

Odpłatność za usługi medyczne



Prawny koktajl

Ustawa z 15 kwietnia 2005 r. *O pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej* (DzU Nr 78, 684) (dalej jako: uopp) pojawiła się w obrocie prawnym, pretendując do roli *panaceum* na wszelkie zło, jakie wkrađło się do systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Problem w tym, że dotychczasowy stan nie pojawił się przypadkiem, a raczej był owocem wielu zaniechań.

W 1999 r. weszły w życie cztery wielkie reformy społeczne. Żadna z nich nie była wolna od błędów. Najwięcej emocji wzbudziła jednak reforma systemu ochrony zdrowia. Powód? Ustawodawca niechcący stworzył coś w rodzaju prawnego koktajlu. Podmioty, obarczone wieloma zadaniami o charakterze publicznym, wręcz socjalnym, zostały dodatkowo z dnia na dzień wepchnięte w system niemal rynkowy.

Samopodatkowanie

Takie rozwiązanie wcześniej czy później musiało doprowadzić do katastrofy. Po drodze jeszcze wydarzył się mały epizod w postaci art. 4a ustawy z 16 grudnia 1994 r. *O negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców* (DzU 1995, Nr 1, poz. 2 ze zm. – dalej jako: *lex 203*). Art. 4a *lex 203* został dodany przez art. 1 ustawy z 22 grudnia 2000 r.

O zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz O zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (DzU 2001, Nr 5, poz. 45 ze zm. – dalej jako: ustawa nowelizująca). W ten oto sposób, mniej więcej w ciągu niespełna 6 lat, doprowadzono do stanu, w którym dyrektor zakładu opieki zdrowotnej woli być ukarany przez sąd karny niż zostawić obywatela bez pomocy lekarskiej, w którym media muszą pokazywać cierpiących ludzi, aby innych ludzi nakłonić do samoopodatkowania w postaci *darów na rzecz...* Stanu, w którym wykształceni w Polsce wysokiej klasy specjaliści różnych dziedzin medycyny wolą zostawić swoje domy, rodziny i przyjaciół, by poza granicami kraju obracać swój kapitał intelektualny w taką ilość pieniędzy, która pozwoli im na życie na godziwym poziomie.

Komercyjne obowiązki

I oto jest – druk sejmowy nr 4082 z 24 maja 2005 r. Dokument zawiera projekt ustawy *O zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*. Najbardziej wyczekiwany przepisem noweli jest wprowadzenie zasad i warunków prowadzenia działalności komercyjnej przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Media dość chętnie informują, że nowelizacja ustawy zawiera w tym zakresie rewolucyjny zapis. W ocenie autorki taka informacja nie jest oparta na prawdzie. Prawdziwy problem polega bowiem na rażących różnicach w pozycji na rynku usług medycznych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w porównaniu z zakładami niepublicznymi. Na zakładach publicznych spoczywa bowiem obowiązek realizowania zadań państwa w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Regulacje takie wynikają z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz zawarte są w rozdziale 1 działu II ustawy o zoz. Art. 33 ustawy o zoz stanowi, że zasadą jest udzielanie przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej świadczeń opieki zdrowotnej bez pobierania opłaty od pacjenta, a finansowanych przez płatnika. Na zakładzie niepublicznym taki obowiązek nie ciąży.

Menedżer czy przestępca

Zakaz pobierania opłat za świadczenia zdrowotne bywa także interpretowany na podstawie treści przepisu art. 193 pkt. 4 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. *O świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (DzU 2004 r. Nr 210 Poz. 2135 – dalej jako soz). Sławą okrył się dyrektor jednego ze szpitali klinicznych, który odważył się pobierać opłaty za świadczenia realizowane poza umową z NFZ. Dyrektor dla jednych jest bohaterem, dla innych sprawnym menedżerem, a dla jeszcze innych przestępcą. Sąd Rejonowy w B. (wyrok z 20 stycznia 2005 r., Sygn. akt XIII W 2089/04) uznał bowiem dyrektora Jerzego K. za winnego popełnienia czynu z art. 175 pkt 4 ustawy z 23 stycznia 2003 r. *O powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia* (DzU 2003 r. Nr 45, poz. 391 ze zm.).

Powtarzanie błędów

Przepis ten literalnie odpowiada obecnie obowiązującemu przepisowi art. 193 pkt. 4 soz. A co na to nowelizacja ustawy o zoz-ach? Ano wprowadza jedynie niebudzący żadnej wątpliwości zapis, że działac zgodnie z ustawą o soz i zasadami prawidłowej i racjonalnej gospodarki dyrektorowi zoz-u nie wolno. Należy rozważyć, co niesie ze sobą przepis art. 33 ust. 2 ustawy o zoz po nowelizacji. Przepis w projektowanej wersji brzmi następująco: *Osobom innym niż określone w ust. 1* (chodzi o ubezpieczonych – przyp. autora) *publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej odpłatnie, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej*. Przepis to zawily i tak naprawdę nic niezmieniający w istniejącym, niedobrym stanie prawnym. *De lege lata* ustawa z 30 sierpnia 1991 r. *O zakładach opieki zdrowotnej* nakazuje udzielać szpoz-om świadczeń zdrowotnych na koszt płatnika wszystkim osobom ubezpieczonym oraz uprawnionym do nieodpłatnych świadczeń na podstawie innych przepisów. Ustawodawca określił zakres nieodpłatności świadczeń zdrowotnych, posługując się wyłącznie kryterium

podmiotowym, a więc tylko ze względu na cechy dotyczące pacjenta. Projekt ustawy zawiera co prawda *expressis verbis* wyrażone prawo do pobierania opłat, ale tylko od takich pacjentów, którzy:

1. nie są ubezpieczonymi w rozumieniu przepisów ustawy o soz;
2. odrębne przepisy nie zobowiązują do objęcia ich nieodpłatną opieką zdrowotną.

Projekt powtarza zatem ten sam błąd, który istnieje obecnie: posługuje się kryterium podmiotowym. Jeżeli jednak przyjrzeć się rozwiązaniom przyjętym przez system ubezpieczeń zdrowotnych, widać że w zakresie zasad finansowania świadczeń opieki zdrowotnej czerpie on z reguł cywilnoprawnych. Podstawą finansowania świadczeń jest umowa. Poza zakresem niniejszego opracowania pozostaje typ umowy, chociaż nikt nie ma już wątpliwości, że jest to umowa o typie umowy-zlecenia, o której mowa w art. 750 *Kodeksu cywilnego*.

Podmiot-przedmiot

Dla przedmiotowej tematyki ważne jest ustalenie, jakie są istotne elementy umowy o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej zawieranej z płatnikiem. Art. 136 soz wskazuje te elementy. I tak, umowa o świadczenia zdrowotne obejmuje m.in.:

1. rodzaj i zakres udzielanych świadczeń;
2. warunki ich udzielania;
3. kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy.

Art. 142 soz określa natomiast, że w umowie są zawarte ilości i ceny jednostkowe poszczególnych świadczeń. Co stąd wynika? Wynika stąd, że mówiąc o świadczeniu opieki zdrowotnej finansowanym ze środków publicznych należy uwzględniać co najmniej dwa elementy:

1. podmiotowy – czyli kto jest uprawniony do takiego świadczenia;
2. przedmiotowy – czyli jakie świadczenie w ramach tego uprawnienia może być udzielone.

Zakres podmiotowy nie wymaga komentarza – jest w ustawach określony dość jasno. Zakres przedmiotowy wymaga jednak doprecyzowania. W ramach systemu ubezpieczeń zdrowotnych osoba uprawniona może domagać się tylko takiego świadczenia, które mieści się w ilościowym zakresie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ. Czyli przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są tylko takie świadczenia, które:

1. są zagwarantowane osobom uprawnionym;
2. odpowiadają rodzajowi świadczeń określonych w umowie (np. ambulatoryjna porada w poradni ortoptycznej);
3. mieszczą się w ilości świadczeń zakupionych przez kontrahenta-płatnika.

Warunki te muszą być przy tym spełnione łącznie. A zatem wszystko to, co stawia zakład opieki zdrowotnej poza zbiorem wskazanych wyżej cech, mogłoby zostać obrócone na korzyść zakładu, gdyby nie przepis ustawy o zoz, a także jego rzekomo rewolucyjna nowela. Nadal bowiem przepisy ustawy o zoz nakazują szpoz-om udzielanie świadczeń za darmo, o ile tylko zgłosi się po nie ubezpieczony. Nieważne, że z góry wiadomo, iż nikt za takie świadczenie nie zapłaci.

W ten oto sposób kolejny raz do systemu prawa ochrony zdrowia trafi przepis otoczony złą sławą już w czasie jego tworzenia, a w praktyce okaże się zupełnie nieistotny. Czyżby *casus lex 203* i osławionej noweli art. 831 kpc nikogo niczego jeszcze nie nauczył? Szkoda. Szkoda, bo to, co dzisiaj funduje ustawodawca, to kolejny pozór. Zwykle świecidełko, które już zaczyna tracić blask.

Agnieszka Sierko
Autorka jest starszym specjalistą
w Departamencie Polityki Zdrowotnej
Urzędu Marszałkowskiego
Województwa Dolnośląskiego

Co w prawie piszczy?

Zmiany w statucie Narodowego Funduszu Zdrowia

Dziennik Ustaw Nr 184 z 23 września 2005 r., poz. 1542

Z dniem 1 października 2005 r. weszło w życie rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z 19 września 2005 r., zmieniające rozporządzenie w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Wprowadzone w statucie zmiany dotyczą struktury organizacyjnej Funduszu.

Formularze zgłoszeń wyników badań laboratoryjnych

Dziennik Ustaw Nr 186 z 28 września 2005 r., poz. 1563

Wzory formularzy zgłoszeń dodatniego wyniku badania laboratoryjnego m.in.: w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych, potwierdzającego zakażenie gruźlicą, wirusem HIV, kiłą czy rzeżączką określają załączniki nr 1–4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2005 r. w sprawie wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań laboratoryjnych w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz sposobu ich przekazywania. Zgodnie z wymogami rozporządzenia formularze przesyła się pocztą, elektronicznie (w postaci przesyłek kodowanych) lub przekazuje osobie upoważnionej do ich odbioru za pokwitowaniem, w sposób zapewniający pełną ochronę przed ujawnieniem zawartych w nich informacji. Rozporządzenie obowiązuje od 13 października 2005 r.

Formularze zgłoszeń zakażeń lub zachorowań

Dziennik Ustaw Nr 186 z 28 września 2005 r., poz. 1564

Z dniem 13 października 2005 r. weszły w życie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2005 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie wzorów formularzy zgłoszeń zakażenia lub zachorowania na chorobę zakaźną, rozpoznania zachorowania na chorobę zakaźną oraz podejrzenia lub stwierdzenia zgonu z powodu choroby zakaźnej oraz sposobu ich przekazywania. Zmiany dotyczą sposobów przesyłania formularzy zgłoszeń, których wzory stanowią załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 kwietnia 2003 r. (DzU Nr 90, poz. 853). Formularze określone w §1 pkt 1–4 rozporządzenia lekarz lub felczer przesyła pocztą, elektronicznie lub przekazuje bezpośrednio osobie upoważnionej do ich odbioru za pokwitowaniem, w sposób zapewniający pełną ochronę przed ujawnieniem zawartych w formularzu informacji.

Krajowy Program Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV

Dziennik Ustaw Nr 189 z 30 września 2005 r., poz. 1590

Od 15 października 2005 r. obowiązują przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 13 września 2005 r. w sprawie Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV. Utworzenie Programu ma na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV w społeczeństwie, poprawę jakości życia i dostępności opieki zdrowotnej dla ludzi żyjących z HIV, chorych na AIDS i ich bliskich. Rozporządzenie określa zadania Programu w poszczególnych zakresach oraz krąg podmiotów realizujących i koordynujących Program.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze

Dziennik Ustaw Nr 189 z 30 września 2005 r., poz. 1598

Od 1 października 2005 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych. Rozporządzenie określa: rodzaje specjalistycznych usług opiekuńczych, kwalifikacje osób świadczących takie usługi, warunki i tryb pobierania opłat za specjalistyczne usługi świadczone osobom z zaburzeniami psychicznymi oraz całkowitego lub częściowego zwolnienia z tych opłat. Specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą świadczyć m.in.: pracownik socjalny, psycholog, pielęgniarka oraz specjalista w zakresie rehabilitacji medycznej i fizjoterapeuta. Osoby zamierzające świadczyć usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi muszą posiadać co najmniej półroczny staż

pracy, np. w szpitalu psychiatrycznym, ośrodku terapeutyczno-edukacyjno-wychowawczym czy zakładzie rehabilitacji.

Leki związane z chorobami wywołanymi pracą przy azbestie

Dziennik Ustaw Nr 189 z 30 września 2005 r., poz. 1603

Wykaz bezpłatnych leków związanych z chorobami wywołanymi pracą przy azbestie stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 15 września 2005 r. w sprawie leków związanych z chorobami wywołanymi pracą przy azbestie. Rozporządzenie określa sposób realizacji recept na ww. leki oraz tryb rozliczania przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z budżetem państwa kosztów tych leków. Przepisy rozporządzenia obowiązują od 15 października 2005 r.

Organizacja leczenia krwią w zoz

Dziennik Ustaw Nr 191 z 3 października 2005 r., poz. 1607

Z dniem 3 listopada 2005 r. wchodzi w życie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 19 września 2005 r. w sprawie określenia sposobu i organizacji leczenia krwią w zakładach opieki zdrowotnej, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami. Przepisy rozporządzenia określają: obowiązki i zadania kierownictwa i personelu zakładu opieki zdrowotnej, w którym przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami, sposób powoływania banku krwi zoz, jego lokalizację i organizację pracy, sprawowanie nadzoru nad działaniem banku krwi oraz stosowaniem leczenia krwią i jej składnikami. Lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią, m.in. zapewnia przestrzeganie standardowych procedur operacyjnych tzw. SOP (ang. *Standard Operating Procedure*) sporządzanych przez jednostkę organizacyjną zoz (bank krwi, pracownię serologii, transfuzjologii oraz oddziały szpitalne) w porozumieniu z centrum. SOP to szczegółowy opis (krok po kroku) typowego sposobu postępowania albo wykonywania działań lub powtarzanych okresowo czynności, w szczególności w związku z pobieraniem próbek krwi i pobieraniem krwi podczas zabiegów leczniczych, badaniem, dystrybucją oraz przetaczaniem. SOP sporządza się wg wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do rozporządzenia.

Warunki bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego

Dziennik Ustaw Nr 194 z 6 października 2005 r., poz. 1625

Z dniem 21 października 2005 r. zaczęło obowiązywać rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej. Przepisy rozporządzenia określają warunki bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego we wszystkich rodzajach ekspozycji medycznej, o których mowa w art. 33a ust. 1 ustawy z 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe*. Udzielanie świadczeń zdrowotnych związanych z narażeniem na promieniowanie jonizujące odbywa się na podstawie określonych medycznych procedur radiologicznych. Jednostki ochrony zdrowia stosujące promieniowanie jonizujące w celach medycznych są obowiązane do wprowadzenia systemu zarządzania jakością na podstawie schematu określonego w części ogólnej (załącznik nr 5 do rozporządzenia), wprowadzając do poszczególnych procedur uregulowania określone w rozporządzeniu. System zarządzania jakością należy wdrożyć nie później niż do 31 grudnia 2006 r. Przepisy rozporządzenia określają również: poziomy dawkę promieniowania dla badań rentgenodiagnostycznych, parametry techniczne stosowanej aparatury, program szkolenia pracowników medycznych oraz kategorie wypadków związanych ze stosowaniem promieniowania jonizującego.

Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Dziennik Ustaw Nr 197 z 10 października 2005 r., poz. 1643

W załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń

opieki zdrowotnej określono *Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*. Wyżej wymieniony załącznik zawiera przepisy dotyczące warunków udzielania i sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, odpowiedzialności świadczeniodawców oraz kar umownych w przypadku stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy. Łączna kwota kar umownych nałożonych w toku jednego postępowania kontrolnego nie może przekraczać 3 proc. kwoty wynikającej ze zobowiązania. W przypadku łącznej kwoty kar umownych nałożonych w okresie obowiązywania umowy, nie może ona przekraczać 4 proc. zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia, wynikającego z umowy wobec świadczeniodawcy. Zgodnie z ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku gdy lekarz wykonujący zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby złożył u świadczeniodawcy informację o możliwości odmowy udzielenia świadczenia, powołując się na tzw. *klauzulę sumienia* określoną w art. 39 ustawy z 5 grudnia 1996 r. *O zawodach lekarza i lekarza dentysty* (DzU z 2002 r. Nr 21, poz. 204, z późn. zm.), świadczeniodawca jest zobowiązany do posiadania umowy z podwykonawcą zapewniającym wykonanie tego świadczenia. Rozporządzenie weszło w życie z dniem 10 października 2005 r.

Wymagania dla wyrobów medycznych różnego przeznaczenia

Dziennik Ustaw Nr 200 z 13 października 2005 r., poz. 1658

Z dniem 28 października 2005 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 września 2005 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wymagań zasadniczych dla wyrobów medycznych różnego przeznaczenia. Przepisy rozporządzenia wprowadzają zmiany w załącznikach nr 2, 6 i 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 3 lipca 2004 r. w sprawie wymagań zasadniczych dla wyrobów medycznych różnego przeznaczenia (DzU Nr 251, poz. 2514).

Wymagania dla wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro*

Dziennik Ustaw Nr 200 z 13 października 2005 r., poz. 1659

Od 28 października 2005 r. obowiązują przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 września 2005 r., zmieniające rozporządzenie w sprawie wymagań zasadniczych dla wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro*. Przepisy rozporządzenia wprowadzają zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 3 lipca 2004 r. w sprawie wymagań zasadniczych dla wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro* (DzU Nr 93, poz. 896 z późn. zm.) Zmiany dotyczą wymagań odnośnie wytwórcy wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro* oraz jednostek notyfikowanych, przeprowadzających oceny i badania w celu ustalenia zgodności wyrobów z wymaganiami ustawy.

Wymagania dla aktywnych wyrobów medycznych do implantacji

Dziennik Ustaw Nr 200 z 13 października 2005 r., poz. 1660

Od 28 października 2005 r. wchodzi w życie zmienione przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 września 2005 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie wymagań zasadniczych dla aktywnych wyrobów medycznych do implantacji. Rozporządzenie wprowadza zmiany w załącznikach nr 2 i 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 3 lipca 2005 r. w sprawie zasadniczych wymagań dla aktywnych wyrobów medycznych do implantacji (DzU Nr 251, poz. 2516).

Listy oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej

Dziennik Ustaw Nr 200 z 13 października 2005 r., poz. 1661

Od 14 grudnia 2005 r. zaczną obowiązywać przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. Zgodnie z przepisami rozporządzenia świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę na liście oczekujących na podstawie takich kryteriów medycznych, jak stan zdrowia, rokowania co do dalszego przebiegu choroby, chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie, a także zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności. Wyżej wymienione kryteria nie dotyczą świadczeniobiorców znajdujących się w stanie nagłym. Świadczeniodawcy są zobowiązani do zakwalifikowania świadczeniobiorców do dwóch kategorii medycznych: *przypadek pilny* oraz *przypadek sta-*

bilny. Świadczeniobiorca zakwalifikowany jako *przypadek pilny* korzysta z przywileju pierwszeństwa umieszczenia na liście oczekujących.

Czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej

Dziennik Ustaw Nr 206 z 21 października 2005 r., poz. 1724

Z dniem 21 listopada 2005 r. wejdą w życie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 5 października 2005 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej. Rozporządzenie określa sposób i kryteria ustalania czasu oczekiwania na leczenie szpitalne i świadczenia wysoko specjalistyczne wykonywane poza granicami kraju. Zgodnie z przepisami rozporządzenia dopuszczalny czas oczekiwania na udzielenie ww. świadczeń ustalany jest na podstawie stanu zdrowia, dotychczasowego przebiegu choroby oraz rokowań co do dalszego jej przebiegu. Ustalenia czasu oczekiwania dokonuje lekarz, o którym mowa w §3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 grudnia 2004 r. w sprawie wniosku do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju (DzU Nr 279, poz. 2769). Przy ustalaniu czasu oczekiwania na ww. świadczenia lekarz bierze w szczególności pod uwagę, czy w wyniku nieudzielenia świadczenia w określonym czasie istnieje zagrożenie: utratą życia, niezdolnością do egzystencji oraz całkowitą lub trwałą niezdolnością do pracy.

Transport sanitarny

Dziennik Ustaw Nr 207 z 24 października 2005 r., poz. 1738

Od 8 listopada 2005 r. zacznie obowiązywać rozporządzenie Ministra Zdrowia z 10 października 2005 r. w sprawie przekazywania środków publicznych na usługi transportu sanitarnego. Zgodnie z przepisami rozporządzenia przekazanie środków na transport sanitarny następuje na podstawie umowy cywilnoprawnej. Środki publiczne przekazane zleceniobiorcy na zadania określone w umowie podlegają rozliczeniu przez zleceniobiorcę. Zleceniodawcy w czasie trwania umowy oraz po jej wygaśnięciu przysługuje uprawnienie do przeprowadzenia kontroli w zakresie wykorzystania środków publicznych przekazanych na jej podstawie. Podstawą przeprowadzenia kontroli jest pisemne upoważnienie wystawione przez zleceniodawcę.

ORZECZNICTWO SĄDOWE

Ochrona lekarza przed rozwiązaniem umowy o pracę

Wyrok Sądu Najwyższego z 6 września 2005 r. (sygn. akt. I PK 5/2005)

Lekarz odbywający specjalizację korzysta z większej ochrony przed rozwiązaniem zawartej z nim umowy na czas określony niżby wynikało to tylko z Kodeksu pracy. Wypowiedzenie takiej umowy podlega kontroli sądowej.

Zadośćuczynienie za naruszenie prawa do aborcji

Wyrok Sądu Najwyższego z 13 października 2005 r. (sygn. akt. IV CK 161/05)

Rodzice w określonych przez prawo okolicznościach mają prawo do aborcji, a za jego naruszenie należy się im odszkodowanie.

Ograniczenia dla pracowników NFZ

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 3 października 2005 r. (sygn. akt. K 43/04)

Ograniczenia wynikające z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczą wszystkich pracowników, nie naruszają więc konstytucyjnej zasady sprawiedliwości społecznej.

Pozbawienie techników medycznych prawa do dopłat z budżetu państwa

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 17 października 2005 r. (sygn. akt. K 6/04)

Przepisy w zakresie, w jakim pomijają „techników medycznych” w dostępie do dopłat z budżetu państwa do oprocentowania kredytów są zgodne z konstytucją.

Anna Stychler