

dr Barbara Kustro

Wydział Prawa, Administracji i Zarządzania

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

dr Ewa Bonusiak,

radca prawny

Wydział Prawa i Administracji Uniwersytet Rzeszowski

Zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego – aspekty teoretyczne i praktyczne

Streszczenie

Artykuł zawiera analizę wybranych regulacji prawa administracyjnego dotyczących zadań jednostek samorządu terytorialnego w sferze ochrony zdrowia, wpływających na poziom bezpieczeństwa zdrowotnego oraz ukazuje tzw. praktyczne aspekty realizacji tych zadań przez samorząd terytorialny. Praktyka wskazuje, że programy polityki zdrowotnej, realizowane przez samorządy terytorialne, powinny charakteryzować się dużą efektywnością. Okazuje się jednak, że wiedza o tym, w jaki sposób opracować poprawny i dobry program polityki zdrowotnej nie jest powszechna. Z danych statystycznych publikowanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wynika, że wciąż duża liczba projektów programów zdrowotnych przekazywanych do zaopiniowania tejże Agencji nie uzyskuje opinii pozytywnej. Działania związane z opracowaniem i realizacją programów z tego zakresu są często chaotyczne i doraźne. Wskazuje to na potrzebę udzielania szerokiego i różnorodnego wsparcia dla osób przygotowujących programy polityki zdrowotnej w poszczególnych samorządach terytorialnych. Celem niniejszego opracowania jest analiza regulacji prawnych dotyczących zadań jednostek samorządu terytorialnego w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego w ramach obowiązujących przepisów prawnych oraz ukazanie efektów praktycznych realizacji tych zadań przez samorząd terytorialny. Aby zrealizować założony cel dokonano analizy aktualnych regulacji prawnych dotyczących wyżej wymienionych zagadnień oraz zweryfikowano informacje udostępnione przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dotyczące realizacji programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego w Polsce w latach 2014 – 2015.

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo zdrowotne, ochrona zdrowia, samorząd terytorialny, zadania publiczne, programy polityki zdrowotnej.

Tasks of local self-government units in the field of health security - theoretical and practical aspects

Abstract

The article contains an analysis of the chosen administrative law regulations regarding the tasks of local self-government units in the field of healthcare that influence the level of health security. It also shows the so-called practical aspects of the realization of these tasks by the local self-government. Healthcare security is one of the elements affecting the internal security of the state and the job of the state is to create an appropriate level of healthcare provisions which allows for the realization of the constitutional right to healthcare. It is also the state's obligation to organize the structure of public administration in such a way that the public tasks are performed in an efficient and effective manner. For this purpose, some of the tasks are entrusted to the implementation of a government administration, while others are given to the local government administration. The practice suggests that healthcare policy programs, realized by the local self-government should be characterized by high efficiency. However, it turns out that knowledge on how to develop a correct and good health care policy program is not common. Statistical data published by the Agency for the Evaluation of Medical Technology and Tariffs shows that still, a large number of projects of health programs submitted for evaluation by this agency does not receive a positive opinion as activities related to the development and implementation of programs in this field are often chaotic and ad hoc. This indicates the need to provide broad and diverse support for people preparing health policy programs in individual local self-government units.

Key words: health security, healthcare, local self-government, public tasks, health policy programs.

I. Wstęp

Zapewnienie bezpieczeństwa jest obowiązkiem państwa, które powinno ciągle dążyć do osiągnięcia jego najwyższego, możliwego stanu. Warto podkreślić, że bezpieczeństwo wymienia się wśród podstawowych funkcji państwa i uznaje się je za dobro publiczne stanowiące przesłankę dla interwencjonizmu władz publicznych. Decentralizacja zadań publicznych, jaka nastąpiła w wyniku reform przeprowadzonych w latach 90. ubiegłego stulecia, dotyczyła także działań z zakresu ochrony zdrowia – tzw. reformy samorządowe spowodowały m.in. przeniesienie znacznej części odpowiedzialności za funkcjonowanie

systemu opieki zdrowotnej na poziom lokalny i regionalny na jednostki samorządu terytorialnego (JST). Zadania z zakresu ochrony zdrowia stanowią jedną z wielu sfer działania samorządu terytorialnego, a stopień ich realizacji uwarunkowany jest wieloma czynnikami. Wyróżnić tu można m.in.: dostępność środków finansowych, uwarunkowania wynikające z obowiązujących przepisów prawnych, możliwości organizacyjne oraz zakres wsparcia merytorycznego dostępnego dla przedstawicieli JST. Celem niniejszego opracowania jest analiza regulacji prawnych dotyczących zadań jednostek samorządu terytorialnego w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego w ramach obowiązujących przepisów prawnych oraz ukazanie tzw. praktycznych aspektów realizacji tych zadań przez samorząd terytorialny. Aby zrealizować założony cel dokonano analizy aktualnych regulacji prawnych dotyczących wyżej wymienionych zagadnień oraz zweryfikowano informacje udostępnione przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dotyczące realizacji programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego w Polsce w latach 2014 – 2015.

II. Pojęcie bezpieczeństwa zdrowotnego

Bezpieczeństwo zdrowotne jest jedną z kluczowych sfer życia człowieka. Jest ono pojęciem o bardzo szerokim znaczeniu, które obejmuje czynniki wpływające na stan zdrowia całego społeczeństwa. Czynniki te obejmują zarówno subiektywne poczucie zagrożenia pacjenta i jego rodziny w obliczu choroby, jak i dostępność świadczeń zaspokajających potrzeby zdrowotne. Należy jednak podkreślić, że drugi element znacząco wpływa na pierwszy, czyli podniesienie dostępności świadczeń istotnie rzutuje na indywidualne poczucie bezpieczeństwa jednostki i jego rodziny. Natomiast w skali państwa podstawowym zadaniem tworzenia subsystemu bezpieczeństwa zdrowotnego jest właściwe zapewnienie ochrony zdrowotnej całej populacji, aby była ona zdolna do wytwarzania dóbr i usług oraz przyczyniała się do rozwoju społeczno-gospodarczego. W tym znaczeniu omawiane pojęcie można rozpatrywać jako instytucje i regulacje, czy cele i polityki państwa wpływające na poziom bezpieczeństwa zdrowotnego, będącego elementem systemu bezpieczeństwa wewnętrznego państwa¹.

Bezpieczeństwo zdrowotne na gruncie nauk prawnych rozpatrywać można w dwóch płaszczyznach - po pierwsze jako prawo podstawowe dotyczące każdej jednostki, po drugie zaś jako obowiązek państwa do jego zapewnienia przez odpowiedni system organów. W

¹ Więcej na ten temat: D. Kurzyńska-Chmiel, *Podział zadań publicznych między administrację rządową a samorząd terytorialny*, [w:] B. Dolnicki (red.), *Sposoby realizacji zadań publicznych*, Warszawa 2017, s. 395 i n.

pierwszym podejściu bezpieczeństwo zdrowotne jest elementem systemu ochrony praw człowieka, urzeczywistniającego się jako prawo do ochrony zdrowia. Prawo to, uregulowane w art. 68 Konstytucji RP², rozumiane jest bądź jako prawo podmiotowe, bądź jako zasada. Dominującym jest jednak pogląd traktujący omawiane zagadnienie jako normę programową. W tym ujęciu norma nakazuje realizację określonego celu lub też dążenia do niego w zależności od rozwoju społeczno-gospodarczego państwa. Innymi słowy, państwo może zaoferować obywatelowi tyle, na ile stać finanse państwa. Nie znaczy to jednak, że państwo powołując się na brak środków publicznych może uchylić się od wypełnienia nałożonego konstytucyjnie obowiązku. Władze publiczne muszą zabezpieczyć w budżecie państwa odpowiednie środki finansowe umożliwiające funkcjonowanie publicznego systemu opieki zdrowotnej, a także stworzenia gwarancji prawnych – w tym instytucjonalnych i proceduralnych – właściwego wykorzystywania tych środków³. Zatem treścią prawa do ochrony zdrowia jest po pierwsze przysługująca każdemu możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, a więc prawo do uzyskania pewnych, choć nieokreślonych konstytucyjnie, świadczeń ze strony państwa. Po drugie zaś – skierowany do państwa nakaz podejmowania działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa. Władza publiczna ma obowiązek zapewnienia obywatelom warunków umożliwiających skorzystanie z danego świadczenia w postaci sprzętu medycznego, zatrudnienia odpowiedniej liczby kadr itp. Ponadto, powinnością państwa jest zorganizowanie infrastruktury służącej efektywnemu funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej (w szczególności odpowiedniej liczby placówek, właściwie rozmieszczonych na terytorium kraju). Wówczas każdy będzie w stanie uzyskać konkretne świadczenie w stosownym czasie, umożliwiającym uratowanie życia czy powrót do zdrowia. W tym celu dopuszczalne jest ustawowe powierzanie zadań w zakresie opieki zdrowotnej zarówno podmiotom prywatnym, jak i jednostkom samorządu terytorialnego⁴.

III. Ochrona zdrowia w jednostkach samorządu terytorialnego

Zadania z zakresu ochrony zdrowia, do których realizacji zobowiązane zostały samorządy, pogrupować można w ramach trzech ogólnych kategorii: prowadzenie placówek opieki zdrowotnej, lokalna polityka zdrowotna oraz realizacja samorządowych programów zdrowotnych.

² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483.

³ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 9 stycznia 2007 r., P 5/05.

⁴ E. Bonusiak, *Kilka uwag na tle zadań jednostek samorządu terytorialnego na rzecz bezpieczeństwa zdrowotnego*, [w] E. Ura, E. Feret, S. Pieprzny, *Zagadnienia bezpieczeństwa i porządku publicznego w jednostkach samorządu terytorialnego*, Rzeszów 2018, s. 270-371.

W ramach pierwszej grupy zadań, jednostki samorządu terytorialnego pełnią rolę organów założycielskich dla publicznych placówek opieki zdrowotnej, głównie szpitali funkcjonujących w formie tzw. samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ). Możliwość tworzenia przez jednostki samorządu terytorialnego podmiotów leczniczych, które mogą świadczyć opiekę zdrowotną, przewiduje ustawa o działalności leczniczej⁵. Zgodnie z art. 6 ust. 2 jednostki samorządu terytorialnego mogą tworzyć i prowadzić podmioty lecznicze w formie spółki kapitałowej, jednostki budżetowej oraz samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Warto zwrócić uwagę, że takie sformułowanie przepisu wskazuje, że mamy do czynienia z zadaniem fakultatywnym, a nie obligatoryjnym. Konsekwencją tego jest pozostawienie każdej jednostce samorządu terytorialnego samodzielnej decyzji w zakresie tworzenia podmiotów leczniczych, niezależnie od tego, czy potrzeby wspólnoty samorządowej w tym obszarze są zaspokojone na należytych poziomie. Tak będzie także wówczas, gdy na terytorium danej jednostki, przykładowo małej gminy, nie będzie działał żaden podmiot leczniczy świadczący opiekę zdrowotną. Wydaje się, że przyjęte przez ustawodawcę rozwiązanie należy ocenić krytycznie, zwłaszcza pod kątem prowadzonej analizy związanej z bezpieczeństwem zdrowotnym.

Podstawowymi aktami prawnymi regulującymi zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia są ustawy ustrojowe. W myśl art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy o samorządzie gminnym⁶ ochrona zdrowia jest jednym z istotnych zadań samorządu gminy, służącym zaspakajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej. Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o samorządzie powiatowym⁷ jednym z zadań powiatu jest promocja i ochrona zdrowia o charakterze ponadgminnym. Analogicznie zadanie to zostało określone w ustawie o samorządzie województwa⁸ w art. 14 ust. 1 pkt 2 z zastrzeżeniem, że chodzi o zadania na szczeblu województwa.

Aktem prawnym regulującym zagadnienia związane z zadaniami jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia jest ustawa o zdrowiu publicznym⁹. W myśl art. 3 tej ustawy zadania z zakresu zdrowia publicznego wykonują między innymi jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia.

⁵ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tekst jedn. Dz.U. z 2018 r., poz. 160.

⁶ Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 1875 ze zm.

⁷ Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 1868 ze zm.

⁸ Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 2096 ze zm.

⁹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 2237 ze zm.

Wskazane powyżej przepisy prawa w bardzo ogólny sposób normują zadania poszczególnych szczebli samorządu terytorialnego. Doprecyzowanie powyższych zadań znajduje się na gruncie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych¹⁰. Ustawa ta określa zadania władz publicznych, a więc także samorządowych, w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z brzmieniem art. 7 do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:

- 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy;
- 2) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami;
- 3) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Następne artykuły omawianej ustawy regulują obowiązki pozostałych szczebli samorządu terytorialnego. Art. 8 dotyczący samorządu powiatu powiela właściwie zadania gminy w tym zakresie, jedynie nakładając obowiązek koordynowania działań polegających na wdrażaniu programów polityki zdrowotnej na terenie powiatu. Podobnie uregulowane zostały zadania województwa, także w zakresie konsultowania z gminami i powiatami powyższych programów w województwie. Jediną różnicą jest ciążący na tej jednostce obowiązek inspirowania i promowania rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia.

W literaturze przedmiotu omawiane zadania kategoryzuje się m.in. jako: tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, jak również promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu. W konsekwencji do zadań własnych JST, w zależności od szczebla, należy: inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami; inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i

¹⁰ Tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 1938 ze zm., dalej u.ś.o.z.

edukacji zdrowotnej; pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia; opracowywanie i wdrażanie programów innych niż z zakresu promocji zdrowia służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia; inspirowanie promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia; podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców¹¹.

Poddając analizie powyższe regulacje, nietrudno zauważyć, że wszystkie one mają charakter działań planistycznych i informacyjnych o charakterze profilaktycznym. Należy więc zastanowić się, czy z punktu widzenia mieszkańca i całej zbiorowości danej jednostki samorządu terytorialnego działania takie rzeczywiście zapewnią równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, a co za tym idzie zwiększą bezpieczeństwo zdrowotne na danym terenie. Wydaje się, że największe znaczenie ma zapewnienie obywatelom możliwości uzyskania świadczeń zdrowotnych na równych zasadach. Wątpliwym jest, aby cel ten został osiągnięty przez realizację programów polityki zdrowotnej na terenie danej jednostki samorządu terytorialnego. Można stwierdzić, że odniesie to skutek przeciwny - takie działania przez brak jednolitych rozwiązań na obszarze całego kraju przyczynią się do nierówności dostępu do świadczeń profilaktycznych. Ponadto, ilość i jakość realizowanych przez samorządy programów wprost zależy od statusu materialnego danej jednostki, a przez to biedniejsze samorządy nie są w stanie sfinansować wielu tego typu zadań. W praktyce oznacza to, że większość takich działań realizowanych jest w dużych miastach¹², które niejednokrotnie finansują swoim mieszkańcom nawet bardzo kosztowne procedury medyczne (np. programy dofinansowania zapłodnienia pozaustrojowego)¹³.

Skoro zadania samorządu terytorialnego z zakresu ochrony zdrowia mają głównie charakter zadań planistycznych i informacyjnych, to powinny one opracować właściwe dokumenty, wedle których takie działania mogłyby sukcesywnie podejmować. Do zadań własnych gmin, powiatów oraz województw należy opracowywanie, realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców. Przygotowany projekt programu zdrowotnego jednostka samorządu terytorialnego przekazuje do Agencji Oceny Technologii Medycznych

¹¹ Dubas, Seweryn, Koperny, 2014, s. 748.

¹² A. Pietraszewska-Macheta, *Komentarz do art. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, [w:] A. Pietraszewska-Macheta (red.), *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Lex/el. 2018.

¹³ Miasta, których radni podjęli uchwały w tym zakresie to m. in. Częstochowa, Sosnowiec, Szczecinek, Łódź, Poznań, Gdańsk i Warszawa.

i Taryfikacji (AOTMiT) celem jego zaopiniowania (proces przygotowania opinii nie może przekraczać 3 miesięcy). Tymczasem jak wskazuje raport sporządzony przez NIK¹⁴, większość kontrolowanych podmiotów (57,7 %) nie sporządziła dokumentów strategicznych w zakresie polityki zdrowotnej (lokalna/regionalna polityka zdrowotna). W celu ich opracowania samorządy powinny przeprowadzić analizę m. in. takich danych jak dane z zakresu demografii, epidemiologii, informacje o zasobach systemu ochrony zdrowia wraz z ich ocenę społeczną oraz politykę odnoszącą się do zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych.

Ponadto, stwierdzić należy brak koordynacji w zakresie realizacji programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego z programami realizowanymi przez NFZ¹⁵. Nowelizacja ustawy o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 29 września 2017 r.¹⁶ wprowadziła wprawdzie pewne mechanizmy, które można interpretować jako próbę zharmonizowania działań w tym zakresie. Jednym z nich jest właśnie wymóg uzyskania pozytywnej lub warunkowo pozytywnej opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji jako niezbędnej dla rozpoczęcia, wdrożenia, realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej¹⁷. W poprzednim stanie prawnym opinia ta nie była wiążąca dla podmiotów opracowujących dany program i nawet przy negatywnym stanowisku Prezesa AOTMiT mogły one go wdrożyć i finansować.

Nowelizacja ustawy o działalności leczniczej z czerwca 2016 r.¹⁸, która weszła w życie w lipcu 2017 r., rozszerzyła zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia. Wprowadziła ona możliwość finansowania przez te jednostki świadczeń gwarantowanych. Ustawodawca obwarował ją jednak wieloma ograniczeniami. Po pierwsze, świadczenia te nie są kierowane do wszystkich świadczeniobiorców, a jedynie do mieszkańców danej wspólnoty. Po drugie gmina, powiat lub województwo podejmując się realizacji takiego zadania musi uwzględnić między innymi regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa. Po trzecie zaś możliwość sfinansowania przez jednostki samorządu terytorialnego świadczeń zdrowotnych dotyczy jedynie świadczeń gwarantowanych. Nowa regulacja wprowadziła zatem możliwość

¹⁴ *Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego*, Nr ewidencyjny: P/15/063, www.nik.gov.pl/kontrola/P/15/063/, dostęp 10.03.2018.

¹⁵ A. Pietraszewska-Macheta, op. cit.

¹⁶ Ustawa z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2017 r., poz. 2110.

¹⁷ Art. 48a ust. 11 u.s.o.z.

¹⁸ Ustawa z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2016 r., poz. 960.

sfinansowania tego typu świadczeń przez jednostki samorządu terytorialnego ponad kwotę zawartego przez świadczeniodawcę kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Wprowadzona nowelizacja spowoduje, że w skali całego państwa w ramach świadczeń udzielanych na podstawie umowy z NFZ będzie obowiązywała zasada równego dostępu, a w sytuacji wyczerpania zakontraktowanej kwoty, świadczenia będą finansowane ze środków danej jednostki samorządu terytorialnego. Podkreślić należy, że zgodnie z przyjętą przez ustawodawcę regulacją, możliwość taka dotyczyć będzie tylko mieszkańców danej wspólnoty. W konsekwencji po wyczerpaniu środków finansowych pochodzących z Narodowego Funduszu Zdrowia w jednej gminie czy powiecie, możliwe będzie skorzystanie z dodatkowych świadczeń finansowanych przez tę jednostkę samorządu, a w drugiej już nie¹⁹. Zatem stopień dostępu świadczeń zależeć będzie zarówno od miejsca zamieszkania i zamożności wspólnoty, jak i od jej woli, ponieważ jeden samorząd będzie chciał kupować świadczenia dla mieszkańców, a inny już nie. Omawiana zmiana ustawy wywołała także protesty władz samorządowych, które wskazywały, że ma ona na celu przerzucenie na samorządy odpowiedzialności za realizację zadań z zakresu zapewnienia ochrony zdrowia mieszkańców bez wskazania źródeł ich finansowania. Jak podkreślano, bez znaczenia z punktu widzenia finansów samorządów pozostaje fakt, że możliwość finansowania świadczeń zdrowotnych jest zadaniem o charakterze fakultatywnym²⁰.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy ustrojowe nie formułują precyzyjnie zadań administracji samorządowej, które pozwoliłoby na organizację opieki zdrowotnej na terytorium tej jednostki. Takie konkretne działania samorządu terytorialnego rzeczywiście przyczyniłyby się do zrealizowania ciężącego na samorządzie obowiązku zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz ochrony zdrowia. Tymczasem można odnieść wrażenie, że ustawodawca chciałby, aby jednostki samorządu aktywnie włączyły się w system zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego nakładając na nie zadania związane z ochroną zdrowia, a jednocześnie nie daje im żadnych instrumentów za pomocą których mogłyby to osiągnąć, w sposób ogólny określając ich zadania w tym obszarze.

IV. Praktyczne aspekty realizacji samorządowych programów zdrowotnych

¹⁹ Więcej na ten temat: K. Urban, *Komentarz do art.9(a) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Lex/el 2016.

²⁰ R. Budzisz, *Nowe zadania samorządu terytorialnego w sferze ochrony zdrowia*, [w:] E. Ura, E. Feret, S. Pieprzny (red.), *Aktualne problemy funkcjonowania samorządu terytorialnego*, Rzeszów 2017, s. 200-201.

Po przeprowadzeniu rozważań teoretycznych należałoby odpowiedzieć na pytanie w jakim stopniu samorządy realizują programy polityki zdrowotnej?

Jak wspomniano wcześniej sformułowane przez jednostki samorządu terytorialnego projekty programów polityki zdrowotnej muszą zostać przedłożone do zaopiniowania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (zgodnie ze zmianami wprowadzonymi przez ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej). AOTMiT musi wydać opinię na temat poszczególnych programów. Pierwsze opublikowane opinie pojawiły się w 2010 roku (zgodnie ze zmianami obowiązek ten powstał w trakcie roku budżetowego, toteż pierwsze opinie dotyczyły zgłoszeń od samorządów terytorialnych dotyczących przedsięwzięć planowanych od 2010 roku). Z przeprowadzonych przez Związek Powiatów Polskich analiz wynika, że najwięcej programów polityki zdrowotnej zgłaszają samorządy gminne – w roku 2014 stanowiło to 64 proc. wszystkich opiniowanych przez Agencję programów (w tym 42 proc. pochodziło od gmin miejskich, a pozostałe 22 proc. od gmin wiejskich). Jako następne w kolejności znajdowały się miasta na prawach powiatu (14 proc.), samorządy powiatowe (12 proc.) oraz samorządy wojewódzkie (10 proc.). Podobna sytuacja miała miejsce w roku 2015. Programy skierowane do Agencji przez samorządy gminne stanowiły 64 proc. wszystkich opiniowanych programów (w tym 64 proc. pochodziło od gmin miejskich, a pozostałe 36 proc. od gmin wiejskich). Jako następne w kolejce ulokowane były miasta na prawach powiatu (22 proc.), samorządy powiatowe (10 proc.) oraz samorządy wojewódzkie (4 proc.)²¹. W każdym roku najwięcej programów zgłaszały samorządy gminne. Biorąc jednak pod uwagę liczbę zgłaszanych programów polityki zdrowotnej przez poszczególne kategorie jednostek samorządu terytorialnego w odniesieniu do ogólnej liczby danego szczebla JST w Polsce należy zauważyć, że najaktywniejszą grupą są jednak województwa samorządowe i miasta na prawach powiatu, dużo dalej plasują się samorządy powiatowe i pozostałe samorządy gminne (tabela 1).

Tabela 1. Liczba zgłaszanych programów polityki zdrowotnej do AOTMiT przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego w stosunku do ogólnej liczby j.s.t danej kategorii w latach 2014 i 2015

	Liczba JST	Liczba zgłaszanych programów polityki	Proporcja liczby zgłaszanych

²¹ B. Skóbel, R. Rudka, „Programy polityki zdrowotnej bez tajemnic”, Związek Powiatów Polskich, Warszawa, 2016, str. 8.

		zdrowotnej	programów polityki zdrowotnej do liczby JST
Rok 2014			
samorząd gminny (bez miast na prawach powiatu)	2 412	180	7 %
miasto na prawach powiatu	66	38	58%
samorząd powiatowy	314	35	11%
samorząd wojewódzki	16	28	175%
Rok 2015			
samorząd gminny (bez miast na prawach powiatu)	2 412	127	5%
miasto na prawach powiatu	66	44	66%
samorząd powiatowy	314	19	6%
samorząd wojewódzki	16	8	50%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT, www.aotm.gov.pl.

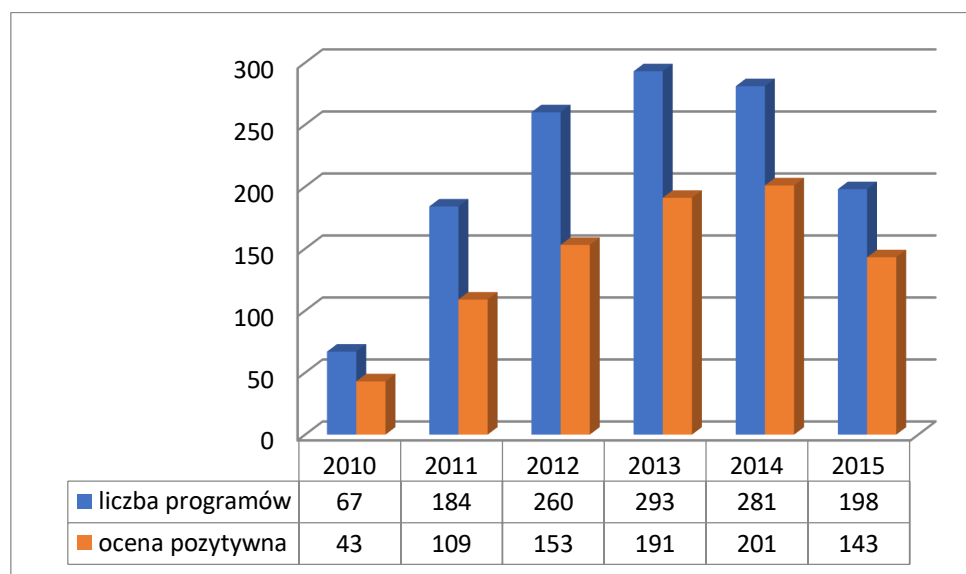
Biorąc pod uwagę rozkład terytorialny zgłaszanych do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji programów zdrowotnych należy zauważyć ich duże przestrzenne zróżnicowanie. Łącznie najwięcej tego typu programów polityki zdrowotnej zgłaszają do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji samorządy z województwa mazowieckiego (49 w 2014 r. i 28 w 2015 r.), nieco mniej z Dolnego Śląska (40 w 2014 r., 19 w 2015 r.) oraz Śląska (36 w 2014 r., 23 w 2015 r.). Trend ten utrzymuje się od dłuższego czasu (od 2012 r.) Najmniej programów zgłaszanych jest z województw warmińsko-mazurskiego (4 w 2014 r., a 2 w 2015 r.) oraz zachodniopomorskiego (2 w 2014 r. i 3 w 2015

r.)²². Z powyższych danych wynika, że istnieje znaczna polaryzacja jeżeli wziąć pod uwagę aktywność samorządów w zakresie tworzenia programów zdrowotnych między centralną i centralno-południową częścią Polski (województwa: mazowieckie, łódzkie, śląskie, wielkopolskie i dolnośląskie) a północną częścią kraju (województwa: zachodniopomorskie, pomorskie i warmińsko-mazurskie)²³.

Jak wynika z danych przedstawionych przez AOTMiT spośród zgłaszanych przez samorządy terytorialne projektów tylko 201 propozycji programów polityki zdrowotnej w roku 2014 oraz 143 w roku 2015 uzyskały pozytywną lub warunkowo pozytywną opinię AOTMiT. Stanowiło to jedynie ponad 7 proc. w roku 2014 i nieco ponad 5 proc. w roku 2015 samorządów, które zgłosiło do Agencji dobrze przygotowany projekt nowego programu polityki zdrowotnej.

Wzrost, stabilizację oraz zmiany w odniesieniu do liczby opiniowanych przez AOTMiT programów przedstawia poniżej zamieszczony wykres 1.

Wykres 1. Liczba programów zgłoszonych do oceny przez AOTMiT w latach 2010 – 2015 oraz ich ocena w [%]



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT, www.aotm.gov.pl.

²² www.aomit.gov.pl dostęp z dnia 25.05.2018 r.

²³ B. Skóbel, R. Rudka, „Programy polityki zdrowotnej bez tajemnic”, Związek Powiatów Polskich, Warszawa, 2016, str. 8.

Analizując przedstawione dane statystyczne warto zwrócić uwagę na fakt, że w początkowych trzech latach wraz ze wzrostem liczby przedkładanych AOTMiT projektów programów wzrastał odsetek tych zaopiniowanych negatywnie, osiągając w roku 2012 niepokojącą, bo aż 41 proc. wartość. Niemniej jednak w kolejnych latach zauważamy odwrót od tego negatywnego trendu. Wynika to zapewne z faktu, iż samorządy z czasem nauczyły się pisać dobre programy.

Biorąc pod uwagę proporcję programów polityki zdrowotnej pozytywnie i negatywnie ocenianych przez AOTMiT w odniesieniu do kategorii danej JST w latach 2014 i 2015 należy zauważyć, że na porównywalnych poziomach są gminy oraz miasta na prawach powiatu, natomiast powiaty i województwa samorządowe radzą sobie znacznie słabiej. Warto jednak podkreślić, że w przypadku powiatów i województw samorządowych – w latach 2014 i 2015 – zauważalny jest pozytywny trend (tabela 2).

Tabela 2. Liczba programów polityki zdrowotnej pozytywnie i negatywnie ocenianych przez AOTMiT w odniesieniu do kategorii danego JST w latach 2014 i 2015

	Odsetek ocen pozytywnych	Odsetek ocen negatywnych
Rok 2014		
samorząd gminny (bez miast na prawach powiatu)	77	23
miasto na prawach powiatu	79	21
samorząd powiatowy	51	49
samorząd wojewódzki	54	46
Rok 2015		
samorząd gminny (bez miast na prawach powiatu)	75	23
miasto na prawach powiatu	70	30
samorząd powiatowy	63	37
samorząd wojewódzki	63	37

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT, www.aotm.gov.pl.

Podsumowując prezentowane powyżej zestawienia należy wskazać na potrzebę udzielania szerokiego i różnorodnego wsparcia dla osób przygotowujących programy polityki zdrowotnej w poszczególnych samorządach terytorialnych – tak, aby ich zawartość spełniała określone przepisami wymogi.

V. Podsumowanie i wnioski

Przytoczone w niniejszym opracowaniu problemy dotyczące zadań jednostek samorządu terytorialnego z obszaru ochrony zdrowia nie wyczerpują całości zagadnień związanych z tą problematyką. Wiele unormowań w tym zakresie znajduje się w ustawach szczególnych, wymieniając tylko kilka z nich, są to: ustawa o pomocy społecznej, ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawa o utrzymaniu czystości i porządku w gminach, czy ustawa o odpadach. Celem było jedynie zasygnalizowanie niektórych z nich i wskazanie, że metoda przyjętej przez ustawodawcę regulacji w znaczący sposób wpływa na zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego. Na podstawie prowadzonych rozważań i przeprowadzonej analizy statystycznej można sformułować następujące wnioski. Po pierwsze - rozproszenie regulacji dotyczących ochrony zdrowia wykonywanych przez samorząd terytorialny w tak wielu aktach prawnych nie sprzyja określeniu ich precyzyjnego katalogu i charakteru. Po drugie - nowelizacje ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawy o działalności leczniczej nie tylko nie poprawiają tego stanu, ale wręcz go pogarszają. Wprowadzenie w tych aktach prawnych wskazanych zadań jako fakultatywnych powoduje, że samorzady mogą, lecz nie muszą ich finansować. Trudno mówić wówczas o gwarancji równego dostępu do świadczeń medycznych, a w konsekwencji o zapewnieniu na tym samym poziomie bezpieczeństwa zdrowotnego. Budzi to poważne wątpliwości na gruncie konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia, które wymaga równości w tym zakresie dla wszystkich obywateli. Po trzecie wreszcie, jednostki samorządu terytorialnego nie tworzą dokumentów strategicznych w zakresie polityki zdrowotnej. Analiza danych statystycznych publikowanych przez Agencję Opiniowania Technologii Medycznych i Taryfikacji wynika, iż niewielka liczba samorządów tworzy programy polityki zdrowotnej, a jednocześnie duża część z niewielkiej liczby złożonych projektów opiniowana jest negatywnie. Działania związane z opracowaniem i realizacją programów z tego zakresu są często chaotyczne i doraźne. Niewątpliwie sporządzenie przemyślanych i opartych na głębokiej analizie dokumentów planistycznych

przyczyniłoby się długookresowo do poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego w jednostkach samorządu terytorialnego.

Bibliografia

Literatura

Bonusiak E., *Kilka uwag na tle zadań jednostek samorządu terytorialnego na rzecz bezpieczeństwa zdrowotnego*, [w:] Ura E., Feret E., Pieprzny S., *Zagadnienia bezpieczeństwa i porządku publicznego w jednostkach samorządu terytorialnego*, Rzeszów 2018.

Budzisz R., *Nowe zadania samorządu terytorialnego w sferze ochrony zdrowia*, [w:] Ura E., Feret E., Pieprzny S. (red.), *Aktualne problemy funkcjonowania samorządu terytorialnego*, Rzeszów 2017.

Garlicki L. (red.), Zubik M. (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*. Tom II, Warszawa 2016, Lex/el.

Kurzyna-Chmiel S. D., *Podział zadań publicznych między administrację rządową a samorząd terytorialny*, [w:] B. Dolnicki (red.), *Sposoby realizacji zadań publicznych*, Warszawa 2017.

Laskowska I., *Równość w finansowaniu i dostępności świadczeń medycznych*, Łódź 2000.

Pieprzny S., *Administracja bezpieczeństwa i porządku publicznego*, Rzeszów 2014.

Pietraszewska-Macheta A., *Komentarz do art.9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, [w:] A. Pietraszewska-Macheta (red.), *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Lex/el. 2018.

Pietraszewska-Macheta A. (red.), *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Lex/el. 2018.

Ura E., *Nadzór Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów nad ogólnym bezpieczeństwem produktów*, Zeszyty Naukowe WSIZiA w Warszawie, 2(39) 2017 Human Security Now. Commission on Human Security, New York 2003.

Ura E., Feret E., Pieprzny S. (red.), *Aktualne problemy funkcjonowania samorządu terytorialnego*, Rzeszów 2017.

Akty prawne

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483.

Ustawa z dnia 8 marca 1990 r., tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 1875 ze zm.

Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 1868 ze zm.

Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 2096 ze zm.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 1938 ze zm.

Ustawa z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych, Dz. U. z 2017 r. poz. 1311 ze zm.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tekst jedn. Dz.U. z 2018 r., poz. 160.

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 2237 ze zm.

Ustawa z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw , Dz.U. z 2016 r., poz. 960.

Rozporządzenia Ministra Zdrowia z: z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, tekst jedn. Dz.U. z 2016 r., poz.357;

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 2295 ze zm.;

Rozporządzenie z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji lecznicze, tekst jedn. Dz.U. z 2013 r., poz. 1522 ze zm.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 9 stycznia 2007 r., P 5/05

Inne

Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego, Nr ewidencyjny: P/15/063, www.nik.gov.pl/kontrola/P/15/063/