KZD.430.001.2020
Nr ewid. 2/2020/P/19/060/KZD

Informacja o wynikach kontroli

REALIZACJA ZADAŃ NARODOWEGO PROGRAMU ZDROWIA NA LATA 2016–2020

DEPARTAMENT ZDROWIA

MISJĄ

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

WIZJĄ

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

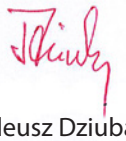
Informacja o wynikach kontroli
Realizacja zadań Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020

Dyrektor Departamentu Zdrowia

Piotr Wasilewski

Akceptuję:

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Tadeusz Dziuba

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Marian Banaś

Warszawa, dnia 02.04.2020

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

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ 4

1. WPROWADZENIE 5

2. OCENA OGÓLNA 10

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI 12

4. WNIOSKI 17

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI 19

5.1. Przygotowanie Narodowego Programu Zdrowia 19
5.2. Realizacja zadań Narodowego Programu Zdrowia 25
5.2.1. Realizacja zadań NPZ przez Ministra Zdrowia 25
5.2.2. Realizacja zadań NPZ przez JST 28
5.2.3. Realizacja zadań NPZ przez pozostałe podmioty objęte kontrolą 35
5.3. Współpraca realizatorów Narodowego Programu Zdrowia i koordynacja podejmowanych działań 37
5.3.1. Rada do spraw Zdrowia Publicznego 38
5.3.2. Współpraca organów administracji rządowej 38
5.3.3. Współpraca realizatorów NPZ na poziomie regionalnym i lokalnym 41
5.3.4. Koordynacja zadań z zakresu zdrowia publicznego 43
5.4. Monitorowanie i ewaluacja zadań realizowanych w ramach Narodowego Programu Zdrowia 46
5.4.1. Monitoring i ewaluacja NPZ 46
5.4.2. Monitoring zadań realizowanych w ramach NPZ 48

6. ZAŁĄCZNIKI 50

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe 50
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych 65
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności 73
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli 75
6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli 76
6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra 84

Zdjęcie na okładce:
©Monthira - stock.adobe.com

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną, nadzorowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Do zadań Agencji należy m.in. wydawanie rekomendacji dot. świadczeń gwarantowanych, opracowywanie raportów w sprawie oceny świadczeń opieki zdrowotnej, określanie taryfy świadczeń, opiniowanie projektów programów polityki zdrowotnej. Status Agencji oraz jej zadania określa art. 31m i art 31n ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[1];
GIS	Główny Inspektor Sanitarny;
JST	jednostki samorządu terytorialnego;
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia;
NPZ	Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020, przyjęty rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020[2]. Narodowy Program Zdrowia, zgodnie z art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym[3], jest dokumentem ustanawianym w celu realizacji polityki zdrowia publicznego i opiera się na współdziałaniu organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego oraz podmiotów, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego, w tym organizacje pozarządowe i podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie[4];
NIZP-PZH	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny;
promocja zdrowia	działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu (art. 2 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[5]);
Program polityki zdrowowtnej	zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego (art. 5 pkt 29a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych);
Ustawa o NIK	Ustawa z dnia 23 grudnia 2004 r. o Najwyższej Izbie Kontroli[6];
Ustawa o zdrowiu publicznym	Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.

[1] Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, ze zm.
[2] Dz. U. poz. 1492.
[3] Dz. U. z 2019 r. poz. 2365, ze zm.
[4] Dz. U. z 2019 r. poz. 688.
[5] Dz. U. z 2020 r. poz. 295.
[6] Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020 jest efektywnym narzędziem realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy Narodowy Program Zdrowia został przygotowany w sposób rzetelny i celowy?
2. Czy działania realizatorów Narodowego Programu Zdrowia przebiegały zgodnie z przyjętymi założeniami, były prawidłowo finansowane oraz przyniosły zakładane efekty?
3. Czy wdrożono mechanizmy umożliwiające efektywną współpracę realizatorów Narodowego Programu Zdrowia i koordynację podejmowanych działań?
4. Czy informacje pochodzące z monitorowania realizacji zadań Narodowego Programu Zdrowia zapewniały wiarygodne dane na temat osiągniętych efektów oraz jak zostały wykorzystywane?

Jednostki kontrolowane

Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Środowiska, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Główny Inspektorat Sanitarny, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny,
16 jednostek samorządu terytorialnego.

Okres objęty kontrolą

Lata 2016–2018 z uwzględnieniem okresów wcześniejszych, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na kontrolowany okres.

Zdrowie publiczne to zorganizowany wysiłek społeczeństwa, realizowany przede wszystkim poprzez wspólne działanie instytucji publicznych, mający na celu poprawę, promowanie, ochronę i przywracanie zdrowia ludności. Obejmuje takie działania jak: analiza sytuacji zdrowotnej, nadzór zdrowotny, promocja zdrowia, zapobieganie chorobom zakaźnym oraz ich zwalczanie, ochrona środowiska i warunki sanitarne, gotowość i reagowanie na sytuacje kryzysowe i zagrożenia zdrowia oraz medycyna pracy[7].

Polska jest krajem, w którym następuje dynamiczny rozwój społeczny i gospodarczy. Efektem tego są poprawiające się warunki życia oraz wzrost świadomości społeczeństwa w zakresie dbałości o własne zdrowie. Rozwój cywilizacyjny, styl życia oraz, będące konsekwencją rozwoju cywilizacyjnego, środowiskowe czynniki ryzyka mają również negatywny wpływ na stan zdrowia społeczeństwa. Do takich wniosków doszedł, już w latach siedemdziesiątych, Marc Lalonde, ówczesny Minister Zdrowia i Opieki Społecznej Kanady, podkreślając w swoim raporcie jak duże znaczenie ma styl życia[8]. Czynniki ryzyka zależne od stylu życia to nieprawidłowa dieta, palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej czy nieumiejętność radzenia sobie ze stresem. To te czynniki, w znacznym stopniu, przyczyniają się do chorób układu krążenia czy nowotworów. Od lat zdecydowanie największym zagrożeniem życia Polaków są choroby układu krążenia odpowiedzialne, w 2017 r., za 41,5% ogółu zgonów (167,1 tys. osób). Choroby układu krążenia są znacznie częstszą przyczyną przedwczesnych zgonów mieszkańców Polski niż przeciętnie w UE. Według danych Eurostatu, w 2016 r., standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia w UE wynosił 358 zgonów na 100 tys. mieszkańców, natomiast w Polsce 553 zgony[9].

Drugą, co do częstości występowania, przyczyną zgonów w Polsce są nowotwory złośliwe. W 2017 r. były one przyczyną 24,7% zgonów (99,6 tys. osób). Kolejnym obszarem, na który negatywnie wpływa rozwój cywilizacyjny jest sfera zdrowia psychicznego. Ponad 1,5 miliona osób dorosłych i 0,25 mln dzieci leczy się z powodu zaburzeń psychicznych[10], w tym dużą grupę stanowią pacjenci z depresją. W 2017 r., według danych NFZ, 633,5 tys. pacjentom udzielono świadczeń z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym depresji[11]. Konsekwencją tych problemów jest wysoka liczba samobójstw (4,5 tys. zgonów w 2017 r.), przekraczająca o prawie 30% liczbę zgonów z powodu wypadków drogowych.

[7] https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html (dostęp z dnia 2 stycznia 2020 r.).

[8] M. Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa 1974, źródło: strona internetowa Agencji Zdrowia Publicznego Kanady: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf (dostęp z dnia 15 września 2019 r.).

[9] https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics/pl (dostęp z dnia 26 lutego 2020r.).

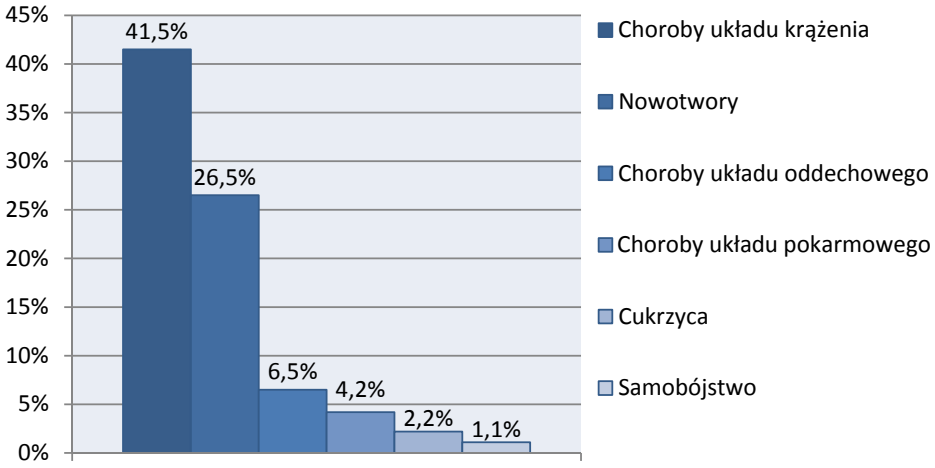
[10] Rekomendacje i wnioski – mapy dla 30 grup chorób (2017); http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/02/09_zaburzenia_psychiczne.pdf (dostęp z dnia 26 lutego 2020 r.).

[11] https://zdrowedane.nfz.gov.pl/pluginfile.php/266/mod_resource/content/1/nfz_o_zdrowiu_depresja.pdf (dostęp z dnia 6 marca 2020 r.).

Środowiskowe czynniki ryzyka takie jak zanieczyszczenie powietrza, wody czy nadmierny hałas mają również bezpośredni, negatywny wpływ na zdrowie. Narażenie na działanie pyłu zawieszonego PM2,5 oraz dwutlenku azotu (NO_2) i ozonu (O_3) powoduje wzrost liczby zgonów z powodu chorób układu oddechowego i krążenia. Według raportu Europejskiej Agencji Środowiska[12] w 2016 r. w Polsce zmarło przedwcześnie 43,1 tys. osób z powodu zanieczyszczenia powietrza, co stanowiło 10,7% zgonów ogółem.

Redukując narażenie na środowiskowe oraz związane ze stylem życia czynniki ryzyka, można skutecznie zmniejszyć zachorowalność na choroby układu oddechowego, sercowo-naczyniowego oraz nowotwory, czyli choroby będące najczęstszą przyczyną hospitalizacji i zgonów w Polsce.

Wykres nr 1
Odsetek zgonów według wybranych przyczyn w 2017 r.



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych GUS „Rocznik demograficzny 2019"[13].

Konsekwencją wpływu czynników ryzyka na zdrowie jest, wciąż na poziomie gorszym niż wynoszą średnie wskaźniki dla krajów Unii Europejskiej, przeciętna długość życia w naszym kraju. Według danych GUS za rok 2017 średnia długość życia mężczyzn wynosiła 73 lata i 11 miesięcy, tj. o 4 lata i 5 miesięcy mniej niż średnia w krajach UE, natomiast kobiet 81 lat i 10 miesięcy, tj. o rok i 8 miesięcy mniej niż średnia w krajach UE.

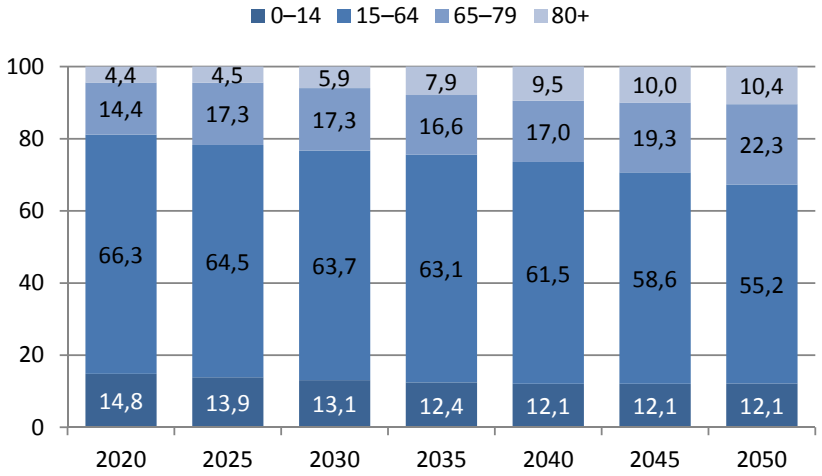
Niekorzystne są również prognozy demograficzne. Od kilku lat odnotowujemy ujemny przyrost naturalny oraz istotne zmiany w strukturze wieku populacji. Przyspieszeniu ulega proces starzenia się ludności Polski. Wskazują na to tendencje zmian udziału ludności w wieku poprodukcyjnym (kobiety – 60 lat i więcej, mężczyźni – 65 i więcej) w populacji ogółem. W latach 1980–2018 liczba tej subpopulacji zwiększyła się o ponad 3,9 mln i wyniosła, w 2018 r., ponad 8 mln, a udział w populacji ogółem wzrósł w tym okresie z 11,8% w 1980 r., poprzez 14,8% w 2000 r. do ponad 21% w 2018 r. Największe ubytki następują w grupie osób w wieku produkcyjnym. W 2018 r. liczba Polaków w tej grupie przekraczała 23 mln, a jak

[12] https://www.eea.europa.eu/publications/air-quality-in-europe-2019 (dostęp z dnia 25 lutego 2020 r.).

[13] https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2019,3,13.html (dostęp z dnia 31 stycznia 2020 r.).

wskazują prognozy w 2050 r. będzie to już tylko 19 mln. Zwiększający się udział osób starszych w strukturze demograficznej wymaga działań dotyczących zapobiegania lub opóźniania występowania chorób zależnych od wieku, a także dostosowania systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych.

Wykres nr 2
Prognoza ludności według biologicznych grup wieku (w procentach)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych GUS „Prognoza ludności na lata 2014–2050"[14].

W celu zmniejszenia negatywnego wpływu czynników zewnętrznych na stan zdrowia społeczeństwa oraz kształtowania właściwych postaw zdrowotnych konieczne są systematyczne działania prowadzone zarówno na szczeblu centralnym, jak i lokalnym. Skuteczne podjęcie takich działań miały zagwarantować przepisy wprowadzone ustawą o zdrowiu publicznym oraz Narodowy Program Zdrowia, poprzez zapewnienie spójnej i efektywnej polityki państwa w tym zakresie.

Jak wynika z uzasadnienia do projektu ustawy o zdrowiu publicznym, potrzeba jej przygotowania wynikała przede wszystkim z konieczności utworzenia mechanizmów pozwalających na osiągnięcie poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, ponieważ dobry stan zdrowia obywateli jest niezbędnym warunkiem rozwoju kraju. Realizacja zadań przewidzianych w ustawie i NPZ ma przyczynić się do wielu korzystnych zmian zdrowotnych, poprzez m.in.

1) zmniejszenie odsetka palących o 2% do 2020 r.,
2) zatrzymanie wzrostu otyłości i cukrzycy do 2025 r.,
3) zmniejszenie odsetka osób nieuprawiających aktywności fizycznej o 10% do 2025 r.,
4) zmniejszenie liczby osób pijących szkodliwie alkohol o 10% do 2025 r.,
5) długofalowym efektem będzie wydłużenie trwania życia do 78 lat (mężczyźni) i 84 lat (kobiety) w 2030 r. oraz zmniejszenie różnicy w przeciętnej długości życia między kobietami a mężczyznami z 8 lat do 6 lat[15].

[14] https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/ (dostęp z dnia 4 lutego 2020 r.).

[15] https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/ 12270850 (dostęp z dnia 2 stycznia 2020), numer projektu w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów: ZD11.

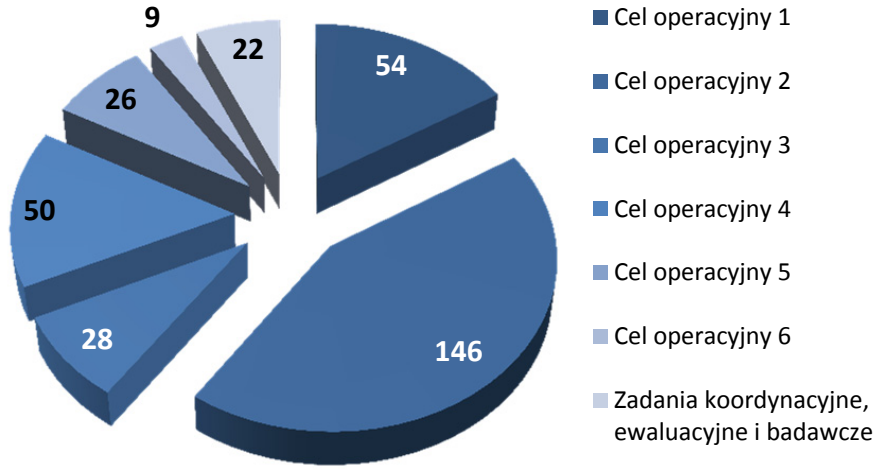
WPROWADZENIE

Aktem wykonawczym do ustawy o zdrowiu publicznym, kluczowym dla realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, jest Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020. To kolejna edycja NPZ, ale po raz pierwszy mająca umocowanie ustawowe. Pierwsza edycja NPZ została opracowana w 1990 r. Kolejny Narodowy Program Zdrowia na lata 1996–2005 został przyjęty przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w dniu 3 września 1996 r. Określał on główne kierunki i zadania zdrowia publicznego w 18 celach operacyjnych. Następny NPZ został przyjęty uchwałą nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015. Edycja ta zakończyła się w 2015 r. bez oceny stopnia osiągnięcia celów. Ministerstwo Zdrowia nie prowadziło badań ewaluacyjnych, pomimo określonych w Programie oczekiwanych do 2015 r. efektów i korzyści zdrowotnych oraz wskaźników będących podstawą monitorowania i ewaluacji. Minister Zdrowia nie dysponował informacjami o osiągniętych efektach oraz poniesionych na realizację NPZ wydatkach. Jako przyczynę podano, że uchwała nr 90/2007 Rady Ministrów nie przewidziała obowiązku sprawozdawczego z realizacji podjętych działań po zakończeniu Programu oraz opracowania raportu końcowego z jego ewaluacji[16].

Obecna edycja NPZ rozpoczęła się w 2016 r. i ma trwać pięć lat. Celem strategicznym NPZ jest wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim, jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu. Cele operacyjne i zadania służące realizacji tych celów, określone w NPZ, muszą wspólnie przyczyniać się do ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, a także powinny być realizowane w sposób powiązany, przeciwdziałając więcej niż jednemu zagrożeniu jednocześnie. Cele operacyjne obejmują poprawę sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa (cel operacyjny 1), profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi (cel operacyjny 2), profilaktykę problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa (cel operacyjny 3), ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki (cel operacyjny 4), promocję zdrowego i aktywnego starzenia się (cel operacyjny 5) oraz poprawę zdrowia prokreacyjnego (cel operacyjny 6).

[16] Informacja o wynikach kontroli P/17/058 „Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym".

Wykres nr 3
Liczba zadań w poszczególnych celach operacyjnych NPZ



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie NPZ.

Realizacja celów NPZ opiera się na współdziałaniu organów administracji rządowej, państwowych jednostek organizacyjnych, jednostek samorządu terytorialnego oraz innych podmiotów wykonujących zadania z zakresu zdrowia publicznego.

Zadania finansowane są ze środków budżetu państwa lub jako zadania własne podmiotów uczestniczących w ich realizacji. Ze środków budżetu państwa (odpowiednich dysponentów części budżetowych lub w ramach rocznych planów finansowych funduszy celowych) finansowane są zadania koordynacyjne oraz zadania powierzone przez odpowiedniego ministra będącego dysponentem środków. Zadania powierzane są do realizacji w trybie konkursowym lub wnioskowym. Wysokość finansowania zadań, powierzonych realizatorom w ramach celów operacyjnych NPZ i zadań koordynacyjnych, w latach 2016–2020, wynosi rocznie nie więcej niż 140 mln zł. Łącznie w ciągu pięciu lat zaplanowano wydatkowanie 700 mln zł, w tym po 350 mln z budżetu państwa oraz z państwowych funduszy celowych pozostających w dyspozycji Ministra Zdrowia oraz Ministra Sportu. Zadania określone w ramach celów operacyjnych NPZ – jeżeli nie wskazano, iż będą to zadania koordynacyjne lub zadania powierzane – są zadaniami, które uznaje się za zadania własne podmiotów uczestniczących w ich realizacji i finansowane są ze środków pozostających w ich dyspozycji.

Kontrola *Realizacja zadań Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020* była kontrolą planową, koordynowaną, podjętą z inicjatywy własnej NIK. Poprzedziła ją kontrola doraźna rozpoznawcza *Realizacja zadań Narodowego Programu Zdrowia w latach 2016–2018* (R/18/003).

NIK zbadała, czy Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020 jest efektywnym narzędziem realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego. Założono, że wartością dodaną kontroli będzie wskazanie możliwości usprawnienia działań podejmowanych w ramach NPZ oraz wskazanie ewentualnych problemów związanych ze stosowaniem przepisów ustawy o zdrowiu publicznym i NPZ.

2. OCENA OGÓLNA

NPZ na lata 2016–2020 nie stanowił efektywnego narzędzia realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego

Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020, w okresie objętym kontrolą, nie stanowił efektywnego narzędzia realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego. Jego wdrożenie w niewielkim stopniu wpłynęło na zwiększenie zakresu podejmowanych działań, a w konsekwencji na realizację celu strategicznego, jakim jest wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu.

Minister Zdrowia, opracowując projekt NPZ, nie wprowadził rozwiązań umożliwiających jego realizatorom efektywne wykonanie wszystkich zaplanowanych zadań. Niektóre zadania przypisano niewłaściwym podmiotom, co skutkowało ograniczeniem lub brakiem ich realizacji. Nie wskazano, który szczebel JST odpowiada za realizację poszczególnych zadań przypisanych samorządowi terytorialnemu. Ponadto NPZ wszedł w życie z blisko dziewięciomiesięcznym opóźnieniem, co ograniczyło możliwości realizacji wszystkich zaplanowanych zadań w 2016 r.

Minister Zdrowia był aktywnym realizatorem zadań. W okresie objętym kontrolą realizował łącznie 227 zadań, w ramach wszystkich celów operacyjnych oraz zadania koordynacyjne ewaluacyjne i badawcze. Dla pozostałych realizatorów zadań, NPZ nie stanowił skutecznego bodźca do podejmowania działań w kierunkach wytyczonych przez Program. Wskazywali oni jedynie pojedyncze zadania, jako efekt wprowadzenia NPZ. Działania poszczególnych realizatorów, poza zlecaniem zadań, przebiegały na ogół prawidłowo.

Brak jasno zdefiniowanego pojęcia zdrowia publicznego i nieprecyzyjne określenie zadań spowodowało problemy z definiowaniem działań podejmowanych w ramach NPZ. W wielu przypadkach każde działanie mające wpływ na zdrowie człowieka traktowano jako zadanie zdrowia publicznego, niezależnie czy była to profilaktyka zdrowia, działania związane z medycyną naprawczą, pomoc społeczna, ochrona środowiska czy poprawa infrastruktury drogowej.

W jednostkach objętych kontrolą nie przeprowadzono pełnego rozpoznania stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych mieszkańców, co powinno stanowić podstawę do planowania programów polityki zdrowotnej oraz podejmowania innych działań w zakresie zdrowia publicznego. Nie opracowano również samorządowych programów lub strategii ochrony zdrowia psychicznego oraz programów zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w rodzinie i w środowisku lokalnym, pomimo wskazania JST, jako realizatorów tych zadań. Ponadto wykonanie zadań z zakresu zdrowia publicznego powierzano innym podmiotom w trybie niezgodnym z przepisami ustawy o zdrowiu publicznym.

W latach 2016–2018 dysponenci części budżetu państwa nie planowali wydatków na realizację zadań NPZ. Finansowano je ze środków ujętych w części 83–rezerwy celowe, pomimo że nie wystąpiły szczególne okoliczności uprawniające do finansowania zadań NPZ ze środków rezerwy celowej określone w art. 140 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych[17].

JST nawiązały współpracę, na szczeblu lokalnym i regionalnym, w zakresie realizacji NPZ. Współpraca na szczeblu centralnym, pomiędzy podmiotami zobowiązanymi do realizacji NPZ, pomimo stworzenia ram instytucjonalnych, odbywała się w sposób doraźny i dotyczyła pojedynczych zagadnień.

Efektem braku jasno zdefiniowanego pojęcia zdrowia publicznego i nieprecyzyjnego określenia zadań oraz niewystarczającej współpracy między podmiotami zobowiązanymi do realizacji NPZ były m.in. nierzetelne informacje, przekazane Ministrowi Zdrowia, o podjętych lub zrealizowanych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Błędy stwierdzono w informacjach sporzą-

[17] Dz. U. z 2019 r. poz. 869, ze zm.

dzonych przez 95% jednostek objętych kontrolą. Tym samym Minister Zdrowia przekazał Radzie Ministrów nierzetelną informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego w roku 2016 i 2017. Informacja ta nie odzwierciedlała faktycznego zakresu realizowanych zadań, ich liczby oraz kosztów. Wprowadzony przez Ministra Zdrowia elektroniczny system sprawozdawczy wyeliminował tylko część błędów m.in. przypisywanie zadań do nieistniejących celów operacyjnych NPZ.

W okresie objętym kontrolą nie monitorowano wpływu działań podejmowanych w ramach NPZ na zdrowie mieszkańców. Sześć JST, z 16 kontrolowanych, nie określało lub nieprawidłowo określało cele i mierniki realizowanych zadań.

Ocena osiągnięcia celu strategicznego NPZ, którym jest m.in. wydłużenie życia w zdrowiu i poprawa zdrowia, będzie możliwa dopiero po kilku latach od zakończenia tej edycji NPZ. Tym niemniej należy zauważyć, że w trakcie realizacji NPZ wartość niektórych wskaźników monitorowania celów uległa pogorszeniu. Według danych GUS skróciła się oczekiwana długość życia oraz oczekiwana długość życia w zdrowiu. Zmniejszyła się również liczba urodzeń żywych. Według badań CBOS, przeprowadzonych w 2019 roku, wzrósł o 8 punktów procentowych, w porównaniu do roku 2014, odsetek Polaków mających problem z nadwagą i otyłością[18].

[18] https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_103_19.PDF (dostęp z dnia 03.01.2020 r.).

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Brak istotnych zmian w zakresie podejmowanych zadań z zakresu zdrowia publicznego

Narodowy Program Zdrowia, jako dokument ustanowiony w celu realizacji polityki zdrowia publicznego, oparty na współdziałaniu organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego oraz innych podmiotów realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, nie stanowił efektywnego narzędzia dla poprawy zdrowia publicznego.

Zakres zadań realizowanych przez podmioty objęte kontrolą wskazuje, że NPZ w niewielkim stopniu wpłynął na zwiększenie zakresu działań w obszarze zdrowia publicznego. Podmioty objęte kontrolą wskazywały pojedyncze zadania, jako efekt wprowadzenia NPZ. W latach 2016–2018, kontrolowane JST realizowały 52 z 64 zadań wskazanych w NPZ, jednak tylko w dwóch kontrolowanych urzędach gmin i dwóch urzędach marszałkowskich wskazano sześć zadań, które były bezpośrednim efektem wprowadzenia NPZ. [str. 30–31]

Nieuczestniczenie gmin i powiatów w opiniowaniu projektu NPZ

Projekt NPZ został przedstawiony, w trakcie konsultacji społecznych, szerokiemu gronu instytucji i organizacji o charakterze społecznym, zawodowym czy samorządowym. Zabrakło jednak wśród nich szerokiego udziału JST najniższego szczebla, w sytuacji, gdy to właśnie gminy miały być jednym z ważniejszych realizatorów celów NPZ. Minister Zdrowia nie kierował informacji o prowadzonych konsultacjach bezpośrednio do gmin i powiatów, w efekcie, w procesie konsultacji publicznych, ani jedna gmina czy powiat nie zgłosiły uwag[19]. [str. 19–21]

Nierzetelne przygotowanie projektu NPZ

W treści NPZ sformułowano niespójne przepisy regulujące finansowanie zadań realizowanych przez jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w ramach drugiego celu operacyjnego oraz nie wskazano szczebli JST odpowiedzialnych za realizację poszczególnych zadań. Wpłynęło to bezpośrednio na realizację zadań NPZ.

Przepisy rozdziału III ust. 3 i ust. 6 NPZ wykluczały stosowanie zasad wyboru realizatora zadań drugiego celu operacyjnego w trybie wnioskowym, natomiast przepisy zawarte w drugim celu operacyjnym wskazywały, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie (COI), jako realizatora wybranego w trybie wnioskowym. W efekcie Minister Zdrowia przekazując COI środki finansowe na realizację zadań zastosował, jako jedyną możliwość prawną, przekazanie środków finansowych na podstawie umowy zawartej w trybie wnioskowym, tj. na podstawie regulacji określonych w drugim celu operacyjnym NPZ.

Natomiast brak wskazania szczebla JST odpowiedzialnego za realizację zadań NPZ spowodował problemy z określeniem zadań do realizacji, co szczególnie było widoczne w przypadku zadań służących realizacji trzeciego celu operacyjnego: *Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa*. W efekcie pojawiających się problemów z interpretacją przepisów, w szczególności z identyfikacją odpowiedzialnego szczebla samorządu, nie opracowywano programów ochrony zdrowia psychicznego oraz nie powoływano zespołów koordynacyjnych. [str. 23–25]

[19] Związek Powiatów Polskich zgłosił 20 uwag.

Nieprawidłowe wskazanie realizatorów zadań

Pięciu realizatorów[20], wskazanych w NPZ, nie było w stanie, z przyczyn od nich niezależnych, realizować wszystkich zadań, ze względu na nieprawidłowe ich przypisanie. Pomimo zgłaszania, na etapie przygotowywania oraz w czasie trwania Programu, przez jego realizatorów wątpliwości dotyczących niewłaściwego przypisania zadań Minister Zdrowia nie podjął działań w celu ich usunięcia, a tym samym uniemożliwił efektywne wykonanie wszystkich zaplanowanych zadań. [str. 21–23]

Brak dokumentów strategicznych w zakresie polityki zdrowotnej

Działania w zakresie zdrowia publicznego prowadzone na szczeblu lokalnym i regionalnym mają szczególne znaczenie dla osiągnięcia zakładanych w NPZ celów. Podstawą do planowania działań w tym zakresie powinny być rozpoznane potrzeby i problemy zdrowotne mieszkańców, a efektem rozpoznanych potrzeb opracowanie i realizacja programów polityki zdrowotnej. Dokumenty strategiczne w zakresie polityki zdrowotnej posiadały tylko dwa samorządy województw. W pozostałych JST kwestie ochrony zdrowia i profilaktyki zdrowotnej regulowano w innych dokumentach, tj. strategiach rozwoju gminy, strategiach rozwiązywania problemów społecznych czy programach rewitalizacji miast. [str. 29–30]

Nieplanowanie wydatków na zadania NPZ w budżecie państwa

W okresie objętym kontrolą dysponenci części budżetu państwa nie planowali wydatków na realizację zadań NPZ. Podstawą ich finansowania były środki z funduszy celowych oraz rezerwy celowej. Zwiększenie planu wydatków w części 46-Zdrowie każdorazowo następowało w drodze uruchomienia rezerwy celowej przez Ministra Finansów na wniosek Ministra Zdrowia.
Szczegółowe zasady tworzenia rezerw celowych w budżecie państwa zostały zawarte w art. 140 ust. 2 ustawy o finansach publicznych, który stanowi, że w budżecie państwa mogą być tworzone rezerwy celowe:
1) na wydatki, których szczegółowy podział na pozycje klasyfikacji budżetowej nie jest możliwy do dokonania w okresie opracowywania projektu ustawy budżetowej;
2) na wydatki, których realizacja jest uwarunkowana zaciągnięciem kredytu w międzynarodowej instytucji finansowej lub pozyskaniem środków z innych źródeł;
3) na wydatki związane z realizacją programów współfinansowanych z udziałem środków zagranicznych, o których mowa w art. 5 ust. 1 pkt 2;
4) gdy odrębne ustawy tak stanowią.

Przywołany przepis wskazuje na szczególne okoliczności stosowania tego sposobu finansowania zadań publicznych, uzależniając go od wystąpienia określonych w nim przesłanek. Przesłanki te w przypadku realizacji zadań NPZ nie zaistniały. Zasadą powinno być ujmowanie wydatków na realizację zadań publicznych w budżecie państwa w odpowiednich częściach budżetowych, z przypisaniem właściwej klasyfikacji budżetowej.

Wskazanie zadań, które będą finansowane w ramach limitów wydatków w części 46 – Zdrowie należało do właściwości dysponenta części, tj. Ministra Zdrowia. Dysponenci części budżetowych otrzymują ogólną kwotę

[20] Minister Środowiska, Minister Edukacji Narodowej, NIZP-PZH, AOTMiT, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

limitu wydatków bez podziału na poszczególne zadania i to do nich należy ustalanie priorytetów oraz wydzielanie, w ramach ogólnego limitu, kwot wydatków zgodnie z przyjętymi priorytetami. [str. 26–27]

Aktywna działalność Ministra Zdrowia, jako realizatora zadań

Minister Zdrowia, w okresie objętym kontrolą, podejmował aktywną działalność jako realizator zadań NPZ. W latach 2016–2018 łącznie zaplanowano do realizacji 230 zadań w ramach sześciu celów operacyjnych NPZ oraz 25 zadań koordynacyjnych, ewaluacyjnych i badawczych. Realizowano łącznie 227 zadań, co stanowiło 89% planu. [str. 25–26]

Problemy z definiowaniem zadań zdrowia publicznego

Brak jasno zdefiniowanego pojęcia zdrowia publicznego i nieprecyzyjne określenie zadań z zakresu zdrowia publicznego, wymienionych w art. 2 pkt 5 (działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji), pkt 9 (ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych) i pkt 10 (działania w obszarze aktywności fizycznej) ustawy o zdrowiu publicznym, spowodowało problemy ze zdefiniowaniem działań podejmowanych w ramach NPZ. Za zadania zdrowia publicznego uznawano takie zadania jak wymiana opraw oświetlenia ulicznego, budowa dróg czy termomodernizacja budynków. Traktowanie wszystkich zadań jako zadań z zakresu zdrowia publicznego stwarza realne ryzyko wykorzystania przepisów ustawy o zdrowiu publicznym do wyboru wykonawców zadań inwestycyjnych z pominięciem przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych[21]. [str. 31–32]

Brak możliwości klasyfikowania wydatków na NPZ, jako wydatków na zdrowie publiczne

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 2 marca 2010 r. w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych[22] nie wyodrębnia rozdziału zdrowie publiczne ani NPZ. Środki z rezerwy celowej ze względu na brak w klasyfikacji budżetowej odpowiedniego rozdziału klasyfikowano w budżecie części 46 w rozdziale 85195 – pozostała działalność. Jednostki samorządu terytorialnego planowane i zrealizowane wydatki na zadania z zakresu zdrowia publicznego klasyfikowały w różnych działach i rozdziałach klasyfikacji budżetowej. [str. 26, 34]

Nieprzekazywanie informacji o wydatkach na NPZ

Właściwi ministrowie, wskazani jako podmioty odpowiedzialne za realizację zadań w NPZ, oraz wojewodowie nie wywiązywali się z obowiązku informowania Ministra Zdrowia o stopniu realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, umożliwiającym monitorowanie limitu wydatków. [str. 27]

Nieprawidłowy tryb wyboru realizatora

Szczególną trudność sprawiały kontrolowanym jednostkom przepisy ustawy o zdrowiu publicznym oraz NPZ regulujące zasady powierzenia zadań. Skutkiem powyższego przeprowadzano konkurs na wybór realizatora zadań w oparciu o niewłaściwe akty prawne. Zamiast przepisów ustawy o zdrowiu publicznym JST stosowały przepisy ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie oraz ustawę Prawo zamówień publicznych. Nieprawidłowy tryb wyboru realizatora stwierdzono w 34 postępowaniach, na 79 objętych kontrolą. Konkurs, na podstawie przepisów ustawy o zdrowiu publicznym, powinien być przeprowadzony w 33 z tych postępowań, a przeprowadzono go tylko w czterech. [str. 34–35]

[21] Dz. U. z 2019 r. poz. 1843.

[22] Dz.U. z 2014 r. poz. 1053, ze zm.

Brak zaangażowania przedstawicieli ministrów w prace Komitetu Sterującego NPZ

Problematyka zdrowia publicznego nie była przedmiotem bezpośredniego zainteresowania przedstawicieli większości ministrów, wskazanych w NPZ, jako podmioty odpowiedzialne za realizację zadań w nim określonych. Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia, w skład którego wchodzą przedstawiciele ministrów, w randze sekretarza lub podsekretarza stanu, oraz minister właściwy do spraw zdrowia, został powołany do bieżącej koordynacji działań i rozwiązywania problemów związanych z realizacją NPZ. W czterech posiedzeniach Komitetu udział wzięli, w randze sekretarza lub podsekretarza stanu, przedstawiciele tylko pięciu ministrów, na 14 powołanych, mimo że, zgodnie z art. 10 ust. 6 ustawy o zdrowiu publicznym, członkowie Komitetu odpowiadają za wdrożenie zadań NPZ w zakresie właściwym dla reprezentowanego ministra. [str. 38–39]

Brak współpracy Ministra Środowiska z innymi podmiotami

Współpraca Ministra Zdrowia i ministrów współodpowiedzialnych za realizację pięciu celów operacyjnych NPZ odbywała się przede wszystkim na forum Rady do spraw Zdrowia Publicznego i Komitetu Sterującego NPZ. Odpowiedzialny za realizację czwartego celu operacyjnego NPZ, Minister Środowiska nie nawiązał współpracy z innymi organami i jednostkami w tym obszarze. [str. 40]

Współpraca JST w zakresie realizacji zadań NPZ

W latach 2016–2018 skontrolowane urzędy marszałkowskie oraz urzędy miast i gmin podejmowały współpracę w zakresie realizacji zadań NPZ. Jej zakres był bardzo zróżnicowany. Od nawiązania współpracy tylko z organizacjami pozarządowymi do szeroko zakrojonej współpracy z różnymi instytucjami, innymi JST oraz administracją rządową. Współpracę nawiązywano w zakresie programów przeciwdziałania narkomanii, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania przemocy w rodzinie, polityki senioralnej oraz działań edukacyjno-szkoleniowych. [str. 41–42]

Nierzetelnie sporządzane informacje o realizowanych zadaniach

Informacje o podjętych lub zrealizowanych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, będące podstawą do prowadzenia przez Ministra Zdrowia monitoringu zadań NPZ, nie odzwierciedlały faktycznego zakresu realizowanych zadań, ich liczby oraz ponoszonych kosztów, w szczególności dotyczyło to informacji opracowywanych przez JST. Błędy, mimo prowadzonej weryfikacji, stwierdzono w informacjach sporządzonych przez 95% podmiotów objętych kontrolą.

Weryfikacja składanych informacji nie była rzetelna. Z raportu pn. *Prowadzenie monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego. Raport za rok 2016*, opracowanego na zlecenie Ministra Zdrowia przez Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych, wynika, że w 2016 r. dwanaście zadań przypisano do nieistniejących celów operacyjnych NPZ. Ponadto wykazywano zadania, w przypadku, których już nazwa wskazywała, że nie jest to zadanie zdrowia publicznego określone w art. 2 ustawy o zdrowiu publicznym, jak np. budowa drogi powiatowej czy wymiana opraw oświetlenia ulicznego. Tym samym Minister Zdrowia przekazał Radzie Ministrów nierzetelną informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego w roku 2016 i 2017. [str. 43–45]

Brak wartości docelowych wskaźników NPZ

W NPZ nie określono wartości docelowych wskaźników monitorowania celów operacyjnych. Na 67 wskaźników wskazanych w NPZ tylko dla siedmiu najistotniejszych określono wartości docelowe lub trend. Wskaźniki,

dla których określono wartości docelowe lub trend nie są jednak wskaźnikami optymalnymi dla oceny efektów NPZ w krótkiej, kilkuletniej perspektywie. Wskaźniki, które mogą być wykorzystane do analizy efektów w trakcie trwania NPZ, nie mają określonych wartości docelowych. Brak określenia wartości docelowych utrudniał monitorowanie efektów oraz umożliwiał swobodną interpretację osiągniętych wyników realizowanych zadań. [str. 46]

Nieokreślanie celów i mierników

Podjęcie decyzji o realizacji zadania powinno być poprzedzone określeniem celu, jaki zamierza się osiągnąć oraz mierników, które pozwolą na zmierzenie efektów. Jak wykazała kontrola w sześciu podmiotach, dla 44 realizowanych zadań, nie określano mierników, bądź określano je, lub ich wartość docelową, nieprawidłowo. Realizatorzy zadań NPZ w niepełnym zakresie monitorowali również realizację zadań oraz osiągnięte efekty. Monitoring prowadzono głównie na podstawie danych przekazywanych przez poszczególnych wykonawców zadań, zgodnie z zawartymi umowami.

Brak określenia celów i wskaźników do ich oceny oraz nieprowadzenie rzetelnego monitorowania i analizy uzyskanych efektów realizowanych zadań z zakresu zdrowia publicznego istotnie utrudniało obiektywną ocenę skuteczności podejmowanych działań i efektywności wykorzystania środków publicznych. [str. 48–49]

4. WNIOSKI

Mając na uwadze konieczność zapewnienia skutecznej i efektywnej realizacji zadań Narodowego Programu Zdrowia Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

Minister Zdrowia

1) Podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do doprecyzowania przepisów ustawy o zdrowiu publicznym, w celu wyeliminowania wątpliwości dotyczących kwalifikowania innych zadań, w tym inwestycyjnych, jako zadań z zakresu zdrowia publicznego, poprzez doprecyzowanie treści art. 2 pkt 5 (działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji), pkt 9 (ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych) i pkt 10 (działania w obszarze aktywności fizycznej) ustawy o zdrowiu publicznym.
2) Zwiększenie efektywności realizowanej polityki zdrowia publicznego, poprzez określenie, w projekcie kolejnej edycji NPZ:
   - zakresu odpowiedzialności ministrów wskazanych w NPZ, jako odpowiedzialnych za realizację celów operacyjnych;
   - realizatorów zadań NPZ zgodnie z ich właściwością wynikającą z aktów prawnych;
   - wartości docelowych wskaźników monitorowania poszczególnych celów operacyjnych w celu zapewnienia ewaluacji i oceny realizacji zadań NPZ;

oraz

   - wyeliminowanie niespójności przepisów, dotyczących finansowania zadań realizowanych przez jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
3) Uwzględnienie, przy planowaniu wydatków w części 46 – Zdrowie, środków na realizację NPZ.
4) Przeprowadzenie szkoleń dla pracowników JST w zakresie odróżniania zadań z zakresu zdrowia publicznego od innych mających związek z szeroko rozumianym zdrowiem człowieka oraz prawidłowego sporządzania informacji o realizowanych zadaniach.

Minister Finansów

Zmianę rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych poprzez dodanie w załączniku nr 2 w dziale 851 – Ochrona zdrowia, rozdziału „zdrowie publiczne", w celu umożliwienia rzetelnego planowania wydatków budżetowych oraz wyeliminowania dowolności w klasyfikowaniu wydatków poniesionych w związku z realizacją zadań z zakresu zdrowia publicznego, w tym zadań NPZ.

Pozostali ministrowie odpowiedzialni za realizację zadań NPZ

1) Podjęcie działań w celu zapewnienia aktywnego uczestnictwa, w pracach Komitetu Sterującego Narodowego Programu Zdrowia, przedstawicieli, w randze sekretarza lub podsekretarza stanu, ministrów wskazanych w NPZ, jako podmioty odpowiedzialne za realizację zadań w nim określonych.

2) Uwzględnienie, przy planowaniu wydatków, środków na realizację zadań NPZ w odpowiednich częściach budżetu państwa.

3) Informowanie Ministra Zdrowia o stopniu realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w celu monitorowania limitu wydatków, w terminach umożliwiających wdrożenie mechanizmu korygującego.

Organy JST

1) Przeprowadzenie rozpoznania stanu zdrowia i analizy potrzeb zdrowotnych mieszkańców w celu rzetelnego planowania i realizacji programów polityki zdrowotnej.

2) Określanie mierników realizowanych zadań w sposób umożliwiający rzetelną ocenę skuteczności podejmowanych działań.

Podmioty sporządzające lub weryfikujące informacje o zadaniach zdrowia publicznego

Podjęcie działań w celu wyeliminowania z rocznych informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego błędnie wpisanych zadań, zwłaszcza niebędących zadaniami zdrowia publicznego.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Przygotowanie Narodowego Programu Zdrowia

Minister Zdrowia, opracowując projekt NPZ, nie wprowadził rozwiązań umożliwiających jego realizatorom efektywne wykonanie wszystkich zaplanowanych zadań. Nie doprecyzowano szczebla JST odpowiedzialnego za realizację poszczególnych zadań, a niektóre zadania przypisano do realizacji niewłaściwym podmiotom, co skutkowało ograniczeniem lub brakiem ich realizacji.

NPZ jest dokumentem wykonawczym do ustawy o zdrowiu publicznym. Projekt rozporządzenia opracowano w listopadzie 2015 r., jednak z powodu długotrwałego procesu legislacyjnego NPZ wszedł w życie dopiero 17 września 2016 r., co ograniczyło możliwości realizacji wszystkich zadań w 2016 r.

Opracowanie projektu NPZ na lata 2016–2020

Minister Zdrowia został zobowiązany do opracowania projektu NPZ na lata 2016–2020, przepisami ustawy o zdrowiu publicznym. Prace nad projektem trwały do 15 listopada 2015 r. Przy jego opracowaniu wykorzystano aktualne i publicznie dostępne źródła danych, rejestry, informacje i publikacje pochodzące m.in. z WHO, OECD, Głównego Urzędu Statystycznego, Narodowego Funduszu Zdrowia, NIZP-PZH, Krajowego Rejestru Nowotworów. Projekt rozporządzenia w sprawie NPZ został poddany opiniowaniu i konsultacjom publicznym w dniach od 16 listopada 2015 r. do 16 grudnia 2015 r. Od lutego do kwietnia 2016 r. projekt uzgadniano z poszczególnymi ministerstwami oraz Kancelarią Prezesa Rady Ministrów.

W trakcie prac legislacyjnych Minister Zdrowia podjął decyzję o uzupełnieniu projektu NPZ o kolejny, szósty cel operacyjny ukierunkowany na promocję zdrowia prokreacyjnego. Zarządzeniem z dnia 22 grudnia 2015 r. Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw projektu programu z zakresu zdrowia prokreacyjnego[23]. Zadaniem powołanego Zespołu było opracowanie projektu celu operacyjnego Narodowego Programu Zdrowia, zgodnie z art. 9 ustawy o zdrowiu publicznym, ukierunkowanego na promocję zdrowia prokreacyjnego oraz projektu programu polityki zdrowotnej, zgodnie z art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z zakresu zdrowia prokreacyjnego. Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie NPZ na lata 2016–2020 został przekazany przez Ministra Zdrowia, Stałemu Komitetowi Rady Ministrów, w dniu 14 czerwca 2016 r. Proces legislacyjny zakończył się publikacją rozporządzenia w sprawie NPZ w Dzienniku Ustaw w dniu 16 września 2016 r.

Opiniowanie projektu NPZ na lata 2016–2020

W trakcie procesu legislacyjnego umożliwiono zainteresowanym podmiotom zgłaszanie swoich propozycji oraz uwag do projektu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie NPZ. Uwagi, w trakcie konsultacji publicznych, zgłosiło 85 podmiotów, w tym m.in. Rzecznik Praw Dziecka, samorządy województw, Związek Powiatów Polskich, konsultanci krajowi, samorządy zawodowe, stowarzyszenia i fundacje.

W ramach uzgodnień międzyresortowych wpłynęły stanowiska z 14 ministerstw, Kancelarii Prezesa Rady Ministrów oraz Rządowego Centrum Legislacji. Jednostki objęte kontrolą w różnym zakresie uczestniczyły

[23] Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2015 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw projektu programu z zakresu zdrowia prokreacyjnego (Dz. Urz. MZ poz. 85).

w opiniowaniu projektu NPZ. Minister Edukacji Narodowej zgłosił 40 uwag o różnym charakterze, z czego uwzględnionych zostało 29, a w kolejnym etapie uzgodnień sześć uwag. Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Środowiska zgłosił jedną uwagę o dodanie wskaźnika zgodnego z Krajowym Programem Ochrony Powietrza – uwagę uwzględniono.

Uwagi do projektu NPZ zgłosiło siedem samorządów województw. Z czterech objętych kontrolą urzędów marszałkowskich, tylko Marszałek Województwa Łódzkiego zgłosił uwagi do projektu rozporządzenia w sprawie NPZ. Większość zgłoszonych przez Marszałka uwag została uwzględniona.

Przykład

Marszałek Województwa Łódzkiego, pismem z dnia 11 grudnia 2015 r., zgłosił siedem uwag, do projektu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie NPZ, dotyczących:
- weryfikacji poziomu wskaźników monitorowania NPZ (w projekcie nie określono sposobu pomiaru wskaźników, ich wartości wyjściowych oraz planowych do osiągnięcia);
- określenia przy każdym celu operacyjnym sposobu jego ewaluacji;
- doprecyzowania zapisu mówiącego o opracowaniu i realizacji lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego przez JST;
- dookreślenia w zapisie dotyczącym powołania zespołu koordynującego działania i monitorującego realizację Programu na terenie JST;
- ewentualnego wskazania w NPZ innych istotnych problemów zdrowotnych, takich jak choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego i choroby nowotworowe;
- dwukrotnego zastosowania tego samego numeru;
- rozbieżności między ustawą o zdrowiu publicznym a projektem rozporządzenia w zakresie skrótu nazwy NPZ.

W projekcie uwzględniono pięć uwag w całości, jedną częściowo, a jedna, dotycząca ewentualnego wskazania w NPZ innych istotnych problemów zdrowotnych, takich jak choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego i choroby nowotworowe, nie została uwzględniona. Odnosząc się do uwagi nieuwzględnionej, Ministerstwo Zdrowia poinformowało, że przy tworzeniu projektu NPZ przyjęto za punkt wyjścia odniesienie się do wspólnych dla wymienionych problemów zdrowotnych czynników ryzyka. Pozwala to na uniknięcie powielania się zadań przy różnych problemach zdrowotnych.

Z pozostałych trzech objętych kontrolą samorządów wojewódzkich jeden zaopiniował projekt pozytywnie, a dwa nie zgłosiły uwag.

Gminy objęte kontrolą nie zgłaszały uwag do projektu rozporządzenia w sprawie NPZ. Powodem był m.in. brak informacji, że gminy mogą uczestniczyć w procesie legislacyjnym, poprzez zgłaszanie swoich opinii czy uwag oraz brak takiego obowiązku.

Przykłady

Sekretarz Gminy Cybinka wyjaśnił, że organy gminy nie uczestniczyły w opiniowaniu założeń oraz projektu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 ponieważ *Urząd nie otrzymywał żadnych próśb o konsultacje lub informacji, iż gminy mogą uczestniczyć w procesie legislacyjnym, poprzez zgłaszanie swoich opinii czy uwag do projektu NPZ.*

Prezydent Miasta Ełku poinformował, że Urząd nie uczestniczył w opracowywaniu NPZ, bowiem przepisy nie nakładają na JST takiego obowiązku. Nadmienił, że w ramach konsultacji projektu rozporządzenia w sprawie NPZ w 2015 r. zapoznano się z jego treścią.

Burmistrz Giżycka wyjaśnił, że Urząd nie uczestniczył w opracowaniu NPZ oraz nie zgłaszał uwag do projektu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie NPZ na lata 2016–2020 w ramach konsultacji zewnętrznych, ponieważ Urząd nie otrzymał zaproszenia w tym zakresie.

Wójt Gminy Pszczew poinformował, że organy gminy nie uczestniczyły w opiniowaniu założeń oraz projektu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 ponieważ *Urząd nie otrzymywał informacji, iż jednostki samorządu terytorialnego, w tym gminy mogą uczestniczyć w procesie legislacyjnym, poprzez zgłaszanie swoich opinii czy uwag do projektu NPZ.*

Jedynym reprezentantem JST niższych szczebli był Związek Powiatów Polskich, który w procesie konsultacji publicznych zgłosił 20 uwag.

Nieprawidłowe przypisanie zadań

Minister Zdrowia, opracowując projekt NPZ, nie wprowadził rozwiązań umożliwiających jego realizatorom efektywne wykonanie wszystkich zaplanowanych zadań. Pięciu realizatorów, wskazanych w NPZ, nie było w stanie, z przyczyn od nich niezależnych, realizować zadań, ze względu na nieprawidłowo ich przypisanie.

Uwagi, dotyczące nieprawidłowego przypisania zadań, podnoszone były już na etapie opiniowania projektu.

Przykład

Dyrektor NIZP-PZH pismem o sygnaturze D-0710-26/16 z dnia 15 lutego 2016 r. przesłał do Ministra Zdrowia uwagi do projektu rozporządzenia w sprawie NPZ dotyczące m.in.:

- wykreślenia NIZP-PZH, jako realizatora zadania 2.4.3.1 *Ewaluacja i standardy redukcji szkód, rehabilitacji i reintegracji społecznej, w tym: opracowanie i upowszechnienie standardów dotyczących postępowania w przypadku udzielania pomocy osobom używających nowych substancji psychoaktywnych;*
- modyfikacji i doprecyzowania punktu 2.5.1 *Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie używania środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych oraz danych z zakresu reakcji instytucjonalnych w obszarze ograniczenia popytu i podaży narkotykowej* poprzez dodanie sformułowania „występowania zakażeń w tym HIV, HBV, HCV wśród użytkowników środków odurzających".

W ocenie NIZP-PZH powyższe zadania wykraczały poza zakres działalności Instytutu określony w Statucie.

Również w czasie trwania programu Minister Zdrowia otrzymywał informacje, od wskazanych w NPZ realizatorów, o nieprawidłowym przypisaniu zadań wraz z prośbą o ich wykreślenie.

Przykłady

Prezes AOTMiT, pismem BP.0710.8.2018.KW z dnia 1 sierpnia 2018 r., poinformował, że zadanie 3.3.9 drugiego celu operacyjnego, w opinii Agencji, nie jest zgodne z zadaniami ustawowymi i nie może być przez Agencję realizowane. Podkreślił, że Agencja na etapie przygotowywania NPZ nie została poinformowana o przypisanym do realizacji zadaniu, tym samym w latach 2016–2018 nie były prowadzone żadne prace w tym zakresie. Poprosił jednocześnie o wykreślenie Agencji, jako realizatora tego zadania.

Ministerstwo Środowiska dwukrotnie przekazywało informacje o niewłaściwym przyporządkowaniu zadań. Prośbę o nieprzypisywanie zadania 1.1.2 czwartego celu operacyjnego NPZ pn. *Promowanie bezpieczeństwa zdrowotnego żywności i wody* przesłano 7 sierpnia 2018 r., ponadto Dyrektor Departamentu Zarządzania Środowiskiem, 29 maja 2019 r., poinformował, że realizacja działań w ramach zadania 1.1.3 czwartego celu operacyjnego NPZ *Ograniczanie ekspozycji na nadmierny hałas* nie należy do właściwości Ministra Środowiska.

Pomimo zgłaszania, na etapie przygotowywania oraz w czasie trwania NPZ, przez jego realizatorów wątpliwości dotyczących niewłaściwego przypisania zadań, Minister nie podjął działań w celu ich usunięcia.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego i Rodziny w Ministerstwie Zdrowia poinformował, że nie można uznać, iż wskazane instytucje nie miały możliwości realizacji wymienionych zadań. To kierownik danej jednostki odpowiada za realizację przepisów powszechnie obowiązującego prawa, a ustawa o zdrowiu publicznym nie określa trybu działania Ministra Zdrowia w sytuacji stwierdzenia braku realizacji zadań.

Brak działań ze strony Ministra Zdrowia w tym zakresie NIK oceniła, jako postępowanie nierzetelne. Jeżeli jednostki podległe lub nadzorowane przez Ministra Zdrowia zgłaszają brak możliwości realizacji przypisanych im w NPZ zadań, obowiązkiem Ministra jest podjęcie działań zmierzających do umożliwienia im takiej realizacji. Szczególnie w sytuacji, gdy realizatorzy, tak jak AOTMiT i NIZP-PZH, stwierdzili, że nie są w stanie realizować przypisanych im zadań w świetle obowiązujących je ograniczeń wynikających z aktów prawnych i statutów.

W latach 2016–2018 Minister Edukacji Narodowej nie realizował zadania 1.4.2) *Rozwój kompetencji osób uczestniczących w zadaniach na rzecz ograniczenia występowania nadwagi i otyłości przez doskonalenie zawodowe nauczycieli wychowania fizycznego oraz nauczycieli prowadzących zajęcia z zakresu edukacji zdrowotnej*, pierwszego celu operacyjnego NPZ, które zgodnie z założeniami NPZ, zostało przypisane do wyłącznej kompetencji Ministra Edukacji Narodowej. W ocenie Ministerstwa jest to zadanie dyrektora szkoły lub placówki i wynika ze zdiagnozowanych potrzeb w tym zakresie. Ponadto realizatorem zadań w zakresie doskonalenia zawodowego nauczycieli jest Ośrodek Rozwoju Edukacji, który działaniami obejmuje kadrę doskonalącą nauczycieli w całym kraju. Informację o odpowiedzialności dyrektora szkoły lub placówki za realizację tego zadania Minister Edukacji Narodowej przekazywał Ministrowi Zdrowia w składanych corocznie informacjach o podjętych lub realizowanych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W NPZ wskazano Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), jako realizatora zadania 2.6. trzeciego celu operacyjnego tj. *opracowanie i realizacja programów zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w rodzinie i w środowisku lokalnym*. Jak wynika z informacji o realizowanych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego przekazanych w latach 2016–2018 Ministrowi Zdrowia, Agencja nie realizowała tego zadania. Było to kolejne zadanie przypisane niewłaściwemu realizatorowi. Stanowisko to podziela p.o. Dyrektor PARPA stwierdzając, że *PARPA została wpisana, jako realizator zadania 2.6 (...) jednak wydaje się, że Agencja, nie jest podmiotem właściwym do realizacji ww. zadania.* O niepodjęciu realizacji wymienionego zadania PARPA nie informowała Ministra Zdrowia[24].

Niespójne przepisy dotyczące finansowania zadań realizowanych przez jednostki podległe lub nadzorowane przez Ministra Zdrowia

W treści NPZ stwierdzono niespójne przepisy regulujące finansowanie zadań realizowanych przez jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w ramach drugiego celu operacyjnego. W rozdziale III ust. 3 NPZ określono, że w przypadku zadań realizowanych przez jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w ramach drugiego celu operacyjnego finansowanie odbywa się poprzez zwiększenie środków pozostających w dyspozycji tych podmiotów lub upoważnienie do dysponowania środkami Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, a ust. 6 tego rozdziału stanowi, że tryb konkursowy zawierania umowy lub tryb wnioskowy wskazane w ustawie o zdrowiu publicznym stosuje się przy powierzaniu zadań z zakresu zdrowia publicznego, innych niż wskazane w ust. 3. W drugim celu operacyjnym NPZ wskazano natomiast, że zadanie 4.2.6) *szkolenie personelu medycznego w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu oraz przeprowadzania minimalnych interwencji antytytoniowych* oraz zadanie 4.2.8) *prowadzenie Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym* będzie realizowane przez Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie (COI) na podstawie umowy zawartej z Ministrem Zdrowia na wniosek COI.

W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia, mimo że jak wskazano wyżej przepisy rozdziału III NPZ wykluczają możliwość zawarcia umowy w trybie wnioskowym z jednostką podległą lub nadzorowaną, zawarł dwie umowy w trybie wnioskowym z COI, na realizację zadań drugiego celu operacyjnego NPZ, umowę nr 6/2/1/NPZ/FRPH/2018/97/92) na realizację zadania pn. *Prowadzenie Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym* oraz umowę nr 6/2/2/NPZ/FRPH/2018/97/93 na szkolenia personelu medycznego w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu. Według informacji uzyskanej od Zastępcy Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego i Rodziny, przepisy rozdziału III NPZ mają zastosowanie do takich jednostek, jak PARPA, czy Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Ponieważ Minister Zdrowia nie może zwiększyć budżetu COI to tryb wnioskowy zawarcia umowy był jedyną możliwą formą przekazania środków.

Brak wskazania poziomu JST odpowiedzialnego za realizację zadania

W NPZ, jako realizatora, wskazano JST bez określenia, na którym szczeblu samorządowym dane zadanie ma być realizowane, gminnym, powiatowym czy wojewódzkim. Spowodowało to problemy z określeniem zadań przez

[24] Informację z PARPA uzyskano na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

poszczególne rodzaje JST. Szczególnie było to widoczne w przypadku zadań służących realizacji celu operacyjnego 3: *Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa* NPZ oraz zadań określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022[25]. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego[26] stanowi, że zadania dotyczące promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym są realizowane w ramach NPZ, natomiast zadania dotyczące zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji poprzez działania określone w NPOZP. Mimo, że wymienione programy obejmują swoim zakresem różny obszar oddziaływania na zdrowie psychiczne, to niektóre zadania takie jak opracowanie programu ochrony zdrowia psychicznego czy powołanie zespołu koordynującego są określone zarówno w NPZ, jak i w NPOZP.

W NPOZP wskazano, że regionalne programy ochrony zdrowia psychicznego opracowują samorządy województwa, programy lokalne samorządy powiatów, które powołują też zespoły koordynacyjne. Nie przewidziano realizacji takich zadań na poziomie gmin. NPZ natomiast nie wskazuje, na którym szczeblu samorządu mają być opracowywane programy i powoływane zespoły koordynacyjne.

Samorządy, zwłaszcza gminne, miały problem z interpretacją powyższych przepisów, w szczególności z identyfikacją szczebla samorządu odpowiedzialnego za opracowanie programów ochrony zdrowia psychicznego, co skutkowało zaniechaniem opracowania programów i powołania zespołów koordynacyjnych.

Przykłady

W **Urzędzie Gminy Cybinka** poinformowano, że: *Brak gminnego programu/strategii ochrony zdrowia psychicznego lub programu zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w rodzinie i środowisku lokalnym wynikał w znacznej mierze z niejednoznaczności przepisów, które przypisywały to zadanie do j.s.t. bez wskazania konkretnego szczebla samorządu.*

W ocenie **Prezydenta Miasta Ełku** opracowanie lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego oraz powołanie lub kontynuacja działania lokalnego zespołu koordynującego realizację programu jest zadaniem powiatu, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. W związku z tym w Gminie Mieście Ełk nie został powołany i nie planuje się powołania ww. zespołu.

W **Urzędzie Marszałkowskim Województwa Warmińsko-Mazurskiego** wyjaśniono, że brak opracowania i realizacji regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego wynikał z nałożenia przez ustawodawcę obowiązku

[25] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, Dz. U. poz. 458. Dalej: NPOZP.

[26] Dz. U. z 2018 r. poz. 1878, ze zm.

realizacji tego zadania w ramach NPZ w sposób niejasny i bez wytycznych. Pracownicy Departamentu uczestniczyli w spotkaniu w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, którego celem było omówienie trzeciego celu operacyjnego NPZ, ale wiele pytań i wątpliwości pozostało bez odpowiedzi.

Prezydent Miasta Zgierza poinformował, że nie powołano zespołu koordynującego działanie i monitorującego realizację zadań dotyczących promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń, ponieważ brak było jednoznacznego domniemania kompetencji.

Problemy z interpretacją przepisów i rozróżnieniem zadań z zakresu promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym od pozostałych zadań ochrony zdrowia psychicznego, określonych w NPOZP, doprowadziły do sytuacji, w której większość kontrolowanych JST na szczeblu gminnym nie realizowała zadań 1.4, 2.6, i 3.6 trzeciego celu operacyjnego NPZ, tj. nie opracowała samorządowych programów lub strategii ochrony zdrowia psychicznego, programów zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w rodzinie i w środowisku lokalnym oraz nie powołała zespołu koordynującego działanie i monitorującego realizację zadań dotyczących promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych, z udziałem przedstawicieli jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, opieki zdrowotnej oraz systemu oświaty na danym obszarze.

W latach 2016–2018, na 12 objętych kontrolą urzędów gmin, tylko w trzech gminach realizowano wyżej wymienione zadania. W Urzędzie Miasta Olsztyna opracowano program ochrony zdrowia psychicznego i powołano zespół koordynacyjny. Program przyjęto do realizacji 30 stycznia 2013 r., a zespół koordynujący powołano 5 grudnia 2011 r. W Urzędzie Gminy Pszczew w 2016 r. opracowano program ochrony zdrowia psychicznego, ale nie powołano zespołu koordynującego, natomiast w Urzędzie Miasta Ruda Śląska powołano zespół koordynujący i opracowano program promocji zdrowia psychicznego, jednak program nie został zatwierdzony przez Radę Miasta i nie był realizowany.

5.2. Realizacja zadań Narodowego Programu Zdrowia

Realizatorzy zadań NPZ, mimo podejmowania dużej liczby działań w zakresie zdrowia publicznego, wskazywali tylko pojedyncze zadania, jako efekt wprowadzenia NPZ. Ich działania, poza zlecaniem zadań, przebiegały na ogół prawidłowo. W niewielkim zakresie realizowano programy polityki zdrowotnej dofinansowywane przez NFZ.

Wydatków na realizację NPZ nie uwzględniano w poszczególnych częściach budżetu państwa, finansując je z rezerwy celowej, pomimo niewystąpienia przesłanek tworzenia na ten cel rezerwy, zawartych w art. 140 ust. 2 ustawy o finansach publicznych.

5.2.1. Realizacja zadań NPZ przez Ministra Zdrowia

Realizowane zadania NPZ

W latach 2016–2018 w Ministerstwie Zdrowia łącznie zaplanowano do realizacji 230 zadań, w ramach sześciu celów operacyjnych NPZ, oraz 25 zadań koordynacyjnych, ewaluacyjnych i badawczych. Realizowano łącz-

nie 227 zadań, co stanowiło 89% planu. Najwięcej zadań (63) zrealizowano w ramach drugiego celu operacyjnego NPZ, tj. profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi. Najmniej zadań (po siedem) zrealizowano w ramach piątego celu operacyjnego – promocja zdrowego i aktywnego starzenia się oraz szóstego – poprawa zdrowia prokreacyjnego. Jako przyczynę niepełnej realizacji planu wskazano unieważnienia konkursów, niepodpisanie wszystkich planowanych umów, a także krótki czas na przeprowadzenie procedury konkursowej i wnioskowej oraz, w odniesieniu do 2016 roku, późny termin wejścia w życie rozporządzenia w sprawie NPZ, a w kolejnych latach konieczność występowania o środki finansowe na realizację zadań z rezerwy celowej budżetu państwa.

Planowanie wydatków na zadania NPZ

Minister Zdrowia, w latach 2016–2018, nie uwzględniał wydatków na realizację zadań NPZ przy planowaniu budżetu w części 46 – Zdrowie. Zadania finansowano ze środków ujętych w części 83 – rezerwy celowe. Zwiększenie planu wydatków w części 46 – Zdrowie każdorazowo następowało w drodze uruchomienia rezerwy celowej przez Ministra Finansów, na wniosek Ministra Zdrowia oraz pozostałych realizatorów NPZ.

Środki z rezerwy celowej, ze względu na brak w klasyfikacji budżetowej rozdziału zdrowie publiczne lub NPZ, klasyfikowano w budżecie części 46 w rozdziale 85195 – pozostała działalność.

Minister Zdrowia wnioskował do Ministra Finansów o zwiększenie kwoty planowanych wydatków budżetu w części 46 – Zdrowie, ze względu na realizację nowego zadania, jakim był NPZ, jednak nie doprowadziło to do ujęcia wydatków w tej części budżetowej.

W ocenie Ministra Finansów wskazanie zadań, które będą finansowane w ramach limitów wydatków w części 46 – Zdrowie należało do właściwości dysponenta części, tj. Ministra Zdrowia. Dysponenci części otrzymują ogólną kwotę limitu, co do zasady, bez podziału na poszczególne zadania. Do zadań Ministra Zdrowia należało zatem ustalanie priorytetów oraz wydzielanie, w ramach ogólnego limitu, kwoty wydatków zgodnie z przyjętymi priorytetami[27].

Najwyższa Izba Kontroli zwróciła uwagę, że w tym przypadku nie wystąpiły szczególne okoliczności uprawniające do finansowania zadań NPZ ze środków rezerwy celowej. Zasady tworzenia rezerw celowych w budżecie państwa zostały zawarte w art. 140 ust. 2 ustawy o finansach publicznych. Przywołany przepis wskazuje na szczególne okoliczności stosowania tego sposobu finansowania zadań publicznych z budżetu państwa, uzależniając go od wystąpienia określonych w nim przesłanek. Zasadą natomiast jest ujmowanie wydatków na realizację zadań publicznych w budżecie państwa w odpowiednich częściach budżetowych, z przypisaniem właściwej klasyfikacji budżetowej.

[27] Informację uzyskano na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

Wydatków na realizacje zadań NPZ nie planowali w swoich budżetach również inni dysponenci części[28], tj. Minister Sportu, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Minister Sprawiedliwości.

Roczne harmonogramy pracy

Do zadań koordynacyjnych, ewaluacyjnych i badawczych, których realizatorem jest Minister Zdrowia należy m.in. koordynacja przygotowywania i aktualizacji rocznych harmonogramów pracy, określających szczegółowe terminy ogłaszania konkursów, zawierania umów w trybie wnioskowym, wysokość alokacji środków na poszczególne zadania zlecane w trybie konkursowym lub na wniosek oraz grona podmiotów, spośród których wyłaniani będą realizatorzy zadań.

W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia przygotowywał roczne harmonogramy, jednak bez określania szczegółowych terminów ogłaszania konkursów oraz zawierania umów w trybie wnioskowym.

W harmonogramach opracowanych przez Departament Zdrowia Publicznego i Rodziny[29] planowano, że wydatki na realizację zadań NPZ, w latach 2016–2018, wyniosą 285 612,6 tys. zł, w tym 16 890,8 tys. zł w 2016 r., 134 231,5 tys. zł w 2017 r. oraz 134 490,3 tys. zł w 2018 r.

Wydatki na zadania NPZ

Art. 29 ust. 1 i 2 ustawy o zdrowiu publicznym określa maksymalny limit wydatków budżetu państwa, Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej i Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów będących skutkiem finansowym ustawy. Organem właściwym do monitorowania wykorzystania limitów wydatków jest Minister Zdrowia. Minister do spraw kultury fizycznej, inni właściwi ministrowie wskazani, jako podmioty odpowiedzialne za realizację zadań w NPZ oraz wojewodowie są zobowiązani do przekazywania Ministrowi Zdrowia informacji o stopniu realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, umożliwiających monitorowanie limitu wydatków, w terminie umożliwiającym wdrożenie mechanizmu korygującego. Jak wynika z ustaleń kontroli, w latach 2016–2018, żaden z ministrów ani wojewodów nie przekazywał takiej informacji do Ministra Zdrowia.

Na realizację zadań NPZ, w latach 2016–2018, wydatkowano z budżetu państwa, części 46 – Zdrowie, 81 335,6 tys. zł oraz z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych 79 654,2 tys. zł.

Ze środków pozostających w dyspozycji Ministra Sportu, tj. środków Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej oraz Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów, na realizację zadań NPZ wydatkowano kwotę 49 785,0 tys. zł.

Powierzanie realizacji zadań NPZ

Kontrolą, w zakresie prawidłowości powierzania realizacji zadań NPZ przez Ministra Zdrowia, objęto jedenaście zadań, w tym trzy powierzone w trybie wnioskowym i osiem w trybie konkursowym. Powierzanie realizacji zadań odbyło się zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 ustawy o zdrowiu publicznym. Postępowanie konkursowe na wyłonienie realizatora zadań obejmowało m.in. umieszczenie ogłoszenia, powołanie komisji oraz wyznaczenie kryteriów oceny ofert. Umowy na realizację zadań NPZ zabezpieczały interes

[28] Informacje uzyskano na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

[29] Stan na dzień: 17.09.2018 r.

Ministra Zdrowia i zawierały m.in. szczegółowy opis i termin wykonania zadania, wysokość przekazanych środków i termin ich wykorzystania oraz tryb kontroli wykonania zadania. We wszystkich czternastu postępowaniach konkursowych poddanych badaniu, w ogłoszeniach konkursowych podano kwotę środków przeznaczonych na realizację zadania bez uprzedniego wykonania szczegółowych kalkulacji kosztów lub rozeznania cen rynkowych.

W ramach kontroli wykonania zadań, w latach 2016–2018, Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg w Ministerstwie Zdrowia przeprowadził pięć kontroli dotyczących prawidłowości wykorzystania środków przekazanych przez Ministra Zdrowia na realizację NPZ. W dwóch kontrolach nie odnotowano nieprawidłowości. W pozostałych kontrolach stwierdzono nieprawidłowości związane m.in. z przekazywaniem dokumentów wymaganych umową.

5.2.2. Realizacja zadań NPZ przez JST

NPZ w regulaminach komórek organizacyjnych i zakresach czynności pracowników

Podstawą skutecznej realizacji zadań jest właściwe ich przypisanie komórkom organizacyjnym oraz wyznaczonym pracownikom. Zgodnie z zaleceniem standardu A3, określonym w załączniku do komunikatu Nr 23 Ministra Finansów w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych[30], struktura organizacyjna jednostki powinna być dostosowana do aktualnych celów i zadań, a zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności jednostek, poszczególnych komórek organizacyjnych jednostki oraz zakres podległości pracowników powinien być określony w formie pisemnej w sposób przejrzysty i spójny.

W latach 2016–2018 tylko w trzech urzędach, z 16 objętych kontrolą, realizację zadań NPZ przypisano określonej komórce organizacyjnej oraz wskazano pracowników odpowiedzialnych za ich realizację. W pozostałych kontrolowanych podmiotach zadaniami z zakresu zdrowia publicznego zajmowały się różne komórki organizacyjne, bez przypisania zadań NPZ w regulaminie organizacyjnym.

Przykład

W regulaminie organizacyjnym **Urzędu Miasta Zgierza** nie przypisano jednoznacznie poszczególnym komórkom organizacyjnym wykonywania zadań związanych z NPZ. Określono natomiast typowe zadania realizowane m.in. jako zadania własne gminy. Także w zakresach obowiązków pracowników zaangażowanych w realizację NPZ, nie wskazano i nie przypisano w sposób formalny zadań z nim związanych. Zgodnie z wyjaśnieniami Prezydenta, w realizację NPZ zaangażowano następujące komórki organizacyjne Urzędu i jednostki organizacyjne Miasta:

1. Wydziały i jednostki organizacyjne podległe Sekretarzowi Miasta:
   - Wydział Zdrowia, Spraw Społecznych i Polityki Senioralnej, wcześniej Wydział Zdrowia, Spraw Społecznych – cel 1, 2 i 5 NPZ;
   - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej – cel 2 i 5 NPZ;
   - Miejski Zespół Przychodni Rejonowych w Zgierzu – cel 2, 3 i 5 NPZ;

[30] Komunikat Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych(Dz. Urz. MF nr 15 poz. 84).

2. Wydziały podległe Zastępcy Prezydenta Miasta:
   – Wydział Edukacji i Młodzieży (placówki oświatowe) – cel 1, 2 i 4 NPZ;
   – Wydział Obsługi Działalności Gospodarczej, wcześniej Wydział Obsługi Przedsiębiorców, Działalności Gospodarczej i Transportu – cel 2 NPZ;
   – Wydział Urbanistyki, Gospodarki Przestrzennej i Geodezji – cel 1 NPZ;
3. Wydziały podległe bezpośrednio Prezydentowi Miasta:
   – Wydział Inwestycji i Rozwoju – cel 1 NPZ;
   – Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji – cel 1 NPZ.

Lokalne i regionalne dokumenty strategiczne w zakresie polityki zdrowotnej

Podstawą planowania zadań z zakresu zdrowia publicznego oraz opracowywania i wdrażania programów polityki zdrowotnej powinny być lokalne/regionalne programy i strategie polityki zdrowotnej, uwzględniające m.in. dane z zakresu demografii, epidemiologii oraz informacje o zasobach systemu ochrony zdrowia wraz z ich oceną społeczną. Brak wiedzy o problemach zdrowotnych mieszkańców uniemożliwia efektywne planowanie działań zmierzających do poprawy zdrowia populacji oraz zapobiegania występowaniu tych problemów w przyszłości.

Spośród 16 JST objętych kontrolą, wyodrębnione dokumenty strategiczne w zakresie polityki zdrowotnej posiadały tylko samorządy województwa lubuskiego i łódzkiego. Strategie opracowano w 2014 r. na lata 2014–2020. Samorząd województwa śląskiego opracowanie odrębnego dokumentu w zakresie polityki zdrowotnej rozpoczął w 2018 r., a jego przyjęcie do realizacji jest planowane na 2020 r.

Pozostałe 13 JST objętych kontrolą nie posiadało wyodrębnionych dokumentów strategicznych w zakresie polityki zdrowotnej. Zagadnienia dotyczące ochrony zdrowia zawarto w innych dokumentach, tj. strategiach rozwoju gminy, strategiach rozwiązywania problemów społecznych, programach rewitalizacji miast, programach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, programach przeciwdziałania narkomanii. W dokumentach tych, w obszarze zdrowia, skupiano się przede wszystkim na potrzebach lokalnego systemu opieki zdrowotnej i zapewnieniu pacjentom dostępu do świadczeń medycznych, a tylko w niewielkim zakresie na profilaktyce i promocji zdrowia.

Przykład

Zagadnienia związane z opieką zdrowotną w **Rawie Mazowieckiej** były jednym z analizowanych obszarów w Strategii Rozwoju Miasta Rawa Mazowiecka na lata 2014–2020. W dokumencie tym zawarto m.in. analizę i strukturę stanu ludności, prognozę stanu ludności, wykaz zakładów udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz aptek, a także działania, których podjęcie zaspokoi opisane potrzeby mieszkańców. Wśród celów operacyjnych Strategii wskazano m.in.: modernizację istniejącej bazy oraz uzupełnianie wyposażenia technicznego miejscowych placówek służby zdrowia, oświaty, kultury i sportu; przywracanie osobom niepełnosprawnym warunków (instytucjonalnych i materialnych) do sprawnego funkcjonowania w życiu społecznym i zawodowym, rozwój bazy sportowej i rekreacyjnej. Potrzeby zdrowotne i stan zdrowia mieszkańców zostały również opisane w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych dla Miasta Rawa Mazowiecka na lata 2017–2022. Zawarto w niej zagadnienia dotyczące struktury demograficznej,

opieki medycznej (wraz ze wskazaniem podmiotów ją świadczących), sytuacji osób niepełnosprawnych, przemocy w rodzinie, problemu alkoholowego, jak również zagrożenia marginalizacją i wykluczeniem społecznym. Wśród kierunków działań w Strategii wskazano natomiast m.in.: system wsparcia na rzecz osób ubogich i podlegających wykluczeniu społecznemu, kontynuowanie działań systemu wsparcia dla osób uzależnionych i doznających przemocy, rozwijanie form wsparcia i pomocy na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych, pomoc w zagospodarowaniu czasu wolnego dla dzieci i młodzieży we współpracy z Miejskim Ośrodkiem Kultury oraz szkołami i promowanie zdrowego i aktywnego stylu życia.

Realizowane zadania NPZ

W NPZ wskazano JST, jako realizatora 64 zadań, w tym dwóch zadań we współpracy z innymi podmiotami oraz jednego, jako realizatora wybranego w drodze konkursu ogłaszanego przez Ministra Zdrowia.

W latach 2016–2018, kontrolowane JST realizowały 52 z 64 zadań wskazanych w NPZ. Nie realizowano dwóch zadań z pierwszego celu operacyjnego, ośmiu z drugiego oraz dwóch z trzeciego celu operacyjnego. Zadania wskazane w NPZ nie były dla kontrolowanych jednostek nowymi zadaniami. W większości były one realizowane jeszcze przed wprowadzeniem NPZ.

Przykłady

Burmistrz Cybinki poinformował, że: *Zadania wpisane do NPZ nie są nowymi zadaniami dla Gminy Cybinka, ponieważ są realizowane od wielu lat, a ich realizacja wynika z innych przepisów i programów, w oparciu, o które funkcjonuje Gmina (np. ustawa o pomocy społecznej, ustawa o samorządzie gminnym, ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie itp. oraz akta wykonawcze do tych ustaw). Podejmując decyzję o realizacji poszczególnych działań, Gmina kierowała się głównie ilością środków finansowych przeznaczonych na działalność statutową Gminy, jak i jednostek organizacyjnych.*

Prezydent Miasta Ełku wyjaśnił, że zadania prozdrowotne wpisane do NPZ nie były dla Urzędu zadaniami nowymi, gdyż większość z nich była od wielu lat podejmowana i nadal wpisuje się w cele tego programu. Działania te są na bieżąco analizowane i podejmowane w miarę potrzeb, możliwości finansowych i prawno – organizacyjnych.

Tylko w dwóch kontrolowanych urzędach gmin i dwóch urzędach marszałkowskich wskazano sześć zadań, które były bezpośrednim efektem wprowadzenia NPZ.

Przykłady

Samorząd Województwa Łódzkiego od kilkunastu lat realizuje działania z zakresu profilaktyki chorób, promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej i ochrony zdrowia psychicznego skierowane do różnych grup odbiorców, niezależnie od NPZ. Dwa nowe zadania realizowano wyłącznie w związku z NPZ i były to: *Łódzkie ma pomysł na zdrowe odżywianie seniora* (indywidualne porady dietetyczno-edukacyjne dla seniorów) w 2017 r. i *Utrzymaj równowagę 60+* (zajęcia rekreacyjno-ruchowe z zakresu gerontoprofilaktyki ruchowej wraz z edukacją zdrowotną dla osób starszych) realizowane w latach 2017–2018.

W latach 2016–2018, w ramach NPZ, **Urząd Miasta Zgierza** podjął się realizacji jednego nowego zadania (nierealizowanego we wcześniejszym okresie), tj. *Programu wykrywania i przeciwdziałania łagodnym zaburzeniom poznawczym u mieszkańców miasta powyżej 60. roku życia* (2018 r.).

Brak jasno zdefiniowanego pojęcia zdrowia publicznego i nieprecyzyjne określenie zadań z zakresu zdrowia publicznego, wymienionych w art. 2 pkt 5 (działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji), pkt 9 (ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych) i pkt 10 (działania w obszarze aktywności fizycznej) ustawy o zdrowiu publicznym, spowodowało problemy ze zdefiniowaniem działań podejmowanych w ramach NPZ. W wielu przypadkach każde działanie mające wpływ na zdrowie człowieka traktowano, jako zadanie zdrowia publicznego.

Przykłady

Urząd Gminy w Pszczewie w latach 2016–2018 realizował szereg zadań inwestycyjnych m.in.:
- pn. *Poprawa bezpieczeństwa ruchu pieszego poprzez budowę drogi powiatowej nr 1328F w Szarczu* (dotacja dla Powiatu Międzyrzeckiego);
- pn. *Poprawa bezpieczeństwa ruchu pieszego poprzez budowę drogi powiatowej nr 1337F w Silnej*;
- pn. *Przebudowa drogi gminnej wraz z przebudową skrzyżowania z drogą powiatową nr 1329F oraz budową infrastruktury towarzyszącej*;
- pn. *Przebudowa drogi Stołuń–Zielomyś.*

W opinii Sekretarza Gminy zadania te dotyczyły szeroko pojętego bezpieczeństwa w ruchu drogowym, co wpisywało się w zadania pierwszego celu operacyjnego NPZ – zadanie 1.3.3, czyli promowanie kultury fizycznej przez poprawę bezpieczeństwa ruchu pieszego i rowerowego.

Urząd Miasta Siemianowice Śląskie w latach 2016–2018 realizował zadania inwestycyjne m.in.:
- pn. *Budowa nowoczesnego oświetlenia ulicznego z wykorzystaniem OZE*[31] *w Siemianowicach Śląskich*;
- pn. *Jasno, bezpiecznie i ekologicznie – wymiana opraw oświetlenia ulicznego z wykorzystaniem rozwiązań z zakresu oszczędności energii* etap I;
- pn. *Kompleksowa termomodernizacja Zespołu Szkół Sportowych wraz z zastosowaniem rozwiązań OZE*;

W ocenie Prezydenta Miasta dwa pierwsze zadania kształtują środowisko sprzyjające zdrowiu poprzez zmniejszenie emisji gazów, a tym samym poprawę jakości powietrza. W pierwszym zadaniu wykorzystywana jest energia słoneczna i wiatrowa, w drugim znacząco obniżono zużycie energii elektrycznej w mieście. Ponadto zastosowane lampy LED są naturalnej barwy, jak światło słoneczne, i znacząco poprawiają jakość oświetlenia w mieście, co w dalszej konsekwencji sprzyja poprawie samopoczucia, zmniejszeniu obciążenia dla oczu ludzkich oraz dłuższej aktywności fizycznej mieszkańców. Trzecie wyżej wymienione zadanie obejmujące m.in. modernizację basenu sportowego wpisuje się w czwarty cel operacyjny *Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku*

[31] Odnawialne źródła energii.

zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki, zadanie 1. *Kształtowanie środowiska sprzyjającego zdrowiu*, który realizuje się m.in. poprzez poprawianie jakości powietrza. Zastosowane w ramach realizowanej inwestycji odnawialne źródła energii w postaci instalacji solarnej służącej do podgrzewania wody basenowej mają niebagatelny wpływ na ochronę środowiska naturalnego.

Traktowanie wszystkich zadań, jako zadań z zakresu zdrowia publicznego stwarza realne ryzyko wykorzystania przepisów ustawy o zdrowiu publicznym do wyboru wykonawców zadań inwestycyjnych z pominięciem przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych.

Programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i programy przeciwdziałania narkomanii

W NPZ 47 zadań, 73,4% wskazanych do realizacji przez JST, to zadania określone w drugim celu operacyjnym *Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi*.

Zgodnie z art. 9 ust. 1 i art. 10 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii[32] oraz art. 4 ust. 1 i art. 4^1 ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi[33] kontrolowane JST uchwalały oraz realizowały programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz programy przeciwdziałania narkomanii. Z 16 jednostek objętych kontrolą tylko w jednej gminie nie opracowano gminnego programu przeciwdziałania narkomanii. W programach uwzględniono cele operacyjne dotyczące przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu oraz przeciwdziałania narkomanii określone w NPZ.

Programy polityki zdrowotnej

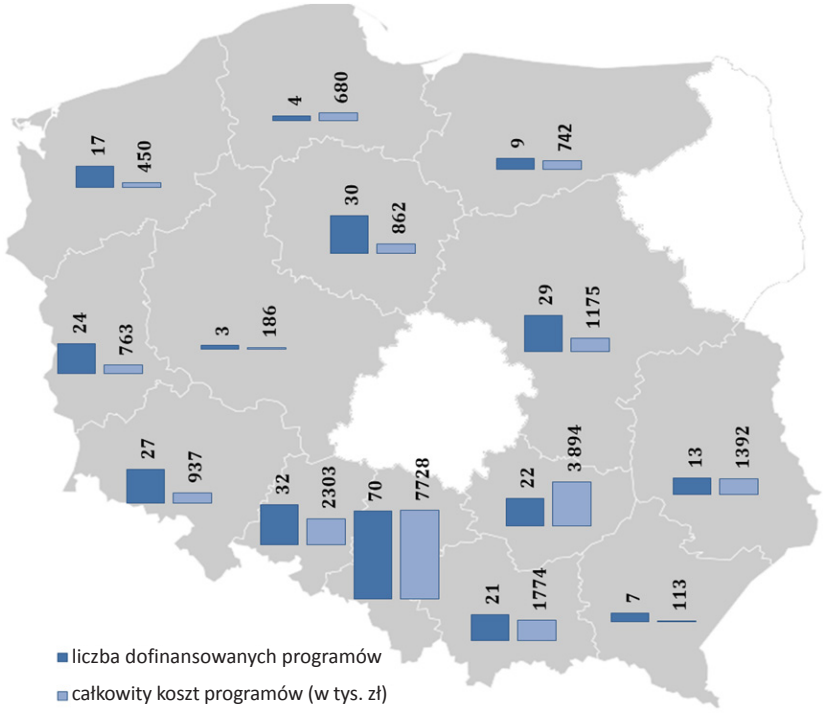
Jednostki samorządu terytorialnego, planując realizację programów polityki zdrowotnej polegających na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, mogły ubiegać się o uzyskanie dofinansowania ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. W latach 2017–2018 JST realizowały 308 programów dofinansowanych przez NFZ. Całkowity koszt programów wyniósł 22 998,9 tys. zł, w tym dofinansowanie NFZ 6387,6 tys. zł. Najwięcej, 70 programów, realizowano w województwie śląskim, natomiast żadnego programu dofinansowanego przez NFZ nie realizowano w województwie łódzkim i podlaskim[34].

[32] Dz. U. z 2019 r. poz. 852, ze zm.

[33] Dz. U. z 2019 r. poz. 2277, ze zm.

[34] Informację uzyskano z Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

Infografika nr 1
Liczba i koszt programów polityki zdrowotnej realizowanych przez JST w latach 2017–2018 dofinansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Od 2017 r. JST, w ramach zadania 3.2.2 pierwszego celu operacyjnego NPZ, mogą uzyskać dofinansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia na realizację programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na utrzymanie prawidłowej masy ciała w wysokości 80% dla miejscowości poniżej 5 tys. mieszkańców oraz 40% dla pozostałych jednostek, zgodnie z art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W latach 2017–2018 na realizację tego zadania JST zawarły z NFZ tylko 11 umów, z tego dwie umowy nie zostały zrealizowane, ponieważ JST nie udało się wyłonić realizatora programu. Umowy podpisano z JST w sześciu województwach na łączną kwotę 233,1 tys. zł.

W latach 2016–2018 w 10 gminach, spośród 12 gmin objętych kontrolą, realizowano 17 programów polityki zdrowotnej. Łącznie na ich realizację wydatkowano kwotę 963,1 tys. zł, w tym 64,7 tys. zł ze środków NFZ oraz 11,8 tys. zł ze środków Ministra Zdrowia. Wszystkie realizowane programy polityki zdrowotnej zostały pozytywnie lub warunkowo pozytywnie zaopiniowane przez AOTMiT. W jednym przypadku gmina w realizowanym programie polityki zdrowotnej nie uwzględniła uwag zawartych w opinii Prezesa AOTMiT, co stanowiło naruszenie art. 48a ust. 12 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym podmiot, który otrzymał warunkowo pozytywną opinię, jest obowiązany do wprowadzenia w projekcie programu polityki zdrowotnej zmian zgodnych z tą opinią przed rozpoczęciem wdrożenia, realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wszystkie kontrolowane JST upowszechniały informacje o przyjętych do realizacji programach polityki zdrowotnej.

Planowanie i wydatkowanie środków na zadania NPZ

Rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych nie wyodrębnia rozdziału zdrowie publiczne ani NPZ, dlatego wydatki klasyfikowano w różnych działał i rozdziałach klasyfikacji budżetowej.

Przykłady

W **Urzędzie Miejskim w Opocznie** wydatki na realizację zadań NPZ klasyfikowano w działach:
- 750 Administracja publiczna,
- 851 Ochrona zdrowia,
- 852 Pomoc społeczna,
  - 85203 Ośrodki wsparcia,
  - 85205 Zadania w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie,
  - 85219 Ośrodki pomocy społecznej,
- 855 Rodzina,
- 926 Kultura fizyczna.

W **Urzędzie Miasta Zgierza** wydatki na realizację zadań NPZ klasyfikowano m.in. w działach:
- 801 Oświata i wychowanie,
- 851 Ochrona zdrowia,
- 852 Pomoc społeczna,
- 853 Pozostałe działania w ramach polityki społecznej,
- 600 Transport i łączność.

W latach 2016–2018 JST, objęte kontrolą, zaplanowały wydatki na zadania NPZ w kwocie 156 773,9 tys. zł, w tym 41 572,1 tys. zł w 2016 r., 60 137,2 tys. zł w 2017 r. oraz 55 064,6 tys. zł w 2018 r.

Na realizację zadań NPZ, w okresie objętym kontrolą, wydatkowano 81,2% zaplanowanych środków tj. 127 886,4 tys. zł, w tym 34 121,5 tys. zł w 2016 r., 48 115,5 tys. zł w 2017 r. i 45 649,4 tys. zł w 2018 r.

W ogólnej kwocie wydatków, na zadania NPZ, 28 342,9 tys. zł stanowiły środki ze źródeł zewnętrznych m.in. Narodowego Funduszu Zdrowia, budżetu państwa, Ministerstwa Sportu, wojewódzkiego funduszu ochrony środowiska i gospodarki wodnej, funduszy unijnych.

Tryb wyboru realizatorów zadań NPZ

Jednostki samorządu terytorialnego, na podstawie art. 14 ustawy o zdrowiu publicznym, mogą powierzać realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego realizatorom wybranym w trybie konkursu ofert. Do wyboru realizatorów zadań nie stosuje się 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 o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Natomiast wyboru realizatorów programów polityki zdrowotnej dokonuje się w drodze konkursów ofert, stosownie do postanowień art. 48b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Kontrolą, w zakresie oceny prawidłowości stosowanego trybu wyboru realizatorów, objęto 79 zadań, na które wydatkowano 9798,2 tys. zł. W jednej JST nie zlecano zadań podmiotom zewnętrznym. W pozostałych jednostkach objętych kontrolą stwierdzono nieprawidłowy tryb wyboru realizatora w 34 prowadzonych postępowaniach.

Konkurs, na podstawie przepisów ustawy o zdrowiu publicznym, powinien być przeprowadzony w 33 z tych postępowań, a przeprowadzono tylko w czterech. Podstawą wyboru realizatora w pozostałych postępowaniach były przepisy ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (27 postępowań), ustawy Prawo zamówień publicznych (jedno postępowanie) oraz na podstawie wewnętrznego regulaminu udzielania zamówień publicznych poniżej kwoty 30 tys. euro (jedno postępowanie).

Wyboru realizatorów programów polityki zdrowotnej dokonano w okresie objętym kontrolą 28 razy, w tym na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 23 razy. Pozostałe pięć postępowań przeprowadzono w oparciu o nieprawidłowe akty prawne, tj. ustawę Prawo zamówień publicznych.

5.2.3. Realizacja zadań NPZ przez pozostałe podmioty objęte kontrolą

Minister Środowiska

Minister Środowiska został wskazany w NPZ, jako podmiot odpowiedzialny za realizację czwartego celu operacyjnego *Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki*, jednak w okresie objętym kontrolą nie podejmował działań w tym zakresie. Został wskazany również, jako realizator trzech zadań w zakresie prowadzenia polityki ukierunkowanej na zmniejszanie narażenia na fizyczne, chemiczne i biologiczne czynniki ryzyka zdrowotnego, tj. wspieranie poprawy jakości powietrza, promowanie bezpieczeństwa zdrowotnego żywności i wody oraz ograniczanie ekspozycji na nadmierny hałas. W latach 2016–2018 Minister Środowiska nie realizował dwóch zadań, tj. zadania 1.1.2) *promowanie bezpieczeństwa zdrowotnego żywności i wody* oraz zadania 1.1.3) *ograniczanie ekspozycji na nadmierny hałas*, określonych w czwartym celu operacyjnym NPZ.

Ministerstwo Środowiska nie zlecało realizacji zadań NPZ podmiotom zewnętrznym. W okresie objętym kontrolą środki finansowe wydatkowano tylko na realizację jednego działania w ramach zadania 4.1.1.1) NPZ *wspieranie poprawy jakości powietrza*, tj. opracowanie poradnika, informatora i ulotki *Czyste ciepło w moim domu z paliw stałych*. Zadanie zrealizowano na podstawie trzech umów: na opracowanie materiału informacyjno-edukacyjnego; przygotowanie projektu, skład i przygotowanie do druku; druk, oprawa i dostarczenie do wskazanych miejsc. Umowy zawierane z wybranymi w drodze przeprowadzonych postępowań podmiotami należycie zabezpieczały interesy Ministerstwa. W umowach wskazano m.in. szczegółowy opis zadania, termin jego wykonania, wysokość wynagrodzenia, jakie będzie wypłacone po wykonaniu przedmiotu umowy, kary umowne. Zastrzeżono również, w przypadku opracowania materiału

informacyjno-edukacyjnego, przeniesienie praw autorskich. We wszystkich przypadkach środki wydatkowano zgodnie z przeznaczeniem. Opracowanie i rozpowszechnianie poradnika sfinansowano, w kwocie 81,2 tys. zł, ze środków Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej.

W części 41 budżetu państwa – Środowisko nie były planowane ani realizowane wydatki w ramach NPZ.

Minister Edukacji Narodowej

W NPZ Minister Edukacji Narodowej wskazany został, jako realizator 33 zdań, w ramach czterech celów operacyjnych, w tym w czterech zadaniach jako jedyny realizator. W latach 2016–2018 nie realizowano jednego zadania pierwszego celu operacyjnego NPZ. W ocenie Ministerstwa cele i zadania NPZ stanowią wzmocnienie dla realizowanych w ramach podstawy programowej kształcenia ogólnego celów i treści programowych. Natomiast, jako nowe zadanie do realizacji przez Ministra Edukacji Narodowej określone w NPZ, wskazano zadanie 1.3. trzeciego celu operacyjnego NPZ *Prowadzenie działań na rzecz upowszechniania wiedzy na temat zdrowia psychicznego i jego uwarunkowań, kształtowanie przekonań, postaw, zachowań i stylu życia wspierającego zdrowie psychiczne, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu, przeciwdziałanie seksualizacji dzieci i młodzieży – w szczególności przez prowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych*.

W budżecie Ministra Edukacji Narodowej nie planowano środków na realizację zadań NPZ. Środki finansowe wydatkowane bezpośrednio na realizację zadań NPZ pochodziły z rezerwy celowej. W latach 2016–2018 wydatkowano kwotę 5533,9 tys. zł.

W latach 2016–2018, przeprowadzono cztery konkursy na wybór realizatora zadań NPZ. Wszystkie cztery konkursy dotyczyły realizacji celu operacyjnego nr 3 NPZ – *Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa*. Umowy zawarte z realizatorami zadań, w latach 2016–2018, zawierały klauzule zabezpieczające zleceniodawcę w zakresie wydatkowanych środków, jak i realizacji założonych celów. Realizatorzy zadań, zgodnie z postanowieniami zawartych umów, byli zobowiązani do przedstawienia sprawozdania końcowego, jako podstawy do rozliczenia merytorycznego i finansowego umów.

Główny Inspektor Sanitarny

W NPZ przypisano GIS realizację 47 zadań w ramach trzech, spośród sześciu, celów operacyjnych NPZ. W latach 2016–2018 zrealizowano bądź podjęto realizację wszystkich zadań przewidzianych dla GIS w NPZ. W ocenie Głównego Inspektoratu Sanitarnego 45% realizowanych zadań NPZ jest efektem wprowadzenia obecnej edycji programu.

GIS na realizację zadań NPZ, w latach 2016–2018, przeznaczył ogółem 8336,9 tys. zł. Szczegółowym badaniem objęto pięć zadań, na które wydatkowano 3285,3 tys. zł. Stwierdzono, że GIS planując i realizując programy edukacyjno-informacyjne w ramach NPZ, określił ich zasięg, grupy docelowe odbiorców, formy przekazu i oczekiwane efekty.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

NIZP-PZH, w latach 2016–2018, realizował 15 zadań czwartego i piątego celu operacyjnego NPZ oraz dwa zadania koordynacyjne, ewaluacyjne i badawcze. Nie były realizowane zadania określone w drugim celu ope-

racyjnym tj. *Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi*, ponieważ wykraczało to poza zakres działalności określony w Statucie.

W NIZP-PZH podejmując decyzję o realizacji określonego zadania, kierowano się postanowieniami NPZ. Jednak obszary i kierunki działania zdefiniowane w NPZ były zbieżne z zadaniami określonymi Statutem, dlatego też, jak poinformowano, w przypadku niewprowadzenia NPZ zadania z zakresu zdrowia publicznego byłyby realizowane z uwzględnieniem możliwości finansowych NIZP-PZH. Część zadań byłaby realizowana w ograniczonym zakresie m.in. zadanie pn. *Badanie i ocena wpływu klimatu na stan zdrowia oraz wypracowanie działań związanych z adaptacją do jego zmian*.

Przy planowaniu wydatków uwzględniono realizację zadań NZP. Wielkość planowanych środków w 2016 r. wyniosła 610,2 tys. zł, w 2017 r. 3570,0 tys. zł oraz w 2018 r. 6935,5 tys. zł. W planie zadaniowym, w kolejnych latach objętych kontrolą, ujęto do realizacji dwa, jedenaście i sześć zadań.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny na realizację zadań NPZ, w latach 2016–2018, przeznaczył ogółem 28 166,5 tys. zł. Źródłem finansowania zadań NPZ były też środki zewnętrzne. Zadania były finansowane w szczególności przez: Ministra Zdrowia (10 700,3 tys. zł), Szwajcarsko-Polski Program Współpracy (8857,5 tys. zł), Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (5048,3 tys. zł) oraz GIS (788,2 tys. zł). W strukturze kosztów dominowały koszty realizacji czwartego celu operacyjnego wynoszące 24 263,1 tys. zł.

W NPZ określono, dla dziewięciu zadań realizowanych przez NIZP-PZH, finansowanie w trybie wnioskowym na podstawie umów zawartych z Ministrem Zdrowia lub GIS. Kontrolą objęto sześć zadań finansowanych w tym trybie, na które wydatkowano 5881,2 tys. zł. Zadania wykonano i rozliczono zgodnie z umowami.

5.3. Współpraca realizatorów Narodowego Programu Zdrowia i koordynacja podejmowanych działań

Na podstawie przepisów ustawy o zdrowiu publicznym powołano ciała opiniodawczo-doradcze i koordynacyjne, tj. Radę do spraw Zdrowia Publicznego oraz Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia. Współpraca na szczeblu centralnym, pomiędzy podmiotami zobowiązanymi do realizacji NPZ, pomimo stworzenia ram instytucjonalnych, odbywała się w sposób doraźny i dotyczyła pojedynczych zagadnień. Aktywniej współpracowały, w zakresie realizacji NPZ, JST na szczeblu lokalnym i regionalnym.

Brak szerszej współpracy miał wpływ na postrzeganie znaczenia NPZ oraz rozumienie ról poszczególnych podmiotów w realizacji NPZ. Efektem tego były m.in. nierzetelnie sporządzone informacje o zrealizowanych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. W trakcie kontroli ustalono, że aż 95% jednostek miało problemy z właściwym klasyfikowaniem zadań z zakresu zdrowia publicznego.

5.3.1. Rada do spraw Zdrowia Publicznego

Rada do spraw Zdrowia Publicznego pełni funkcję opiniodawczo-doradczą dla ministra właściwego do spraw zdrowia. Członków Rady, zgodnie z art. 7 ust. 2 ustawy o zdrowiu publicznym, powołał Minister Zdrowia, zapewniając szeroki udział przedstawicieli różnych środowisk, w tym administracji samorządu terytorialnego, istotnych z punktu widzenia realizacji zadań zdrowia publicznego. W skład Rady weszli przedstawiciele: Prezydenta RP, ministrów kierujących działami administracji rządowej, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego wskazani przez stronę samorządową, Narodowego Funduszu Zdrowia, NIZP-PZH, Instytutu Żywności i Żywienia, GIS, GIS Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, GIS Wojska Polskiego, samorządów zawodowych[35], reprezentatywnych organizacji pracodawców, organizacji pozarządowych i podmiotów, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego oraz konsultanci krajowi w wybranych dziedzinach[36].

W latach 2016–2018 odbyło się 11 posiedzeń Rady, w tym cztery związane z NPZ. Na posiedzeniu w dniu 15 marca 2016 r. Rada wyraziła opinię na temat projektu NPZ, pozytywnie opiniując kierunek zaproponowanych działań. Pozostałe trzy posiedzenia Rady, poświęcone NPZ, dotyczyły jego wdrożenia i realizacji zadań, a także sposobu prowadzenia sprawozdawczości z realizacji NPZ i ustawy o zdrowiu publicznym.

W okresie objętym kontrolą Rada w celu realizacji swoich zadań ustawowych powołała cztery zespoły robocze: do spraw prewencji samobójstw i depresji, do spraw suplementów diety, do spraw rozwoju zdrowia publicznego oraz do spraw wpływu zanieczyszczenia powietrza na zdrowie.

5.3.2. Współpraca organów administracji rządowej

Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia

Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia został powołany do bieżącej koordynacji działań i rozwiązywania problemów związanych z realizacją NPZ. Komitet składa się z przedstawicieli ministrów wskazanych w NPZ, jako podmioty odpowiedzialne za realizację zadań w nim określonych, w randze sekretarza lub podsekretarza stanu oraz z ministra właściwego do spraw zdrowia.

Minister Zdrowia, jako podmiot odpowiedzialny za powołanie członków Komitetu Sterującego, w dniu 5 lipca 2016 r., zwrócił się do wskazanych w NPZ resortów o wyznaczenie przedstawicieli do udziału w pracach Komitetu. Pierwsze akty powołania zostały wręczone przez Ministra Zdrowia w dniu 2 września 2016 r.

W latach 2016–2018 odbyły się cztery posiedzenia Komitetu Sterującego z inicjatywy jego Przewodniczącego, w tym jedno w trybie pilnym. Pierwsze z nich odbyło się 24 stycznia 2017 r. i dotyczyło działań zrealizowanych w ramach NPZ w 2016 roku oraz spraw organizacyjnych związanych

[35] Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Aptekarskiej, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

[36] W dziedzinie: zdrowia publicznego, epidemiologii, chorób zakaźnych, kardiologii, onkologii klinicznej, diabetologii, psychiatrii, medycyny pracy, zdrowia środowiskowego oraz pielęgniarstwa.

z funkcjonowaniem Komitetu. Tematem drugiego posiedzenia, które odbyło się w dniu 23 maja 2017 r., była przedłużająca się procedura uruchamiania środków z rezerwy celowej przez Ministra Finansów na nowe zadania realizowane w ramach NPZ. Na kolejnym posiedzeniu, w dniu 24 maja 2017 r., zaprezentowano raport pn. *Ograniczanie otyłości wśród dzieci w Polsce – efektywna polityka*. Następne, czwarte posiedzenie Komitetu, odbyło się w dniu 16 listopada 2018 r., tj. po 17 miesięcznej przerwie, a jego tematem była prezentacja *informacji o realizacji ustawy o zdrowiu publicznym z dnia 11 września 2015 r. oraz Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020*. Ponadto Komitet Sterujący NPZ opiniował aktualizacje harmonogramu realizacji zadań NPZ.

Prawodawca umożliwił współpracę międzyresortową w zakresie koordynacji działań i rozwiązywania problemów związanych z realizacją NPZ, w ramach Komitetu Sterującego, jednak z tej możliwości przedstawiciele ministrów wskazanych w NPZ skorzystali w bardzo ograniczonym zakresie. W czterech posiedzeniach Komitetu udział wzięli, w randze sekretarza lub podsekretarza stanu, przedstawiciele tylko pięciu ministrów, na 14 powołanych. W każdym z posiedzeń uczestniczył przedstawiciel Ministra Zdrowia, w dwóch posiedzeniach przedstawiciel Ministra Środowiska, a w jednym przedstawiciele Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Na posiedzeniu w dniu 16 listopada 2018 r. nie był obecny żaden Członek Komitetu Sterującego, poza reprezentującym Ministra Zdrowia Podsekretarzem Stanu. Podkreślić należy, że członkowie Komitetu odpowiadają za wdrożenie zadań NPZ w zakresie właściwym dla reprezentowanego ministra, a pracownicy ministerstw, którzy w ich imieniu uczestniczyli w posiedzeniach Komitetu nie zawsze mieli upoważnienia do podejmowania wiążących decyzji czy zabierania głosu.

Przykład

Przedstawiciel Ministra Edukacji Narodowej, którym był Sekretarz Stanu, nie uczestniczył w żadnym posiedzeniu Komitetu Sterującego NPZ. Pracownicy, którzy reprezentowali ministra właściwego ds. oświaty i wychowania nie otrzymali pisemnego upoważnienia do zabierania głosu w imieniu ministra.

Współpraca międzyresortowa

Minister Zdrowia, jako podmiot odpowiedzialny za realizację pięciu celów operacyjnych NPZ oraz koordynację zadań z zakresu zdrowia publicznego, współpracował z ministrami współodpowiedzialnymi za realizację celów operacyjnych NPZ przede wszystkim na forum Rady do spraw Zdrowia Publicznego i Komitetu Sterującego NPZ. Ponadto współpraca międzyresortowa dotyczyła prac legislacyjnych oraz udziału przedstawicieli Ministra Zdrowia w międzyresortowych gremiach tematycznych pracujących z inicjatywy różnych ministerstw. Efektem współpracy było uzgodnienie wspólnych stanowisk międzyresortowych w kwestii NPZ, realizowanie działań profilaktycznych, a także upowszechnienie materiałów opracowywanych w ramach NPZ na lata 2016–2020, w tym harmonogramu realizacji NPZ na dany rok.

W okresie objętym kontrolą obowiązywały również porozumienia międzyresortowe zawarte w trakcie poprzedniej edycji NPZ. W dniu 5 listopada 2008 r. zawarto porozumienie o współpracy między Ministrem Sportu i Turystyki, Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministrem Edukacji Narodowej i Ministrem Zdrowia przy wdrażaniu programu *Przeciwdziałanie poprzez sport agresji i patologii wśród dzieci i młodzieży*[37]. W dniu 23 listopada 2009 r. zawarto kolejne porozumienie międzyresortowe, o współpracy pomiędzy Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia i Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży. Zawarcie porozumienia było warunkiem koniecznym do dalszego rozwoju programu *Szkoły dla zdrowia w Europie*. W ramach zawartego porozumienia Minister Zdrowia zobowiązał się do podjęcia działań mających na celu zapobieganie nadwadze i otyłości poprzez promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej.

Mimo zawartych porozumień współpraca na ich podstawie nie była prowadzona. W ocenie Departamentu Zdrowia Publicznego i Rodziny Ministerstwa Zdrowia efektywność takich porozumień jest nieadekwatna do potrzeb, bardziej efektywne są narzędzia współpracy wprowadzone ustawą o zdrowiu publicznym.

Minister Środowiska jako podmiot odpowiedzialny za realizację czwartego celu operacyjnego NPZ nie nawiązał współpracy z innymi organami i jednostkami w tym obszarze. Zastępca Dyrektora Departamentu Zrównoważonego Rozwoju i Współpracy Międzynarodowej w Ministerstwie Środowiska poinformował, że treści NPZ powielają postanowienia innych dokumentów strategicznych i programowych, dlatego przypisanie Ministrowi Środowiska odpowiedzialności za realizację celów i działań NPZ, *należy uznać za nieoptymalne*. Współpracę, w tym z Ministrem Zdrowia, nawiązano natomiast w ramach realizacji, opracowanego w 2015 r., Krajowego Programu Ochrony Powietrza (KPOP). Zgodnie z założeniami KPOP jego działania i zalecenia miały zostać uwzględnione podczas aktualizacji innych polityk, strategii czy programów priorytetowych, w tym przede wszystkim poprzez ustanowienie priorytetu poprawy jakości powietrza w Narodowym Programie Zdrowia. Prace KPOP nadzoruje *Komitet Sterujący ds. Krajowego Programu Ochrony Powietrza*[38], a w jego skład wchodzą przedstawiciele, w randze sekretarza lub podsekretarza stanu, wyznaczeni przez Ministra Cyfryzacji, Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Energii, Ministra Finansów, Ministra Infrastruktury, Ministra Inwestycji i Rozwoju, Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministra Przedsiębiorczości i Technologii, Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, jak również Ministra Zdrowia. Współpraca i współodpowiedzialność właściwych resortów za sprawy jakości powietrza w Polsce ma być realizowana w ramach powołanego *Partnerstwa na rzecz poprawy jakości powietrza*. Celem powołanego *Partnerstwa* jest m.in. upowszechnianie świadomości o bezpośrednim powiązaniu ochrony powietrza z ochroną zdrowia, co wymaga

[37] Od 2009 r. stroną porozumienia był również Minister Sprawiedliwości.

[38] Zarządzenie nr 123 Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 października 2016 r.

akceptacji i podjęcia wspólnych działań m.in. z Ministrem Zdrowia. Efektem tej współpracy jest przede wszystkim realizacja przez Ministra Zdrowia kampanii pn. *Czas na czyste powietrze* oraz wypracowanie wspólnego stanowiska odnośnie konieczności obniżenia, poziomów alarmowych i informowania dla pyłu zawieszonego PM10.

Minister Edukacji Narodowej, w okresie objętym kontrolą, w związku z realizacją zadań, w tym także zadań wynikających z NPZ, współpracował z innymi resortami i instytucjami. Od 2016 roku Ministerstwo Edukacji Narodowej współpracuje z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii w zakresie profilaktyki uzależnień behawioralnych. Resort edukacji przygotowuje założenia merytoryczne do zadań kierowanych dla środowiska szkoły lub placówki w ramach konkursów ogłaszanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. W styczniu 2018 roku deklarację współpracy podpisano z GIS. Deklaracja odnosi się do rozwoju edukacji zdrowotnej w środowisku szkolnym oraz wymiany informacji niezbędnych do zapewnienia higienicznych warunków nauczania dzieci i młodzieży. W ramach porozumienia w 2018 r. przeprowadzono 16 konferencji dotyczących edukacji zdrowotnej.

Przykład

Główny Inspektor Sanitarny od października 2011 r. współpracował, na podstawie zawartego porozumienia, z Komendantem Głównym Policji, Szefem Krajowej Administracji Skarbowej i Głównym Inspektorem Farmaceutycznym, a od listopada 2018 roku również z Prokuratorem Krajowym i Komendantem Głównym Straży Granicznej. Współpracę prowadzono w zakresie przeciwdziałania wprowadzaniu do obrotu na terytorium RP środków zastępczych i NSP[39]. Realizowano ją w ramach zintegrowanego systemu przeciwdziałania zagrożeniom ze strony NSP oraz środków zastępczych zgodnie z zakresem posiadanych kompetencji. W jej efekcie m.in. ujawniono i zlikwidowano punkty sprzedaży NSP i środków zastępczych. Ponadto w 2017 r. GIS, z ramienia Ministra Zdrowia, koordynował współpracę międzyresortową w zakresie prac nad projektami aktów prawnych Unii Europejskiej.

5.3.3. Współpraca realizatorów NPZ na poziomie regionalnym i lokalnym

Współpraca regionalna

Objęte kontrolą cztery urzędy marszałkowskie podejmowały współpracę w zakresie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w tym zadań określonych w NPZ, m.in. z samorządami wszystkich szczebli, Narodowym Funduszem Zdrowia, organizacjami pozarządowymi, wyższymi uczelniami. Współpracę nawiązywano zarówno w zakresie programów przeciwdziałania narkomanii, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania przemocy w rodzinie, polityki senioralnej, jak i działań edukacyjno-szkoleniowych. Opracowywano programy i strategie dla danego województwa z zakresu ochrony zdrowia oraz powoływano zespoły do ich realizacji.

[39] Nowe substancje psychoaktywne, tzw. „dopalacze".

Przykład

Samorząd Województwa Lubuskiego uchwałą nr 21/251/15 z 10 marca 2015 r. powołał Lubuską Radę Zdrowia, jako zespół wdrażający Lubuską Strategię Ochrony Zdrowia na lata 2014–2020. W skład tej rady wchodzą m.in. przedstawiciele Konwentu Powiatów Województwa Lubuskiego oraz Zrzeszenia Wójtów, Burmistrzów i Prezydentów Miast Województwa Lubuskiego. Rada analizuje sytuację zdrowotną oraz dokonuje oceny potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubuskiego, wyraża stanowiska i przedkłada rekomendacje, opiniuje metody i środki realizacji Strategii oraz programy zdrowotne przygotowane przez inne podmioty o znaczeniu regionalnym, a także przygotowuje sprawozdania z realizacji Strategii na podstawie wskaźników wskazanych w tym dokumencie.

Pracownicy samorządów korzystali ze szkoleń organizowanych w ramach kampanii promocyjnej dotyczącej zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń wśród grup zawodowych najbardziej narażonych na stres, wypalenie zawodowe, lęki czy depresje. Szkolenia finansowano ze środków NPZ, w ramach trzeciego celu operacyjnego: *Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa*.

Przykład

Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego aktywnie uczestniczył w kampanii *Miej to z głowy*, organizowanej w ramach projektu pn. *Ocena kondycji psychicznej*, realizowanej przez Stowarzyszenie Czas Przestrzeń Tożsamość w ośmiu województwach i finansowanej przez Ministerstwo Zdrowia jako zadanie NPZ. W ramach kampanii odbyły się spotkania, w których uczestniczyli m.in. członkowie Wojewódzkiego Zespołu ds. zdrowia psychicznego, mające na celu nawiązanie współpracy pomiędzy przedstawicielami kluczowych instytucji oraz organizacji profesjonalnie zajmujących się problematyką zdrowia psychicznego. W Urzędzie Marszałkowskim w szkoleniach z tematyki profilaktyki zaburzeń psychicznych (stres, wypalenie zawodowe, zaburzenia snu) uczestniczyły 73 osoby.

Współpraca lokalna

Wszystkie skontrolowane urzędy miast i gmin podejmowały współpracę w zakresie realizacji zadań NPZ. Jej zakres był bardzo zróżnicowany. Od nawiązania współpracy tylko z organizacjami pozarządowymi do szeroko zakrojonej współpracy z różnymi instytucjami, innymi JST oraz administracją rządową.

Przykłady

W dniu 2 marca 2018 r. zawarto umowę partnerską między **Urzędem Miejskim w Zbąszynku** i Starostwem Powiatowym w Świebodzinie, a także umowę o współpracy ze Stowarzyszeniem „Łatwo Pomagać", Fundacją Ronalda McDonalda i Top Medical sp. z o.o., w wyniku, których, w dniach 13–14 marca 2018 r. zrealizowany został Program profilaktycznych badań ultrasonograficznych dla dzieci pn. *Nie nowotworom u dzieci – Rodzicu dostrzeż objawy*. Efektem tych umów było przebadanie 156 dzieci, w wieku od dziewięciu miesięcy do 10 lat.

Urząd Miasta Ełku podejmował aktywną i efektywną współpracę z innymi podmiotami, w tym m.in. z:
- Ministerstwem Sprawiedliwości, Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwem Rozwoju – pozyskanie dotacji na realizację projektów prozdrowotnych;

– podmiotami leczniczymi – w zakresie promocji i ochrony zdrowia;
– Policją, Strażą Pożarną i Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Ełku – w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa w mieście, w tym bezpieczeństwa epidemiologicznego;
– kościołami i zgromadzeniami wyznaniowymi – kampanie informacyjne nt. realizacji programów zdrowotnych i promocji zdrowia;
– Ełckim Centrum Kultury przy organizacji forów zdrowotnych i aktywizacji seniorów.

W latach 2016–2018, w zakresie realizacji zadań NPZ, **Urząd Miasta i Gminy Ogrodzieniec** współpracował z Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Ogrodzieńcu m.in. w akcji wydawania ulotek antynikotynowych i „Kopert życia" oraz organizowania „białych niedziel" zachęcających mieszkańców gminy do korzystania z profilaktycznego podejścia do zdrowia. Współdziałano także z Powiatowym Inspektorem Sanitarnym w Zawierciu przy organizacji Światowego Dnia Bez Tytoniu oraz Światowego Dnia Zdrowia, a także z Zawierciańskim Stowarzyszeniem Trzeźwościowym „Przystań".

5.3.4. Koordynacja zadań z zakresu zdrowia publicznego

Do zadań Ministra Zdrowia, w zakresie koordynacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, należy m.in. analizowanie rocznych informacji o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, które zobowiązane są składać organy administracji rządowej, z wyłączeniem wojewodów, agencje wykonawcze i inne państwowe jednostki organizacyjne, uczestniczące w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego oraz JST. Na podstawie tych informacji oraz dołączanych do informacji JST opinii wojewody, Minister Zdrowia sporządza, co dwa lata, informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, którą przekazuje Radzie Ministrów, a następnie Rada Ministrów przekazuje Sejmowi.

Informacje o realizowanych lub podjętych zadaniach

Minister Zdrowia, zgodnie z art. 12 ust. 8 ustawy o zdrowiu publicznym, na podstawie informacji od podmiotów realizujących zadania NPZ i opinii wojewody, opracował informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego w roku 2016 i 2017, którą terminowo przekazał Radzie Ministrów. W informacji zawarto ocenę zgodności zrealizowanych lub podjętych przez jednostki samorządu terytorialnego zadań z priorytetami regionalnej polityki zdrowotnej.

Przekazana informacja zawierała jednak nierzetelne dane i nie odzwierciedlała faktycznego zakresu realizowanych zadań, ich liczby oraz kosztów, ponieważ roczne informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, będące podstawą do opracowania przez Ministra Zdrowia informacji dla Rady Ministrów i Sejmu, zawierały szereg błędów. Stwierdzono je w informacjach sporządzonych przez 95% jednostek objętych kontrolą.

Przykłady

Urząd Gminy w Pszczewie w informacjach o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego za 2016, 2017 oraz 2018 rok wykazywał zadania niebędące zadaniami z zakresu zdrowia publicznego tj.:
- zadanie pn. *Dofinasowanie zakupu karetki – ambulansu z wyposażeniem dla Szpitala Międzyrzeckiego*;
- zadanie pn. *Kompleksowe utrzymanie obiektu sportowego przy ul. Międzyrzeckiej w Pszczewie;*
- zadanie pn. *Poprawa bezpieczeństwa ruchu pieszego poprzez budowę drogi powiatowej nr 1328F w Szarczu* (dotacja dla Powiatu Międzyrzeckiego);
- zadanie pn. *Poprawa bezpieczeństwa ruchu pieszego poprzez budowę drogi powiatowej nr 1337F w Silnej*;
- zadanie pn. *Przebudowa drogi gminnej wraz z przebudową skrzyżowania z drogą powiatową nr 1329F oraz budową infrastruktury towarzyszącej*;
- zadanie pn. *Przebudowa drogi Stołuń – Zielomyś.*

Urząd Miasta Siemianowice Śląskie w rocznych informacjach o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego za 2017 r. i 2018 r. wykazał zadania inwestycyjne niebędące zadaniami z zakresu zdrowia publicznego:
- zadanie pn. *Budowa nowoczesnego oświetlenia ulicznego z wykorzystaniem OZE w Siemianowicach Śląskich* (7,0 tys. zł);
- zadanie pn. *Jasno, bezpiecznie i ekologicznie – wymiana opraw oświetlenia ulicznego z wykorzystaniem rozwiązań z zakresu oszczędności energii* etap I (1947,2 tys. zł);
- zadanie pn. *Kompleksowa termomodernizacja Zespołu Szkół Sportowych wraz z zastosowaniem rozwiązań OZE* (5893,0 tys. zł);
- zadanie pn. *Wsparcie mobilności miejskiej projekt udogodnień dla wykorzystujących rower w mieście* (6995,9 tys. zł).

Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w rocznych informacjach o podjętych lub zrealizowanych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego nie ujął wszystkich realizowanych zadań, m.in.:
- w sprawozdaniu za 2017 i 2018 rok nie wykazano dwóch realizowanych i nadzorowanych przez Urząd programów polityki zdrowotnej – w zakresie profilaktyki cukrzycy oraz rehabilitacji ruchowej;
- w 2017 r. dwunastu działań/zadań, w tym: Lubuskiego Dnia Trzeźwości, XI edycji projektu edukacyjnego „Trzymaj formę", szkoleń dla pracowników placówek lecznictwa odwykowego, konkursu dla uczniów „Widzisz. Nie zgadzaj się. REAGUJ!"; Lubuskich obchodów Światowego Dnia Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- w 2018 r. pięciu działań/zadań w tym: czterostronicowej wkładki do Gazety Lubuskiej o tematyce przeciwdziałania narkomanii, Lubuskich obchodów Światowego Dnia walki z rakiem; VIII Ogólnopolskiego Marszu Nordic Walking im. prof. Z. Religi.

Urząd Miejski w Zbąszynku w rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego za 2017 r. w dwóch pozycjach błędnie podał kwotę całkowitego kosztu zadania. W rocznej informacji za 2016 r. nieprawidłowo wskazywał czas trwania poszczególnych zadań, odnosząc się jedynie do faktu, że realizowane były w 2016 r. Ustalono ponadto, że w sprawozdaniach rocznych wpisywano numery zadań NPZ w sposób nieprawidłowy: w 2016 r. było to sześć przypadków, w 2017 r. – pięć, w 2018 r. – cztery.

Informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, przekazywane przez JST, podlegały weryfikacji przez właściwego wojewodę m.in. w zakresie wskazania realizowanego celu operacyjnego NPZ dla podjętych lub zrealizowanych zadań z zakresu zdrowia publicznego oraz ich opisu. Jak wynika z przedstawionych wyżej przykładów weryfikacja nie była rzetelna. W niektórych przypadkach już nazwa zadania, np. budowa drogi powiatowej czy wymiana opraw oświetlenia ulicznego, wskazują, że nie jest to zadanie zdrowia publicznego określone w art. 2 ustawy o zdrowiu publicznych.

Informacje przekazywane przez organy administracji rządowej, agencje wykonawcze oraz inne państwowe jednostki organizacyjne bezpośrednio do Ministra Zdrowia również podlegały weryfikacji i korekcie. Jednak jak wynika z opublikowanego raport pn. *Prowadzenie monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego. Raport za rok 2016*, opracowanego na zlecenie Ministra Zdrowia przez Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych, weryfikacja nie była rzetelna, czego przykładem jest przypisanie w 2016 r. dwunastu zadań do nieistniejących celów operacyjnych NPZ.

W trakcie prowadzonych czynności kontrolnych pracownicy kontrolowanych podmiotów zgłaszali uwagi związane z występującymi trudnościami w zakresie sporządzania informacji, w tym przypisywania określonych zadań, jako zadań z zakresu zdrowia publicznego. Wskazywali również na brak szczegółowych i zrozumiałych instrukcji oraz szkoleń w tym zakresie.

Przykład

W ocenie Dyrektora Departamentu Infrastruktury Społecznej **Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego** Narodowy Program Zdrowia nie wskazuje czytelnie sposobu realizacji i sprawozdawczości z jego zadań w obszarze kultury fizycznej realizowanych przez urzędy marszałkowskie. Jako przyczynę braku ujęcia w sprawozdaniu rocznym zadań z zakresu upowszechniania kultury fizycznej za lata 2017 i 2018 wskazał problemy z interpretacją przepisów NPZ, tj. powiązania zadań wskazanych w NPZ z zadaniami realizowanymi przez Województwo Lubuskie. Trudności z interpretacją i przypisaniem zadań do NPZ dotyczyły także zadań realizowanych przez nadzorowaną przez Departament jednostkę – ROPS w Zielonej Górze. Dyrektor dodał, że nieprecyzyjne sporządzenie sprawozdania wynika z mało czytelnej instrukcji użytkownika, braku możliwości szkolenia oraz interpretacji i wyjaśnień Ministerstwa Zdrowia lub Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w tym zakresie. Dyrektor wskazał również, że elektroniczny system sprawozdawczy jest niezrozumiały i mało czytelny, gdyż nie wiadomo, jakie zadanie ma być rozumiane, jako działanie lub zbiór pewnych działań, a które należy podać, jako szczegółowe działanie. Dyrektor wskazał ponadto, że rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie NPZ na lata 2016–2020 nie wskazuje czytelnie, które zadania realizowane w innych obszarach (na podstawie odrębnych ustaw), a wpisujące się w ten Program należy wykazywać, jako zadania NPZ.

Wprowadzony przez Ministra Zdrowia elektroniczny system sprawozdawczy, zmniejszył liczbę błędów występujących w przekazywanych informacjach, eliminując m.in. możliwość przypisania zadań do nieistniejących celów operacyjnych, jednak nie jest w stanie wyeliminować błędów merytorycznych.

5.4. Monitorowanie i ewaluacja zadań realizowanych w ramach Narodowego Programu Zdrowia

W NPZ oczekiwane wartości określono tylko dla siedmiu najistotniejszych wskaźników. Pozostałe 60 wskaźników monitorowania celu strategicznego i celów operacyjnych nie mają określonych wartości docelowych. Brak określenia wartości docelowych utrudniał monitorowanie efektów oraz umożliwiał swobodną interpretację osiągniętych wyników realizowanych zadań.

Realizatorzy zadań NPZ w niepełnym zakresie monitorowali realizację zadań oraz osiągnięte efekty. Przeprowadzona kontrola wykazała, że dla ponad 26% zadań, podmioty objęte kontrolą, nie określały lub nieprawidłowo określały cele i mierniki. Monitoring efektów realizowanych zadań prowadzono głównie na podstawie danych przekazywanych przez poszczególnych realizatorów zadań, zgodnie z zawartymi umowami.

5.4.1. Monitoring i ewaluacja NPZ

Wskaźniki monitorowania NPZ

Według przepisów rozdziału XII NPZ monitorowanie zadań i ich efektów powinno być prowadzone w oparciu o wskaźniki gromadzone w ramach systemu statystyki publicznej, systemu monitorowania rozwoju, dane dotyczące chorobowości szpitalnej, dane o przyczynach zgonu, a także informacje gromadzone przez realizatorów poszczególnych zadań przewidzianych w NPZ. Wskaźniki określone w NPZ opracowano w oparciu o zestaw 88 wskaźników European Community Health Indicators oraz zestaw wskaźników sugerowanych do monitorowania na potrzeby wdrażania strategii WHO dotyczącej walki z przewlekłymi chorobami niezakaźnymi oraz Zdrowie 2020.

Na 67 wskaźników wskazanych w NPZ tylko dla siedmiu najistotniejszych określono wartości docelowe lub trend. Wskaźniki takie jak oczekiwana długość życia, oczekiwana długość życia w zdrowiu czy wskaźnik umieralności nie są wskaźnikami optymalnymi dla oceny efektów NPZ w krótkiej, kilkuletniej perspektywie. Wskaźniki, które mogą być wykorzystane do analizy efektów w trakcie trwania NPZ, nie mają określonych wartości docelowych. Brak takich wartości może wpływać na ocenę efektów poprzez swobodną interpretację osiągniętych wartości.

Na brak określenia wartości docelowych wskaźników zwracano uwagę już w trakcie opiniowania projektu i uzgodnień międzyresortowych.

Przykłady

Minister, Członek Rady Ministrów w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów w trakcie uzgodnień międzyresortowych zwrócił uwagę, że: *dla oceny rezultatów NPZ wskazane jest określenie wskaźników (oraz ich wartości bazowych i docelowych) bezpośrednio związanych z realizacją zadań ujętych w programie.*

Ministerstwo Edukacji Narodowej jako uwagę ogólną do projektu NPZ wskazało, że *wydaje się zasadne, aby na początku realizacji programu określić wartość wskaźników, a także wartość docelową (założenie, do czego dążymy).*

Ministerstwo Zdrowia, odnosząc się do uwag, w obu wymienionych przypadkach poinformowało, że uwagi zostały uwzględnione poprzez dokonanie gruntownej zmiany katalogu wskaźników oraz poddanie analizie i zweryfikowaniu części projektu definiującej *Wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji Programu*.

Monitoring NPZ

Podmiotem odpowiedzialnym za monitorowanie i ewaluację NPZ jest Minister Zdrowia. Ewaluacja powinna być prowadzona w trakcie całego okresu realizacji NPZ, a aktualne wartości wskaźników monitorowania powinny być publikowane na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia prowadził monitorowanie i ewaluację NPZ we współpracy z podmiotami wybranymi w drodze konkursu. Pierwszy raport pn. *Prowadzenie monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego Raport za rok 2016* został opracowany przez Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych na podstawie umowy zawartej z Ministrem Zdrowia. Analizę oparto na informacjach o podjętych lub zrealizowanych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego przekazywanych Ministrowi Zdrowia. Przeanalizowano 15 908 zadań, które zostały sprawozdane przez podmioty centralne oraz 23 284 zadania, które zostały sprawozdane przez JST w 2016 roku. W raporcie zaprezentowano m.in. liczbę realizowanych zadań z podziałem na cele i podmioty realizujące, czas trwania podejmowanych zadań, zasięg terytorialny oraz grupy docelowe. Z opublikowanego raportu wynika, że podmioty centralne najczęściej realizowały zadania z czwartego celu operacyjnego (37,2% zadań realizowanych przez podmioty centralne), natomiast JST drugiego celu operacyjnego (46,0% zadań realizowanych przez JST). Według raportu wydatki na realizację zadań zdrowia publicznego wyniosły ponad 3,9 mld zł.

Drugi raport pn. *Prowadzenie monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego Raport za rok 2017 oraz porównanie z rokiem 2016*, został opracowany przez NIZP-PZH, również na podstawie umowy zawartej z Ministrem Zdrowia. Z opublikowanego raportu wynika, że liczba realizowanych zadań, w porównaniu do roku 2016, była niższa o 7165. Całkowity koszt zadań zrealizowanych w roku 2017 wyniósł prawie 4,5 mld zł. Podobnie jak w roku 2016 najczęściej realizowanymi zadaniami przez podmioty centralne były zadania czwartego celu operacyjnego, natomiast przez JST zadania drugiego celu operacyjnego.

W raporcie z monitoringu realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego za rok 2017 zawarto ocenę możliwości osiągnięcia wskaźników określonych w rozdziale XII NPZ i ich adekwatności z ewentualnymi rekomendacjami zmian. Raport zawierał uwagi dotyczące m.in.:

- zasadności zastosowania wskaźnika dotyczącego odsetka osób odczuwających niepokój psychiczny (trzeci cel operacyjny);
- zbędności zastosowania współczynnika dzietności; odsetka rodzących, które ukończyły szkołę rodzenia, umieralności niemowląt wg wieku i umieralności okołoporodowej; odsetka porodów u kobiet niezamężnych lub nieletnich (szósty cel operacyjny);
- ograniczeń lub niedostępności wykorzystania wskaźników w przedziale dwuletnim ze względu na brak aktualnych danych wynikających z rytmu prowadzenia badań lub ich gromadzenia.

Dynamika i trend zmian wartości wskaźników

Przegląd najistotniejszych wskaźników NPZ Minister Zdrowia przedstawił, w opracowanej dla Rady Ministrów i Sejmu, *Informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego w roku 2016 i 2017*. Przedstawione w informacji poprawiające się wartości niektórych wskaźni-

ków np. urodzenia żywe, oczekiwana długość życia czy oczekiwana długość życia w zdrowiu nie stanowią w tak krótkiej perspektywie czasowej obiektywnej miary efektywności NPZ. Według danych GUS w ostatnich latach wskaźniki te uległy pogorszeniu. W roku 2018, w porównaniu do roku 2017, skróciła się oczekiwana długość życia w latach dla noworodka płci męskiej o 0,11, a żeńskiej o 0,14. W 2017 r., w porównaniu do 2016 r., przeciętne trwanie życia w zdrowiu kobiet zmniejszyło się o 1,1 roku, a mężczyzn o 0,7 roku. Zmniejszyła się również liczba urodzeń żywych. W 2018 r. urodziło się o 13 804 noworodków mniej niż w 2017 r., co oznacza spadek liczby urodzeń o 3,4%. Według badań CBOS przeprowadzonych w 2019 r., wzrósł o 8 punktów procentowych, w porównaniu do roku 2014, odsetek Polaków mających problem z nadwagą i otyłością.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że występują odchylenia od planowanych do osiągnięcia wskaźników, określonych w rozdziale XII NPZ, m.in. w prognozie demograficznej (zmniejszeniu w populacji Polski liczby dzieci i osób dorosłych, a zwiększeniu liczby osób w wieku 60+); krótszej oczekiwanej długości życia w Polsce niż w innych krajach UE; znaczącej nadwadze i otyłości wśród dzieci, młodzieży i dorosłych w populacji Polski w stosunku do mieszkańców innych krajów Europy.

Wskaźniki monitorowania NPZ zostały po raz pierwszy opublikowane na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w dniu 21 sierpnia 2019 r.

5.4.2. Monitoring zadań realizowanych w ramach NPZ

Cele i mierniki realizowanych zadań NPZ

Zgodnie z zaleceniem standardu B6, określonym w załączniku do komunikatu Nr 23 Ministra Finansów w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych, cele i zadania należy określać jasno i w co najmniej rocznej perspektywie. Ich wykonanie należy monitorować za pomocą wyznaczonych mierników. Zaleca się przeprowadzanie oceny realizacji celów i zadań uwzględniając kryterium oszczędności, efektywności i skuteczności.

Kontrolą w zakresie prawidłowości określania celów i mierników objęto 167 zadań realizowanych przez 20 podmiotów. Zdefiniowane przez 14 podmiotów cele realizowanych 123 zadań były mierzalne, realne do osiągnięcia oraz określone w czasie. Mierniki odnosiły się do rezultatu, jaki miał być osiągnięty, bazowały na wiarygodnych i łatwo dostępnych informacjach.

W sześciu podmiotach objętych kontrolą, dla 44 realizowanych zadań, nie określano mierników, określano je nieprawidłowo lub ich wartość docelową. Brak prawidłowo określonych mierników utrudnia lub wręcz uniemożliwia dokonanie oceny realizowanych zadań.

Przykłady

W **Urzędzie Marszałkowskim Województwa Lubuskiego** dla zadania pn. *Lubuski Piknik Zdrowia*, jako mierniki wskazano termin realizacji, liczbę wystawców i koszt.

W **Urzędzie Gminy Ogrodzieniec** na dziewięć objętych badaniem zadań w ośmiu przypadkach nie określono celów, ich mierników ani efektów realizowanych zadań.

W **Urzędzie Miasta Rawa Mazowiecka** dla celu zdefiniowanego, jako: *poprawa aktywności fizycznej – dostęp do obiektów sportowych (OSiR)*, miernikiem była *liczba osób objętych wsparciem,* a jego docelową wartość zaplanowano na poziomie 160 000 osób oraz stwierdzono, że osiągnięta wartość miernika to 160 000 osób. Jak wynika z danych GUS, według stanu na 31 grudnia 2018 r., miasto zamieszkiwały 17 404 osoby. W latach 2016-2018 miernik przyjmował takie same wartości planowane i zrealizowane, a jego wartość podawano szacunkowo, co nie pozwalało na jego jednoznaczne rozliczenie i nie odnosiło się do rezultatu, jakim była poprawa aktywności fizycznej.

Monitoring i ewaluacja realizowanych zadań NPZ

Kontrolą w zakresie prowadzenia monitoringu i ewaluacji objęto 59 zadań realizowanych w ramach NPZ. W trzech kontrolowanych podmiotach nie monitorowano realizowanych zadań ani nie prowadzono ewaluacji. W pozostałych podmiotach stwierdzono, że system monitorowania realizacji zadań oparty był głównie na sprawozdawczości realizatorów danego zadania. Zgodnie z zawartymi umowami realizatorzy zadań byli zobowiązani do składania sprawozdań merytorycznych i finansowych.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli

Celem głównym kontroli było ustalenie, czy Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020 jest efektywnym narzędziem realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego.

Cele szczegółowe

Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe:

1. Czy Narodowy Program Zdrowia został przygotowany w sposób rzetelny i celowy?
2. Czy działania realizatorów Narodowego Programu Zdrowia przebiegały zgodnie z przyjętymi założeniami, były prawidłowo finansowane oraz przyniosły zakładane efekty?
3. Czy wdrożono mechanizmy umożliwiające efektywną współpracę realizatorów Narodowego Programu Zdrowia i koordynację podejmowanych działań?
4. Czy informacje pochodzące z monitorowania realizacji zadań Narodowego Programu Zdrowia zapewniały wiarygodne dane na temat osiągniętych efektów oraz jak zostały wykorzystywane?

Zakres podmiotowy

Kontrolą objęto 21 jednostek, w tym: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Środowiska, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Główny Inspektorat Sanitarny, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny oraz 16 jednostek samorządu terytorialnego z obszaru czterech województw (lubuskiego, łódzkiego, śląskiego i warmińsko-mazurskiego).

Kryteria kontroli

W Ministerstwie Zdrowia, Ministerstwie Środowiska, Ministerstwie Edukacji Narodowej, Głównym Inspektoracie Sanitarnym oraz Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny kontrola została przeprowadzona na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 1 ustawy o NIK, tj. pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności.

W 16 jednostkach samorządu terytorialnego kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 2 ustawy o NIK, tj. pod względem legalności, gospodarności i rzetelności.

Okres objęty kontrolą

Lata 2016–2018 z uwzględnieniem okresów wcześniejszych, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na kontrolowany okres. Czynności kontrolne przeprowadzono w okresie od dnia 25 czerwca do dnia 2 grudnia 2019 r.

Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK

W ramach postępowania kontrolnego, korzystając z uprawnień określonych w art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy *o NIK*, uzyskano dodatkowe informacje i wyjaśnienia od:

- Ministra Finansów,
- Ministra Sprawiedliwości,
- Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji,
- Ministra Sportu,
- Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej,
- Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia,

- Dyrektora Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
- Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii;
- Wojewody Warmińsko-Mazurskiego,
- 14 podmiotów z województwa warmińsko-mazurskiego, potencjalnych realizatorów *Programu polityki zdrowotnej na lata 2018–2020 w zakresie profilaktyki, wczesnego wykrywania i rehabilitacji zaburzeń ze spektrum autyzmu u dzieci i młodzieży z terenu województwa warmińsko-mazurskiego*.

Dodatkowe informacje i wyjaśnienia uzyskane od wymienionych podmiotów, w ramach postępowania kontrolnego w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, dotyczyły wysokości kwot planowanych i wydatkowanych na realizację zadań NPZ, informacji przekazywanej Ministrowi Zdrowia o kwocie wydatkowanych środków, realizowanych zadań będących efektem wprowadzenia NPZ, niepodjęcia realizacji zadań, liczby i wartości dofinansowanych programów polityki zdrowotnej realizowanych przez JST, wartości wskaźników określonych w NPZ.

Udział innych organów kontroli na podstawie art. 12 ustawy o NIK

Do udziału w czynnościach kontrolnych nie powołano biegłych i specjalistów oraz nie współpracowano z organami kontroli, rewizji i inspekcji działającymi w administracji publicznej.

Pozostałe informacje

Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej NIK i ujęta w planie pracy na 2019 r. Poprzedziła ją kontrola doraźna rozpoznawcza *Realizacja zadań Narodowego Programu Zdrowia w latach 2016–2018* (nr R/18/003), przeprowadzona przez Departament Zdrowia NIK. Kontrolę rozpoznawczą przeprowadzono w Urzędzie Miasta Pruszkowa oraz w Instytucie Medycyny Pracy imienia prof. dra med. Jerzego Nofera w Łodzi, a jej zakres przedmiotowy i kryteria kontroli były tożsame z zakresem i kryteriami kontroli nr P/19/060.

Stan realizacji wniosków pokontrolnych

W ramach postępowania kontrolnego, na podstawie art. 53 ust. 6 ustawy o NIK, skierowano wystąpienia pokontrolne do kierowników wszystkich jednostek kontrolowanych. W ocenach kontrolowanej działalności, zawartych w wystąpieniach pokontrolnych, zastosowano oceny w formie opisowej. W wystąpieniach sformułowano ogółem 59 wniosków pokontrolnych.

W wystąpieniu skierowanym do Ministra Zdrowia wnioskowano m.in. o:

- uwzględnienie, przy planowaniu wydatków w części 46 – Zdrowie, środków na realizację NPZ;
- opracowywanie rocznych harmonogramów realizacji NPZ ze wskazaniem szczegółowych terminów ogłaszania konkursów oraz zawierania umów w trybie wnioskowym;
- szacowanie kosztów realizacji zadań przed ogłoszeniem konkursów ofert na wybór realizatorów zadań i dokumentowanie tych działań.

W wystąpieniach do kierowników pozostałych jednostek kontrolowanych wnioskowano głównie o:

- zlecenie zadań z zakresu zdrowia publicznego w oparciu o przepisy ustawy o zdrowiu publicznym,
- przeprowadzenie rozpoznania stanu zdrowia i analizy potrzeb zdrowotnych mieszkańców w celu rzetelnego planowania i realizacji polityki zdrowotnej,

– opracowanie samorządowego programu lub strategii ochrony zdrowia psychicznego oraz programu zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w rodzinie i w środowisku lokalnym,
– powołanie zespołu koordynującego działania i monitorującego realizację zadań dotyczących promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych,
– określenie mierników realizowanych zadań w sposób umożliwiający rzetelną ocenę skuteczności podejmowanych działań,
– rzetelne i terminowe sporządzanie rocznych informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego,
– sporządzanie i przedkładanie radzie miejskiej projektów uchwał w sprawie planowanych do realizacji programów polityki zdrowotnej.

Adresaci wystąpień pokontrolnych, zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, poinformowali Najwyższą Izbę Kontroli o sposobie wykorzystania uwag i wykonaniu wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań. Według stanu na dzień 18 marca 2020 r. zostało zrealizowanych 23 (39,0%) wnioski oraz podjęto działania w celu realizacji kolejnych 20 (33,9%) wniosków. Dotychczas nie zrealizowano 16 (27,1%) wniosków pokontrolnych.

Do czterech wystąpień pokontrolnych skierowanych do Ministra Zdrowia, Ministra Środowiska, Marszałka Województwa Warmińsko-Mazurskiego i Prezydenta Olsztyna wpłynęło łącznie 11 zastrzeżeń, z czego jedno zostało uwzględnione w części, a pozostałe zastrzeżenia zostały oddalone.

Finansowe rezultaty kontroli

W wyniku kontroli, w siedmiu skontrolowanych jednostkach stwierdzono finansowe skutki nieprawidłowości na łączną kwotę 78 413 459,86 zł.

W kontroli uczestniczyły: Departament Zdrowia (jednostka koordynująca kontrolę) oraz cztery Delegatury NIK w Katowicach, Łodzi, Olsztynie i Zielonej Górze. Departament Zdrowia przeprowadził pięć kontroli, a Delegatury NIK przeprowadziły łącznie 16 kontroli jednostkowych.

Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Departament Zdrowia	Ministerstwo Zdrowia	Łukasz Szumowski Konstanty Radziwiłł
2.		Ministerstwo Środowiska	Henryk Kowalczyk Jan Szyszko
3.		Ministerstwo Edukacji Narodowej	Dariusz Piontkowski Anna Zalewska
4.		Główny Inspektorat Sanitarny	Jarosław Pinkas Marek Posobkiewicz
5.		Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny	Grzegorz Juszczyk Mirosław Wysocki
6.	Delegatura NIK w Katowicach	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	Jakub Chełstowski Wojciech Saługa
7.		Urząd Miasta i Gminy Ogrodzieniec	Anna Pilarczyk-Sprycha Andrzej Mikulski
8.		Urząd Miasta Ruda Śląska	Grażyna Dziedzic
9.		Urząd Miasta Siemianowice Śląskie	Rafał Piech
10.	Delegatura NIK w Łodzi	Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego	Grzegorz Schreiber Witold Stępień
11.		Urząd Miasta Rawa Mazowiecka	Piotr Irla Dariusz Misztal
12.		Urząd Miejski w Opocznie	Dariusz Kosno Rafał Kądziela
13.		Urząd Miasta Zgierza	Przemysław Staniszewski
14.	Delegatura NIK w Olsztynie	Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego	Gustaw Marek Brzezin
15.		Urząd Miasta Ełku	Tomasz Andrukiewicz
16.		Urząd Miasta Olsztyna	Piotr Grzymowicz
17.		Urząd Miejski w Giżycku	Wojciech Karol Iwaszkiewicz
18.	Delegatura NIK w Zielonej Górze	Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego	Elżbieta Anna Polak
19.		Urząd Miejski w Zbąszynku	Wiesław Czyczerski
20.		Urząd Gminy Pszczew	Józef Piotrowski Waldemar Górczyński
21.		Urząd Miejski w Cybince	Marek Kołodziejczyk

Wykaz ocen kontrolowanych jednostek

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*)	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
1.	Ministerstwo Zdrowia	W formie opisowej	W latach 2016–2018 realizowano łącznie 227 zadań (89% planu). Poszczególne przedsięwzięcia podejmowano w ramach sześciu celów operacyjnych oraz zadań koordynacyjnych, ewaluacyjnych i badawczych określonych w NPZ. Realizacja zadań NPZ, w tym dotyczących kampanii informacyjnych i promocji przebiegała zgodnie z przyjętymi założeniami i przyniosła zakładane efekty. Minister Zdrowia nawiązał współpracę z realizatorami zadań oraz innymi ministrami współodpowiedzialnymi za realizację poszczególnych celów operacyjnych NPZ. Monitorował prowadzone prace i dokonywał ewaluacji podejmowanych działań, m.in. poprzez wprowadzenie elektronicznego systemu sprawozdawczości oraz systematyczną ocenę osiąganych efektów.	Minister Zdrowia, opracowując projekt NPZ, nie wprowadził rozwiązań umożliwiających jego realizatorom efektywne wykonanie wszystkich zaplanowanych zadań. Pomimo zgłaszania, na etapie przygotowywania oraz w czasie trwania Programu, przez jego realizatorów, wątpliwości dotyczących niewłaściwego przypisania zadań, Minister nie podjął działań w celu ich usunięcia. Minister nie uwzględniał wydatków na realizację zadań NPZ przy planowaniu budżetu części 46 – Zdrowie. Zadania finansowano ze środków rezerwy celowej, pomimo że nie zostały spełnione kryteria tworzenia rezerw określone w ustawie o finansach publicznych. Roczne harmonogramy realizacji NPZ oraz ogłoszenia konkursowe, zawierające kwoty przeznaczone na realizację zadań, nie zostały poprzedzone udokumentowaną kalkulacją kosztów i rozeznaniem cen rynkowych. W harmonogramach nie określono szczegółowych terminów ogłaszania konkursów oraz zawierania umów. Odebrano dwa raporty „dobrych praktyk", wykonane w ramach zawartych umów, pomimo że nie odpowiadały opisowi w ogłoszeniach o postępowaniu konkursowym oraz złożonych ofertach.
2.	Ministerstwo Środowiska	W formie opisowej	Minister Środowiska, poza NPZ, realizował szereg przedsięwzięć, które odnosiły się do czwartego celu operacyjnego NPZ. Aktywnie współpracował z innymi resortami w zakresie ochrony powietrza, ochrony przed hałasem oraz czystej wody w ramach *Partnerstwa na rzecz poprawy jakości powietrza* oraz *Partnerstwa: Środowisko dla Rozwoju*. Efektem współpracy z Ministrem Zdrowia była m.in. realizacja kampanii Czyste Powietrze, skierowanej do różnych grup docelowych m.in. lekarzy, dziennikarzy oraz nauczycieli. Działania te zostały podjęte niezależnie od NPZ, na podstawie innych uregulowań prawnych obowiązujących Ministra Środowiska.	Minister Środowiska nie podejmował działań, jako podmiot odpowiedzialny za realizację czwartego celu operacyjnego NPZ *Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki.* Nie realizował również dwóch z trzech zadań wskazanych w tym Programie. Nieterminowo przekazywał Ministrowi Zdrowia roczne informacje o zrealizowanych lub podjętych w poprzednim roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, a za 2018 r. sprawozdanie takie nie zostało sporządzone.

3.	Ministerstwo Edukacji Narodowej	W formie opisowej	Minister Edukacji Narodowej prawidłowo realizował zadania określone w drugim i trzecim celu operacyjnym NPZ, finansowane ze środków rezerwy celowej. Przekazane przez Ministra Finansów środki zostały rzetelnie wydatkowane i rozliczone. Przeprowadzone kampanie informacyjne o realizowanych zadaniach NPZ zapewniły dotarcie do szerokiego kręgu odbiorców. Współpraca z innymi podmiotami była prowadzona w oparciu o zawarte umowy lub porozumienia. Cele realizowanych zadań były mierzalne, realne do osiągnięcia oraz określone w czasie, a mierniki adekwatne do oceny skuteczności i efektywności realizowanych zadań NPZ. Ewaluacja jednego z zadań, przyczyniła się do określenia dalszych kierunków działania – lepszego określenia warunków przyszłych konkursów.	Minister nie realizował jednego zadania pierwszego celu NPZ, które zostało przypisane do wyłącznej kompetencji MEN i dotyczyło doskonalenia zawodowego nauczycieli wychowania fizycznego. W sprawozdaniach przekazywanych do Ministra Zdrowia nie wykazał realizacji dwóch zadań, tj. prowadzenia działań edukacyjnych, w tym kampanii społecznych na temat zagrożeń wynikających z używania środków odurzających oraz poprawy zdrowia prokreacyjnego poprzez uwzględnienie zagadnień z tym związanych w programach kształcenia, co było postępowaniem nierzetelnym.
4.	Główny Inspektorat Sanitarny	W formie opisowej	GIS zrealizował bądź podjął realizację wszystkich zadań w ramach NPZ. Współpracował z innymi podmiotami oraz prowadził działalność informacyjną i szkoleniową. Wywiązał się z obowiązku terminowego przekazywania rocznych informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Zadania posiadały jasno zdefiniowane cele, skwantyfikowane za pomocą wskaźników zapewniających rzetelny pomiar efektywności i skuteczności realizowanych zadań. Systemy monitorowania stanowiły podstawę systematycznego gromadzenia informacji i bieżącej analizy realizowanych zadań. Wyniki przeprowadzonych ewaluacji wykorzystano zarówno do modyfikacji celów, jak i doboru środków do ich realizacji.	GIS nierzetelnie sporządził roczne informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*)	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
5.	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny	W formie opisowej	NIZP-PZH prawidłowo realizował zadania czwartego i piątego celu operacyjnego NPZ, finansowane ze środków własnych, a także ze źródeł zewnętrznych. Instytut uzyskał środki od Ministra Zdrowia na wszystkie wnioskowane zadania i rzetelnie je rozliczył. Przeprowadzone kampanie umożliwiły dotarcie do szerokiego kręgu odbiorców. Przy realizacji zadań NPZ Instytut podjął współpracę z innymi podmiotami oraz organizował konferencje naukowe i publikował wyniki badań. Informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach NPZ przekazano Ministrowi Zdrowia terminowo. Określone cele były mierzalne, realne do osiągnięcia oraz określone w czasie, a mierniki adekwatne do oceny skuteczności i efektywności realizowanych zadań NPZ. Prowadzenie badań ewaluacyjnych Instytut zlecił zgodnie z warunkami konkursu ogłoszonego przez Ministra Zdrowia.	NIZP-PZH nierzetelnie sporządził informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.
6.	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	W formie opisowej	Samorząd Województwa Śląskiego, podejmował skuteczne działania w celu realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, ukierunkowane w głównej mierze na promocję i profilaktykę zdrowotną. Zadania NPZ realizowano zgodnie z przyjętymi założeniami, były one prawidłowo finansowane oraz przyniosły zakładane efekty. Samorząd nawiązał efektywną współpracę z podmiotami realizującymi zadania NPZ i prawidłowo ją koordynował. Prowadzono działalność informacyjną i szkoleniową, co przyczyniało się do podnoszenia świadomości mieszkańców województwa w zakresie konieczności podejmowania działań profilaktycznych i prowadzenia zdrowego stylu życia. Terminowo przekazywano wojewodzie roczne informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, w tym NPZ. Systematycznie prowadzono monitoring i ewaluację programów, uwzględniających zadania z zakresu zdrowia publicznego oraz wykorzystywano ich wyniki przy planowaniu kolejnych zadań. Informacje z monitorowania zapewniały wiarygodne dane na temat osiągniętych efektów.	Samorząd powierzył podmiotowi trzeciemu realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego, w trybie określonym w ustawie o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, a nie na podstawie przepisów ustawy o zdrowiu publicznym. W przekazywanych wojewodzie rocznych informacjach o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego wykazano zadania, które tylko pośrednio miały taki charakter.

7.	Urząd Miasta i Gminy Ogrodzieniec	W formie opisowej	Realizacja zadań NPZ była prowadzona przez Gminę zgodnie z przyjętymi w budżecie Gminy założeniami. Zrealizowano 60 zadań wpisujących się w ramy wszystkich pięciu celów NPZ przewidzianych do realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego. Informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego sporządzano terminowo. Prawidłowo przeprowadzono postępowania dotyczące wyboru realizatorów zadań z zakresu zdrowia publicznego. Zadania realizowano zgodnie z założeniami.	Gmina nie przeprowadziła rozpoznania stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Nie sporządzano analiz dot. sytuacji zdrowotnej mieszkańców Gminy, niezbędnych dla ustalenia kierunków lokalnej polityki zdrowotnej. Nie opracowano samorządowych programów lub strategii ochrony zdrowia psychicznego oraz programów zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w rodzinie i w środowisku lokalnym. Nierzetelnie sporządzono roczne informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. W przeprowadzonym przez Urząd konkursie na wybór realizatora Programu szczepień nie zapewniono pełnego obiektywizmu oceny ofert. W jednej umowie zawartej z realizatorem zadania nie zabezpieczono w pełni interesów Gminy. Nie określono precyzyjnych celów, oczekiwanych efektów oraz wskaźników oceny stopnia ich uzyskania, co utrudniło rzetelną ocenę skuteczności podejmowanych działań oraz efektywności zaangażowanych środków.
8.	Urząd Miasta Ruda Śląska	W formie opisowej	Realizacja zadań NPZ była prowadzona zgodnie z przyjętymi w budżecie Miasta założeniami i skutecznie. Roczne informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego sporządzano terminowo. Zapewniono należytą współpracę z różnymi podmiotami zaangażowanymi w działania podejmowane w ramach NPZ. Prawidłowo prowadzono bieżący monitoring oraz ewaluację realizowanych zadań z zakresu zdrowia publicznego.	Nie przeprowadzono rozpoznania stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych mieszkańców Miasta. Nie uchwalono samorządowych programów lub strategii ochrony zdrowia psychicznego oraz programów zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w rodzinie i w środowisku lokalnym. Nie powołano zespołu koordynującego działanie i monitorującego realizację zadań dotyczących promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych. Część danych, zawartych w rocznych informacjach o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, była niezgodna ze stanem faktycznym. Postępowania dotyczące wyboru realizatorów zadań z zakresu zdrowia publicznego przeprowadzono bez zastosowania trybu wymaganego w ustawie o zdrowiu publicznym.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*)	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
9.	Urząd Miasta Siemianowice Śląskie	W formie opisowej	Realizacja zadań NPZ była prowadzona przez Miasto Siemianowice Śląskie zgodnie z przyjętymi w budżecie Miasta założeniami. W Mieście posiadano dane dotyczące stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Roczne informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego były przekazywane terminowo.	Zastosowano nieprawidłowy tryb wyboru realizatora zadań z zakresu zdrowia publicznego oraz wybrano ofertę niezgodnie z przyjętymi kryteriami. Nie opracowano programów lub strategii ochrony zdrowia psychicznego i programów zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w rodzinie i w środowisku lokalnym. Nie przedłożono Radzie Gminy sprawozdań z realizacji gminnego programu przeciwdziałania narkomanii. Działalność informacyjno-szkoleniowa w ramach NPZ była ograniczona jedynie do zadań z zakresu ochrony środowiska. Roczne informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego sporządzano w części nierzetelnie. Nie określono precyzyjnych celów, oczekiwanych efektów oraz wskaźników do oceny stopnia ich uzyskania, co istotnie utrudniło rzetelną ocenę skuteczności podejmowanych działań oraz efektywności zaangażowanych środków.
10.	Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego	W formie opisowej	Urząd był odpowiednio przygotowany organizacyjnie do wykonywania zadań NPZ. Zadania oraz nadzór nad ich wykonaniem zostały przypisane konkretnej komórce i wyznaczonym pracownikom. Sporządzono, w oparciu o rzetelne źródła danych, dokumenty strategiczne, w których określono potrzeby zdrowotne i stan zdrowia mieszkańców. Skutecznie wykonywano m.in. działania w ramach uchwalonych wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, promowano aktywność fizyczną, a także realizowano regionalny program ochrony zdrowia psychicznego. Realizowano pięć programów polityki zdrowotnej. Podejmowano również inne działania, niebędące zadaniami zdrowia publicznego, wpisujące się w realizację celów operacyjnych NPZ. Realizację zadań NPZ zlecano w trybie zgodnym z przepisami ustawy o zdrowiu publicznym i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zadania te były prawidłowo finansowane, a podejmowane działania zapewniały osiągnięcie zakładanych efektów.	Nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości mających wpływ na ocenę.

			W ramach realizacji zadań NPZ Urząd nawiązywał efektywną współpracę z innymi podmiotami, zawierając stosowne porozumienia. Prowadził również działalność informacyjno-edukacyjną i szkoleniową z zakresu zdrowia publicznego. Rzetelnie sporządzano i terminowo przekazywano do wojewody roczne informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Systematyczne prowadzenie monitoringu i ewaluacji realizowanych zadań zapewniało uzyskanie wiarygodnych danych na temat osiągniętych efektów, wykorzystywanych do planowania kolejnych działań.	
11.	Urząd Miasta Rawa Mazowiecka	W formie opisowej	W Urzędzie sporządzono – w oparciu o rzetelne źródła danych – dokumenty strategiczne określające potrzeby zdrowotne i stan zdrowia mieszkańców, za wyjątkiem samorządowych programów lub strategii ochrony zdrowia psychicznego oraz programów zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w rodzinie i w środowisku lokalnym. Urząd podejmował działania promujące właściwe nawyki żywieniowe, a także promował zdrowe i aktywne starzenie się. Skutecznie realizował również zadania w ramach przyjętych gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Realizacja zadań NPZ przebiegała zgodnie z przyjętymi przez gminę założeniami. Zadania były prawidłowo finansowane, a podejmowane działania zapewniały osiągnięcie zakładanych efektów. W ramach realizacji zadań NPZ gmina nawiązywała efektywną współpracę z innymi podmiotami, zawierając porozumienia i podejmując stosowne uchwały w tym zakresie. Prowadziła również działalność informacyjno-edukacyjną i szkoleniową z zakresu zdrowia publicznego. Terminowo przekazywano do wojewody roczne informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. W Urzędzie prowadzono monitoring i ewaluację realizowanych zadań NPZ, wykorzystując ich wyniki do planowania kolejnych działań.	Nie opracowano samorządowych programów lub strategii ochrony zdrowia psychicznego oraz programów zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w rodzinie i w środowisku lokalnym. Nie powołano zespołu koordynującego działanie i monitorującego realizację zadań dotyczących promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych. Urząd nie uwzględnił uwag zawartych w opinii Prezesa AOTMiT do programu polityki zdrowotnej, co stanowiło naruszenie art. 48a ust. 12 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przy zlecaniu zadań NPZ innym podmiotom (poza realizacją programów polityki zdrowotnej), zastosowano nieprawidłową podstawę prawną. W rocznych informacjach o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego wykazywano nierzetelne dane, a niektóre informacje podawano niezgodnie z wymogami obowiązujących w tym zakresie przepisów. Przyjęte mierniki określające cele NPZ nie pozwalały na rzetelny pomiar efektywności i skuteczności realizowanych zadań oraz nie pozwalały na jednoznaczną sprawdzalność.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*)	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
12.	Urząd Miejski w Opocznie	W formie opisowej	W Urzędzie skutecznie wykonywano zadania NPZ w obszarze pierwszego i drugiego celu operacyjnego, promując aktywność fizyczną, a także realizując gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. W Gminie Opoczno podejmowano inne działania, niebędące zadaniami zdrowia publicznego, wpisujące się w realizację celów operacyjnych NPZ. Realizacja zadań NPZ przebiegała zgodnie z przyjętymi przez gminę założeniami. Zadania były prawidłowo finansowane, a podejmowane działania zapewniały osiągnięcie zakładanych efektów. Gmina rozpoznała potrzeby zdrowotne i stan zdrowia dzieci i młodzieży. Urząd nawiązywał efektywną współpracę z innymi jednostkami, w szczególności z organizacjami pozarządowymi, jednostkami samorządu terytorialnego oraz innymi podmiotami. Podejmował skuteczne działania informacyjno-edukacyjne oraz szkoleniowe w obszarze ograniczania stosowania środków odurzających oraz o ryzyku szkód wynikających ze spożywania alkoholu, w tym zjawisku przemocy w rodzinie. Określone dla realizowanych zadań cele były mierzalne i realne do osiągnięcia. Mierniki zostały dobrane w sposób właściwy do realizowanych zadań i pozwalały na ocenę efektywności i skuteczności podejmowanych działań.	Urząd nie był przygotowany organizacyjnie w sposób wystarczający do wykonywania zadań NPZ. Zadania NPZ oraz nadzór nad ich wykonywaniem nie zostały przypisane jednoznacznie konkretnej komórce organizacyjnej, a powierzone obowiązki w obszarze ochrony zdrowia nie pokrywały się w pełni z zakresami czynności pracowników oraz ze stanem faktycznym. Nie realizowano zadań zdrowia publicznego w obszarze trzech celów operacyjnych NPZ, m.in. nie opracowano samorządowych programów lub strategii ochrony zdrowia psychicznego oraz programów zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w rodzinie i w środowisku lokalnym. Nie powołano zespołu koordynującego działanie i monitorującego realizację zadań dotyczących promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych. Realizację zadań NPZ powierzano podmiotom, które nie zostały wyłonione w konkursie ofert przeprowadzonym zgodnie z przepisami ustawy o zdrowiu publicznym. Gmina nie rozpoznała potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców (poza dziećmi i młodzieżą). Nierzetelnie sporządzano roczne informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Prowadzone działania w obszarze monitoringu realizacji zadań po ich zakończeniu były niewystarczające do uzyskania wiarygodnych danych na temat osiągniętych efektów.
13.	Urząd Miasta Zgierza	W formie opisowej	W Urzędzie sporządzono – w oparciu o rzetelne źródła danych – dokumenty strategiczne określające potrzeby zdrowotne i stan zdrowia mieszkańców. Skutecznie realizowane były zadania w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Zadania wykonano zgodnie z przyjętymi założeniami i prawidłowo sfinansowano. Realizując zadania NPZ Urząd nawiązywał efektywną współpracę z organizacjami pozarządowymi na podstawie zawartych z nimi umów. Prowadził również działalność informacyjno-edukacyjną i szkoleniową z zakresu zdrowia publicznego skierowaną do różnych grup docelowych. Określone dla zadań NPZ cele były mierzalne i realne do osiągnięcia. Mierniki zostały dobrane w sposób właściwy i pozwalały na ocenę efektywności i skuteczności podejmowanych działań. Wyniki prowadzonego przez Urząd monitoringu i ewaluacji zadań NPZ były wykorzystywane do planowania kolejnych działań.	Urząd nie był odpowiednio przygotowany organizacyjnie do wykonywania zadań NPZ. Zadania te nie zostały jednoznacznie przypisane konkretnej komórce organizacyjnej oraz wyznaczonym pracownikom. Nie opracowano samorządowych programów lub strategii ochrony zdrowia psychicznego oraz programów zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w rodzinie i w środowisku lokalnym. Nie powołano zespołu koordynującego działanie i monitorującego realizację zadań dotyczących promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych. Realizację zadań NPZ zlecano w trybie niezgodnym z przepisami ustawy o zdrowiu publicznym. W rocznych informacjach o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego Urząd wykazywał nierzetelne dane, a niektóre informacje podawano niezgodnie z wymogami obowiązujących w tym zakresie przepisów.

14.	Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego	W formie opisowej	Urząd realizował zadania przypisane jednostkom samorządu terytorialnego w NPZ. Opracowano i realizowano także wojewódzkie programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Przy zlecaniu zadań NPZ innym podmiotom należycie zabezpieczono interesy Urzędu, a także zapewniono prawidłowe i efektywne wydatkowanie środków finansowych. Efektywnie współpracowano z innymi podmiotami oraz prowadzono działalność informacyjno-szkoleniową. Systematycznie monitorowano i dokonywano oceny efektów zadań NPZ, a wyniki ocen wykorzystano przy planowaniu zadań na kolejne lata. Terminowo przekazywano wojewodzie informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.	Nie opracowano wojewódzkiego programu/strategii ochrony zdrowia psychicznego. Nie powołano zespołu koordynującego i monitorującego realizację zadań dotyczących promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych. Zastosowano nieprawidłowy tryb wyboru realizatorów zadań zdrowia publicznego. Nie wykazano niektórych zadań NPZ w informacjach o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.
15.	Urząd Miasta Ełku	W formie opisowej	Zgromadzono podstawowe dane o stanie zdrowia mieszkańców i ich potrzebach zdrowotnych, które zawarto w strategii rozwoju społecznego oraz programach przeciwdziałania zagrożeniom zdrowotnym. Efektywność realizowanych zadań zapewniono poprzez stałą współpracę z innymi podmiotami i organizacjami pozarządowymi, systematyczny monitoring, ewaluację i analizę zadań, aktualizację potrzeb oraz skuteczne działania informacyjno-szkoleniowe. Opracowano i wdrażano programy zdrowotne, dla których uzyskano pozytywne opinie właściwych organów. Realizatorów zadań wybierano w oparciu o obiektywne i mierzalne kryteria. Gospodarnie wydawano środki publiczne i osiągano zamierzone efekty. W Urzędzie podejmowano zadania NPZ w miarę potrzeb społecznych i posiadanych środków finansowych, które corocznie zabezpieczano w budżecie gminy.	Nie opracowano programu zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w rodzinie i środowisku lokalnym. Nie powołano zespołu koordynującego działania i monitorującego realizację zadań w zakresie promocji i ochrony zdrowia psychicznego. Nie przygotowano i nie przedkładano radzie miejskiej projektów uchwał w sprawie realizacji czterech programów zdrowotnych. W 2017 r. realizację dwóch zadań z zakresu zdrowia publicznego w ramach NPZ zlecono w niewłaściwym trybie. Nierzetelnie sporządzono informacje z realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*)	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
16.	Urząd Miasta Olsztyna	W formie opisowej	Przy powierzaniu zadań w ramach NPZ innym podmiotom, należycie zabezpieczono interesy Urzędu, a także zapewniono prawidłowe i efektywne wykorzystanie środków przeznaczonych na ich realizację. Określono cele i mierniki, które pozwalały na pomiar efektywności i skuteczności realizowanych zadań. Prowadzony monitoring oraz analiza efektów realizowanych zadań pozwalały na ewentualną modyfikację sposobu realizacji zadań w ramach celów zawartych w NPZ.	Nie przygotowano projektu uchwały Rady Miasta dotyczącej programu szczepień przeciw grypie. Zastosowano niewłaściwy tryb wyboru realizatora zadania, niezgodnie z art. 14 ustawy o zdrowiu publicznym. W postępowaniach konkursowych nie dotrzymano terminu zamieszczenia ogłoszenia o przeprowadzeniu konkursu ofert, określonego w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Z opóźnieniem sporządzono raport końcowy z realizacji programu związanego ze szczepieniami przeciw pneumokokom. Z opóźnieniem przekazano wojewodzie informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.
17.	Urząd Miejski w Giżycku	W formie opisowej	W wyniku rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców Giżycka, realizowano zadania w ramach wszystkich celów operacyjnych określonych w NPZ. Opracowywano i realizowano programy polityki zdrowotnej, które uzyskały pozytywną opinię AOTMiT. Systematycznie prowadzono monitoring zadań wykonywanych w ramach NPZ, m.in. poprzez określanie celów, mierników oraz badanie efektów ich realizacji. Aktywnie współpracowano z różnymi podmiotami w ramach realizacji zadań NPZ. Terminowo przekazywano wojewodzie coroczne informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego oraz Radzie Miejskiej sprawozdania z wykonania Gminnych Programów Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii oraz realizacji programów współpracy z organizacjami pozarządowymi.	Nie opracowano samorządowych programów lub strategii ochrony zdrowia psychicznego oraz programów zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w rodzinie i środowisku lokalnym. Nie powołano zespołu koordynującego działanie i monitorującego realizację zadań dotyczących promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych. Nie przygotowano projektów uchwał Rady Miasta dotyczących programów szczepień przeciw grypie oraz profilaktyki zakażeń wirusem HCV wśród mieszkańców Giżycka. Nie opracowano projektu Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Zastosowano nieprawidłowy tryb zlecania zadań NPZ, niezgodnie z art. 48b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

18.	Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego	W formie opisowej	Realizowane w ramach NPZ zadania przebiegały zasadniczo zgodnie z przyjętymi założeniami, były prawidłowo finansowane oraz przynosiły zakładane efekty, a w przypadkach stwierdzonych w toku monitoringu odchyleń wprowadzano odpowiednie korekty bądź podejmowano decyzje o kontynuacji, wydłużeniu realizacji lub zakończeniu konkretnych zadań. Realizowane działania wpisywały się we wszystkie cele operacyjne NPZ. Urząd realizował także zadania nieprzypisane do realizacji JST, a stanowiące bądź wsparcie realizacji rządowych programów zdrowotnych, bądź uzupełnienie działań w obszarach, w których stwierdzono określone potrzeby zdrowotne mieszkańców województwa. Urząd rzetelnie i efektywnie współpracował w ramach realizacji NPZ z innymi jednostkami rządowymi, samorządowymi, pozarządowymi oraz podmiotami leczniczymi, prowadził liczne działania informacyjno-szkoleniowe w tym zakresie.	Urząd nie był w pełni rzetelnie przygotowany do realizowania zadań NPZ, poszczególne zadania i obowiązki nie zostały przypisane w sposób w pełni spójny i przejrzysty, co skutkowało problemami w zapewnieniu jednolitego przyporządkowania realizowanych działań do poszczególnych zadań NPZ oraz przypadkami nierzetelnej i nieterminowej sprawozdawczości.
19.	Urząd Miejski w Zbąszynku	W formie opisowej	Działania Urzędu w zakresie realizacji NPZ przebiegały zgodnie z założeniami i były prawidłowo finansowane. Podejmowano działania zmierzające do rozpoznania stanu zdrowia lokalnej społeczności oraz potrzeb mieszkańców, a także terminowej i efektywnej realizacji zadań określonych w NPZ. Urząd prowadził kampanie informacyjne docierając do znacznej populacji mieszkańców Gminy. Programy polityki zdrowotnej realizowano po uzyskaniu pozytywnej opinii AOTMiT, a realizację zadań powierzano podmiotom wyłonionym w drodze otwartych konkursów, prowadzonych w oparciu o obiektywne i mierzalne kryteria, co sprzyjało rzetelnej i gospodarnej realizacji zadań NPZ. Terminowo przekazywano informacje o zrealizowanych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.	W informacjach o zrealizowanych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego stwierdzono błędne kwoty kosztów oraz nieprecyzyjne terminy realizacji podejmowanych zadań i ich numery. Nie prowadzono ewaluacji wszystkich realizowanych zadań, co w konsekwencji może skutkować brakiem możliwości modyfikacji podejmowanych działań.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*)	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
20.	Urząd Gminy Pszczew	W formie opisowej	W Gminie realizowano zadania określone w pięciu celach operacyjnych NPZ. Urząd opracował i realizował gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz programy przeciwdziałania narkomanii. Uzyskiwano pozytywne opinie AOTMiT oraz wojewody dot. programów polityki zdrowotnej realizowanych w ramach NPZ. Właściwie planowano i realizowano kampanie informacyjne o zadaniach NPZ, co pozwalało na dotarcie do szerokiego kręgu adresatów i uzyskanie zamierzonych efektów. Prawidłowo wybrano realizatorów NPZ, a środki na realizację zadań oraz przeznaczone na kampanie informacyjne wydatkowano z zachowaniem zasady oszczędności i wydajności. Gmina nawiązała efektywną współpracę z innymi podmiotami, instytucjami oraz organizacjami pozarządowymi w zakresie realizacji zadań NPZ. Terminowo przekazywano wojewodzie informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Urząd określił cele i zadania związane z realizacją NPZ. Na bieżąco prowadzono badania monitoringowe, a gminne programy profilaktyczne poddawane były ewaluacji.	Nie przeprowadzono rzetelnego rozpoznania stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych mieszkańców Gminy. Nie opracowano programu zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w rodzinie i w środowisku lokalnym. Nie powołano zespołu koordynującego działanie i monitorującego realizację zadań dotyczących promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych. Nie w pełni rzetelnie sporządzano informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Przyjęte mierniki nie pozwalały na rzetelną ocenę skuteczności realizowanych zadań.
21.	Urząd Miejski w Cybince	W formie opisowej	Działania Gminy Cybinka w zakresie realizacji zadań NPZ przebiegały zgodnie z założeniami i były prawidłowo finansowane. Zaplanowano i realizowano zadania w ramach wszystkich celów operacyjnych NPZ, przy czym szczególnie aktywnie podejmowano działania z zakresu promocji właściwego żywienia i poprawy aktywności fizycznej oraz profilaktyki uzależnień. W sposób właściwy planowano i realizowano kampanie informacyjne o zadaniach NPZ, co pozwalało na dotarcie do szerokiego kręgu adresatów. Gmina na bieżąco prowadziła monitoring realizowanych zadań NPZ, a także badania ewaluacyjne. Gmina nawiązała współpracę z innymi podmiotami w zakresie realizacji zadań NPZ. Terminowo przekazywano wojewodzie informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Podejmowano działania związane z ochroną oraz zapobieganiem problemom zdrowia psychicznego.	Nie przeprowadzono rzetelnego rozpoznania stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych mieszkańców Gminy. Nie opracowano programu zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w rodzinie i w środowisku lokalnym. Nie powołano zespołu koordynującego działanie i monitorującego realizację zadań dotyczących promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych. Przyjęte mierniki nie pozwalały na rzetelną i obiektywną ocenę skuteczności realizowanych zadań oraz stopnia osiągnięcia zakładanych celów. Nie w pełni rzetelnie sporządzano informacje o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.

*)pozytywna / negatywna / w formie opisowej

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych

Najważniejszymi aktami prawnymi dotyczącymi kontrolowanej działalności są ustawa o zdrowiu publicznym oraz rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.

Ustawa o zdrowiu publicznym

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym określa zadania z zakresu zdrowia publicznego, podmioty uczestniczące w realizacji tych zadań oraz zasady finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego.

Zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmują:

1) monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
2) edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych;
3) promocję zdrowia;
4) profilaktykę chorób;
5) działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
6) analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
7) inicjowanie i prowadzenie:
   a) działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego,
   b) współpracy międzynarodowej dotyczącej działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego[40];
8) rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
9) ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;
10) działania w obszarze aktywności fizycznej (art. 2).

Wymienione zadania realizują, współdziałając ze sobą, organy administracji rządowej, państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze, a także jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia (art. 3 ust. 1).

Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020

Dokumentem ustanowionym w celu realizacji polityki zdrowia publicznego jest Narodowy Program Zdrowia, ustanowiony rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.

Cele NPZ i podmioty odpowiedzialne

Celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 jest wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu (rozdział I NPZ).

[40] Art. 2 pkt 7 w brzmieniu obowiązującym od dnia 22 marca 2019 r. Wcześniejsze brzmienie art. 2 pkt 7 „inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego".

ZAŁĄCZNIKI

Cele operacyjne i zadania służące realizacji celów operacyjnych określone w NPZ muszą wspólnie przyczyniać się do ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, a także powinny być realizowane w sposób powiązany, przeciwdziałając więcej niż jednemu zagrożeniu jednocześnie, w szczególności w obszarach, w których istnieją naukowe dowody powiązań zależności między zagrożeniami lub korelującymi czynnikami ryzyka i chroniącymi.

Cele operacyjne obejmują (rozdział II NPZ):

1. Poprawę sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa.
   Podmiot odpowiedzialny: minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z ministrem właściwym do spraw: kultury fizycznej, pracy, rodziny, turystyki, finansów publicznych, rolnictwa, obrony narodowej oraz oświaty i wychowania.
2. Profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi.
   Podmiot odpowiedzialny: minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z ministrem właściwym do spraw: oświaty i wychowania, obrony narodowej, pracy, rodziny, zabezpieczenia społecznego, spraw wewnętrznych, sprawiedliwości, finansów publicznych oraz informatyzacji.
3. Profilaktykę problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa.
   Podmiot odpowiedzialny: minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z ministrem właściwym do spraw: pracy, rodziny, zabezpieczenia społecznego, oświaty i wychowania, spraw wewnętrznych, sprawiedliwości, obrony narodowej, nauki, szkolnictwa wyższego oraz informatyzacji.
4. Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki.
   Podmiot odpowiedzialny: minister właściwy do spraw środowiska we współpracy z ministrem właściwym do spraw: zdrowia, pracy, rodziny, zabezpieczenia społecznego, obrony narodowej, rynków rolnych oraz rozwoju wsi.
5. Promocję zdrowego i aktywnego starzenia się.
   Podmiot odpowiedzialny: minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z ministrem właściwym do spraw pracy, rodziny i zabezpieczenia społecznego.
6. Poprawę zdrowia prokreacyjnego.
   Podmiot odpowiedzialny: minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z ministrem właściwym do spraw: rodziny, pracy, zabezpieczenia społecznego oraz oświaty i wychowania.

Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia

Bieżąca koordynacja działań i rozwiązywanie problemów związanych z realizacją NPZ należy do zadań Komitetu Sterującego Narodowego Programu Zdrowia. Komitet składa się z przedstawicieli ministrów wskazanych w NPZ jako podmioty odpowiedzialne za realizację zadań w nim

określonych, w randze sekretarza lub podsekretarza stanu, oraz z ministra właściwego do spraw zdrowia. Minister właściwy do spraw zdrowia jest Przewodniczącym Komitetu oraz powołuje i odwołuje członków Komitetu na wniosek właściwych ministrów. Członkowie Komitetu odpowiadają za wdrażanie zadań NPZ w zakresie właściwym dla reprezentowanego ministra (art. 10 ust. 1–4, 6 ustawy o zdrowiu publicznym).

Finansowanie zadań NPZ

Zasady finansowania zadań realizowanych w ramach NPZ są tożsame z finansowaniem pozostałych zadań z zakresu zdrowia publicznego. Zgodnie z treścią art. 13 ustawy o zdrowiu publicznym zadania z zakresu zdrowia publicznego są finansowane ze środków pozostających w dyspozycji:

1) ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym ze środków państwowych funduszy celowych;
2) realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego:
   a) innych ministrów lub centralnych organów administracji rządowej, w tym ze środków państwowych funduszy celowych,
   b) agencji wykonawczych i innych państwowych jednostek organizacyjnych, w tym Narodowego Funduszu Zdrowia;
3) jednostek samorządu terytorialnego.

W ustawie o zdrowiu publicznym określono, na lata 2016–2025, maksymalny limit wydatków budżetu państwa, Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej i Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów, będących skutkiem finansowym ustawy.

Maksymalny limit wydatków budżetu państwa wynosi w 2016 r. – 70,7 mln zł, w 2018 r. – 40,7 mln zł oraz w 2017 r. i w latach 2019–2025 – po 80,7 mln zł, w tym, w każdym roku 0,7 mln zł w budżetach wojewodów (art. 29 ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym).

Maksymalny limit wydatków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej i Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów wynosi w 2016 r. – 70,0 mln zł, w 2018 r. – 100,0 mln zł oraz w 2017 r. i w latach 2019–2025 – po 60,0 mln zł (art. 29 ust. 2 ustawy o zdrowiu publicznym).

W przypadku gdy wielkość wydatków po pierwszym półroczu danego roku budżetowego wyniesie więcej niż 65% limitu wydatków przewidzianych na dany rok, wielkość przyznanych środków przeznaczonych na wydatki obniża się w drugim półroczu o kwotę stanowiącą różnicę między wielkością tego limitu a kwotą przekroczenia wydatków. W pierwszej kolejności ogranicza się wydatki na:

- monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
- działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
- inicjowanie i prowadzenie działalności naukowej i współpracy międzynarodowej dotyczącej działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego;
- rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego (art. 29 ust. 3 ustawy o zdrowiu publicznym).

Organem właściwym do monitorowania wykorzystania limitów wydatków jest minister właściwy do spraw zdrowia, a organami właściwymi do wdrożenia mechanizmu korygującego są odpowiednio minister właściwy do spraw zdrowia, minister właściwy do spraw kultury fizycznej, inni właściwi ministrowie wskazani jako podmioty odpowiedzialne za realizację zadań w Narodowym Programie Zdrowia oraz wojewodowie (art. 29 ust. 4 ustawy o zdrowiu publicznym).

Minister właściwy do spraw kultury fizycznej, inni właściwi ministrowie wskazani jako podmioty odpowiedzialne za realizację zadań w Narodowym Programie Zdrowia oraz wojewodowie są obowiązani do przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informacji o stopniu realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, umożliwiających monitorowanie limitu wydatków w terminie umożliwiającym wdrożenie mechanizmu korygującego (art. 29 ust. 5 ustawy o zdrowiu publicznym).

W NPZ doprecyzowano, wysokość finansowania zadań powierzanych realizatorom w ramach celów operacyjnych NPZ i zadań koordynacyjnych w latach 2016–2020, z wyłączeniem środków przeznaczanych w ramach limitów wydatków własnych. Wartość środków wynosi rocznie nie więcej niż 140 mln zł, w tym:

1) cel operacyjny 1 – nie więcej niż 37 mln zł – ze środków Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej, Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów oraz budżetu państwa;
2) cel operacyjny 2 – nie więcej niż 32 mln zł – ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych oraz budżetu państwa;
3) cel operacyjny 3 – nie więcej niż 27 mln zł – ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych oraz budżetu państwa;
4) cel operacyjny 4 – nie więcej niż 17 mln zł – ze środków budżetu państwa;
5) cel operacyjny 5 – nie więcej niż 12 mln zł – ze środków budżetu państwa;
6) cel operacyjny 6 – nie więcej niż 15 mln zł – ze środków budżetu państwa (rozdział III NPZ).

Zadania określone w ramach celów operacyjnych NPZ – jeżeli w NPZ nie wskazano, iż będą to zadania koordynacyjne lub zadania powierzane przez odpowiedniego ministra będącego dysponentem środków – są zadaniami, które uznaje się za zadania własne podmiotów uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, finansowane ze środków pozostających w ich dyspozycji. Zadania własne nie wymagają pozyskiwania dodatkowych środków finansowych z budżetu państwa.

W przypadku zadań realizowanych przez jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w ramach celu operacyjnego 2 finansowanie odbywa się poprzez zwiększenie środków pozostających w dyspozycji tych podmiotów lub upoważnienie do dysponowania środkami Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych (rozdział III NPZ).

Nie mniej niż 10% środków przeznaczonych na realizację zadań NPZ przeznacza się na zadania z zakresu monitorowania i oceny stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa, identyfikacji i analizy rozpowszechnienia czynników stanowiących zagrożenie stanu zdrowia społeczeństwa, identyfikacji przyczyn nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych oraz inicjowania i prowadzenia badań naukowych (art. 18 ustawy o zdrowiu publicznym).

Powierzanie do realizacji zadań NPZ

Zadania powierzane do realizacji w trybie konkursowym lub wnioskowym, o których mowa w art. 14 ust. 1 i 2 ustawy o zdrowiu publicznym, są finansowane ze środków planowanych przez odpowiednich dysponentów części budżetowych lub w ramach rocznych planów finansowych funduszy celowych, zgodnie z limitami określonymi przez ministra zdrowia, jako koordynującego realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego (rozdział III NPZ). Powierzenie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez odpowiedniego dysponenta środków, odbywa się w trybie konkursu ofert ogłaszanego przez tego dysponenta. Dysponent środków nie ogłasza konkursu ofert na realizację zadania, jeżeli w NPZ określono podmiot właściwy do jego realizacji oraz wskazano, że powierzenie jego realizacji następuje na wniosek tego podmiotu składany do odpowiedniego dysponenta środków. Do wyboru realizatorów zadań nie stosuje się 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. Przepisów ustawy nie stosuje się do trybu powierzania realizacji zadań finansowanych ze środków państwowych funduszy celowych (art. 14 ustawy o zdrowiu publicznym). Do środków przekazywanych na podstawie umowy zawartej na podstawie art. 14 ust. 3 ustawy o zdrowiu publicznym, w zakresie nieuregulowanym w ustawie, stosuje się przepisy o finansach publicznych dotyczące dotacji (art. 17 ust. 5 ustawy o zdrowiu publicznym).

Programy polityki zdrowotnej

W przypadku programów polityki zdrowotnej, polegających na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, jednostki samorządu terytorialnego mogą ubiegać się o uzyskanie dofinansowania ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Dotyczy to również inicjatyw niewskazanych w NPZ – pod warunkiem spełnienia wymagań określonych w art. 48d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (rozdział III NPZ).

Zgodnie z art. 48a ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w brzmieniu które uzyskał od dnia 30 listopada 2017 r.) rozpoczęcie wdrożenia, realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu pozytywnej albo warunkowo pozytywnej opinii Prezesa AOTMiT, albo po przesłaniu do AOTMiT oświadczenia, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ww. ustawy. Zgodnie z art. 48a ust. 4 wymienionej ustawy projekt programu polityki zdrowotnej jest przekazywany do Agencji w celu wydania przez Prezesa Agencji opinii w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej. Zgodnie z art. 48a ust. 5 wymienionej ustawy art. 48a ust. 4 nie stosuje się do projektu programu polityki zdrowotnej będącego kontynuacją w niezmienio-

nej formie programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednim okresie, dla którego Prezes AOTMiT wydał pozytywną albo warunkowo pozytywną opinię lub dotyczącego choroby lub problemu zdrowotnego, dla których zostały wydane rekomendacje, o których mowa w art. 48aa ust. 5 lub 6 wymienionej ustawy, i program został opracowany zgodnie z tymi rekomendacjami. Podmiot, który opracował projekt programu polityki zdrowotnej uwzględniający rekomendację, o której mowa w ust. 5 lub 6 wymienionej ustawy, przed rozpoczęciem wdrożenia, realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej, przesyła do Agencji oświadczenie o zgodności projektu programu polityki zdrowotnej z tą rekomendacją (art. 48aa ust. 11).

Na podstawie art. 48d ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[41] NFZ może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego, jednak w celu uzyskania dofinansowania organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego musi złożyć wniosek do dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ wraz z pozytywną opinią AOTMiT oraz pozytywną opinią wojewody dotyczącą zgodności planowanego programu z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz zgodności z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia.

W ramach realizacji zadania 3.2.2 pierwszego celu operacyjnego NPZ, NFZ zapewnia od 2017 r. dofinansowanie programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na utrzymanie prawidłowej masy ciała realizowanych przez JST ze środków NFZ, w wysokości 80% dla miejscowości poniżej 5 tys. mieszkańców oraz 40% dla pozostałych jednostek, zgodnie z art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wyłączenia stosowania przepisów ustawy o zdrowiu publicznym

Do zadań z zakresu zdrowia publicznego, których realizacja rozpoczęła się przed dniem wejścia w życie ustawy oraz do postępowań dotyczących realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe (art. 27 ustawy o zdrowiu publicznym).

Działania podejmowane przez jednostki samorządu terytorialnego w 2016 r. w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są również realizowane na dotychczasowych zasadach (art. 28 ust. 2 ustawy o zdrowiu publicznym).

Przepisów ustawy o zdrowiu publicznym nie stosuje się do realizowanych w 2016 r. zadań określonych w wojewódzkim programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, wojewódzkim programie przeciwdziałania narkomanii oraz gminnym programie przeciwdziałania narkomanii (art. 28 ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym).

Monitorowanie i ewaluacja programu

Podmiotem odpowiedzialnym za monitorowanie i ewaluację NPZ jest minister zdrowia. Ewaluacja prowadzona jest w trakcie całego czasu realizacji NPZ, a aktualne wartości wskaźników monitorowania publikowane

[41] Przepisy art. 48d ust. 1 i 2 zostały dodane do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dniem 1 stycznia 2017 r.

są na stronie urzędu obsługującego Ministra Zdrowia. Monitorowanie zadań i ich efektów powinno być prowadzone w oparciu o wskaźniki gromadzone w ramach systemu statystyki publicznej, systemu monitorowania rozwoju, dane dotyczące chorobowości szpitalnej, dane o przyczynach zgonu, a także informacje gromadzone przez realizatorów poszczególnych zadań przewidzianych w NPZ (rozdział XII NPZ). Wskaźniki przygotowano w oparciu o zestaw 88 wskaźników European Community Health Indicators oraz zestaw wskaźników sugerowanych do monitorowania na potrzeby wdrażania strategii Światowej Organizacji Zdrowia dotyczącej walki z przewlekłymi chorobami niezakaźnymi (noncummunicable diseases – NCD) oraz Zdrowie 2020 (Health 2020).

Oczekiwane wartości najistotniejszych wskaźników monitorowania NPZ:

1) oczekiwana długość życia – w perspektywie 2020 r., co najmniej dorównanie dynamiki przyrostu do średniej europejskiej (dane GUS, Eurostat);
2) stopień realizacji optymistycznego wariantu prognozy demograficznej GUS;
3) oczekiwana długość życia w zdrowiu – w perspektywie 2020 r. co najmniej dorównanie dynamiki przyrostu do średniej europejskiej (dane GUS, Eurostat);
4) wskaźnik dobrej samooceny stanu zdrowia – kontynuacja trendu rosnącego (wg metodologii ujętej w publikacji GUS „Jakość życia w Polsce" wydawanej od 2014 r. oraz na podstawie wyników badania HBSC);
5) wskaźnik złej samooceny stanu zdrowia – kontynuacja trendu malejącego (wg metodologii ujętej w publikacji GUS „Jakość życia w Polsce" wydawanej od 2014 r.);
6) ludność poniżej granicy ubóstwa i nierówność dochodów (dane GUS i wyniki badań) – kontynuacja trendu malejącego;
7) wskaźnik umieralności ogółem według płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania (w tym miasta poniżej 5 tys., podział na miasto i wieś) – zmniejszenie różnicy pomiędzy wskaźnikiem umieralności w miejscowościach poniżej 5 tys. mieszkańców.

Informacja o realizowanych zadaniach

Organy administracji rządowej, z wyłączeniem wojewody, agencje wykonawcze oraz inne państwowe jednostki organizacyjne uczestniczące w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przekazują ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do dnia 30 kwietnia każdego roku, roczną informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego natomiast jednostki samorządu terytorialnego sprawozdanie takie przekazują właściwemu wojewodzie, do dnia 31 marca każdego roku. Wojewoda na podstawie rocznych informacji o zrealizowanych lub podjętych przez jednostki samorządu terytorialnego zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, przygotowuje informację zbiorczą wraz z opinią dotyczącą zgodności zrealizowanych lub podjętych zadań z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, i przekazuje, wraz z informacjami o zadaniach zrealizowanych przez niego w okresie objętym sprawozdaniem, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do dnia 30 września każdego roku. Informacje te zawierają m.in. wskazanie realizowanego celu operacyjnego Narodowego Programu Zdrowia dla podjętych lub zrealizowanych zadań z zakresu zdrowia publicznego; opis zadań

z zakresu zdrowia publicznego zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku; wskazanie źródeł i wysokości finansowania zadań zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku (art. 12 ust. 1–7 ustawy o zdrowiu publicznym). Na podstawie informacji i opinii, o których mowa w ust. 1, 2 i 5, minister zdrowia sporządza, co dwa lata, informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, zawierającą ocenę zgodności zrealizowanych lub podjętych przez jednostki samorządu terytorialnego zadań z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej. Minister przekazuje tę informację Radzie Ministrów do dnia 30 listopada roku następującego po ostatnim roku objętym informacją (art. 12 ust. 8 ustawy o zdrowiu publicznym). Sposób przekazywania informacji oraz wzór dokumentu zawierającego taką informację określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego[42].

[42] Dz. U. poz. 2216.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 2365).
3. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2019 r. poz. 2277, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2019 r. poz. 852, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295).
8. Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska (Dz. U. z 2019 r. poz. 1396, ze zm.).
9. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, ze zm.).
10. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2019 r. poz. 512, ze zm.).
11. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2019 r. poz. 506, ze zm.).
12. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2019 r. poz. 688, ze zm.).
13. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843).
14. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 869, ze zm.).
15. Ustawa z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1440, ze zm.).
16. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).
17. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, ze zm.).
18. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz. U. poz. 1492).

19. Rozporządzenie 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).
20. 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).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2476).
22. Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 sierpnia 2016 r. w sprawie wzorów ofert i ramowych wzorów umów dotyczących realizacji zadań publicznych oraz wzorów sprawozdań z wykonania tych zadań (Dz. U. poz. 1300) – uchylone z dniem 29 października 2018 r.
23. Rozporządzenie Przewodniczącego Komitetu do spraw pożytku publicznego z dnia 24 października 2018 r. w sprawie wzorów ofert i ramowych wzorów umów dotyczących realizacji zadań publicznych oraz wzorów sprawozdań z wykonania tych zadań (Dz. U. poz. 2057).
24. Komunikat Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz. Urz. MF Nr 15 poz. 84).
25. Komunikat Nr 6 Ministra Finansów z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie szczegółowych wytycznych dla sektora finansów publicznych w zakresie planowania i zarządzania ryzykiem (Dz. Urz. MF poz. 56).

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
8. Sejmowa Komisja Zdrowia
9. Senacka Komisja Zdrowia
10. Minister Zdrowia

6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli

Minister Zdrowia

Warszawa, 21 kwietnia 2020

NKA.0911.4.2019.17.KCZ

Pan
Tadeusz Dziuba
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

w odpowiedzi na pismo z dnia 7 kwietnia 2020 r. o znaku: KZD.430.001.2020, przy którym przekazano Informację Najwyższej Izby Kontroli (dalej „NIK") o wynikach kontroli P/19/060 ***Realizacja zadań Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020*** (dalej „NPZ"), uprzejmie proszę o przyjęcie stanowiska do przedmiotowego dokumentu.

1. rozdz. 2 pn. „Ocena ogólna", str. 10, 1. i 2. akapit.

Teza, że „NPZ na lata 2016-2020 nie stanowił efektywnego narzędzia realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego" nie znajduje uzasadnienia w danych. Wskazać należy, że w ramach NPZ zrealizowano lub podjęto ponad 96% z 388 zadań określonych w tym programie. Działania jednostek samorządu terytorialnego (dalej „JST") stanowiły 61% wszystkich sprawozdanych interwencji, pozostała część była realizowana przez administrację rządową. Zostały one w większości ocenione przez wojewodów jako zgodne z regionalnymi priorytetami polityki zdrowotnej. Łącznie na realizację działań w ramach ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym[1] w Rzeczypospolitej Polskiej przeznaczono kwotę 14,4 mld zł (z czego 3,9 mld zł w 2016 r., 4,5 mld zł w 2017 r. i 6 mld zł w 2018 r., co wskazuje na stale rosnące zainteresowanie i zaangażowanie JST w zdrowie publiczne w Polsce).

[1] Dz. U. z 2019 r. poz. 2365.

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa
Telefon: (22) 63 49 460
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl

Odnosząc się do uwagi o braku definicji zdrowia publicznego (uznaję, że zarzut dotyczy przepisów powszechnie obowiązującego prawa, choć nie zostało to jasno wskazane w Informacji NIK) w połączeniu ze wskazaniem jako błędu, że „w wielu przypadkach każde działanie mające wpływ na zdrowie człowieka traktowano jako zadanie zdrowia publicznego, niezależnie czy była to profilaktyka zdrowia, działania związane z medycyną naprawczą, pomoc społeczna, ochrona środowiska czy poprawa infrastruktury drogowej" wyjaśniam, iż do każdego zadania, także o charakterze inwestycyjnym, należy podejść indywidualnie. Zadania, które mają realny wpływ na poprawę aktywności fizycznej bądź ułatwiają dostęp do niej, poprzez budowę obiektów sportowych (np. siłownie plenerowe, ogólnodostępne boiska, ścieżki rowerowe) są działaniami o charakterze promującym aktywność fizyczną, zatem są to działania z zakresu zdrowia publicznego. Istotny w ocenie jest kontekst i przeznaczenie inwestycji. Analogicznie, jeśli budowa chodnika ma na celu poprawę dostępności do obiektów użyteczności publicznej i służy znoszeniu barier architektonicznych, np. dla osób starszych lub z niepełnosprawnościami, to takie działania również merytorycznie wpisują się w zdrowie publiczne. W ślad za raportem Światowej Organizacji Zdrowia (*Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, 2011 r.) „zgodnie z koncepcją Zdrowie we wszystkich politykach, poprawa stanu zdrowia ludności wymaga podejmowania skoordynowanych działań obejmujących nie tylko sektor ochrony zdrowia, ale także politykę fiskalną, zabezpieczenia społecznego, infrastruktury, edukacji, pracy, sportu, bezpieczeństwa transportu, środowiska i ochrony konsumentów".

Ponadto, Departament Zdrowia Publicznego i Rodziny Ministerstwa Zdrowia pozostaje w stałym kontakcie z koordynatorami wojewódzkimi, a także sprawozdawcami administracji centralnej, wyjaśniając wszelkie wątpliwości – także w zakresie kwalifikowania działań jako zadań z zakresu zdrowia publicznego.

Powyższe odnosi się również do treści: rozdz. 5 pn. „Ważniejsze wyniki kontroli", str. 28, 1. akapit.

3. rozdz. 2 pn. „Ocena ogólna", str. 10, 6. akapit.

Ministerstwo Zdrowia dostrzegało konieczność ujęcia środków finansowych na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego w części 46 – Zdrowie, a także w częściach pozostałych dysponentów części budżetu państwa. Ujęcie środków w ramach rezerwy celowej skutkowało długotrwałym ich uruchamianiem, co z kolei miało wpływ

refinansowania zadań przez poszczególnych realizatorów.

Powyższe odnosi się również do treści:

- rozdz. 3 pn. „Synteza", str. 13, akapit 2. i 3.,
- rozdz. 5 pn. „Ważniejsze wyniki kontroli", str. 23, przedostatni akapit,
- rozdz. 5 pn. „Ważniejsze wyniki kontroli", str. 24, fragment pn. „Planowanie wydatków na zadania NPZ",
- a także do załącznika (rozdz. 6) na str. 47.

4. **rozdz. 2 pn. „Ocena ogólna", str. 11, 1. akapit, zdanie: „Błędy stwierdzono w informacjach sporządzonych przez 95% jednostek objętych kontrolą. Tym samym Minister Zdrowia przekazał Radzie Ministrów nierzetelną informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego w roku 2016 i 2017.".**

Wskazać należy, że w celu wyeliminowania błędów ze sprawozdań, ówczesny Departament Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia przygotował w 2017 r. elektroniczny system sprawozdawczy oparty na słownikach, który jest rekomendowanym i jedynym sposobem na przekazanie sprawozdań z podjętych lub zrealizowanych zadań z zakresu zdrowia publicznego przez sprawozdawców. Analizując raporty z monitoringu z 2018 r. i 2019 r. można zauważyć stałą poprawę jakości i relewantności przekazywanych sprawozdań. Ponadto stwierdzić należy, że w celu poprawy jakości sprawozdań, jak i podejmowanych działań z zakresu zdrowia publicznego, ww. Departament przygotował instrukcję i e-learning dla sprawozdawców, ponadto pracownicy Departamentu szkolą przedstawicieli urzędów wojewódzkich, a także wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, którzy we współpracy z Departamentem wyjaśniają wszystkie napotkane trudności i wątpliwości, a także niejasności, zgłaszane przez podległe im jednostki.

Powyższe odnosi się również do treści:

- rozdz. 4 pn. „Wnioski", str. 16, wniosek 4 do Ministra Zdrowia: „Przeprowadzenie szkoleń dla pracowników JST w zakresie odróżniania zadań z zakresu zdrowia publicznego od innych mających związek z szeroko rozumianym zdrowiem człowieka oraz prawidłowego sporządzania informacji o realizowanych zadaniach.",
- rozdz. 5 pn. „Ważniejsze wyniki kontroli", str. 33, przedostatni akapit,
- rozdz. 5 pn. „Ważniejsze wyniki kontroli", str. 38, ostatni akapit (przed przykładem),

5. **rozdz. 2 pn. „Ocena ogólna", str. 11, 3. akapit, zdanie: „Według danych GUS skróciła się oczekiwana długość życia (…).".**

Zauważyć należy, że zmiana ta ma pokrycie w ogólnoeuropejskich trendach. Zarzuty NIK dot. oceny efektów realizacji NPZ, wobec trendów demograficznych obserwowanych w całej Europie, są nieuzasadnione i merytorycznie nieuprawnione.

6. **rozdz. 3 pn. „Synteza", str. 12, 5. akapit.**

Zauważam, że zgodnie z przepisami rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020[2], realizatorem zadania nr 4.2.6 pn. Szkolenie personelu medycznego w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu oraz przeprowadzania minimalnych interwencji antytytoniowych oraz zadania nr 4.2.8 pn. Prowadzenie Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym w ramach celu operacyjnego 2 jest Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie na podstawie umowy zawartej z Ministerstwem Zdrowia na jego wniosek. Należy zauważyć, że przepisy rozdziału III wskazane przez NIK nie są w sprzeczności ze wskazanym precyzyjnie trybem wnioskowym, dla dwóch zadań wskazanych w jednym z czterech programów określonych w Celu Operacyjnym nr 2.

Powyższe odnosi się również do treści: rozdz. 5 pn. „Ważniejsze wyniki kontroli", str. 21 (przedostatni i ostatni akapit) oraz str. 22 (1. akapit).

7. **rozdz. 3 pn. „Synteza", str. 12, dwa ostatnie akapity.**

Podane w wątpliwość zadania wpisują się w zakres działalności poszczególnych realizatorów. Odniesienie się do poszczególnych przykładów znajduje się na str. 20-21 Informacji NIK – i tu np. trudno znaleźć racjonalne uzasadnienie dla zarzutu, iż nie wskazano poziomu JST odpowiedzialnego za realizację zadania, jeżeli weźmie się pod uwagę zakres kompetencji gminy, powiatu i województwa wynikający z odrębnych przepisów.

Powyższe odnosi się również do treści:

- rozdz. 5 pn. „Ważniejsze wyniki kontroli", str. 18, 1. akapit., gdzie wskazano, że „Minister Zdrowia, opracowując projekt NPZ, nie wprowadził rozwiązań umożliwiających jego realizatorom efektywne wykonanie wszystkich zaplanowanych

[2] Dz. U. poz. 1492.

biorąc pod uwagę odrębne, określone przepisami powszechnie obowiązującego prawa, kompetencje władz samorządowych.

8. **rozdz. 3 pn. „Synteza", str. 15, 1. akapit, zdanie: „Błędy, mimo prowadzonej weryfikacji, stwierdzono w informacjach sporządzonych przez 95% podmiotów objętych kontrolą.".**

Należy wskazać, że 2016 r. był pierwszym rokiem, który został objęty sprawozdaniem z ustawy o zdrowiu publicznym. W celu wyeliminowania błędów w przyszłych sprawozdaniach, ówczesny Departament Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia przygotował w 2017 r. elektroniczny system sprawozdawczy, który jest rekomendowanym i jedynym sposobem na przekazanie informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Ponadto, ww. Departament zapewnia stałe wsparcie merytoryczne wszystkim podmiotom sprawozdającym, poprzez przygotowaną i stale aktualizowaną instrukcję, dedykowany e-learning, organizowane dla koordynatorów wojewódzkich szkolenia, a także bieżące wsparcie telefoniczne i mailowe dla wszystkich sprawozdawców. Ponadto zauważam, że coroczne raporty z monitoringu wskazują na znaczną poprawę jakości sprawozdań.

9. **rozdz. 3 pn. „Synteza", str. 15, 2. akapit (dwa pierwsze zdania akapitu).**

Uprzejmie wskazuję, że zadania z błędnie przypisanymi celami operacyjnymi (12 zadań) stanowią 0,075% wszystkich zadań sprawozdanych przez podmioty centralne (blisko 16 000 zadań) w 2016 r. W celu poprawy jakości i relewantności przekazywanych sprawozdań, od 2017 r. funkcjonuje elektroniczny system sprawozdawczy, w którym podmioty wprowadzają dane o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, a następnie dane te są weryfikowane przez pracowników właściwej komórki organizacyjnej Ministerstwa Zdrowia.

10. **rozdz. 3 pn. „Synteza", str. 15, 2. akapit (dwa ostatnie zdania akapitu).**

Nie mogę zgodzić się z tak daleko wysuniętym wnioskiem, odsyłając jednocześnie do literatury przedmiotu odnoszącej się do działań wpisujących się w zdrowie publiczne. Ocena sprawozdań jako „nierzetelnych" zdaje się wynikać z odmiennej interpretacji terminu naukowego („zdrowie publiczne"), jakiej dokonuje NIK.

11. **rozdz. 5 pn. „Ważniejsze wyniki kontroli", str. 20, 2. akapit.**

Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (dalej „NIZP-PZH"), Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej „AOTMiT") oraz Ministerstwa Środowiska, Departament Zdrowia Publicznego i Rodziny Ministerstwa Zdrowia nie uznał by przedstawione zostały uzasadnienia merytoryczne, które miałyby skutkować niezwłocznym podjęciem czynności legislacyjnych. Ponadto nie można uznać, że wymienione instytucje nie mają możliwości realizacji wymienionych zadań.

12. rozdz. 5 pn. „Ważniejsze wyniki kontroli", str. 20, przykład dot. NIZP-PZH.

Należy zauważyć, że wskazane uwagi NIZP-PZH były i pozostają niezasadne, wobec faktu, że NIZP-PZH nie jest jedynym realizatorem tych zadań i każda z wymienionych instytucji może podejmować w jego ramach zadania, zgodnie z przedmiotem własnej działalności.

13. rozdz. 5 pn. „Ważniejsze wyniki kontroli", str. 20, przykład dot. AOTMiT.

Sugestia AOTMiT jest niezrozumiała z uwagi na fakt, iż po pierwsze AOTMiT nie została powiadomiona o przypisanym jej do realizacji zadaniu, gdyż NPZ jest prawem powszechnie obowiązującym i stosownie do tego publikowanym, po drugie – zadanie przypisane do AOTMiT jest zadaniem *de facto* wynikającym z innych przepisów i w zakresie opiniowania programów polityki zdrowotnej i programów zdrowotnych w tym obszarze merytorycznym winno być realizowane przez AOTMiT.

14. rozdz. 5 pn. „Ważniejsze wyniki kontroli", str. 20, przykład dot. Ministerstwa Środowiska.

Odnosząc się do wskazanej uwagi Ministerstwa Środowiska do zadania pn. „Ograniczenie ekspozycji na nadmierny hałas" należy zauważyć, że stanowi ona stanowisko do interpretacji Ministerstwa Środowiska treści NPZ, która nie była opracowana przez Ministerstwo Zdrowia, i ma dla Ministerstwa Zdrowia walor informacyjny. Ministerstwo Środowiska w pierwszym akapicie przywołanego pisma wskazuje na obszar potencjalnego działania w ramach zadania ujętego w NPZ (implementacja rozwiązań legislacyjnych, kontrola przestrzegania obowiązujących przepisów oraz monitoring stanu środowiska).

Druga uwaga Ministerstwa Środowiska (przekazana w roboczym mailu pracownika przy sprawozdaniu) pozostaje niezrozumiała, z uwagi na potencjał kompetencji Ministerstwa Środowiska w obszarze promowania bezpieczeństwa zdrowotnego wody (stosowanej

że będzie to przedmiotem dalszych uzgodnień w toku prac nad NPZ na lata po 2020 r.

15. rozdz. 5 pn. „Ważniejsze wyniki kontroli", str. 21, 1. akapit.

Minister Zdrowia wykazał w toku kontroli, że wskazane uwagi nie były zasadne, a zakres zadań dotyczył działalności realizatorów. Ponadto zgłaszanie uwag w trybie roboczej korespondencji pomiędzy pracownikami również budzi zastrzeżenia.

16. rozdz. 5 pn. „Ważniejsze wyniki kontroli", str. 24, przedostatni akapit: „W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia przygotowywał roczne harmonogramy, jednak bez określania szczegółowych terminów ogłaszania konkursów oraz zawierania umów w trybie wnioskowym".

Szczegółowe terminy ogłaszania konkursów oraz zawierania umów w trybie wnioskowym są wskazywane zarówno w notatkach do Ministra Zdrowia w sprawie akceptacji harmonogramu NPZ, a także w pismach do Członków Komitetu Sterującego NPZ, jak również w samym harmonogramie NPZ, a dokładnie w części dotyczącej zadań koordynacyjnych, ewaluacyjnych i badawczych. Informacja ta została przekazana NIK w trakcie trwania kontroli oraz w zastrzeżeniach Ministra Zdrowia do wystąpienia pokontrolnego.

Powyższe odnosi się również do treści: załącznika (rozdz. 6) na str. 47.

17. rozdz. 5 pn. „Ważniejsze wyniki kontroli", str. 25, 4. akapit, zdanie: „We wszystkich czternastu postępowaniach konkursowych poddanych badaniu, w ogłoszeniach konkursowych podano kwotę środków przeznaczonych na realizację zadania bez uprzedniego wykonania szczegółowych kalkulacji kosztów lub rozeznania cen rynkowych".

Uprzejmie informuję, że dokonywano szacowania kosztów realizacji zadań przed ogłoszeniem konkursów ofert na wybór realizatorów zadań, jednak z uwagi na brak podstawy prawnej nie dokumentowano tych działań.

Powyższe odnosi się również do treści: załącznika (rozdz. 6) na str. 47.

W odniesieniu do ww. treści ujętej w załączniku, uprzejmie informuję, że przedmiotowa uwaga odnosi się także do rocznych harmonogramów.

W związku z powyższymi uwagami zauważam, że Informacja NIK zawiera wielokrotnie powtarzane te same tezy, które nie znajdują poparcia w przedstawionych argumentach oraz zebranym materiale.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Józefa Szczurek-Żelazko

Sekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra

PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MARIAN BANAŚ

KZD.430.001.2020
P/19/060

Warszawa, 28 kwietnia 2020 r.

OPINIA

Prezesa Najwyższej Izby Kontroli

do stanowiska Ministra Zdrowia przedstawionego w trybie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli[1] do Informacji o wynikach kontroli „Realizacja zadań Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020"

W przesłanym stanowisku Minister Zdrowia przedstawił argumenty, które zostały już wzięte pod uwagę w toku kontroli i przy formułowaniu ocen badanej działalności, a tym samym Najwyższa Izba Kontroli podtrzymuje wszystkie ustalenia i oceny zawarte w Informacji o wynikach kontroli.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020 (NPZ) nie stanowił efektywnego narzędzia realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego m.in. dlatego, że zdecydowana większość zadań z zakresu zdrowia publicznego, realizowanych przez kontrolowane jednostki samorządu terytorialnego, to były zadania realizowane od wielu lat i nie były one efektem wprowadzenia NPZ.

Przytoczone przez Ministra Zdrowia wydatki na zadania NPZ zostały zaprezentowane w Informacji. Wraz z kwotami wydatków przedstawiono liczbę realizowanych zadań, która zmniejszyła się w 2017 roku, w porównaniu do 2016 roku, o 7165 zadań. Dane te nie potwierdzają tezy Ministra Zdrowia o stale rosnącym zainteresowaniu i zaangażowaniu podmiotów w realizację zadań zdrowia publicznego. Jedynie są dowodem na rosnące wydatki przy malejącej liczbie realizowanych zadań.

NIK nie zgadza się ze stanowiskiem Ministra Zdrowia, że zadania inwestycyjne takie jak budowa dróg czy obiektów sportowych można uznać za zadania zdrowia publicznego. Wskazać należy, że prawodawca w art. 14 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym[2] wykluczył możliwość wyboru realizatorów zadań w oparciu o przepisy o zamówieniach publicznych (obowiązuje tutaj tryb konkursowy). Przyjęcie stanowiska Ministra Zdrowia w tym zakresie oznaczałoby możliwość realizacji inwestycji, np. budowy dróg, z pominięciem prawa zamówień publicznych.

NIK docenia starania podejmowane przez Ministra Zdrowia w celu eliminowania błędów w składanych sprawozdaniach (dedykowany e-learning, prowadzenie szkolenia dla koordynatorów, utworzenie elektronicznego systemu sprawozdawczego). Nie zmienia to jednak faktu, iż występowały błędy w informacjach sporządzonych przez 95% jednostek objętych kontrolą.

Wbrew sugestii Ministra Zdrowia, NIK nie oceniła efektów realizacji NPZ w oparciu o trendy demograficzne. Wskazała natomiast, że ocena osiągnięcia celu strategicznego NPZ, którym jest m.in. wydłużenie życia w zdrowiu i poprawa zdrowia, będzie możliwa dopiero po kilku latach od zakończenia tej edycji NPZ.

[1] Dz. U. poz. 489, ze zm.
[2] Dz. U. z 2019 r. poz. 2365.

Wbrew sugestiom Ministra Zdrowia, zawartym w pkt 7 i 11-15 stanowiska, niektórzy realizatorzy zadań NPZ nie mieli możliwości realizowania przypisanych im zadań (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Ministerstwo Środowiska). Podkreślenia w tym miejscu wymaga fakt, że Kolegium NIK, uchwałą nr 2/2020 z dnia 22 stycznia 2020 r., oddaliło zastrzeżenia wniesione przez Ministra Zdrowia dotyczące niepodejmowania przez niego działań w związku ze zgłaszanymi przez realizatorów zadań NPZ uwagami o nieprawidłowym przypisaniu zadań, a w konsekwencji braku możliwości ich realizacji.

W odniesieniu do argumentów Ministra Zdrowia dotyczących określania szczegółowych terminów ogłaszania konkursów i zawierania umów w trybie wnioskowym oraz braku szczegółowych kalkulacji kosztów lub rozeznania cen rynkowych, zauważyć należy, że są one powtórzeniem argumentów, które Minister przedstawił w zastrzeżeniach do wystąpienia pokontrolnego. Kolegium NIK, wspomnianą uchwałą nr 2/2020, oddaliło zastrzeżenia Ministra Zdrowia w tym zakresie. W szczególności odnosząc się do braku szczegółowych kalkulacji kosztów, Kolegium NIK stwierdziło, że pisemne dokumentowanie przeprowadzonych kalkulacji i analiz jest niezbędne nie tylko dla zachowania zasady jawności, ale także dla prawidłowego funkcjonowania systemu kontroli zarządczej w jednostce, bowiem powinno umożliwiać weryfikację przyjętych założeń oraz ocenę wykonania zadań.

Najwyższa Izba Kontroli z satysfakcją przyjmuje do wiadomości fakt, że Minister Zdrowia dostrzega konieczność ujmowania środków finansowych na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego w odpowiednich częściach budżetu państwa.