

**Funkcjonowanie gminnych programów profilaktyki
i rozwiązywania problemów alkoholowych
po wejściu w życie ustawy z dnia 11 września 2015 r.
o zdrowiu publicznym**

Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych

Gdańsk 2017

Wstęp

Niniejsze opracowanie ma na celu przybliżenie działań podejmowanych przez samorządy w związku z wejściem w życie ustawy o zdrowiu publicznym z dnia 11 września 2015 r. oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.

Opracowanie zawiera analizę dotyczącą praktycznych rozwiązań podejmowanych przez gminy w ramach realizacji następujących zagadnień:

- **przygotowania gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych**
- **realizacji zadań (konkursy) zaplanowanych w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych**
- **sprawozdania z realizacji gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych**

Opracowanie zostało przygotowane na podstawie analizy przepisów prawnych regulujących zakres zadań własnych gminy w ww. obszarze, a także na podstawie analizy opinii/informacji zamieszczonych na stronach internetowych: Ministerstwa Zdrowia, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz z wniosków z własnych doświadczeń i przeprowadzonych rozmów z przedstawicielami jednostek samorządu terytorialnego, którzy zajmują się zadaniami wynikającymi z ustawy o zdrowiu publicznym.

I. Przygotowanie gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

Rok 2016 był ostatnim rokiem funkcjonowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz gminnych programów przeciwdziałania narkomanii, zwanych dalej gminnymi programami lub programami z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom (alkoholizm, narkomania) - na starych zasadach. Dzięki wprowadzeniu w ustawie o zdrowiu publicznym przepisu przejściowego nie było konieczności ich aktualizowania w trakcie realizacji w danym roku kalendarzowym.

Ustawa o zdrowiu publicznym (dalej: uozp) nie wprowadziła istotnych zmian w źródle finansowania tych programów przez jednostki samorządu terytorialnego (dalej: JST). Art. 13 uozp wskazuje, iż zadania z zakresu zdrowia publicznego są finansowane ze środków pozostających w dyspozycji m.in. jednostek samorządu terytorialnego. W przypadku gmin, środki te pochodzą z dochodów pobieranych z opłat za zezwolenia wydane na podstawie art. 18 lub art. 18¹ ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (dalej: uwtipa) oraz dochodów z opłat określonych w art. 11¹ uwtipa, które to wykorzystywane są na realizację:

- 1) gminnych programów (alkoholizm, narkomania),
- 2) zadań realizowanych przez placówkę wsparcia dziennego, o której mowa w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, w ramach gminnych programów. Środki te nie mogą być przeznaczane na inne cele.

Ustawa o zdrowiu publicznym zmieniła, między innymi: ustawę z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawę z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Zgodnie z art. 4¹ ust. 2 uwtipa - realizacja zadań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu jest prowadzona w postaci gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych stanowiącego część strategii rozwiązywania problemów społecznych, uchwalanego corocznie przez radę gminy, **uwzględniającego cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, określone w Narodowym Programie Zdrowia.** Podobne zmiany wprowadzono w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii.

Zgodnie z art. 9 uozp Narodowy Program Zdrowia 2016-2020 (dalej: NPZ) jest dokumentem ustanowionym w celu realizacji polityki zdrowia publicznego i opiera się na współdziałaniu organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego oraz podmiotów, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy, który obejmuje:

- 1) cel strategiczny NPZ ukierunkowany na wydłużenie życia w zdrowiu ludności Rzeczypospolitej Polskiej i poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu,
- 2) cele operacyjne służące realizacji celu strategicznego ukierunkowane na zmniejszenie narażenia społeczeństwa na największe zagrożenia zdrowia,
- 3) zadania służące realizacji celów operacyjnych,
- 4) podmioty odpowiedzialne za realizację zadań,
- 5) realizatorów zadań,
- 6) tryb i wysokość finansowania zadań,
- 7) wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji NPZ.

Natomiast zgodnie z art. 4¹ ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi do zadań własnych gmin należy prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu. W szczególności zadania te obejmują:

- 1) zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu;
- 2) udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie;
- 3) prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć

- sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych;
- 4) (uchylony);
 - 5) wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych;
 - 6) podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13¹ i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego;
 - 7) wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.

Wymienione powyżej zadania stanowią katalog otwarty.

Jak wskazano powyżej gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych ma być opracowany w oparciu o cele operacyjne zawarte w NPZ, natomiast ustawodawca nie odnosi się do zadań służących realizacji tych celów.

Ministerstwo Zdrowia wskazuje, iż NPZ „to podstawowy dokument polityki zdrowia publicznego – wyznacza cele strategiczne i operacyjne oraz **najważniejsze zadania do realizacji** na rzecz poprawy zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa”.

Dodatkowo warto zauważyć, iż w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020 w części III Tryb i wysokość finansowania zadań, w punkcie 5 wskazano, iż 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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zapis ten wskazuje, iż katalog zadań wskazanych w NPZ do poszczególnych celów operacyjnych jest katalogiem otwartym i przewiduje się, w związku z realizacją NPZ, inne zadania nieokreślone w NPZ.

Jeśli zadanie jest zadaniem wpisującym się zarówno w art. 4¹ uwtipa oraz w cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, określone w NPZ, to zadanie takie może zostać ujęte w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz może zostać sfinansowane ze środków przeznaczonych na realizację tego programu.

Należało zatem przyjąć, że merytoryczną podstawą do finansowania zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, czy przeciwdziałania narkomanii w ramach gminnych programów są zadania określone w ustawach branżowych, tj. w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii a także zadania z obszaru uzależnień określone w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020 (NPZ), który obowiązuje **od 17 września 2016 roku**.

Wątpliwości budzi jednak kwestia wzajemnej zależności i interakcji obu ustaw branżowych, w stosunku do ustawy o zdrowiu publicznym.

Dużym wyzwaniem dla samorządów było przygotowanie wyżej wymienianych programów na rok 2017 - po tak późnym przyjęciu NPZ. Programy te musiały być bowiem zgodne z celem operacyjnym NPZ, dotyczącym przeciwdziałania narkomanii oraz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. W tej sytuacji część samorządów podjęła decyzję, aby gminne programy na rok 2017, w celu zachowania ciągłości realizacji zadań, zostały przygotowane na starych zasadach (bez uwzględnienia zmian wprowadzonych ustawą o zdrowiu publicznym). Część samorządów podjęła jednak decyzję o konieczności aktualizacji gminnych programów i dostosowaniu ich do nowych uwarunkowań prawnych, co z kolei spowodowało późniejsze ich wprowadzenie i niosło ryzyko niezachowania ciągłości realizowanych wcześniej zadań a także nie wykonania planu budżetu.

Samorzady, które przygotowywały gminne programy, uwzględniając wytyczne ustawy o zdrowiu publicznym oraz Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, po analizie przedmiotowych dokumentów, borykały się z wieloma wątpliwościami interpretacyjnymi.

Wątpliwości budziło wiele kwestii, choćby takich jak:

- **Nieprecyzyjne brzmienie celu operacyjnego 2 NPZ:** „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi”. Taki zapis celu może sugerować, że samo prowadzenie działań profilaktycznych i innych z obszaru problemów uzależnień jest już osiągnięciem przedmiotowego celu. Należy zauważyć, że zwiększeniem efektywności i skuteczności programów JST może być choćby promowanie i szersze korzystanie z bazy programów profilaktycznych zweryfikowanych przez specjalistyczne jednostki (IPIN, ORE, PARPA, KBPN).
- Ujednolicenie podstawy prawnej, okresu obowiązywania i próby zapewnienia spójności działań profilaktycznych może sprzyjać **próbie łączenia** dotychczas odrębnych programów gminnych, podobnie jak w przypadku programów krajowych inkorporowanych do NPZ. Zgodnie z NPZ, cele operacyjne i zadania służące realizacji celów operacyjnych, 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. Pytaniem jest więc, czy biorąc pod uwagę powyższe stwierdzenie, dopuszczalne jest aby, np. program z zakresu przeciwdziałania alkoholizmowi można połączyć z programem zwalczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych lub/i z programem przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym. Przecież wszystkie ww. programy realizują ten sam cel operacyjny i istnieją naukowe dowody o ich zależnościach, a patomechanizm jest podobny niezależnie od substancji czy czynności, która wywołuje uzależnienie. Charakter podejmowanych działań w zakresie profilaktyki może być wspólny dla wielu uzależnień. Uzależnienia często występują równolegle, mają podobne podłoże i niosą zbliżone konsekwencje. Integracja programów pozwoliłaby więc efektywniej zarządzać usługami oferowanymi w ramach kilku obszarów. Kolejna wątpliwość nasuwała pytanie, czy gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych można przygotować w perspektywie wieloletniej, zgodnie z okresem wskazanym w NPZ – mimo, iż ustawa o wychowaniu w trzeźwości (...) wskazuje wyraźnie, że programy te powinny być uchwalane

corocznie. Ponadto pojawiły się wątpliwości, czy można finansować zadania, np. z obszaru zwalczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych - ze środków pozyskiwanych przez gminy z dochodów uzyskiwanych z tytułu wydawanych zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych skoro program realizuje ten sam cel operacyjny.

- Zastanawiające również jest to, że w dokumencie NPZ **niespójnie** były wskazane działania w różnych obszarach zdrowotnych. Można przypuszczać, że poszczególne krajowe programy, w zależności od obszaru, tworzone były oddzielnie, bez konsultacji i wspólnych wytycznych, które sprzyjałyby przejrzystości dokumentu i większej spójności planowanych działań.
- Uozp wyraźnie wskazuje, że 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 (art. 14 ust. 4 uozp), a więc planując zadania w gminnych programach pojawiły się wątpliwości jaki tryb należy stosować przy zadaniach, gdzie jednym z elementów działań całego przedsięwzięcia są np.: zamówienie części usług, zakup materiałów edukacyjnych czy też zakup sprzętu.
- Wątpliwości budziło również to, czy samorząd (JST) może realizować zadania NPZ, w których **nie był** wskazany jako realizator lub czy można realizować takie zadania, które wogóle **nie są** wskazane w NPZ. Zadania własne gminy w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych określone w uwtipa, jak i zadania z tego obszaru określone w NPZ, jak już wcześniej wskazałam - stanowią katalog otwarty.
- Pojawiały się pytania, czy jednostka samorządu terytorialnego może ogłaszać konkurs ofert na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego, a co za tym idzie zadania realizowanego w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, **przed uchwaleniem budżetu** na dany rok. Uozp nie zawiera uregulowań uzależniających dopuszczalność ogłaszania konkursu ofert od stopnia zaawansowania procedury budżetowej w danej jednostce samorządu terytorialnego. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że zgodnie z jej art. 15 ust. 1 pkt 2), w ogłoszeniu o konkursie ofert, określa się wysokość środków przeznaczonych na realizację zadania, a ust. 2 pkt 2) wskazuje, iż ogłoszenie o konkursie ofert może zawierać dodatkowo sposób i terminy przekazania środków na rzecz realizatorów zadań. Jednostka samorządu terytorialnego ogłaszając konkurs musi zatem posiadać wiedzę co do wysokości środków przeznaczanych na zadanie. Ministerstwo Zdrowia w dokumencie pn. „Tryby realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego określonych ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym w odniesieniu do przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie - z dnia 30 marca 2016 r. wskazało, iż: mając na uwadze kwestię dotyczącą poprzedzania realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, opracowywaniem programów profilaktycznych, czy zdrowotnych, należy zauważyć, że ustawa o zdrowiu publicznym, odnosząc się do szerokiego wachlarza zadań z zakresu zdrowia publicznego, nie nakazuje takiego opracowania, a jedynie wskazuje na możliwy do zastosowania tryb powierzania realizacji

zadań. Mając jednak na uwadze konieczność podejmowania działań efektywnych i skutecznych zasadnym jest określanie przez podmioty zadań, które będą zgodne z aktualną wiedzą i ich jakość będzie zweryfikowana przez m.in. Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii czy Ośrodki Rozwoju Edukacji (źródło: http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/04/300316_tryby-realizowania-ustawy-o-zdrowiupublicznym_dp.pdf). Dodatkowo, w ogłoszeniu o konkursie ofert, określa się m.in. informację o możliwości odwołania konkursu ofert przed upływem terminu na złożenie ofert, co daje możliwość rezygnacji z konkursu ofert w sytuacji, gdy odstąpiono od realizacji zadania np. w skutek nieujęcia go w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, a także, gdy nie zabezpieczono środków finansowych na jego realizację. Dodatkowo warto zauważyć, iż realizowanie zadań z zakresu ustawy o zdrowiu publicznym nie wyłącza stosowania zasad dysponowania środkami publicznymi, które zostały określone w innych ustawach, a zwłaszcza w ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

- Powstała również trudność w planowaniu zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii ponieważ wskazane zadania w NPZ **nie obejmowały** tak ważnej grupy beneficjentów jakimi są rodziny osób uzależnionych od narkotyków.

Powyżej ujęto kilka z istotnych problemów, z jakimi mogły zetknąć się samorzady tworząc gminne programy. Oczywiście JST zwracały się z pytaniami dotyczącymi między innymi ww. wątpliwości do Ministra Zdrowia, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych czy do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (co można zweryfikować na stronach internetowych tych jednostek) – jednakże, to również przyczyniało się do zwiększenia i tak już dużego obciążenia nowymi zadaniami pracowników, jak i wydłużało proces przygotowania oraz uchwalania przez radnych gminnych programów. W konsekwencji powodowało to duże opóźnienia w realizacji zadań gminy, w obszarze zdrowia publicznego. Odpowiedzi i/lub stanowiska MZ, PARPA czy KBdsPN, na pytania JST **są często niejednoznaczne**.

Samorzady, przygotowując gminne programy, musiały mieć na uwadze, że w stosunku do przepisów obowiązujących przed wejściem w życie ustawy o zdrowiu publicznym - ich zgodność z NPZ i regionalnymi priorytetami polityki zdrowotnej – będzie **corocznie oceniana** przez wojewodę. JST są obowiązane przekazywać informacje o działaniach realizowanych z obszaru zdrowia publicznego wojewodzie, a ten, w przypadku stwierdzenia niejasności lub braków będzie mógł zwracać się do organu wykonawczego JST o ich uzupełnienie lub wyjaśnienie. W przypadku stwierdzenia niezgodności z NPZ lub regionalnymi priorytetami polityki zdrowotnej (w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) wojewoda będzie informował organ stanowiący w danej JST (rada gminy, powiatu, sejmik województwa – odpowiednio). Brakuje jednak jasności w zakresie terminu wydawania przez Wojewodę opinii oraz konsekwencji otrzymania przez JST opinii negatywnej. Brakuje również informacji, czy mimo uzyskania negatywnej opinii wojewody, będzie można jednak kontynuować realizację zadań zaplanowanych wcześniej w wieloletniej perspektywie strategicznej.

II. Realizacja zadań zaplanowanych w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym doprecyzowała katalog zadań z zakresu zdrowia publicznego. Natomiast ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi określa zadania własne gminy w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. NPZ określa cele strategiczne i operacyjne (obszar uzależnień) oraz zadania służące realizacji tych celów. Połączenie tych wszystkich uwarunkowań w jednym dokumencie gminnego programu jest niezwykle trudne.

Art. 14 ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym odnosi się do powierzenia realizacji zadań przez odpowiedniego dysponenta środków, którymi są: (1) minister zdrowia, (2) inni ministrowie lub centralne organy administracji rządowej, agencje wykonawcze i inne państwowe jednostki organizacyjne, w tym NFZ, realizujące zadania z zakresu zdrowia publicznego, (3) **jednostki samorządu terytorialnego**. Art. 3 ust. 2 ustawy o zdrowiu publicznym wskazuje, iż w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego **mogą uczestniczyć podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą zadań z zakresu zdrowia publicznego** określonych w ustawie. W związku z powyższym pojawiają się wątpliwości interpretacyjne: brzmienie przywołanych przepisów sugeruje, że **jednostka organizacyjna gminy nie byłaby dysponentem środków lecz realizatorem** zadań z zakresu zdrowia publicznego, do którego nie mają zastosowania przepisy art. 14 ust. 1 ustawy dot. konkursu ofert, a który powinien stosować przepisy o zamówieniach publicznych oraz przepisy o prowadzeniu działalności pożytku publicznego. Brzmienie przywołanych przepisów powoduje wątpliwości interpretacyjne. Ponadto należy zwrócić uwagę, że leczenie osób uzależnionych od alkoholu odbywać się może jedynie w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą (stacjonarne, całodobowe, ambulatoryjne) w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Przepisy ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nie dopuszczają możliwości leczenia osób uzależnionych poza podmiotami leczniczymi. Zatem ośrodki i gabinety, które nie posiadają wpisu do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez urząd wojewódzki, nie mają prawa leczyć osób uzależnionych. Rozważając dofinansowanie programu leczenia w placówce należy nie tylko koncentrować się na celach statutowych lub przedmiocie działalności - trzeba przede wszystkim sprawdzić, czy widnieje ono w rejestrze **podmiotów prowadzących działalność leczniczą**.

Nie budzi wątpliwości sytuacja finansowania zadań wykonywanych samodzielnie przez jednostkę budżetową gminy, natomiast problem pojawia się w sytuacji, kiedy jednostka chce zlecić działanie zewnętrznemu realizatorowi.

Tryby powierzenia realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego zostały określone w art. 14 ustawy o zdrowiu publicznym. Powierzenie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez odpowiedniego dysponenta środków, o których mowa w art. 13 ustawy o zdrowiu publicznym, odbywa się w trybie konkursu ofert ogłaszanego przez tego dysponenta.

Należy także podkreślić, że środki na realizację zadania dysponent przekazuje na podstawie umowy zawartej z realizatorem zadania. Środki te **nie mają charakteru dotacji** z budżetu, niemniej jednak zgodnie z art. 17 ust. 5 ustawy o zdrowiu publicznym, do środków przekazywanych na podstawie ww. umowy stosuje się przepisy o finansach publicznych **dotyczące dotacji**. Samorządy musiały

przygotować wzory umów z uwzględnieniem ww. wymogów. Umowy te różnią się w gminach w wielu kwestiach. MZ nie przygotowało jednolitego wzoru umowy i sprawozdania (tak jak jest to zrobione w przypadku pożytku publicznego). Jednolity wzór umowy i sprawozdania z pewnością ułatwiłby prawidłową realizację zadań publicznych. Należy zaznaczyć, że w przypadku organizacji pozarządowych realizowanie umów a następnie ich rozliczenie - zgodnie z przepisami dotyczącymi dotacji – nie było większym problemem, ponieważ posiadają one bardzo duże doświadczenie w tym zakresie. Niestety wiele podmiotów leczniczych, mimo uczestniczenia w szkoleniach i precyzyjnych zapisów w zawartych umowach - nie są w stanie prawidłowo rozliczyć dotacji i będą zmuszone do zwrotu środków publicznych. Dla wielu podmiotów leczniczych taki sposób rozliczenia jest niezwykle trudny i zupełnie nowy.

Zgodnie z opinią MZ ustawa o zdrowiu publicznym nie uniemożliwia dalszego stosowania przepisów art. 48 i kolejnych ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wobec planowanych do realizacji programów polityki zdrowotnej, jeżeli spełniają warunki określone ww. ustawą. To do podmiotu upoważnionego do opracowywania, wdrażania, realizowania i finansowania programu należy wybór właściwej podstawy prawnej. JST w ramach realizacji zadań własnych może dofinansowywać programy zdrowotne i programy profilaktyki zdrowotnej, inne niż realizowane przez jednostkę, polegające na profilaktyce chorób. Jednak w praktyce gminne programy (alkohol, narkomania) **nie są programami polityki zdrowotnej**, więc taki tryb nie będzie stosowany przez JST.

Zgodnie z art. 14. ust. 4 ustawy o zdrowiu publicznym 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. Bezwzględne wyłączenie przepisów o zamówieniach publicznych, może powodować problemy przy zlecaniu zadań **wyłącznie w trybie konkursowym**, dotyczyć może to przede wszystkim zadań obejmujących edukację zdrowotną i promocję zdrowia (zakup materiałów) czy rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego (szkolenia dla indywidualnych osób).

Wg. interpretacji MZ stosowanie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie nie będzie błędem w przypadku, gdy zlecane zadanie ma charakter odpowiadający **celowi nadrzędnemu tej ustawy**, a zatem prowadzeniu działalności pożytku publicznego przez organizacje pozarządowe w sferze zadań publicznych oraz współpracy organów administracji publicznej z organizacjami pozarządowymi (art. 1 ust. 1 pkt 1 tej ustawy). Tylko w praktyce, przy realizacji zadań merytorycznych, takie rozwiązanie jest niezasadne. Warto zwrócić również uwagę na fakt, że w ww. ustawie sfera zadań publicznych dotyczy również przeciwdziałania uzależnieniom i patologiom społecznym. Wątpliwości JST pojawiały się również w przypadkach dotyczących finansowania zadania z dwóch źródeł – ze środków pochodzących z ogólnego budżetu gminy oraz ze środków wydatkowanych w ramach gminnego programu – rozważano możliwość połączenia dwóch postępowań konkursowych (otwartych konkursów ofert oraz konkursów z zakresu zdrowia publicznego) w taki sposób, że w jednym ogłoszeniu o konkursie podane zostałyby dwie kwoty (ze wskazaniem różnych źródeł) przeznaczone na finansowanie zadania, dwie podstawy prawne prowadzenia połączonego postępowania konkursowego, zaś pozostałe zapisy byłyby respektowane tryby prowadzenia konkursu w oparciu o oba akty prawne, jak również podmiot realizujący zadanie zostałby zobowiązany, w zawartej umowie, do odrębnego rozliczania tych kwot. Przepisy dotyczące otwartych konkursów ofert oraz konkursów z zakresu zdrowia

publicznego nie zawierają przecież sprzecznych ze sobą postanowień. Inne zadania realizowane przez JST, niż określone w art. 2 uozp mogą być realizowane zgodnie z przepisami ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (np. określone obszary pomocy społecznej). MZ zwraca uwagę, że realizowanie zadań objętych ustawą o zdrowiu publicznym nie wyłącza stosowania zasad dysponowania środkami publicznymi, określonych w innych ustawach, w szczególności zasad planowania oraz dysponowania środkami publicznymi, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych. W praktyce bardzo trudno będzie uzasadnić inny wybór zasad finansowania zadań, niż ten określony w uozp - przy realizacji zadań merytorycznych z obszaru zdrowia publicznego. Może warto wskazać konkretnie wyłączenia stosowania uozp.

Art. 14 ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym powoduje problem interpretacyjny, ponieważ użyty termin „powierzenie” mylnie odsyła do terminologii użytej w ustawie o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, gdzie mamy rozróżnienie na „powierzenie” i „wsparcie”.

Art. 14 ust. 4 ustawy o zdrowiu publicznym powoduje problem interpretacyjny np. w zw. z art. 18 ust. 3 oraz art. 190 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, przy zlecaniu niektórych zadań, tj.: zadań w formie prowadzenia placówek wsparcia dziennego, które gmina może zlecić stosując ustawę o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

W art. 15 ust. 1 pkt 8 ustawy o zdrowiu publicznym nie określono szczegółowego sposobu odwołania się od rozstrzygnięcia konkursu. Wiele gmin stosuje zupełnie różne od siebie rozwiązania w tym zakresie.

Art. 17 ust. 5 ustawy o zdrowiu publicznym powinien wskazywać jasne i przejrzyste formy dla użytych zwrotów dotyczących środków finansowych tj.: wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem, pobranych niezależnie lub w nadmiernej wysokości. Samo odwołanie do przepisów o finansach publicznych nie rozwiewa powstałych wątpliwości.

Nie jest także jasna kwestia dotycząca składania podpisów pod wymaganiami ustawą oświadczeniami. Wątpliwe jest to, czy powinny być one składane przez wszystkie osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu, zgodnie z przepisami wynikającymi z dokumentu określającego osobowość prawną (np. wszyscy członkowie zarządu) oraz osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu (na zewnątrz), w którym organ reprezentujący podmiot udzieli pełnomocnictwa. Praktyka pokazała, że duża liczba ofert została odrzucona formalnie z uwagi na brak podpisu (np. oświadczenia o niekaralności) przez wszystkie osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu.

Warto zastanowić się także nad wskazaniem w ustawie minimalnego okresu/ przedziału czasowego na składanie ofert.

III. Sprawozdawczość z realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

Z dniem 1 stycznia 2017 r. UOZP wszedł w życie art. 12, który stanowi, że JST przedkładają właściwemu wojewodzie, do dnia 31 marca każdego roku, roczną informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. W myśl ww. zapisów gminy spodziewały się, że pierwsza roczna informacja będzie obowiązywała w terminie do 31 marca 2018 roku za rok 2017. W praktyce okazało się, że JST już w 2017 rok musiały sprawozdawać się z realizacji zadań, mimo iż w 2016 roku nie uwzględniono w gminnych programach zadań z NPZ.

Przygotowanie tak szczegółowych informacji, szczególnie dla dużych miast/gmin, gdzie zadania realizowane były przez kilkaset realizatorów, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego - stanowiło bardzo duże obciążenie i budziło szereg wątpliwości interpretacyjnych do poszczególnych danych (kolumn). Wskazane jest, aby bardziej praktycznie opisane były legendy przy poszczególnych danych.

Należy zwrócić uwagę również na to, że do wojewody należy weryfikacja przedłożonych przez JST informacji w zakresie:

- 1) spełniania wymagań określonych w art. 7 Uopz (m.in. wskazanie realizowanego celu operacyjnego NPZ dla podjętych lub zrealizowanych zadań z zakresu zdrowia publicznego; opisu zadań z zakresu zdrowia publicznego zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku; wskazania źródeł i wysokości finansowania zadań zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku),
- 2) zgodności realizowanych przez JST celów i podjętych lub zrealizowanych zadań z celami operacyjnymi i zadaniami służącymi do ich realizacji, określonymi w NPZ.

Zgodnie z art. 26 uozp - wojewoda po raz pierwszy przedkłada opinię zgodności zrealizowanych lub podjętych zadań JST z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do:

- 1) informacji zbiorczej przedkładanej ministrowi ds. zdrowia,
- 2) wniosku składanego w trybie ustawy jw. o którym mowa w art. 48d.

Na podstawie powyższych informacji (zbiorczych wojewody) minister ds. zdrowia jest zobligowany do sporządzania, nie rzadziej, niż co 2 lata, informacji o zrealizowanych lub podjętych działaniach z zakresu zdrowia publicznego, zawierającej ocenę zgodności zrealizowanych lub podjętych przez JST zadań z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W przypadku wystąpienia niezgodności zadań realizowanych przez JST z priorytetami regionalnej polityki zdrowotnej wojewoda przekazuje swoją opinię w tym przedmiocie organowi

stanowiącemu (radzie gminy/miasta/powiatu lub sejmikowi województwa) danej jednostki. Po raz kolejny zaznacza się, iż brakuje informacji w zakresie terminu wydawania opinii i konsekwencji otrzymania opinii negatywnej (Art. 12 ust. 2-9) oraz jasnej informacji, czy mimo uzyskania negatywnej opinii, JST może kontynuować realizację zadań wieloletnich.

Wątpliwości budzi nazwa kolumny we wzorze sprawozdania pn.: „Całkowity koszt zadania”. Nie jasno jest określone, czy należy w tym miejscu wpisywać kwotę wykonania, czy też kwotę przeznaczoną na realizację zadania.

IV. Dobre praktyki i rozwiązania

- Udział i organizacja szkoleń z zakresu ustawy o zdrowiu publicznym - przeszkolenie wszystkich osób zajmujących się realizacją zadań w tym obszarze, zarówno pracowników JST, jak i ich jednostek budżetowych.
- Systematyczna współpraca z Urzędem Wojewódzkim, Urzędem Marszałkowskim, Ministerstwem Zdrowia, Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Wymiana doświadczeń z innymi miastami/gminami (najlepiej o podobnej wielkości).
- Praca w zespole interdyscyplinarnym składającym się z przedstawicieli JST (m.in. pracowników merytorycznych, obsługą finansową, radców prawnych) w celu wypracowania jednolitych rozwiązań systemowych i wspólnych wzorów dokumentów konkursowych (oferta, oświadczenia, umowa, sprawozdania).
- Rozważenie możliwości przygotowania strategicznego, ramowego, kierunkowego gminnego programu wieloletniego (obejmującego okres NPZ) oraz gminnych programów rocznych przygotowywanych na jego podstawie.
- Składanie projektu gminnego programu w terminach zgodnych ze składaniem projektu budżetu organowi stanowiącemu JST.
- Przyjęcie jednolitego druku sprawozdania, który zawierałby dane wymagane do sprawozdania dla wojewody, radnych, PARPA.
- Prowadzenie szerokich konsultacji społecznych.