

# Ustawowe programy zdrowotne – uwarunkowania prawne i systemowe

Paweł Lipowski  <https://orcid.org/0000-0002-5056-1848>

Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

*Adres do korespondencji:* Paweł Lipowski, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Skawińska 8, 31-066 Kraków, pawel.lipowski@uj.edu.pl

## Abstract

### *The health programs in the perspective of the conditions of the health care system in Poland*

This article presents the characteristics of health programs implemented from public funds in Poland which are based on generally applicable laws. The key element of the considerations is the presentation of the tasks of the public payer (National Health Fund) in the implementation of health programs. This issue is presented in the perspective of the conditions of the health care system in Poland.

**Key words:** health care system, health programs, National Health Fund

**Słowa kluczowe:** system ochrony zdrowia, programy zdrowotne, Narodowy Fundusz Zdrowia

W publicznym systemie ochrony zdrowia w naszym kraju normatywną podstawą dla realizacji programów zdrowotnych jest w pierwszej kolejności ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>1</sup> [dalej: ustawa o świadczeniach].

Art. 5 pkt 30 ustawy wskazuje na legalną (ustawową) definicję programu zdrowotnego. Zgodnie z tą definicją programem zdrowotnym jest zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiające osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Można zatem uznać, że ta złożona definicja zakłada realizację przez NFZ uzasadnionych medycznie i programowanych *pro futuro* działań, ukierunkowanych na osiągnięcie pozytywnego celu zdrowotnego, którym może być zidentyfikowana, a w efekcie zaspokojona indywidualna potrzeba zdrowotna, a szerzej – poprawa stanu zdrowia konkretnej osoby z grupy (populacji) docelowej, objętej zakresem działania programu zdrowotnego.

Potrzebami zdrowotnymi wyżej wskazana ustawa nazywa liczbę i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione – także w ramach programów zdrowotnych – w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców (art. 5 pkt 29 ustawy). Zapewnienie dostępu do takich świadczeń będzie statutowym zadaniem Narodowego Funduszu Zdrowia, przy oczywistym założeniu, że nie jest możliwe zaspokojenie wszystkich, nawet poprawnie zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych.

Zgodnie z art. 2 ustawy (wskazującym jej zakres podmiotowy) w kręgu świadczeniobiorców, a więc wśród potencjalnych adresatów programów zdrowotnych, znajdują się:

- osoby objęte powszechnym, obowiązkowym i dobrowolnym, ubezpieczeniem zdrowotnym (tj. osoby ubezpieczone) – jest to najliczniejsza i podstawowa kategoria osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej, a więc i do omawianych programów zdrowotnych;
- inne – niż ubezpieczeni – osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (RP), które:
  - posiadają obywatelstwo polskie,
  - lub uzyskały w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy,

- spełniające kryterium dochodowe, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych<sup>2</sup>;
- inne niż ww. osoby, które nie ukończyły 18. roku życia:
- posiadające obywatelstwo polskie,
  - lub które uzyskały w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy, na zasadach określonych w ww. ustawie o cudzoziemcach,
  - posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP;
- inne niż ww. osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu:
  - posiadające obywatelstwo polskie,
  - lub które uzyskały w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone na zasadach określonych w ww. ustawie o cudzoziemcach [1].

Można zatem uznać, że (słusznie) zakres podmiotowy odbiorców działań w ramach programów zdrowotnych (tj. świadczeniobiorców) został wytyczony stosunkowo obszernie, pokrywając się z zakresem osób uprawnionych do leczenia (tj. otrzymania świadczeń opieki zdrowotnej) w publicznym systemie ochrony zdrowia (tj. takich świadczeń finansowanych ze środków publicznych).

Należy również dodać, że legalna definicja świadczenia opieki zdrowotnej znajduje się w art. 5 pkt 34 ustawy o świadczeniach. Zgodnie z tą definicją świadczeniem tym jest *sui generis* triada świadczeń: świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące. Świadczeniem zdrowotnym, a więc istotą działań medycznych (podejmowanych także podczas realizacji programu zdrowotnego), jest – na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>3</sup>: (każde) działanie służące zachowaniu (np. w ramach profilaktyki zdrowotnej), ratowaniu (np. w ramach medycyny ratunkowej), przywracaniu (np. w ramach rehabilitacji medycznej) lub poprawie zdrowia (w szczególności w ramach programów zdrowotnych) oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Należy uznać, że jest to bardzo szeroka i trafna definicja działań podejmowanych w obszarze opieki zdrowotnej, swoim zakresem przedmiotowym obejmująca stosunkowo szerokie spektrum nauk medycznych, w tym programy zdrowotne finansowane ze środków publicznych. Przy czym programy zdrowotne mogą obejmować nie tylko świadczenia zdrowotne mieszczące się w obszarze nauk medycznych.

Świadczenia zdrowotne ujmowane są przez NFZ jako procedury medyczne (służące *de facto* rozliczeniom finansowym ze świadczeniodawcami, także w ramach analizowanych programów zdrowotnych)<sup>4</sup>.

Świadczeniem zdrowotnym rzeczowym są – na podstawie art. 5 pkt 37 ustawy o świadczeniach – związane z procesem leczenia leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego (np. dla osób dotkniętych chorobami metabolicznymi) oraz wyroby medyczne (np. systemy wspomagające słyszenie). Z kolei świadczenia towarzyszące to w szczególności zakwaterowanie i – adekwatne do stanu zdrowia – wyżywienie (tzw. usługi hotelowe w podmiotach leczniczych), usługi transportu

oraz usługi transportu sanitarnego (art. 5 pkt 38 ustawy o świadczeniach).

Jak wynika z powyższego, udzielane w ramach programów zdrowotnych świadczenia opieki zdrowotnej mogą obejmować różnego rodzaju oddziaływania na stan zdrowia adresatów tych programów, także w formie „dostarczenia” świadczeń rzeczowych (zwłaszcza leków, w tym szczepionek). Udzielanie tego rodzaju usług medycznych (rzeczowych i towarzyszących) nie będzie jednak immanentną cechą programów zdrowotnych<sup>5</sup>.

Świadczeniodawcą usług medycznych (art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach) w ramach programów zdrowotnych będzie:

- podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej (w szczególności podmiot leczniczy);
- osoba fizyczna (niebędąca ww. podmiotem), która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej (np. technik elektroradiologii, technik protetyki);
- podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne (tj. podmiot prowadzący działalność gospodarczą w tym zakresie) [2, 3];
- podmiot udzielający opieki farmaceutycznej w rozumieniu ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (np. farmaceuta prowadzący farmakoterapię uczestnika programu zdrowotnego)<sup>6</sup>.

Podobnie jak w przypadku świadczeniobiorców definicja świadczeniodawcy zakreślona jest bardzo szeroko, dopuszczając (zasadnie) wszystkie kategorie usługodawców występujących w systemie ochrony zdrowia.

Warto również wskazać, że w wyniku nowelizacji ustawy o świadczeniach, z dniem 1 stycznia 2015 r., w polskim ustawodawstwie z zakresu prawa medycznego dokonano normatywnego ujęcia programów polityki zdrowotnej, odróżniając je od omawianych programów zdrowotnych (art. 5 pkt 29a omawianej ustawy). Programy tego rodzaju realizowane są przez organy władzy publicznej (np. ministra zdrowia), a przede wszystkim jednostki samorządu terytorialnego (i są określane jako samorządowe programy polityki zdrowotnej).

Programy zdrowotne należą do kategorii świadczeń gwarantowanych (przez Narodowy Fundusz Zdrowia) dla świadczeniobiorców, mieszcząc się w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Art. 15 ust. 2 pkt 13 ustawy o świadczeniach wskazuje, że jest to odrębny zakres świadczeń opieki zdrowotnej, finansowany przez płatnika publicznego (NFZ).

W tym kontekście można wskazać na interesujące orzeczenia Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego (WSA) w Warszawie, które rozstrzygały jednostkowe sprawy objęcia świadczeniobiorców leczeniem w ramach programów zdrowotnych prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (jako świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych). I tak wyroki: z dnia 13 listopada 2012 r.<sup>7</sup>, z dnia 8 grudnia 2014 r.<sup>8</sup> oraz z dnia 13 maja 2015 r.<sup>9</sup>, odnosiły się do sfinansowania przez NFZ terapii pacjentów w chorobach nowotworowych z zastosowaniem

jednego z produktów leczniczych w ramach – realizowanego wówczas – (terapeutycznego) programu zdrowotnego „Program leczenia w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej”<sup>10</sup>.

Z kolei wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach jedno z tzw. rozporządzeń koszykowych, uszczegółwiających zakres świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wskazuje na programy zdrowotne dostępne dla świadczeniobiorców<sup>11</sup>.

Zgodnie z aktualnie obowiązującym rozporządzeniem (z 2013 r.) świadczenia w ramach programów zdrowotnych powinny być udzielane według wskazań aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej (§ 3 ust. 1). Należy zauważyć trafne i wyraźne podkreślenie w tym przepisie prawnym konieczności udzielania świadczeń zdrowotnych, popartych wyłącznie dorobkiem medycyny klinicznej (bez udziału tzw. znachorów). Jest to wyraźny imperatyw wskazujący na pożądany sposób realizacji programów zdrowotnych zarówno o charakterze diagnostycznym (np. badania przesiewowe), jak i terapeutycznym (np. zabiegi chirurgiczne).

Przy czym, według § 3 ust. 2 ww. rozporządzenia, świadczeniodawca powinien brać pod uwagę zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, które zostały ogłoszone przez ministra właściwego do spraw zdrowia (obecnie: ministra zdrowia), odrębnie dla poszczególnych dziedzin medycyny (na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy o świadczeniach). Chodzi o zalecenia (rekomendacje) opracowane przez odpowiednie stowarzyszenia, zgodne z postanowieniami ich statutów, towarzystwa naukowe o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny. Rekomendacje te będą ustanawiały pewne standardy postępowania medycznego, stanowiąc wytyczne (aktualnej) wiedzy medycznej, co powinno w efekcie korzystnie wpływać *in concreto* na proces świadczenia usług medycznych. Obecnie takie zalecenia wydano (jedynie) dla diagnostyki i leczenia raka piersi<sup>12</sup>.

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych świadczeniodawca powinien zapewniać świadczeniobiorcy nieodpłatnie: badania diagnostyczne oraz leki i wyroby medyczne (§ 4 ust. 1 ww. rozporządzenia). Omawiane rozporządzenie wprowadza również możliwość finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego (w 40%) w przypadku 16 normatywnie wskazanych schorzeń (§ 4 ust. 2)<sup>13</sup>.

Tą drogą ustawodawca zakłada udzielenie (scharakteryzowanych powyżej) świadczeń zdrowotnych rzeczowych, jak i – w ograniczonym finansowo zakresie – świadczeń towarzyszących (usługi transportu sanitarnego).

Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (także dla chorób rzadkich) oraz warunki ich realizacji określa załącznik do rozporządzenia (§ 5). Zgodnie z tym dokumentem realizowanych jest obecnie siedem programów zdrowotnych, tj.:

- program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP);
  - program profilaktyki raka szyjki macicy;
  - program profilaktyki raka piersi;
  - program badań prenatalnych;
  - ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki<sup>14</sup>;
  - leczenie dzieci ze śpiączką (rozpoznanie zasadnicze według klasyfikacji ICD10: R40.2)<sup>15</sup>;
  - leczenie dorosłych chorych ze śpiączką (rozpoznanie zasadnicze według ICD10: R40.2)<sup>16</sup>.
- Można dodać, że wcześniej obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia wydane w tej sprawie (z dnia 6 grudnia 2012 r.) ustanawiało dwa programy zdrowotne, tj.: „Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)” oraz „Program profilaktyki raka szyjki macicy”. Natomiast rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. przewidywało realizację 44 takich programów, z których istotna część odnosiła się do chorób, które można zakwalifikować jako choroby rzadkie. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w ramach wcześniej realizowanych programów zdrowotnych obecnie objęte są finansowaniem ze środków publicznych w ramach innych zakresów świadczeń (w szczególności leczenia szpitalnego).
- Dla każdego z aktualnie realizowanych programów zdrowotnych analizowane rozporządzenie (w załączniku) określa: zakres świadczenia oraz warunki realizacji świadczeń (odrębnie dla świadczeniobiorcy i świadczeniodawcy).
- W przypadku zakresu świadczenia, zależnie od programu, wyróżniane są jego poszczególne etapy, tj.:
- etap podstawowy (obejmujący np. wywiad medyczny, badanie fizykalne, edukację zdrowotną, pobranie materiału do badania, wykonanie mammografii);
  - etap specjalistyczny/diagnostyczny/pogłębionej diagnostyki (obejmujący np. badanie mikroskopowe materiału pobranego z szyjki macicy po wykonaniu cytologii; wykonanie biopsji).
- W ramach zakresu danego programu wskazywane są również rodzaje świadczeń zdrowotnych (np. poradnictwo i badania biochemiczne; poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych; poradnictwo i badania genetyczne; pobranie materiału płodowego do badań genetycznych).
- W przypadku warunków realizacji formułowanych dla świadczeniobiorcy ujmowane są:
- kryteria kwalifikacji do danego programu (jego poszczególnych etapów), którymi najczęściej są: wiek; zgłaszane przez świadczeniobiorców dolegliwości; posiadanie skierowania od lekarza; określenie częstotliwości (zasadności) wykonywania badań (np. co 12, 24 lub 36 miesięcy), a w przypadku programów kilkietapowych (np. programy profilaktyki raka: szyjki macicy i piersi) posiadanie skierowania z etapu podstawowego programu;
  - kryteria wyłączenia z programu (np. rozpoznanie nowotworu złośliwego szyjki macicy po zakończeniu kontroli onkologicznej; założenie, że programem nie mogą być objęte kobiety, u których już wcześniej zdiagnozowano zmiany nowotworowe o charakterze złośliwym w piersi).
- W przypadku warunków realizacji formułowanych dla świadczeniodawców są to:

- tryb realizacji świadczenia:
  - ambulatoryjny, także w pracowni stacjonarnej lub mobilnej (jak np. tzw. mammobus);
  - szpitalny;
  - stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne (np. zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, hospicjum);
- warunki wymagane od świadczeniodawców:
  - dla ich struktury organizacyjnej (np. posiadanie medycznego laboratorium diagnostycznego lub zakładu patomorfologii lub zapewnienie dostępu do takich podmiotów);
  - dla personelu (w szczególności lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek, położnych, specjalistów terapii uzależnień, diagnostów laboratoryjnych, techników elektroradiologii), przy czym opisy poszczególnych programów zawierają również wskazanie minimalnej liczby tego personelu, a przede wszystkim formułują opis wymaganych kwalifikacji zawodowych (ukończone specjalizacje, kursy kwalifikacyjne lub posiadane udokumentowane umiejętności w wykonywaniu konkretnych badań)<sup>17</sup>;
  - dla infrastruktury służącej do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, tj. wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną (np. konieczność posiadania aparatu do EKG, spirometru, mammografu i odpowiedniego programu komputerowego do analizy badań) jak i np. posiadania przez świadczeniodawcę pozytywnego wyniku: kontroli jakości badań mammograficznych lub audytu klinicznego zdjęć mammograficznych – przeprowadzanych w danym okresie czasu (nie rzadziej niż raz na 12 lub 24 miesiące);
  - dla organizacji udzielania świadczeń (w szczególności czas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej)<sup>18</sup>.

Powyższe wymagania realizacji programów zdrowotnych określają standard udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców. Standard ten powinien być poddawany systematycznej kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia. Zauważyć przy tym należy, że opisy przedmiotowych programów różnią się poziomem szczególności i precyzją regulacji prawnej, co może być zależne od inicjatorów (autorów) danego programu.

Wracając do głównego wyводу, wskazać należy, że omawiana ustawa o świadczeniach regulację poświęconą programom zdrowotnym zawiera w rozdziale czwartym (art. 48–48f), istotnie znowelizowanym w 2014 r.<sup>19</sup>

I tak, przedmiotowe programy może opracowywać, wdrażać, realizować i finansować wyłącznie Narodowy Fundusz Zdrowia, przy czym mogą one być realizowane w okresie jednego roku lub wielu lat (art. 48 ust. 1 i ust. 5). Powinny one dotyczyć (jak zakłada w art. 48 ust. 3 ustawodawca, posługując się zwrotem „w szczególności”, tj. przykładowo i przede wszystkim):

- ważnych zjawisk epidemiologicznych (np. choroby nowotworowe);
- innych istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź

ograniczania tych problemów (np. leczenie chorób rzadkich u dzieci i osób dorosłych);

- wdrożenia nowych procedur medycznych lub przedsięwzięć profilaktycznych skierowanych do zdefiniowanej populacji docelowej o określonej chorobie lub o określonym problemie zdrowotnym (np. jak w przypadku procedur medycznych w ramach programu badań prenatalnych).

Zgodnie z ustawą o świadczeniach (art. 48b ust. 5) Narodowy Fundusz Zdrowia powinien dokonywać wyboru realizatora danego programu zdrowotnego (tj. świadczeniodawcy) i zawrzeć z nim umowę na zasadach i w trybie określonym dla umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tj. w art. 132–161b w dziale szóstym ustawy o świadczeniach). Najczęściej stosowanym w tym przypadku trybem będzie konkurs ofert, a w dalszej kolejności (ewentualnie) rokowania, przy uwzględnieniu przepisów odnoszących się do zawierania umów przez NFZ z podmiotami zaliczanymi do tzw. sieci szpitali<sup>20</sup>.

Interesujące rozwiązanie wprowadza art. 48c omawianej ustawy. Na podstawie tego przepisu jednostka samorządu terytorialnego (gmina, powiat, województwo samorządowe) w ramach realizacji zadań własnych (do których zalicza się zadania z zakresu ochrony zdrowia ujęte w ustawach ustrojowych samorządu terytorialnego) może dofinansowywać programy zdrowotne, inne niż realizowane przez tę jednostkę, polegające na profilaktyce chorób. Dofinansowanie takie polega na udzieleniu realizatorowi programu dotacji celowej w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych<sup>21</sup>. Dostrzegalne jest w tym przypadku istotne ograniczenie partycypacji finansowej samorządu terytorialnego (przeznaczanie środków publicznych) do programów zdrowotnych zorientowanych (tyko) na profilaktykę chorób. Należy przy tym zaznaczyć, że dofinansowanie takie powinno być komplementarne względem zadań realizowanych samodzielnie przez samorząd terytorialny i w ten sposób wpisywać się w lokalnie prowadzoną politykę zdrowotną.

Odnosząc rozważania do zadań statutowych Narodowego Funduszu Zdrowia, wskazać należy, że art. 97 ust. 3 pkt 4 ustawy o świadczeniach wskazuje, że opracowywanie, wdrażanie, realizowanie, finansowanie, monitorowanie, nadzorowanie i kontrolowanie programów zdrowotnych (czyli w istocie całość procesu ich realizacji) mieści się, pośród kilkunastu innych kategorii zadań, w zakresie działania Narodowego Funduszu Zdrowia. W praktyce będzie to domena Prezesa (Centrali) NFZ.

Z kolei zgodnie z art. 107 ust. 5 pkt 7 ustawy dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jako organ tej instytucji, w zakresie udzielonego pełnomocnictwa (przez Prezesa NFZ), wykonuje zadania związane z zawieraniem i rozliczaniem umów o realizację programów zdrowotnych.

Analizując badane zagadnienie, należy przy tym wskazać, że realizacja programów zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia będzie poprzedzona szeregiem działań administracyjnych związanych z korzystaniem z dostępnych danych osobowych potencjalnych jego użytkowników.

W tym kontekście można wskazać na interesujący wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie

z dnia 3 października 2017 r.<sup>22</sup> Sąd badał kwestię zasadności udostępnienia z rejestru PESEL danych osobowo-adresowych kobiet, które ukończyły 55 lat, pochodzących z 13 województw, świadczeniodawcy będącemu realizatorem programu profilaktyki raka piersi, w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, celem wysłania zaproszeń na badania mammograficzne<sup>23</sup>. W efekcie, m.in. z uwagi na ten wyrok, zmieniono sposób dystrybucji zaproszeń na takie badania, istotnie ograniczając przetwarzanie danych osobowych przez świadczeniodawców.

Dla zapewnienia prawidłowej realizacji programów zdrowotnych Narodowy Fundusz Zdrowia – od 30 listopada 2017 r. – może przetwarzać dane osobowe ubezpieczonych (należałoby wskazać, że w przypadku analizowanych programów zdrowotnych właściwie: świadczeniobiorców), w celu prowadzenia i utrzymywania elektronicznego systemu monitorowania tych programów (art. 188e w związku z art. 188 ust. 1 pkt 11).

System ten powinien być oparty na danych przekazywane przez świadczeniodawców programów zdrowotnych w celu:

- dokonywania oceny spełniania przez świadczeniobiorców kryteriów włączenia do programu zdrowotnego oraz oceny badań i kwalifikacji świadczeniobiorców do grup ryzyka (można przyjąć, że chodzi o grupy ryzyka świadczeniobiorców wyodrębnione po zakończeniu ich udziału w danym programie dla objęcia ich dalszym leczeniem w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w innych zakresach świadczeń);
- rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w związku z realizacją programów zdrowotnych (tzw. moduł finansowy);
- monitorowania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej oraz stanu zdrowia świadczeniobiorców, w związku z realizacją programów zdrowotnych (będzie to istotne z punktu widzenia oceny dostępności i korzystania ze świadczeń w ramach danego programu oraz planowania przyszłych interwencji medycznych w ramach systemu publicznego);
- prowadzenia profilaktyki zdrowotnej, w szczególności przez informowanie świadczeniobiorców o możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń mających na celu taką profilaktykę (należy uznać, że chodzi w tym przypadku o działania zachęcające do udziału przede wszystkim w aktualnej „ofercie” programów zdrowotnych);
- dokonywania oceny skuteczności programów zdrowotnych (co będzie miało kluczowe znaczenie z punktu widzenia zapewnienia efektywności interwencji medycznych w ramach programów).

W elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych przetwarza się dane osobowe (precyzyjnie wskazane w omawianej ustawie<sup>24</sup>) oraz jednostkowe dane medyczne w rozumieniu art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia<sup>25</sup>, związane z prowadzeniem profilaktyki zdrowotnej, w tym dane o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej (art. 188e ust. 2).

Tytułem uzupełnienia wyводу można wskazać, że ustawa o świadczeniach dopuszcza (od 1 stycznia 2015 r.)

możliwość realizacji programów zdrowotnych w ramach leczenia chorób nowotworowych także w ramach tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej, tj. w ramach leczenia onkologicznego bez skierowania, na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (art. 32a ust. 2 i ust. 4 ustawy o świadczeniach).

Można także dodać, że świadczeniobiorca może ubiegać się o zwrot kosztów udziału w programie zdrowotnym w ramach tzw. transgranicznej opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 42b ust. 1 ustawy o świadczeniach jest on uprawniony do otrzymania od Narodowego Funduszu Zdrowia zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, będącego świadczeniem gwarantowanym, udzielonego na terytorium innego niż RP państwa członkowskiego Unii Europejskiej (tj. w jednym z 27 państw członkowskich) lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego (tj. dodatkowo: Islandia, Liechtenstein, Norwegia). Warunkiem ustawowym otrzymania zwrotu kosztów jest jednak w tym przypadku spełnienie wymogów warunkujących udział pacjenta w danym programie, realizowanym poza granicami kraju (art. 42b ust. 8 ustawy o świadczeniach)[4].

Nadmienić warto, że w polskim ustawodawstwie z zakresu prawa medycznego znajduje swoje oparcie program szczepień ochronnych, który możemy również zakwalifikować jako rodzaj programu zdrowotnego. Chodzi w tym przypadku o art. 17 ust. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi<sup>26</sup>. Na podstawie tego przepisu Główny Inspektor Sanitarny ogłasza w formie komunikatu, w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia, program szczepień ochronnych na dany rok, ze szczegółowymi wskazaniem dotyczącymi stosowania poszczególnych szczepionek.

Można także wspomnieć, że ustawa o świadczeniach (w art. 48a ust. 17) wspomina o ustawowym programie zdrowotnym, kwalifikując go jednak do kategorii programów polityki zdrowotnej, tj. o kompleksowym programie wsparcia dla rodzin. Jest on opracowywany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie odrębnej regulacji – ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”<sup>27</sup>.

W wymiarze zdrowia publicznego (a także szerzej: polityki zdrowotnej) nadmienić również można, że wymiar ustawowy mają też programy przyjmowane na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi<sup>28</sup>. Chodzi w tym przypadku o:

- wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, który przyjmowany jest przez samorząd województwa. Program ten klasyfikowany jest jako część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej i powinien uwzględniać cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia (art. 4 ustawy)<sup>29</sup>;
- gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Program ten również powinien stanowić część

strategii rozwiązywania problemów społecznych oraz uwzględniać cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia. Jego elementem mogą być również zadania związane z przeciwdziałaniem uzależnieniom behawioralnym (art. 41 ust. 2 ww. ustawy).

Z kolei ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>30</sup> zakłada przyjęcie przez Radę Ministrów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Program ten określa m.in. diagnozę sytuacji i zagrożeń dla zdrowia psychicznego, w tym źródnicowań regionalnych; podmioty biorące udział w jego realizacji oraz niezbędne działania legislacyjne, w szczególności mające na celu zapewnienie przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi (art. 2 ustawy). Prowadzenie działań określonych w tym programie należy do: zadań własnych samorządów województw, powiatów i gmin oraz zadań ministra właściwego do spraw zdrowia (jako koordynatora jego działań), NFZ oraz ministrów właściwych ze względu na charakter działań określonych w tym programie. Obecnie obowiązuje taki program na lata 2017–2022<sup>31</sup>.

Także ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii<sup>32</sup> wprowadziła konieczność ujmowania zagadnień związanych z tym obszarem przez samorząd województwa wojewódzkiego w ramach ww. programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Powinien on uwzględniać cele operacyjne dotyczące przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia (art. 9 ustawy). Podobnie – na podstawie ww. ustawy – w gminie przyjmowany jest program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii (art. 10 ww. ustawy).

Wspomniana ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w art. 4 ust. 1 przewiduje, że Rada Ministrów może określić, w drodze rozporządzenia, programy zapobiegania i zwalczania określonych zakażeń lub chorób zakaźnych oraz lekooporności biologicznych czynników chorobotwórczych, wynikające z sytuacji epidemiologicznej kraju lub z konieczności dostosowania do programów międzynarodowych, mając na względzie ich skuteczne wykonywanie oraz zapewnienie objęcia ochroną zdrowotną osób, których szczególnie narażenie na zakażenie wynika z sytuacji epidemiologicznej. Koszty realizacji zadań objętych takimi programami są finansowane z budżetu państwa odpowiednio z części, których dysponentami są właściwi ministrowie realizujący te programy (ust. 2).

Obecnie jedynym takim programem jest Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, wprowadzony rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r.<sup>33</sup> Program ten jest realizowany w pięciu obszarach: zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa; zapobieganie zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych; wsparcie i opieka zdrowotna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS; współpraca międzynarodowa oraz monitoring. Realizacją tego programu kieruje minister właściwy do spraw zdrowia, a koordynatorem jest Krajowe Centrum do

spraw AIDS (jednostka podległa i nadzorowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia, właściwa w zakresie realizacji zadań dotyczących zapobiegania i zwalczania AIDS). Cele ogólne i szczegółowe w ramach obszarów realizacji programu określa załącznik do ww. rozporządzenia.

Tytułem uzupełnienia można wskazać, że na podstawie ww. ustawy o finansach publicznych (art. 136 ust. 2 przewidujący tzw. rządowe programy wieloletnie), Rada Ministrów uchwałą nr 11 z dnia 4 lutego 2020 r. zniósła ustawy tzw. program wieloletni: Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych<sup>34</sup>.

Zgodnie z § 3 ww. uchwały zadania uchylonego programu mają być kontynuowane w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej ustanowionej uchwałą nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030, zgodnie z harmonogramem jej wdrażania<sup>35</sup>.

Uchwała ta weszła w życie z dniem 19 lutego 2020 r., a jej przyjęcie wynika bezpośrednio z ustawy z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej<sup>36</sup>. Celem strategii, sformułowanym przez art. 2 ww. ustawy, jest:

- obniżenie zachorowalności na choroby nowotworowe przez edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę, w tym kształtowanie świadomości prozdrowotnej i propagowanie zdrowego stylu życia;
- poprawa profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych;
- rozwój systemu opieki zdrowotnej w obszarze onkologii przez koncentrację działań wokół chorego i jego potrzeb, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy jakości życia chorych i ich rodzin;
- zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej w obszarze onkologii, udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
- opracowanie i wdrożenie zmian organizacyjnych, które zapewnią chorym równy dostęp do koordynowanej i kompleksowej opieki zdrowotnej w obszarze onkologii;
- rozwój działalności szkoleniowej i edukacji oraz kształcenia kadr medycznych w obszarze onkologii;
- rozwój badań naukowych mających na celu poprawę i wzrost efektywności oraz innowacyjności leczenia chorób nowotworowych.

Należy przy tym wskazać, że ww. ustawa kompleksowo odnosi się do leczenia chorób nowotworowych, przewidując m.in. konieczność jej systematycznej aktualizacji (nie rzadziej niż raz na pięć lat; w art. 6) oraz działanie wielodyscyplinarnego Zespołu do spraw Narodowej Strategii Onkologicznej, przy ministrze do spraw zdrowia (w art. 10).

Warto podkreślić, że normatywnie określono wysokość środków finansowych, które mają być przeznaczane na realizację objętych strategią działań. I tak, zgodnie z uchwałą z dnia 4 lutego 2020 r., planowane nakłady z budżetu państwa na realizację działań przewidzianych w ramach strategii nie mogą być w poszczególnych latach wyższe niż: 250 mln zł w 2020 r.; 450 mln zł rocznie w latach 2021–2023 i 500 mln zł rocznie w latach 2024–2030<sup>37</sup>. Wykonawcą strategii jest minister właściwy do spraw

zdrowia, a załączniki do uchwały określają: Narodową Strategię Onkologiczną na lata 2020–2030 oraz harmonogram wdrażania Narodowej Strategii Onkologicznej na 2020 r. Wydaje się, że pierwsza ocena działań podejmowanych w ramach strategii będzie możliwa po zakończeniu pierwszego roku jej realizacji, tj. po 2020 r.

Konstatując należy wskazać na stosunkowo szeroki zakres programów zdrowotnych oferowanych osobom objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym (a właściwie świadczeniobiorcom) w naszym kraju, które finansowane są ze środków publicznych (w szczególności ze składki zdrowotnej). Dotyczy to zarówno programów realizowanych przez NFZ jak i na podstawie odrębnych regulacji prawnych przez organy administracji publicznej (ministra zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego). Kwestią kluczową jest przy tym praktyczna dostępność do świadczeń zdrowotnych w ramach tych programów. Dostępność ta warunkowana jest przy tym wysokością środków finansowych przeznaczanych na ich realizację.

Mając na uwadze przedstawione wnioski z analizy przepisów prawa, wskazać także należy na znacznie ograniczony dorobek doktryny prawa i orzecznictwa sądowego w tym obszarze, co nie sprzyja dokonywaniu całościowej

oceny poziomu stosowania prawa (w analizowanym obszarze) jako elementu ograniczania *par excellence* ryzyka lekceważenia regulacji. Dotyczy to przede wszystkim przypadków potencjalnego konfliktu pomiędzy świadczeniobiorcą a odpowiedzialnym za praktyczną realizację danego programu zdrowotnego organem władzy publicznej. Konflikt ten może odnosić się – poza dostępnością do świadczeń, także jakości oferowanej opieki medycznej.

Analizowane programy wpisują się w obszar polityki zdrowotnej, rozumianej także jako budowanie strategii zdrowia publicznego. Przy czym skuteczność ich oddziaływania na stan zdrowia populacji uwarunkowana jest przede wszystkim od indywidualnych decyzji osób, wyrażających chęć w nich udziału (świadczeniobiorców). O końcowym sukcesie tych programów, ocenianym *ex post* w wymiarze osiągnięcia zakładanych celów polityki zdrowotnej, regulowanej normatywnie (celów danego programu zdrowotnego), będzie decydować jednak przede wszystkim determinacja wszystkich podmiotów zaangażowanych w jego realizację, w szczególności organów władzy publicznej. W takiej perspektywie należy następnie interpretować skuteczność i bezpieczeństwo działań w ramach danego programu zdrowotnego w oparciu o regulacje prawne.

## Notes

- 1 Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm. Ustawa weszła w życie, w zasadniczej swojej części (omawianej w niniejszym artykule) z dniem 1 października 2004 r., przy czym artykuł przedstawia stan faktyczny i prawny na dzień 31 marca 2022 r.
- 2 Szczegółowa charakterystyka tych pojęć znajduje się – odpowiednio: w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz.U. z 2021 r. poz. 2354 z późn. zm.) oraz w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.).
- 3 Dz.U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.
- 4 Definicję legalną terminu procedury medycznej wskazuje art. 5 pkt 42 ustawy o świadczeniach: jest to postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej (np. w podmiocie leczniczym) przy zastosowaniu produktów leczniczych (w tym leków) i wyrobów medycznych (np. sprzętu rehabilitacyjnego).
- 5 Na potrzeby niniejszej pracy autor przyjmuje wymienne posługiwanie się pojęciami „świadczenia zdrowotne” i „usługa medyczna”.
- 6 Dz.U. z 2022 r. poz. 184 z późn. zm. Można dodać, że jest to najnowszy akt prawny statuujący kompleksowo odrębny i samodzielny zawód medyczny – farmaceuty.
- 7 Sygn. akt: VI SA/Wa 1407/12; LEX Nr 1338704.
- 8 Sygn. akt: VI SA/Wa 3003/14; LEX Nr 1816037.
- 9 Sygn. akt: VI SA/Wa 3063/14; LEX Nr 1975270.
- 10 Program ten realizowany był na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. Nr 140, poz. 1148 z późn. zm.), które utraciło moc prawną z dniem 1 lipca 2012 r.
- 11 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. z 2020 r. poz. 2209 z późn. zm.). Rozporządzenie weszło w życie *de facto* z dniem 1 stycznia 2014 r. Wcześniej obowiązywało w tym zakresie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2012 r. (Dz.U. poz. 1422), uchylone z dniem 26 grudnia 2013 r. oraz powyżej wskazane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r.
- 12 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2018 r. w sprawie zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia raka piersi (Dz.Urz. MZ poz. 53). Zalecenia te – jako stosunkowo obszerny i szczegółowy akt prawny – zostały wydane na podstawie dokumentu: *Wytyczne rak piersi* z dnia 30 maja 2018 r., opracowanego pod auspicjami Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, i pozytywnie zaopiniowane – zgodnie z wymogiem ustawowym – przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w dniu 12 czerwca 2018 r.
- 13 Na marginesie można odnotować, że zakres przedmiotowych schorzeń (w tym chorób, urazów, zatruc, wad rozwojowych) jest bardzo szeroki.
- 14 Zakres świadczeń w ramach programu obejmuje specjalistyczne leczenie ortodontyczne populacji osób z wrodzonymi wadami rozwojowymi typu rozszczep podniebienia pierwotnego lub wtórnego oraz anomalie twarzy w zakresie zależnym od rozwoju I i II łuku skrzelowego i ograniczenie u nich zniekształceń morfologiczno-czynnościowych w tym zakresie.
- 15 Zakres świadczeń w ramach programu obejmuje kompleksowy sposób postępowania z pacjentem w stanie śpiączki, zgodnie z zaleceniami zespołu terapeutycznego (obejmuje 12 rodzajów terapii, w tym leczenie farmakologiczne, rehabilitację i żywienie dojelitowe i pozajelitowe).

- 16 Zakres świadczeń w ramach programu jest zbliżony do powyżej wskazanego dla dzieci.
- 17 Omawiane rozporządzenie w przypadku wybranych programów wymaga również zapewnienia dostępu do osób wykonujących dane zawody medyczne, w szczególności poprzez udokumentowane zapewnienie dostępu do konsultacji z zakresu poszczególnych dziedzin medycyny (w praktyce będą to podpisane umowy i porozumienia pomiędzy świadczeniodawcami).
- 18 Można dodać, że posiadanie przez świadczeniodawcę takiego wyposażenia (lub zagwarantowanie do niego dostępu) podlega ocenie (weryfikacji) Narodowego Funduszu Zdrowia w procesie zawierania umów ze świadczeniodawcami.
- 19 Konsekwencją sygnalizowanej już wyżej nowelizacji, obowiązującej od 1 stycznia 2015 r., jest konieczność uznania dotychczas realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego programów zdrowotnych za „programy polityki zdrowotnej” (dotyczy to przykładowo popularnych wśród tych samorządów programów edukacyjnych dla przyszłych rodziców w ramach tzw. szkół rodzenia, programów szczepień ochronnych oraz programów leczenia niepłodności).
- 20 Chodzi o utworzenie od 1 października 2017 r., na podstawie ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 884), systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (sieć szpitali). Szczegółowa charakterystyka tego zagadnienia przekraczałaby jednak przyjęte ramy tego artykułu.
- 21 Dz.U. z 2021 r. poz. 305 z późn. zm. Zgodnie z art. 126 tej ustawy dotacje są to podlegające szczególnym zasadom rozliczania środki z budżetu państwa, budżetu jednostek samorządu terytorialnego oraz z państwowych funduszy celowych przeznaczone na podstawie ustawy (o finansach publicznych), odrębnych ustaw (np. ustawy o świadczeniach) lub umów międzynarodowych (np. programy unijne), na finansowanie lub dofinansowanie realizacji zadań publicznych (*ergo* – programów zdrowotnych). Dotacje takie przekazywane są przez wojewodę, na podstawie umów dotacyjnych, których wymaganą treść określa art. 150 ustawy o finansach publicznych.
- 22 Sygn. akt: IV SA/Wa 1784/17; LEX nr 2762331.
- 23 Program ten został uchwalony uchwałą nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. (M.P. z 2015 poz. 1165 z późn. zm.), a uchylony z dniem 19 lutego 2020 r.
- 24 Nazwisko i imię (imiona); data urodzenia; płeć; numer PESEL; seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość – w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL; adres zamieszkania; adres czasowego miejsca pobytu na terytorium RP, jeżeli dana osoba nie ma na terytorium RP miejsca zamieszkania; adres do korespondencji i inne dane pozwalające na skontaktowanie się z osobą, której dane NFZ przetwarza w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych; rodzaj uprawnień oraz numer i termin ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia osób posiadających tzw. szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, wskazanych w ustawie o świadczeniach (np. Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Dawcy Przeszczepu), a także osób posiadających na podstawie odrębnych przepisów szersze uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej niż wynikające z ustawy; dotyczące udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom, osobom uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji oraz osobom uprawnionym do świadczeń, wskazanym w odrębnych regulacjach ustawowych (np. osoby uzależnione od alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, osoby objęte psychiatryczną opieką zdrowotną); przyczyny udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz typ dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej.
- 25 Dz.U. z 2021 r. poz. 666 z późn. zm.
- 26 Dz.U. z 2021 r. poz. 2069 z późn. zm.
- 27 Dz.U. z 2020 r. poz. 1329.
- 28 Dz.U. z 2021 r. poz. 1119 z późn. zm.
- 29 Program ten przyjęto rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz.U. poz. 642), na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2021 r. poz. 1956 z późn. zm.). Wcześniej obowiązywał Narodowy Program Zdrowia przyjęty rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. na lata 2016–2020 (Dz.U. poz. 1492). Szczegółowa charakterystyka tego zagadnienia przekraczałaby jednak przyjęte ramy tego artykułu.
- 30 Dz.U. z 2020 r. poz. 685.
- 31 Przyjęty rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. (Dz.U. poz. 458), które weszło w życie z dniem 3 marca 2017 r. Poprzedzało je rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz.U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128), które utraciło moc prawną z dniem 31 grudnia 2015 r.
- 32 Dz.U. z 2020 r. poz. 2050 z późn. zm.
- 33 Dz.U. Nr 44, poz. 227.
- 34 Uchwała nr 11 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. uchylająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych” (M.P. poz. 190). Na jej podstawie utraciła moc wcześniejsza uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych” (M.P. z 2018 r. poz. 6).
- 35 M.P. poz. 189.
- 36 Dz.U. poz. 969. Ustawa weszła w życie z dniem 6 czerwca 2019 r.
- 37 Nakłady z budżetu państwa, o których mowa, są określane w ustawach budżetowych na poszczególne lata, w ramach części 46 – Zdrowie.

## Piśmiennictwo

- Sidorko, A., Zakres przedmiotowy i podmiotowy oraz objaśnienia określeń ustawowych. Art. 2 [Zakres podmiotowy ustawy], w: Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz. Stan prawny 1 stycznia 2018, red. A. Pietraszewska-Macheta, Wolters Kluwer, 2018: 39–45.
- Lenio P., Podmioty polskiego systemu ochrony zdrowia. Rodzaje podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w: Publiczno-prawne źródła finansowania ochrony zdrowia. Stan prawny 1 lutego 2018, Wolters Kluwer, 2018: 158–172.



- Karkowska D., Pojęcie zawodu medycznego. Zakres przedmiotowy pojęcia zawód medyczny, w: D. Karkowska, Zawody medyczne. Stan prawny na 1 czerwca 2012, Wolters Kluwer, 2012: 74–97.
- Stankiewicz R., Unijne zasady koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego i mobilność pacjentów a świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w innym państwie członkowskim (perspektywa unijna i krajowa). Zwrot kosztów transgranicznej opieki medycznej. Ogólne zasady zwrotu kosztów, w: Krajowe systemy ochrony zdrowia a Unia Europejska. Przykład Polski, Wolters Kluwer, 2016, [https://sip.lex.pl/#/monograph/369395915/168/stankiewicz-rafal-krajowe-systemy-ochrony-zdrowia-a-unia-europejska-przyklad-polski?keyword=Stankiewicz%20Zasady%20dotycz%C4%85ce%20wysoko%C5%9Bci%20zwrotu%20koszt%C3%B3w%20transgranicznej%20opieki%20zdrowotne&unitId=passage\\_372](https://sip.lex.pl/#/monograph/369395915/168/stankiewicz-rafal-krajowe-systemy-ochrony-zdrowia-a-unia-europejska-przyklad-polski?keyword=Stankiewicz%20Zasady%20dotycz%C4%85ce%20wysoko%C5%9Bci%20zwrotu%20koszt%C3%B3w%20transgranicznej%20opieki%20zdrowotne&unitId=passage_372) (dostęp: 31.03.2022).

FIRST VIEW