

Realizacja przez gminy zadań w zakresie ochrony zdrowia – tworzenie programów polityki zdrowotnej

Zgodnie z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Ponadto władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. Z zacytowanego przepisu konstytucyjnego wynikają dwie zasadnicze dla ochrony zdrowia normy. Po pierwsze, Konstytucja stoi na stanowisku, iż każda osoba przebywająca na terytorium Polski, bez znaczenia czy jest jej obywatelem, czy też nie, ma prawo do ochrony zdrowia. Kolejna norma odnosi się wyłącznie do obywateli polskich, którym Konstytucja zapewnia równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Warunki i zakres świadczeń zdrowotnych zostały zaś uregulowane, zgodnie z dyspozycją art. 68 ust. 2 Konstytucji, w ustawie z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych².

Warto w tym miejscu rozstrzygnąć, co się rozumie poprzez równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z poglądem B. Banaszaka zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest związana z finansowaniem świadczeń ze środków publicznych opierającym się na gromadzeniu tych środków od wszystkich ubezpieczonych na zasadach powszechności i równości. Zebrane środki rozdysponowywane są pomiędzy osoby, które zostały dotknięte przez ryzyko ubezpieczeniowe i dostęp tych osób do świadczeń powinien być równy³. Jest to słuszny pogląd, uwzględniający zasadę solidarności społecznej. Poprzez równy dostęp do świadczeń zdrowotnych należy rozumieć dostęp sprawiedliwy, tak jak to zostało wyrażone w Konwencji o ochronie

¹ Adwokat, doktorant na Wydziale Prawa Uniwersytetu Humanistycznospołecznego SWPS.

² T.j. Dz.U. 2015, poz. 581 z późn. zm., dalej także ustawa o świadczeniach.

³ B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2009, s. 352.

praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny: Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie z 4.04.1997 r.⁴ Art. 3 konwencji bioetycznej zawiera zasadę sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej, zgodnie z tą zasadą, uwzględniając potrzeby zdrowotne oraz dostępne środki, Strony podejmą w ramach swoich właściwości, stosowne działania w celu zapewnienia sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej o właściwej jakości. Wprawdzie konwencja bioetyczna nie została jeszcze ratyfikowana przez stronę polską, mimo takich deklaracji, to należy zwrócić uwagę na bardzo trafne określenie zasady dostępu do opieki zdrowotnej, w zasadzie jest to zbieżne z poglądami judykatury oraz piśmiennictwa odnośnie stosowania zasady sprawiedliwości przy dostępie do świadczeń zdrowotnych. Powyższe zasady, co do równego czy też sprawiedliwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy również odnieść do powszechnego prawa do ochrony zdrowia, również w tym przypadku władza publiczna podejmując działania urzeczywistniające to prawo powinny to czynić w sposób sprawiedliwy i traktować na równi z obywatelami polskimi również inne osoby przebywające na terytorium Polski.

Konsekwencją konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia jest obowiązek po stronie władzy publicznej, w tym po stronie jednostek samorządu terytorialnego, do podejmowania działań w celu zapewnienia realizacji tego prawa. Art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym⁵ wymienia, jako zadanie własne gmin, podejmowanie działań z zakresu ochrony zdrowia. Jednym z przejawów działalności gmin w zakresie ochrony zdrowia jest tworzenie i realizacja programów polityki zdrowotnej⁶. Należy zaznaczyć, iż tworzenie PPZ nie należy do obowiązkowych zadań własnych gmin, o czym jest mowa w ust. 2 ww. artykułu. Niemniej jednak w przypadku, gdy jednostka samorządu terytorialnego decyduje się na wdrożenie takiego programu to tak na etapie jego tworzenia, jak i realizacji obowiązana jest do stosowania odpowiednich przepisów dotyczących finansów publicznych oraz odnoszących się do samych PPZ.

Podstawową kwestią związaną z wdrażaniem PPZ przez gminy jest rozstrzygnięcie, w jakiej formie i jaki organ gminy jest upoważniony do przyjęcia programu. Ustawa o świadczeniach poza ogólnym stwierdzeniem, zawartym w art. 48 ust. 1, iż programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać,

⁴ European Treaty Series (ETS) / Série des traités européens (STE) Nr 164, dalej także konwencja bioetyczna.

⁵ T.j. Dz.U. 2016, poz. 446 z późn. zm., dalej także ustawa o samorządzie gminnym.

⁶ Dalej także: PPZ lub program.

realizować i finansować jednostki samorządu terytorialnego nie rozstrzyga tej kwestii. Należy zatem odwołać się do przepisów ogólnych określających kompetencje organów gminy. Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy o samorządzie gminnym do właściwości rady gminy należą wszystkie sprawy pozostające w zakresie działania gminy, o ile ustawy nie stanowią inaczej. W tym przypadku, w sytuacji braku uregulowań szczególnych, przyjmowanie PPZ pozostawione jest w gestii rady gminy, która powinna przyjąć odpowiednią uchwałę w trybie art. 14 ustawy o samorządzie gminnym. Takie stanowisko zostało wyrażone w wyroku WSA w Poznaniu z dnia 16.07.2014 r., IV SA/Po 507/14⁷. WSA stwierdził, iż przepis art. 18 ust. 1 u.s.g. określa domniemanie właściwości rady gminy do załatwiania spraw mieszczących się w zakresie działania gminy. Gminny samorząd terytorialny jest upoważniony do załatwiania lokalnych spraw publicznych, które zostały ustawowo włączone do zakresu jego działania, jak również do załatwiania takich zadań i kompetencji, których ustawy nie przekazały żadnemu podmiotowi, a które mieszczą się w zakresie zadań i kompetencji samorządowych o charakterze lokalnym. Nie mogą to być jednak dowolnie wykreowane przez samorząd gminny zadania publiczne, a jedynie takie, które mają charakter zobiektywizowany, to jest znajdują podstawę prawną, lecz brak wyraźnie wskazanego przez ustawodawcę podmiotu władnego do ich realizacji.

Co do zakresu podmiotów, do których adresowane powinny być PPZ, to należy stanąć na stanowisku, iż programami objęci powinni być mieszkańcy danej gminy, bez względu czy są w niej zameldowani, czy też nie oraz niezależnie od tego czy są to osoby uprawnione do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, czy też nie. Art. 2 ustawy o świadczeniach określa enumeratywnie krąg osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nie stawia natomiast ograniczeń, co do zakresu podmiotów uprawnionych do korzystania z PPZ. W związku z powyższym działalność gminy w zakresie ochrony zdrowia poprzez tworzenie PPZ należy traktować jak zadanie własne skierowane do ogółu mieszkańców danej gminy, tak jak inne zadania własne określone w art. 7 ustawy o samorządzie gminnym. Za takim zakresem podmiotów uprawnionych do korzystania z PPZ przemawia również zapis art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach zgodnie, z którym do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowy-

⁷ LEX nr 1498465.

wanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. Tak więc cytowany przepis odnosi się do potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy, nie zaś tylko osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych. Powyższy pogląd podzielają B. Łukasik i J. Nowak-Kubiak⁸ w komentarzu do art. 7 ustawy o świadczeniach, zdaniem autorów wymienione w przepisie zadania gmina ma obowiązek realizować jedynie w odniesieniu do swoich mieszkańców. Oznacza to, że trzeba być mieszkańcem danej gminy, aby zostać objętym na przykład gminnym programem zdrowotnym. Należy jednak podkreślić, że zamieszkanie – a więc bycie członkiem wspólnoty samorządowej w rozumieniu przepisów – nie jest równoznaczne z zameldowaniem na terenie danej gminy. Realizując więc swoje zadania w zakresie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, władze gminy winny je kierować do mieszkańców gminy (osób zamieszkujących na jej obszarze), nie zaś wyłącznie do osób zameldowanych na obszarze danej gminy.

Sama definicja programu polityki zdrowotnej została zawarta w art. 5 pkt. 29a ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym przez program polityki zdrowotnej należy rozumieć 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. Jak wynika z powyższej definicji, ustawodawca nie ograniczył PPZ do określonych działań np. wyłącznie profilaktycznych bądź diagnostycznych. Wskazał jedynie przykładowo w art. 48 ust. 3 ustawy czego mogą dotyczyć PPZ. Zgodnie ze wskazanym przepisem mogą one dotyczyć ważnych zjawisk epidemiologicznych, innych niż ważne zjawiska epidemiologiczne istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów oraz wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych. Użycie zwrotu w szczególności oznacza, iż nie jest to katalog zamknięty. Dlatego też gmina ma pełną swobodę w określeniu przedmiotu świadczeń w ramach PPZ. Mogą to być np. szczepienia (działania profilaktyczne), opieka dentystryczna (działania lecznicze),

⁸ B. Łukasik, J. Nowak-Kubiak, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, stan prawny na 1.10.2006 r., komentarz do art. 7, LEX [dostęp: 30.09.2016].

wszelkiego rodzaju badania (działania diagnostyczne). W opublikowanej przez Najwyższą Izbę Kontroli w sierpniu br. Informacji o wynikach kontroli realizacji programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego⁹ wskazano, iż samorządy najczęściej realizowały PPZ w zakresie szczepień HPV oraz grypie, prowadzono programy w zakresie profilaktyki nowotworowej, przeciwdziałano powstawaniu próchnicy wśród dzieci. Prowadzono również działania ukierunkowane na przeciwdziałanie i leczenie schorzeń kardiologicznych. W Częstochowie wdrożono PPZ leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego IN VITRO¹⁰.

Nie wydaje się natomiast, by możliwe było objęcie PPZ takich działań, co do których odnoszą się uregulowania szczegółowe nakładające na gminy obowiązek określonych działań prozdrowotnych. Przede wszystkim chodzi tu o działania gminy określone w ustawie z dnia 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi¹¹. Art. 1 ust. 1 nakłada na jednostki samorządu terytorialnego obowiązek m.in. przeciwdziałania powstawaniu i usuwania następstw nadużywania alkoholu, co zgodnie z art. 4¹ ustawy realizowane jest w postaci gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Również ustawa z dnia 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii¹² w art. 10 ust. 2 nakłada obowiązek tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. Niemniej należy wskazać, iż Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 28.10.2015 r. w sprawie przekazywania informacji o programach polityki zdrowotnej oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje¹³, w załączniku do rozporządzenia stanowiącego wzór dokumentu zawierającego informacje o programie polityki zdrowotnej, przekazywanych na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, przez gminy do powiatów, wskazał w pkt 5 załącznika – kategoria programu – w lit. b alkoholizm oraz w lit. ze uzależnienie od substancji psychoaktywnych i narkomania. Tak więc z ww. rozporządzenia wynika, iż PPZ mogą dotyczyć również spraw związanych z problemami alkoholizmu i narkomanii. Niemniej w praktyce może to prowadzić do nieporozumień, co do podstawy prawnej prowadzenia danego programu. Ponadto należy wskazać, iż zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 02.03.2010 r. w sprawie szczegółowej klasyfikacji

⁹ www.nik.gov.pl s. 40 [dostęp: 7.11.2016].

¹⁰ Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Miasta Częstochowy na lata 2015–2017, www.czestochowa.pl [dostęp: 7.11.2016].

¹¹ T.j. Dz.U. 2016, poz. 487 z późn. zm.

¹² T.j. Dz.U. 2016, poz. 224 z późn. zm.

¹³ Dz.U. nr 1867.

dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych¹⁴ w dziale 851 ochrona zdrowia wyodrębniono osobno wydatki na programy polityki zdrowotnej (rozdział 85149), wydatki na zwalczanie narkomanii (rozdział 85153) oraz osobno przeciwdziałanie alkoholizmowi (rozdział 85154). Stąd też może wystąpić trudność w przypadku kwalifikacji wydatków przy przyjęciu, iż PPZ mogą dotyczyć również działań z zakresu zwalczania narkomanii oraz przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Kolejne ograniczenie, co do przedmiotu polityki zdrowotnej zawiera art. 48 pkt 4 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym PPZ opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane przez jednostki samorządu terytorialnego, w przypadku gdy dotyczą świadczeń gwarantowanych objętych programami, o których mowa w ust. 1 (programami zdrowotnymi), realizowanymi przez ministrów oraz Fundusz, muszą być z nimi spójne merytorycznie i organizacyjnie. W uzasadnieniu do projektu o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, dodającym art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach podano, iż: „...proponuje się także wprowadzenie do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przepisów zobowiązujących jednostki samorządu terytorialnego do realizacji programów polityki zdrowotnej w sposób spójny merytorycznie i organizacyjnie z programami realizowanymi przez ministrów oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Przykładowo przyjęcie w oparciu o wytyczne europejskie odpowiednich przedziałów wiekowych dla wykonywania określonego rodzaju badań na etapie diagnostyki podstawowej nie znajduje uzasadnienia realizacji w tym przedziale wiekowym innych badań. Podobnie, przyjęcie dla populacji kobiet z przedziału wiekowego 50–69 lat wykonywania badań mammograficznych w interwałach czasowych co 2 lat nie uzasadnia wykonywania realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego programu zdrowotnego, w ramach którego podstawowym badaniem dla tej grupy wiekowej byłoby np. badanie USG. Nie oznacza to, że jednostki samorządu terytorialnego nie mogą realizować programu zdrowotnego, w ramach którego realizowane byłyby np. badania USG u młodszych kobiet. Stąd też kwestia zachowania spójności pomiędzy wszystkimi programami wymienionymi w zmienianym art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest bardzo *istotna*”¹⁵. Przywołane powyżej uzasadnienie

¹⁴ T.j. Dz.U. 2014, nr 1053 z późn. zm.

¹⁵ Sejm RP VII kadencji, nr druku: 2505.

do regulacji nakazującej spójność merytoryczną PPZ realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego z programami zdrowotnymi realizowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz ministra nie wydaje się by do końca odpowiadało zapisom ustawowym, w szczególności zapisowi o spójności organizacyjnej. Nie bardzo wiadomo, co to ma oznaczać. Niemniej weryfikacji takiej, zgodnie z art. 48a ust. 3 pkt. 2 ustawy o świadczeniach, powinna dokonać Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji¹⁶ w procedurze opiniowania PPZ, o której mowa w art. 48a ust. 1 ustawy o świadczeniach. Niezależnie od powyższego obowiązku Agencji zasadne jest z punktu widzenia czysto praktycznego skonfrontowanie na etapie przygotowania PPZ ich spójności z wdrożonymi przez ministra oraz Narodowy Fundusz Zdrowia programami zdrowotnymi. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, iż przekazanie do Agencji projektu PPZ w celu zaopiniowania musi nastąpić przed podjęciem przez radę gminy uchwały o jego przyjęciu, stąd też jest mowa w wyżej cytowanym przepisie o projekcie PPZ. Sama opinia Agencji nie ma dla jednostki samorządu terytorialnego charakteru wiążącego, gmina może zignorować taką opinię bądź się z nią nie zgodzić, co może mieć ujemne konsekwencje dla jednostki samorządu terytorialnego w przypadku stwierdzenia, choćby w trakcie kontroli Najwyższej Izby Kontroli niezgodności PPZ z wymogami ustawowymi.

Całość działań gminy związanych z realizacją programu polityki zdrowotnej należy podzielić na trzy etapy: przygotowania programu polityki zdrowotnej, realizacji oraz analizy osiągniętych efektów wraz z ewaluacją programu.

Zgodnie z definicją ustawową pojęcia PPZ, to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione. Dlatego też na etapie przygotowania programu, rozważając możliwość wprowadzenia PPZ należy zbadać czy planowane działania będą spełniać przesłanki skuteczności, bezpieczeństwa i czy będą to działania uzasadnione, z punktu widzenia zamierzonego celu, jakim powinna być poprawa zdrowia określonej populacji oraz w świetle aktualnej wiedzy medycznej. Kolejna przesłanka prawidłowo skonstruowanego programu PPZ zawarta została w art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. Tak więc przepis ten nakazuje gminie przed przystąpieniem do tworzenia PPZ rozpoznanie potrzeb zdro-

¹⁶ Dalej także: Agencja.

wotnych mieszkańców gminy, a w szczególności grupy docelowej, do której ma być kierowany program. Ustawodawca nie precyzuje, w jaki sposób jednostka samorządu terytorialnego ma dokonać rozpoznania potrzeb zdrowotnych oraz stanu zdrowia mieszkańców gminy. Dlatego też niezbędna jest w tym zakresie współpraca wyspecjalizowanych jednostek organizacyjnych gminy z podmiotami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej, Narodowym Funduszem Zdrowia oraz organizacjami społecznymi, które realizują zadania z zakresu ochrony zdrowia, czyli podmiotami dysponującymi fachową wiedzą na temat stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych mieszkańców gminy. Ważnym źródłem informacji odnośnie potrzeb zdrowotnych mieszkańców gminy są również wszelkiego rodzaju ankiety oraz wywiady środowiskowe, niemniej przy zbieraniu takiego typu informacji należy zawsze mieć na uwadze wymogi w zakresie ochrony danych osobowych określone w ustawie z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych¹⁷. Zgodnie z art. 6 ust 1 ustawy, przez dane osobowe rozumie się wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej. Art. 27 ust. 1 zabrania natomiast przetwarzania danych osobowych dotyczących m.in. danych odnośnie stanu zdrowia. Dlatego też wszelkie informacje czy to w formie ankiet, czy też danych przekazywanych przez placówki opieki zdrowotnej powinny mieć charakter anonimowy. Należy zaznaczyć, iż nie będzie miało, w przypadku realizowania przez gminy PPZ, zastosowania wyjątek od powyższej zasady wyrażony w art. 27 ust. 2 pkt 7 ustawy o ochronie danych osobowych, gdyż dotyczy jedynie przypadków świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych i zarządzania udzielaniem usług medycznych. W przypadku zaś przygotowywania PPZ nie będzie miało miejsca świadczenie takich usług¹⁸, powyższe ograniczenie, co do ochrony danych osobowych będzie miało również zastosowanie w przypadku przekazywania gminie informacji o realizacji PPZ, gmina bowiem nie ma ustawowych uprawnień do przetwarzania danych o stanie zdrowia osób biorących udział w PPZ. Inaczej będzie w przypadku finansowania przez jednostkę samorządu terytorialnego świadczeń gwarantowanych. W tym przypadku gmina jest uprawniona na podstawie art. 188 d ustawy o świadczeniach do przetwarzania danych osobowych osób, którym udzielono świadczeń oraz świadczeniodawców w zakresie wskazanym w ww. przepisie.

¹⁷ T.j. Dz.U. 2016, poz. 922.

¹⁸ Szerzej na temat zastosowania art. 27 ust. 2 pkt 7 ustawy o ochronie danych osobowych. J. Barta, P. Fajgielski, R. Markiewicz *Ochrona danych osobowych. Komentarz*, stan prawny na 1.07.2015 r., komentarz do art. 27, LEX [dostęp: 26.10.2016].

Jednym z obowiązków gminy realizującej PPZ jest, zawarty w art. 7 ust. 1 pkt 2, wymóg przekazywania powiatowi informacji o programach. Wspomniany przepis został sformułowany w sposób lakoniczny pozostawiając uściślenie tego przepisu właściwemu ministrowi w akcie wykonawczym. Takie uściślenie nastąpiło w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28.10.2015 r. w sprawie przekazywania informacji o programach polityki zdrowotnej oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacji. Zgodnie z § 3 ust. 1 rozporządzenia gmina przekazuje informacje o realizowanych w poprzednim roku PPZ oraz planowanych na rok bieżący w terminie do dnia 31 stycznia każdego roku. Informacje o PPZ gmina przekazuje w formie elektronicznej według formularza, który jest załącznikiem do rozporządzenia, stosownie do § 2 pkt 1 w zw. z § 1 pkt 2. Istotne jest, iż rozporządzenie wymaga, by gmina przesyłała do powiatu PPZ, które były opiniowane przez Agencję albo są w trakcie opiniowania. Obowiązek opiniowania programów przez Agencje został wprowadzony od 12.08.2009 r.¹⁹ Nasuwa się więc wątpliwość, co do znaczenia zapisu art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym nie przesyła się do zaopiniowania PPZ będących kontynuacją programów realizowanych w poprzednim okresie. Zapis ten należy rozumieć, iż w przypadku programów, które były już realizowane i posiadają opinie Agencji nie ma potrzeby ich ponownego opiniowania, nie zaś, iż programy, które były realizowane przed wejściem w życie obowiązku ich opiniowania mogą być realizowane bez potrzeby ich opiniowania. Za takim rozumieniem tego przepisu przemawia treść ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28.10.2015 r. mówiąca o konieczności przesłania do powiatu informacji o programach, które zostały już zaopiniowane oraz tych, które są w trakcie opiniowania. Przy innym rozumieniu przepisu art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach dochodziłoby do sytuacji, w której realizowane są PPZ, które nie posiadają opinii Agencji, i o realizacji, których nie jest informowany powiat, co nie było zamiarem ustawodawcy dążącego do zapewnienia spójności polityki zdrowotnej.

Samego wyboru realizatora PPZ dokonuje się w drodze konkursu, co zostało uregulowane w art. 48b ustawy o świadczeniach. Regulacje ww. artykułu określa minimum wymagań, co do określenia sposobu i terminu ogłoszenia konkursu (ust. 2) oraz treści ogłoszenia (ust. 3). W pozostałym zakresie ww. art. odsyła do kodeksu cywilnego (ust. 4) dotyczących przetargów, a więc do art. 70¹k.c.–70³k.c.

Wybór realizatora PPZ nie zwalnia gminy z obowiązku dbałości o właściwą realizację programu. Obok obowiązku właściwego rozliczenia finanso-

¹⁹ Ustawa z dnia 25.06.2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach. (Dz.U. Nr 118, poz. 989).

wego zadania, na gminie ciąży również obowiązek oceny efektów programu, o czym jest mowa w art. 7 ust. 1 pkt. 1 ustawy o świadczeniach. Należy również wskazać na konieczność prowadzenia w gminie kontroli zarządczej zgodnie z art. 68 ustawy z dnia 27.08.2009 r. o finansach publicznych²⁰. W ramach kontroli zarządczej realizując PPZ gmina ma m.in. obowiązek wyznaczenia celu, który chce osiągnąć poprzez realizowany PPZ, wyznaczenie mierników służących do oceny stopnia realizacji założonego celu (mogą być to np. mierniki liczbowe, np. liczba wykonanych szczepień lub badań bądź też mierniki bardziej ogólne, np. podniesienie świadomości w grupie docelowej, co do szkodliwości dla zdrowia pewnych zachowań), monitorowania na bieżąco stan realizacji zamierzonych celów zgodnie z wyznaczonymi wcześniej miernikami. Jest to bardzo istotne z punktu widzenia skuteczności działania jednostki samorządu terytorialnego. Często bywa bowiem tak, iż osoby odpowiedzialne za realizację danego PPZ ograniczają się do przeprowadzenia konkursu ofert, sporządzenia i podpisania umowy, a po „zrealizowaniu programu” do przyjęcia sprawozdania i rozliczenia umowy. W takiej sytuacji może się zdarzyć, iż np. w przypadku programu edukacyjnego obejmującego szereg wykładów stopień zainteresowania lub frekwencja osób, do których jest kierowany PPZ, będzie znikoma. W takiej sytuacji, mimo iż program został zrealizowany, a środki wydatkowane, trudno mówić o skuteczności działania. Stąd też w ramach kontroli zarządczej niezbędne jest ciągle monitorowanie osiągniętych celów, a co za tym idzie danie sobie szansy na korektę założeń programu tak, by możliwe było osiągnięcie jak najlepszego efektu w stosunku do wydatkowanych środków. W takim znaczeniu stosowanie kontroli zarządczej w najprostszym ujęciu będzie polegało na podjęciu wszelkich skutecznych działań w celu osiągnięcia zamierzonego celu PPZ²¹.

Jak już wyżej wspomniano, ocena efektów PPZ jest jednym z obowiązków gminy realizującej PPZ, co również wynika z obowiązku prowadzenia kontroli zarządczej. Jak wynika z art. 48 ust. 5 ustawy o świadczeniach PPZ mogą być realizowane w okresie jednego albo wielu lat. Tak więc w przypadku programów przewidzianych do realizacji w okresie jednorocznym ocena efektów w zasadzie ma służyć do zweryfikowania stopnia osiągnięcia zakładanych celów oraz skuteczności programu. W przypadku programów wieloletnich ocena efektów będzie zawsze niezbędna do przeprowadzenia ewaluacji programu.

²⁰ T.j. Dz.U. 2013, poz. 885 z późn. zm.

²¹ Szerzej na temat kontroli zarządczej: J.M. Salachna, *Kontrola zarządcza i jej audyt*, [w:] D. Perła, M. Piotrowicz, J.M. Salachna, *Efektywne zarządzania długiem w jednostkach samorządu terytorialnego*, LEX [dostęp: 30.10.2016].

Należy zaznaczyć, iż konieczność przeprowadzenia ewaluacji programu musi być przewidziana już na etapie planowania danego działania. Wówczas to należy się zastanowić jakich instrumentów będziemy potrzebować do przeprowadzenia skutecznej ewaluacji czy będzie to np. ankieta, wywiad, czy też np. analiza dokumentów bądź obserwacja. W przypadku programów wieloletnich ewaluacja będzie miała na celu ulepszenie danego programu, tak by w kolejnym okresie jego realizacji możliwe było skuteczniejsze działanie w celu poprawy stanu zdrowia populacji objętej programem polityki zdrowotnej.

Warto jeszcze zwrócić uwagę na art. 9a dodany do ustawy o świadczeniach, wraz z nowelizacją, która weszła w życie w dniu 15 lipca 2016 r.²² zgodnie z dodanym art. 9a w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Tak więc nowelizacja ustawy dała możliwość samorządowi terytorialnemu, w tym także gminom, finansowania świadczeń gwarantowanych, co przed nowelizacją nie było możliwe. Jak wynika z uzasadnienia do zmiany ustawy do art. 9a: „Jednostki samorządu terytorialnego mogą obecnie – na podstawie przepisów ustawy, przekazywać podległym im podmiotom dotacje na ściśle określony cel, w tym inwestycje w nieruchomości, zakupy aparatury medycznej, kształcenie kadry medycznej oraz prowadzenie programów profilaktycznych. Obowiązujące przepisy nie dopuszczają natomiast możliwości finansowania przez nich świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmioty lecznicze, dla których są one podmiotami tworzącymi, albo które znajdują się na terenie tych jednostek samorządu terytorialnego.

Zgodnie z przepisami art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. 2015, poz. 1515 z późn. zm.), art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz.U. 2015, poz. 1445 z późn. zm.) oraz art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. 2015, poz. 1392 z późn. zm.) zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego. Przepisy te nie wskazują jednak szczegółowo, w jaki sposób powyższe zadania mają być wykonywane, tym samym nie mogą stanowić samostojącej podstawy prawnej dla działań w ochronie zdrowia.

²² Art. 21 pkt 2 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U., poz. 960).

Przedmiotowy projekt określa wyraźnie podstawę prawną dla tych działań i przewiduje przyznanie jednostkom samorządu terytorialnego kompetencji do finansowania świadczeń gwarantowanych dla członków swojej wspólnoty samorządowej”.

Podkreślić należy, iż projektowana ustawa nie nakłada na jednostki samorządu terytorialnego obowiązku finansowania świadczeń gwarantowanych dla członków swojej wspólnoty, a jedynie przyznaje im taką możliwość. Projektowana ustawa nie nakłada tym samym na jednostki samorządu terytorialnego nowych zadań i nie ma potrzeby przyznania w tym zakresie jednostkom nowych, dodatkowych środków finansowych.

Jednocześnie możliwość ta nie narusza obowiązków władz publicznych wynikających z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, zgodnie z którym obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych²³.

Z powyższego uzasadnienia do projektu zmiany ustawy o świadczeniach jasno wynika, iż obok możliwości tworzenia i realizacji PPZ gminy wraz z wejściem w życie nowych uregulowań otrzymały możliwość finansowania świadczeń gwarantowanych na zasadzie dobrowolności. Ustawa nie nakłada również na gminę nowych obowiązków ani nie zwalnia innych podmiotów z obowiązku zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a co za tym idzie nie jest konieczne przekazanie gminom dodatkowych środków na realizację ww. zadania.

Niemniej należy wskazać, iż wprowadzenie możliwości finansowania świadczeń gwarantowanych przez gminy zostało obwarowane pewnymi obowiązkami, mającymi na celu zachowanie konkurencji przy zawieraniu umów na świadczenia oraz zapobieżenie marnotrawieniu środków publicznych poprzez podwójne finansowanie tych samych świadczeń gwarantowanych. Powyższy mechanizm został zawarty w dodanym w artykule 9b tę samą nowelizacją, co art. 9a. W przypadku gminy art. 9b ust. 1 wymaga, by umowy na świadczenia gwarantowane były zawierane po przeprowadzeniu konkursu ofert. Tak więc w przypadku umów na świadczenia gwarantowane, tak jak to ma miejsce w przypadku PPZ nie mają zastosowania przepisy ustawy z 29.01.2004 r. Prawo zamówień publicznych²⁴, lecz art. 48b ust. 2–4 i 6 ustawy o świadczeniach, o czym jest mowa w ust. 2 art. 9b. Należy jednak zwrócić uwagę, iż zwolnienie z obowiązku stosowania ustawy Prawo zamówień publicznych na rzecz

²³ Sejm RP VIII kadencji, nr druku 562.

²⁴ T.j. Dz.U. 2015, poz. 2164 z późn. zm.

konkursu ofert dotyczy wyłącznie samych umów na świadczenia zdrowotne, podobnie jak ma to miejsce w przypadku PPZ, gdzie zwolnienie takie dotyczy wyłącznie samej realizacji takich programów, przy innych działaniach związanych z wdrażaniem PPZ wymagających wydatkowania środków publicznych, jak np. wszelkie analizy, opracowania czy też doradztwo należy bezwzględnie stosować ustawę Prawo zamówień publicznych.

Kolejnym wymogiem, zawartym w art. 9b ust. 6 ustawy o świadczeniach, stawianym przed jednostką samorządu terytorialnego, jest, by w przypadku gdy świadczeniodawca (podmiot, z którym ma być zawarta umowa na świadczenie zdrowotne) jest stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem²⁵, umowa, o której mowa w ust. 1, może obejmować wyłącznie świadczenia gwarantowane udzielane ponad kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy w danym zakresie.

Zgodnie z uzasadnieniem do projektu zmiany ustawy o świadczeniach zdrowotnych: „Aby nie dochodziło do podwójnego finansowania tych samych świadczeń gwarantowanych zarówno przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jak i jednostkę samorządu terytorialnego, projektowana ustawa dopuszcza finansowanie przez jednostki samorządu terytorialnego tych świadczeń będących przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jedynie w zakresie wykraczającym ponad kwotę zobowiązania określoną w umowie (tzw. nadlimity). Ponadto nakłada obowiązek informowania przez podmiot wykonujący działalność leczniczą będący jednocześnie świadczeniodawcą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, o zawarciu takiej umowy z jednostką samorządu terytorialnego oraz obowiązek przekazywania kopii dokumentacji rozliczeniowej prowadzonej z tą jednostką”²⁶.

Tak więc wydaje się, iż ustawodawca zadbał o to, by nie przerzucać finansowania świadczeń zdrowotnych z Narodowego Funduszu Zdrowia na jednostki samorządu terytorialnego, niemniej w praktyce może okazać się to trudne. W pierwszej kolejności należy zaznaczyć, iż w przypadku ciągłego niedoboru gwarantowanych świadczeń zdrowotnych jednostki samorządu terytorialnego będą podlegały ciągłym naciskom przede wszystkim ze strony mieszkańców, po wtóre może dojść do sytuacji, gdy Narodowy Fundusz Zdrowia będzie ograniczał ilość zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych w celu przerzucenia ich finansowania na jednostki samorządu terytorialnego. Nie wydaje się,

²⁵ Narodowy Fundusz Zdrowia.

²⁶ Sejm RP VIII kadencji, nr druku 562.

by było możliwe zapobieżenie temu zjawisku. Kolejną kwestia jest konieczność zabezpieczenia przez jednostki samorządu terytorialnego odpowiednich środków z przeznaczeniem na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych. Może się bowiem okazać trudny do określenia, na etapie projektowania i przed uchwaleniem budżetu jednostki samorządu terytorialnego, zakres potrzeb w zakresie dodatkowych świadczeń zdrowotnych.

Na zakończenie należy dodać, iż w przypadku PPZ art. 48a ust. 1 ustawy o świadczeniach wymaga, by projekty programów były opracowywane na podstawie map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6 ustawy o świadczeniach. Tak więc PPZ musi mieć swoje oparcie merytoryczne w regionalnej mapie potrzeb zdrowotnych, którą sporządza właściwy wojewoda (art. 95a ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach) oraz w Ogólnopolskiej Mapie Potrzeb Zdrowotnych sporządzanej przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Instytut Higieny. Obie mapy zgodnie z art. 95a ust. 9 ustawy o świadczeniach są publikowane w biuletynach informacji urzędu obsługującego ministra do spraw zdrowia oraz urzędów obsługujących wojewodów. W stosunku do świadczeń zdrowotnych art. 9a ustawy o świadczeniach wymaga ponadto, by przy podjęciu decyzji o ich finansowaniu uwzględnić w szczególności priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, które na podstawie art. 95c ustala i aktualizuje właściwy wojewoda.

Summary

The consequence of the constitutional right to health care is government's and local self-government's duty to take actions, that aims at realisation of this right. One of the municipality's actions in the area of health care is establishment and realisation of health policy programs. The legal definition presents it as planned and intended actions that focus on standard of health care and its effectiveness, safety and reasoning.

Keywords: municipality, health care, health policy program

Słowa kluczowe: gmina, ochrona zdrowia, Program Polityki Zdrowotnej