

Wpływ jednostek samorządu terytorialnego na realizację prawa do ochrony zdrowia

dr hab. Helena Pietrzak,
prof. Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Zakres przedmiotowej ekspertyzy obejmuje ocenę realizacji zadań jednostek samorządu terytorialnego, w tym ich kluczową pozycję, skuteczność i wpływ na ochronę i promocję zdrowia mieszkańców wspólnoty samorządowej.

1. Samorząd terytorialny

Współczesna koncepcja funkcjonowania samorządu terytorialnego wynika z podstaw i założeń systemu demokratycznego państwa. Jest zatem ważną cechą ustroju władzy lokalnej państwa, ukierunkowaną na – zarządzanie sprawami lokalnymi. Ten fundamentalny cel (zadanie) zakłada ze swej natury – wspólną realizację, w tym obronę potrzeb społeczeństwa lokalnego (mieszkańców, obywateli „małych ojczyzn”). Zarówno ustawodawca, jak i doktryna jednoznacznie dziś traktują samorząd terytorialny – jako „wspólnotę mieszkańców danego regionu państwa”. Co więcej, jest ona wyróżniona z uwagi na – wspólne cele, świadomość, los, historię regionu, zdarzenia i fakty wpływające na jej rozwój bądź dysfunkcję. To oznacza, że zarówno sam rozwój, jak i realizacja celów, zadań samorządu terytorialnego uzależnione są od aktywnej współpracy całej wspólnoty. Zgodnie z koncepcją samorządu terytorialnego, ma on umożliwić społecznościom lokalnym – udział w sprawowaniu władzy bezpośrednio i pośrednio. Czyli uczynić wszystko, aby władza zaspokajała bieżące potrzeby mieszkańców (m.in. ochronę zdrowia), w tym stwarzała warunki dla rozwoju społeczności lokalnej (rozwoju gospodarczego, społecznego, kulturalnego, czy cywilizacyjnego).

W doktrynie prawa administracyjnego – samorząd terytorialny definiowany jest jako „wyodrębniony w strukturze państwa, powstały z mocy prawa, związek lokalnego społeczeństwa, powołany do samodzielnego wykonywania administracji publicznej, wyposażony w materialne środki

umożliwiające realizację nałożonych nań zadań¹. Z zaprezentowanej definicji można wywieść dwa założenia, które charakteryzują samorząd terytorialny. Pierwsze koncentruje się na zasadzie decentralizacji, zgodnie z którą jednostka samorządu terytorialnego (jako wyodrębniona część administracji państwowej) ma na względzie specyfikę, odmienną prawną interesów lokalnych społeczności, dając im swobodę i ochronę działania. Drugie założenie dookreśla podmiot, którym jest – społeczność lokalna, uznana w prawie administracyjnym jako „związek mieszkańców zamieszkujących dany obszar”. Przy czym owa przynależność wynika z samego prawa (czyli właściwości miejscowej, faktu zamieszkania na terenie danej gminy), a nie z aktu woli polegającego na wyraźnym do niej przystąpieniu. Jednak warto dodać, że chociaż przynależność do lokalnej społeczności samorządowej nie ma formy przymusowej, to prawo nie przewiduje możliwości odmówienia w niej uczestnictwa. Jedyną formą kontestowania przynależności jest bierna postawa wobec funkcjonowania jednostki samorządu terytorialnego. Dodatkowym, niezbędnym aspektem funkcjonowania samorządu terytorialnego, ukierunkowanego na – realizację zadań poprzez swoją korporacyjną formę działania, jest czynny wybór organów w wyborach powszechnych. To właśnie organy (najczęściej kolegialne) – realizują powierzone zadania publiczne, które służą bezpośrednio, bądź pośrednio zaspokajaniu potrzeb danej wspólnoty samorządowej (art. 166 Konstytucji RP²). Prawodawca konstytucyjny dokonał podziału zadań, na – własne i zlecone. Pierwsze zadania – własne, „samorząd realizuje w swoim imieniu, bez udziału organów państwowych,

1 Zob. E. Ochendowski, *Prawo administracyjne. Część ogólna*, Toruń 1999, s. 299 i n.

2 Zob. art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. 1997 r., Nr 78, poz. 483 ze zm.

na podstawie domniemania kompetencji”. Drugie zadania – zlecone, „wykonuje na podstawie upoważnień lub porozumień z organami administracji państwowej”.

Z racji wykonywania zadań publicznych, w tym dla sprawnego funkcjonowania i skuteczności w obrocie prawnym, samorząd terytorialny wyposażony jest w – osobowość publicznoprawną i cywilnoprawną. Pierwsza – „osobowość publicznoprawna daje jednostkom samorządowym możliwość nawiązywania stosunków prawnych z organami państwa”³. Każda jednostka, tak samo jak organ państwowy, może używać władztwa administracyjnego. Druga wymieniona osobowość – cywilnoprawna, wyposaża jednostkę w zdolność prawną i zdolność do czynności prawnych (działań prawnych). Zatem jednostka może być podmiotem praw i obowiązków, w tym posiadać je oraz skutecznie realizować (poprzez nabywanie, utratę czy kształtowanie praw i obowiązków).

2. Zakres kompetencji jednostek samorządu terytorialnego

W Polsce samorząd terytorialny jest trójszczeblowy. Warto zaznaczyć, że ustawodawca konstytucyjny jako podstawę tego ustroju wskazuje – gminę, uznając ją za „podstawową jednostkę samorządu terytorialnego”. Pozostałe jednostki lokalne i regionalne (powiaty i województwa), w tym ich zadania, określają ustawy (samorządowe). Zgodnie z określoną ogólną zasadą konstytucyjną, zadania publiczne realizowane przez organy administracji (zarówno samorządowej, jak i rządowej) muszą być realizowane „na podstawie i w granicach prawa” (art. 10 Konstytucji RP).

Gmina stanowi – najmniejszą formę samorządu. Zgodnie z art. 17 k.p.a.⁴ poszczególne szczeble samorządu nie są wobec siebie organami nadzoru, czy kontroli. Co więcej, fakt ich rozdzielenia sprawia, że działają one niezależnie od siebie. Domniemanie kompetencji samorządu gminnego, w tym decentralizację władzy publicznej i uczestnictwo w jej wykonywaniu, dookreślił ustawodawca w normie konstytucyjnej zawartej w art. 164 ust. 3 Konstytucji RP, która ustanawia dla samorządu gminnego klauzulę generalną dla zakresu jej działania. Przepis mianowicie stanowi, że „gmina wykonuje wszystkie zadania samorządu terytorialnego niezastrzeżone dla innych jednostek samorządu terytorialnego”. Do wskazanej normy konstytucyjnej nawiązuje bezpośrednio ustawodawca w art. 6 ust. 1 ustawy o samorządzie gminnym, stwierdzając że należą do nich „wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym,

niezastrzeżone ustawami na rzecz innych podmiotów”⁵. Dalej wskazuje, iż „zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy” (art. 7 ust. 1) i wymienia przykładowy katalog tych zadań, dzieląc je na cztery kategorie: infrastrukturę techniczną (np. drogi, wodociągi, komunikacja); infrastrukturę społeczną (np. edukacja, ochrona zdrowia, opieka społeczna); bezpieczeństwo i porządek publiczny (np. ochrona cywilna, przeciwpożarowa, przeciwpowodziowa); ład przestrzenny i ekologiczny (np. planowanie przestrzenne, ochrona środowiska). Tak określony katalog nie ma charakteru obligatoryjnego, co wynika wprost z ust. 2 („ustawy określają, które zadania gminy mają charakter obowiązkowy”). Ponadto, jeśli dojdzie do przekazania gminie – nowych zadań własnych, ustawodawca musi zapewnić środki finansowe na ich realizację „w postaci zwiększonych dochodów własnych gminy lub subwencji” (art. 7 ust. 3). Oprócz wskazanych wyżej zadań własnych, samorząd gminny wykonuje na podstawie ustaw lub porozumień z organami administracji rządowej lub samorządowej – tzw. zadania zlecone.

Powiat stanowi – pośrednią formę samorządu. Zakres jego kompetencji określa ustawa o samorządzie powiatowym⁶. Ustawodawca określił co do zasady zamknięty katalog zadań, stosując klauzulę dualistyczną enumeracji pozytywnej. Nie wyklucza to jednak możliwości jego poszerzenia przez ustawy szczególne (art. 4 ust. 3). Zgodnie z przyjętym założeniem w art. 4 ust. 6 – ewentualne nowe zadania przydzielone dla samorządu powiatowego „nie mogą naruszać zakresu działania gminy”. Ponadto gminny zakres działań ma charakter uzupełniający w stosunku do gminy. Ustawodawca w katalogu zadań powiatu nie czyni wyraźnego podziału na zadania własne i zlecone. Można w nim wyróżnić niektóre kategorie o charakterze ponadpodstawowym w stosunku do gminy: infrastruktura społeczna; infrastruktura techniczna; bezpieczeństwo obywateli i porządek publiczny; ochrona środowiska; zagospodarowanie przestrzenne; działalność organizatorska. Ponadto, zgodnie z art. 4 ust. 4 poprzez ustawy można „określać niektóre sprawy należące do zakresu działania powiatu jako zadania z zakresu administracji rządowej, wykonywane przez powiat”. Każdy powiat w określonym obszarze działań może zawierać porozumienia w sprawie wykonywania zadań publicznych z organami administracji publicznej, w tym także zawierać porozumienia w ramach przekazania wykonywania zadań (zarówno z jednostkami samorządu terytorialnego, jak i województwem na terenie którego się znajduje).

Województwo – stanowi najwyższą formę samorządu, a jego mieszkańcy „tworzą z mocy prawa regionalną wspól-

3 Zob. B. Dolnicki, *Samorząd terytorialny*, Warszawa 2009, s. 21.

4 Kodeks postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r., Dz. U. z 2013 r., poz. 267 ze zm.

5 Zob. art. 6 ust. 1 ustawy o samorządzie gminnym z dnia 8 marca 1990 r., Dz. U. z 2001 r., Nr 142, poz. 1591 ze zm.

6 Ustawa o samorządzie powiatowym z dnia 5 czerwca 1998 r., Dz. U. z 2015 r., poz. 1445 ze zm.

notę samorządową” (art. 1 ust. 1 ustawy o samorządzie województwa)⁷. Realizuje zatem swoje zadania na szczeblu regionalnym, które stanowią podstawę założeń rozwojowych w strukturze Unii Europejskiej. Przyjęty przez ustawodawcę charakter ustrojowy województwa, ma swoje uzasadnienie w zakresie kompetencji, które nie są dość wyraźne, czy jednolite. Mając na uwadze art. 11 wyróżnia się dwie kategorie zadań: określenie strategii rozwoju województwa oraz prowadzenie polityki rozwoju. W ramach strategii samorząd województwa formułuje (opracowuje) kierunki i cele rozwoju regionalnego, które zatwierdza sejmik. Z kolei w ramach polityki rozwoju wdrażane są w życie przyjęte wcześniej strategie rozwoju regionu. Ustawodawca podkreśla – niezależność polityki regionalnej województwa wobec tej prowadzonej przez rząd (art. 2 ust. 2 ustawy). Te dwa elementy składowe (strategia i polityka rozwoju województwa) zobowiązują samorząd do realizacji konstytucyjnej zasady zrównoważonego rozwoju, powiązanej bezpośrednio z ochroną środowiska (art. 5 Konstytucji RP). Województwo realizuje zadania własne i zlecone. Pierwsze, zgodnie z zamysłem ustawodawcy, mieszczą się w katalogu działań „niezastrzeżonych ustawami na rzecz organów administracji rządowej” (art. 2 ust. 2) i nie naruszają także „samodzielności powiatu i gminy” (art. 4 ust. 1). Województwo może wykonywać zadania zlecone, powierzone przez administrację rządową na podstawie ustaw. Dla realizacji swoich zadań województwo może również tworzyć samorządowe jednostki organizacyjne, w tym zawierać umowy z innymi podmiotami (art. 8 ust. 1). Takie samo uprawnienie dotyczy możliwości zawierania „z innymi województwami oraz jednostkami lokalnego samorządu terytorialnego z obszaru województwa porozumienia w sprawie powierzenia prowadzenia zadań publicznych” (art. 2 ustawy).

3. Prawo do ochrony zdrowia

Analizowane w przedmiotowej opinii – prawo do ochrony zdrowia mieści się w fundamentalnym katalogu wartości i praw chronionych konstytucyjnie (art. 68 ust. 1 Konstytucji RP stanowi: „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. 2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”). Jest to zatem prawo skonkretyzowane wobec wolności, praw człowieka i obywatela, szczególnie w sferze praw ekonomicznych oraz socjalnych. Wątpliwości w tym zakresie budzi kilka kwestii

szczegółowych. Po pierwsze, skoro prawo do ochrony zdrowia przysługuje każdemu ze środków publicznych, to należy ustalić użyty przez ustawodawcę termin „równy dostęp do świadczeń”. Po drugie, kto jest gwarantem realizacji tego prawa (ponosi odpowiedzialność), zważywszy na zastosowany zwrot „zapewnić” oraz wskazanie wykonawcy uprawnienia „władzy publicznej”.

Wartość dobra prawnego, jakim jest – prawo do ochrony zdrowia, nie podlega na gruncie Konstytucji, żadnemu różnicowaniu. W orzecznictwie konstytucyjnym podkreśla się rangę tego prawa, które wykracza szerzej, poza rozumiany kontekst indywidualno-podmiotowy. Z przedstawionego ujęcia przepisu art. 68 Konstytucji RP wynika, że ustawodawca formułuje zarówno prawo podmiotowe jednostki w postaci – prawa do ochrony zdrowia, jak i szerszą kategorię – prawo do prawnej ochrony zdrowia. Czyli oprócz obowiązku zapewnienia jednostce – określonego prawa, jego odpowiednikiem są jeszcze wszelkie pozytywne działania władzy publicznej, dokonywane w określonych formach prawnych, które zagwarantują, bądź stworzą faktyczne i prawne instrumenty ukierunkowane na – ochronę zdrowia (także poprzez eliminację lub zmniejszenie zagrożenia w ochronie tego zdrowia). Na prezentowane aspekty ochrony prawnej zwracał uwagę kilkakrotnie Trybunał Konstytucyjny, który dowodził, że niezależnie od treści prawa, na władzy publicznej spoczywa jeszcze „zobowiązanie do podejmowania działań służących ochronie” tego prawa, a więc jego skutecznej realizacji (wyrok TK z 23 marca 1999 r., sygn. akt K 2/98). We wskazanym pozytywnym aspekcie prawa chronionego, mieszczą się także uznawane w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka – pozytywne obowiązki państwa (wyrok TK z 30 września 2008 r., sygn. akt K 44/07). Ten zakres ochrony nie może być rozumiany „jako ochrona minimum funkcji biologicznych niezbędnych do egzystencji, ale jako gwarancje prawidłowego rozwoju, a także uzyskania i zachowania normalnej kondycji psychofizycznej, właściwej dla danego wieku rozwojowego (etapu życia)” (wyrok TK z 28 maja 1997 r., sygn. akt K 26/96). Podkreślenia wymaga fakt, że analizowana – ochrona zdrowia ludzkiego (i życia) pozostaje w ścisłym związku z klauzulą demokratycznego państwa prawnego. Zaś „państwo” realizuje się „wyłącznie jako wspólnota ludzi i tylko ludzie mogą być właściwymi podmiotami praw i obowiązków stanowionych w takim państwie”. Konsekwentnie zatem, pozbawienie, ograniczenie lub wyeliminowanie – ochrony zdrowia człowieka, unicestwienie w dalszym etapie samego człowieka, jego życie, byt, dalsze funkcjonowanie. Bez głównego podmiotu, państwo jest pozbawione podstawowych dyrektyw wyprowadzanych z istoty demokratycznie stanowionego prawa, a gwarantujących minimum jego sprawiedliwości. Wniosek – władze publiczne są zobowiązane do „respektowania w państwie prawa wartości, bez której

⁷ Ustawa o samorządzie województwa z dnia 5 czerwca 1998 r., Dz. U. z 2015 r., poz. 1392.

wykluczona jest wszelka podmiotowość prawna". Ponadto, każda wolność, czy prawo ma swój podstawowy, minimalny zakres treściowy, którego eliminacja czy pominięcie niweczy konsekwentnie faktyczne istnienie tego prawa (czy wolności). Eliminacja podstawowych elementów treści prawa, pozostawia tylko pozory jego istnienia, czy obowiązywania. Trybunał Konstytucyjny w swoim orzecznictwie wielokrotnie zajmował się koncepcją „istoty wolności i praw”, podkreślając – zakaz naruszania istoty konstytucyjnych wolności i praw z uwagi na „utrata przez to prawo lub wolność swej konstytucyjnej tożsamości” (wyrok TK z 17 lipca 1996 r., sygn. akt K 8/96).

Mając na względzie drugą wątpliwość, podniesioną w przedmiotowej opinii, czyli użyty przez ustawodawcę termin „równy dostęp do świadczeń” (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP), trzeba dodać, że chociaż orzecznictwo konstytucyjne podkreśla konieczność badania kontekstu zastosowania zasady równości, to jednak termin „równość” nadal pozostaje w doktrynie elementem wielu nieporozumień. Interpretacja przyjęta w orzecznictwie TK jest dla nas wiążąca. Ustawodawca konstytucyjny statuuje zasadę równości jako fundamentalną w demokratycznym państwie prawnym, umiejscawiając ją w wielu szczegółowych aspektach prawnych. Co więcej, wskazując równość wobec prawa, domaga się respektowania prawa „do równego traktowania przez władze publiczne” (art. 32 ust. 1 Konstytucji RP). W ten sposób wyrażony został nakaz uznania „równości” w prawie podmiotowym. Zatem – wszyscy adresaci danej normy prawnej, posiadający identyczną cechę (istotną), mają być traktowani równo, czyli podobnie, jednakowo, bez zróżnicowania zarówno faworyzującego, jak i dyskryminującego dany podmiot. W opinii Trybunału „równość oznacza akceptację różnego traktowania przez prawo różnych podmiotów (adresatów norm prawnych), bo równe traktowanie przez prawo tych samych podmiotów pod pewnym względem oznacza z reguły różne traktowanie tych samych podmiotów pod innym względem” (wyrok TK z 6 maja 1998 r., sygn. akt K 37/97). Dalej dookreśla kryteria oceny, stwierdzając, że „różne traktowanie przez prawo określonych grup (klas) podmiotów powinno być jednak uzasadnione w tym sensie, że musi być oparte na uznanych kryteriach oceny klasyfikacji różnicującej podmioty prawa”. W orzeczeniu z 2010 r. Trybunał szerzej dookreślił – konieczność badania kontekstu zastosowania zasady równości. Koncentrując się na tym aspekcie, wywiódł dalej, że „równość w rozumieniu konstytucyjnym nie ma charakteru abstrakcyjnego i absolutnego, funkcjonuje zawsze w pewnym kontekście sytuacyjnym i musi odnosić się do nakazów (zakazów) lub uprawnień przynależnych określonym jednostkom (ich grupom) w porównaniu ze statusem innych jednostek (grup)”. Zatem postulat „równości” nie jest w orzecznictwie Trybunału utożsamiany z „nakazem identyczności praw wszystkich jednostek” z racji uregulowań prawnych, które wprowadzają (lub mogą wprowadzać) zróżnicowanie między poszczególnymi podmiotami. Trybunał wy-

wiódł, iż „nakaz identycznego ukształtowania uprawnień, czy obowiązków wszystkich jednostek w warunkach obiektywnie istniejących zróżnicowań o charakterze naturalnym (np. cech osobowościowych jednostek) czy faktycznym (sytuacyjnym, np. miejsce jednostki w społeczeństwie) kolidowałby niejednokrotnie z zasadą sprawiedliwości społecznej, a także z zasadą racjonalnego ustawodawcy” (wyrok TK z 23 marca 2010 r., sygn. akt SK 47/08). Kwestię „zróżnicowania” podmiotów Trybunał uznał i zaakceptował, jeśli odpowiada ona „obiektywnie istniejącym różnicom między adresatami norm prawnych”. Ten warunek, zastrzeżenie, znosi naruszenie zasady równości. Przeciwny wniosek, a więc z naruszeniem zasady równości mamy do czynienia wówczas, gdy „wprowadzone do systemu prawnego zróżnicowania dotyczą podmiotów podobnych” – w znaczeniu „cech istotnych”, a nie identyczności podmiotów. Trybunał wielokrotnie w swoim orzecznictwie prezentował kluczowe kryteria, warunki, ukierunkowane na ustalenie, bądź wyłączenie – naruszenia konstytucyjnej zasady równości. Pierwszym etapem jest „zawsze ustalenie cechy istotnej, która przesądzałaby o uznaniu określonych (porównywanych) podmiotów za podobne lub odmienne. Jeśli wynik tego ustalenia prowadzi do wniosku, że porównywane podmioty są podobne, wówczas konieczne staje się zbadanie, czy wprowadzenie zróżnicowania jest uzasadnione”. Prawodawca konstytucyjny akceptuje możliwe zróżnicowanie podmiotów prawa, które „charakteryzują się wspólną cechą istotną”, jednak „pod warunkiem *sine qua non* jasno sformułowanego kryterium (stanowiącego podstawę zróżnicowania), które można w świetle zasad i wartości konstytucyjnych uzasadnić odpowiednio przekonującymi argumentami” (wyrok TK z 23 marca 2010 r., sygn. akt SK 47/08). Drugim etapem jest merytoryczna ocena, według utrwalonego w orzecznictwie Trybunału katalogu „warunków, które w świetle zasady równości musi spełniać kryterium stanowiące podstawę zróżnicowania”. Weryfikowane kryterium musi mieć po pierwsze – charakter relewantny, czyli „pozostawać w bezpośrednim związku z celem i zasadniczą treścią przepisów, w których zawarta jest kontrolowana norma i służyć realizacji tego celu i treści”. Drugie kryterium ma na uwadze – charakter racjonalnie uzasadniony, a nie arbitralny (wyrok TK z 12 grudnia 1994 r., sygn. akt K 3/94). Po trzecie, kryterium musi mieć – charakter proporcjonalny, czyli „waga interesu, któremu ma służyć zróżnicowanie sytuacji adresatów normy”, musi „pozostawać w odpowiedniej proporcji do wagi interesów, które zostaną naruszone w wyniku nierównego potraktowania podmiotów podobnych”. Czwarte kryterium musi – „pozostawać w związku z zasadami, wartościami i normami konstytucyjnymi uzasadniającymi odmienne traktowanie podmiotów podobnych” (wyrok TK z 23 października 1995 r., sygn. akt K 4/95). Ewentualne niespełnienie tych kryteriów, warunków „świadczy o tym, że dokonane przez prawodawcę zróżnicowanie jest niedopuszczalne” (wyrok TK z 23 marca 2010 r., sygn. akt SK 47/08). W zakresie ana-

lize zasady równości, należy podkreślić, że jest ona w orzecznictwie Trybunału rozpatrywana wraz z zakazem dyskryminacji, a więc zakazem różnicowania sytuacji prawnej podmiotów pod względem politycznym, społecznym, czy gospodarczym (czyli w znaczeniu uniwersalnym „równości”). Ustawodawca traktuje je jako całość normatywną, „adresowaną do wszelkich organów władzy publicznej – zarówno do organów stosujących prawo, jak i do organów stanowiących prawo” (wyrok TK z 23 października 2001 r., sygn. akt K 22/01). To oznacza, że żadne kryterium (opisane wyżej) „nie może stanowić podstawy dla różnicowań niesprawiedliwych, dyskryminujących określone podmioty” (wyrok TK z 25 listopada 2010 r., sygn. akt K 27/09). Zatem zarówno – prawo do równego traktowania podmiotu, jak i zakaz dyskryminacji – stanowią w Konstytucji i orzecznictwie „dwie strony medalu”, czyli „zarówno pozytywny, jak i negatywny aspekt konstytucyjnej zasady równości”. W praktyce oznacza to, że każde orzeczenie, które stwierdza zgodność (lub niezgodność) pewnych treści normatywnych z prawem do równego traktowania, skutkuje zgodnością (lub niezgodnością) tychże treści z konstytucyjnym zakazem dyskryminacji.

Trzecia wątpliwość podniesiona w przedmiotowej opinii, dotyczy – realizacji prawa do ochrony zdrowia, a w szczególności ustalenia – gwaranta tego prawa. Kto ponosi odpowiedzialność, zważywszy na zastosowany w art. 68 Konstytucji RP termin „zapewnić” oraz wskazanie wykonawcy uprawnienia „władzy publicznej”. Z uwagi na przyjętą w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego (szczególnie w wyroku TK z 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03) i doktrynie – rozbieżną interpretację odpowiedzialności władzy publicznej za zabezpieczenie potrzeb w zakresie ochrony zdrowia, pojawiło się niezrozumienie założeń ustrojowych, w tym płynna granica wyznaczająca precyzyjnie, które organy władzy publicznej, na jakim szczeblu, odpowiadają za zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych swoich obywateli. Ustawodawca konstytucyjny w art. 68 dość ogólnie wskazał na władze publiczne, które mają „zapewnić” równy dostęp do świadczeń zdrowotnych. Termin „zapewnić” według językoznawców oznacza „oświadczyć komuś, że coś jest lub będzie na pewno” lub „sprawić, że coś się stanie lub ktoś uzyska coś”⁸. Zastosowanie tego terminu – nie gwarantuje realizacji prawa, a tym samym odpowiedzialności władz publicznych. Terminem, który taką odpowiedzialnością skutkuje i jest powszechnie stosowany w prawie cywilnym materialnym (szczególnie w zakresie zobowiązań) jest zwrot – „zagwarantować”, od terminu „gwarancja” czyli „poręczenie, zobowiązanie, które ktoś nam daje, biorąc tym samym odpowiedzialność za coś lub kogoś”⁹. Staje się wówczas gwarantem i w pełni odpowiada (także finansowo za szkodę na zdrowiu i życiu osoby).

Trybunał Konstytucyjny w swoim orzecznictwie zauważył tę różnicę, stwierdzając, że „dostęp do świadczeń ma być rzeczywisty, a nie o charakterze programowym. Sformułowanie Konstytucji RP jest kategorię i ma charakter gwarancyjny” (wyrok TK z 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03). W efekcie, zarówno użyty w Konstytucji termin „zapewnić”, jak i przywołana interpretacja Trybunału powoduje permanentne sprzeczności w doktrynie. Wysuwane są wprost pytania: kto, od kogo i jak ma wyegzekwować wspomnianą gwarancję? To na jej podstawie wywodzone są bowiem kategorię stwierdzenia, że „z finansowego punktu widzenia nie istnieje możliwość zapewnienia przez państwo bezpłatnej opieki zdrowotnej obywatelom w pełnym zakresie”, a co więcej „Konstytucja RP nie może być podstawą roszczeń (żądań) obywateli dotyczących konkretnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”¹⁰. Te i inne wątpliwości interpretacyjne, w tym liczne dezyderaty środowiska medycznego, spowodowały nałożenie na państwo obowiązku jasnego i precyzyjnego określenia katalogu świadczeń gwarantowanych, które są finansowane ze środków publicznych, czyli *de facto* z obowiązkowych składek na ubezpieczenie zdrowotne, wnoszonych przez obywateli (czyli świadczeniobiorców). Po wyroku Trybunału z 2004 r. uchwalono ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹, która w rzeczywistości – nie zawierała wskazań Trybunału odnośnie standardów medycznych. W art. 17 obywatel mógł przeczytać, że „świadczeniobiorcom na podstawie ustawy nie przysługują świadczenia opieki zdrowotnej określone w wykazie, stanowiącym załącznik do ustawy”. Zamiast pakietu, wykazu pozytywnego świadczeń opieki zdrowotnej, czyli tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych i określenia warunków ich udzielania poszczególnym podmiotom (obywatelom), Ministerstwo Zdrowia przedstawiło informację z tzw. koszykiem negatywnym. Co więcej, „umiejtnie” poinformowało obywateli, że „zakres koszyka powstał w wyniku: I. Przyjęcia założenia, że w koszyku mają znaleźć się świadczenia o niezbadanej naukowo skuteczności lub o niepotwierdzonej w badaniach naukowych skuteczności na zasadach *Evidence Based Medicine*, czyli Ewaluacja Badań Medycznych; II. Wpisania świadczeń niefinansowanych przez NFZ (...); III. Konsultacji przeprowadzonych (...) z konsultantami krajowymi ze wszystkich dziedzin medycznych”¹².

Dopiero po 5 latach naprawiono ten „zasadniczy szczegół” na mocy ustawy z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

8 Zob. J. Bralczyk (red.), *Słownik 100 tysięcy potrzebnych słów*, Warszawa 2008, s. 979 i n.

9 Tamże, s. 221.

10 Zob. T. Filarski, T. Sroka, *Zrozumieć prawa pacjenta. Podstawowe wiadomości o organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2013, s. 8 i n.

11 Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, ze zm.

12 Informacja archiwalna dostępna na stronie Ministerstwa Zdrowia.

ków publicznych oraz ustawy o cenach¹³, uchylając także analizowany art. 17 ustawy. Zamiast tego uchwalono: „Kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych” oraz – o znaczeniu pozytywnym tzw. Rozporządzenia koszykowe¹⁴. Kolejne zmiany kilku ustaw, określiły pośrednio – katalog świadczeń opieki zdrowotnej, w tym dały legitymację Ministrowi Zdrowia do dokonywania zmian (poprzez rozporządzenia) w wykazie świadczeń gwarantowanych (m.in. ustawą z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych¹⁵; ustawą z dnia 23 lipca 2010 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁶. Radykalnej zmianie uległa jednak, „niestety” definicja legalna „świadczenia gwarantowanego”, a mianowicie w art. 5 ust. 35 ustawy z 2009 r. użyto następującej definicji: „świadczenie gwarantowane to świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie”. Zatem wraz z nowelizacją przepisów – wprowadzono możliwość współfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej, zapominając o art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, który stanowi, iż „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”. Konstrukcja znowelizowanej definicji wykluczyła – prawo określone w normie konstytucyjnej, zarówno pod względem społecznym, finansowym, jak i realizacji zasady równości. Dodatkowe współfinansowanie ogranicza dostęp do ochrony zdrowia obywatelom będącym w trudnej sytuacji materialnej, przyczyniając się do budowania w społeczeństwie – nierówności. Takie rozwiązanie może motywować na przyszłość negatywnie, do różnych ograniczeń w wydatkowaniu środków publicznych, skierowanych na ochronę zdrowia, czy wprost na leczenie, pomimo iż środki publiczne są daniną, a więc pochodzą ze składek zdrowotnych obywateli.

4. Merytoryczna ocena

Opiniując rolę, odpowiedzialność, w tym faktyczny wpływ jednostek samorządu terytorialnego na realizację prawa do ochrony zdrowia, należy wskazać oprócz omówionych powyżej wątpliwości prawnych, także dylematy w kontekście

systemowych rozwiązań dotyczących zapewnienia opieki zdrowotnej. Niewątpliwie prawodawca, stosując delegację ustawową, szczegółowo określił – zadania władz publicznych, w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Poprzez katalog otwarty objął nimi w szczególności: „1) tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia; 2) analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany; 3) promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu; 4) finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej”¹⁷. Ustawodawca wyodrębnił także zadania dla poszczególnych organów jednostek samorządu terytorialnego. W odniesieniu do zadań własnych gminy, wymienił w szczególności: „1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy; 2) (uchylony) 3) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami; 4) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy” (art. 7 ust. 1). Ponadto, do zadań zleconych gminy (w pełni finansowanych z budżetu państwa) zaliczył także „wydawanie decyzji w sprawach świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni spełniających kryterium dochodowe” (art. 7 ust. 2), którą gmina wydaje w oparciu o uprzednie ustalenie sytuacji dochodowej i majątkowej świadczeniobiorcy (przeprowadza rodzinny wywiad środowiskowy). Z kolei w katalogu zadań realizowanych przez powiat prawodawca wskazał: „1) 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; 2) inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu; 3) pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia; 4) podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych” (art. 8). Ostatnią grupę stanowi katalog realizowany przez samorząd województwa, w szczególności: „1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami; 2) (uchylony)

13 Dz. U. z 2009 r., Nr 118, poz. 989.

14 Warto dodać, że tzw. rozporządzenia koszykowe weszły w życie 31 sierpnia 2009 r. i stanowią dla pacjenta podstawową informację, które świadczenia należą mu się nieodpłatnie.

15 Dz. U. z 2011 r., Nr 122, poz. 696 ze zm.

16 Dz. U. z 2010 r., Nr 165, poz. 1116.

17 Zob. art. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, 1515, 1532, 1544, 1552, 1669, 1925, 2192; dalej jako: u.o.ś.z.

3) opracowywanie i wdrażanie programów innych niż określone w pkt 1 służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia; 4) inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia; 5) podejmowanie innych działań wynikających z rozcznanych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa” (art. 9). Należy dodać, że każda jednostka samorządu terytorialnego, realizując potrzeby wspólnoty samorządowej, uwzględniając także zakres potrzeb zdrowotnych, w tym priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, dostępność do świadczeń, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty – świadczenia gwarantowane (art. 9a), finansowane na podstawie umowy zawartej pomiędzy jednostką a świadczeniodawcą wyłonionym w drodze konkursu ofert (art. 9b). Należy zauważyć, że prezentowana ustawa precyzyjnie dzieli zadania między poszczególne jednostki samorządu terytorialnego. W zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, wskazuje jednoznacznie, że podmiotami zobowiązanymi do tego są właściwi ministrowie lub NFZ. Zatem nie obciąża, nie nakazuje finansowania tych świadczeń gminom, powiatom, czy województwom. Co więcej, nie przyznaje im nawet fakultatywnego uprawnienia do ponoszenia tego typu wydatków¹⁸. Biorąc to wszystko pod uwagę, należy jednak – z pełną determinacją stwierdzić, że jednostki samorządu terytorialnego – nie realizują w pełni nałożonych obowiązków, jeśli chodzi o dział ochrony zdrowia. Większość podejmowanych, praktycznych działań ukierunkowana jest na inwestycje w infrastrukturę, bazę leczniczą, programy profilaktyczne, czy sprzęt medyczny. Jednostki samorządu terytorialnego nie identyfikują, utożsamiają się z finansowaniem świadczeń zdrowotnych, wskazując na określone ustawowo zadania administracji rządowej, a szczególnie płatnika NFZ.

Niewątpliwie, część odpowiedzialności za nieskuteczną politykę zdrowotną ponosi strona rządowa, która w szczególności do 2015 r. wprowadzała do ustaw wiele obostrzeń, nieściśności, bądź uchylała przepisy, które ministerstwo obli-gowały do konkretnych działań. Jaskrawym tego przykładem jest uchylenie z dniem 1 stycznia 2015 r. art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który definiował – obowiązek dokonywania oceny potrzeb zdrowotnych. W uchylonym przepisie do katalogu zadań Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego, należała „ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi”. Na tej podstawie ministerstwo zdrowia wycofało się nie tylko

z samej oceny, ale swoich konstytucyjnych zadań, ukierunkowanych na zobowiązanie tworzenia warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, harmonizacji realizacji zadań władz publicznych, w zakresie równego dostępu do opieki zdrowotnej. Zresztą taką negatywną ocenę wydała Najwyższa Izba Kontroli, która wykazała, że „minister zdrowia nie dokonywał systematycznej oceny dostępności świadczeń w konsultacji z samorządami wojewódzkimi”. W odpowiedzi Minister uzasadniał, że uchylenie wspomnianego art. 11 ust. 1 pkt 2 (zawierającego ocenę) było – konieczne z uwagi na potrzebę wprowadzenia nowego instrumentu w zakresie określenia potrzeb zdrowotnych – map zdrowotnych dla poszczególnych regionów. Zapomniał jednak dodać, że „owe regiony” – nie brały czynnego udziału w ich opracowaniu, gdyż nowelizacja ustawy weszła w życie 1 stycznia 2015 r.¹⁹, a projekt przedłożono 18 czerwca 2014 r. NIK podtrzymał ocenę negatywną, stwierdzając, że fakt uchylenia przepisu „nie zwalnia ministra zdrowia z gromadzenia informacji i oceny dostępności świadczeń zdrowotnych przy podejmowaniu decyzji strategicznych dotyczących systemu ochrony zdrowia”. Jest przecież oczywiste, że stała współpraca z jednostkami samorządu terytorialnego, które tworzą podmioty lecznicze i za nie odpowiadają, powinna sprzyjać wypracowaniu tych „map zdrowotnych”, realizując konstytucyjne zadanie władz publicznych w obszarze opieki zdrowotnej mieszkańców społeczności samorządowej. Wreszcie NIK zwrócił dobitnie uwagę, że „stwierdzone zaniedbania na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej stanowią istotne zagrożenie dla skutecznego ograniczenia następstw chorób cywilizacyjnych, a w konsekwencji dla przyszłej kondycji zdrowotnej całego społeczeństwa”²⁰.

Zaprezentowana ocena NIK-u rozkłada, w pewnym zakresie, odpowiedzialność za hamowanie realizacji zadań przez jednostki samorządowe. Wynika to również z faktu, iż ustawodawca wskazuje tylko na jedną interpretację sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych, a więc z centralnego poziomu, budżetu państwa („świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni są finansowane z budżetu państwa, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej” (art. 13 u.o.ś.z.). Przyjęte zmiany w ustawie po 2015 r. uwzględniły – jednostkę samorządu terytorialnego, która w ramach zadań własnych, może opracowywać, wdrażać, realizować i finansować – programy polityki zdrowotnej, o której mowa w art. 48 ust. 1 u.o.ś.z., inne niż realizowane przez jednostkę, polegające na profilaktyce chorób. Jednak nadal to – „dofinansowanie” polega na udzieleniu realizatorowi dotacji celowej. W tym celu „Fundusz może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej

18 Za wyjątkiem świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej. Programy te są oceniane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Zob. ustawę o zmianie ustawy o działalności leczniczej z dnia 22 grudnia 2015 r.

19 Dz. U. z 2014 r., poz. 1138.

20 Pismo NIK z dnia 24 listopada 2015 r. P/14/063.2015.

realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, w kwocie nieprzekraczającej: 1) 80% środków przewidzianych na realizację programu jednostki samorządu terytorialnego o liczbie mieszkańców nieprzekraczającej 5 tys.; 2) 40% środków przewidzianych na realizację programu jednostki samorządu terytorialnego innej niż wymieniona w pkt 1.” (art. 48 d. ust. 1).

Przywołane przepisy – nie powinny ograniczać, a wręcz eliminować inicjatyw jednostek samorządu terytorialnego, ukierunkowanych na realizację zadań własnych w sferze ochrony i profilaktyki zdrowia mieszkańców wspólnot samorządowych. Podkreślenia wymaga fakt, że ustawodawca konstytucyjny w art. 94 wyraźnie stanowi, iż: „Organy samorządu terytorialnego oraz terenowe organy administracji rządowej, na podstawie i w granicach upoważnień zawartych w ustawie, ustanawiają akty prawa miejscowego obowiązujące na obszarze działania tych organów”²¹.

To oznacza, że jednostki samorządu terytorialnego mogą, a nawet powinny podejmować samodzielne inicjatywy, kształtować poprzez akty prawa miejscowego, swoje zadania w obszarze ochrony zdrowia na rzecz mieszkańców. Szczególnie, że ustawodawca w ostatnim czasie określił zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego dla mieszkańców wspólnoty samorządowej. Postanowił, że: „W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane” (art. 9a u.o.ś.z.). Dzięki temu jednostki samorządu terytorialnego mogą, w ramach określonych ustawą, przekazywać podległym im podmiotom medycznym dotacje na ściśle określone cele, np. zakup aparatury medycznej, kształcenie kadry medycznej, prowadzenie programów profilaktycznych prozdrowotnych, inwestycje w modernizację nieruchomości (przychodni, szpitali). W moim przekonaniu, jednostki samorządu terytorialnego powinny również korzystać skuteczniej z mechanizmów prawnych i podejmować uchwały (odpowiedniej treści), uwzględniające finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym profilaktykę i promocję zdrowia na własnym obszarze. Szczególnie, że posiadają precyzyjną wiedzę w zakresie zachorowalności na danym

obszarze, strukturze społecznej, wiekowej, środowiskowej. Na szczeblu środowiska społecznego gminy, powiatu rozstrzyga się nastawienie i rola oddziaływania na zdrowie miejscowych czynników chemicznych, fizycznych, czy biologicznych. Rolą i zadaniem administracji samorządowej jest kontrola, monitoring środowiska, w tym prozdrowotne oddziaływanie na czynniki biologiczne. Jest wręcz oczywistym, że bez racjonalnej pomocy w ochronie zdrowia, organizowanej przez władze publiczne (rządowe i samorządowe), osoby obciążone ryzykiem chorób lub już chorujące, nie są w stanie same poradzić sobie z zagrożeniami, w tym konsekwencjami utraty zdrowia, a nawet życia. Jakakolwiek stagnacja w tym względzie zmierza bezpośrednio do strat w zakresie kapitału ekonomicznego i społecznego. Wreszcie, zaniechania w zakresie realizacji – prawa do ochrony zdrowia, naruszają prawa podstawowe obywateli (mieszkańców wspólnot samorządowych, „małych ojczyzn”), zawarte w Konstytucji RP.

Warto też dookreślić kilka wniosków *de lege ferenda* do przyszłego ustawodawcy. Po pierwsze, aby przy określaniu roli w realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, nie „rozładał współodpowiedzialności” na wiele podmiotów (np. wyspecjalizowane agencje, jednostki państwowe, niektóre samorządy, organizacje pozarządowe). Wskazane w ten sposób podmioty – „mogą, ale nie muszą” podejmować określonych działań prozdrowotnych. Nie czują się zobowiązane, a tym samym odpowiedzialne, w konsekwencji ich działanie uzależnione jest raczej od dobrej woli (lub kalendarza wyborczego), a nie ustawowego obowiązku („samorząd gminy i powiatu może współdziałać z samorządem województwa” (art. 3 ust. 3 ustawy o zdrowiu publicznym²²). Po drugie, w zakresie nadzoru nad realizacją zadań, ustawodawca powinien unikać także zwrotów nazbyt grzecznościowych legislacyjnie, a więc miękkich (takich jak: „współdziała”, na rzecz – „kieruje”, „nadzoruje”, „odpowiada”. Ten rodzaj „wspólnego działania” jest od wielu lat negowany w literaturze, z uwagi na stałe i celowe rozmycie odpowiedzialności, ale także – „zamierzoną bezradność i godzenie się z góry z możliwym oporem i sprzecznościami interesów”. Najlepszym tego przykładem jest – niepowodzenie realizacji Narodowego Programu Zdrowia w latach 2011-2015, którego główną przyczyną była „zamierzona bierność i aktywne niezainteresowanie głównych jego realizatorów (współrealizatorów)” (czyli ministerstwa zdrowia i NFZ, a w konsekwencji także większości samorządów). Program mógł być realizowany dłużej, etapami, nieco wolniej, przy większym zaangażowaniu jednostek samorządu terytorialnego, a więc lokalnie (czy regionalnie), adekwatnie do określonych uwarunkowań i zdefiniowanych potrzeb. Realizatorzy wybrali jednak inaczej, podjęli decyzję o – zaniechaniu

21 Zasady i tryb ogłaszania aktów prawa miejscowego oraz wydawania wojewódzkiego dziennika urzędowego określa ustawa z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych, Dz. U. z 2000 r., Nr 62, poz. 718.

22 Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, Dz. U. z 2017 r., poz. 2237, weszła w życie 3 grudnia 2015 r.

kontynuacji Programu, zwalniając się z odpowiedzialności (współodpowiedzialności). Jest to tym bardziej bulwersujące, że aktualnie ministerstwo zdrowia prowadzi kilka podobnych projektów, rozłożonych na lata, przy aktywnym uczestnictwie samorządów i obywateli (m.in. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020²³; Profilaktyka onkologiczna; Program Leków 75+²⁴). Po trzecie, ustawodawca powinien rozważyć i wzmocnić zakres kontroli ciał zewnętrznych nad realizacją prawa do ochrony zdrowia. W tym też względzie właściwsze byłoby zastosowanie terminologii – obligatoryjnej, zamiast stosowanej – fakultatywnej (np. „zgłasza” zamiast „może zgłaszać”, które sugeruje możliwość powstrzymania się od określonego działania, tłumaczy bezsilność, a nawet lenistwo). Po czwarte, stworzenie nowych zasad, mechanizmów finansowania zadań (także przez samorządy) w ramach ochrony i promocji zdrowia (z uwzględnieniem potrzeb, eliminacji dysproporcji, czy systemowych zaniedbań). Aktualnie zbyt wielu jest dysponentów środków, którzy prowadzą bardzo rozproszoną politykę zdrowotną, nie licząc się z dysproporcjami potrzeb mieszkańców. Także procedury konkursowe – nie zapewniają realizacji zadań, bo nie wymagają oceny uzasadnionej efektywności zdrowotnej, przydatności. W latach 2011-2018 niewiele projektów dysponowało właściwymi (*evidence-based, value-based*) argumentami przydatności. Ich przejściowy, doraźny charakter, tymczasowość jest przykładem szerszego zjawiska – uzyskiwania środków niezbędnych na inne – poważne zadania w ramach ochrony zdrowia. Po piąte, ustawodawca powinien przewidzieć – odpowiedzialność terytorialną (konkretnych organów jednostek samorządu terytorialnego) za brak realizacji prawa do ochrony i promocji zdrowia (w szczególności za brak zapewnienia kompleksowej opieki zdrowotnej mieszkańcom zamieszkałym na tym obszarze w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej).

Uważam, że powyższy katalog wniosków jest niezbędny dla faktycznej realizacji postawionych przez ustawodawcę konstytucyjnego praw podstawowych. Określona koncepcja znajduje swoje uzasadnienie także w doktrynie, uwzględnia założenia programowe wielu krajów Europy. Także koncepcja nowej europejskiej unii medycznej, ukierunkowanej na działalność europejskiej sieci referencyjnej (ERN) jest skoncentro-

wana na rzadkich chorobach i daje państwom UE wsparcie w skomplikowanych problemach klinicznych. Ma być zapleczem dla poszczególnych systemów opieki zdrowotnej, które nie są w stanie samodzielnie zapewnić swoim pacjentom optymalnego poziomu opieki. W mojej ocenie zarówno definiowanie zagadnień opieki zdrowotnej, jak i wskazywanie konkretnych rozwiązań wymaga uregulowań szerszych, obejmujących w szczególności prawa i obowiązki zachodzące między wielostronnymi uczestnikami systemu zdrowia. Należy rozwijać mechanizmy finansowania, uszczelniać system, proponować adekwatne do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa – programy, ukierunkowane zarówno na ochronę, jak i promocję zdrowia.

23 Zob. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, Dz. U. z 2016 r., poz. 1492.

24 „Wykaz obejmuje leki, które na podstawie obowiązującego obwieszczenia refundacyjnego są wydawane pacjentom za odpłatnością ryczałtową lub 30%. W wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych obowiązującym od 1 listopada 2018 r. lista bezpłatnych leków dla seniorów zawiera 2043 pozycje obejmujące 151 substancji czynnych w 62 grupach limitowych. Wykaz bezpłatnych leków dla seniorów jest dostępny na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia i w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia”.



Narodowy Instytut Samorządu Terytorialnego powstał w 2015 r.
Jest państwową jednostką budżetową podległą MSWiA.
Działa na rzecz dalszej profesjonalizacji samorządu terytorialnego i administracji publicznej.

EKSPERTYZY NIST, ul. Zielona 18, Łódź 90-601
Sekretariat tel. +48 42 633 10 70
e-mail: sekretariat@nist.gov.pl