



**Informacja dotycząca interpretacji przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.) w zakresie możliwości wprowadzenia zmian programu polityki zdrowotnej w trakcie jego realizacji oraz o zakresie zmian, które powodować będą powstanie nowego programu polityki zdrowotnej**

W związku z powtarzającymi się wątpliwościami zgłaszanymi przez jednostki samorządu terytorialnego, dotyczącymi zmian w treści programów polityki zdrowotnej Agencja wystąpiła z prośbą o interpretację przepisów Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.), zwanej dalej „Ustawą” (pismo: AOTMiT-BPR-075-1/AK/2015 z dnia 12.04.2015 r.). W przedmiotowym piśmie poruszono dwa aspekty:

- 1) czy możliwa jest zmiana programu polityki zdrowotnej w trakcie jego realizacji oraz
- 2) czy każda zmiana treści programu polityki zdrowotnej powinna być traktowana jako nowy program i podlegać obowiązkowemu zaopiniowaniu przez Agencję?

Ministerstwo Zdrowia pismem PZ-PPZ.404.7.2016.PP z dnia 27.01.2016 r. udzieliło następującej odpowiedzi:

„W odniesieniu do pytania o możliwość zmiany programu polityki zdrowotnej w trakcie jego realizacji, należy przyjąć stanowisko, że tego typu zmiany są możliwe bez uzyskiwania opinii AOTMiT, właśnie z uwagi na brak wyraźnego wskazania w treści ww. ustawy procedury ich dokonywania. Należy zwrócić bowiem uwagę, że nie precyzując takowej procedury, ustawa nie zawiera również regulacji przemawiających za brakiem możliwości wprowadzania zmian w programie w trakcie jego obowiązywania. Kompetencję właściwego organu do dokonywania zmian w programie zawiera art. 48 ust. 1 ustawy, zgodnie z którym programy polityki zdrowotnej są przez właściwego ministra opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane, jak i sama definicja programu polityki zdrowotnej, zawarta w art. 5 pkt 29a ustawy, zgodnie z którym przez program ten należy rozumieć zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej, ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających 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 ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego. O ile więc ustawa definiuje program polityki zdrowotnej jako, mówiąc skrótowo, zespół pewnych działań, podjętych w celu realizacji potrzeb zdrowotnych danej grupy, które to działania są opracowywane, wdrażane i realizowane przez właściwą jednostkę, to tym samym, poprzez



przyznanie tej jednostce kompetencji do wdrażania i realizowania tychże działań, nie ogranicza ona jej możliwości jedynie do stworzenia programu, bez późniejszej możliwości ingerencji w jego treść. Należy bowiem podkreślić, że ustawa nie definiuje pojęć wdrażania ani realizacji programu, a zasadnym wydaje się rozumienie przez to m.in. takiego dostosowywania jego treści, który w ocenie autora lepiej służyłby zamiarowi osiągnięcia założonych w programie celów. Za kwestię podstawową należy uznać tu właśnie definicję ustawową programu polityki zdrowotnej jako zespołu działań podjętych w określonym celu. O ile więc wprowadzoną zmianę w treści programu można uznać za mogącą przyczynić się do realizacji określonego programem celu, to działanie takie należałoby uznać właśnie za jego wdrażanie i realizację.

Odnosnie do drugiej z postawionych przez AOTMiT kwestii, nie można uznać każdej zmiany dokonanej w obowiązującym programie polityki zdrowotnej jako stworzenie nowego programu, co wiązałoby się z koniecznością jego zaopiniowania przez AOTMiT. Zagadnieniem kluczowym wydaje się tu być definicja programu nowego (przez „nowy” rozumiejąc program podlegający opinii AOTMiT), której ustawa nie precyzuje, a którą można w pewnym zakresie wyprowadzić z przedstawionej już wyżej definicji programu polityki zdrowotnej. Przede wszystkim więc program nowy musi zostać przez odpowiednią jednostkę opracowany, gdyż obowiązki wdrażania, realizowania i finansowania programu dotyczą działań podejmowanych już po jego wejściu w życie. Tym samym, dokonywanie czynności, które mogą być uznane za wdrażanie czy realizowanie programu (jak opisano powyżej), nie może być uznane za jego opracowywanie, a co za tym idzie - za tworzenie nowego programu. Nowy program, który wymagałby opinii AOTMiT, musi również dotyczyć nowych działań, nie objętych dotychczas innym programem, gdyż w innym przypadku należałoby go uznać za jego kontynuację, o której ustawa mówi wprost w art. 48a ust. 2 ustawy, a w przypadku której nie ma obowiązku występowania do AOTMiT o opinię. Przepis ten, dający wprost możliwość wprowadzenia w życie na nowo opracowanego programu polityki zdrowotnej bez konieczności uzyskania opinii AOTMiT, jednoznacznie wskazuje *a contrario* na okoliczność,  iż nie każda nowa treść programu polityki zdrowotnej tej opinii wymaga. Jeżeli bowiem, zdaniem ustawodawcy, możliwe jest wdrażanie i realizacja programu w brzmieniu, którego AOTMiT nie zaopiniowała (o ile oczywiście uznany zostanie za kontynuację programu dotychczasowego, tj. nie będzie różnić się w podstawowych założeniach merytorycznych od już zaopiniowanych), to tym samym uzyskania opinii nie powinno również wymagać dokonywanie takich zmian w aktualnym programie, które poza jego zakres merytoryczny także nie będą wykraczać.”

Biorąc powyższe pod uwagę, stwierdzić należy, że nie można uznać każdej zmiany dokonanej w obowiązującym programie polityki zdrowotnej jako stworzenie nowego programu, co wiązałoby się z koniecznością jego zaopiniowania przez AOTMiT. Kluczowym zagadnieniem jest tutaj fakt, że program po ewentualnych zmianach nie będzie różnić się w podstawowych założeniach merytorycznych od już zaopiniowanego.