

**LEGAL FORMALIZATION OF THE CONTROL IN REALIZATION
OF TASKS IN THE AREA OF HEALTH CARE**

**FORMALIZACJA PRAWNA KONTROLI REALIZACJI ZADAŃ
W ZAKRESIE OPIEKI ZDROWOTNEJ**

dr Sebastian Bentkowski

Wyższa Szkoła Gospodarki Euroregionalnej
im. Alcide De Gasperi w Józefowie

s.bentkowski@interia.pl

ABSTRACTS

Przyjęta w polskim porządku prawnym formalizacja ustroju władz państwowych i instytucji odpowiedzialnych za kontrolę zapewnienia opieki zdrowotnej, w tym jednostek samorządu terytorialnego, uwzględnia prakseologiczne wymogi w zakresie zarówno struktur (m.in. organizacyjna elastyczność, harmonizacja celów, mobilność informacyjna), jak i celów (adekwatny stopień ogólności, jasność, zrozumiałość oraz realność i dostępność). Jednostki samorządu terytorialnego wyposażone zostały również w niezbędne uprawnienia i kompetencje właścicielskie umożliwiające im realnie wpływać na gospodarkę finansową utworzonych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Istotnym uprawnieniem właścicielskim samorządu terytorialnego jest możliwość finansowania ze środków publicznych nie tylko wyposażenia zakładów, czy też remontów, ale również możliwość pokrycia kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne, co niewątpliwie wpływa na jakość świadczonych usług w tych zakładach. Szczególną uwagę należy zwrócić na uprawnienia nadzorcze i kontrolne jednostek samorządu terytorialnego, które pozwalają na bieżąco monitorować sytuację finansową zakładów, a także skutecznie przeciwdziałać i eliminować nieprawidłowości nie tylko o charakterze organizacyjnym i finansowym, ale również w przypadku, gdy jakość udzielanych świadczeń leczniczych nie spełnia oczekiwań świadczeniobiorców.

The formalization of state authorities and institutions in charge of control of healthcare, including local government bodies, as adopted in the Polish legal system, takes into account the praxeological requirements re-

garding both structures (such as flexibility, harmonization of objectives, information mobility), and goals (adequate degree of generality, clarity, comprehensibility, feasibility and availability). Local government units are also equipped with the necessary authorizations and proprietary competences enabling them to effectively influence the financial governance of independent public healthcare institutions. One should also pay particular attention to supervisory and auditing powers of local governments, which allow regular monitoring of the financial situation of healthcare institutions, as well as efficient prevention and elimination of organizational and financial problems, also in situations when the quality of medical services is not satisfactory for patients.

KEY WORDS:

control, health, formalization, law, administration

kontrola, zdrowie, formalizacja, prawo, administracja

WSTĘP

Jednym z priorytetowych zadań państw UE wynikających z realizowanej polityki zdrowotnej, o której mowa w art. 168. Traktatu o utworzeniu Unii Europejskiej, jest zapewnienie obywatelom ochrony zdrowia. W związku z tym, że polityka zdrowotna powinna obejmować m.in. zagwarantowanie ochrony zdrowia ludzkiego we wszystkich obszarach swojej działalności, dążenie do podwyższenia poziomu zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom u ludzi oraz eliminowanie źródła zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego, szczególnego znaczenia nabiera kontrola i nadzór sprawowany przez organy władzy publicznej nad realizacją zadań i programów w zakresie ochrony zdrowia. Kontrola ta powinna zatem obejmować takie obszary, jak: zapewnienie mieszkańcom Unii dostępu do opieki zdrowotnej wysokiej jakości, profilaktyka zdrowotna, promowanie zdrowego trybu życia oraz ochrona obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia, a także dostępność do usług zdrowotnych. Należy zaznaczyć, że w myśl postanowień Traktatu kształtowanie polityki zdrowotnej, świadczenie usług opieki zdrowotnej oraz zorganizowanie służby zdrowia należy w pierwszej kolejności do Państw Członkowskich, natomiast rolą Unii jest wspieranie tych działań oraz uzupełnienia na zasadzie koordynacji, współpracy, wymiany dobrych praktyk, a także przy wykorzystaniu stosownych instrumentów prawnych oraz finansowych (*Zdrowie publiczne,*

Dyrekcja Generalna ds. Komunikacji Społecznej, 2013, s. 5; Zob. Brzęk, 2008, ss. 34-39). Kontrola realizacji powyższej polityki powinna być zatem sprawowana przede wszystkim przez krajowe organy władzy publicznej odpowiedzialne za nadzór i zarządzanie sferą ochrony zdrowia, a także organy kontroli zewnętrznej.

Celem niniejszego artykułu jest ocena zasad i stopnia formalizacji kontroli prawidłowości funkcjonowania służby zdrowia i realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia sprawowanej przez organy administracji publicznej, w tym uprawnień organów samorządu terytorialnego w stosunku do utworzonych przez j.s.t. podmiotów leczniczych.

CZYNNIKI DETERMINUJĄCE REALIZACJĘ I KONTROLĘ POLITYKI ZDROWOTNEJ

Realizacja polityki zdrowotnej oraz zorganizowania opieki zdrowotnej odpowiedniej jakości niewątpliwie wymaga zaangażowania władz publicznych, w szczególności administracji publicznej, chociażby ze względu na zasięg, zróżnicowanie działań oraz koszty zagwarantowania obywatelom opieki zdrowotnej. Stopień ingerencji władz publicznych i instrumenty wykorzystywane do kształtowania polityki zdrowotnej zależy od przyjętych w danym państwie założeń ustrojowych, w szczególności wdrożonego systemu ochrony zdrowia. W literaturze przedmiotu system ochrony zdrowia definiowany jest jako zbiór elementów (administracja rządowa, samorządowa, potencjał medyczny, sfera zewnętrzna m.in. pacjenci), którego celem jest ochrona zdrowia obywateli. Uczestnikami takiego systemu są świadczeniobiorcy, świadczeniodawcy (zakłady opieki zdrowotnej) oraz płatnik - ubezpieczyciel finansujący świadczenie (Kolwitz, 2010, s. 131-132).

W świetle art. 68. Konstytucji RP każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia. Obowiązkiem władz publicznych jest natomiast zapewnienie obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych [Konstytucja Rzeczypospolitej Polski z 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. 1997. 04. 02)].

Obowiązujący w Polsce system opieki zdrowotnej zaliczany jest przy tym do tzw. modelu mieszanego. Z jednej strony ma charakter modelu ubezpieczeniowego z uwagi m.in. na sposób finansowania świadczeń i zasady działania świadczeniodawców (zapewnienie równego dostępu do usług), z drugiej zaś wykazuje cechy modelu budżetowego w zakresie monopolistycznej pozycji ubezpieczyciela ustalającego warunki kontraktowa-

nia świadczeń (Kolwicz, 2010, s.140-141).

Mając na uwadze cele polityki zdrowotnej sformułowane w przepisach wspólnotowych oraz przyjęty w Polsce system opieki zdrowotnej nakładający na władze publiczne obowiązek zagwarantowania takiej opieki w równym stopniu dla każdego obywatela, można stwierdzić, że zapewnienie właściwej sprawności organów w zakresie kontroli realizacji polityki zdrowotnej determinowane jest przede wszystkim czynnikami prawnymi o charakterze ustrojowym, jak i organizacyjnym.

Odwołanie się do czynników prawych uzasadnione jest przyjętym, powszechnym w nauce administracji twierdzeniem, że właściwa formalizacja prawna stanowi niezbędny warunek utrwalający organizację administracji oraz zmniejszający niepewność działania (Starościak, 1971, s. 19; Kowalewski, 1982, s. 28). Jak trafnie bowiem wskazywał F. Longchamps, bez odwołania się do pojęcia normy nie sposób opisać żadną rzeczywistą organizację. Utrwalanie organizacji instytucji, a co za tym idzie pozyskiwanie skuteczności, nie może dokonywać się bez zastosowania formalizacji (Lonchamps, 1966, s. 893; Supernat, 1984, s. 13).

Ogólny wymóg prawnych podstaw działań administracji publicznej powoduje, że zasadnicze znaczenie w procesie pozyskiwania sprawności jej działań w zakresie kontroli realizacji polityki zdrowotnej i organizowania świadczenia usług opieki zdrowotnej oraz oceny prawidłowości zarządzania „powiązаныmi zasobami” ma odpowiednia formalizacja prawna celów oraz struktury aparatu administracji publicznej (Łukasiewicz, 1990, s. 5). Zakres tej formalizacji ma przy tym znaczenie w pozyskiwaniu skuteczności podmiotów sprawujących kontrolę w zakresie dostępności i jakości opieki zdrowotnej. W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że sprawność organów i instytucji zależy od odpowiedniej struktury (ustroju) i wykształcenia kadr (Łukasiewicz, 1990, s. 107). Struktura powinna być natomiast podporządkowana zasadzie organizacyjnej elastyczności, harmonizacji celów, mobilności informacyjnej, szybkości działania, kompetencyjności oraz motywacji kadr (Supernat, 1981, s.21). W ujęciu ustrojowym sprawność działań władz publicznych będzie więc zależeć przede wszystkim od pozycji organów nadzorujących i kontrolujących działania w zakresie opieki zdrowotnej w systemie organów państwa oraz kompetencji i przypisanych prawem zadań.

Do normatywnych wyznaczników sprawności działań organów władzy publicznej w Polsce, w tym jednostek samorządu terytorialnego, w zakresie ochrony zdrowia należy zaliczyć ustawowe regulacje określające

strukturę, kompetencje i zadania tych organów i jednostek.

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

W skład systemu ochrony zdrowia w ujęciu podmiotowym, zgodnie z przyjętymi w Polsce rozwiązaniami ustrojowymi, wchodzi organy administracji rządowej (m.in. Minister Zdrowia i wojewodowie) organy administracji samorządowej (szczebla gminnego, powiatowego i wojewódzkiego), a także Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Narodowy Fundusz Zdrowia, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Główny Urząd Statystyczny oraz inne instytucje podejmujące czynności w zakresie organizowania, finansowania i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Do zadań w zakresie wyżej wymienionych władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w myśl art. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zalicza się m.in.:

- tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia,
- analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany,
- promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu,
- finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2008.164, 1027)].

SYSTEM ORGANÓW ODPOWIEDZIALNYCH ZA KONTROLĘ I NADZÓR W SFERZE OCHRONY ZDROWIA

Należy zaznaczyć, że gwarancją realizacji interesów państwa w sferze ochrony zdrowia jest sprawnie funkcjonujący system nadzoru i kontroli nad zapewnieniem prawidłowej opieki zdrowotnej. W ramach tego systemu, oprócz organów kontroli zewnętrznej takich jak Najwyższa Izba Kontroli oraz Rzecznicy Praw Obywatelskich, można wyróżnić nadzór i kontrolę sprawowane przez Ministra Zdrowia, kontrole wykonywane przez Narodowy Fundusz Zdrowie, oceny dokonywane przez wojewodów oraz kontrole wykonywane przez jednostki samorządu terytorialnego sprawujące

funkcję organów założycielskich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Podstawowe kompetencje związane z oceną realizacji polityki zdrowotnej w Polsce ustawodawca przypisał Ministrowi Zdrowia. Do jego zadań należy w szczególności ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi, opracowywanie i finansowanie oraz ocena efektów programów zdrowotnych, a także nadzór nad ich realizacją, kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych, współdziałanie z organizacjami pozarządowymi o charakterze regionalnym lub ogólnokrajowym działającymi na rzecz ochrony zdrowia, zatwierdzanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz opiniowanie sprawozdania finansowego Funduszu, a także przedkładanie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej do dnia 31 sierpnia następnego roku sprawozdania rocznego z działalności Funduszu. Ponadto w wyniku nowelizacji z dnia 25 czerwca 2009 r. ministrowi przypisano dodatkowe zadania w zakresie kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych oraz związane z finansowaniem świadczeń wysokospecjalistycznych.

Do kompetencji Ministra Zdrowia w zakresie kontroli i nadzoru należy w szczególności zaliczyć nadzór nad ubezpieczeniem zdrowotnym według kryterium legalności, rzetelności i celowości, w zakresie działalności Funduszu, świadczeniodawców, w zakresie realizacji umów z Funduszem, podmiotów, którym Fundusz powierzył wykonywanie niektórych czynności oraz aptek w zakresie refundacji leków. Ponadto Minister właściwy do spraw zdrowia bada uchwały przyjmowane przez Radę Funduszu oraz decyzje podejmowane przez Prezesa Funduszu i stwierdza nieważność uchwały lub decyzji, w całości lub w części, w przypadku gdy narusza ona prawo lub prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, lub prowadzi do niezrównoważenia przychodów i kosztów Funduszu. Należy zaznaczyć, że ustawodawca przyznał szereg kompetencji umożliwiających skuteczne sprawowanie nadzoru, w szczególności prawo do:

- żądania udostępnienia mu przez Fundusz dokumentów związanych z działalnością Funduszu lub ich kopii oraz zapoznawania się z ich treścią;
- żądania przekazania wszelkich informacji i wyjaśnień, dotyczących działalności Funduszu, od Rady Funduszu, Prezesa i zastępców Prezesa

Funduszu, rad oddziałów wojewódzkich Funduszu, dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, pracowników Funduszu oraz innych osób wykonujących pracę na rzecz Funduszu na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło albo innej umowy, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia;

- żądania udostępnienia przez świadczeniodawcę wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień dotyczących realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- żądania udostępnienia przez kontrolowany podmiot wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień dotyczących czynności wykonywanych na rzecz Funduszu;
- żądania udostępnienia wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień dotyczących refundacji leków [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2008.164, 1027)].

Kolejnym organem administracji rządowej odpowiedzialnym za prawidłowe funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej i wyposażonym w uprawnienia kontrolne jest wojewoda. Rolą wojewodów, jako terenowych organów administracji rządowej, jest przede wszystkim zabezpieczenie prawidłowego funkcjonowania opieki zdrowotnej poprzez ocenę zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa oraz ocena realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, a także przekazywanie Ministrowi Zdrowia, do dnia 15 lutego każdego roku, rocznych informacji o zrealizowanych w ubiegłym roku programach zdrowotnych oraz o programach zdrowotnych planowanych na ten rok, zawierających informacje na temat rodzaju i zakresu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu zdrowotnego.

Ustawodawca nałożył ponadto w ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych szereg obowiązków kontrolnych na organy Narodowego Funduszu Zdrowia, w szczególności w zakresie kontroli świadczeniodawców (podmiotów leczniczych, lekarzy i innych) realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte z NFZ. Podstawę prawną, oprócz wyżej wymienionej ustawy, stanowi rozporządzenie Ministra Zdrowia z 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki

zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r., Nr 274, poz. 2723), rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r., Nr 81, poz. 484). Ponadto organizacyjne aspekty kontroli zostały uregulowane w Zarządzeniu Nr 23/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 13 maja 2009 r. w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli (Dz. Urz. NFZ z 2009 r., Nr 4, poz. 23 z późn. zm.; Zarządzenie Nr 23/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 13 maja 2009 r. w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli). Należy również zaznaczyć, że w umowach zawieranych przez NFZ przewiduje się obowiązek poddania się kontroli dokonywanej przez fundusz w zakresie realizacji postanowień umowy. W myśl tych przepisów i regulacji wewnętrznych Fundusz może przeprowadzić kontrolę udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, a w szczególności kontrolę organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności, udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych, w tym przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych, przestrzegania zasad wystawiania recept, a także dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

UPRAWNIENIA KONTROLNE I NADZORCZE JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO W ZAKRESIE OCHRONY ZDROWIA

Należy zaznaczyć, że przyjęty w Polsce system przewiduje przekazanie części zadań jednostkom samorządu terytorialnego jako zadań własnych, co odzwierciedla konstytucyjną zasadę decentralizacji i pomocniczości. Zgodnie z art 7. ust 1. wyżej wymienionej ustawy określa, że do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należą w szczególności: a) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy, b) przekazywanie powiatowi informacji o realizowanych programach zdrowotnych, c) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz

ich skutkami, d) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Zadania własne samorządu powiatowego i samorządu województwa w zakresie zapewnienia równego dostępu zostały uregulowane w podobny sposób, przy czym powiatowi przypisano dodatkowo zadania w zakresie oceny efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu - po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami oraz wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu, natomiast samorządowi województwa przypisano inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2008. 164, 1027)].

Szereg uprawnień kontrolnych oraz nadzorczych jednostek samorządu terytorialnego wynika z uprawnień właścicielskich jednostek samorządu gminnego powiatowego i wojewódzkiego w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej. Jednym z zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego są bowiem sprawy związane z ochroną zdrowia [art. 7. ust.1 pkt 5. ustawy o samorządzie gminnym (Dz. U. 2013. 594); art. 4. ust. 1. pkt 2. ustawy o samorządzie powiatowym (Dz. U. 2013. 595); art. 14. ust. 1. pkt 2. ustawy o samorządzie województwa (Dz.U.2013. 596)]. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej, utworzone przez organy jednostek samorządu terytorialnego, prowadzone są co do zasady w formie spółki kapitałowej lub jednostki budżetowej. Podstawą gospodarki SP ZOZ są plany finansowe ustalane przez kierownika zakładu [Ustawa o z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2012 r. poz. 217)].

Wynikające z uprawnień właścicielski kompetencje kontrolne i nadzorcze jednostek samorządu gminnego, powiatowego, województwa jako organu założycielskiego dla SP ZOZ zostały określone ustawą o z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2012.217) oraz wydane na jej podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia. W szczególności z art. 121. o działalności leczniczej oraz przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. z 2012, poz. 1509) wynika, że jednostki te sprawują nadzór nad zgodnością działań z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym. W ramach nadzoru podmiot tworzący może żądać informacji, wyjaśnień oraz doku-

mentów od organów podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą oraz dokonuje kontroli i oceny działalności tego podmiotu. Kontrola i ocena może obejmować głównie realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi oraz gospodarkę finansową. Podmiot tworzący w razie stwierdzenia niezgodnych z prawem działań kierownika wstrzymuje ich wykonanie oraz zobowiązuje kierownika do ich zmiany lub cofnięcia. W przypadku niedokonania zmiany lub cofnięcia tych działań w wyznaczonym terminie podmiot tworzący może rozwiązać z kierownikiem stosunek pracy albo umowę cywilnoprawną (Dz.U.2008.164, 1027).

Ponadto uprawnienia kontrolne i nadzorcze jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia wynikają pośrednio z ustawowych kompetencji tych podmiotów, takich jak: możliwość tworzenia, przekształcenia i likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej, prawo nadawania statutu oraz literalnie wymieniony nadzór nad zakładami opieki zdrowotnej. Jednostki samorządu terytorialnego mogą również w ramach uprawnień właścicielskich przyznać zakładom opieki zdrowotnej prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej środki publiczne na realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na: zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań, remonty, realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z m.in. budżetu Unii Europejskiej [Ustawa o z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2012 217)]. Ze względu na przedmiotowy charakter powyższego dofinansowania jednostki samorządu terytorialnego zachowują prawo kontrolowania prawidłowości wydatkowania przyznanych środków na powyższe cele.

Jednostki samorządu w ramach kompetencji właścicielskich mogą również kontrolować prawidłowość funkcjonowania SP ZOZ poprzez:

- ocenę zasadności udzielenia poręczenia lub gwarancji przez jednostkę samorządu terytorialnego na rzecz SP ZOZ lub udzielenie pożyczki z budżetu na rzecz SP ZOZ,
- kontrolę przestrzegania określonych przez jednostkę samorządu terytorialnego zasad dokonywania zakupu lub przyjmowania darowizny aparatury i sprzętu medycznego, określania jego przeznaczenia i standardu,

- kontrolę przestrzegania określonych przez jednostkę samorządu terytorialnego zasad zbycia aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, oddania ich w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie,
- żądanie od SPS ZOZ szczegółowych wyjaśnień na potrzeby ewentualnego wyrażenia przez jednostkę samorządu terytorialnego zgody na wniesienie majątku SP ZOZ lub przysługującego mu do niego prawa w formie aportu do spółek, jego przekazanie fundacji lub stowarzyszeniu,
- ocenę zasadności udzielenia SP ZOZ przez jednostkę samorządową dotacji z budżetu,
- pokrycie ujemnego wyniku finansowego SP ZOZ przez jednostkę samorządową.
- analizy finansowe poprzedzające przejęcie majątku SP ZOZ, łącznie z zobowiązaniami i należnościami, po jego likwidacji.

Należy zaznaczyć, że ustawodawca zagwarantował jednostkom samorządu terytorialnego odpowiednie kompetencje umożliwiające skuteczne przeprowadzenie kontroli, w szczególności prawo wstępu do pomieszczeń podmiotu leczniczego, wglądu do dokumentów i innych materiałów związanych z działalnością podmiotu leczniczego, z uwzględnieniem przepisów o ochronie informacji ustawowo chronionych, przeprowadzania oględzin, sprawdzania przebiegu określonych czynności, żądania od kierownika i pracowników podmiotu leczniczego ustnych i pisemnych wyjaśnień, zabezpieczania dowodów [Ustawa o z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2012 r. poz. 217)].

PODSUMOWANIE

Podsumowując przedstawioną problematykę formalizacji prawnej kontroli w zakresie oceny systemu zapewnienia ochrony zdrowia w ujęciu ustrojowym, należy stwierdzić, że przyjęta w polskim porządku prawnym formalizacja ustroju władz państwowych i instytucji odpowiedzialnych za nadzór i kontrolę w obszarze opieki zdrowotnej, w tym jednostek samorządu terytorialnego, uwzględnia prakseologiczne wymogi w zakresie zarówno struktur (m.in. organizacyjna elastyczność, harmonizacja celów, mobilność informacyjna, jak i celów (adekwatny stopień ogólności, jasność, zrozumiałość oraz realnością i dostępnością (Łukasiewicz, 1990, s. 87). Jednostki samorządu terytorialnego wyposażone zostały również

w niezbędne uprawnienia i kompetencje kontrolne i nadzorcze w ramach uprawnień właścicielskich umożliwiającym im ocenić prawidłowość i efektywność gospodarki finansowej utworzonych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, na bieżąco monitorować sytuację finansową zakładów, a także skutecznie przeciwdziałać i eliminować nieprawidłowości nie tylko o charakterze organizacyjnym i finansowym, ale również w przypadku, gdy jakość udzielanych świadczeń leczniczych nie spełnia oczekiwań świadczeniobiorców.

REFERENCES:

- Baka, K., Machulak, G., Pietraszewska-Macheta, A. i Sidorko, A. (2010). *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz. ABC. art. 11.*
- Brzęk, W. (2008) European Community Actions in Regards of Health Safety. *Journal of Modern Science* nr 1/4/2008.
- Dyląg, A. (2013). *Odpłatne udzielanie świadczeń zdrowotnych.* „Państwo i Prawo” 2013.1.78.
- Jagielski, J. (1999). *Kontrola administracji publicznej.* Warszawa.
- Kolwitz, M. (2010). *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej.* *Annales Academiae Medicae Stetinensis.*
- Kowalewski, S. *Nauka o administrowaniu.* Warszawa.
- Lonchamps, F. (1966). *Współczesne problemy pojęć prawa administracyjnego.* „Państwo i Prawo” Nr 6/1966.
- Łukasiewicz, J. (1990). *Prawne uwarunkowania skuteczności administracji publicznej.* Lublin.
- Pietraszewska-Macheta, A. (2010). *Komentarz do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.* ABC.
- Starościk, J. (1982). *Zarys nauki administracji.* Warszawa.
- Supernat, J. (1984). *Odesłania do zasad prakseologicznych w prawie administracyjnym.* „Acta Universitatis Wratislaviensis” No 763. „Prawo” CXXVII, Wrocław.
- Zrozumieć politykę Unii Europejskiej Zdrowie publiczne* (2013). Dyrekcja Generalna ds. Komunikacji Społecznej.