

Kontrowersje wokół realizacji samorządowych programów zdrowotnych

Grzegorz Glanowski¹

¹ Zakład Bioetyki i Prawa Medycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

Glanowski G. Kontrowersje wokół realizacji samorządowych programów zdrowotnych. *Med Og Nauk Zdr.* 2015; 21(2): 146–151. doi: 10.5604/20834543.1152911

Streszczenie

Wprowadzenie. Program zdrowotny jest instrumentem polityki państwa, pozwalającym zaangażować w proces udzielania świadczeń opieki zdrowotnej jednostki samorządu terytorialnego. W świetle założeń decentralizacyjnych, samorząd znajduje się najbliżej obywatela, mogąc najlepiej rozpoznać lokalne potrzeby. Artykuł przedstawia kontrowersje związane z rolą lokalnych władz w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, właśnie poprzez realizację programów zdrowotnych. Autor omawia problemy towarzyszące funkcjonowaniu programów zdrowotnych, jak też ustosunkowuje się do najczęstszych zarzutów kierowanych pod adresem tej instytucji. Jednocześnie wskazuje obszary, które powinny zostać przez ustawodawcę poddane doprecyzowaniu dla uczynienia tego narzędzia bardziej efektywnym. Autor odnosi się także do najnowszej nowelizacji wprowadzającej zmiany w programach zdrowotnych z dniem 1 stycznia 2015 r.

Cel. Celem pracy jest analiza problemów związanych z realizacją programów zdrowotnych.

Materiały i metody. Autor posługuje się metodą opisową, prezentując stan prawny. Jednocześnie artykuł uwzględnia dane udostępnione do wiadomości publicznej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych. Dane te zostały samodzielnie opracowane przez autora w formie analiz i zestawień statystycznych.

Wyniki. Kwestie związane z opracowywaniem i realizacją programu zdrowotnego mają zbyt ogólne regulacje, co nie pozwala na udzielenie konkretnej odpowiedzi, jak jego realizacja ma wyglądać na poszczególnych etapach, tj. opracowania, wdrożenia i ewaluacji.

Wnioski. Obecny poziom regulacji instytucji (programu zdrowotnego) służącej wydatkowaniu środków publicznych nie jest zadowalający. Konieczne jest podjęcie prac legislacyjnych w opisanych w artykule obszarach. Nowelizacja dotycząca programów zdrowotnych, która weszła w życie dnia 1 stycznia 2015 r., jest słusznym kierunkiem zmian, jednakże materialnie niewystarczającym, aby zwiększyć efektywność tego narzędzia.

Słowa kluczowe

program zdrowotny, jednostka samorządu terytorialnego, świadczenie zdrowotne, świadczenie gwarantowane, zadania władz publicznych

WPROWADZENIE

Sposób uregulowania instytucji programu zdrowotnego wywołuje wiele kontrowersji doktrynalnych, nie tylko dotyczących zasadności istnienia tego instrumentu, ale także jego struktury normatywnej, czy też praktyki realizowania.

Głównym zarzutem kierowanym pod adresem tej instytucji, jest blankietowość regulacyjna, pozwalająca na niemal dowolne wydatkowanie środków publicznych. W *Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.; dalej: u.ś.o.z. lub ustawa) zlokalizowanych jest jedynie kilka przepisów, które nie pozwalają na precyzyjne określenie tego, jak program winien być zrealizowany. Obok przedstawienia tej instytucji na kartach ustawy, konieczne jest przecież rozstrzygnięcie kwestii procesu opracowania, wdrożenia i ewaluacji programu zdrowotnego, czyniące program zdrowotny precyzyjnym narzędziem pozwalającym na zaspokojenie lokalnych potrzeb zdrowotnych, bez narażania lokalnych budżetów na nieuzasadnione uszczuplenie.

Celem niniejszego artykułu jest wskazanie kierunku, w jakim powinny nastąpić pożądane zmiany legislacyjne, aby program zdrowotny uczynić instytucją w pełni efektywną.

Innymi słowy, autor pomija kwestie *stricte* strukturalne, będące przedmiotem innego opracowania.

ETAPY REALIZACJI PROGRAMU ZDROWOTNEGO

Jak już wspomniano, w procesie realizacji programu zdrowotnego należy wyróżnić etap jego opracowania, wdrożenia, i ewaluacji. Poniżej omówiona zostanie problematyka dotycząca każdego z wymienionych etapów.

Obecny stan prawny nie pozwala na stwierdzenie, iż programy zdrowotne są opracowywane w przejrzystym trybie. Wobec szczątkowej¹ regulacji prawnej zawartej w u.ś.o.z. niezbędne jest poszukiwanie kształtujących te instytucje przepisów w innych aktach prawnych. W szczególności mowa o *Ustawie z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym* (Dz. U. z 2013 r. poz. 594, dalej: u.s.g.), *Ustawie z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym* (Dz. U. z 2013 r. poz. 595, dalej: u.s.p.) oraz *Ustawie z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie wojewódzkim* (Dz. U. z 2013 r. poz. 596, dalej: u.s.w., dalej łącznie: ustawy statutowe). Wobec powyższego, poczynając od pierwszego stadium organizacji programu zdrowotnego, można zastanawiać się, jaki podmiot należy wskazać jako odpowiedzialny za jego realizację?

Adres do korespondencji: Grzegorz Glanowski, Zakład Bioetyki i Prawa Medycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego, ul. Olszewskiego 2, 31-007 Kraków
E-mail: g.glanowski@uj.edu.pl

Nadesłano: 19 października 2014; zaakceptowano do druku: 2 stycznia 2015

1. W rozdziale 4 ustawy poświęconym programom zdrowotnym, znajduje się jedynie jeden artykuł – art. 48, odnoszący się do całości przedmiotowej instytucji.

Zgodnie z postanowieniami ustaw statutowych, należałoby stwierdzić, że na szczeblu gminnym (wobec braku bezpośredniego wskazania) odpowiedzialny za opracowanie programu powinien być organ uchwałodawczy, na rzecz którego ustawodawca sformułował domniemanie wykonywania zadań niezastrzeżonych na rzecz innych organów [1]. Odmienne kształtuje się jednak ta kwestia na gruncie u.s.p. i u.s.w., gdzie nie przewidziano domniemania kompetencji na rzecz organu stanowiącego, co wskazuje, że przyjmowanie do realizacji programów zdrowotnych leży w kompetencji organu wykonawczego. Nie można jednak zapominać o art. 12 ust. 4 u.s.p., zgodnie z którym do wyłącznej właściwości rady powiatu należy stanowienie o kierunkach działania zarządu powiatu oraz rozpatrywanie sprawozdań z działalności zarządu, w tym z działalności finansowej. Natomiast do kompetencji sejmiku województwa należy uchwalanie strategii rozwoju województwa (art. 18 pkt 2 u.s.w.). Na podstawie tych aktów organy stanowiące mogą mieć realny wpływ na kształt polityki zdrowotnej w powiecie i województwie [2]. W obliczu niejednoznaczności przepisów, już na początkowym etapie realizacji programu rysują się podmiotowe rozbieżności organizacyjne, w zależności od szczebla samorządu, na którym program jest przygotowywany.

Kwestią wymagającą rozstrzygnięcia, a bezpośrednio powiązaną z podmiotem właściwym do opracowania programu, jest rozważenie, czy podlega on uchwaleniu? Trudno sobie wyobrazić sytuację, w której decyzja o wydatkowaniu środków publicznych nie zostanie przyjęta w formie uchwały przedstawicieli lokalnej społeczności, dającej wyraz jej akceptacji [3]. Powstaje zatem pytanie o to, czy uchwała zatwierdzająca program zdrowotny jest aktem prawa miejscowego. Odpowiedź powinna być negatywna. Program zdrowotny nie posiada bowiem podstawowych cech aktu prawa miejscowego. Nie zawiera norm o charakterze abstrakcyjnym, skierowanych do nieoznaczonego adresata, nie traktuje o prawach ani obowiązkach obywateli, a także nie może być podstawą aktów stosowania prawa. Kontrowersyjne jest, czy program określa jakiegokolwiek kompetencje władcze. Natomiast możliwe jest stwierdzenie, że obowiązuje na terenie jednostki, która go realizuje, co łącznie pozwala go utożsamić, co najwyżej z planem określonego działania jednostki samorządu terytorialnego [4]. Oznaczałoby to, że jego obowiązywanie nie jest uzależnione od ogłoszenia.

Niejednoznaczny charakter prawny programu zdrowotnego, występujący na etapie jego opracowywania, przekłada się na dalej idące wątpliwości w zakresie wdrożenia. Punktem wyjścia tego etapu, będzie już aktualny problem – rozstrzygnięcia kwestii jego publikacji i sposobu tej publikacji, czy też wyboru innej metody informowania społeczności lokalnej o jego wdrożeniu. Akty prawne nie prezentują żadnego wzorca, chociaż nie powinno budzić wątpliwości, iż przedmiotowa wiadomość powinna zostać przekazana mieszkańcom danej jednostki, w sposób dający realne możliwości skorzystania z oferowanych świadczeń.

Realizacja programu zdrowotnego jest zadaniem własnym jednostki samorządu terytorialnego². Konsekwencją powyższego jest zatem stwierdzenie, że program będzie realizowany tylko na rzecz wspólnoty jej zamieszkującej. Nie chodzi przy tym o grono osób zameldowanych na terenie danej jednostki, ale o osoby faktycznie na nim mieszkające [5]. Nawijając do

art 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1963 r. *Kodeks cywilny* (Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93) należy przypomnieć, że miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której przebywa z zamiarem stałego pobytu. Problematyczna jest jednak realizacja powyższego postulatu w praktyce, kiedy musi nastąpić weryfikacja uprawnień do uczestniczenia w programie zdrowotnym. Dominującym dokumentem, na podstawie którego zakontraktowany świadczeniodawca kwalifikuje chętnego do udziału w programie zdrowotnym, jest dowód osobisty, który zawiera informację nie o miejscu zamieszkania, lecz o miejscu zameldowania. Oczywiście jest, że dostęp do świadczenia opieki zdrowotnej pokrywanego ze środków publicznych musi nastąpić w oparciu o weryfikację uprawnień, jednakże posługiwanie się w praktyce kryterium adresu zameldowania w nieuprawniony sposób prowadzi do zawężenia kręgu osób potencjalnie zainteresowanych udziałem w programie. Nie ulega wątpliwości, że istnieją duże grupy obywateli, którzy przebywają w danej miejscowości z zamiarem stałego pobytu, jednakże nie posiadają zaktualizowanych danych na dokumencie, który organizator programu wybrał do prowadzenia weryfikacji ich uprawnień. Co prawda, może formułować argument, że to na obywatelu ciąży obowiązek legitymowania się dokumentem o aktualnej treści, jednakże z drugiej strony pojawiają się coraz głośniejsze propozycje absolutnego zniesienia obowiązku meldunkowego, co postawi organizatora programu w obliczu poszukiwania innej, bardziej sprawiedliwej metody kwalifikowania jego beneficjentów. Innym problemem, jaki można zasugerować, jest dopuszczalność posługiwania się kryterium miejsca zamieszkania jako wyłącznym kryterium weryfikacji uprawnień. Z obiektywnych przyczyn niektóre z realizowanych w ramach programów zdrowotnych świadczeń mogą być udzielone tylko określonej grupie przedstawicieli lokalnej społeczności, co wymaga zastosowania dodatkowych kryteriów kwalifikacji do udziału w programie. Dlatego kryterium miejsca zamieszkania należy poczytywać za kryterium niezbędne, jednakże nie jedyne. Sprzyeczne z obowiązującą regulacją prawną będzie realizowanie programów zdrowotnych z pominięciem osób uprawnionych do udziału ze względu na ich miejsce zamieszkania. W tym miejscu warto dodać, że brak jest podstaw prawnych do uzależniania udziału w programie zdrowotnym od posiadania statusu świadczeniobiorcy w rozumieniu u.ś.o.z. Powyższe wynika w szczególności z tezy, iż świadczenie udzielone w toku programu nie jest świadczeniem gwarantowanym, stąd nie znajdują do niego zastosowania warunki i zasady realizacji takich świadczeń³.

Kontrowersyjna jest obecna regulacja prawna, a raczej jej brak, w odniesieniu do źródeł finansowania (otwarty katalog przedmiotu programów)⁴. Należałoby stwierdzić, że budżetowanie programów jest uzależnione jedynie od dowolnej decyzji organizatora, który akurat dysponuje na ten cel wolnymi środkami. Z kolei brak granic co do przedmiotu programu, w połączeniu z ogromną swobodą ich

3. Zdaniem autora, wszelkie wątpliwości w tym zakresie ustawodawca rozstrzygnął właśnie nowelizacją wchodzącą w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

4. Zgodnie z art. 48 u.ś.o.z. programy zdrowotne dotyczą w szczególności ważnych zjawisk epidemiologicznych, innych istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania, wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.

2. Jako zadanie władzy publicznej z zakresu ochrony zdrowia, wykonywane na terytorium danej jednostki.

wydatkowania, nie sprzyja wzmocnieniu mechanizmów kontroli dysponowania środkami publicznymi.

Niezależnie od tego, bezprawna jest praktyka, na gruncie której dopuszcza się finansowanie programów zdrowotnych ze środków przeznaczonych na finansowanie tzw. programów obligatoryjnych. Ustawy szczególnie⁵ nakładają na jednostki samorządu terytorialnego (w szczególności gminę) obowiązek prowadzenia⁶ programów innych niż zdrowotne, których treść niekiedy jest mocno do nich zbliżona. Jednakże uwagi wymaga, że programy opisane w przepisach odrębnych nie posiadają statusu programu zdrowotnego [6]. Bezpodstawne jest przeznaczanie wpływów opisanych w tych ustawach (np. tzw. korkowego) na budżetowanie programu zdrowotnego, zamiast programu określonego w przepisach szczególnych. Tym bardziej, że ustawodawca opisał przeznaczenie tych pieniędzy.

Wreszcie frapujący jest etap weryfikacji wykonanego programu – zbadania racjonalności i efektywności wydatkowanych na ten cel pieniędzy. W obecnym systemie brakuje ujednoczonego standardu monitorowania dotychczas osiągniętych efektów, co nie pozwala na wypełnienie podstawowych założeń ewaluacyjnych. Dodatkowo ogólna regulacja przepisów, prowadząca do dowolności w opracowywaniu programów i ich wykonywaniu, przekłada się na znaczne utrudnienie, jeśli nie uniemożliwienie przeprowadzenia rzetelnej kontroli wydatkowanych środków publicznych. Innymi słowy, brak uniwersalnych wytycznych co do postępowania w ramach realizacji programu zdrowotnego prowadzi do braku standardów jego oceny. Prowadzenie szczegółowej kontroli będzie miało wymiar merytoryczny, jeżeli sami twórcy programów będą dysponowali konkretnym wzorcem działania. Nie wydaje się możliwe prowadzenie rzetelnej kontroli, jeżeli sam jej przedmiot został ustanowiony w oparciu o nieokreślone przepisy prawne. Kontrola polega na porównaniu stanu rzeczywistego ze stanem zakładanym. Niemożliwe jest przeprowadzenie merytorycznej kontroli, jeżeli stan zakładany nie został bliżej określony w żadnym akcie prawnym. Obecna dowolność tworzenia programu zdrowotnego przesądza o dowolności kontroli, która miałaby sprawdzać, czy nie doszło do naruszenia dyscypliny finansów publicznych podczas realizacji programu. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na status prawny opinii wydawanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej: Agencja). Chociaż uzyskanie przedmiotowej opinii jest obligatoryjne, to już sama opinia nie jest dla organizatora wiążąca. W konsekwencji kształtuje się sytuacja, w której można próbować postawić organizatorowi programu zarzut naruszenia dyscypliny finansów publicznych, kiedy nie poddał projektu programu ocenie Agencji, ale już wątpliwe będzie formułowanie takiego zarzutu wobec podmiotu, który program takiej ocenie poddał i go przeprowadził, pomimo uzyskania opinii negatywnej. Skoro opinia Agencji nie ma charakteru wiążącego, o czym stanowi ustawa, brak jest

podstaw do nadawania jej treści przymiotu normatywnego. Co najwyżej można uznać, że organizatorzy powinni wdrożyć dobrą praktykę nierealizowania programów ocenionych negatywnie, co nie zmienia faktu, że taka decyzja ma charakter jedynie uznaniowy. W tym zakresie pożądana byłaby zmiana charakteru prawnego opinii Agencji na wiążący, tym bardziej, że posiada ona nie tylko formalną, ale przede wszystkim merytoryczną legitymację do oceny zasadności prowadzenia programu danego rodzaju.

Omawiając główne mankamenty procedury realizacji programów, należy przedstawić także opozycyjny pogląd, zgodnie z którym można argumentować, iż brak uniwersalnej regulacji prawnej w tym zakresie jest zasadny. Innymi słowy, blankietowa regulacja programów zdrowotnych na etapie opracowania, wdrożenia i weryfikacji jest celowa. Za tę tą stoi argument, iż jednostkom samorządu terytorialnego należy pozostawić właściwą im autonomię w zakresie realizacji programu, odpowiednio do lokalnych praktyk i potrzeb zdrowotnych. Stąd też, brak jest podstaw do odgórnego ingerencji państwa w zadanie własne samorządu terytorialnego, ograniczające jego swobodę działań.

W przekonaniu autora, argumentu tego nie można obrobić, zwłaszcza w świetle statystyki programów zdrowotnych. Jedynie pokrótce warto wskazać na dane zebrane przez Agencję w ostatnich latach⁷. Od 2010 r. zauważalny jest stały wzrost liczby opracowywanych programów zdrowotnych w skali kraju (2010 – 67, 2011–187, 2012–270, 2013–294). Pomimo stałej tendencji wzrostowej, liczba zgłoszeń nie idzie w parze z ich jakością, gdyż procent negatywnie opiniowanych przez Agencję projektów programów zdrowotnych jest bardzo wysoki (2010 – 35,8%, 2011 – 39,4%, 2012 – 43,3%, 2013 – 34,3%). W ostatnich 4 latach częściej niż co 3 program, zdaniem Agencji, nie nadawał się do realizacji (z różnych względów). Tym bardziej niepokojący jest fakt, iż programy zdrowotne jednostek samorządu terytorialnego w latach 2004–2009 nie podlegały jakiegokolwiek weryfikacji przez organ zewnętrzny, a co za tym idzie środki publiczne były wydatkowane niemal na każdy przygotowany program. Biorąc pod uwagę doświadczenia minionego czasu, można byłoby mieć nadzieję, że lata niekontrolowanych praktyk (w oparciu o brak stosownej regulacji, na co wskazano wyżej) przyniosą wytworzenie uniwersalnych wzorców postępowania w zakresie realizacji programów zdrowotnych. Dane dostarczane przez Agencję wyraźnie potwierdzają, że nic takiego nie miało miejsca. Po drugie, jednostki samorządu terytorialnego ciągle opracowują programy zdrowotne o niskiej jakości. Zasadne wydaje się zatem pytanie, czy obecny ogólny kształt przedmiotowej regulacji prawnej nie powinien spotkać się z reakcją ustawodawcy, sprowadzającą się albo do zrezygnowania z tej instytucji w ogóle, albo uregulowania jej w inny sposób, na przykład opracowania jednego wzorca postępowania na etapie opracowania, wdrożenia i ewaluacji programu. Nie chodzi zatem o pozbawienie samorządu terytorialnego swobody w zakresie realizacji zadań własnych, ale o doprecyzowanie mechanizmów opracowania, wdrożenia i ewaluacji programów poprzez określenie uniwersalnego wzorca dobrych praktyk.

5. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2012, poz. 1356), Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011, Nr 231 poz. 1375), Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012, poz. 124), Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996, Nr 10 poz. 55, z późn. zm.).

6. Program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, program ochrony zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (regulowany na odmiennych zasadach), program przeciwdziałania narkomanii, program przeciwdziałania nikotynizmowi.

7. Samorządowe programy zdrowotne są opiniowane przez AOTM od 2010 r., dlatego też obecna statystyka Agencji obejmuje lata 2010–2014. Źródło: AOTM, opracowanie własne.

PROGRAM ZDROWOTNY A RÓWNOŚĆ W DOSTĘPIE DO ŚWIADCZEŃ

Drugim często podnoszonym wobec omawianej instytucji zarzutem jest pogłębianie różnic w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej. Władze publiczne mają obowiązek zapewnienia obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przykład programu zdrowotnego pokazuje, że zarówno liczba tych programów, jak i jakość uzależniona jest w głównej mierze od zasobności budżetu organizatora⁸. Dlatego też argumentuje się, że omawiany mechanizm po pierwsze nie spełnia standardu konstytucyjnego – zapewniania równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a po drugie pogłębia różnice w tym dostępie, jak i w jakości samych świadczeń [7].

Obowiązki władzy publicznej należy podzielić m.in. na te wykonywane przez organy administracji rządowej i te wykonywane przez organy administracji samorządowej. Nieporozumieniem byłoby przyjęcie, że jednostka samorządu terytorialnego w imię konieczności zapewnienia równego dostępu do świadczeń ma prowadzić program na terytorium nieobjętym zakresem swojego działania, tylko po to, by zrealizować założenie konstytucyjne. Normę konstytucyjną należy wyłożyć w odniesieniu po pierwsze do możliwości finansowych danej jednostki samorządowej, a po drugie do obszaru jej działania. Obowiązek zapewnienia równego dostępu do takich świadczeń odnosi się jedynie do obywateli mających miejsce zamieszkania na jej terenie. Odmienna interpretacja tego przepisu prowadziła do absurdu. Ponadto (wobec odmienności konstrukcyjnych) świadczenie zdrowotne udzielone w toku realizacji programu zdrowotnego nie posiada statusu świadczenia gwarantowanego, dlatego też możliwe jest argumentowanie, że równy dostęp ma zostać zapewniony w skali kraju tylko do świadczeń gwarantowanych. Spojrzenie na program zdrowotny przez pryzmat zadania własnego samorządu terytorialnego pozwala sformułować argument na rzecz konieczności zapewnienia równego dostępu do takich świadczeń na szczeblu lokalnym, a nie krajowym. Warto raz jeszcze zaznaczyć, że brak jest podstaw do przyjmowania konieczności wykonywania przez samorząd zadań własnych na rzecz podmiotów innych niż jego mieszkańcy. Dlatego też równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu zdrowotnego musi zostać zagwarantowany jedynie na szczeblu lokalnym. Bez znaczenia pozostaje tutaj różnica inicjatyw podejmowanych przez samorządy terytorialne w skali kraju, gdyż w zakresie ich autonomii leży określanie i realizowanie priorytetów, do których wykonanie programu zdrowotnego może, lecz nie musi należeć.

8. Liderami w opracowywaniu programów zdrowotnych są jednostki samorządu terytorialnego zlokalizowane w południowo-zachodniej części Polski, zwłaszcza z województw: śląskiego, dolnośląskiego i małopolskiego. Najwyższy procent pozytywnie zaopiniowanych programów zdrowotnych pochodził w roku 2012 z województwa dolnośląskiego i wyniósł 82%, dalej z województwa świętokrzyskiego – 72,7%, pomorskiego – 69,2%. Najmniej programów zdrowotnych opracowywały za to jednostki samorządu terytorialnego zlokalizowane w województwach podkarpackim (4), podlaskim (1) i warmińsko-mazurskim (2). Źródło: Agencja, opracowanie własne.

PROGRAM ZDROWOTNY JAKO SPOŚÓB FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ. PROBLEM KOORDYNACJI DZIAŁAŃ

Inny zarzut kierowany pod adresem programów zdrowotnych dotyczy ich marginalnego udziału w finansowaniu ochrony zdrowia, a w związku z tym niewielkiego wpływu na osiąganie zamierzonych efektów jego poprawy. Nie sposób odmówić temu argumentowi racji, jeżeli punktem odniesienia będzie budżet NFZ. Płatnik krajowy, dysponujący około piątą częścią budżetu krajowego, ponosi główny ciężar finansowania świadczeń. Wydatki na ten cel ponoszone przez poszczególne samorządy terytorialne wahają się w skali kraju od kilkudziesięciu tysięcy złotych rocznie do kilku milionów [8], co stanowi kwoty nieporównywalnie mniejsze. Z drugiej strony, pokazanie tych kwot poprzez odniesienie ich wysokości do rozmiaru budżetu organizatora może prowadzić do uzasadnionego wniosku o występowaniu podobnej proporcji jak w przypadku NFZ. Chybione będzie posługiwanie się takim argumentem z uwagi na oczywistą różnicę wysokości kwot wpływających do budżetu państwowego i budżetu samorządowego. Nie można nie uwzględnić przedmiotowych proporcji procentowych, odwołując się jedynie do wielkości wydatków na ochronę zdrowia dokonywanych przez poszczególne podmioty. Niski pułap wydawania pieniędzy na programy zdrowotne jeszcze nie oznacza, że środki te są wydatkowane nieracjonalnie⁹.

Kolejnym argumentem podnoszonym przeciwko programom jest brak koordynacji działań podejmowanych przez instytucje je finansujące. Zgodnie z art. 48 u.ś.o.z. sfinansować program zdrowotny mogą ministrowie, NFZ oraz jednostki samorządu terytorialnego. Zarzut ten nawiązuje do mających miejsce przypadków prowadzenia w jednym czasie, na tym samym obszarze, takiego samego programu przez każdy z podmiotów do tego legitymowanych. Podnosząc tego rodzaju zarzut wobec kształtu regulacji ustawowej, należy stwierdzić, że nawet jeżeli jest on prawdziwy, to nie wynika z braku odpowiedniej regulacji prawnej kształtującej model współpracy między organizatorami programów. W rozdziale 2 ustawy został ukształtowany mechanizm przekazywania stosownej informacji w ramach struktury szczeblowej samorządu. Następnie, poprzez wojewodę jako reprezentanta administracji rządowej w województwie, informacja ta powinna być przekazana ministrowi zdrowia. Uzasadnione jest także twierdzenie, że w ramach kompetencji koordynacyjnych ministra zdrowia i uwzględnieniu zależności administracyjnej NFZ, przedmiotowa informacja winna trafić także do Funduszu. Powielanie realizacji programów zdrowotnych nie wynika z luki prawnej, lecz co najwyżej z nierealizowania przepisów, powołanych w celu uniknięcia takich przypadków, bądź ich niewłaściwego stosowania.

Przyczyn niskiej jakości programów zdrowotnych, które nie uzyskują pozytywnych opinii Agencji, upatruje się również (obok nieokreśloności regulujących ich przepisów) w zbyt dużej liczbie obowiązków ciążyących na jednostkach samorządu terytorialnego, wykonywanych jako zadania własne. Podkreślić należy, że obok fakultatywnych programów zdrowotnych ukształtowanych na gruncie u.ś.o.z., gminy mają obowiązek prowadzić inne programy uregulowane

9. Jednostki samorządu terytorialnego z obszaru województwa dolnośląskiego osiągnęły w roku 2012 skuteczność pozytywnego opiniowania programów zdrowotnych na poziomie 82,9% (39 z 47 projektów otrzymało pozytywną opinię). Źródło: AOTM.

we wspomnianych wyżej przepisach szczególnych. Mowa tutaj o programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, programie ochrony zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, programie przeciwdziałania narkomanii, programie przeciwdziałania nikotynizmowi. Ich rzetelne opracowanie i wdrożenie wymaga znacznego zaangażowania personalnego i czasowego. Dodatkowo, biorąc pod uwagę fakt, iż samorząd terytorialny ma obowiązek ich realizacji, to ciężar podejmowanych działań (we właściwych komórkach organizacyjnych) ukierunkowany jest w pierwszej kolejności na zadania, które bezwzględnie muszą być wykonane, ewentualnie potem zadania fakultatywne.

Niezależnie od powyższego podnosi się argument, że wprowadzając samorządowe programy zdrowotne do systemu ochrony zdrowia, ustawodawca otworzył furtkę do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez samorządy, oczekując ich aktywnej postawy w tym zakresie [9]. Innymi słowy, można stwierdzić, że powołał instytucję mającą zwiększyć finansowanie świadczeń w skali kraju. Jednakże samorząd terytorialny będzie mógł w ogóle nie realizować tego postulatu tak długo, jak długo realizacja programów zdrowotnych będzie zadaniem fakultatywnym. Nie jest zasadny argument, iż na samorząd została przerzucona odpowiedzialność za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdyż aktywność poszczególnych jednostek zależy wyłącznie od chęci podmiotów decyzyjnych. Doświadczenie życiowe podpowiada, że jednostki samorządowe realizują w pierwszej kolejności zadania, które muszą, a nie które mogą wykonać. Dlatego też w samorządowych programach zdrowotnych należy raczej doszukiwać się prób optymalizowania metod zaspokajania potrzeb zdrowotnych. Instytucja programu zdrowotnego powinna być postrzegana w świetle zasady pomocniczości. Jednostki samorządu terytorialnego, będące najbliższe obywateli, w naturalny sposób posiadają największe szanse zdefiniowania lokalnych potrzeb i podjęcia działań mających na celu ich zaspokojenie. Ich aktywność ma stanowić uzupełnienie działań podejmowanych na szczeblu krajowym i powinna się sprowadzać do wspierania płatnika głównego [10]. Realizacja programów zdrowotnych jest przykładem działania na najniższym szczeblu, niejako eliminowania podstawowych problemów „od dołu”, czemu właśnie ma sprzyjać proces decentralizacji władzy państwowej.

PODSUMOWANIE

Ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw znowelizowano¹⁰ brzmienie przepisów traktujących o programach zdrowotnych. Zabieg legislacyjny w tym kierunku, należy uznać za jak najbardziej pożądany, jednakże analizując jego zakres można stwierdzić, że jest on niewystarczający.

Nowela dokonuje rozdziału zadań pomiędzy NFZ, ministra i jednostki samorządu terytorialnego, wskazując, że domeną pierwszego podmiotu jest opracowywanie, wdrażanie, realizowanie i finansowanie programów zdrowotnych, natomiast pozostałe podmioty czyni odpowiedzialnymi za programy profilaktyki zdrowotnej. Powyższe sprowadza się

do przedmiotowego ograniczenia programów opracowywanych przez samorząd – do ich wyspecjalizowania w obrębie profilaktyki zdrowotnej. Zabieg ten jest korzystny, gdyż ogranicza wydatkowanie środków publicznych przeznaczonych na cele opisane w programie tylko do działań profilaktycznych. Nowela wprowadza wyraźniejszy rozdział zadań – na profilaktykę prowadzoną przez samorząd terytorialny i szeroko pojęte lecnicstwo finansowane przez Fundusz. Dotychczasowa możliwość finansowania wszystkiego sprzyjała różnorodności prowadzonych programów, które niekiedy nie były w ogóle prowadzone systematycznie czy ewaluowane, a co za tym idzie brakowało mechanizmów kompletowania danych o stanie zdrowia lokalnej wspólnoty przed i po realizacji programu (nie mówiąc nawet o powielaniu tych samych programów przez różne podmioty).

Pozytywne jest również powiązanie treści programu profilaktyki zdrowotnej z mapą potrzeb zdrowotnych, co niewątpliwie powinno się przyczynić do podejmowania w jego ramach aktualnych potrzeb o największej doniosłości.

Doprecyzowaniu ulegają także przepisy, w oparciu o które następuje wymiana informacji pomiędzy organami administracji publicznej, po to, by poprawić koordynację działań na poszczególnych szczeblach samorządu. Ustawodawca wprost formułuje tryb konkursowy wyboru realizatorów programów samorządowych, jednakże w żadnej mierze nie dotyka istoty problemów organizacyjnych z etapu opracowania, wdrażania i oceny programu. Dlatego też przedmiotowa nowelizacja nie przyniesie poprawy jakości opracowywanych przez samorządy programów. Przedmiotowe zmiany nakierowane są głównie na usystematyzowanie przepisów dających podstawę do prowadzenia programów zdrowotnych i poprawę koordynacji między tymi podmiotami. Ogólna formuła programu zdrowotnego (po zmianach programu profilaktyki zdrowotnej) nie ulega jednak zmianie. Jego realizacja jest fakultatywnym zadaniem własnym jednostki samorządu terytorialnego, która w jego ramach może sfinansować świadczenie opieki zdrowotnej¹¹ w rozumieniu u.s.o.z. Przedmiot tego świadczenia nie jest bliżej określony, lecz ograniczony do profilaktyki zdrowotnej, a jego charakter pozwala zakwalifikować świadczenia do kategorii świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych innych niż gwarantowane. Konsekwencją powyższego jest udzielanie świadczeń na rzecz osób mających miejsce zamieszkania na terytorium organizatora programu samorządowego, niekonieczne posiadających status świadczeniodawcy w rozumieniu u.s.o.z. Ponadto ich opracowywanie,

11. Każde inne bezpośrednie finansowanie tego rodzaju świadczeń będzie uznane za naruszenie dyscypliny finansów publicznych. Zob. Uchwała Regionalnej Izby Obrachunkowej w Białymstoku z dnia 19 kwietnia 2001 r. znak: 1265/01, LEX nr 493068 [12] [*Przewidziana w uchwale budżetowej dotacja dla SPZOZ na zakup leków nie stanowi realizacji zadań własnych gminy, o których mowa w art. 7 u.s.g. SPZOZ jest jednostką organizacyjną (osobą prawną) o zasięgu ponadgminnym, dla której organem założycielskim jest rada powiatu. Zgodnie z art. 55 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.), dotacje na wskazane w ustawie cele może przyznać jedynie organ, który utworzył SPZOZ*].

Zob. Uchwała Regionalnej Izby Obrachunkowej w Opolu z dnia 16 listopada 2011 r. znak: 26/72/11 [*Sytuowana w ustawie z 2011 r. o działalności leczniczej podstawa prawna dotowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą przez jednostki samorządu terytorialnego dotyczy zadań planowanych lub będących w realizacji. Planowanie zatem w budżecie powiatu wydatku majątkowego w formie dotacji na inwestycję zakończoną w roku poprzednim narusza wskazane wyżej przepisy wskazanej ustawy*][11].

10. Przepisy w nowym brzmieniu będą obowiązywały od dnia 1 stycznia 2015 r.

wdrażanie i ocena dokonują się z punktu widzenia interesu publicznego, a nie indywidualnego [13].

Z tego względu dalsze prace nad instytucją programów zdrowotnych (programów profilaktyki zdrowotnej) są wskazane i powinny dążyć do ujednoczenia standardów postępowania jednostek samorządu terytorialnego na wszystkich etapach ich realizacji, co przyspieszyłoby proces ich prowadzenia i uczyniło wydatkowanie na ten cel środków publicznych bardziej efektywnym.

PIŚMIENNICTWO

1. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 31 maja 2006 r., sygn. akt III SA/Po 23/06, Centralna Baza Orzeczeń Sądów Administracyjnych.
2. Wójcik M (red.), Kłosowska B, Rudka R, Skóbel B. *Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować?*, Warszawa; 2013: 25.
3. Rozstrzygnięcie nadzorcze Wojewody Świętokrzyskiego z 16 marca 2012 r., znak: PNK.1.4130.30.2012.
4. Rozstrzygnięcie nadzorcze Wojewody Świętokrzyskiego z dnia 12 marca 2009 r., znak: NK. I-0911/36/2009.
5. Nowak-Kubiak J, Łukasik B. *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Warszawa; 2010: 32–33.
6. Opinia prawna Ministerstwa Zdrowia z dnia 21 marca 2013 r. na temat programów tworzonych na podstawie innej niż art. 48 u.ś.o.z.
7. Baka K. *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Warszawa; 2010: 135.
8. Golinowska S (red.), Woźniak M, Sobiech J, Surówka K, Winiarz M, Baran A, Rydlewska I, Kissimowa-Skarbek K, Dubas K, Ruzik A, Cylwik A, Warzybok B, Ponikło W, Sowa A, Sowada Ch, Bębenek J, Koziarkiewicz A, Kocot E. *Raport. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga II. Wersja III*, Warszawa; 2008: 28–38.
9. Brzezińska A. *Opieka medyczna i przedlekarska w szkole*, LEX nr 84489.
10. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 2005 r., sygn. akt I CK691/04, LEX 603867.
11. Uchwała Regionalnej Izby Obrachunkowej w Białymstoku z dnia 19 kwietnia 2001 r. znak: 1265/01, LEX nr 493068.
12. Uchwała Regionalnej Izby Obrachunkowej w Opolu z dnia 16 listopada 2011 r. znak: 26/72/11.
13. Lach DE. *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*. Warszawa; 2011: 48.

Regulation of health programs executed by local government

Summary

Introduction. Health program is an element of state policy. Thanks to it, local authorities can be engaged in organizing health benefits. According to decentralization assumptions local government should act close to citizens. Local needs are the best recognized in local environment. The article presents controversies connected with activity of local powers in the health area, especially with rendering health benefits *via* health programs. The author introduces problems which accompanies executing health programs as well objections aimed to them. The author also indicates the areas which need legislation intervention to optimize this tool. Finally, the article refers to the lately novelization of sector legal act, which contains changes in the regulation of health programs, entering on the 1st of January 2015.

Aim of the study. The aim of this study is to analyze the problems connected with the executing health programs.

Material and the methods. The author uses descriptive method to present the current regulation. Simultaneously the article refers to the data published by the Agency for Health Technology Assessment, which were elaborated by the author in a form of statistical data.

Results. The regulation of the health programs is too general. It doesn't enable to answer the question how it should be performed on every stage of execution.

Conclusions. Current level of health program's regulation isn't satisfied. The legislative intervention should be undertaken in particular areas. The lately novelization, which touches this institution is a right step, but at the same time it's not enough to increase effectiveness of tool described.

Key words

health program, local government unit, healthcare benefit, guaranteed benefit, public powers duties