

Ryszarda Michalska-Badziak*

Zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jako zadanie samorządu lokalnego

Wśród rozległych zainteresowań naukowych Profesor Małgorzaty Stahl dużo miejsca zajmuje problematyka samorządowa. W Jej dorobku naukowym znaleźć można liczne opracowania poświęcone władzy lokalnej. Jest to sfera, w której zaszły i zachodzą głębokie zmiany. Pozostając w tej sferze zainteresowań Pani Profesor, spójrzmy zatem na samorząd lokalny jako podmiot zobligowany do zaspokajania zbiorowych potrzeb wspólnoty, które mieszczą się w zakresie działania gminy i powiatu.

447

Gmina realizuje, zgodnie z zasadą domniemania kompetencji, zadania publiczne o znaczeniu lokalnym, których wykonywanie nie jest zastrzeżone dla innych podmiotów. Z kolei powiat realizuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym. „Gmina i powiat stanowią system, w ramach którego realizowany jest całokształt zadań publicznych o charakterze lokalnym w strukturach samorządowych”¹.

Do zadań własnych gminy należy zaspokajanie zbiorowych potrzeb gminnej wspólnoty samorządowej, wymienionych w katalogu przykładowym. Zadania powiatu, mające zakres ponadgminny, zostały enumeratywnie wymienione. W stosunku do zadań gmin mają one charakter kompensacyjny. W obu tych katalogach zadań zamieszczono zadania z zakresu ochrony zdrowia², z tym że zadania powiatu obejmują także promocję zdrowia, mającą na celu tworzenie warunków sprzyjających

* Dr, Uniwersytet Łódzki, Wydział Prawa i Administracji.

¹ Zob. B. Jaworska-Dębska, *Zadania samorządu terytorialnego*, [w:] M. Stahl (red.), *Prawo administracyjne. Pojęcia, instytucje, zasady w teorii i orzecznictwie*, Warszawa 2013, s. 417.

² Zob. art. 7 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 446 ze zm., dalej powoływana jako u. s. g.; zob. także art. 4 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 814 ze zm., dalej powoływana jako u. s. p.

zdrowiu. W ramach zadań własnych gminy ustawodawca odróżnił kategorię zadań fakultatywnych i obowiązkowych. Nie określa jednak wprost, jakie zadania ze sfery ochrony zdrowia mają status zadań własnych obowiązkowych, a które z nich mają charakter fakultatywny. Wskazane kwestie powinny być unormowane w konkretnych ustawach prawa materialnego.

Zaznaczyć także trzeba, iż charakter i zakres zadań nałożonych na podmioty publiczne wypełniające zadania z zakresu ochrony zdrowia znajduje podstawy normatywne w przepisach Konstytucji RP³. Wskazać tu należy na przepisy formułujące zasadę decentralizacji władzy publicznej oraz zasadę pomocniczości (art. 15 oraz jej preambuła). Mają one istotne znaczenie przy określaniu zarówno szerokości, jak i rodzaju władz publicznych wypełniających zadania z zakresu ochrony zdrowia.

Zdrowie stanowi najwyższą wartość, której znaczenie uświadamiamy sobie w sytuacjach zagrożenia. Ze względu na tę cechę należy traktować je jako dobro wspólne, o które powinni dbać wszyscy. Usytuowanie zdrowia wysoko w hierarchii wartości człowieka sprawia, że staje się ono przedmiotem zainteresowania państwa oraz obywateli (pacjentów).

448 Ochrona zdrowia obejmuje wiedzę o obowiązujących standardach i zasadach zapobiegania oraz postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w zwalczaniu chorób dotykających ludność. Jest to także wiedza o czynnikach i warunkach utrzymywania dobrego samopoczucia fizycznego i psychicznego człowieka przez stworzenie mu warunków szeroko pojętej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, przygotowanie go do korzystania z dostępnych świadczeń oraz ukształtowanie odpowiedzialności za stan własnego zdrowia i podejmowane decyzje, mające skutki zdrowotne⁴.

Głównym celem systemu ochrony zdrowia jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego ludzi. Następuje to poprzez zaspokajanie indywidualnych potrzeb medycznych, a także poprzez działania mające na celu zapewnienie odpowiednich warunków życia, pracy i innych aspektów życia, które zapobiegają lub zmniejszają ryzyko utraty zdrowia⁵. Ochrona zdrowia należy się wszystkim ludziom, stanowi ona ustrojowo przypisane zadanie władz publicznych. Od samorządów lokalnych w sferze ochrony zdrowia oczekuje się głównie tworzenia polityki zdrowotnej na danym obszarze, obejmującej organizację lokalnej opieki zdrowotnej, jak

³ Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.

⁴ Zob. M. D. Głowacka, J. Zdanowska, *Zdrowie publiczne w Polsce*, Warszawa 2013, s. 30.

⁵ Zob. A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Warszawa 2009, s. 19.

i podejmowania działań na rzecz tworzenia prozdrowotnych warunków życia, zarządzanie systemem ochrony zdrowia oraz finansowanie określonych działań z tego zakresu⁶.

Na gruncie Konstytucji RP „każdy ma prawo do ochrony zdrowia”. Państwo jest odpowiedzialne za bezpieczeństwo zdrowotne i właściwe warunki zdrowotne. Władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku⁷. Opieka zdrowotna jest realizowana poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych. Pojęcie „świadczenie zdrowotne” zostało zdefiniowane w wielu ustawach, m.in. w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, o zawodach pielęgniar-ki i położnej⁸. W obu tych ustawach termin „świadczenie zdrowotne” ustawodawca określił poprzez wskazanie czynności składających się na wykonywanie wymienionych zawodów medycznych. Wiodącą jednak definicję zawarto w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych⁹. Określa ona „świadczenie zdrowotne” jako działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania. Podobnie pojęcie to zostało zdefiniowane w późniejszej ustawie o działalności leczniczej¹⁰. Ustawa o ś. o. z. wyróżnia świadczenia zdrowotne rzeczowe i świadczenia towarzyszące. Pierwsze z nich – to związane z procesem leczenia leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia i wyroby medyczne. Z kolei świadczenia towarzyszące – to zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz transport sanitarny (art. 5 pkt. 37 i 38 u. o ś. z.). Natomiast ustawa o działalności

⁶ Zob. A. Rabięga-Przyłęcka, *Organizacja i zadania administracji publicznej w ochronie zdrowia*, [w:] Z. Duniewska, B. Jaworska-Dębska, M. Stahl (red.), *Prawo administracyjne materialne*, Warszawa 2014, s. 243.

⁷ Zob. na ten temat A. Mokrzycka, *Prawo do ochrony zdrowia. Konstytucyjny priorytet czy źródło dylematów w ochronie zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014, s. 40 i n.; zob. też A. Zoll, *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO, PiM*, 2000/8, s. 8–9.

⁸ Zob. ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, tekst jedn. Dz. U. z 2015 r., poz. 464 ze zm., ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniar-ki i położnej, tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 1251 ze zm.

⁹ Zob. art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 1793, ze zm. dalej powoływana jako u. o ś. z.

¹⁰ Zob. art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 11 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm.

lecniczej wyodrębnia stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Na władzach publicznych w ramach zapewnienia każdemu człowiekowi prawa do ochrony zdrowia spoczywa obowiązek zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. Państwo powinno zapewnić dostęp do świadczeń zdrowotnych potrzebującym członkom społeczeństwa. Natomiast pojedynczy członkowie danej zbiorowości powinni aktywnie dbać o swoje zdrowie i czuć się za nie odpowiedzialni. Równość oznacza, że osoby chore powinny uzyskać terapię na podstawie ich potrzeb zdrowotnych, a nie na podstawie czynników pozazdrowotnych.

450 Prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej umieszczone zostało w ramach kategorii praw socjalnych. Prawa socjalne to uprawnienia, które gwarantują jednostce podstawowe dobra niezbędne do życia. W celu ich realizacji państwo ma obowiązek podejmowania działań umożliwiających jednostce korzystanie z danego prawa. Art. 68 ust. 2 Konstytucji RP zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przepis ten stanowi rozwinięcie zasady równości i solidaryzmu społecznego, wyrażonych w Konstytucji. Zasady korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie są niezależne od zakresu partycypacji poszczególnych członków wspólnoty obywatelskiej w tworzeniu zasobu środków publicznych, stanowiących źródło ich finansowania. Konstytucyjnym obowiązkiem władzy publicznej jest stworzenie odpowiedniego systemu opieki zdrowotnej, który umożliwi gromadzenie środków finansowych niezbędnych do pokrycia kosztów udzielanych świadczeń zdrowotnych. Zgromadzone środki muszą pozwolić na powszechną dostępność ustawowo wskazanych świadczeń. W literaturze podnosi się, że obowiązek spoczywający na władzy publicznej nie będzie spełniony w sytuacji, w której środki przeznaczone na finansowanie świadczeń zdrowotnych nie wystarczą na pokrycie kosztów tych świadczeń czy też spowodują ograniczenia w ich dostępie¹¹. Wypada w tym miejscu wspomnieć, iż przepisy ustawy o prawach pacjenta¹² nie gwarantują równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, zapewniają jedynie pacjentowi prawo

¹¹ Zob. na ten temat: R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2014, s. 13 i n.; M. Urbaniak, *Konstytucyjna zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej a jej ustawowa realizacja w prawie polskim. Wybrane problemy*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2013/3, s. 86.

¹² Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 186 ze zm.

do świadczeń zdrowotnych, a w sytuacjach ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń, umieszczenie na liście oczekujących, ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń. Z Konstytucji nie wynika obowiązek zapewnienia przez władzę publiczną bezpłatnej, a jedynie równej dla wszystkich obywateli opieki zdrowotnej. Władza publiczna, w tym m.in. organy samorządu terytorialnego, gwarantuje równy dostęp do nich poprzez odpowiednią realizację zadań mieszczących się w zakresie ich kompetencji. Przedmiotem prawa jest obowiązek zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Równość dostępu, o której mowa w powołanym przepisie Konstytucji, musi uwzględniać zróżnicowaną sytuację prawną i faktyczną podmiotów powołanych do ich wykonywania. Ponadto zasada równego dostępu odnosi się tylko do tych świadczeń, które są finansowane ze środków publicznych. Można zatem przyjąć, że władze publiczne powinny tak zorganizować system ochrony zdrowia, aby obywatele mieli dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, wykonawcy tych świadczeń powinni zostać zobligowani do poszanowania zasady równości w ich dostępie¹³. Konstytucja nie określa jednak warunków i zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Odsyła ona w tym względzie do odrębnej ustawy, która ustali warunki udzielania i zakres tych świadczeń. Wypełnienie tej „delegacji”, zawartej w art. 68 ust. 2 Konstytucji, nastąpiło w ustawie z 2004 r.¹⁴, w której w rozdziale 2 zatytułowanym „Zadania władz publicznych” szczegółowo określono ich zadania w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. W literaturze podnosi się, że umieszczenie tych przepisów w powołanej ustawie było konsekwencją orzeczenia TK z dnia 7 stycznia 2004 r., stwierdzającego niezgodność z Konstytucją części przepisów ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia¹⁵. W uzasadnieniu projektu ustawy wskazano, że obowiązek zapewnienia określonego standardu dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obciąża władze publiczne, a zatem ochrona zdrowia stanowi ustrojowo przypisane zadanie władz publicznych¹⁶. Ponadto

¹³ Zob. M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, M. Dercz (red. nauk.), Warszawa 2013, s. 43; zob. także J. Jończyk, *Publiczna opieka zdrowotna*, PiM 2007/1, s. 13.

¹⁴ Zob. ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych...; zob. także J. Nowak-Kubiak, B. Łukasik, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Warszawa 2006, s. 28–31.

¹⁵ Zob. ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zm.

¹⁶ Zob. D. E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011, s. 47; K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Warszawa 2010,

TK w powołanym wyroku uznał, że zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji „ustawa powinna określać bądź koszyk świadczeń gwarantowanych, bądź świadczenia ponadstandardowe, które finansowane są ze środków własnych pacjenta”.

Spełnienie postulatu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wpływa na standard świadczeń zdrowotnych. Wypracowanie takiego standardu świadczeń zdrowotnych jest obowiązkiem władzy publicznej. Dostępność świadczeń medycznych decyduje o poczuciu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, nie jest jednak czynnikiem wystarczającym do autentycznego zapewnienia tego bezpieczeństwa. Poza dostępnością świadczeń dla wszystkich finansowanych ze środków publicznych, bezpieczeństwo zdrowotne obywateli zależy od działań państwa podejmowanych na rzecz zdrowia ogółu ludności, czyli działań, których celem jest stworzenie warunków dla zapewnienia zdrowia wszystkim obywatelom.

452 Uszczegółowienie zadań oraz wskazanie adresatów obowiązków związanych z zapewnieniem równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej zawierają przepisy powołanej powyżej ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Ustalono w niej zasady podziału zadań i odpowiedzialności pomiędzy poszczególne szczeble władzy lokalnej. Ustawa ta określa w art. 6 ich zadania w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Przepis art. 6 u. ś. o. z. wskazuje najważniejsze zadania w ramach katalogu otwartego. Obejmują one: tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia; analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany; promocję zdrowia i profilaktykę mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu oraz finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej. Dalsze przepisy ustawy (art. 7–11) dokonują podziału zadań pomiędzy enumeratywnie wymienione organy władzy publicznej – samorządowej (gmina, powiat, samorząd województwa) i rządowej (wojewoda, minister właściwy do spraw zdrowia oraz minister właściwy do spraw finansów publicznych). Pozostawiając na boku kwestie dotyczące zadań organów administracji rządowej, ze względu na ramy opracowania, na uwagę zasługują zadania samorządu lokalnego w tym zakresie.

W art. 7 u. ś. o. z. wyróżniono zadania własne gminy oraz zadania zlecone w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Zadania własne zostały określone w katalogu przykładowym. Obejmują one w szczególności:

komentarz do art. 6 pkt 2; M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *op. cit.*, s. 339; P. Bała, *Prawo do ochrony zdrowia i prawa pacjenta*, [w:] P. Bała, M. Załucki (red.), *Prowadzenie działalności leczniczej. Aspekty prawne*, Warszawa 2013, s. 16–17.

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

Wymienione zadania gmina ma obowiązek wykonywać w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców gminy. Potrzeby zdrowotne obejmują liczbę i rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców. Potrzeby te stanowią podstawę do opracowania regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych¹⁷, uwzględniającej specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych. Na podstawie map potrzeb zdrowotnych jednostka samorządu terytorialnego sporządza projekt programu polityki zdrowotnej, który przekazywany jest w celu jego zaopiniowania do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Następnie organ stanowiący gminy podejmuje uchwałę w sprawie programu polityki zdrowotnej. Działania gminy w zakresie opracowywania programów polityki zdrowotnej będą ukierunkowane

453

głównie na podejmowanie przedsięwzięć profilaktycznych. Gmina powinna wykazywać aktywność w podejmowaniu przedsięwzięć zmierzających do zaznajomienia mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami. Do działań profilaktycznych zaliczyć należy również, jak już wspomniano, opracowywanie, realizację oraz ocenę programów polityki zdrowotnej nakierowanych na wykrywanie określonych potrzeb zdrowotnych i poprawę stanu zdrowia mieszkańców. W ramach obowiązków sprawozdawczych gmina przekazuje powiatowi informacje o zrealizowanych oraz realizowanych programach polityki zdrowotnej. Zaznaczyć jednak trzeba, iż ustawa o zdrowiu publicznym¹⁸ uchyliła pkt 2 art. 7 analizowanej ustawy, który obligował gminę do przekazywania takich informacji powiatowi. Co do zasady jednostki samorządu terytorialnego nie mogą finansować świadczeń zdrowotnych¹⁹, wyjątek dotyczył sytuacji, gdy świadczenie zdrowotne stanowiło element programu zdrowotnego realizowanego przez samorząd

¹⁷ Regionalną mapę potrzeb zdrowotnych na okres 5 lat sporządza wojewoda. Zakres treści map określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych, Dz. U. z 2015 r., poz. 458.

¹⁸ Ustawa z dnia 11 września 2015 r., Dz. U. z 2015 r., poz. 1916, zmiana ta wejdzie w życie 1.01.2017 r.

¹⁹ Zob. M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *op. cit.*, s. 179–180.

przy udziale podmiotu leczniczego. W takiej sytuacji samorząd może nawiązać z podmiotem leczniczym umowę o udzielanie świadczeń. Jednak zgodnie z nowelizacją dokonaną ustawą o zdrowiu publicznym jednostka samorządu terytorialnego może dofinansowywać programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej, zlecone przez ministra do spraw zdrowia, inne niż realizowane przez tę jednostkę, polegające na profilaktyce chorób.

Drugą kategorię zadań gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej stanowią zadania zlecone. Do zadań zleconych gminy należy wydawanie decyzji w sprawach świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni, spełniających kryterium dochodowe określone w ustawie o pomocy społecznej²⁰. W ramach realizacji tych zadań wójt (burmistrz, prezydent miasta) wydaje decyzje potwierdzające prawo do świadczeń zdrowotnych dla osób nieobjętych ubezpieczeniem społecznym, spełniających kryterium dochodowe. Decyzja taka wydawana jest po przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego²¹, którego celem jest ustalenie, czy zostało przez świadczeniobiorcę spełnione kryterium dochodowe. Postępowanie w celu wydania omawianej decyzji może zostać wszczęte na wniosek świadczeniobiorcy, a w przypadku stanu nagłego – na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia. Ponadto postępowanie może zostać wszczęte z urzędu przez wójta (burmistrza, prezydenta). Zgodnie z art. 54 ust. 7 u. o ś. z. prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie tej decyzji przysługuje przez okres 90 dni. Trudność czy niemożność przeprowadzenia wywiadu nie jest wystarczającą przesłanką do odmowy potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej²². Wójt (burmistrz, prezydent miasta) może odmówić potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej tylko w przypadkach określonych w art. 12 u. p. s. W przypadku gdy w okresie 90 dni świadczeniobiorca zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym albo dojdzie do zmiany jego sytuacji dochodowej lub majątkowej, wpływającej na podstawę do wydania decyzji, wówczas organ, który wydał decyzję, stwierdza jej wygaśnięcie. Gmina otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji tego zadania.

454

²⁰ Zob. art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 930 ze zm., dalej powoływana jako u. p. s.

²¹ Sposób jego przeprowadzenia określa rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 sierpnia 2016 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego, Dz. U. z 2016 r., poz. 1406 ze zm.

²² Zob. wyrok WSA w Poznaniu z dnia 10 października 2013 r., IV SA/Po 594/13, Lex nr 1382973; wyrok WSA w Warszawie z dnia 11 grudnia 2007 r., VII SA/WA 1648/07, Lex nr 469761.

W przypadku powiatów ustawa o ś. o. z. nakłada na władze tych jednostek samorządu terytorialnego jedynie zadania własne (art. 8). Do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez powiat należą zwłaszcza:

- opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami;
- inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu;
- pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia;
- podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.

Władze powiatu, realizując zadania w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, winny nimi objąć mieszkańców wszystkich gmin wchodzących w skład danego powiatu. Wśród tych zadań, podobnie jak w przypadku gmin, nie wymieniono obowiązku przekazywania marszałkowi województwa informacji o realizowanych na terenie powiatu programach polityki zdrowotnej, gdyż przepis ten zostanie uchylony z dniem 1 stycznia 2017 r. Wydaje się, że przekazywanie przez gminy i powiaty informacji o realizowanych programach polityki zdrowotnej ułatwia koordynację działań w tym zakresie i pozwala uniknąć ich dublowania. Kwestia ta wymaga zasygnalizowania gdyż programy są również realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Prima facie można przyjąć, że zadania powiatu są w istocie rzeczą powieleniem zadań własnych gminy. Odnoszą się one do celów i kierunków prowadzenia przez powiat polityki społecznej w odniesieniu do ochrony zdrowia i jego współpracy w tym zakresie z gminami. Realizacja programów polityki zdrowotnej będzie wykonywana przez zawieranie umów ze świadczeniodawcami. Podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych powinno wskazywać na aktywność i intencje co do oferowanych sposobów i kierunków zapewnienia równego dostępu mieszkańców powiatu do świadczeń.

Analiza zadań wskazanych w art. 7 ust. 1 i art. 8 pozwala stwierdzić, iż podział tych zadań pomiędzy jednostki samorządu lokalnego jest mało precyzyjny. Unormowania te nie określają, jakie działania powinny być podejmowane, przez jakie organy samorządu lokalnego i przy pomocy jakich instrumentów zadania te mają być realizowane. Powierzone zadania w zakresie monitorowania potrzeb, stopnia ich zaspokajania, analizowania istniejącej sytuacji zdrowotnej i wpływania na zachowania mieszkań-

ców wspólnot samorządowych powinny odbywać się poprzez kontrolę, koordynację podejmowanych działań oraz określenie właściwych mechanizmów nadzorczych. Ponadto należy zwrócić uwagę, że jednostki samorządu lokalnego (gminy, powiaty) są zróżnicowane pod względem statusu materialnego, dlatego warunki faktyczne (zamożność poszczególnych gmin i powiatów) mają istotny wpływ na realizację tych zadań. Zgodzić trzeba się z poglądem wyrażonym w doktrynie, „iż bez ewaluacji sytuacji faktycznej nie da się dokonać oceny podejmowanych decyzji, czy tym bardziej istniejących rozwiązań prawnych ani ewentualnie zaproponować kierunków możliwej reformy”²³.

Kolejnym aktem prawnym o istotnym znaczeniu dla organizowania przez samorząd lokalny dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w formie instytucjonalnej jest ustawa o działalności leczniczej²⁴. Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 3 ust. 1 u.d.l.), ponadto może również polegać na: promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. W powołanym przepisie ustawodawca posługuje się pojęciami „działalność lecznicza” i „świadczenie zdrowotne”. Pierwsze z nich jest pojęciem szerszym. Działalność lecznicza zawsze polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Mogą ją prowadzić podmioty lecznicze i praktyki zawodowe.

456

Zasadniczo na gminach spoczywa obowiązek organizowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, w tym nocnej i świątecznej. Podstawowa opieka zdrowotna obejmuje świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii. Realizacja tych świadczeń nie wymaga leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych. Są one udzielane przez podmioty lecznictwa ambulatoryjnego. Ze względu na „podstawowość” zadanie to pozostaje najbliżej mieszkańców i powinno być realizowane przez podmioty najbliższe obywatelom. Z kolei na powiatach spoczywa obowiązek organizowania i prowadzenia szpitali ogólnych.

Jeśli na terenie jednostki samorządu lokalnego brak jest świadczeniodawców, to jej władze powinny rozważyć możliwość utworzenia i prowadzenia własnego podmiotu leczniczego. Podmiot taki może być prowadzony w formie spółki kapitałowej, jak również jednostki budżetowej. W tym celu jednostka samorządu terytorialnego musi dokonać organizacyjnego wyodrębnienia osób i majątku, które będą służyły wykonywaniu przez ten podmiot działalności leczniczej. Należy najpierw zgromadzić osoby mają-

²³ Zob. D. E. Lach, *op. cit.*, s. 50.

²⁴ Zob. ustawa powołana w przypisie 10, powoływana dalej jako u. d. l.

ce prawo do wykonywania zawodów medycznych oraz środki majątkowe spełniające określone w przepisach wymagania. Jednostki samorządu lokalnego do niedawna mogły tylko prowadzić samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Obecnie po nowelizacji ustawodawca dopuszcza również możliwość tworzenia nowych tego typu zakładów. Ponadto jednostki samorządu lokalnego mogą przystępować do spółek kapitałowych wykonujących działalność leczniczą. Możliwość przystąpienia przez te jednostki do spółek kapitałowych oznacza, że zostały one upoważnione do prowadzenia działalności komercyjnej w ochronie zdrowia, ponieważ nie występuje żadne ograniczenie dotyczące podmiotów, do których gmina, powiat może przystąpić. Przepisy ustawy o działalności leczniczej stanowią samodzielną podstawę prawną tworzenia i prowadzenia przez jednostkę samorządu terytorialnego podmiotu leczniczego w formie spółki kapitałowej²⁵. Jak już wspomniano, gmina, powiat mogą utworzyć podmiot leczniczy w formie jednostki budżetowej. Może to nastąpić w ramach zadań własnych o charakterze fakultatywnym, co wiąże się z pełną odpowiedzialnością finansową za jego funkcjonowanie. Wójt (burmistrz, prezydent miasta) oraz zarząd powiatu po dokonaniu analizy potrzeb zdrowotnych wspólnoty i możliwości w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla mieszkańców danej jednostki ustalają, czy na danym terytorium istnieje potrzeba utworzenia nowego podmiotu leczniczego. Wskazane organy muszą także określić zakres i rodzaj świadczeń zdrowotnych, które będzie realizował projektowany podmiot leczniczy.

457

Tworzenie, przekształcenie i likwidacja podmiotu leczniczego w formie jednostki budżetowej następuje w drodze uchwały rady gminy czy rady powiatu. W uchwale o utworzeniu podmiotu leczniczego w formie jednostki budżetowej należy wskazać m.in. nazwę podmiotu, miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych, formę organizacyjno-prawną oraz rodzaj działalności leczniczej i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych. Podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą składa organowi prowadzącemu rejestr (województwie) wnioszek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Wraz z wnioskiem należy dołączyć oświadczenie oraz określone w przepisach dokumenty²⁶.

²⁵ Zob. szerzej na ten temat M. Augustyniak, T. Moll, *Tworzenie, przekształcanie i likwidacja jednostek organizacyjnych samorządu terytorialnego*, Monografia Lex 2015.

²⁶ Zob. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru, tekst jedn. Dz. U. z 2014 r., poz. 325, zob. szerzej na temat wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą D. Grysztar, *Proces powstawania podmiotów prowadzących działalność leczniczą*, [w:] P. Bała, M. Załucki (red.), *op. cit.*, s. 50–55.

Wpis do rejestru ma charakter konstytutywny, co oznacza, że działalność leczniczą można rozpocząć po uzyskaniu wpisu. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru, obowiązany jest zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych wpisem w terminie 14 dni od dnia ich powstania (art. 107 ust. 1 u. d. l.). Uchwała o przekształceniu podmiotu leczniczego stanowi podstawę dokonania zmian w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Uchwała o likwidacji podmiotu leczniczego powinna zawierać w szczególności: określenie podmiotu podlegającego likwidacji, oznaczenie dnia zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych, nie wcześniej niż 3 miesiące od dnia wydania zarządzenia lub podjęcia uchwały, oznaczenie dnia otwarcia likwidacji, nie później niż 30 dni od dnia zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych, określenie sposobu i trybu zadysponowania składnikami materialnymi i niematerialnymi oraz oznaczenie dnia zakończenia likwidacji. Uchwała o likwidacji podmiotu leczniczego powinna także zawierać określenie przeznaczenia mienia znajdującego się w zarządzie likwidowanej jednostki. Stanowi ona podstawę do wykreślenia likwidowanego podmiotu leczniczego z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

458

Zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej nie oznacza, że wszelkie świadczenia przysługujące pacjentom są bezpłatne. Władze publiczne mogą określać w systemie świadczenia udzielane w całości ze środków publicznych, jak i objęte częściową czy nawet całkowitą odpłatnością przez pacjenta. Jednakże musi być precyzyjnie określony koszyk świadczeń gwarantowanych. Problematyka ta aktualnie jest przedmiotem regulacji rozdziału 1a u. o ś. z. Określa on zasady i tryb kwalifikowania świadczeń zdrowotnych jako świadczeń gwarantowanych. Szczegółowy ich wykaz został określony w przepisach wykonawczych, które są podstawą funkcjonowania koszyka świadczeń gwarantowanych²⁷. W tzw. pozytywnym koszyku świadczeń nie wymieniono badań klinicznych²⁸. Podstawą zakwalifikowania jest ocena

²⁷ Obecnie zostało wydanych 12 rozporządzeń Ministra Zdrowia określających zakres świadczeń gwarantowanych w poszczególnych sferach ochrony zdrowia. Zob. przykładowo: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 86; rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Dz. U. z 2016 r., poz. 644 ze zm.; rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, tekst jedn. Dz. U. z 2015 r., poz. 2027; rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, tekst jedn. Dz. U. z 2015 r., poz. 1658.

²⁸ Zob. szerzej na ten temat M. Urbaniak, *op. cit.*, s. 94–95.

świadczenia uwzględniająca wpływ na poprawę zdrowia obywateli, skutki następstw choroby lub stanu zdrowia, znaczenie dla zdrowia obywateli, skuteczność kliniczna i bezpieczeństwo, stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego, stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych oraz skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń ze środków publicznych (art. 31a u. o ś. z.). Minister Zdrowia zleca Prezesowi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przygotowanie rekomendacji w sprawie zakwalifikowania świadczenia jako gwarantowanego wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania. Rekomendacja jest dla Ministra Zdrowia podstawą do zakwalifikowania świadczenia jako gwarantowanego wraz z poziomem lub sposobem jego finansowania. Jednak decyzję o umieszczeniu wnioskowanego świadczenia w wykazie świadczeń gwarantowanych podejmuje minister²⁹. Państwo powinno zapewnić co najmniej podstawowy standard opieki zdrowotnej, a dostęp do świadczeń powinien opierać się na równych zasadach. Ustawa wprowadza też katalog świadczeń, które nie przysługują świadczeniobiorcy. Są to świadczenia niezakwalifikowane jako gwarantowane. Należą tu m.in. orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie pacjenta.

Nie można utożsamiać równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z nieograniczonym prawem pacjenta do uzyskania w dowolnym momencie każdego rodzaju świadczenia. Przedmiotem równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest opieka zdrowotna, a nie wyodrębnione procedury, składające się na świadczenia zdrowotne. Pacjent ma prawo domagać się od władzy publicznej opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Natomiast o tym, jakie konkretne świadczenie zdrowotne w ramach tej opieki zostanie udzielone, zdecyduje personel medyczny w odniesieniu do konkretnego przypadku, z uwzględnieniem ewentualnej kolejki oczekujących. Przedmiotem finansowania ze środków publicznych jest opieka zdrowotna jako suma świadczeń o zróżnicowanym charakterze, w konkretnym zindywidualizowanym przypadku. Jak już zasygnalizowano, instrumentem służącym zapewnieniu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest tworzenie listy oczekujących na świadczenie zdrowotne. Służy ona do ustalenia kolejności udzielania świadczenia zdrowotnego ze względu na niewystarczające środki

²⁹ Zob. szerzej A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 32 i n.

finansowe w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. Procedura ustalająca kolejność dostępu musi być rzetelna, oparta na kryteriach medycznych określonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia³⁰. Świadczenia powinny być udzielane pacjentom według kolejności ich zgłoszenia, za wyjątkiem sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta. Zauważyć jednak trzeba, iż przepisy prawa nie określają terminów, w których zostanie dane świadczenie udzielone. Wpisanie na listę oczekujących i ustalenie terminu udzielenia świadczenia przez świadczeniodawcę jest równoznaczne z zobowiązaniem się do udzielenia danego świadczenia opieki zdrowotnej. Lista służy ustaleniu kolejności, w jakiej świadczenia zostaną zrealizowane, nie dotyczy ona zakresu gwarantowanej opieki, ale momentu jej udzielenia. Zaznaczyć należy, iż listy podlegają okresowej ocenie³¹. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadza zasadę, że w stanach nagłych świadczenia są udzielane niezwłocznie (art. 19 ust. 1). Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia, jeśli osoba zgłaszająca się do podmiotu leczniczego potrzebuje natychmiastowej pomocy.

460

Reasumując, stwierdzić należy, iż na władzach publicznych spoczywa obowiązek stworzenia systemu opieki zdrowotnej, w którym świadczenia finansowane ze środków publicznych będą dostępne dla obywateli, a dostęp do świadczeń będzie równy, niezależnie od sytuacji materialnej. Warunki i zakres powszechnie dostępnych świadczeń opieki zdrowotnej zależą – co jest oczywiste – od kondycji finansowej państwa i obywateli. Dostęp dotyczy świadczeń opieki zdrowotnej, a nie świadczeń zdrowotnych, czemu daje wyraz ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, według której świadczenie opieki zdrowotnej stanowi sumę świadczeń zdrowotnych, świadczeń zdrowotnych rzeczowych i towarzyszących. Świadczenia zdrowotne to działania o charakterze medycznym. Stosowanie listy oczekujących na świadczenie ocenić należy pozytywnie. Z jednej strony jest to podyktowane niedoborem środków finansowych w systemie, z drugiej zaś efektem konieczności wyboru ustawodawcy między zawężeniem katalogu świadczeń dostępnych bez żadnych ograniczeń, ale jedynie na poziomie podstawowym, a limitowaniem dostępu do świadczeń określonych rodzajów przy zachowaniu szerokiego katalogu świadczeń gwarantowanych. Finansowanie świadczeń ze środków publicznych nie wyklucza powierzania ich realizacji podmiotom niepublicznym. Zauważyć trzeba, że osoby umieszczone na

³⁰ Zob. M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2010, s. 80.

³¹ Szerzej na temat list oczekujących zob. D. E. Lach, *op. cit.*, s. 270–276.

liście oczekujących mają prawo do gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, ale o momencie jej udzielenia decyduje konkretna potrzeba, co skutkuje zróżnicowaniem pod względem technicznym. Nie ma natomiast tu miejsca zróżnicowanie sytuacji prawnej świadczeniobiorców. Z prawnego punktu widzenia nie występuje tu uprzywilejowanie określonych grup beneficjentów poprzez przyznanie dodatkowych świadczeń ani też ograniczenie prawa do gwarantowanych świadczeń. Odrębną kwestią jest prawo do korzystania poza kolejnością przez określoną grupę podmiotów (art. 47c u. o ś. z.).