorowania zadań z zakresu zdrowia publicznego realizowanych przez podmioty wymienione w art. 3 ust. 1. i 2. UOZP.

Rok 2016 był nie tylko pierwszym pełnym rokiem obowiązywania UOZP, ale także wprowadzenia Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 w oparciu o rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4.09.2016 r. (Dz.U. 2016 poz. 1492) wydane na podstawie art. 9 ust. 2 UOZP.

Na podstawie art. 12 ust. 11 UOZP w 2016 roku Minister Zdrowia wydał rozporządzenie w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego (Dz.U. 2016 poz. 2216) określające wzór sprawozdań obowiązując jednostki samorządu terytorialnego (JST) oraz organy administracji rządowej, z wyłączeniem wojewody, agencje wykonawcze oraz inne państwowe jednostki organizacyjne uczestniczące w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego (zwane dalej podmiotami centralnymi). Przywołane wyżej rozporządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2017 r., w związku z czym JST oraz podmioty

centralne miały obowiązek przygotować sprawozdania zgodnie z opisanymi tamże zasadami i przekazać je do wojewodów w terminie do 31 marca 2017 (dotyczy JST) lub ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do 30 kwietnia 2017 r. (dotyczy podmiotów centralnych), zgodnie z zapisami art. 12 ust. 1. i 2 UOZP.

Przedstawione w dalszej części opracowania analizy stanowią podsumowanie wykonywania działań z zakresu zdrowia publicznego sprawozdanych Ministrowi Zdrowia przez podmioty centralne oraz jednostki samorządu terytorialnego, za pośrednictwem wojewodów (zgodnie z zapisami art. 12 ust. 6 UOZP).

Opracowanie wykonane zostało przez zespół Polskiego Towarzystwa Programów Zdrowotnych zgodnie z umową nr 6/7K/3/NPZ/2017/2089/1286 zawartą z Ministrem Zdrowia w dniu 28.11.2017 r.

4. OPIS ZASTOSOWANEJ METODOLOGII ORAZ ŹRÓDŁA INFORMACJI WYKORZYSTANYCH W PROGRAMIE

Źródłem danych dla przedłożonego raportu są sprawozdania jednostek samorządu terytorialnego oraz organów administracji rządowej, z wyłączeniem wojewody, agencji wykonawczych oraz innych państwowych jednostek organizacyjnych uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego sprawozdanych Ministrowi Zdrowia za rok 2016, zgodnie z zapisami UOZP, przekazane Polskiemu Towarzystwu Programów Zdrowotnych przez Departament Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, zgodnie z obowiązującą strony umową.

Dodatkowo, w celu pozyskania szczegółowych informacji dotyczących dobrych praktyk w realizacji Narodowego Programu Zdrowia oraz zastrzeżeń do tabeli sprawozdawczych „Roczna informacja o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego za rok” stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2016 r. (poz. 2216), realizator zadania wystosował prośby do 35 podmiotów centralnych, 470 jednostek samorządu terytorialnego wszystkich szczebli, 20 stowarzyszeń i związków JST oraz wszystkich urzędów wojewódzkich.

Analiza została wykonana odrębnie dla podmiotów centralnych oraz jednostek samorządu terytorialnego. Celem takiego podziału był zamiar zachowania przejrzystości w zakresie kompetencji, finansowania oraz obszaru terytorialnego działań. Zaproponowany podział wynika również z faktu, że o ile w przypadku części podmiotów centralnych (np. GIS, NFZ) działania z zakresu zdrowia publicznego są działaniami statutowymi tych podmiotów, o tyle samorządy terytorialne samodzielnie ustalają zakres działań i skalę finansowania, a zadania z zakresu zdrowia są co do zasady finansowane ze środków własnych JST.

Analiza skupiała się na ocenie: liczby wykonanych zadań z zakresu zdrowia publicznego, celów i zadań NPZ, których dotyczyły podejmowane działania oraz zakresu terytorialnego i czasowego podejmowanych zadań. Ponadto analizowano koszt realizacji działań w podziale na źródła finansowania działań – w miarę dostępności tych informacji w przekazanych sprawozdaniach.

Dodatkowo na podstawie uwag przedstawicieli JST oraz podmiotów centralnych, a także analizy własnej nadesłanych materiałów podjęto próbę opracowania uwag dotyczących realizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego (Dz. U. poz. 2216), które mogą być podstawą do wprowadzania zmian w ww. rozporządzeniu.

Jednocześnie na podstawie informacji od jednostek samorządu terytorialnego w niniejszym opracowaniu podjęto próbę wskazania dobrych praktyk dot. realizacji Narodowego Programu Zdrowia przez jednostki

samorządu terytorialnego w odniesieniu do trybu przewidzianego w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2164, z późn. zm.) (PZP), ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 1817, z późn. zm.) (UoDPPioW), ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.) (u.o.ś.z.f.z.ś.p.).

5. WYNIKI EWALUACJI PROGRAMU

5.1 LICZBA ZADAŃ ZREALIZOWANYCH PRZEZ PODMIOTY CENTRALNE I JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Analizie poddano **15908 zadań**, które zostały sprawozdane przez podmioty centralne oraz **23284 zadań**, które zostały sprawozdane przez jednostki samorządu terytorialnego wszystkich szczebli w 2016 roku. Do analizy nie zostały włączone te zadania, których realizacja była zaplanowana na rok 2017 i kolejne lata.

5.1.1. ZADANIA REALIZOWANE PRZEZ PODMIOTY CENTRALNE

Do analizy włączono 20 pomiotów centralnych, które nadesłały informację o zadaniach zrealizowanych w roku 2016. Najwięcej, bo 7881 zadań (49,54%) przesłał Główny Inspektorat Sanitarny (GIS), kolejno Narodowy Fundusz Zdrowia (n=6660; 41,87%) i Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA) (n=672; 4,22%). Łącznie te trzy instytucje przesłały 95,63% ogółu ocenianych interwencji. Pozostałe dane zaprezentowano w tabeli poniżej.

TABELA 1. ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO ZREALIZOWANYCH PRZEZ INSTYTUCJE CENTRALNE W ROKU 2016 (LICZBA I ODSETEK OGÓŁU)

Klasa	Liczba (N)	Procent (%)
GIS	7881	49,54
NFZ	6660	41,87
MSWiA	672	4,22
KRRIT	255	1,60
NIZP-PZH	80	0,50
MEN	75	0,47
IMP	66	0,41
MON	62	0,39
MKiDN	30	0,19
PARPA	26	0,16
WOTUiW	25	0,16
RPO	24	0,15
MF	20	0,13
RIO	10	0,06
COI	9	0,06
MRPiPS	6	0,04
GUS	3	0,02

IŻŻ	2	0,01
MSiT	1	0,01
SW	1	0,01
SUMA	15908	100

Większość działań była realizowana przez jedną instytucję (n=15619; 99,18%). Współfinansowanych było 289 zadań, co stanowiło odpowiednio 1,82% ogółu.

5.1.2 ZADANIA REALIZOWANE PRZEZ JST

Największą liczbę zadań z zakresu zdrowia publicznego sprawozdano w województwie wielkopolskim (n=2332, 10,02%), kolejno – w mazowieckim (n=2151, 9,24%). Pozostałe dane prezentuje Tabela 2.

TABELA 2. ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO ZREALIZOWANYCH PRZEZ JST W PODZIALE NA WOJEWÓDZTWA W ROKU 2016 (LICZBA I ODSETEK OGÓŁU)

Województwo	Liczba (N)	Procent (%)
Wielkopolskie	2332	10,02
Mazowieckie	2151	9,24
Zachodniopomorskie	2100	9,02
Śląskie	2036	8,74
Warmińsko-mazurskie	2021	8,68
Lubuskie	1540	6,61
Pomorskie	1413	6,07
Łódzkie	1355	5,82
Lubelskie	1354	5,82
Podlaskie	1351	5,80
Dolnośląskie	1243	5,34
Małopolskie	1111	4,77
Opolskie	1108	4,76
Podkarpackie	1053	4,52
Kujawsko-pomorskie	613	2,63
Świętokrzyskie	503	2,16
SUMA	23284	100

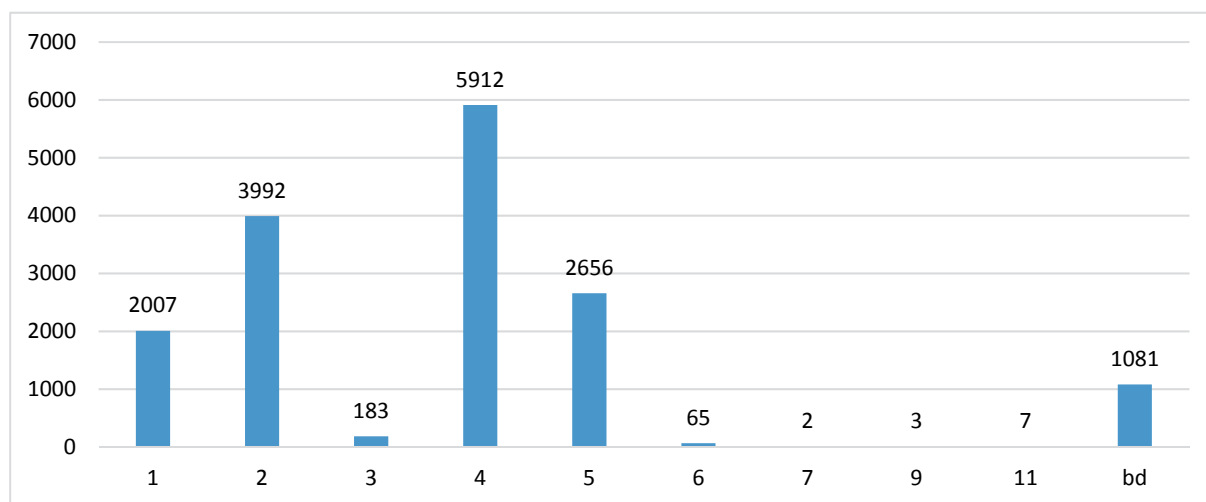
5.2 CEL OPERACYJNY I NUMER ZADANIA NPZ

5.2.1. PODMIOTY CENTRALNE

Zadania podejmowane przez podmioty centralne najczęściej dotyczyły Celu Operacyjnego 4 - *Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki* (n=5912; 37,16%), sprawozdane zostały głównie przez GIS, a następnie Celu Operacyjnego 2 - *Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi* (n=3992; 25,09%).

Pozostałe dane zaprezentowano zbiorczo na wykresie i w tabeli. W przypadku 1081 zadań analizowane podmioty nie określiły, którego Celu Operacyjnego dotyczy działanie (6,80%), najczęściej wskazując, że podjęte działanie nie dotyczy („nd”) NPZ.

Pojedyncze podmioty centralne wskazywały 7, 9 i 11 Cel Operacyjny – których nie ma w NPZ. Pozostałe dane zaprezentowano na rycinie (liczbowo) i w tabeli (liczba i odsetek całości) poniżej.



RYCINA 1. LICZBA ZADAŃ REALIZOWANYCH W ODNIESIENIU DO POSZCZEGÓLNYCH CELÓW OPERACYJNYCH NPZ

TABELA 3. ZADANIA ZREALIZOWANE W ODNIESIENIU DO POSZCZEGÓLNYCH CELÓW OPERACYJNYCH NPZ (LICZBA I ODSETEK OGÓŁU)

Cel Op. NPZ (nr)	Liczba (N)	Procent (%)
1	2007	12,62
2	3992	25,09
3	183	1,15
4	5912	37,16
5	2656	16,70
6	65	0,41

7	2	0,01
9	3	0,02
11	7	0,04
bd	1081	6,80
SUMA	15908	100

Podmioty centralne określiły aż **228 różnych zadań** NPZ, których dotyczyły działania podejmowane w 2016 roku. Najczęściej raportowanym zadaniem (n=1068; 6,71%) było zadanie 2.5 realizowane w ramach Celu Operacyjnego 5, co odpowiada: *Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych: rozwój usług i ośrodków geriatrycznych i wprowadzenie elementów geriatryi do praktyki lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej.*

W 2021 przypadkach (12,70%) podmioty centralne w ogóle nie określiły numeru zadania, do którego odnosiło się ich działanie. Podobnie jak w przypadku Celów Operacyjnych często wpisywaną odpowiedzią było n/d – pomimo konkretnych wskazówek w instrukcji. Pozostałe dane dotyczące numerów zadań NPZ przedstawiono w tabeli poniżej. Łącznie 88 numeracji pojawia się w dokumentacji zbiorczej tylko raz. Poniżej przedstawiono zadania NPZ, które występowały częściej niż 50 razy w sprawozdawczości podmiotów centralnych.

TABELA 4. DZIAŁANIA PODEJMOWANE PRZEZ PODMIOTY CENTRALNE W ODNIESIENIU DO NUMERU ZADANIA NPZ (LICZBA I ODSETEK OGÓŁU) OD PODAWANEGO NAJCZĘŚCIEJ DO WSKAZYWANYCH NAJRZADZIEJ

Zadanie NPZ (nr)	Liczba (N)	Procent (%)
bd	2021	12,70
2.5	1068	6,71
2.1.1.1.b	882	5,54
2.3	868	5,46
2.6	834	5,24
2.2	726	4,56
1.2.1	621	3,90
4.2.1	607	3,82
2.14	562	3,53
1.2.5	524	3,29
1.1.6	492	3,09
2.1.5	462	2,90
2.1.4	459	2,89
2.1.11	344	2,16
4.2.3	339	2,13
1.1.4	328	2,06
1.1.3	327	2,06
1.1.2	314	1,97

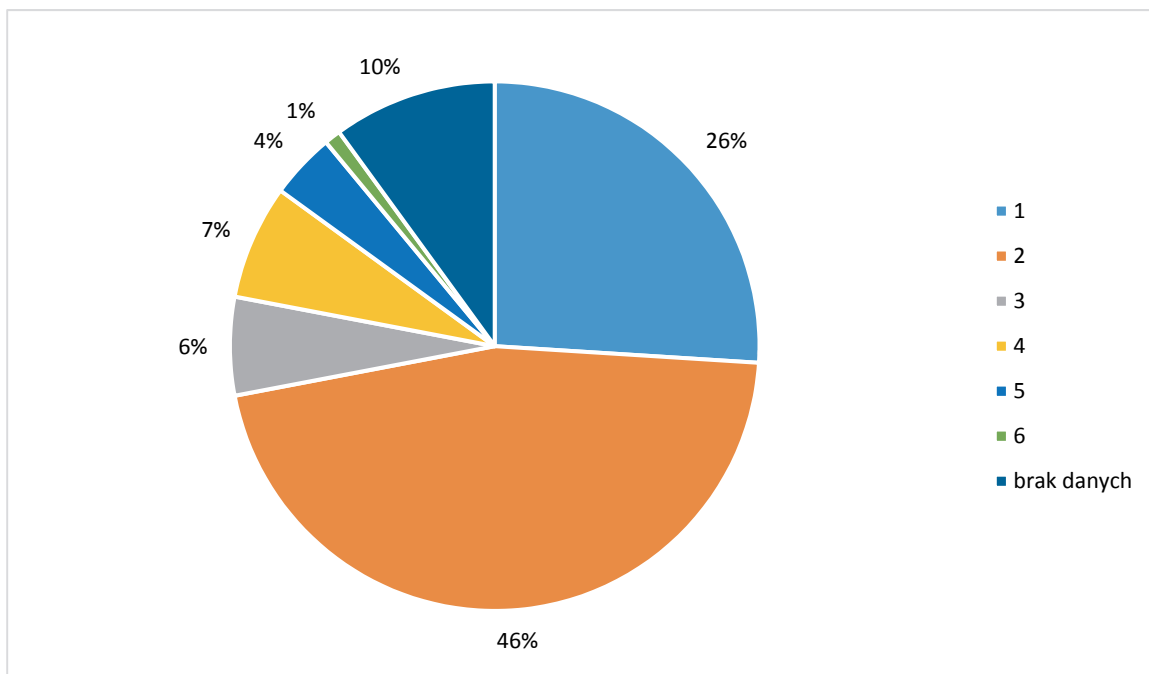
4.1.2	292	1,84
4.2.2	259	1,63
2.1.4	240	1,51
1.1.1	233	1,46
2.1.2.3.c	163	1,02
2.1.8	149	0,94
2.1.2.4	147	0,92
2.5.14	135	0,85
3.1.i	133	0,84
2.1.7	123	0,77
2.1.10	123	0,77
3.3.1	113	0,71
3.1.1.1	112	0,70
3.1.e	107	0,67
1.2.7	91	0,57
3.1.f	90	0,57
2.1.1.3	88	0,55
2.1.9	75	0,47
3.3.5	74	0,47
2.3.1.1	71	0,45
2.2.5	56	0,35
1.2.6	54	0,34
1.1.5	52	0,33

5.2.2. JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Zadania, które realizowały samorządy, dotyczyły najczęściej Celu Operacyjnego 2 – *Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi innymi zachowaniami ryzykownymi* (n=10708; 46,00%), a w drugiej kolejności Celu Operacyjnego 1 – *Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywiania oraz aktywności fizycznej społeczeństwa* (n=6126; 26,00%). W 2250 przypadkach nie została podana informacja na temat realizowanego Celu Operacyjnego NPZ (10,00%). Pozostałe dane przedstawia Tabela 5 i Rycina 2.

TABELA 5. ZADANIA ZREALIZOWANE W ODNIESIENIU DO POSZCZEGÓLNYCH CELÓW OPERACYJNYCH NPZ (LICZBA I ODSETEK OGÓŁU)

Cel Op. NPZ (nr)	Liczba (N)	Procent (%)
2	10708	46,00
1	6126	26,00
bd	2250	10,00
4	1593	7,00
3	1396	6,00
5	933	4,00
6	278	1,00
SUMA	23284	100



RYCINA 2. LICZBA ZADAŃ REALIZOWANYCH W ODNIESIENIU DO POSZCZEGÓLNYCH CELÓW OPERACYJNYCH NPZ

TABELA 6. LICZBA ZADAŃ REALIZOWANYCH W ODNIESIENIU DO POSZCZEGÓLNYCH CELÓW OPERACYJNYCH NPZ W POSZCZEGÓLNYCH WOJEWÓDZTWACH

	cel NPZ							Suma w województwie
	1	2	3	4	5	6	bd	
dolnośląskie	371	541	104	149	52	26		1243
kujawsko-pomorskie	305	167	40	50	40	2	9	613
lubelskie	269	597	110	87	33	37	221	1354
lubuskie	470	643	136	80	64	13	134	1540

łódzkie	141	832	64	83	30	11	194	1355
małopolskie	318	418	36	60	50	142	87	1111
mazowieckie	369	1412	62	85	58	89	77	2152
opolskie	320	439	76	115	96	10	52	1108
podkarpackie	264	552	45	57	46	8	81	1053
podlaskie	504	488	171	131	38	18	1	1351
pomorskie	416	509	196	134	78	69	11	1413
śląskie	656	754	162	81	77	10	296	2036
świętokrzyskie	89	248	33	72	46	15	0	503
warmińsko-mazurskie	553	637	90	45	74	13	609	2021
wielkopolskie	402	1462	184	60	128	36	60	2332
zachodniopomorskie	419	1079	197	134	128	97	46	2100
suma w celach NPZ	5866	10778	1706	1423	1038	596	1878	

Jednostki samorządu terytorialnego określiły 411 zadań NPZ, których dotyczyły ich działania. Najczęściej (n=956; 4,1%) było to zadanie 3.1 realizowane w ramach Celu Operacyjnego nr 1 – *Działania promujące zdrowy styl życia*. W przypadku 2240 działań (9,62%) JST nie wskazały żadnego numeru zadania. Dane przedstawia Tabela 7.

TABELA 7. ZADANIA NPZ NAJCZĘŚCIEJ REALIZOWANE PRZEZ JST W 2016 R. (LICZBA I ODSETEK OGÓŁU)

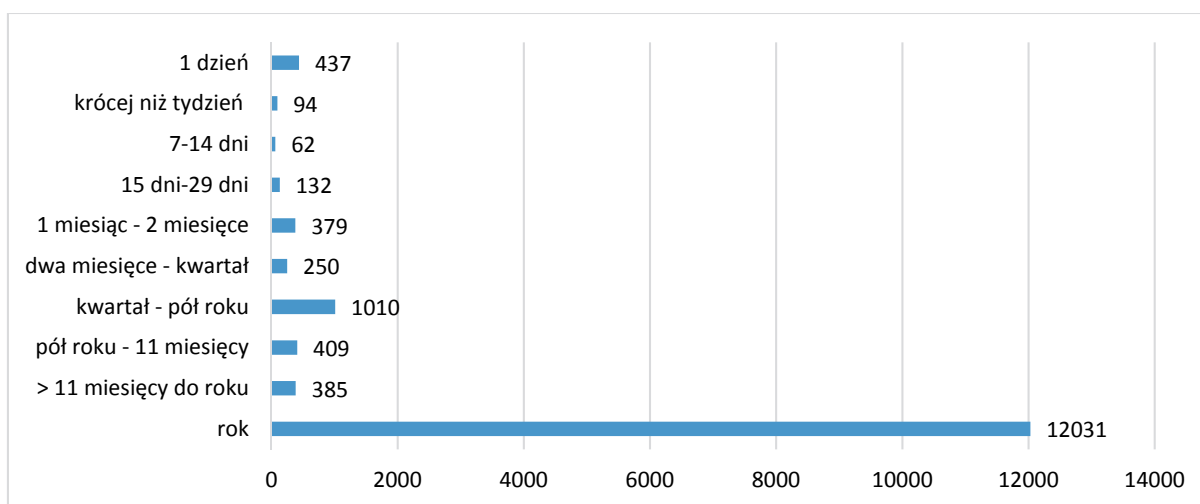
Zadanie NPZ (nr)	Liczba (N)	Procent (%)
1.3	956	4,10
2.1.1	764	3,28
1	742	3,19
2	715	3,07
1.3.2	586	2,52
3.2.1.1	548	2,35
1.1.4	547	2,34
3.1.1	529	2,27
1.1.3	469	2,01
1.1	430	1,85

5.3 CZAS TRWANIA PODEJMOWANYCH DZIAŁAŃ

Analizie poddano czas trwania działań podejmowanych przez podmioty centralne oraz JST. Jako jednostkę przyjęto liczbę dni. W przypadku, gdy działanie trwało kilka-kilkanaście godzin czas trwania określano jako 1 dzień.

5.3.1 PODMIOTY CENTRALNE

Podejmowane działania najczęściej trwały rok (n=12031; 79,21%) lub kwartał (n=614; 4,04%). W przypadku 719 działań (stanowiących 5,00% ogółu) podmiot centralny nie określił czasu trwania – była to druga najczęściej pojawiająca się opcja. Ze względu na istotne zróżnicowanie czasu trwania działań, które były raportowane przez podmioty – 265 różnych zakresów czasowych, dane tabelaryczne zaprezentowano jedynie w sposób zbiorczy



RYCINA 3. CZAS TRWANIA DZIAŁANIA W PRZEDZIAŁACH CZASOWYCH (W PRZEDZIAŁACH)

Średnia i mediana czasu trwania zadań wyniosły odpowiednio 317 i 365 dni. Pozostałe miary rozkładu zaprezentowano zbiorczo w tabeli podsumowującej dane ilościowe – Tabela 25.

5.3.2. JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Działania podejmowane przez JST trwały najczęściej rok kalendarzowy (n=6860; 29,46%). W przypadku 797 działań (3,42 %) nie został określony czas trwania. Średnia i mediana czasu trwania działań wyniosły odpowiednio 222 i 365 dni. Pozostałe miary przedstawione są w Tabeli 26.

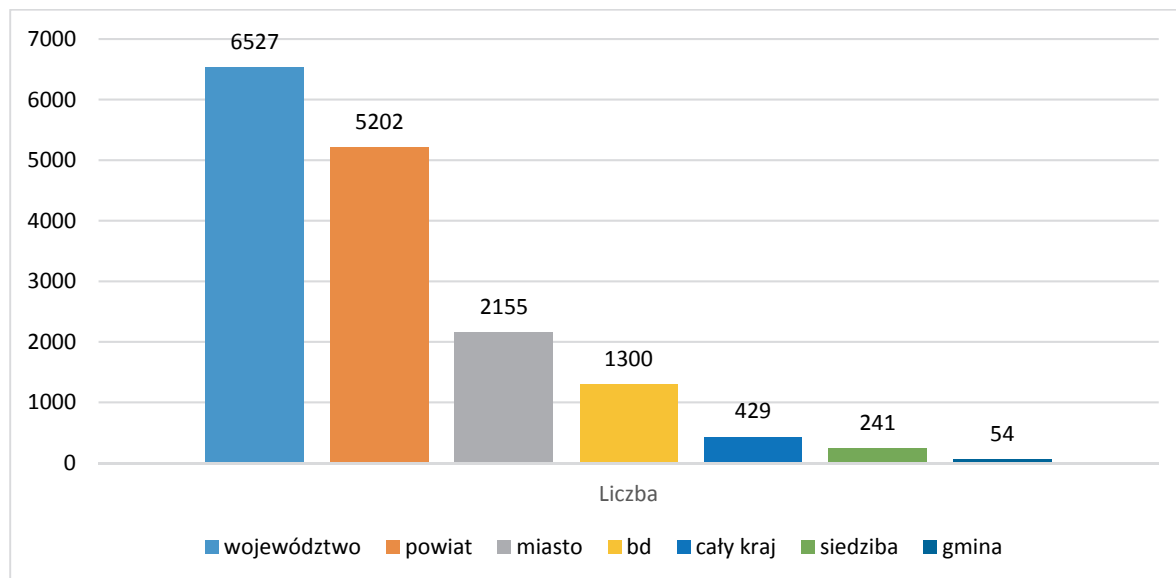
5.4. ZASIĘG TERYTORIALNY REALIZOWANYCH DZIAŁAŃ

5.4.1. PODMIOTY CENTRALNE

Działania podejmowane przez podmioty centralne najczęściej miały regionalny zasięg, tj. dotyczyły pojedynczego województwa (n=6527; 41,03%). W przypadku 1300 zadań (8,17%) podmioty nie określiły zasięgu terytorialnego swojego działania. W 241 zadaniach (1,51%) zadanie było realizowane jedynie na terenie siedziby pojedynczej instytucji – najczęściej realizatora. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – w tabeli (liczba działań i odsetek ogółu) oraz na rycinie (dane liczbowe).

TABELA 8. ZADANIA REALIZOWANE PRZEZ PODMIOTY CENTRALNE ZE WZGLĘDU NA ZASIĘG TERYTORIALNY (LICZBA I ODSETEK OGÓŁU)

Zasięg terytorialny	Liczba (N)	Procent (%)
województwo	6527	41,03
powiat	5202	32,70
miasto	2155	13,55
bd	1300	8,17
cały kraj	429	2,70
siedziba	241	1,51
gmina	54	0,34
SUMA	15908	100



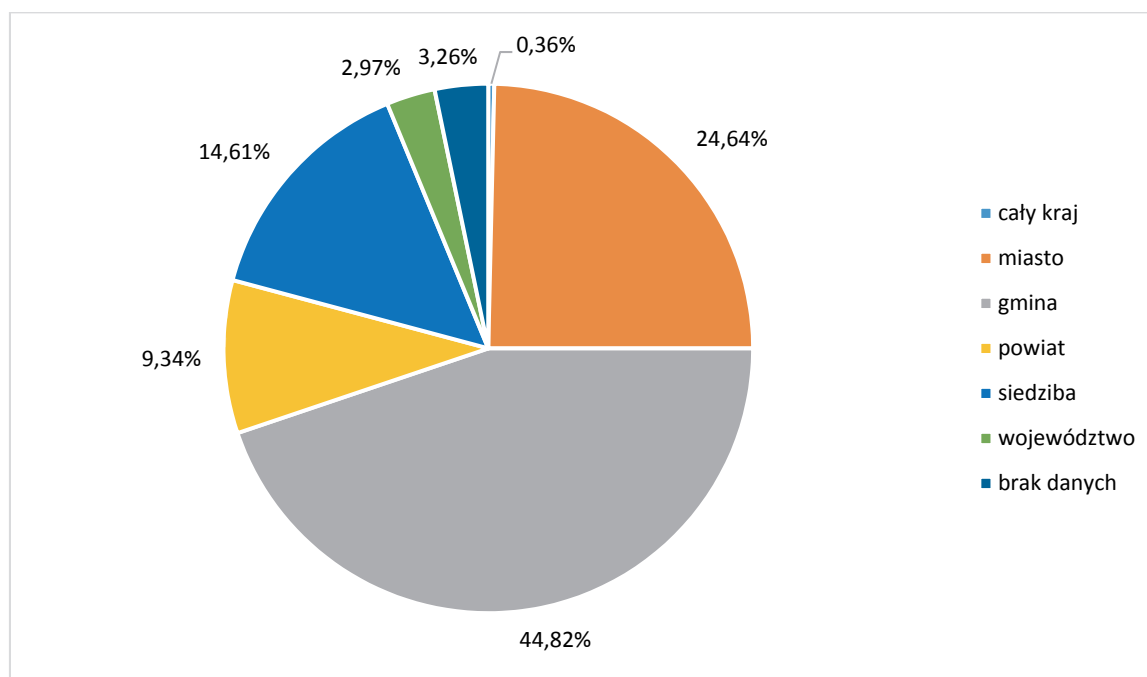
RYCINA 4. ZASIĘG DZIAŁAŃ PODEJMOWANYCH PRZEZ PODMIOTY CENTRALNE

5.4.2. JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Działania podejmowane przez samorządy najczęściej dotyczyły pojedynczej gminy (n=10436, 44,82%), a kolejno miasta (n=5737, 24,64%). W przypadku 760 zadań (3,26%) nie został określony zasięg działania, a 3401 działań (14,61%) realizowano tylko na terenie siedziby instytucji, najczęściej dla jej pracowników, bądź dla uczniów i kadry danej placówki oświatowej.

TABELA 9. ZASIĘG TERYTORIALNY DZIAŁAŃ REALIZOWANYCH PRZEZ JST (LICZBA I ODSETEK OGÓŁU)

Zasięg terytorialny	Liczba (N)	Procent (%)
Gmina	10436	44,82
Miasto	5737	24,64
Siedziba	3401	14,61
Powiat	2175	9,34
Bd	760	3,26
Województwo	691	2,97
Cały kraj	84	0,36
SUMA	23284	100



RYCINA 5. ZASIĘG TERYTORIALNY DZIAŁAŃ REALIZOWANYCH PRZEZ JST

TABELA 10. ZASIĘG TERYTORIALNY DZIAŁAŃ Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO W PODZIALE NA WOJEWÓDZTWA

	gmina	miasto	powiat	siedziba	województwo	bd	Polska
dolnośląskie	441	356	282	153	3	8	0
kujawsko-pomorskie	229	262	59	9	46	8	0
lubelskie	475	250	144	262	4	219	0
lubuskie	557	370	35	530	42	6	0
łódzkie	411	652	87	192	1	12	0
małopolskie	846	88	34	87	5	51	0
mazowieckie	1124	548	92	214	50	124	0
opolskie	664	317	30	1	22	75	0
podkarpackie	678	184	68	106	9	0	8
podlaskie	333	173	33	749	27	36	0
pomorskie	319	264	98	567	87	69	9
śląskie	718	774	149	199	138	57	1
świętokrzyskie	290	96	37	33	35	12	0
warmińsko-mazurskie	721	388	156	648	44	64	0
wielkopolskie	754	1448	54	28	44	4	0
zachodniopomorskie	769	1234	20	28	44	5	0

5.5 GRUPY DOCELOWE DZIAŁAŃ PODEJMOWANYCH W RAMACH NPZ

W pierwszej kolejności analizie poddano grupę docelową działań **pod względem jej rodzaju**. Populacja została podzielona na 14 podgrup, gdzie:

- Grupy wyselekcjonowane – oznaczały osoby, które włączono do działania przez wzgląd na specyficzną cechę, np. wykonywany zawód (nauczyciele, żołnierze, strażnicy więzienni), zachowanie (np. nadużywanie alkoholu, stosowanie substancji psychoaktywnych) bądź sytuację (np. bycie ofiarą przemocy, przebywanie na koloniach/obozach);
- Seniorzy – osoby w wieku 65+ lub określone przez realizatora jako osoby starsze;
- łącznie dzieci i młodzież – przede wszystkim osoby w wieku 0-18 lub podobnym;
- Uczniowie SP – uczniowie szkół podstawowych oraz gimnazjalnych (różnice w raportowaniu wynikają ze zmiany systemu szkolnictwa);
- Razem uczniowie i młodzież – uczniowie szkół wszystkich poziomów;

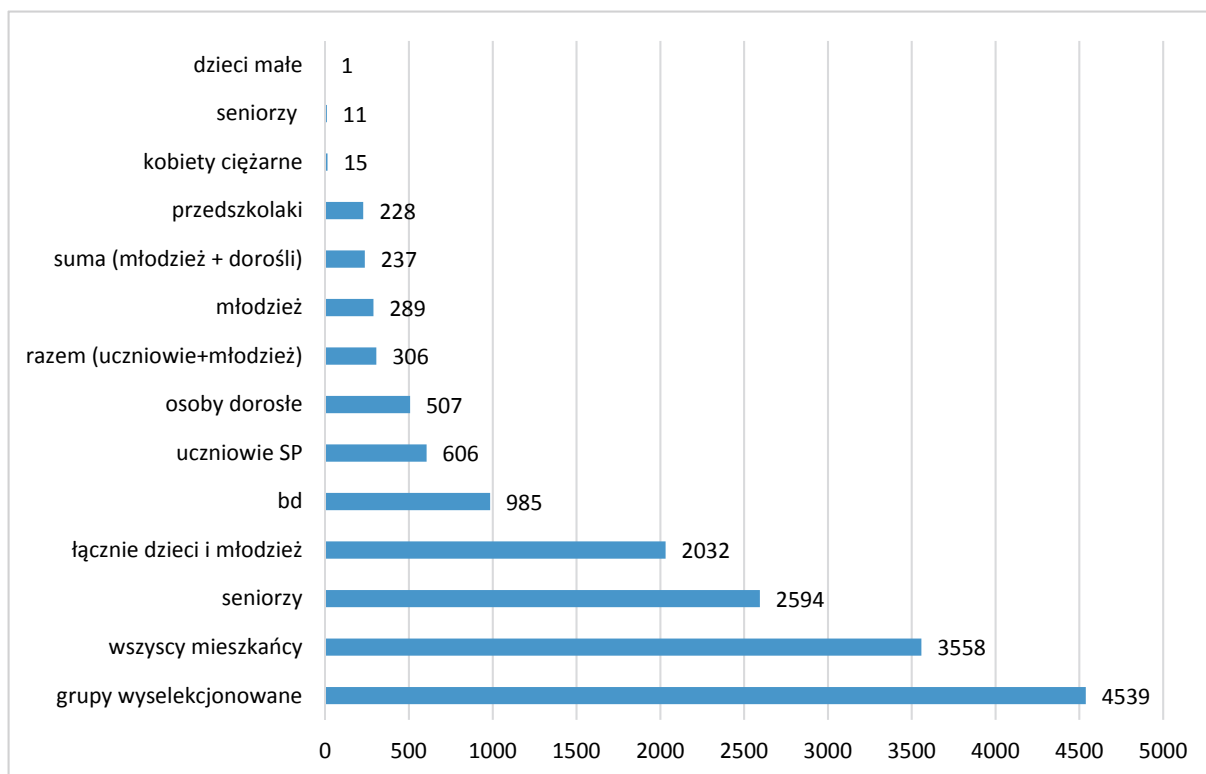
- Młodzież – uczniowie szkół ponadgimnazjalnych i studenci;
- Suma (młodzież i dorośli) – młodzież (10 r.ż. i więcej) oraz osoby dorosłe;
- Przedszkolaki – dzieci w wieku 3-6 lat;
- Dzieci małe – dzieci do 3 r.ż.

5.5.1. PODMIOTY CENTRALNE

Najczęściej działania podejmowane przez podmioty centralne skierowane były do wyselekcjonowanych grup (n=4539; 28,53%) oraz wszystkich mieszkańców (np. województwa, gminy czy całego kraju w zależności od zasięgu działania) (n=3558; 22,37%). W 985 przypadkach podmioty nie określiły populacji docelowej swoich działań (6,19%). Pozostałe dane zaprezentowano poniżej.

TABELA 11. OSOBY BĘDĄCE ODBIORCAMI ZADAŃ REALIZOWANYCH PRZEZ PODMIOTY CENTRALNE POD WZGLĘDEM RODZAJU (LICZBA I ODSETEK OGÓŁU)

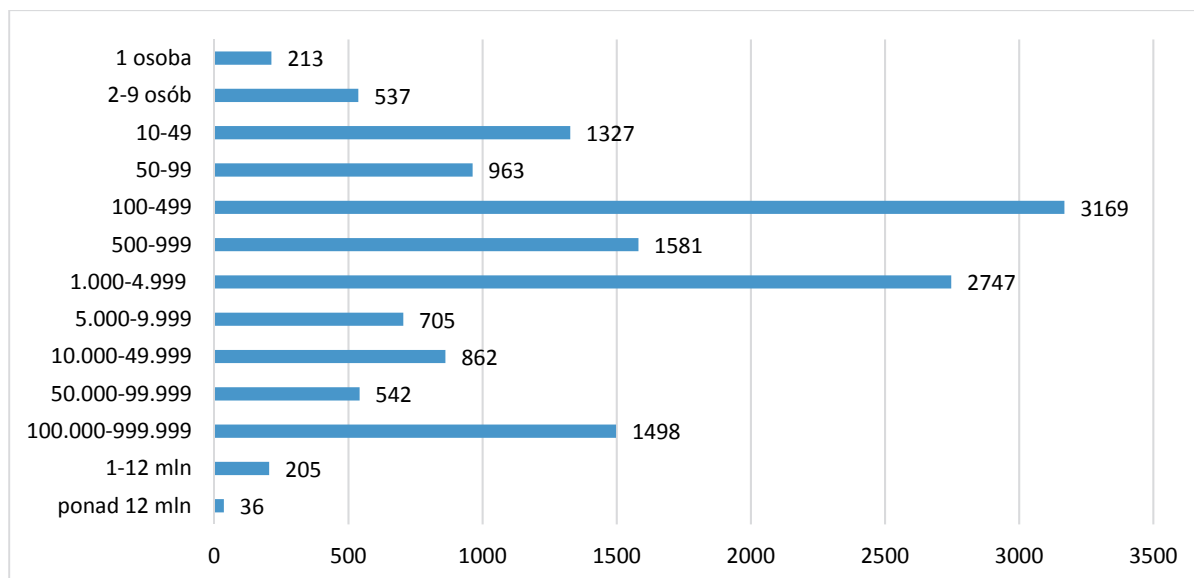
Grupa docelowa	Liczba (N)	Procent (%)
grupy wyselekcjonowane	4539	28,53
wszyscy mieszkańcy	3558	22,37
seniorzy	2594	16,31
łącznie dzieci i młodzież	2032	12,77
bd	985	6,19
uczniowie SP	606	3,81
osoby dorosłe	507	3,19
razem (uczniowie + młodzież)	306	1,92
młodzież	289	1,82
suma (młodzież + dorośli)	237	1,49
przedszkolaki	228	1,43
kobiety ciężarne	15	0,09
seniorzy	11	0,07
dzieci małe	1	0,01
SUMA	15908	100



RYCINA 6. LICZBA OSÓB BĘDĄCYCH ODBIORCAMI ZADAŃ REALIZOWANYCH PRZEZ JEDNOSTKI CENTRALNE W PODZIALE NA GRUPY

Następnie grupę odbiorczą poddano analizie **pod względem jej wielkości**. Ze względu na istotne zróżnicowanie danych (3977 różnych danych wskazywanych przez podmioty centralne) w postaci tabelarycznej zaprezentowano jedynie dane zbiorcze (patrz: Tabela).

Liczba osób w grupie docelowej była zróżnicowana (1-38.530.000), przy czym najczęściej było to 100-499 osób (22,03%).



RYCINA 7. LICZBA OSÓB W GRUPIE DOCELOWEJ W PRZEDZIAŁACH

Najczęściej wymienianą liczbą osób poddawanych działaniu było 281743 (n=451; 3,14%) – były to działania realizowane przez NFZ w odniesieniu do populacji dzieci i młodzieży oraz 206472 (n=264; 1,83%) skierowane przez NFZ do populacji seniorów. Aż 213 działań było skierowanych do pojedynczych osób, co stanowiło 1,48% ogółu działań podejmowanych przez podmioty centralne.

Średnia i mediana dla liczby osób poddanych działaniu wyniosły odpowiednio 155.588 i 760 osób. Pozostałe miary rozkładu zaprezentowano zbiorczo w tabeli podsumowującej dane ilościowe (Tabela 18).

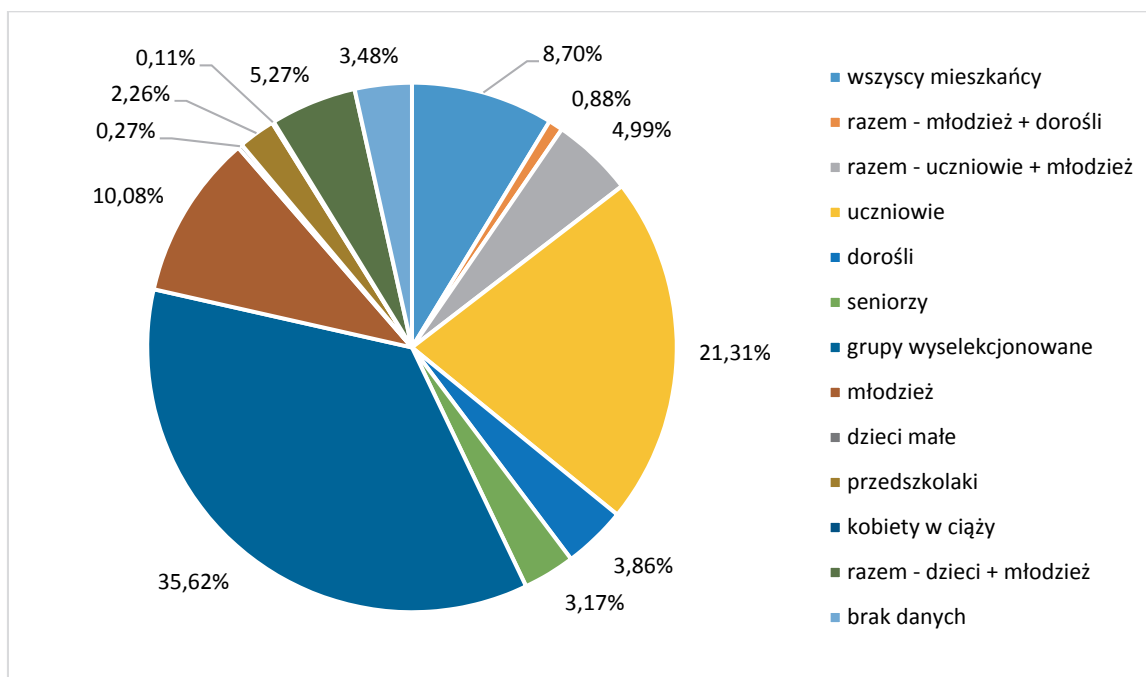
5.5.2. JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Działania podejmowane przez samorzady skierowane były najczęściej do grup wyselekcjonowanych (n=8294; 35,62%) oraz uczniów szkół podstawowych (n=4961; 21,31%). W 811 przypadkach samorzady nie określiły populacji docelowej swoich działań (3,48%). Pozostałe dane zaprezentowano w Tabeli 12 i na Rycinie 8.

TABELA 12. GRUPY DOCELOWE ZADAŃ REALIZOWANYCH PRZEZ JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO (LICZBA I ODSETEK OGÓŁU)

Grupa docelowa	Liczba (N)	Procent (%)
Grupy wyselekcjonowane	8294	35,62
Uczniowie szkoły podstawowej	4961	21,31
Młodzież	2346	10,08
Wszyscy mieszkańcy	2025	8,70
Razem – dzieci i młodzież	1227	5,27
Razem – uczniowie i młodzież	1061	4,99
Osoby dorosłe	899	3,86
bd	811	3,48

Seniorzy	738	3,17
Przedшкоlaki	527	2,26
Razem – młodzież i dorośli	206	0,88
Dzieci małe	63	0,27
Kobiety w ciąży	26	0,11
SUMA	23284	100



RYCINA 8. LICZBA OSÓB BĘDĄCYCH ODBIORCAMI ZADAŃ REALIZOWANYCH PRZEZ JST POD WZGLĘDEM RODZAJU

TABELA 13. GRUPY DOCELOWE ZADAŃ REALIZOWANYCH PRZEZ JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO W PODZIALE NA WOJEWÓDZTWA

	grupa wyselekcjonowana	młodzież	osoby dorosłe	łącznie dzieci i młodzież	uczniowie sp	razem (uczniowie i młodzież)	seniorzy	wszyscy mieszkańcy	suma (młodzież i dorośli)	przedшкоlaki	dzieci małe	kobiety ciężarne	bd	SUMA
dolnośląskie	380	239	83	66	184	31	32	80	42	15	7	7	77	1243
kujawsko-pomorskie	187	16	18	57	172	11	32	51	42	2	3	7	15	613
lubelskie	478	262	85	86	81	12	15	58	13	15	6	3	240	1354
lubuskie	465	40	66	28	482	148	46	93	42	53	4	7	66	1540

łódzkie	396	78	350	1	74	19	18	151	7	171	90	1355	0	2710
małopolskie	450	26	30	66	260	31	28	80	42	4	10	7	77	1111
mazowieckie	902	86	71	302	284	5	70	238	42	10	6	2	134	2152
opolskie	306	242	18		272		74	134	0	59	0	1	2	1108
podkarpackie	238	71	50	12	246	185	39	144	9	8	0	1	50	1053
podlaskie	306	108	22	12	422	185	13	67	6	199	0	1	10	1351
pomorskie	224	121	104	57	303	203	97	106	28	139	0	21	10	1413
śląskie	617	116	82	162	422	226	43	4	6	46	0	4	218	1946
świętokrzyskie	168	17	15	62	45	78	30	5	7	1	0	4	58	490
warmińsko-mazurskie	565	163	73	288	456	78	68	1	37	64	0	5	152	1950
wielkopolskie	757	236	120	4	604	78	132	8	37	8	0	5		1989
zachodniopomorskie	561	219	103	4	304	78	522	205	37	26	26	5	10	2100

5.6 REALIZATOR ZADANIA (RODZAJ)

Analizie poddano dane realizatora działania pod względem rodzajowym. W tym celu utworzono następujące grupy:

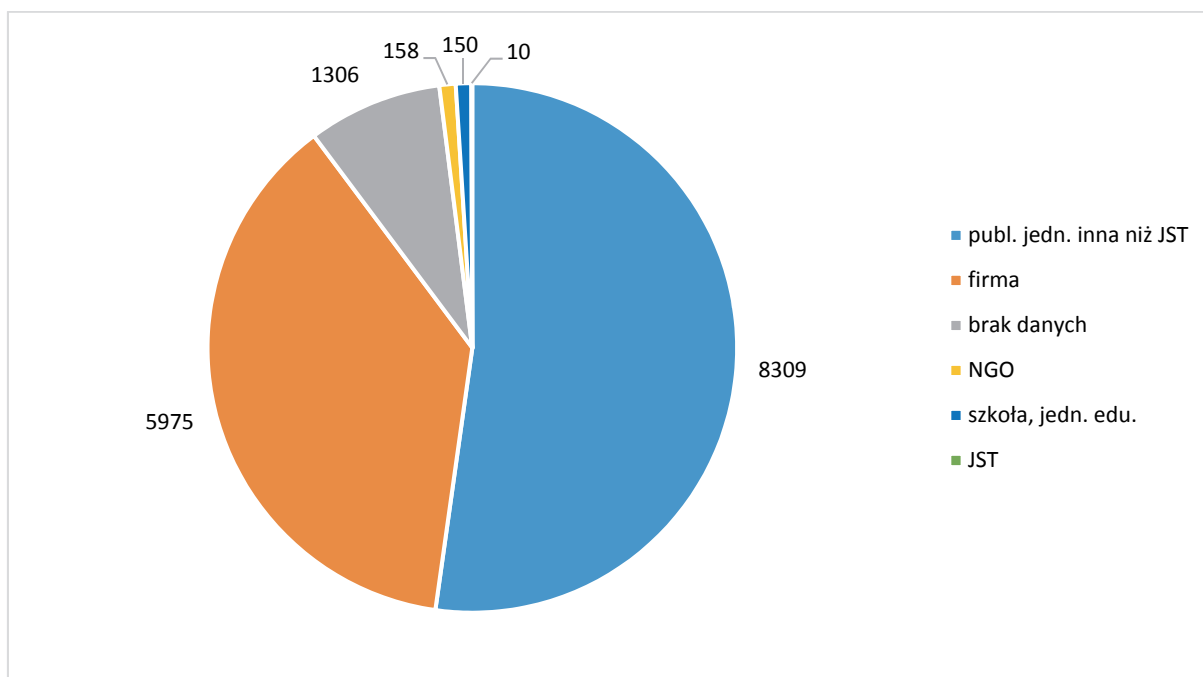
- JST – jednostka samorządu terytorialnego;
- publiczna jednostka inna niż JST – jednostka publiczna inna niż samorządowa, np. NFZ, PARPA, ministerstwo.
- ngo – (ang. *non-governmental organizations*) organizacje pozarządowe, w tym organizacje kościelne;
- firma – jednostki prywatne, w tym NZOZy.
- szkoła, jednostka edukacyjna – szkoły, uniwersytety, jednostki o profilu szkoleniowym i edukacyjnym.

5.6.1. PODMIOTY CENTRALNE

Najczęściej jednostką realizującą działanie była jednostka publiczna inna niż JST (n=8309; 52,16%) oraz jednostka prywatna (firma) (n=5975; 37,56%) – dotyczyło to najczęściej NZOZ. W przypadku 1306 działań realizator zadania nie został wprost wskazany. Należy wspomnieć, że zgodnie z instrukcją w tym miejscu podmioty centralne miały za zadanie „wskazać dane podmiotu, któremu podmiot realizujący zadanie powierzył realizację zadania”. Pozostałe dane zaprezentowano w tabeli i rycinie poniżej.

TABELA 14. REALIZATORZY DZIAŁAŃ Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO ZE WZGLĘDU NA RODZAJ (LICZBA I ODSETEK OGÓŁU)

Realizator zadania - rodzaj	Liczba (N)	Procent (%)
publ. jedn. inna niż JST	8309	52,16
firma	5975	37,56
bd	1306	8,20
NGO	158	0,99
szkoła, jedn. edu	150	0,94
JST	10	0,06
SUMA	15908	100



RYCINA 9. LICZBA REALIZATORÓW DZIAŁAŃ Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO – RODZAJ

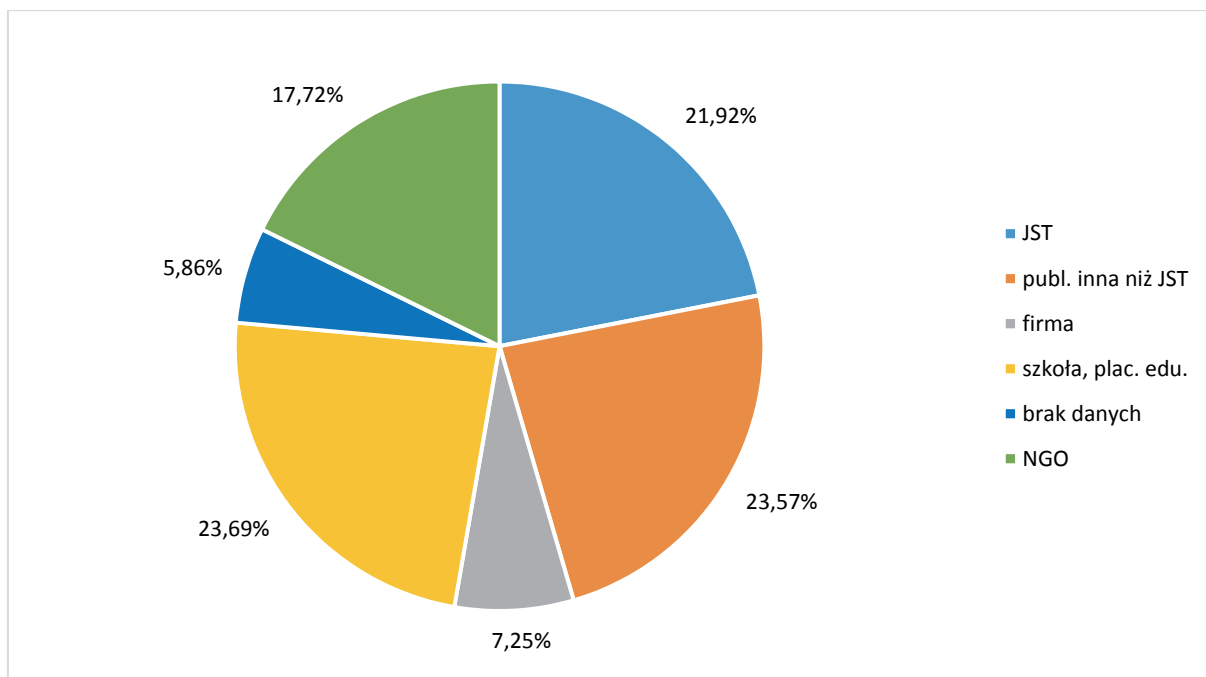
5.6.2. JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Najczęściej jednostką realizującą działanie były szkoły i inne placówki edukacyjne (n=5517; 23,69 %) oraz jednostki publiczne inne niż JST (n=5488; 23,57%).

TABELA 15. REALIZATORZY DZIAŁAŃ PROWADZONYCH PRZEZ JST (LICZBA I ODSETEK OGÓŁU)

Realizator zadania	Liczba (N)	Procent (%)
Szkoła, placówka edukacyjna	5517	23,69
Publiczna jednostka	5488	23,57
JST	5103	21,92

NGO	4125	17,72
firma	1687	7,25
bd	1364	5,86
SUMA	23284	100



RYCINA 10. REALIZATORZY DZIAŁAŃ PROWADZONYCH PRZEZ JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

5.7 TRYB REALIZACJI ZADANIA

W tej części realizatorzy mieli za zdanie określić tryb realizacji zadania – tj. określić w zgodzie z jakimi przepisami zrealizowano zadanie. Zgodnie z instrukcją należało: „podać tryb, w jakim zrealizowano zadanie, zgodnie z obowiązującymi przepisami, np. zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2164, z późn. zm.), ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 1817, z późn. zm.), ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916, z późn. zm.). W przypadku powierzenia realizacji zadania w trybie określonym w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, należy wskazać czy zastosowano tryb konkursowy czy wnioskowy”.

W celu podziału aktów prawnych, wydzielono następujące kategorie:

- SFZP - ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.);
- PZP – ustawa prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2164, z późn. zm.);
- UOZP – ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916, z późn. zm.);

- UDPP – ustawa o działalności pożytku publicznego i wolontariacie;
- DL – ustawa o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654, z późn. zm.);
- Tryb wnioskowy – realizowane w trybie wnioskowym lub zleconym;
- Statut – realizowane zadania własne/statutowe;
- Inne – pozostałe przepisy prawne, m.in. ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawa o oświacie.

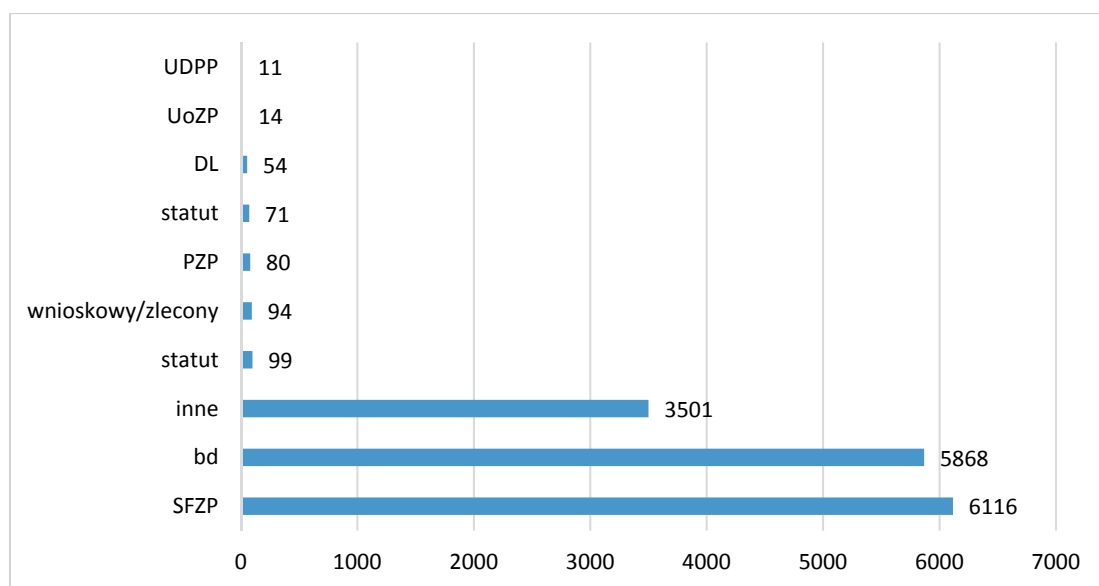
5.7.1. PODMIOTY CENTRALNE

Informacje podawane przez podmioty centralne były bardzo zróżnicowane – zarówno w zakresie podawanych przepisów prawnych (określono je zbiorczo jako „inne”) jak i innych elementów nie związanych z przepisami prawnymi. Dotyczyły one głównie metody realizacji zadania i wykonywanych czynności, np. wyprowadzania podopiecznych na spacer czy odbywania spotkań informacyjnych (zbiorczo takie dane określono mianem „bd”).

Najczęściej wymienianą podstawą prawną była ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (zwana dalej SFZP) z 2004 roku (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.), którą wskazano 6116 razy (38,45%). Określenie podstawy prawnej nastęrczało wielu trudności podmiotom centralnym – drugą najczęściej stwierdzaną informacją był faktyczny brak danych (n=5866; 36,87%) oraz inne przepisy prawne – głównie przepisy branżowe, np. ustawa o policji czy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (n=3501; 22,01%). UOZP była wymieniona w przypadku 14 zadań, przy czym kolejne 94 było realizowanych w trybie wnioskowym lub zleconym, co częściowo może odpowiadać tożsamej podstawie prawnej.

TABELA 16. ZADANIA REALIZOWANE PRZEZ PODMIOTY CENTRALNE W ODNIESIENIU DO PODSTAWY PRAWNEJ (LICZBA I ODSETEK OGÓŁU)

Tryb realizacji – podstawa prawna	Liczba (N)	Procent (%)
SFZP	6116	38,45
bd	5868	36,89
inne	3501	22,01
statut	99	0,62
wnioskowy/zlecony	94	0,59
PZP	80	0,50
statut	71	0,45
DL	54	0,34
UoZP	14	0,09
UDPP	11	0,07
SUMA	15908	100,00



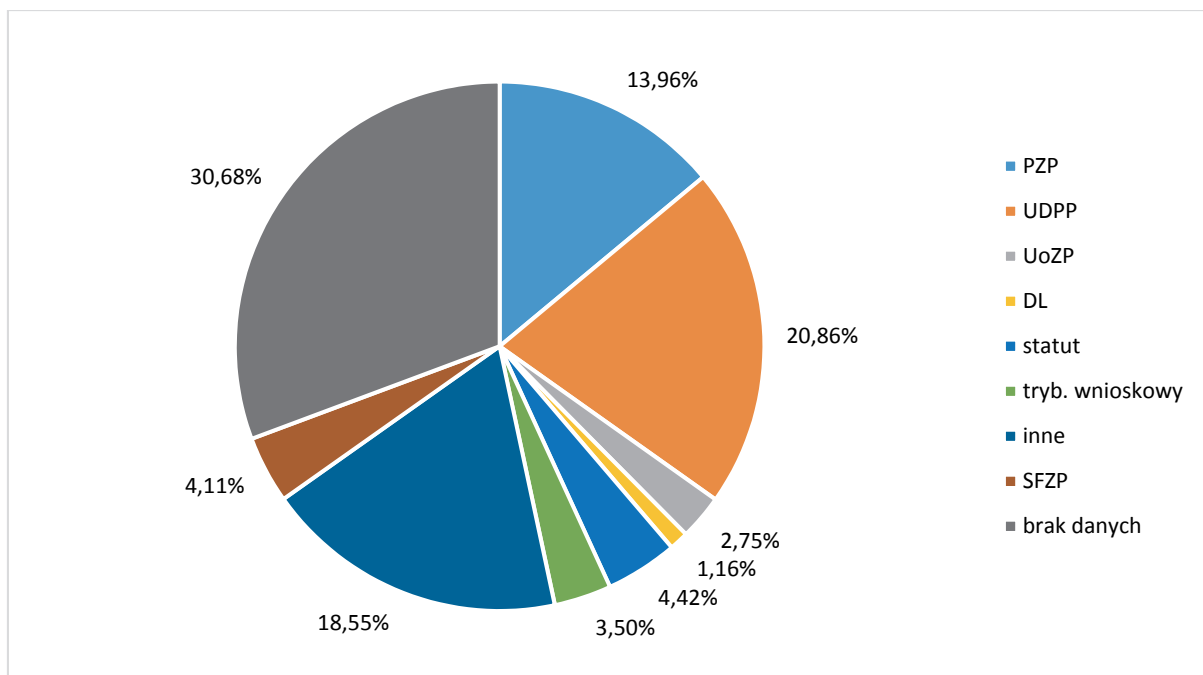
RYCINA 11. LICZBA ZADAŃ REALIZOWANYCH PRZEZ PODMIOTY CENTRALNE W ODNIESIENIU DO PODSTAWY PRAWNEJ (TRYB REALIZACJI)

5.7.2. JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

JST najczęściej nie wypełniały pola dotyczącego trybu realizacji bądź wpisane przez nie dane nie mogły zostać zakwalifikowane do żadnej z etykiet (n=7144, 30,68%). Kolejną wymienianą podstawą prawną była ustawa o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (n=4857, 20,86%). W kategorii „inne” (n=4319, 18,55%) najczęściej pojawiały się takie przepisy prawne, jak ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawa o narkomanii, ustawa o pomocy społecznej, ustawa o oświacie, statuty szkół, zarządzenia poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego.

TABELA 17. TRYB REALIZACJI DZIAŁAŃ PROWADZONYCH PRZEZ JST (LICZBA I ODSETEK OGÓŁU)

Tryb realizacji	Liczba (N)	Procent (%)
bd	7144	30,68
UDPP	4857	20,86
Inne	4319	18,55
PZP	3251	13,96
Statut	1030	4,42
SFZP	958	4,11
Tryb wnioskowy	816	3,50
UOZP	640	2,75
DL	269	1,16
SUMA	23284	100,00



RYCINA 12. TRYB REALIZACJI DZIAŁAŃ PROWADZONYCH PRZEZ JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO (LICZBA I ODSETEK OGÓŁU)

5.8 ELEMENTY DZIAŁAŃ PODJĘTE W ZADANIU

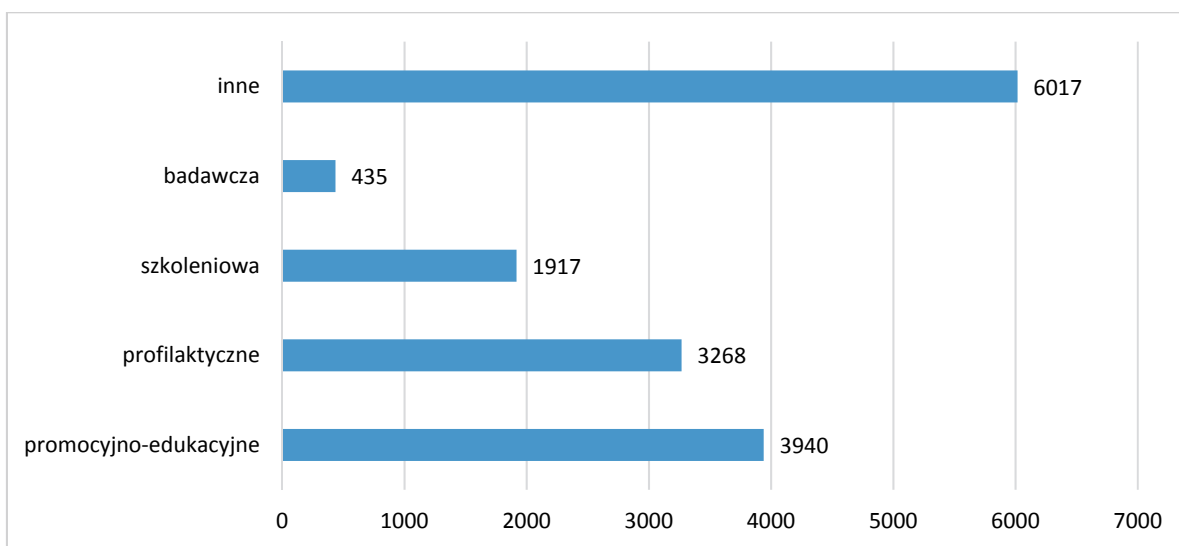
Wśród elementów jakie mogły być zrealizowane w zadaniu na etapie planowania procesu sprawozdawczego zostały wyznaczone następujące grupy:

- działania promocyjno-edukacyjne;
- działania profilaktyczne;
- działania szkoleniowe i konferencje;
- działalność badawcza;
- inne.

Należy mieć na uwadze fakt, że w ramach realizacji jednego zadania możliwe było podjęcie kilku działań, stąd suma sprawozdanych działań może być większa niż liczba zrealizowanych zadań z zakresu zdrowia publicznego.

5.8.1. PODMIOTY CENTRALNE

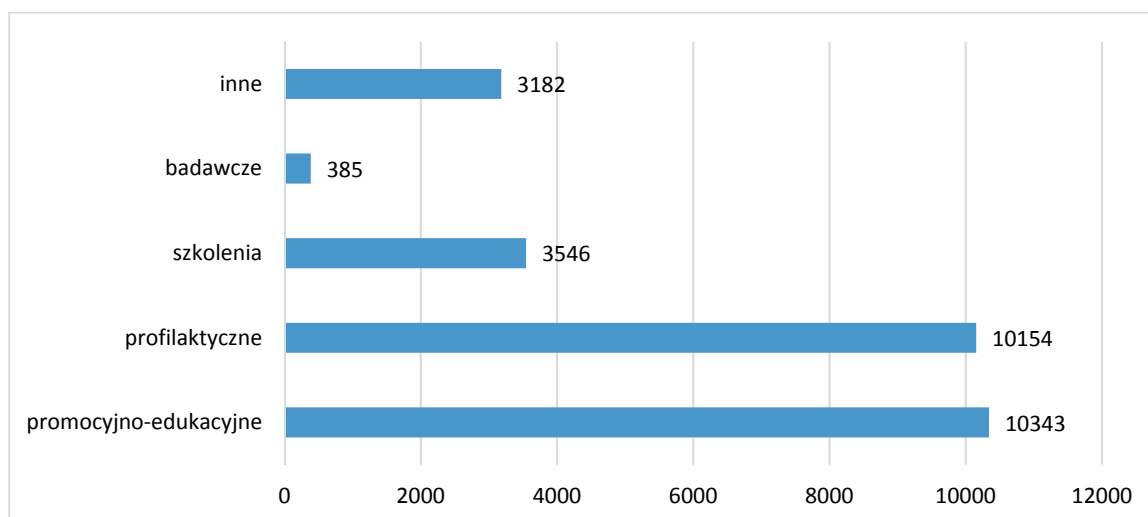
- Działania promocyjno-edukacyjne zostały podjęte w 3940 zadaniach, co stanowiło 24,77%
- Działania profilaktyczne zostały podjęte 3268 zadaniach, co stanowiło 20,54%
- Działania szkoleniowe i konferencje zostały zrealizowane w 1917 zadaniach, co stanowiło 12,05% ogółu.
- Działania badawcze zostały podjęte w 435 zadaniach, co stanowiło 2,73% ogółu.
- Realizatorzy dość powszechnie raportowali realizację działań, które samodzielnie zaliczali do grupy „inne”. Działania takie podjęto w przypadku 6017 zadań, co stanowiło 37,82% ogółu.



RYCINA 13. LICZBA DZIAŁAŃ POSZCZEGÓLNYCH RODZAJÓW REALIZOWANYCH W RAMACH ZADAŃ PODEJMOWANYCH PRZEZ PODMIOTY CENTRALNE – OPRACOWANIE ZBIORCZE

5.8.2 JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

- Działania promocyjno-edukacyjne zostały podjęte w 10343 zadaniach (44,40%).
- Działania profilaktyczne zostały podjęte w 10154 zadaniach (43,6%)
- Działania szkoleniowe i konferencje zostały zrealizowane w 3546 zadaniach (15,22%)
- Działalność badawcza była podejmowana w przypadku 385 zadań (1,65%),
- Działania, które według urzędów wojewódzkich nie należały do żadnej z poprzednich grup określone zostały kategorią „inne”. Działania takie podjęto w przypadku 3182 zadań (13,66%),



RYCINA 14. LICZBA DZIAŁAŃ POSZCZEGÓLNYCH RODZAJÓW REALIZOWANYCH W RAMACH ZADAŃ PODEJMOWANYCH PRZEZ JST – OPRACOWANIE ZBIORCZE

5.9 FINANSOWANIE DZIAŁAŃ Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO

W tej części analizie poddano dane dotyczące finansowania poszczególnych zadań, z uwzględnieniem takich danych jak:

- podmiot finansujący;
- kwota finansowania.

W przypadku, gdy zadanie było finansowane przez więcej niż jedną instytucję analizie poddano także wyżej wymienione parametry w odniesieniu do instytucji współfinansującej.

Należy mieć na uwadze, że dane dotyczące wysokości finansowania pochodziły wyłącznie od części podmiotów. Duża liczba podmiotów wpisywała bd/nd w przypadku, gdy zadania wykonywane były w ramach budżetów/zadań jednostek. Nakład pracy nie był oddzielnie wyceniany czy wydzielany z budżetu instytucji, co może błędnie sugerować, że zadania te były bezkosztowe. W rzeczywistości jednak nie podjęto się wyliczenia kosztów pracy personelu, sprzętu, pomieszczeń i materiałów zużytych do danego działania.

Na podstawie sprawozdanych danych można oszacować, że w 2016 r. na zadania z zakresu zdrowia publicznego jednostki samorządu terytorialnego oraz podmioty centralne wydały minimum 3,93 mld złotych.

5.9.1 PODMIOTY CENTRALNE

PODMIOT FINANSUJĄCY

Podmioty finansujące zadania zostały pogrupowane spójnie z etykietami nadanymi w odniesieniu do realizatora działania, przy czym znaczna część podmiotów centralnych jako podmiot finansujący wskazywała budżet państwa, bez określenia konkretnej instytucji dysponującej środkami publicznymi (n=100; 0,63%), dlatego też uwzględniono tę grupę osobno. Dodatkowo, w tym przypadku odrębnie uwzględniono ministerstwa.

Najczęściej wymienianym podmiotem finansującym były jednostki publiczne inne niż JST, np. GIS czy NFZ (n=11785; 74,08%). W przypadku aż 3623 działań podmioty nie podały jednostki odpowiedzialnej za finansowanie lub takiej jednostki nie było przez wzgląd na „bezkosztową” realizację zadania, co stanowiło 22,77% ogółu zadań. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej.

TABELA 18. PODMIOT FINANSUJĄCY ZADANIE (LICZBA I ODSETEK OGÓŁU)

Podmiot finansujący zadanie	Liczba (N)	Procent (%)
publ. jedn. inna niż JST	11785	74,08
bd	3623	22,77
ministerstwo	213	1,34
JST	137	0,86
budżet państwa	100	0,63
szkoła, jedn. edu	19	0,12
NGO	18	0,11
organ UE	9	0,06

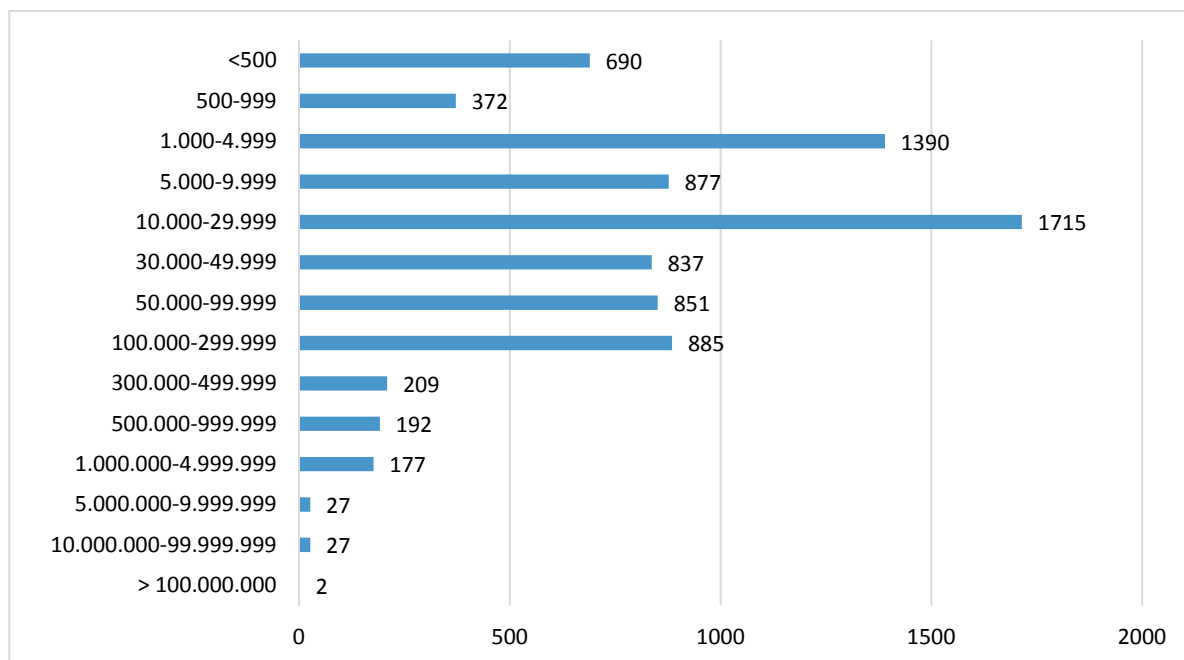
firma	4	0,03
SUMA	15908	100

KWOTA, ZAKRES I ŹRÓDŁO FINANSOWANIA

Kwoty przeznaczone na realizację zadania przez jednostkę finansującą różniły się (podmioty centralne podały 7374 różnych kwot). Kwoty te zamykały się w przedziale od 0 do 242.975.202,00 zł, średnio było to 236.507,00 zł (Mediana = 17425,81 zł). Najczęściej podmioty podawały bezkosztową realizację zadania – wskazując np. jedynie zaangażowanie rzeczowe lub osobowe (n=46) – w takim wypadku konkretnego określenia zasobów włączano je do analizy.

UDZIAŁ W FINANSOWANIU (W PLN) JEDNOSTKI FINANSUJĄCEJ DZIAŁANIE

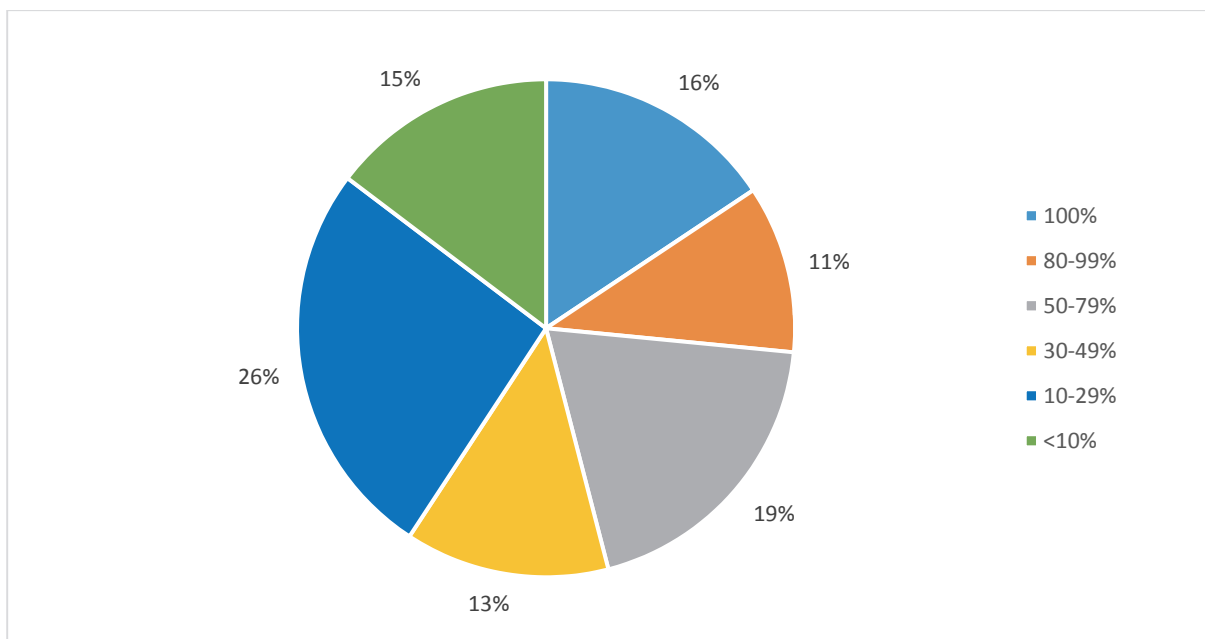
Kwota finansowania zamykała się w przedziale (0-242.975.202,00zł). Największa liczba programów była finansowana przez jednostkę finansującą działanie w kwocie, która zamykała się w przedziale 10.000 – 29.999 zł. Działania finansowane w takim zakresie stanowiły 20,79% wszystkich aktywności.



RYCINA 15. KWOTA PRZEZNACZANA PRZEZ JEDNOSTKĘ FINANSUJĄCĄ NA POJEDYNCZE DZIAŁANIE (LICZBA DZIAŁAŃ) (W PRZEDZIAŁACH)

Podmiot finansujący działanie zazwyczaj działał samodzielnie. W 98,75% podmiot centralny określił zakres finansowania jednostki finansującej na poziomie 100%.

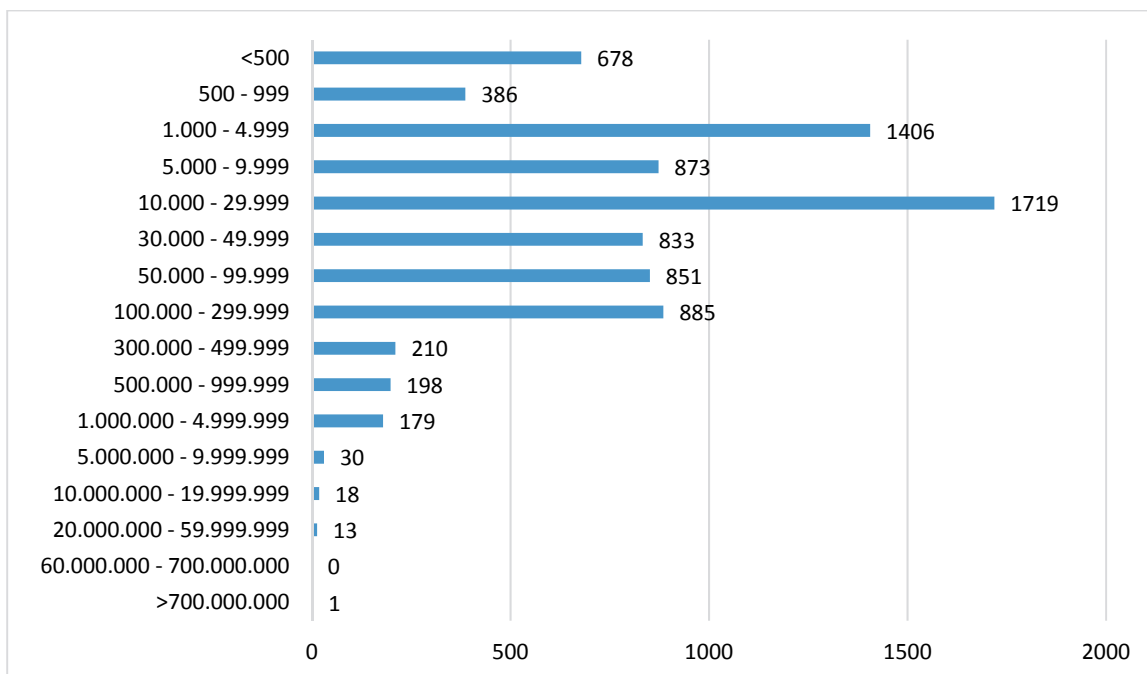
Zakres współfinansowania działania był zróżnicowany. Największa część organów współfinansujących angażowała się w 10-29% całkowitej kwoty działania.



RYCINA 16. ZAKRES FINANSOWANIA DZIAŁAŃ PRZEZ JEDNOSTKI WSPÓŁFINANSUJĄCE (W PRZEDZIAŁACH)

CAŁKOWITY KOSZT PROGRAMU

Całkowity koszt programy zamykał się w przedziale 0-759.472.306,00zł. Koszt największej liczby programów zamykał się w przedziale 10.000-49.999 zł (20,76%).



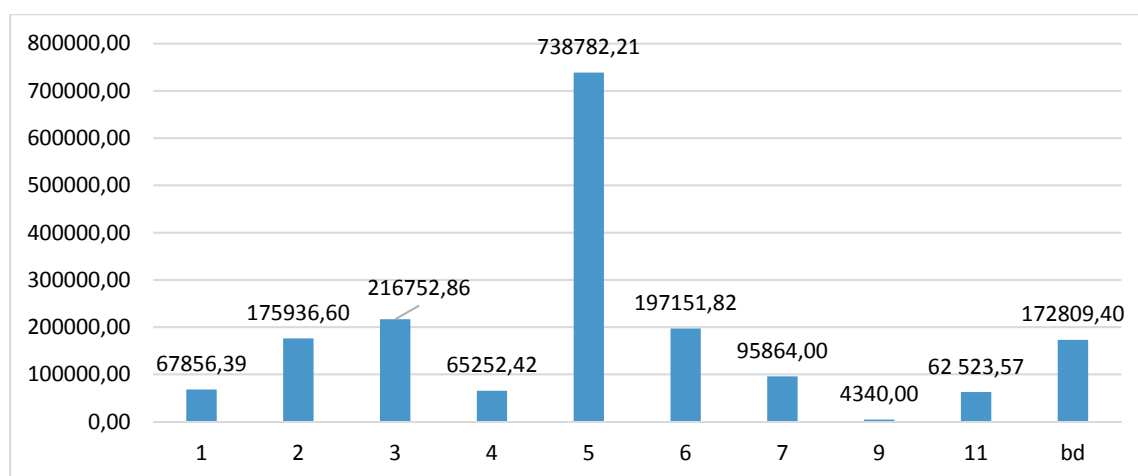
RYCINA 17. CAŁKOWITY KOSZT REALIZACJI DZIAŁANIA (W PRZEDZIAŁACH)

Należy uwzględnić, że koszt realizacji działań wymieniony był jedynie w części działań.

TABELA 19. ROZKŁAD WYDATKÓW ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ DZIAŁAŃ PRZEZ PODMIOTY CENTRALNE (BD = PODMIOT CENTRALNY NIE OKREŚLIŁ JAKIEGO CELU OPERACYJNEGO DOTYCZY DZIAŁANIE)

Cel NPZ	średnia	mediana	max	min	suma kosztów (PLN)
1	67 856,39	3 825,00	7 300 000,00	0,00	65 209 988
2	175 936,60	7 834,60	25 485 818,72	0,00	165 556 337
3	216 752,86	55 863,50	7 006 030,00	0,00	29 478 388
4	65 252,42	13 196,93	28 014 871,39	0,00	182 184 757
5	738 782,21	30 668,56	759 472 306,00	100,00	1 928 960 353
6	197 151,82	82 469,50	1 250 049,00	227,00	4 337 340
7	95 864,00	95 864,00	95 864,00	95 864,00	95 864
9	4 340,00	4 340,00	4 340,00	4 340,00	4 340
11	62 523,57	51 792,00	144 855,00	30 200,00	437 665
Bd	172 809,40	82 469,50	1 250 049,00	227,00	4 337 340
				SUMA	2 380 602 372

Największe średnie koszty realizacji działania stwierdzono w przypadku celu operacyjnego 5. Wyniosły one 738.782,21 zł. Najniższe koszty w zakresie celów operacyjnych NPZ 1-6 zanotowano w przypadku celu 4 i wyniosły one 65.252,42 zł.

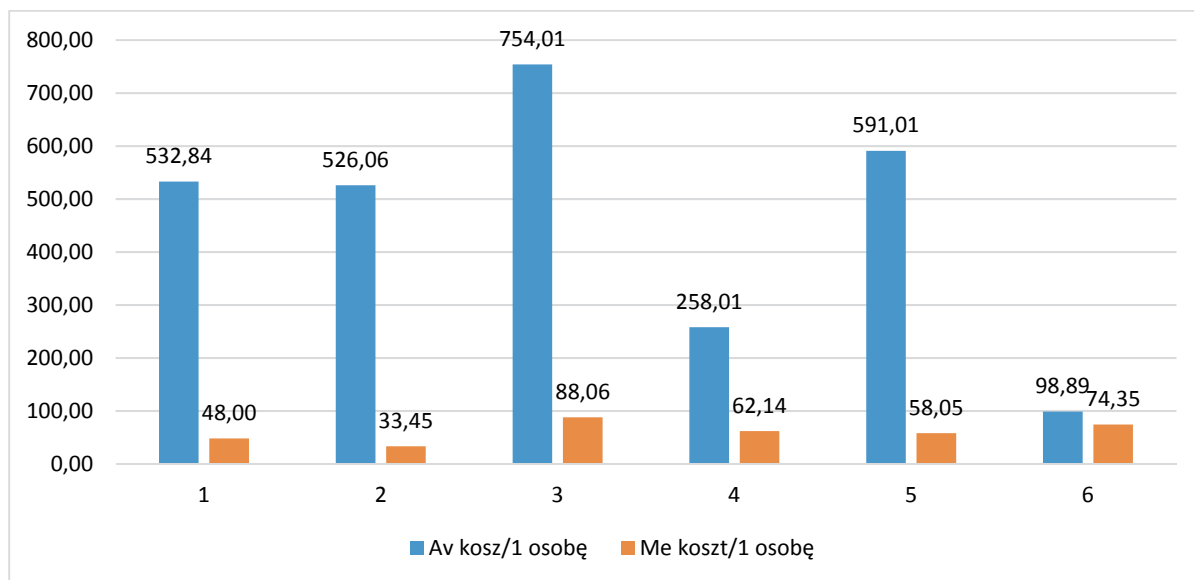


RYCINA 18. ŚREDNIE KOSZTY REALIZACJI DZIAŁAŃ W POSZCZEGÓLNYCH CELACH OPERACYJNYCH

Największą pojedynczą wartość kosztów (wartość maksymalna) stwierdzono w przypadku celu operacyjnego 5. Wyniosła ona 759.472.306,00zł. Był to program zatytułowany „Realizacja wieloletniego programu finansowego wspierania gmin w zakresie dożywiania "Pomoc państwa w zakresie dożywiania" na lata 2014 – 2020. Realizator nie określił czy kwota ta dotyczy realizacji całego działania czy tylko raportowanego roku.

Wydatki na 1 osobę oraz w przeliczeniu na 10.000 osób w zależności od celu operacyjnego.

Najwyższe średnie wydatki na jedną osobę stwierdzono w wypadku celu operacyjnego 3. Podobnie mediana była największa w przypadku działań realizowanych w zakresie tego celu.



RYCINA 19. ŚREDNIA I MEDIANA WYDATKÓW W PRZELICZENIU NA 1 OSOBĘ Z GRUPY DOCELOWEJ W ZALEŻNOŚCI OD CELU OPERACYJNEGO

5.9.2. FINANSOWANIE ZADAŃ REALIZOWANYCH PRZEZ JST

Ze względu na sposób finansowania, wszystkie działania realizowane przez samorządy terytorialne można podzielić na te, które były finansowane tylko przez jedną instytucję (n=4307; 18,49%) oraz na te, które były współfinansowane (n=18977; 81,51%)

PODMIOT FINANSUJĄCY

Podmioty finansujące zadania zostały pogrupowane spójnie z etykietami nadanymi w odniesieniu do realizatora działania. Dodatkowo prowadzone zostały etykiety „organ UE” oraz „ministerstwo”.

Najczęściej wymienianym podmiotem finansującym były jednostki samorządu terytorialnego (n=17080; 73,36%). W przypadku aż 3845 działań, podmioty nie podały jednostki odpowiedzialnej za finansowanie.

TABELA 20. PODMIOT FINANSUJĄCY ZADANIE (LICZBA I ODSETEK OGÓŁU)

Podmiot finansujący zadanie	Liczba (N)	Procent (%)
JST	17080	73,36
bd	3845	16,51
Publiczna jednostka	891	3,83
Szkoła, placówka edukacyjna	878	3,73
NGO	299	1,28
Ministerstwo	101	0,43

NFZ	91	0,39
Firma	69	0,30
Organ UE	30	0,13
SUMA	23284	100

Kwoty przeznaczone na realizację zadania mieściły się w przedziale od 1 zł do 93.855.493 zł, średnio 91.781,33 zł. Najczęściej była to kwota 1000 zł (n=213).

Udział procentowy podmiotu finansującego w całości finansowania zawierał się w przedziale 1,1-100%, średnio było to 60,58%, a najczęściej pojawiającą się wartością było 100% (n=6639).

Najczęstszym źródłem finansowania były środki własne podmiotu finansującego (n=16571; 71,17%).

TABELA 21. ŹRÓDŁO FINANSOWANIA ZADANIA PRZEZ PODMIOT FINANSUJĄCY (LICZBA I ODSETEK OGÓŁU)

Źródło finansowania podmiotu finansującego	Liczba (N)	Procent (%)
własne	16571	71,17
bd	6080	26,11
budżet państwa	323	1,39
dotacja	265	1,14
NFZ	29	0,12
subwencja	8	0,03
organ UE	8	0,03
SUMA	23284	100,00

PODMIOT WSPÓŁFINANSUJĄCY

Najczęściej wymienianym rodzajem podmiotu współfinansującego były organizacje pozarządowe (n=2063; 47,90%) oraz jednostki samorządu terytorialnego (n=1161; 26,96%). Pozostałe dane zaprezentowano w Tabeli 22.

TABELA 22. PODMIOT WSPÓŁFINANSUJĄCY ZADANIE (LICZBA I ODSETEK OGÓŁU)

Podmiot współfinansujący	Liczba (N)	Procent (%)
NGO	2063	47,90
JST	1161	26,96
Publiczna jednostka	799	18,55
Szkoła	122	2,83
Ministerstwo	85	1,97
Firma	69	1,60
NFZ	8	0,19
SUMA	4307	100,00

CAŁKOWITY KOSZT ZADANIA

Całkowite koszty działań zamykały się w przedziale 2-110.429.999 zł. Średni koszt realizacji zadania wynosił 107.098,00 zł. Najczęściej pojawiała się kwota 1000 zł (n=7150).

TABELA 23. ŚREDNI KOSZT FINANSOWANIA ZADAŃ W PODZIALE NA CELE OPERACYJNE W POSZCZEGÓLNYCH WOJEWÓDZTWACH

CEL	1 – łącznie	2 – łącznie	3 – łącznie	4 – łącznie	5 – łącznie	6 – łącznie	bd – łącznie
dolnośląskie	56142,28	24307,41	6280,81	55455,57	36293,43	12658,20	
kujawsko-pomorskie	163996,10	178430,71	372075,30	52215,94	165479,38	1985,00	28947,11
lubelskie	164030,19	15056,51	24481,38	95706,05	135125,79	43797,62	85677,14
lubuskie	41683,96	14765,26	31911,42	7167,63	38112,02	7772,08	6165,38
łódzkie	83857,16	19275,84	4526,27	22142,54	51692,59	10296,00	41926,35
małopolskie	11882,62	85029,57	6732,26	64675,97	3713,41	17588,80	46972,30
mazowieckie	230593,09	28949,34	20481,26	278538,14	149798,71		70532,00
opolskie	69108,01	11756,01	45637,70	23273,53	51705,40	1504,14	
podkarpackie	123534,00	22062,82	8401,68	44771,10	38951,59	9192,29	18240,92
podlaskie	6097,15	14719,51	20936,86	2657,66	38737,41	9777,86	90894,00
pomorskie	97543,15	68070,02	38076,87	86782,72	59082,98	28572,44	21234,45
śląskie	109823,25	249936,17	15768,85	144280,44	127057,41	11536,10	11941,90
świętokrzyskie	16943,16	19026,59	50712,62	33331,80	160015,88		3295,87
warmińsko-mazurskie	47628,51	15399,18	5735,34	5194,47	83730,74	6287,40	24192,90
wielkopolskie	32792,03	122568,90	38394,76	33530,20	75654,15	46445,88	54695,57
zachodniopomorskie	38131,26	123590,39	35786,50	39113,40	56652,10	64545,88	53159,85

Łączna kwota wydatkowana przez jednostki samorządu terytorialnego na działania z zakresu zdrowia publicznego na podstawie sprawozdanych danych może być określona na 1,53 mld złotych w 2016 r.

TABELA 24. SUMARYCZNY KOSZT FINANSOWANIA ZADAŃ W PODZIALE NA CELE OPERACYJNE W POSZCZEGÓLNYCH WOJEWÓDZTWACH

CEL2	1	2	3	4	5	6	bd	Suma całkowita
dolnośląskie	36 346 707	22 783 347	5 754 366	8 439 474	1 976 454	316 465	bd	75 616 813
kujawsko-pomorskie	49 847 506	29 797 929	14 883 012	4 134 496	6 619 175	3 970	260 524	105 546 612
lubelskie	114 927 420	10 721 395	2 600 276	8 230 522	3 823 779	1 620 512	18 765 587	160 689 491
lubuskie	19 422 835	12 084 149	17 573 095	635 436	2 551 343	101 037	1 140 876	53 508 771
łódzkie	11 758 714	18 496 928	367 951	1 680 070	1 351 387	472 762	8 016 598	42 144 410
małopolskie	9 398 653	21 544 040	2 255 826	3 892 628	683 158	1 880 428	4 706 353	44 361 086
mazowieckie	84 160 515	42 442 265	119 061 946	27 541 060	8 683 777	bd	11 416 173	293 305 736

opolskie	16 014 242	5 020 214	2 885 452	2 310 215	4 819 042	11 169	bd	31 060 334
podkarpackie	30 581 821	12 118 557	369 674	2 245 361	1 680 073	64 346	1 643 258	48 703 090
podlaskie	5 620 737	7 582 736	3 211 559	498 376	1 271 610	71 345	90 894	18 347 257
pomorskie	6 127 713	46 688 264	1 446 921	3 734 306	2 686 718	481 982	1 522 843	62 688 747
śląskie	97 019 479	170 381 830	3 317 253	11 418 184	8 949 553	115 361	5 501 512	296 703 172
świętokrzyskie	4 559 588	5 361 093	1 517 823	2 410 721	14 803 202	bd	49 438	28 701 865
warmińsko-mazurskie	31 055 092	11 151 432	700 024	257 823	8 139 626	81 242	16 158 627	67 543 866
wielkopolskie	13 290 874	69 567 965	3 225 160	2 693 012	6 435 789	1 872 358	3 062 952	100 148 110
zachodniopom.	15 259 388	73 000 676	4 567 213	1 874 245	8 246 756	1 534 118	2 764 312	107 246 708
Suma całkowita	545 391 284	558 742 820	183 737 551	81 995 929	82 721 442	8 627 095	75 099 947	1 536 316 068

5.10. PODSUMOWANIE ANALIZY DANYCH ILOŚCIOWYCH

W tabeli poniżej przedstawiono wyniki zbiorczej analizy danych ilościowych wraz z wartościami minimalnymi i maksymalnymi oraz odchyleniem standardowym.

TABELA 25. PODSUMOWANIE DANYCH ILOŚCIOWYCH – PODMIOTY CENTRALNE

Zmienna	Liczba działań	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum
Czas trwania (dni)	15189	317	365,00	1,00	365
Wielkość grup docelowej	14385	155588	760,00	1,00	38530000
Liczba działań promocyjno-edukacyjnych	3910	59	7,00	1,00	87281
Liczba osób w ww. działaniach	3559	49004	300,00	1,00	62200636
Liczba działań profilaktycznych	3158	933	21,00	1,00	242791
Liczba osób ww. działaniach	3114	67994	268,50	0,00	38000000
Liczba szkoleń, konferencji	1879	8	2,00	0,00	725
Liczba uczestników w ww. działaniach	1869	211	24,00	0,00	14889
Liczba działań badawczych	414	1753	8,00	1,00	278449
Liczba działań innych	5940	372	23,00	1,00	355778
Udział w finansowaniu podmiotu finansującego (w PLN)	8251	236507	17425,81	0,00	242975202
Udział w finansowaniu podmiotu finansującego (w %)	14702	99	100,00	0,00	100
Udział w finansowaniu podmiotu współfinansującego (w PLN)	236	2353603	1741,00	0,00	516497104

Udział w finansowaniu podmiotu współfinansującego (w %)	211	48	44,00	1,00	100
Całkowity koszt zadania	8281	303888	17403,10	0,00	759472306

TABELA 26. PODSUMOWANIE DANYCH ILOŚCIOWYCH – JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Zmienna	Liczba działań	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum
Czas trwania (dni)	22090	222	300	1	365
Wielkość grupy docelowej	21737	2881,955	115	1	2090000
Liczba działań promocyjno-edukacyjnych	12051	23,16	2	1	13361
Liczba uczestników w działaniach promocyjno-edukacyjnych	10204	3704,00	124	1	953456
Liczba działań profilaktycznych	12603	72,78	2	1	86706
Liczba uczestników w działaniach profilaktycznych	10115	942,36	90	1	817260
Liczba działań szkoleniowych	2919	5,13	1	1	395
Liczba uczestników w działaniach szkoleniowych	2294	131	35	1	7000
Liczba działań badawczych	312	138,50	1	1	1169
Liczba działań innych	2908	264,49	2	1	154131
Udział w finansowaniu podmiotu finansującego (w PLN)	15520	91781,3265	5999,57	1	93855493
Udział w finansowaniu podmiotu finansującego (w %)	15401	60,58	90	1,1	100
Udział w finansowaniu podmiotu współfinansującego (w PLN)	4876	42914,48	2786	10	16564506
Udział w finansowaniu podmiotu współfinansującego (w %)	4775	30,23	27,56	0,16	100
Całkowity koszt zadania	15294	107098	7395,63	2	110429999

5.11 PODSUMOWANIE

5.11.1 PODMIOTY CENTRALNE

Analizie poddano 15908 zadań, które zostały zgłoszone przez podmioty centralne, jako zrealizowane w 2016 roku. Sumaryczna liczba zadań przedstawionych przez podmioty centralne była jednak większa i zawierała m.in. wyodrębnione zadania przewidziane na późniejsze lata (od 2017 do 2020 roku) lub zadania, które zaplanowano do realizacji, ale finalnie ich nie przeprowadzono.

Dominującą pozycję wśród podmiotów centralnych w zakresie liczby oraz obszaru działań posiada Inspekcja Sanitarna, która poprzez swoją obecność i podejmowane działania w każdym powiecie może objąć działaniami dużą liczbą odbiorców – z różnych grup. Wskazanie na grupy wyselekcjonowane może również pokazywać, że działania te są kierowane do wybranych odbiorców. Zakres działań ograniczany do działań na poziomie wojewódzkim i powiatowym może wskazywać zarówno na rozdrobnienie podejmowanych aktywności, jak i ich dostosowanie do lokalnych potrzeb. Kolejnym podmiotem sprawozdającym istotną liczbę działań z zakresu zdrowia publicznego były oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia. Działania podejmowane przez NFZ dotyczyły głównie działań profilaktycznych i leczniczych związanych z chorobami cywilizacyjnymi, nowotworami oraz uzależnieniami.

Analizując dane sprawozdawane przez jednostki realizujące zadania z zakresu zdrowia publicznego należy zwrócić uwagę na fakt, że wciąż są realizowane działania o charakterze akcyjnym. Według sprawozdanych danych 1354, czyli 11% działań zawierało się w okresie trwania od 1 do 90 dni. Działania z horyzontem czasowym dłuższym niż rok było 12 031. Sprawozdano też programy dedykowane małej grupie osób. W przedziale populacji 1-49 osób było zrealizowanych 2077 działań, co stanowi 14,4% wszystkich działań. Finansowaniem w granicach 0-999 zł objęto 1064 działania. Istotnym pozostaje pytanie, jak działania o charakterze akcyjnym przekładają się na poprawę zdrowia populacji, do której są kierowane.

Merytoryczna analiza działań sprawozdanych przez podmioty centralne wskazuje na dalszą konieczność prowadzenia weryfikacji sprawozdawanych zadań, tak by realnie wpisywały one się w działania w ramach zdrowia publicznego, przy jednoczesnym ograniczaniu opisywania innych ustawowych obowiązków podmiotów centralnych, nie odnoszących się do działań z zakresu zdrowia publicznego. Należy również dążyć do ograniczania sprawozdawczości wyłącznie do działań realnie zaplanowanych, podjętych, zrealizowanych (sfinansowanych) przez dany podmiot, tak, by działania ogólnopolskie nie były sprawozdawane przez wiele podmiotów będących de facto wykonawcami na poziomie lokalnym.

5.11.2 JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Analiza przedstawia ujednoczenie oraz podsumowanie danych zgłoszonych przez jednostki samorządu terytorialnego, wykonanych w 2016 roku- łącznie 23 284 zadania.

Działania sprawozdane przez JST w dużej mierze dotyczyły drugiego celu operacyjnego NPZ, co może być związane z dedykowanym źródłem finansowania, zapewnionym gminom w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Kolejną aktywnością były działania związane z promowaniem zdrowego stylu odżywiania. Ma to również odzwierciedlenie zarówno w stosowanych metodach działań (profilaktyka i promocja zdrowia) oraz w objętych grupach (grupy wyselekcjonowane, dzieci i młodzież).

Podobnie jak w przypadku podmiotów centralnych wymagana jest dalsza praca nad rodzajem realizowanych i sprawozdawanych działań z zakresu zdrowia publicznego. Znajduje to również odzwierciedlenie w zawartych poniżej uwagach dotyczących sprawozdawczości. Wskazuje się na duży zakres wątpliwości dotyczących realizacji/sprawozdawczości działań dotyczących zdrowia publicznego.

REKOMENDACJE DOTYCZĄCE REALIZACJI ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA Z DNIA 21 GRUDNIA 2016 R. W SPRAWIE ROCZNEJ INFORMACJI O ZREALIZOWANYCH LUB PODJĘTYCH ZADANIACH Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO (DZ. U. POZ. 2216)

Na etapie pozyskiwania danych dotyczących trudności, niejasności związanych z uzupełnieniem tabeli sprawozdawczej będącej załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia (Dz.U. 2016 poz. 2216) wystosowano zapytania do wszystkich miast na prawach powiatu, wszystkich powiatów, wybranej grupy 100 gmin oraz wszystkich urzędów wojewódzkich i 35 podmiotów centralnych, łącznie ponad 540 zapytań. Odpowiedzi uzyskano od 90 podmiotów. W 20 przypadkach odpowiedzi wskazywały na brak propozycji zmian, przejrzystość i jednoznaczność tabeli oraz załączonych wyjaśnień i instrukcji wypełniania.

Poniżej przedstawiono wybór najistotniejszych i najczęściej pojawiających się uwag do rozporządzenia:

- Jedną z trudności jest zbyt szeroki lub zbyt szczegółowy zakres działań danej JST, co przysparza trudności w zakwalifikowaniu danego działania do zadań wymienionych w NPZ. To z kolei rodzi postulat o rozdzieleniu kolumny numeru zadania i celu NPZ wymienionych w jednej kolumnie nr 6, oraz przypisanie obu kolumnom listy wybieralnej. Dodatkowych trudności przysparza brak wiedzy sprawozdawców w jaki sposób należy właściwie przyporządkować zadania realizowane przez JST do zadań wpisanych w NPZ.
- W Instrukcji do kolumny 6 dodany jest przypis 2. zgodnie z którym dane zadanie należy wpisać również w przypadku, gdy nie jest realizowane na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowotnego na lata 2016-2020 (Dz. Z 2016r., poz. 1492), ale merytorycznie wpisuje się w ramy danego celu operacyjnego albo zadań koordynacyjnych oraz określonego zadania. Treść przypisu sprawia, że powstaje rozbieżność Informacji z zapisem art. 12 ust. 3, 4 i 7 pkt 2 ustawy o zdrowiu publicznym, zgodnie z którymi wojewoda dokonuje weryfikacji informacji składanych przez JST pod kątem ich zgodności z celem operacyjnym NPZ oraz zadaniami służącymi do ich realizacji. Dlatego JST nie wiedziały, które faktycznie zadania mogą zakwalifikować i wykazać w Informacji.
- W objaśnieniach do tabeli proponuje się także doprecyzować, czy w sprawozdaniu powinny być wykazywane zadania realizowane przez JST na podstawie art. 6-9a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016r. poz. 1793 z późn. zm.), które nie wpisują się w cele i działania NPZ, a wynikają z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców (mając na względzie art. 12 ust. 5 i ust. 7 pkt 2 ustawy o zdrowiu publicznym).
- Problemem jest interpretacja kolumny 8 – teren, na którym było realizowane zadanie – JST wpisywały szkoła, mamobus lub plac urzędu. Należy doprecyzować, o jaki teren (w rozumieniu obszar działań) chodzi – lub zaproponować skończoną liczbę możliwości: część gminy, gmina, kilka gmin, powiat, kilka powiatów, województwo, kilka województw, kraj.
- Kolumny 9 i 10 - populacja objęta zadaniem – zbyt ogólny opis tej rubryki sprawia, że JST podają zbyt ogólną charakterystykę, z podaniem jedynie płci, lub grupy wiekowej (np. uczniowie). Niestety wiele podmiotów miało duży problem z określeniem populacji docelowej, nawet szacunkowym. Co wynika z metodyki przyjętych działań, a także braku zaplanowanej ewaluacji liczby uczestników/odbiorców działań.
- Trudność z wypełnieniem kolumny 13; wiele JST w sytuacji, gdy nie realizowały zadań z zakresu zdrowia publicznego, wskazywały zadania z tego zakresu realizowane przez szkoły funkcjonujące na ich terenie. Szkoły najczęściej nie wykazywały sposobu realizacji zadań i zaangażowanych środków. W takich sytuacjach kolumna 13 nie była wypełniana i JST wpisywały „brak danych”.
- W sprawozdaniach JST w różny sposób interpretują pojęcia „podmiotu realizującego zadanie” i „realizatora zadania”. Powoduje to nieporównywalność informacji zawartych w sprawozdaniach i konieczność dużego nakładu pracy w celu ujednoczenia prezentacji danych.

- Podmioty wskazywały na problem wpisywania wielu realizatorów jednego zadania (techniczny po stronie formularza), podziałem działań i kosztów z tym związanych np. przy programach dotyczących szczepień ochronnych, w których w danej gminie było kilkudziesięciu realizatorów.
- Podmioty wskazywały na kłopotliwość sprawozdawania danych w przypadku dużych JST, które wykonują kilkaset zadań z zakresu zdrowia publicznego. Przygotowanie tabeli zgodnie z załączonym wzorem wiąże się z dużym nakładem pracy.
- Część podmiotów wskazywała na konieczność zapisania w ustawie/rozporządzeniu wzoru formularza sprawozdawczego dla wszystkich realizatorów-podmiotów realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego (nie zależnie od trybu wyboru oraz podstawy prawnej)
- W części 2 tabeli (rubryka od 14 do 27), część jednostek samorządu terytorialnego nie miało wiedzy, czy realizowane zadanie powinno zawierać wszystkie elementy działań, tj. zarówno promocyjno-edukacyjne, profilaktyczne, szkoleniowe i konferencyjne oraz elementy działalności badawczej, czy też mogą realizować zadanie w jednym rodzaju działalności. Powodowało to w wielu przypadkach, dopisywania lub doszukiwanie się elementów poszczególnych rodzajów działań w zrealizowanych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego – np. spotkania informacyjne traktowane były jako szkolenia czy konferencje.
- Zarówno urzędy wojewódzkie, jak i JST wskazywały na brak kompetencji wśród pracowników JST w zakresie zdrowia publicznego i sprawozdawczości z tym związanej. Wskazywano na mnogość obszarów, którymi w danych JST zajmują się pojedynczy pracownicy odpowiedzialni za przygotowanie sprawozdania. Wskazywani na konieczność przygotowania i przeprowadzenia szkoleń dla pracowników JST i urzędów wojewódzkich, zarówno w zakresie wypełniania tabeli sprawozdawczej jak i samych zapisów dotyczących zdrowia publicznego – ze względu na złożoność, nieprecyzyjność i mnogość zapisów prawnych. Dotyczy to w szczególności małych gmin i powiatów, które stanowią zdecydowaną większość podmiotów sprawozdających. W skrajnych sytuacjach prowadziło to do sytuacji, gdzie jako działania z zakresu zdrowia publicznego sprawozdawano lekcje, wyjścia szkolne czy jednorazowe „pogadanki” nt. zdrowia.
- Urzędy wojewódzkie wskazywały na brak możliwości weryfikacji, czy dana JST ujęła wszystkie zadania z zakresu zdrowia publicznego przez nią realizowane, nie ma możliwości kontroli zadań, które zostały wyszczególnione w sprawozdaniu z zakresu zadań zdrowia publicznego. Co więcej ustawodawca za brak przekazania sprawozdania nie przewiduje żadnych sankcji. To, wraz ze złożonością tabeli sprawozdawczej prowadzi do niekompletności danych a przez to zafałszowania informacji dotyczących podejmowanych zadań z zakresu zdrowia publicznego.
- Urzędy wojewódzkie oraz JST wskazywało na zasadność zbierania informacji od gmin przez starostwa powiatowe, które dokonałyby wstępnej weryfikacji składanych informacji, a następnie przekazywały dane do urzędów wojewódzkich.
- Wielokrotnie pojawiała się propozycja wprowadzenie systemu informatycznego, który wymusiłby pewien porządek w prowadzeniu sprawozdawczości np. poprzez zastosowanie ograniczonej liczby możliwych do wpisania celów NPZ (np. pojawiające się cele 7,9, 11), a także możliwość wstępnej weryfikacji i kompletności przygotowanego sprawozdania w czasie rzeczywistym. System taki w 2017 r. został przygotowany przez GIS na potrzeby sprawozdawczości inspekcji sanitarnej.
- W opinii urzędów wojewódzkich należy wprowadzić dodatkowe kolumny określające zgodność realizowanego zadania z NPZ oraz priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej (zgodnie z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). To pozwalałoby urzędowi wojewódzkim na wstępną weryfikację zgodności danych i uprościło proces wydawania opinii w tym zakresie.
- W związku z faktem, że ustawa o zdrowiu publicznym wprowadziła kolejny obowiązek sprawozdawczy na JST, wiele samorządów wskazywało na konieczność ujednoczenia sprawozdań z zakresu części zadań związanych ze zdrowiem publicznym, wymaganych przez inne ustawy i instytucje (np. przez PARPA czy ośrodki polityki społecznej).

W związku z uwagami przedstawionymi przez realizatorów zadań z zakresu zdrowia publicznego należałoby rozważyć następujące zmiany w treści rozporządzenia oraz załącznika:

- Należy dążyć do wprowadzenia elektronicznego formularza sprawozdawczego zamieszczonego na stronach rządowych (lub aplikacji), który zminimalizuje liczbę błędów w sprawozdaniach oraz ułatwi wypełnianie części kolumn (np. w przypadku wielu realizatorów zadania). Zmniejszy to również zakres prac koniecznych do wykonania przez pracowników JST oraz urzędów wojewódzkich przy weryfikacji danych. W przypadku braku możliwości wprowadzenia elektronicznego formularza
- W tabeli sprawozdawczej należy rozważyć wprowadzenie kolumny potwierdzającej zgodność podejmowanego działania z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej uchwalanymi przez wojewodę. Umożliwi to szybszą, wstępną weryfikację tego aspektu przez pracowników urzędów wojewódzkich.
- Należy rozdzielić kolumnę 6 – cel i nr zadania NPZ na dwie oddzielne kolumny. Część realizowanych zadań spełnia kilka zadań, a nawet celów NPZ.
- Należy rozważyć możliwość przygotowania szkolenia (e-learning) dla JST oraz innych realizatorów w zakresie wypełniania tabeli sprawozdawczej oraz przekazanie go do zainteresowanych. Dokumenty dostępne na stronach MZ mimo wyjaśniania wielu wątpliwości nadal pozostawiają w opinii realizatorów nadmiar swobody w interpretacji. Dodatkowo ze względu na brak fachowej z zakresu zdrowia publicznego wiedzy wśród części realizatorów należałoby rozważyć przygotowanie szerszego szkolenia – zarówno o samej ustawie, schematach jej stosowania oraz sprawozdawania zadań, jak również o zależnościach pomiędzy tą ustawą oraz innymi dotyczącymi zdrowia publicznego (np. ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie programów polityki zdrowotnej).
- Należy dążyć do rozpowszechniania przygotowanych przez MZ interpretacji zapisów ustawy o zdrowiu publicznym oraz rozporządzenia MZ w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego do wszystkich samorządów – w przystępnej formie. Wiele z wątpliwości poruszanych przez realizatorów zadań miało swoje wyjaśnienie zarówno w wyjaśnieniach do tabeli sprawozdawczej (załącznik do rozporządzenia), jak i w interpretacjach MZ dostępnych na stronach www resortu.
- Należy dążyć do jak największej automatyzacji i unifikacji treści tabeli sprawozdawczej – w szczególności w częściach opisowych. Ułatwi to realizatorom prowadzenie sprawozdawczości a MZ prowadzenie monitorowania i analizy danych. Możliwe jest to poprzez stworzenie predefiniowanych odpowiedzi do większości kolumn.
- Wydaje się, że część kolumn (np. 14,17, 20, 23, 25) bez dokładnego opisanie możliwych odpowiedzi będą utrudniały, a nie ułatwiały prowadzenie monitorowania i ewaluacji realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego na terenie kraju. Brak możliwości prostego porównania danych, poprzez potencjalną mnogość opisów, powoduje niską użyteczność sumarycznych danych.
- Część druga tabeli poprzez swoją złożoność znacząco utrudnia prowadzenie sprawozdawczości, jednocześnie wydaje się, że nie wnosi istotnych informacji dla MZ, poza „statystykami”, gdyż realnie i tak nie oddaje efektywności podejmowanych działań ich zakresu czy metodyki.
- Należy rozważyć, czy podobnie jak to ma miejsce w nowelizowanej ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nie należy zobowiązać podmiotów realizujących/realizatorów zadań z zakresu zdrowia publicznego do przygotowania formalnej ewaluacji podejmowanych działań i przekazywania ich do wiadomości urzędów wojewódzkich/ministerstwa – w usystematyzowanej formie.

DOBRE PRAKTYKI DOT. REALIZACJI NARODOWEGO PROGRAMU ZDROWIA PRZEZ JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO W ODNIESIENIU TRYBÓW ZLECANIA WYKONYWANIA ZADAŃ Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO

Ustawa o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2015 poz. 1916 z późn. zm.) wprowadziła nowy tryb wyboru realizatorów zadań z zakresu zdrowia publicznego. W oparciu o art. 14 UOZP co do zasady realizator zadania wybierany jest na podstawie konkursu ofert. Należy pamiętać, że UOZP dokładnie określa czym są zadania z zakresu zdrowia publicznego (art. 2 UOZP). W przypadku wyboru realizatorów tych zadań ustawodawca wykluczył możliwość stosowania przepisów o zamówieniach publicznych oraz przepisów o prowadzeniu działalności pożytku publicznego na podstawie zlecenia realizacji zadań publicznych, o których mowa w rozdziale 2 działu II ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (UoDPPIW). Dodatkowo należy zaznaczyć, że pozostawiono możliwość stosowania zapisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie realizacji programów zdrowotnych oraz programów polityki zdrowotnej. Sytuacja ta spowodowała wystąpienie wielu niejasności co do trybu realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego głównie przez jednostki samorządu terytorialnego.

Główne wątpliwości budził zakaz stosowania ustawy o organizacjach pożytku publicznego i wolontariacie oraz konieczność stosowania trybu przewidzianego w UOZP, szczególnie w sytuacji, gdzie oferentem mogły być organizacje pozarządowe – od lat bazujące na „swojej ustawie” we współpracy z JST. Wymusiło to przygotowanie szeregu nowych dokumentów w tym wzorców ofert, regulaminów konkursowych, dokumentów rozliczeniowych i sprawozdawczych. W opinii wielu samorządów nie przełożyło się to na podniesienie jakości realizacji zadań, a spowodowało znaczące opóźnienia w rozpoczęciu w 2016 i 2017 r. realizacji nowych konkursów na realizatorów zadań wchodzących w zakres art. 2 UOZP. Dodatkową trudnością dla JST była decyzja o stosowaniu zapisów w odniesieniu do własnych jednostek organizacyjnych i obowiązujących ich trybów wyboru podwykonawców części lub całości zadań. Ze sprawozdań przekazanych przez JST widać, że w różnych jednostkach funkcjonowały różne schematy postępowania. Konkursy realizowane były zarówno w oparciu o UOZP, jak i UoDPPIW (dotychczas stosowaną przez JST).

Wśród informacji uzyskanych z JST znaleźć można wiele utrzymujących się pytań i wątpliwości dotyczących zapisów UOZP:

- Art. 14 ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym – przepis odnosi się do powierzenia realizacji zadań przez odpowiedniego dysponenta środków, którymi są: (1) minister zdrowia, (2) inni ministrowie lub centralne organy administracji rządowej, agencje wykonawcze i inne państwowe jednostki organizacyjne, w tym NFZ, realizujące zadania z zakresu zdrowia publicznego, (3) jednostki samorządu terytorialnego. Natomiast art. 3 ust. 2 ustawy o zdrowiu publicznym wskazuje, że w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego mogą uczestniczyć podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą zadań z zakresu zdrowia publicznego określonych w ustawie. W związku z powyższym jednostka organizacyjna gminy nie byłaby dysponentem środków, lecz realizatorem zadań z zakresu zdrowia publicznego, do którego nie mają zastosowania przepisy art. 14 ust. 1 ustawy dot. konkursu ofert, a który powinien stosować przepisy o zamówieniach publicznych oraz przepisy o prowadzeniu działalności pożytku publicznego. Obecne brzmienie przywołanych przepisów powoduje jednak wątpliwości interpretacyjne.
- Art. 14 ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym – użyty termin „powierzenie” mylnie odsyła do terminologii użytej w ustawie o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, gdzie mamy rozróżnienie na „powierzenie” i „wsparcie”.
- Art. 14 ust. 4 ustawy o zdrowiu publicznym – bezwzględne wyłączenie przepisów o zamówieniach publicznych, może powodować problemy przy zleceniu zadań wyłącznie w trybie konkursowym, dotyczyć może to przede wszystkim zadań obejmujących edukację zdrowotną, promocję zdrowia czy rozwój kadr

uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego. W przypadku wielu samorządów wskazano, że mimo wielokrotnego rozpisywania konkursów nie można było wyłonić realizatorów części zadań, czy to z powodu braków formalnych, czy też z powodu małego zainteresowania trybem konkursowym wyboru realizatora.

- Art. 14 ust. 4 ustawy o zdrowiu publicznym np. w zw. z art. 18 ust. 3 oraz art. 190 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej – wyłączenie przepisów o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie powoduje problemy interpretacyjne przy zleceniu niektórych zadań. Przykładem jest tu zlecenie zadań w formie prowadzenia placówek wsparcia dziennego (współfinansowanych ze środków gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych), które gmina może zlecić stosując ustawę o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. W związku z tym rodzi się pytanie, jaki jest wzajemny stosunek ww. przepisów i w jakim trybie mają być ogłoszone konkursy na te zadania.
- Art. 15 ust. 1 pkt 8 ustawy o zdrowiu publicznym – nie określono szczegółowego sposobu odwołania się od rozstrzygnięcia konkursu. Nie wiadomo przez kogo i w jakim trybie odwołanie powinno być rozpatrywane, czy przez organ wyższego stopnia czy przez jakiś inny podmiot.
- Art. 17 ust. 5 ustawy o zdrowiu publicznym – wskazanie jasnej i przejrzystej formy dla zwrotów przez podmioty środków finansowych wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem lub pobranych niezależnie lub w nadmiernej wysokości, samo odesłanie do przepisów o finansach publicznych nie rozwiewa wątpliwości co do terminów, odsetek czy formy (decyzja czy droga cywilnoprawna).
- Wątpliwości budzą również sytuacje dotyczące składania podpisów pod wymaganiami ustawy oświadczeń. Niejasne jest to, czy powinny być one składane przez wszystkie osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu, zgodnie z przepisami wynikającymi z dokumentu określającego osobowość prawną (np. wszyscy członkowie zarządu) oraz osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu (na zewnątrz), w którym organ reprezentujący podmiot udzieli pełnomocnictwa.
- Warto zastanowić się także nad wskazaniem w ustawie minimalnego terminu na składanie ofert.
- Mimo określenia definicji programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zakres zadań z zakresu zdrowia publicznego określony w UOZP częściowo pokrywa się z zakresem programów zdrowotnych. Może to budzić wiele niejasności i doprowadzić do dalszej różnorodności podstaw prawnych realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego.
- Warto przeanalizować możliwość ujednoczenia informacji oczekiwanych przez PARPA i dostosowania ich do zawartych w sprawozdaniach rocznych, składanych przez Gminę, ponieważ bardzo szczegółowe informacje przekazywane są w sprawozdaniu rocznym do Wojewody, a następnie do Ministra Zdrowia.
- Brakuje także jasności w przepisach dotyczących sprawozdań przekazywanych przez Gminę właściwemu Wojewodzie, w zakresie terminu wydawania opinii oraz konsekwencji otrzymania opinii negatywnej (Art. 12 ust. 2-9). Brakuje jasnej informacji, czy mimo uzyskania negatywnej opinii Wojewody, w trakcie kolejnego roku kalendarzowego, JST może kontynuować realizację zadań wieloletnich, z obszaru zdrowia publicznego.
- Dużym wyzwaniem dla samorządów było przygotowanie gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, zgodnych z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi na rok 2017 - po tak późnym przyjęciu NPZ. Programy te musiały być zgodne z celem operacyjnym NPZ dotyczącym przeciwdziałania narkomanii oraz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Zatem część samorządów podjęła decyzję, aby gminne programy na rok 2017, w celu zachowania ciągłości realizacji zadań, zostały przygotowane wcześniej na starych zasadach (bez uwzględnienia zmian wprowadzonych ustawą o zdrowiu publicznym) a kolejna część samorządów podjęła decyzję jednak o konieczności aktualizacji gminnych programów i dostosowania ich do nowych uwarunkowań prawnych, co z kolei powodowało późniejsze ich wprowadzenie i niosło ryzyko niezachowania ciągłości realizowanych wcześniej zadań i nie wykonania budżetu. Samorzady, które przygotowywały gminne programy uwzględniając wytyczne ustawy o zdrowiu publicznym oraz Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, po analizie przedmiotowych dokumentów, borykały się z wieloma wątpliwościami interpretacyjnymi.

- Ujednolicenie podstawy prawnej, okresu obowiązywania i próby zapewnienia spójności działań profilaktycznych może sprzyjać próbie łączenia dotychczas odrębnych programów gminnych, podobnie jak w przypadku programów krajowych inkorporowanych do NPZ. Biorąc powyższe pod uwagę dopuszczalne jest, aby np. program z zakresu przeciwdziałania alkoholizmowi można połączyć z programem zwalczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych lub/i z programem przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym. Przecież wszystkie ww. programy realizują ten sam cel operacyjny i istnieją naukowe dowody o ich zależnościach a patomechanizm jest podobny niezależnie od substancji czy czynności, która wywołuje uzależnienie. Charakter podejmowanych działań w zakresie profilaktyki może być wspólny dla wielu uzależnień.
- Kolejna wątpliwość nasuwała pytanie, czy gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych można przygotować w perspektywie wieloletniej, zgodnie z okresem wskazanym w NPZ, – mimo, iż ustawa o wychowaniu w trzeźwości (...) wskazuje wyraźnie, że programy te powinny być uchwalane corocznie. Ponadto pojawiły się wątpliwości, czy można finansować zadania, np. z obszaru zwalczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych - ze środków pozyskiwanych przez gminy z dochodów uzyskiwanych z tytułu wydawanych zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, skoro program ten realizuje ten sam cel operacyjny.
- Wątpliwości budziło również to, czy JST może realizować zadania NPZ, w których nie był wskazany, jako realizator lub czy można realizować działania, które w ogóle nie są wskazane w NPZ.
- Powstała również trudność w planowaniu zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii, ponieważ wskazane zadania w NPZ nie obejmowały tak ważnej grupy beneficjentów, jakimi są rodziny osób uzależnionych od narkotyków.
- Samorządy przygotowując zadania z zakresu zdrowia publicznego (w oparciu o wszystkie możliwe podstawy prawne) musiały mieć na uwadze, że w stosunku do przepisów obowiązujących przed wejściem w życie ustawy o zdrowiu publicznym - ich zgodność z NPZ i regionalnymi priorytetami polityki zdrowotnej – będzie corocznie oceniana przez wojewodę. JST są obowiązane przekazywać informacje o działaniach realizowanych z obszaru zdrowia publicznego wojewodzie, a ten, w przypadku stwierdzenia niejasności lub braków będzie mógł zwracać się do organu wykonawczego JST o ich uzupełnienie lub wyjaśnienie. W przypadku stwierdzenia niezgodności z NPZ lub regionalnymi priorytetami polityki zdrowotnej (w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) wojewoda będzie informował organ stanowiący w danej JST (rada gminy, powiatu, sejmik województwa – odpowiednio). Brakuje jednak jasności w zakresie terminu wydawania przez Wojewodę opinii oraz konsekwencji otrzymania przez JST opinii negatywnej. Brakuje również informacji, czy mimo uzyskania negatywnej opinii wojewody, będzie można jednak kontynuować realizację zadań zaplanowanych wcześniej w wieloletniej perspektywie strategicznej.

Należy mieć na uwadze, że rok 2016 był pierwszym rokiem obowiązywania nowej ustawy oraz rokiem prowadzenia istotnych rozporządzeń wykonawczych, w tym NPZ. W 2016 i 2017 Ministerstwo Zdrowia opublikowało i przekazało do podmiotów realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego istotne interpretacje dotyczące zarówno UOZP, NPZ jak i realizacji obowiązku sprawozdawczego. Wydaje się, że głównym problemem JST jest przestawienie się z dotychczas realizowanych trybów wyboru realizatorów w obszarze działań „zdrowotnych” z ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, dotychczas stosowanej powszechnie w ramach współpracy JST z NGO – we wszystkich zakresach wskazanych w ustawie. Stworzenie *lex specialis* w zakresie zdrowia publicznego wymaga odpowiedniego przygotowania administracyjnego i formalnego po stronie samorządów. Dużym wyzwaniem zarówno dla małych jak i dużych JST było opracowanie nowych formularzy konkursowych, regulaminów konkursów oraz procedur wyboru realizatorów, finansowania oraz sprawozdawczości. Rok 2017 był pierwszym pełnym rokiem obowiązywania NPZ oraz dostosowania działań JST do zapisanych w nim celów i działań. Był to również rok największych problemów i wyzwań po stronie realizatorów. Należy spodziewać się, że w kolejnych latach, dzięki wyjaśnieniom MZ, wdrożeniu zmian oraz poszerzeniu wiedzy przez JST wdrożenie założeń UOZP do realiów jednostek samorządu terytorialnego będzie coraz pełniejsze.

