

Gdańsk, 6 lipca 2010

Konferencja Samorządowa

Realizacja programów zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego po wejściu w życie „Ustawy Koszykowej”

Temat

Konsekwencje „Ustawy koszykowej” dla sposobu realizacji zadań z zakresu profilaktyki zdrowotnej przez samorzady lokalne

Prelegent

Joanna Nowak-Kubiak

Strona

1 z 7

www.ceestahc.org

Konsekwencje „Ustawy koszykowej” dla sposobu realizacji zadań z zakresu profilaktyki zdrowotnej przez samorzady lokalne.

Kancelaria Rady Prawnej Joanna Nowak- Kubiak
Warszawa, ul. Parkowa 13/17 lok. 140
tel. 0-22-841-09-46

Programy profilaktyki zdrowotnej w ustawach samorządowych

SAMORZĄD GMINNY

Art. 7. 1. Do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:

- 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy;
- 2) przekazywanie powiatowi informacji o realizowanych programach zdrowotnych;

SAMORZĄD POWIATOWY

Art. 4. Do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez samorząd województwa należy w szczególności:

- 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu - po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami;
- 2) przekazywanie marszałkowi województwa informacji o realizowanych na terenie powiatu programach zdrowotnych;

SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA

Art. 14. Do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez samorząd województwa należy w szczególności:

- 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa - po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami;
- 2) przekazywanie wojewodzie informacji o realizowanych na terenie województwa programach zdrowotnych;

Kancelaria Rady Prawnej Joanna Nowak- Kubiak
Warszawa, ul. Parkowa 13/17 lok. 140
tel. 0-22-841-09-46

Programy profilaktyki zdrowotnej w ustawach samorządowych

1. Zadania z zakresu ochrony zdrowia są **zadaniami własnymi gmin, powiatów, województw samorządowych**. Oznacza to, że zadania te winny być realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego i finansowane ze środków własnych JST.

Zadania dotyczące programów zdrowotnych są to zadania własne o charakterze fakultatywnym.

2. Do tworzenia, realizacji i oceny programów zdrowotnych będą miały zastosowanie wszystkie przepisy regulujące działalność JST:
 - ustawy samorządowe,
 - ustawa o finansach publicznych,
 - ustawa o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych,
 - ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - inne.

Kancelaria Rady Prawnej Joanna Nowak- Kubiak
Warszawa, ul. Parkowa 13/17 lok. 140
tel. 0-22-841-09-46

Gdańsk, 6 lipca 2010

Konferencja Samorządowa

Realizacja programów zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego po wejściu w życie „Ustawy Koszykowej”

Temat

Konsekwencje „Ustawy koszykowej” dla sposobu realizacji zadań z zakresu profilaktyki zdrowotnej przez samorządy lokalne

Prelegent

Joanna Nowak-Kubiak

Strona

2 z 7

www.ceestahc.org

Definicja programu zdrowotnego

art. 5 pkt. 30) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

program zdrowotny to:

- zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej
- ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione,
- umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów,
- polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców,
- finansowany ze środków publicznych;

Kancelaria Rady Prawnego Joanna Nowak- Kubiak
Warszawa, ul. Parkowa 13/17 lok. 140
tel. 0-22-841-09-46

Jak przygotować i prowadzić program profilaktyki zdrowotnej

- Art. 48. 1. Programy zdrowotne mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie, jednostki samorządu terytorialnego lub Fundusz.
2. Programy zdrowotne dotyczą w szczególności:
- 1)ważnych zjawisk epidemiologicznych;
 - 2)innych niż określone w pkt. 1 istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania;
 - 3)wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.
- 2a. Ministrowie i jednostki samorządu terytorialnego przekazują projekt programu zdrowotnego celem jego zaopiniowania przez Agencję.
2b. Agencja sporządza opinię w sprawie projektu programu zdrowotnego w oparciu o kryteria, o których mowa w art. 31a ust. 1, w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania projektu tego programu.
3. Program zdrowotny może być realizowany w okresie jednego roku albo wielu lat.
4. W przypadku programów zdrowotnych realizowanych przez inne niż Fundusz podmioty, o których mowa w ust. 1, wyboru realizatora programu zdrowotnego dokonuje się w drodze konkursu ofert, z zastrzeżeniem odrębnych przepisów.
5. O przeprowadzeniu konkursu ofert, o którym mowa w ust. 4, podmiot, o którym mowa w ust. 1, ogłasza w swojej siedzibie i na swojej stronie internetowej co najmniej na 15 dni przed upływem wyznaczonego terminu składania ofert.
6. W ogłoszeniu, o którym mowa w ust. 5, określa się w szczególności:
- 1)przedmiot konkursu ofert;
 - 2)wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu zdrowotnego;
 - 3)termin i miejsce składania ofert.
7. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umów o realizację programu zdrowotnego stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące przetargu.
8. W przypadku programów zdrowotnych opracowywanych, wdrażanych, realizowanych i finansowanych przez Fundusz, dokonuje on wyboru realizatora programu zdrowotnego i zawiera z nim umowy, na zasadach i w trybie określonych dla umów zawieranych ze świadczeniodawcami.
9. Do wyboru realizatora programu zdrowotnego nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

Kancelaria Rady Prawnego Joanna Nowak- Kubiak
Warszawa, ul. Parkowa 13/17 lok. 140
tel. 0-22-841-09-46

Jak przygotować i prowadzić program profilaktyki zdrowotnej

Programy zdrowotne mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować między innymi jednostki samorządu terytorialnego

Programy zdrowotne dotyczą w szczególności:

- 1)ważnych zjawisk epidemiologicznych;
- 2)innych istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców
- 3)wdrożenia przedsięwzięć profilaktycznych.

JST przekazują projekt programu zdrowotnego celem jego zaopiniowania przez AOTM

Agencja sporządza opinię w sprawie projektu programu zdrowotnego w oparciu o kryteria, o których mowa w art. 31a ust. 1 ustawy w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania projektu tego programu.

Program zdrowotny może być realizowany w okresie jednego roku albo wielu lat.

Kancelaria Rady Prawnego Joanna Nowak- Kubiak
Warszawa, ul. Parkowa 13/17 lok. 140
tel. 0-22-841-09-46

Gdańsk, 6 lipca 2010

Konferencja Samorządowa

Realizacja programów zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego po wejściu w życie „Ustawy Koszykowej”

Temat

Konsekwencje „Ustawy koszykowej” dla sposobu realizacji zadań z zakresu profilaktyki zdrowotnej przez samorządy lokalne

Prelegent

Joanna Nowak-Kubiak

Strona

3 z 7

www.ceestahc.org

Jak przygotować i prowadzić program profilaktyki zdrowotnej

W przypadku programów zdrowotnych realizowanych przez JST wyboru realizatora programu zdrowotnego dokonuje się w drodze konkursu ofert, z zastrzeżeniem odrębnych przepisów.

Do wyboru realizatora programu zdrowotnego nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

O przeprowadzeniu konkursu ofert JST ogłasza w swojej siedzibie i na swojej stronie internetowej co najmniej na 15 dni przed upływem wyznaczonego terminu składania ofert.

W ogłoszeniu określa się w szczególności:

- 1) przedmiot konkursu ofert;
- 2) wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu zdrowotnego;
- 3) termin i miejsce składania ofert.

W zakresie nieuregulowanym w ustawie do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umów o realizację programu zdrowotnego stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące przetargu.

Kancelaria Rady Prawnej Joanna Nowak- Kubiak
Warszawa, ul. Parkowa 13/17 lok. 140
tel. 0-22-841-09-46

Jak przygotować i prowadzić program profilaktyki zdrowotnej

Art. 70¹ – 70⁵ kodeksu cywilnego przepisy dotyczące przetargu

- W ogłoszeniu przetargu należy określić czas, miejsce, przedmiot oraz warunki przetargu albo wskazać sposób udostępnienia tych warunków.
- Ogłoszenie, a także warunki przetargu mogą być zmienione lub odwołane tylko wtedy, gdy zastrzeżono to w ich treści!!!
- Oferta złożona w toku przetargu przestaje wiązać, gdy została wybrana inna oferta albo gdy przetarg został zamknięty bez wybrania którejkolwiek z ofert, chyba że w warunkach przetargu zastrzeżono inaczej.
- Organizator jest obowiązany niezwłocznie powiadomić na piśmie uczestników przetargu o jego wyniku albo o zamknięciu przetargu bez dokonania wyboru.
- W warunkach przetargu można zastrzec, że przystępujący do przetargu powinien, pod rygorem niedopuszczenia do nich, wpłacić organizatorowi określoną sumę albo ustanowić odpowiednie zabezpieczenie jej zapłaty (wadium).
- Jeżeli uczestnik aukcji albo przetargu, mimo wyboru jego oferty, uchyla się od zawarcia umowy, której ważność zależy od spełnienia szczególnych wymagań przewidzianych w ustawie, organizator aukcji albo przetargu może pobraną sumę zachować albo dochodzić zaspokojenia z przedmiotu zabezpieczenia. W pozostałych wypadkach zapłacone wadium należy niezwłocznie zwrócić, a ustanowione zabezpieczenie wygasza. Jeżeli organizator aukcji albo przetargu uchyla się od zawarcia umowy, ich uczestnik, którego oferta została wybrana, może żądać zapłaty podwójnego wadium albo naprawienia szkody.
- Organizator oraz uczestnik przetargu może żądać unieważnienia zawartej umowy, jeżeli strona tej umowy, inny uczestnik lub osoba działająca w porozumieniu z nimi wpłynęła na wynik przetargu w sposób sprzeczny z prawem lub dobrymi obyczajami. Jeżeli umowa została zawarta na cudzy rachunek, jej unieważnienia może żądać także ten, na czyj rachunek umowa została zawarta, lub dający zlecenie. Uprawnienie powyższe wygasa z upływem miesiąca od dnia, w którym uprawniony dowiedział się o istnieniu przyczyny unieważnienia, nie później jednak niż z upływem roku od dnia zawarcia umowy.

Kancelaria Rady Prawnej Joanna Nowak- Kubiak
Warszawa, ul. Parkowa 13/17 lok. 140
tel. 0-22-841-09-46

Jak przygotować i prowadzić program profilaktyki zdrowotnej

Ponieważ w art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wskazuje się, że wyboru realizatora programu zdrowotnego dokonuje się w drodze konkursu ofert, z zastrzeżeniem odrębnych przepisów, trzeba przyjąć, że zastosowanie mogą mieć także:

- przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 lipca 2005 r., w sprawie szczegółowych warunków przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych na realizację programów zdrowotnych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne – umowa o realizację zadania – z zakładem opieki zdrowotnej dla którego JST jest organem założycielskim,
- przepisy art. 35 ustawy o zoz – w zakresie konkursów na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Kancelaria Rady Prawnej Joanna Nowak- Kubiak
Warszawa, ul. Parkowa 13/17 lok. 140
tel. 0-22-841-09-46

Gdańsk, 6 lipca 2010

Konferencja Samorządowa

Realizacja programów zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego po wejściu w życie „Ustawy Koszykowej”

Temat

Konsekwencje „Ustawy koszykowej” dla sposobu realizacji zadań z zakresu profilaktyki zdrowotnej przez samorządy lokalne

Prelegent

Joanna Nowak-Kubiak

Strona

4 z 7

www.ceestahc.org

Obowiązki JST przy tworzeniu programu - wobec wytycznych AOTM – pod kątem ustaleń kontroli JST

Zgodnie z wytycznymi AOTM w ramach samorządowego programu zdrowotnego:

1. powinien zostać dokładnie określony problem zdrowotny i ustalona grupa populacji, w której problem ten występuje. Konieczne jest określenie czy problem ten jest w grupie docelowej w danej populacji na tyle obecny, że zasadne jest nakierowanie na ten problem programu zdrowotnego. Należy oszacować rozpowszechnienie problemu zdrowotnego w populacji.
 - w przypadku kontroli podlegać ocenie będzie racjonalność i gospodarność wydatkowanych środków publicznych na dany program zdrowotny
2. Należy dokładnie określić potrzeby i preferencje populacji do której jest skierowany program oraz nastawienie tej populacji do danego problemu. Jeśli to konieczne należy podejmować działania edukacyjne oraz zapewnić łatwy dostęp do świadczeń oferowanych w ramach programu.
 - kontrola z punktu widzenia racjonalności wydatków oraz dokonanie oceny programu po jego zakończeniu, gdy badana jest efektywność programu
3. powinny zostać podjęte działania o udowodnionej skuteczności. W tym celu trzeba ocenić prognozowany wpływ programu na stan zdrowia populacji po jego zakończeniu, znaleźć dowody świadczące o skuteczności proponowanych działań, opracować punkty krytyczne programu. Należy korzystać z dowodów naukowych. Dowodem naukowym mogą być:
 - wyniki badań klinicznych,
 - literatura fachowa,
 - opisy ciekawego przypadku lub opisy serii przypadków,
 - badania retrospektywne na podstawie historii chorób,
 - inne
 - konieczne jest korzystanie z dowodów naukowych ze względu na konieczność wykazania racjonalności i gospodarności wydatkowania środków finansowych na programy.

Kancelaria Rady Prawnego Joanna Nowak- Kubiak
Warszawa, ul. Parkowa 13/17 lok. 140
tel. 0-22-841-09-46

Obowiązki JST przy tworzeniu programu - wobec wytycznych AOTM – pod kątem ustaleń kontroli JST

4. Należy zaplanować program z uwzględnieniem możliwości finansowych JST. W przypadku gdyby środki finansowe były niewystarczające można wdrażać programy pilotażowe, łączyć się z innymi JST w ramach porozumień lub podejmować inne działania.
 - ocena z punktu widzenia gospodarności i legalności wydatkowanych środków
5. Samorządowy program zdrowotny powinien zostać tak zaplanowany, aby możliwa była ocena jego efektywności. Konieczne jest więc dokonanie oceny programu z punktu widzenia jego skuteczności pod kątem założeń poczynionych przy jego projektowaniu jak również obiektywnych czynników na przykład zachorowalności lub wykrywalności liczonej na określoną populację (na przykład na X tys. Ludności lub porównując populację sąsiadującą) przed przeprowadzeniem programu i po jego przeprowadzeniu. Można dokonywać oceny skuteczności programu profilaktycznego biorąc za założenie wykrywalność w kontekście zmniejszenia kosztów leczenia choroby nie wykrytej we wczesnym stadium.
 - podjęcie czynności oceny programu zdrowotnego pozwoli na samodzielne oszacowanie efektów społecznych i finansowych wdrożonego programu.

Kancelaria Rady Prawnego Joanna Nowak- Kubiak
Warszawa, ul. Parkowa 13/17 lok. 140
tel. 0-22-841-09-46

Obowiązki JST przy tworzeniu programu - wobec wytycznych AOTM – pod kątem ustaleń kontroli JST

- Przedstawienie programu do oceny AOTM (kontrola pod względem legalności)
 - Przedstawienie programu do opinii AOTM jest obowiązkiem
 - Nie przedstawienie programu do oceny AOTM oznacza, że program jest wdrożony z naruszeniem przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- Uzyskanie pozytywnej oceny AOTM (kontrola pod względem legalności)
 - **Opinia AOTM nie jest wiążąca.** Oznacza to, że uzyskanie negatywnej opinii nie determinuje wprowadzania programu.
 - JST mogą więc wdrażać programy nawet te, które nie uzyskały pozytywnej opinii AOTM.
 - Brak jest przepisów stanowiących, że konieczne jest uzyskanie opinii AOTM przed wdrożeniem programu, jednakże uznając racjonalność ustawodawcy należy założyć, że JST winny czekać na opinię zanim wdrożą program. Można jednak podejmować czynności wstępne do wdrożenia programu w okresie oczekiwania na opinię (3 miesiące) przy założeniu, że będzie on wdrażany bez względu na rodzaj uzyskanej opinii.

Kancelaria Rady Prawnego Joanna Nowak- Kubiak
Warszawa, ul. Parkowa 13/17 lok. 140
tel. 0-22-841-09-46

Gdańsk, 6 lipca 2010

Konferencja Samorządowa

Realizacja programów zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego po wejściu w życie „Ustawy Koszykowej”

Temat

Konsekwencje „Ustawy koszykowej” dla sposobu realizacji zadań z zakresu profilaktyki zdrowotnej przez samorządy lokalne

Prelegent

Joanna Nowak-Kubiak

Strona

5 z 7

www.ceestahc.org

Opinia AOTM

- AOTM sporządza opinię w sprawie projektu programu zdrowotnego w oparciu o liczne kryteria o których mowa w art. 31a ust. 1 u.o.s.z., są to
- wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu:
 - a) priorytetów zdrowotnych określonych w przepisach,
 - b) wskaźników zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określonych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej;
 - skutki następstw choroby lub stanu zdrowia, w szczególności prowadzących do:
 - a) przedwczesnego zgonu,
 - b) niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
 - c) niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
 - d) przewlekłego cierpienia lub przewlekłej choroby,
 - e) obniżenia jakości życia;
 - znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności:
 - a) ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia,
 - b) ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia,
 - c) zapobiegania przedwczesnemu zgonowi,
 - d) poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość;
 - skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo;
 - stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego;
 - stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych;
 - skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Kancelaria Radcy Prawnego Joanna Nowak- Kubiak
Warszawa, ul. Parkowa 13/17 lok. 140
tel. 0-22-841-09-46

Priorytety zdrowotne

- Minister Zdrowia w Rozporządzeniu z dnia 21 sierpnia 2009 r., w sprawie priorytetów zdrowotnych ustalił następujące priorytety zdrowotne:
- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu:
 - a) chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu,
 - b) nowotworów złośliwych,
 - c) przewlekłych chorób układu oddechowego;
 - ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, w szczególności poprzez skuteczną rehabilitację osób poszkodowanych;
 - zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych;
 - zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego;
 - zmniejszenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom;
 - ograniczenie szkód zdrowotnych spowodowanych:
 - a) spożyciem alkoholu,
 - b) używaniem substancji psychoaktywnych,
 - c) paleniem tytoniu;
 - przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy;
 - ograniczenie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy i zamieszkania;
 - poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3;
 - zapobieganie najczęstszemu problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształczącej się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia;
 - rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności;
 - poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym.

Kancelaria Radcy Prawnego Joanna Nowak- Kubiak
Warszawa, ul. Parkowa 13/17 lok. 140
tel. 0-22-841-09-46

Priorytety zdrowotne

NARODOWY PROGRAM ZDROWIA NA LATA 2007 – 2015

przyjęty Uchwałą Nr. 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.
w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007 - 2015

Cel główny

„Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu”

NIEZBĘDNE DZIAŁANIA ZE STRONY OCHRONY ZDROWIA I SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa .Cel operacyjny 12
NPZ

Uzasadnienie wyboru celu:

Gmina i powiat jako wspólnoty mieszkańców są w stanie dobrze identyfikować lokalne problemy zdrowia publicznego ze względu na małą liczbę mieszkańców oraz znajomość lokalnej specyfiki zarówno ekonomicznej, społecznej, jak i kulturowej. Reforma administracji terenowej z 1999 roku nadała każdemu szczeblowi administracji samorządowej szereg kompetencji w prowadzeniu polityki prozdrowotnej. Konstytucyjne zasady pomocniczości oraz domniemania wykonywania zadań publicznych przez samorząd terytorialny, a w ramach samorządu domniemania wykonywania tych zadań przez gminę powodują, że stopnie samorządu lokalnego są uprzywilejowane względem siebie według zasady subsydiarności, wzajemnego uzupełniania się i samodzielności w polityce prozdrowotnej. Oznacza to, że inicjatywy dotyczące problematyki szeroko pojętego zdrowia publicznego powinny mieć charakter oddolny, wychodzący od wspólnoty obywatelskiej.

Kancelaria Radcy Prawnego Joanna Nowak- Kubiak
Warszawa, ul. Parkowa 13/17 lok. 140
tel. 0-22-841-09-46

Gdańsk, 6 lipca 2010

Konferencja Samorządowa

Realizacja programów zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego po wejściu w życie „Ustawy Koszykowej”

Temat

Konsekwencje „Ustawy koszykowej” dla sposobu realizacji zadań z zakresu profilaktyki zdrowotnej przez samorządy lokalne

Prelegent

Joanna Nowak-Kubiak

Strona

6 z 7

www.ceestahc.org

Priorytety zdrowotne

Oczekiwane od JST efekty realizacji NPZ do 2015 roku

1. Posiadanie przez wszystkie jednostki samorządu terytorialnego wieloletnich planów polityki zdrowotnej i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych,
2. Zapewnienie skutecznego zarządzania i nadzoru nad funkcjonowaniem zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez gminy, powiaty i województwa,
3. Funkcjonowanie – dostosowanej do potrzeb mieszkańców oraz możliwości finansowych państwa – sieci zakładów opieki zdrowotnej,
4. Standaryzowane warunki świadczenia usług zdrowotnych,
5. Uproszczenie systemu wdrażania funduszy strukturalnych na rzecz zdrowia publicznego,
6. Budowanie partnerstwa na rzecz systemu ochrony zdrowia,
7. Zwiększenie liczby kwalifikowanych menedżerów zdrowia publicznego zatrudnionych w samorządach terytorialnych,
8. Zwiększenie potencjału zdrowotnego i świadomości zdrowotnej ludności,
9. Upowszechnienie wprowadzania i realizowania w szkołach i w przedszkolach programów profilaktyki i promocji zdrowia,
10. Wzmocnienie instytucjonalne organizacji obywatelskich działających w sferze ochrony zdrowia,
11. Zmiana zasad zarządzania zadaniami w sektorze ochrony zdrowia na systemowe i zadaniowe.

Kancelaria Radcy Prawnego Joanna Nowak- Kubiak
Warszawa, ul. Parkowa 13/17 lok. 140
tel. 0-22-841-09-46

Priorytety zdrowotne

Zadania dla JST

- 1. Opracowanie oraz wdrażanie regionalnych i lokalnych programów zabezpieczenia
- świadczeń zdrowotnych, a także realizacji profilaktyki i promocji zdrowia,
- 2. Poprawa możliwości absorpcji środków finansowych, w tym unijnych, na realizację projektów z zakresu ochrony zdrowia,
- 3. Wspieranie tworzenia lokalnego partnerstwa na rzecz zdrowia,
- 4. Uruchomienie sieci regionalnych i lokalnych pełnomocników do spraw realizacji polityki prozdrowotnej,
- 5. Rozbudowa infrastruktury sportowej i rekreacyjnej.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

- 1. Poprawa jakości usług zdrowotnych i dostępności do nich przez zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia oraz bardziej racjonalne wykorzystanie infrastruktury ochrony zdrowia,
- 2. Zwiększenie sprawności i wydolności fizycznej oraz poprawa kondycji psychicznej społeczeństwa,
- 3. Zmniejszenie rozpowszechnienia otyłości, chorób układu ruchu, krążeńia oraz patologii społecznej wśród młodzieży,
- 4. Zmniejszenie szkód zdrowotnych i skutków społecznych spowodowanych spożywaniem alkoholu, paleniem tytoniu, używaniem narkotyków.

Kancelaria Radcy Prawnego Joanna Nowak- Kubiak
Warszawa, ul. Parkowa 13/17 lok. 140
tel. 0-22-841-09-46

Priorytety zdrowotne

I. Strategiczne cele zdrowotne

1. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu;
2. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych;
3. Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków;
4. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne;
5. Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego;
6. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego;
7. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom;
8. Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.

II. Cele operacyjne dotyczące czynników ryzyka i działań w zakresie promocji zdrowia

1. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu;
2. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem;
3. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości;
4. Zwiększenie aktywności fizycznej ludności;
5. Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych;
6. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju.

Kancelaria Radcy Prawnego Joanna Nowak- Kubiak
Warszawa, ul. Parkowa 13/17 lok. 140
tel. 0-22-841-09-46

Gdańsk, 6 lipca 2010

Konferencja Samorządowa

Realizacja programów zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego po wejściu w życie „Ustawy Koszykowej”

Temat

Konsekwencje „Ustawy koszykowej” dla sposobu realizacji zadań z zakresu profilaktyki zdrowotnej przez samorządy lokalne

Prelegent

Joanna Nowak-Kubiak

Strona

7 z 7

www.ceestahc.org

Priorytety zdrowotne

III. Cele operacyjne dotyczące wybranych populacji

7. Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem;
8. Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego, psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszemu problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży;
 - 1) Realizacja całego zakresu programu POLKARD w ramach działań na rzecz tego celu strategicznego.
 - 2) Realizacja ustawy o ustanowieniu Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych na rzecz tego celu strategicznego.
 - 3) Realizacja Programu zwalczania HCV na rzecz tego celu strategicznego.
9. Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych;
10. Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych;
11. Intensyfikacja zapobiegania próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.

IV Niezbędne działania ze strony ochrony zdrowia i samorządu terytorialnego

12. Aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia społeczeństwa;
13. Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta;
14. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, szczególnie przez działania podstawowej opieki zdrowotnej;
15. Zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Kancelaria Radcy Prawnego Joanna Nowak- Kubiak
Warszawa, ul. Parkowa 13/17 lok. 140
tel. 0-22-841-09-46