

swoje zadania poprzez zebrania plenarne. Zebrania plenarne rady pedagogicznej są organizowane przed rozpoczęciem roku szkolnego, w każdym okresie (semestrze) w związku z zatwierdzeniem wyników klasyfikowania i promowania uczniów, po zakończeniu rocznych zajęć szkolnych oraz w miarę bieżących potrzeb. Zebrania mogą być organizowane na wniosek organu sprawującego nadzór pedagogiczny, z inicjatywy przewodniczącego, rady szkoły lub placówki, organu prowadzącego szkołę lub placówkę albo co najmniej 1/3 członków rady pedagogicznej. Przewodniczący prowadzi i przygotowuje zebrania rady pedagogicznej oraz jest odpowiedzialny za zawiadomienie wszystkich jej członków o terminie i porządku zebrania zgodnie z regulaminem rady. Do kompetencji stanowiących rady pedagogicznej należy: zatwierdzanie planów pracy szkoły lub placówki po zaopiniowaniu przez radę szkoły lub placówki, zatwierdzanie wyników klasyfikacji i promocii uczniów, podejmowanie uchwał w sprawie innowacji i eksperymentów pedagogicznych w szkole lub placówce, po zaopiniowaniu ich projektów przez radę szkoły lub placówki, ustalanie organizacji doskonalenia zawodowego nauczycieli szkoły lub placówki, podejmowanie uchwał w sprawach skreślenia z listy uczniów. W niektórych przypadkach rada pedagogiczna wyraża opinie dotyczące w szczególności: organizacji pracy szkoły lub placówki, w tym zwłaszcza tygodniowy rozkład zajęć lekcyjnych i pozalekcyjnych, projektu planu finansowego szkoły lub placówki, wniosku dyrektora o przyznanie nauczycielom odznaczeń, nagród i innych wyróżnień, propozycji dyrektora szkoły lub placówki w sprawach przydziału nauczycielom stałych prac i zajęć w ramach wynagrodzenia zasadniczego oraz dodatkowo płatnych zajęć dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych. Ponadto Rada pedagogiczna przygotowuje projekt statutu szkoły lub placówki albo jego zmian i przedstawia do uchwalenia radzie szkoły lub placówki. Uchwały rady pedagogicznej są podejmowane zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy jej członków. Zebrania rady pedagogicznej są protokołowane. Nauczyciele są zobowiązani do nie ujawniania spraw poruszanych na posiedzeniu rady pedagogicznej, które mogą naruszać dobro osobiste uczniów lub ich rodziców, a także nauczycieli i innych pracowników szkoły lub placówki. Wykonanie uchwały rady pedagogicznej może wstrzymać dyrektor szkoły, powiadamiając o tym organ prowadzący szkołę. Organ ten jest uprawniony uchylić uchwałę jeżeli jest ona sprzeczna z przepisami prawa.

## Rozdział V

### SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

#### 1. Uwagi wprowadzające

System ochrony zdrowia w Polsce jest jednym z najczęściej zmienianych systemów prawnych w ostatnich latach. Od 1989 r., czyli od momentu powstania III Rzeczypospolitej, szukano skutecznego środka, który właściwie regulowałby kwestie ściągalności oraz wydatkowania środków na ochronę zdrowia. Ówczesna opozycja kwestionowała centralizację dotyczącą służby zdrowia. Przez wiele lat trwały prace nad nowymi regulacjami prawnymi, znoszącymi centralne decydowanie o środkach wydatkowanych na cele zdrowotne.

6 lutego 1997 r. Sejm uchwalił ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym<sup>55</sup>. Weszła w życie 1 stycznia 1999 r. Wprowadziła decentralizację w systemie ochrony zdrowia, tzn. powołała kasy chorych oraz branżową kasę chorych. Decydowały one m. in. o finansowaniu ochrony zdrowia na podległym im terenie. Od początku obowiązywania, ustawa budziła kontrowersje oraz spory. Ich wynikiem była kolejna zmiana w zakresie systemu ochrony zdrowia.

23 stycznia 2003 r. Sejm uchwalił ustawę „O powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia”<sup>56</sup>. Powoływała centralny organ – Narodowy Fundusz Zdrowia oraz jednocześnie znosiła kasy chorych i branżową kasę chorych. Powrócono do centralizacji decyzyjnej z zakresu ubezpieczeń zdrowotnych. Bardzo szybko ustawa o NFZ została zaskarżona do Trybunału Konstytucyjnego, jako niezgodna z Konstytucją.

7 stycznia 2004 r. Trybunał Konstytucyjny orzekł o niezgodności przepisów ustawy o NFZ z Konstytucją<sup>57</sup>. Wynikiem orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego było uchwalenie kolejnej ustawy. Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. „O świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”<sup>58</sup> weszła w życie 1 października 2004 r. Jest ona, obok ustawy z 30 sierpnia 1991 r. „O zakładach opieki zdrowotnej”<sup>59</sup>, podstawowym aktem prawnym, regulującym system ochrony zdrowia w Polsce.

#### 2. Zakłady opieki zdrowotnej

Zakład opieki zdrowotnej został wyodrębniony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz promocji zdrowia. Jest to podstawowy zakres obowiązków zakładu opieki zdrowotnej. Oprócz tego prowadzi badania naukowe i prace badawczo – rozwojowe oraz realizuje zadania dydaktyczne i badawcze. Na realizację swoich zadań posiada wyodrębnione środki majątkowe.

Promocja zdrowia to działanie umożliwiające poszczególnym osobom oraz społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia, a przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz wszelkiego rodzaju czynników sprzyjających zdrowiu.

<sup>55</sup> Dz. U. z 1997 Nr 28 poz. 153 z póź. zm.

<sup>56</sup> Dz. U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391 z póź. zm.; w skrócie: „ustawa o NFZ”.

<sup>57</sup> Syg. akt 14/03, Dz. U. z 2004 r. Nr 5, poz. 37

<sup>58</sup> Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135

<sup>59</sup> Dz. U. z 1991 r. Zr 91, poz. 408, z póź. zm.

Katalog zakładów opieki zdrowotnej określa art. 2 § 1 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. Zakładem opieki zdrowotnej jest: szpital, zakład opiekuńczo – wychowawczy, zakład pielęgnacyjno – wychowawczy, przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia, pogotowie zdrowotne, medyczne laboratorium diagnostyczne, pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji, zakład rehabilitacji leczniczej, żłobek oraz inne zakłady, których przeznaczeniem jest udzielanie całodobowej lub całodziennej pomocy zdrowotnej. Zakładem opieki zdrowotnej jest także zespół zakładów, których celem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Generalnie zakłady opieki zdrowotnej udzielają świadczeń bezpłatnie. Od zasady tej możliwe są odstępstwa, wynikające z ustawy, odrębnych przepisów lub umowy cywilnoprawnej. Świadczenie zdrowotne jest wtedy częściowo lub pełnopłatne.

Wyróżnia się publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej tworzone są przez ministra zdrowia, centralny organ administracji rządowej, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego albo państwową uczelnię medyczną. Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej zakłada: kościół lub związek zawodowy, pracodawca, fundacja, związek zawodowy, samorząd zawodowy albo stowarzyszenie lub inna krajowa czy zagraniczna osoba prawna albo osoba fizyczna.

Warunkiem rozpoczęcia działalności przez zakład opieki zdrowotnej jest jego wpisanie do odpowiedniego rejestru. Rejestr dla zakładów opieki zdrowotnej, mających siedzibę na obszarze danego województwa, prowadzi wojewoda<sup>60</sup>. Bez wymaganego wpisu zakład opieki zdrowotnej nie może rozpocząć swojej działalności.

Każdy zakład opieki zdrowotnej obowiązany jest prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych danego zakładu. Jest ona udostępniana przede wszystkim pacjentowi albo przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej zawiera nie tylko przepisy dotyczące funkcjonowania zakładów. Znajdują się tu także przepisy regulujące prawa pacjenta. Podstawowym prawem pacjenta jest prawo do świadczeń medycznych, do informacji o swoim stanie zdrowia, do intymności i poszanowania godności podczas udzielania świadczeń oraz do umierania w spokoju i godności. Tylko pacjent może wyrazić zgodę na określone świadczenia zdrowotne, po uzyskaniu wyczerpującej informacji. Dotyczy to przede wszystkim eksperymentu medycznego oraz nowatorskich metod leczenia, gdzie nie ma pewności co do ich powodzenia. Przepisy ustawy nie mówią o formie udzielenia zgody. Generalnie zgodę można wyrazić ustnie, pisemnie lub w sposób zrozumiały.

W placówkach dla osób wymagających całodobowej i całodziennej opieki, pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, kontaktu osobistego, telefonicznego albo korespondencyjnego z osobami z zewnątrz oraz opieki duszpasterskiej. Ma także prawo przechowywać wartościowe rzeczy w depozycie zakładu opieki zdrowotnej.

Jednym z zakładów opieki zdrowotnej jest szpital, zapewniający pacjentowi wszelkie świadczenia zdrowotne, środki farmaceutyczne, w tym materiały medyczne oraz pomieszczenia i żywienia odpowiednie do stanu zdrowia. Wszelkie operacje czy zabiegi medyczne, wykonywane m. in. w szpitalu, wymagają zgody pacjenta. Nikogo nie można bowiem zmusić do poddania się leczeniu szpitalnemu.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej wprowadza obowiązek utworzenia w szpitalach posiadających powyżej 150 łóżek aptek szpitalnych. Dzięki temu

pacjenci zapatrywani są na bieżąco w środki farmakologiczne potrzebne do procesu leczenia.

Do szpitala zostają przyjęci pacjenci, mający skierowanie lekarza lub innej uprawnionej instytucji. Wypisanie ze szpitala następuje w przypadkach, gdy: stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego; na żądanie pacjenta i gdy pacjent rażąco narusza regulamin porządkowy szpitala.

Przychodnia, ośrodek zdrowia oraz poradnia świadczą usługi w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Podstawowe świadczenia opieki zdrowotnej obejmują: świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne w zakresie medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii.

Wszelkiego rodzaju świadczenia związane z urazami, wypadkami, porodem, nagłym zachorowaniem lub nagłym pogorszeniem zdrowia, realizowane są przez jednostki znajdujące się w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego. W jego skład wchodzi pogotowie ratunkowe.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej wprowadza pojęcie rejestru usług medycznych. Jest to system ewidencyjno – informatyczny, w którym zawarte są informacje dotyczące świadczeń zdrowotnych oraz związanych z ich udzielaniem usług. Centralny rejestr usług medycznych prowadzi minister Zdrowia i Opieki Społecznej, wojewódzki rejestr usług medycznych – wojewoda, a terenowy rejestr usług medycznych – jednostki organizacyjne, które wskazuje i których obszar działania określa wojewoda. Wszelkie dane oraz informacje gromadzone w rejestrach usług medycznych udostępniane są organom administracji rządowej, organom jednostek samorządu terytorialnego, podmiotom tworzącym publiczne zakłady opieki zdrowotnej, podmiotom finansującym udzielanie usług medycznych oraz samorządom zawodów medycznych.

Podstawowy czas pracy pracowników zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej nie może przekroczyć, w okresie rozliczeniowym, 7 godzin 35 minut na dobę oraz 40 godzin tygodniowo. Dzięki takiemu uregulowaniu pacjenci mogą być pewni kompetencji pracowników zakładów opieki zdrowotnej. Jedynie w uzasadnionych przypadkach możliwe jest przedłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę<sup>61</sup>. Jednocześnie lekarze oraz osoby posiadające wyższe wykształcenie medyczne obowiązani są do pełnienia dyżuru medycznego. Czas pełnienia dyżuru nie jest wliczany do czasu pracy. Dyżury są dodatkowo płatne. Liczba dyżurów dla danej osoby nie może przekroczyć dwóch w tygodniu i ośmiu w ciągu miesiąca.

Publiczny zakład opieki zdrowotnej, w przeciwieństwie do niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, udziela świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych. Świadczenia te są udzielane bezpłatnie osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym na podstawie przepisów prawnych, za częściową odpłatnością lub odpłatnie.

Publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą udzielić zamówienia na świadczenia medyczne. Przy rozstrzygnięciu zamówienia nie stosuje się przepisów ustawy o zamówieniach publicznych. Zamówienie może zostać skierowane w stosunku do: niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, osoby mającej własną praktykę medyczną, grupowej praktyki lekarskiej, osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych. Organy te, przyjmując zamówienie publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zobowiązują się do wykonania zadań w zakresie udzielonego zamówienia. Jednocześnie muszą ubezpieczyć się od odpowiedzialności cywilnej, regulowanej przez odrębne przepisy prawne.

<sup>60</sup> Oprócz przypadków wskazanych w art. 12 § 4 – 6 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

<sup>61</sup> Art. 32i § 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Umowę o udzielenie zamówienia zawiera się na czas określonych świadczeń medycznych albo na czas określony, na podstawie przeprowadzonego konkursu ofert. Aby umowa była wiążąca, musi zostać zawarta na piśmie. Jest to warunek *sine qua non*. Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach: z upływem czasu, na który została zawarta; z dniem zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych; wskutek oświadczenia jednej ze stron (z zachowaniem okresu wypowiedzenia), jeśli druga strona rażąco narusza postanowienia umowy.

Publiczny zakład opieki zdrowotnej tworzy, przekształca i likwiduje rozporządzenie<sup>62</sup> lub uchwała<sup>63</sup>. W rozporządzeniu bądź uchwale zawarta jest nazwa, siedziba, forma finansowania zakładu opieki zdrowotnej, podstawowe kierunki działalności oraz obszar działania (tzw. obwód szpitalny). Określany jest także organ sprawujący nadzór nad zakładem.

Przed rozpoczęciem działalności rada społeczna zakładu opieki zdrowotnej uchwała statut, który następnie przedstawia do zatwierdzenia organowi założycielskiemu. W statucie określa się: nazwę zakładu odpowiadającą zakresowi udzielanych świadczeń, cele i zadania zakładu, siedzibę oraz obszar działania, rodzaje i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, organy zakładu i ich strukturę organizacyjną oraz formy finansowania<sup>64</sup>. Ponadto statut powinien określać sposób uczestniczenia zakładu w badaniach naukowych, pracach badawczo – rozwojowych oraz w kształceniu osób przygotowujących się do wykonywania zawodu medycznego albo też już wykonujących zawód medyczny.

Publicznym zakładem opieki zdrowotnej zarządza oraz reprezentuje na zewnątrz kierownik zakładu. Zostaje on wybrany w drodze konkursu, ogłoszonego przez organ, który utworzył dany zakład. Po rozstrzygnięciu konkursu, do którego przystąpiły co najmniej dwie osoby, organ założycielski nawiązuje stosunek pracy z kierownikiem zakładu na podstawie powołania, w drodze umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej. Kwestię wyboru formy nawiązania stosunku pracy ustawa o zakładach opieki zdrowotnej pozostawia stronom tego stosunku.

Oprócz stanowiska kierownika zakładu opieki zdrowotnej, konkurs przeprowadzany jest przy obsadzaniu następujących stanowisk: zastępcy kierownika zakładu (jeżeli kierownik nie jest lekarzem), ordynatora, ordynatora – kierownika kliniki, ordynatora – kierownika oddziału klinicznego, naczelną pielęgniarki, przełożonej pielęgniarek zakładu, pielęgniarki oddziałowej. W tych przypadkach, po rozstrzygnięciu konkursu na dane stanowisko, nawiązuje się stosunek pracy w drodze umowy o pracę na okres 6 lat. Okres ten może zostać przedłużony do 8 lat, jeżeli pracownikowi brakuje nie więcej niż 2 lata do osiągnięcia wieku emerytalnego.

Przy każdym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej działa rada społeczna. Jest to organ opiniotwórczy organu, który utworzył zakład oraz doradczy w stosunku do kierownika zakładu opieki zdrowotnej. Szczegółowy skład, zadania oraz kadencję rady społecznej określa statut.

Publiczny zakład opieki zdrowotnej otrzymuje od państwa lub jednostki samorządu terytorialnego określone mienie, które musi wykorzystywać, kierując się efektywnością oraz celowością i rzetelnością. Jednocześnie samodzielnie gospodaruje przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym.

Podstawą gospodarowania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest plan finansowy, ustalany przez kierownika zakładu. Jest on ustalany na rok kalendarzowy.

<sup>62</sup> Wydane przez Ministra Zdrowia.

<sup>63</sup> Wydana przez właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego lub Senat państwowej uczelni medycznej.

<sup>64</sup> Art. 11 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej uzyskuje środki finansowe na odpłatnych świadczeń zdrowotnych z wydzielonej działalności gospodarczej, subwencji, zapisów, spadków oraz ofiarności, także osób zagranicznych. Ponadto może uzyskać, od Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, środki na realizację programów zdrowotnych i programu Zintegrowanego Ratownictwa Medycznego.

W celu realizacji programu zdrowotnego przeprowadzany jest konkurs ofert. Ogłasza go oraz przeprowadza dysponent środków publicznych<sup>65</sup>. Ogłoszenie o przeprowadzonym konkursie umieszczone jest w siedzibie dysponenta co najmniej na 30 dni przed wyznaczonym terminem składania ofert. W ogłoszeniu powinny być określone następujące elementy: przedmiot konkursu, wymagania stawiane oferentom oraz termin i miejsce składania ofert.

Wartość majątku publicznego zakładu opieki zdrowotnej określa fundusz założycielski oraz fundusz zakładu. Fundusz założycielski to wartość wydzielonego zakładowi części mienia państwowego lub komunalnego albo mienia państwowej uczelni medycznej. Natomiast fundusz zakładu stanowi majątek po odliczeniu funduszu założycielskiego.

Fundusz założycielski może się zwiększać poprzez dotacje na inwestycje i zakup specjalistycznego sprzętu medycznego z budżetu państwa oraz dotacje na cele rozwojowe zakładu, dary o charakterze majątku trwałego lub przeznaczone na cele rozwojowe z budżetu jednostek samorządu terytorialnego.

Fundusz zakładu zwiększają zyski bilansowe, amortyzacja majątku trwałego, dotacje budżetowe oraz środki z innych źródeł. Jednocześnie fundusz zakładowy ulega zmniejszeniu o straty bilansowe, umorzenie majątku trwałego, kwoty zmniejszenia wartości majątku trwałego.

Funkcje kontrolne w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej sprawują minister Zdrowia i Opieki Społecznej oraz wojewodowie, wobec zakładów prowadzących działalność na obszarze województwa. Mają oni prawo w szczególności do: wizytacji wszelkich pomieszczeń zakładu; obserwowania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych; sprawdzania wyposażenia medycznego ambulanсів w wyroby medyczne<sup>66</sup>; żądania informacji i dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej (tylko osoba wykonująca zawód medyczny); wydawania zaleceń pokontrolnych, w celu usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości; w miarę potrzeby do wydawania decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej oraz wojewoda mają prawo zlecić przeprowadzenie jednorazowej kontroli danego zakładu opieki zdrowotnej pod względem medycznym albo kontrolowanie go w sposób ciągły. Przeprowadzenie kontroli zlecane jest konsultantom – specjalistom z poszczególnych dziedzin medycyny, farmacji lub innych dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, organom samorządów zawodów medycznych, medycznym towarzystwom naukowym, zakładom opieki zdrowotnej, państwowym uczelniom medycznym oraz specjalistom z poszczególnych dziedzin medycyny – za ich zgodą. Osoba przeprowadzająca kontrolę przedstawia spostrzeżenia kierownikowi zakładu, a opinie i wnioski – organowi zlecającemu kontrolę.

Nadzór nad zakładami opieki zdrowotnej sprawuje organ założycielski<sup>67</sup>. Dokonuje kontroli i oceny działalności zakładu opieki zdrowotnej oraz pracy

<sup>65</sup> Minister Zdrowia lub jednostka samorządu terytorialnego.

<sup>66</sup> Zgodnie z ustawą z dnia 27 lipca 2001 r. o wyrobach medycznych.

<sup>67</sup> Zwany dalej organem sprawującym nadzór.

kierownika zakładu. Kontroluje w szczególności : realizację zadań statutowych, dostępność oraz poziom świadczeń, prawidłowość gospodarowania mieniem, a przede wszystkim gospodarkę finansową zakładu.

W przypadku kłeski żywiołowej, konieczności wykonania zobowiązań międzynarodowych lub ze względu na potrzeby systemu zdrowia, organ sprawujący nadzór może nałożyć na zakład opieki zdrowotnej dodatkowe zadania. W tym celu zostają przekazane zakładowi środki finansowe. Jeżeli zakład poniesie szkodę przy wykonywaniu zadania zleconego, organ nadzorujący obowiązany jest do jej naprawienia.

Z zakładami opieki zdrowotnej wiąże się transport sanitarny. Jest to przewóz osób lub materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń medycznych, wymagających specjalnych warunków przewozu. Do transportu sanitarnego wykorzystywane są środki transportu samochodowego (w szczególności karetki) oraz lotniczego (helikoptery, samoloty). Transport sanitarny wykonywany jest przez kolumny transportu sanitarnego.

Kolumnę transportu sanitarnego tworzy, przekształca i likwiduje sejmik wojewódzki, który jest jej organem założycielskim. Kolumna transportu sanitarnego posiada osobowość prawną. Nabywa ją z chwilą wpisania do Krajowego Rejestru Sądowego. Do podstawowych zadań kolumny transportu sanitarnego należy transport sanitarny i pozostawanie w gotowości do tego przewozu oraz zabezpieczenie łączności bezprzewodowej.

Kolumny transportu sanitarnego uzyskują środki finansowe w drodze zawierania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, zakładami opieki zdrowotnej i z innymi podmiotami o wykonywanie usług transportu sanitarnego, z wykonywaniem usług transportu sanitarnego na zlecenie organu założycielskiego, z wydzielonej działalności gospodarczej, z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej.

Nadzór nad działalnością kolumny transportu sanitarnego sprawuje, podobnie jak przy zakładach opieki zdrowotnej, organ założycielski.

### 3. Ubezpieczenia zdrowotne oraz Narodowy Fundusz Zdrowia

Drugą ustawą regulującą system ochrony zdrowia w Polsce jest ustawa z 27 sierpnia 2004 r. „O świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych”. Ustawa ta określa warunki udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych, zasady i tryb finansowania tych świadczeń, a przede wszystkim funkcjonowanie, organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>68</sup>.

Do świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych, uprawnione są osoby objęte obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym; inne osoby posiadające obywatelstwo polskie i mające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a spełniające warunki określone w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej<sup>69</sup>.

Zgodnie z założeniami projektodawców, ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych miała szczegółowo określać świadczenia przysługujące ubezpieczonym. W art. 35 ustawy znajdują się definicje poszczególnych świadczeń: świadczenie opieki zdrowotnej - świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe oraz świadczenie towarzyszące; świadczenie gwarantowane - jest to świadczenie zdrowotne w całości finansowane ze środków

publicznych, na zasadach określonych w ustawie „O świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych”; świadczenie specjalistyczne dotyczy świadczeń zdrowotnych we wszystkich dziedzinach medycyny, jednak bez świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej; świadczenie zdrowotne rzeczowe - świadczenie wiążące się ze wszelkiego rodzaju lekami i środkami medycznymi, wspomagającymi proces leczenia; świadczenie towarzyszące - to przede wszystkim usługi transportu sanitarnego oraz kwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej; świadczenie zdrowotne dotyczy działań służących profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, a także innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia albo przepisów prawa.

W art. 5 znajduje się również definicja podstawowej opieki zdrowotnej, do której ma prawo każda osoba objęta ubezpieczeniem zdrowotnym. Zgodnie z pkt 27 tego artykułu, podstawową opieką zdrowotną jest świadczenie profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne a także pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii. Wszystkie te świadczenia udzielane są w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, a więc w warunkach nie wymagających całonocnej lub całodziennej opieki.

W ustawie określone zostały także zadania samorządu terytorialnego w zakresie systemu opieki zdrowotnej. Do zadań gminy należy: informowanie powiatu o realizowanych programach zdrowotnych; opracowywanie, realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych, które wynikają z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy; inicjowanie, udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych, z uwzględnieniem potrzeb i oczekiwań mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami; podejmowanie innych działań wynikających z potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy; wydawanie decyzji potwierdzających prawo do świadczeń zdrowotnych, zgodnie z art. 54 ustawy.

Oprócz gminy także powiat posiada pewne kompetencje w zakresie systemu ochrony zdrowia. Podejmuje następujące działania : opracowuje, realizuje oraz ocenia efekty programów zdrowotnych, po konsultacji z właściwymi gminami; przekazuje marszałkowi województwa informacje o realizowanych na terenie powiatu programach zdrowotnych; inicjuje, wspomaga i monitoruje działania lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej; pobudza działania na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz zdrowia; podejmuje inne działania wynikające z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.

Także do samorządu województwa należą zadania w zakresie ochrony zdrowia. Jest to zadanie własne województwa, a więc wynikające z przepisów ustawy. Do zadań samorządu województwa należy : opracowanie, realizacja i ocena wszelkich efektów programów zdrowotnych, po konsultacji z właściwymi terytorialnie powiatami i gminami; przekazywanie wojewodzie informacji o realizacji programów zdrowotnych na terenie województwa; wdrażanie innych programów, służących realizacji zadań w zakresie zdrowia; inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia; podejmowanie innych działań w zakresie ochrony zdrowia.

Oprócz wymienionych wyżej kompetencji gminy, powiatu, samorządu województwa, także wojewoda oraz minister Zdrowia posiada uprawnienia w zakresie ochrony zdrowia. Wojewoda ma przede wszystkim funkcje oceniające wszelkich działań dotyczących zdrowia, podejmowanych w województwie.

<sup>68</sup> W skrócie NFZ.

<sup>69</sup> Dz. U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593 z późn. zm.

W ustawie znajduje się katalog świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Katalog ten jest katalogiem zamkniętym. Zgodnie z art. 15 § 2 budżet państwa finansuje następujące świadczenia zdrowotne: badania diagnostyczne, razem z medyczną diagnostyką laboratoryjną, na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom, wczesnego wykrywania chorób, w tym szczepienia ochronne; podstawową opiekę zdrowotną; świadczenia w szkołach i ośrodkach wychowania; ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne; rehabilitację leczniczą; świadczenia stomatologiczne; leczenie szpitalne; świadczenia wyspecjalistyczne; leczenie w domu chorego; badania i terapię psychologiczną; badania i terapię logopedyczną; świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze razem z opieką paliatywno - hospicyjną; pielęgnację i opiekę nad osobą niepełnosprawną; opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i pokoju; opiekę nad kobietą w okresie karmienia piersią; opiekę prenatalną oraz opiekę nad noworodkiem; opiekę nad zdrowym dzieckiem (do lat 18); leczenie uzdrowiskowe; zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne oraz środki pomocnicze; transport sanitarny; ratownictwo medyczne.

Świadczeniobiorca, a więc osoba, której przysługuje świadczenie zdrowotne, finansowane ze środków publicznych, może wybrać lekarza, pielęgniarkę i położną podstawowej opieki zdrowotnej. Prawo wyboru przysługuje nie częściej niż dwa razy w roku. Nie dotyczy to przypadków, kiedy zmiana lekarza, pielęgniarki, położnej, związana jest ze zmianą miejsca zamieszkania, zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych przez danego lekarza, pielęgniarkę czy położną oraz innych przyczyn niezależnych od woli świadczeniobiorcy. W przeciwnym wypadku, za każdą kolejną zmianę, należy zapłacić opłatę w wysokości 80 złotych<sup>70</sup>. Wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej, dokonuje się pisemnym oświadczeniem woli, zwanym deklaracją wyboru.

Dokumentem potwierdzającym prawo ubezpieczonego do świadczeń medycznych jest karta ubezpieczenia zdrowotnego<sup>71</sup>. Jest to karta typu elektronicznego. Zawiera następujące informacje: imię (imiona) i nazwisko, datę urodzenia, PESEL, a w przypadku cudzoziemca – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, kody, rodzaje i okresy ważności uprawnień, numer identyfikacyjny instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, kod ISO 3166-1 dla Rzeczypospolitej Polskiej, nazwę „Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego”, nazwę „Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego”, datę ważności karty, numer identyfikacyjny karty. Karta wydawana jest bezpłatnie.

Generalnie ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego – lekarza „pierwszego kontaktu”<sup>72</sup>. Od zasady tej istnieją wyjątki. Skierowanie nie jest wymagane do świadczeń medycznych ginekologa, położnika, stomatologa, dermatologa, wenerologa, onkologa, okulisty, psychiatry, dla osób chorych na gruźlicę, dla osób zarażonych wirusem HIV, dla inwalidów wojennych i osób represjonowanych, dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne udzielane są bez wymaganego skierowania.

Całość ubezpieczenia zdrowotnego oparta jest na zasadach równego traktowania, solidarności społecznej oraz równego dostępu do świadczeń

zdrowotnych dla ubezpieczonego. Ubezpieczenie zdrowotne można podzielić na ubezpieczenie zdrowotne obowiązkowe i ubezpieczenie zdrowotne dobrowolne.

Katalog osób, które podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu zawiera art. 66. Generalnie można stwierdzić, że ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają: osoby pozostające w stosunku pracy oraz ich najbliżsi, rolnicy ubezpieczeni w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego<sup>73</sup>, poborowi pełniący służbę w policji, straży granicznej, Biurze Ochrony Rządu, duchowni, osoby bezdomne, osoby, które zawarły umowę zlecenie, funkcjonariusze Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Biura Ochrony Rządu, straży granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, żołnierze i inne osoby.

Osoba uzyskuje prawo do świadczeń zdrowotnych z chwilą zgłoszenia jej do ubezpieczenia zdrowotnego. Zgłoszenie kierowane jest do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych<sup>74</sup> albo do KRUS i zawiera: wskazanie właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, imię i nazwisko, datę urodzenia, adres zamieszkania, PESEL i NIP, a w przypadku gdy ubezpieczonemu nie nadano tych numerów lub jednego z nich – serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

Prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych przez budżet państwa wygasa z upływem 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego.

Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9 % podstawy wymiaru składki<sup>75</sup>. Składka jest miesięczna i niepodzielna. Jeżeli ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego tytułu, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest z każdego z tych tytułów.

Płatnik składkę przekazuje w formie elektronicznej do centrali Funduszu zestawienie pobranych składek na ubezpieczenie zdrowotne. Zestawienie to powinno zawierać: imię i nazwisko ubezpieczonego, adres zamieszkania ubezpieczonego, PESEL i NIP ubezpieczonego, serię i numer dowodu osobistego, nazwę (firmę), adres siedziby oraz kod płatnika, numer NIP oraz numer REGON płatnika. Jeżeli płatnik rozlicza ubezpieczenie zdrowotne za nie więcej niż 5 osób, wtedy dokumenty rozliczeniowe może przekazywać w formie papierowej. Składki na ubezpieczenie zdrowotne ewidencjonowane są odpowiednio w ZUS lub KRUS.

Składka na ubezpieczenie zdrowotne podlega odliczeniu: od podatku dochodowego od osób fizycznych, oraz od ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych, karty podatkowej, zryczałtowanego podatku dochodowego od przychodów osób duchownych.

Środkami zebranymi ze składek ubezpieczenia zdrowotnego zarządza Narodowy Fundusz Zdrowia. Jest to państwowa jednostka organizacyjna, posiadająca osobowość prawną. Siedzibą NFZ jest Warszawa. W skład NFZ wchodzi: centrala Funduszu oraz oddziały wojewódzkie NFZ, tworzone zgodnie z podziałem terytorialnym państwa. NFZ nie wykonuje działalności gospodarczej.

Zadaniami NFZ są, w szczególności: promocja zdrowia; określanie jakości, dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań oraz zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wraz z monitorowaniem ich realizacji

<sup>73</sup> W skrócie KRUS.

<sup>74</sup> W skrócie ZUS.

<sup>75</sup> Art. 79 § 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wyjątek – art. 242: od dnia wejścia w życie ustawy do 31 grudnia 2004 r. składka wynosi 8,25 % podstawy wymiaru; od 1 stycznia 2005 r. do 31 grudnia 2005 r. – 8,5 % podstawy wymiaru; od 1 stycznia 2006 r. do 31 grudnia 2006 r. – 8,75 % podstawy wymiaru.

<sup>70</sup> Art. 28 § 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

<sup>71</sup> Art. 49 § 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

<sup>72</sup> Art. 57 § 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

i rozliczaniem; opracowywanie, wdrażanie, realizowanie i finansowanie programów zdrowotnych; finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom; wykonywanie zadań zleconych; monitorowanie ordynacji lekarskich; prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych; prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia.

W Centralnym Wykazie Ubezpieczonych znajdują się dane potwierdzające prawo do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z danymi osób ubezpieczonych. Jednocześnie Centralny Wykaz Ubezpieczonych służy do rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

Organami NFZ są : Rada Funduszu, prezes Funduszu, rady oddziałów wojewódzkich Funduszu, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Rada Funduszu posiada kompetencje kontrolne, uchwałodawcze, opiniodawcze w stosunku do wszystkich dziedzin działalności NFZ. Powołuje i odwołuje prezesa NFZ na wniosek ministra zdrowia a ponadto trzech zastępców prezesa NFZ na wniosek prezesa NFZ.

Oddziałem wojewódzkim NFZ kieruje dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ. Powoływany jest oraz odwołany przez prezesa Funduszu, po zasięgnięciu opinii rady oddziału wojewódzkiego Funduszu. Dyrektor wojewódzkiego oddziału NFZ rozpatruje indywidualne sprawy z zakresu ubezpieczeń zdrowotnych, a więc dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń<sup>76</sup>. Sprawy te rozpatrywane są w ciągu 30 dni od dnia ich wniesienia. Decyzja uzasadniana jest z urzędu. Odwołanie od decyzji przysługuje w ciągu 7 dni do prezesa NFZ. Od jego decyzji, w sprawach indywidualnych z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Środki finansowe NFZ są środkami publicznymi. Pochodzą z następujących źródeł: należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne; odsetek od nieopłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne; darowizn i zapisów; zadań zleconych; kredytów i pożyczek; dotacji; z tytułu roszczeń regresowych; dochodów z lokat i innych źródeł.

Środki te przeznaczone są na finansowanie wszelkich działań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz na spłatę kredytów i pożyczek (wraz z odsetkami), wypłatę odszkodowań i inne wydatki wynikające z odrębnych przepisów prawa.

Nadzór nad NFZ sprawuje minister zdrowia. Stosując kryterium legalności, rzetelności i celowości kontroluje działalność NFZ, świadczeniodawców (w zakresie umów zawartych z NFZ), podmiotów, którym NFZ powierzył wykonywanie niektórych czynności oraz aptek, w zakresie refundacji leków. W ramach nadzoru minister zdrowia może żądać : udostępnienia mu przez NFZ dokumentów związanych z jego działalnością; przekazania mu wszelkich informacji i wyjaśnień, dotyczących działalności NFZ; udostępnienia mu przez świadczeniodawcę wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień, dotyczących realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; udostępnienia informacji od innych podmiotów, wykonujących czynności na rzecz NFZ.

Wyniki przeprowadzonej kontroli przedstawiane są w protokole kontroli. Zawiera on opis stanu faktycznego, stwierdzonego w toku działalności jednostki kontrolowanej oraz ustalonych nieprawidłowości, z uwzględnieniem przyczyn powstania, zakresu i skutków tych nieprawidłowości oraz osób odpowiedzialnych za nie. Kierownik jednostki kontrolowanej może zgłosić zastrzeżenia co do ustaleń zawartych w protokole. Zastrzeżenie należy wnieść na piśmie w ciągu 14 dni od daty otrzymania protokołu kontroli.

<sup>76</sup> Nie dotyczą spraw z zakresu wymierzania i pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne.

NFZ ma prawo do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych ubezpieczonych w celu: stwierdzenia istnienia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego; wystawienia dokumentów uprawniających do korzystania ze świadczeń finansowanych przez NFZ; stwierdzenia obowiązku płacenia składki i ustalenia kwoty składki; kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń; rozliczenia ze świadczeniodawcami; rozliczenia z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ich zobowiązań wobec NFZ; kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych; monitorowania stanu zdrowia i zapotrzebowania ubezpieczonych na świadczenia zdrowotne oraz leki i wyroby medyczne.

NFZ, na żądanie ubezpieczonego, informuje go o udzielonych mu świadczeniach opieki zdrowotnej oraz kwocie środków finansowych wydatkowanych na sfinansowanie tych świadczeń.

Jednocześnie, w załączniku do ustawy z 27 sierpnia 2004 r., znalazł się wykaz świadczeń opieki zdrowotnej niefinansowanych ze środków publicznych. Jest to katalog zamknięty. Znalazły się w nim takie świadczenia jak : akupresura, ozonoterapia, operacja zmiany płci, zooterapia oraz wiele innych świadczeń.