

## Wybrane aspekty organizacyjne i finansowe realizacji programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego w Polsce

**Joanna Woźniak-Holecka**

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach  
e-mail: jwozniak@sum.edu.pl  
ORCID: 0000-0002-4468-063X

**Karolina Sobczyk**

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach  
e-mail: ksobczyk@sum.edu.pl  
ORCID: 0000-0003-1632-7246

© 2023 Joanna Woźniak-Holecka, Karolina Sobczyk

Praca opublikowana na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0). Skrócona treść licencji na <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.pl>

**Cytuj jako:** Woźniak-Holecka, J. i Sobczyk, K. (2023). Wybrane aspekty organizacyjne i finansowe realizacji programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego w Polsce. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 67(2).

**DOI:** 10.15611/pn.2023.2.14

**JEL Classification:** I18

**Streszczenie:** Jednym z przejawów polityki zdrowotnej realizowanej na poziomie lokalnym są samorządowe programy zdrowotne. Celem pracy jest określenie celów i działań jednostek samorządu terytorialnego w obszarze programów polityki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów organizacyjnych i finansowych. Badanie zostało przeprowadzone na próbie 405 jednostek samorządu terytorialnego z terenu całego kraju i oparte na ankiecie internetowej (CAWI). Jak wynika z badań własnych, jedynie niespełna 27,5% urzędów realizuje obecnie jakikolwiek program polityki zdrowotnej, 91,1% urzędów realizuje PPZ, korzystając z własnego budżetu, ale jednocześnie 46,4% urzędów przeznaczają na ten cel niespełna 0,1% całości środków finansowych. Zaledwie 27,9% badanych jednostek pozyskuje dodatkowe środki w ramach dofinansowania działań przez NFZ. Problemy z realizacją programów polegają na trudnościach ze znalezieniem realizatora programu oraz brakiem wykwalifikowanej kadry na poziomie urzędu do jego przeprowadzenia. Obok niewielkich nakładów finansowych, skuteczność działań obniżają także uwarunkowania organizacyjne i trudności kadrowe.

**Słowa kluczowe:** programy polityki zdrowotnej, jednostki samorządu terytorialnego, zdrowie publiczne, ekonomia zdrowia.

## 1. Wstęp

Zdrowie ma charakter populacyjny, mierzony wskaźnikami epidemiologicznymi odnoszącymi się do całej zbiorowości lub do wyłonionych grup, i jako takie jest wspólnym dobrem, które należy wzmacniać i kształtować. Rola lokalnych społeczności w kreowaniu poziomu zdrowotności jest niedoceniona, a ich skuteczność może być wyrażona nie tylko poprzez niskie wskaźniki zachorowalności czy umieralności na danym terenie, ale również jako minimalizowanie zachowań patologicznych związanych z zaniedbaniami stanu zdrowia, a wpływającymi na poziom bezpieczeństwa i poczucia przynależności (Woźniak-Holecka, 2013). Jednym z przejawów polityki zdrowotnej realizowanej na poziomie lokalnym są samorządowe programy zdrowotne.

Wydatkowanie środków publicznych na realizację profilaktycznych programów zdrowotnych umożliwia Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej Ustawa o ŚOZ). Zgodnie z art. 5 ustawy ww. programy definiowane są jako: „Zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców”. Działania te dzielą się na programy zdrowotne, które są opracowane, wdrażane, realizowane i finansowane przez NFZ na zlecenie Ministra Zdrowia, oraz programy polityki zdrowotnej, których wykonawcą jest najczęściej jednostka samorządu terytorialnego. Opracowywanie, realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej (PPZ) wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców stanowi zadanie własne wszystkich jednostek samorządu terytorialnego (JST) w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Samorządy poprzez realizację zadań własnych polegających na promocji i ochronie zdrowia realizują zadania z zakresu zdrowia publicznego określone Ustawą z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (Ustawa z dnia 11 września 2015). Wśród zadań tych wymienia się m.in.:

- monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
- edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych;
- promocję zdrowia;
- profilaktykę chorób;
- działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
- ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;
- działania w obszarze aktywności fizycznej.

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych PPZ dotyczą w szczególności ważnych zjawisk epidemiologicznych, istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów oraz wdrażania nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych. PPZ opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane przez JST, w przypadku gdy dotyczą świadczeń gwarantowanych objętych programami zdrowotnymi realizowanymi przez ministrów oraz NFZ, muszą być z nimi spójne merytorycznie i organizacyjnie.

Zawarte w programie interwencje muszą spełniać kryteria właściwe dla świadczeń gwarantowanych, w związku z czym podczas przygotowywania projektu PPZ należy brać pod uwagę:

- możliwość wpływu na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu priorytetów zdrowotnych oraz wskaźników zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określonych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej,

- możliwość ograniczania skutków następstw choroby lub stanu zdrowia, w szczególności prowadzących do przedwczesnego zgonu, niezdolności do samodzielnej egzystencji, niezdolności do pracy, przewlekłego cierpienia lub przewlekłej choroby oraz obniżenia jakości życia,
- znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia, ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia, zapobiegania przedwczesnemu zgonowi, poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość,
- skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo realizowanych interwencji,
- stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego,
- stosunek ponoszonych kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych,
- skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Zadania z zakresu zdrowia publicznego są finansowane ze środków pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, innych ministrów lub centralnych organów administracji rządowej, agencji wykonawczych i innych państwowych jednostek organizacyjnych (w tym NFZ) oraz JST (Ustawa z 11 września 2015). Ponadto jednostki samorządu terytorialnego mogą pozyskiwać środki na realizację PPZ z funduszy europejskich, a także w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego.

Narodowy Fundusz Zdrowia rozpoczął dofinansowanie samorządowych programów polityki zdrowotnej dopiero w roku 2017, co było odpowiedzią na rekomendacje Najwyższej Izby Kontroli, powstałe na skutek prowadzonego przez tę instytucję postępowania kontrolnego w latach 2013-2015. Postępowanie to dotyczyło oceny skuteczności realizacji zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia przez JST, w ramach programów polityki zdrowotnej, w tym szczególnie ich wpływu na poprawę zdrowia i jakości życia mieszkańców (Informacje o wynikach kontroli NIK 2016). Według NIK realizacja przez JST wymienionych zadań w ramach PPZ w analizowanym okresie nie przyczyniła się w istotny sposób do poprawy zdrowia i jakości życia Polaków, w tym w dużej mierze ze względu na ograniczony zakres i skalę tych działań. Wysłano wnioski, iż dla skuteczności podejmowanych działań znacznie mają nie tylko niewielkie nakłady finansowe, ale także uwarunkowania prawne i organizacyjne realizacji samorządowego PPZ. Różnice w dostępie do PPZ wymieniono wśród najistotniejszych wad systemowych zidentyfikowanych w wyniku kontroli. Podkreślono, że liczba i zakres działań w ramach tego typu programów uzależnione są od statusu materialnego danego samorządu, co w konsekwencji ogranicza dostępność do świadczeń dla mieszkańców gmin o niskich dochodach.

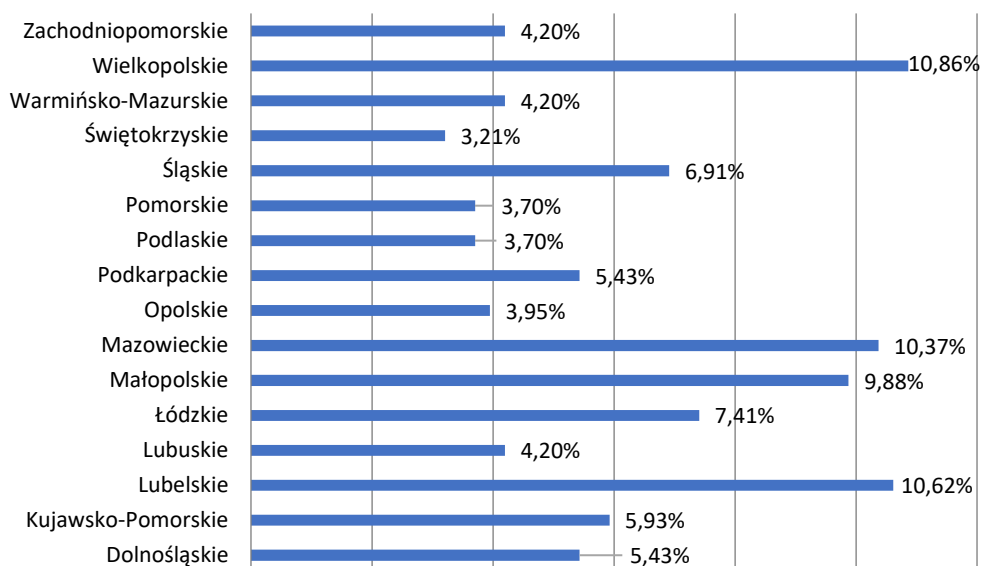
W związku z powyższym na podstawie przepisu art. 22 ustawy o ZP (Ustawa z 11 września 2015) z dniem 1 stycznia 2017 r. do Ustawy o ŚOZ wprowadzono przepis art. 48d mówiący o zasadach przekazywania przez NFZ środków na dofinansowanie PPZ realizowanych przez JST (Ustawa z 27 sierpnia 2004). Co istotne, przeciwdziałając nierównościom w zdrowiu, wynikającym z miejsca zamieszkania, umożliwiono dofinansowanie ze środków NFZ samorządowych programów zdrowotnych w wysokości 80% dla JST o liczbie mieszkańców poniżej 5 tys. oraz w wysokości 40% dla pozostałych. Wprowadzony przepis umożliwił w latach 2017 i 2018 dofinansowanie przez OW NFZ świadczeń realizowanych w ramach PPZ w przypadkach, kiedy były to świadczenia zdrowotne inne niż określone w wykazach świadczeń gwarantowanych, w związku z czym były to głównie programy szczepionkowe. Nowelizacja przepisów Ustawy o ŚOZ wprowadziła od roku 2019 zmianę w zakresie możliwych do dofinansowania świadczeń realizowanych w ramach PPZ, w związku z czym obecnie są to świadczenia znajdujące się w wykazach świadczeń gwarantowanych, w tym przede wszystkim badania przesiewowe w kierunku chorób nowotworowych i innych schorzeń cywilizacyjnych. Na chwilę obecną (czerwiec 2022) w Rządowym Centrum Legislacji na etapie konsultacji publicznych jest projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Projekt Ustawy z 30 grudnia 2021, UD 331). Projekt ten zakłada umożliwienie Narodowemu Funduszowi Zdrowia dofinansowywanie nie tylko świadczeń gwarantowanych, realizowanych w ramach PPZ, ale także świadczeń w zakresie szczepień ochronnych, co miało już miejsce w latach 2017-2018.

Celem badania było określenie celów i działań jednostek samorządu terytorialnego w obszarze Programów polityki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów organizacyjnych i finansowych.

Końcowe efekty projektu służyć mają zdiagnozowaniu sytuacji obecnej i prognozowaniu możliwości rozwoju promocji zdrowia w obszarach samorządowych w Polsce. Metodologia badania objęła analizę porównawczo-opisową, umożliwiającą zestawienie dotychczasowej wiedzy w dziedzinie z nowymi faktami i zależnościami, a także analizę statystyczną o charakterze ilościowym oraz jakościowym. Część badawcza, zrealizowana w II kwartale 2021 roku, opiera się na badaniu pierwotnym w formie ankiety skierowanej do jednostek samorządu terytorialnego. Autorski kwestionariusz ankiety zawierał 22 pytania dotyczące realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w tym ich organizacji i finansowania, a także zasobów kadrowych niezbędnych dla ich realizacji oraz napotykaných przez samorzady barier i ograniczeń. Sposób doboru próby opierał się na próbkowaniu warstwowym (stratyfikacyjnym), a następnie na próbkowaniu grupowym. Populacja została podzielona na warstwy, czyli grupy jednostek mających pewne wspólne cechy. Próbkowanie warstwowe oparto na podziale kraju na województwa według Głównego Urzędu Statystycznego (16 województw). W każdym z podregionów wylosowano 50 jednostek samorządu terytorialnego, do których skierowano kwestionariusz ankiety. Badanie zostało przeprowadzone metodą pocztową oraz metodą ankiety internetowej CAWI (*Computer Assisted Web Interviews*). Podjęte działania pozwoliły na uzyskanie zwrotu ankiet na poziomie 50,6% (405 JST). Na podstawie uzyskanych wyników badań bezpośrednich przeprowadzono analizę statystyczną dotyczącą związku poszczególnych charakterystyk jednostek samorządu terytorialnego z prowadzeniem lub nieprowadzeniem programów zdrowotnych. Przeprowadzono test niezależności chi-kwadrat. Do omawianej analizy wykorzystano program komputerowy IBM SPSS Statistics 28.

## 2. Charakterystyka badanych JST

Spśród badanych jednostek samorządu terytorialnego największy udział miały województwa wielkopolskie, mazowieckie, lubelskie oraz małopolskie. Szczegóły zobrazowano na rys. 1.



Rys. 1. Charakterystyka badanych jednostek samorządu terytorialnego według województw ( $N = 405$ )

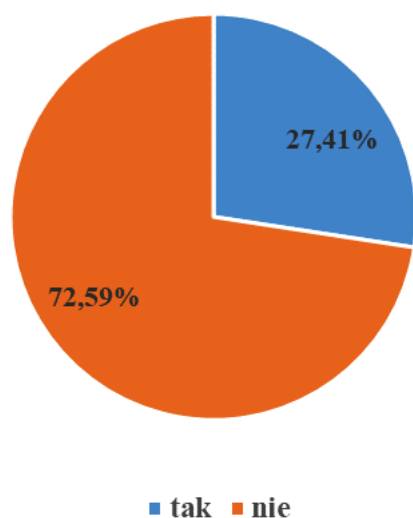
Źródło: opracowanie własne.

Najczęściej wskazywane zadania z zakresu zdrowia publicznego realizowane przez urzędy to działania w obszarze aktywności fizycznej (77,78%), promocji zdrowia (74,32%), edukacji zdrowotnej dzieci, młodzieży i osób starszych (64,94%) oraz profilaktyki chorób (61,73%). Najrzadziej realizowanym zadaniem jest inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego (1,23%) – szczegółowych danych dostarcza tab. 1.

Tabela 1. Realizacja zadań z zakresu zdrowia publicznego deklarowana przez badane urzędy

Realizacja zadań z zakresu zdrowia publicznego przez Urząd	Procent
Monitorowanie i ocena stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa	20,25
Edukacja zdrowotna dostosowana do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych	64,94
Promocja zdrowia	74,32
Profilaktyka chorób	61,73
Działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji	33,58
Analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa	15,31
Inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego	1,23
Rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego	11,36
Ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych	15,31
Działania w obszarze aktywności fizycznej	77,78

Źródło: opracowanie własne.



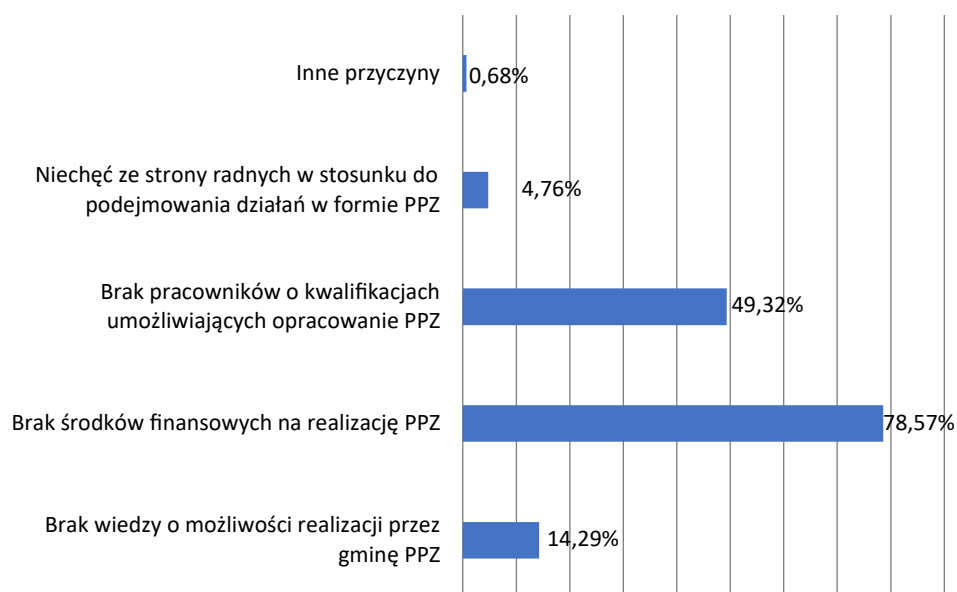
Rys. 2. Realizacja programu polityki zdrowotnej lub posiadanie pozytywnie zaopiniowanego przez AOTMiT projektu programu polityki zdrowotnej zaplanowanego do realizacji przez urzędy ( $N = 405$ ).

Źródło: opracowanie własne.

Zaledwie 1/3 badanych urzędów (111 JST) deklaruje posiadanie programu polityki zdrowotnej lub pozytywnie zaopiniowanego przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (aotm.gov.pl) projektu programu polityki zdrowotnej zaplanowanego do realizacji w ciągu najbliższych kilku miesięcy (rys. 2). Fakt realizacji programów polityki zdrowotnej wykazuje korelację w stosunku do liczby mieszkańców gminy ( $\alpha = 0,05$ ,  $p < 0,001$ ), a także korelację względem rodzaju gminy (miejska, miejsko-wiejska, wiejska) ( $\alpha = 0,05$ ,  $p < 0,001$ ). Co ciekawe, w stosunku do szacowanej wielkości budżetu gminy przeznaczonej na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego takiej zależności nie zidentyfikowano ( $\alpha = 0,05$ ,  $p = 0,199$ ). Tym samym dla skorelowanych zmiennych obliczono współczynnik  $V$  Cramera. W przypadku realizacji programów polityki zdrowotnej i rodzaju gminy zależność ta została uznana za słabą ( $V = 0,194$ ). Podobnie w przypadku faktu realizacji programów polityki zdrowotnej i wielkości gminy, jednak w tym wypadku wyliczony współczynnik ( $V = 0,273$ ) zbliżył się już do wartości, przy której można ten związek uznać za umiarkowany ( $V > 0,3$ ).

### 3. Aspekty organizacyjne realizacji PPZ

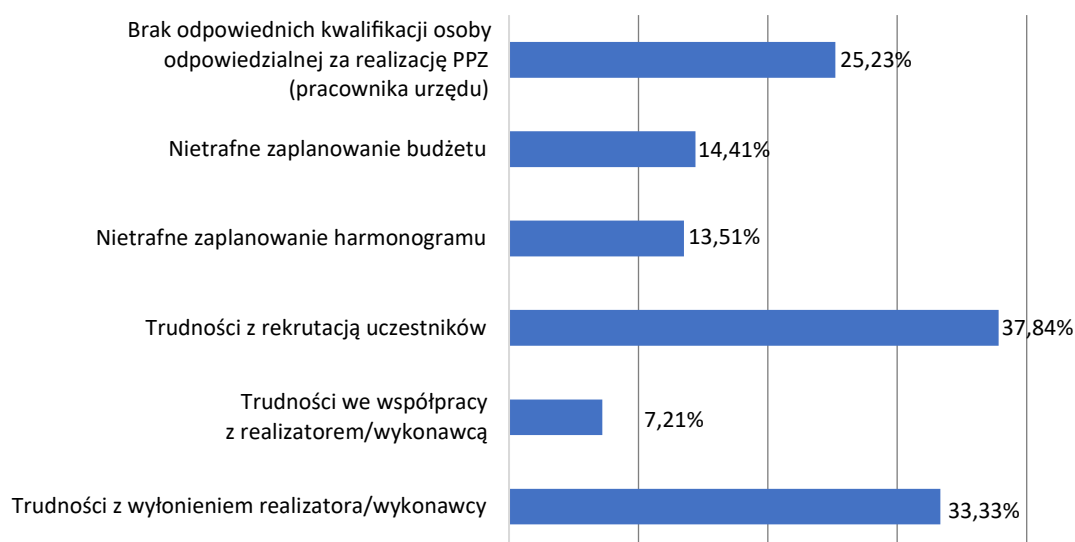
Podstawowe bariery w realizacji programów związane są z brakiem środków finansowych na realizację PPZ (78,57%) oraz brakiem wykwalifikowanej kadry pracowników o kwalifikacjach umożliwiających opracowanie PPZ (49,32%). Dokładne dane obrazuje rys. 3.



Rys. 3. Przyczyny nierealizowania żadnego programu polityki zdrowotnej ( $N = 294$ )

Źródło: opracowanie własne.

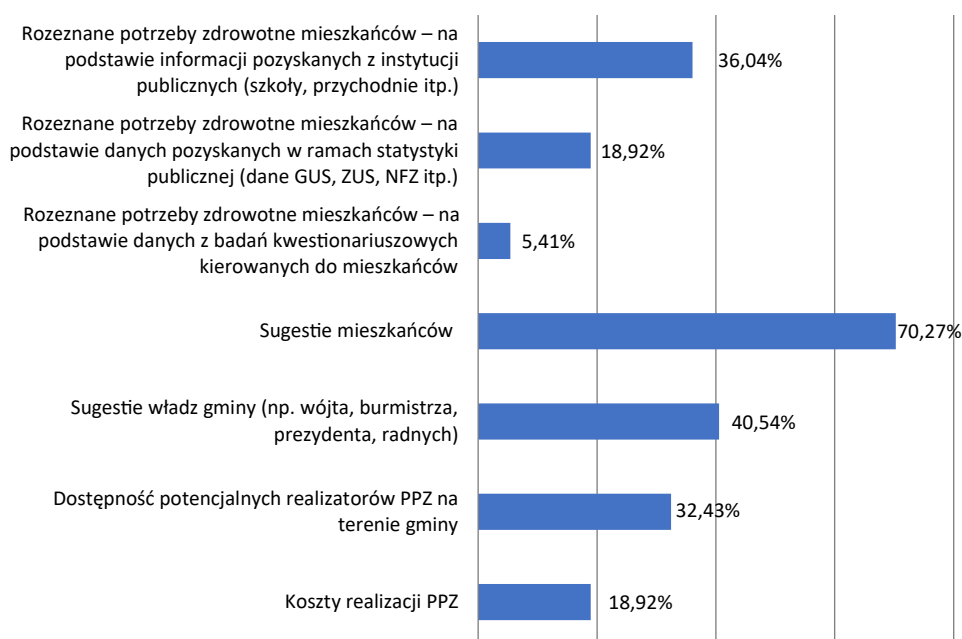
Trudności, jakich spodziewają się urzędnicy w trakcie realizacji PPZ, dotyczą wyłonienia realizatora (33,33%) oraz rekrutacji uczestników programu (37,84%). Wszystkie bariery pokazane zostały na rys. 4. Dlatego tak ważne jest określenie sposobu wyboru realizatora (na podstawie zapisów Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej...) oraz określenie dokładnych warunków i kompetencji personelu niezbędnych do wykonywania świadczeń w ramach programu, co powinno być pomocne w wyłonieniu wykonawcy programu.



Rys. 4. Problemy i bariery organizacyjne, których obawiają się urzędnicy w związku z PPZ zaplanowanymi do realizacji ( $N = 111$ )

Źródło: opracowanie własne.

Właściwą praktyką zalecaną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT, 2016) przed planowaniem programu jest przeprowadzenie analizy potrzeb zdrowotnych w danym regionie,



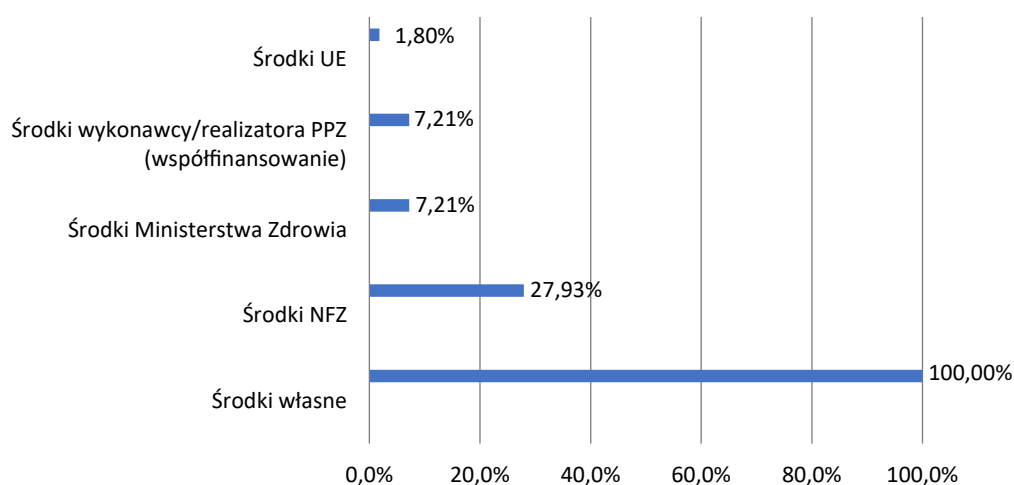
Rys. 5. Powody wyboru obszarów tematycznych zaplanowanych i/lub realizowanych obecnie PPZ w badanych JST ( $N = 405$ )

Źródło: opracowanie własne.

stopnia ich zaspokojenia oraz zidentyfikowania obszarów, w których zastosowanie określonych interwencji może przynieść największe efekty zdrowotne. Należy w tym procesie uwzględnić również dane epidemiologiczne wskazujące na rozpowszechnienie problemów zdrowotnych na określonym obszarze w odniesieniu do sytuacji krajowej. Rozważyć można dodatkowo pozyskanie danych z podmiotów leczniczych zlokalizowanych na danym terenie oraz lokalnych stowarzyszeń zajmujących się szeroko pojętą ochroną zdrowia. Finalnie należy dokonać wyboru problemu zdrowotnego, na którym koncentrował się będzie dany program. Tymczasem, jak wynika z badań własnych, głównym kryterium doboru tematyki PPZ są sugestie mieszkańców oraz władz lokalnych (rys. 5).

#### 4. Aspekty finansowe realizacji PPZ

W zdecydowanej większości przypadków (ponad 72%) projekty programów polityki zdrowotnej opracowywane są przez pracowników urzędu, z pomocy firm zewnętrznych korzystało jedynie ok. 21% badanych jednostek. Udział środków finansowych przeznaczanych przez biorące udział w badaniu samorządy na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego w ogóle budżetu tych jednostek jest niewielki. W przypadku ponad 90% było to mniej niż 1% całości budżetu, jakim dysponował urząd, z czego w ponad 46% przypadków było to nawet mniej niż 0,1% budżetu. Dominującym źródłem finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego w formie programów polityki zdrowotnej są środki własne samorządu, z dofinansowania Narodowego Funduszu Zdrowia korzysta niespełna 28% badanych jednostek. Fakt ten wynika zapewne z dużego zainteresowania samorządów realizacją programów profilaktyki chorób zakaźnych, opartych na szczepieniach ochronnych, których obecnie NFZ nie może dofinansowywać, jako że nie są to świadczenia gwarantowane. Szczegółowe dane dotyczące źródeł finansowania PPZ zilustrowano na rys. 6.



Rys. 6. Źródła finansowania programów polityki zdrowotnej ( $N = 111$ )

Źródło: opracowanie własne.

## 5. Zakończenie

Zgodnie z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. władze publiczne zapewniają obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Polski system opieki zdrowotnej opiera się na zasadzie solidaryzmu i współodpowiedzialności za finansowanie wydatków na zdrowie. Jednym z podstawowych zadań samorządu terytorialnego powinno być wsparcie mieszkańców w utrzymaniu należytego stanu zdrowia.

Nowoczesny i efektywny ekonomicznie model systemu opieki zdrowotnej powinien bazować na długofalowych działaniach profilaktycznych, co będzie prowadziło do zmniejszenia liczby osób w zaawansowanych stadiach chorobowych. Przy tym istotne jest wzmocnienie koordynacji działań podejmowanych w ramach samorządowych programów polityki zdrowotnej pomiędzy samorządem terytorialnym a administracją rządową i NFZ w celu zapobiegania dublowaniu się świadczeń oraz zapewnienia adekwatnego do podjętych działań wydatkowania środków publicznych. Jednym z istotnych elementów sprawnego i efektywnego realizowania zadań programów polityki zdrowotnej powinna być ścisła współpraca z lokalnymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, w tym szczególnie z placówką podstawowej opieki zdrowotnej. W wielu przypadkach pozwoliłoby to na uniknięcie problemu z wyłonieniem realizatora programu.

Interesujący jest związek pomiędzy realizacją programów a wielkością gminy. Większe gminy, szczególnie miejskie, realizują PPZ znacznie statystycznie częściej. Małe miasta i wsie (gminy miejsko-wiejskie i wiejskie) prawdopodobnie nie znają potencjału programów polityki zdrowotnej. Z uwagi na niebagatelną rolę PPZ we wzmacnianiu i kształtowaniu stanu zdrowia lokalnych społeczności być może należałoby rozważyć realizację kampanii informacyjnych, szkoleń lub akcji edukacyjno-promujących na poziomie rządowym lub samorządowym w celu propagowania tego typu możliwości.

Na prawidłową realizację programów wpływa niewątpliwie to, że zadania z zakresu realizacji programów polityki zdrowotnej nie są zadaniami obligatoryjnymi JST. Ponadto należy podkreślić, że jeżeli działania z zakresu promocji zdrowia nie mieszczą się w definicji programu polityki zdrowotnej, nie muszą przybrać postaci programu zdrowotnego. Co więcej, działania podejmowane w obszarze promocji zdrowia, niebędące świadczeniami zdrowotnymi, mogą być realizowane poza formułą programu polityki



zdrowotnej – jako zadania z zakresu zdrowia publicznego, zgodnie z przepisami ustawy o zdrowiu publicznym (Ustawa z 11 września 2015). Z reguły są to interwencje o charakterze edukacyjnym, mające na celu zwiększanie poziomu wiedzy i umiejętności w zakresie profilaktyki konkretnych jednostek chorobowych lub ich grup.

Z powyżej opisanych trudności wynika, że wskazane są dalsze prace nad instytucją programów zdrowotnych. Powinny one zmierzać do ujednoczenia standardów postępowania jednostek samorządu terytorialnego na wszystkich etapach ich realizacji w celu przyspieszenia procesu ich realizacji i uczynienia wydatkowanie na ten cel środków publicznych bardziej efektywnym (Glanowski, 2015, s. 151). Należy podkreślić, że programy polityki zdrowotnej odgrywają ważną i trudną do przecenienia rolę jako priorytetowe zadanie polityki zdrowotnej w ochronie zdrowia ludności.

## Literatura

- AOTMiT. (2016). *Praktyczne wskazówki dotyczące planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej*. Pobrano z <http://aotm.gov.pl>
- Glanowski, G. (2015). Kontrowersje wokół realizacji samorządowych programów zdrowotnych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 21(2), 146-151.
- Informacje o wynikach kontroli NIK. (2015). *Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego*. KZD.430.001.2016, nr ewid. 10/2016/P/15/063/KZD.
- Woźniak-Holecka, J. (2013). Edukacja zdrowotna jako wkład na rzecz pierwiastka obywatelskiego. W: T. Holecki, J. Woźniak-Holecka, *Ochrona zdrowia w społeczeństwie obywatelskim*. Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach.
- Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Projekt Ustawy z 30 grudnia 2021, UD 331)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem (Dz. U. z 2017 r., poz. 9)
- Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z dnia 30 grudnia 2021 roku. Numer z wykazu UD 331, <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12354953/katalog/12845133#12845133>
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (tekst jedn. Dz. U. z 2021 r., poz. 1956 z późn. zm.)

## Selected Organizational and Financial Aspects of the Health Policy Programs Implemented by Local Government Units in Poland

**Abstract:** One of the manifestations of health policy implemented at the local level are self-government health programs. The aim of the work is to define the goals and activities of Local Government Units in the area of Health Policy Programs, with particular emphasis on organizational and financial aspects. The study was conducted on a sample of 405 Local Government Units from all over the country and was based on an online survey (CAWI). As it results from own research, only less than 27.5% of offices currently implement any health policy program, 91.1% of offices implement health programs using their own budget, but at the same time 46.4% of offices spend less than 0.1% of all funds for this purpose. financial. Only 27.9% of the surveyed units obtain additional funds as part of financing activities by the National Health Fund. Problems with the implementation of programs consist in difficulties in finding a program implementer and the lack of qualified staff at the office level to carry it out. In addition to the above-mentioned difficulties, the effectiveness of actions is also reduced by organizational conditions and staffing difficulties.

**Keywords:** health policy programs, local government units, public health, health economics.