



Minister Zdrowia

DLU.055.12.2025.MŁ
Warszawa, 11 kwietnia 2025

Szanowna Pani,

w odpowiedzi na Pani petycję z dnia 21 stycznia 2025 r., znak: 90/2025, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji będących we właściwości Ministerstwa Zdrowia.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r. poz. 450) Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę może, z zastrzeżeniem przepisów ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym (Dz.U. z 2024 r. poz. 125), utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie:

- 1) spółki kapitałowej;
- 2) jednostki budżetowej;
- 3) jednostki wojskowej;
- 4) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Kolejno zgodnie z art. 6 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej jednostka samorządu terytorialnego może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie:

- 1) spółki kapitałowej;
- 2) jednostki budżetowej;
- 3) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

W odniesieniu do udostępnionej petycji uprzejmie informujemy, że gminne i wiejskie ośrodki zdrowia są podmiotami leczniczymi, dla których podmiotami tworzącymi mogą być gminy. Należy również wskazać, że o strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego decyduje sam podmiot leczniczy.

W myśl art. 42 ustawy o działalności leczniczej ustrój podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, a także inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania nieuregulowane w ustawie określa statut. W nadanym przez podmiot tworzący statucie określa się m.in. organy i strukturę organizacyjną podmiotu leczniczego. Natomiast zgodnie z art. 24 ustawy o działalności leczniczej w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności m.in: strukturę organizacyjną zakładu leczniczego, rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego.

Następnie zgodnie z regulacją ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia

równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują 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 oraz finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej. Ministerstwo Zdrowia wraz z Narodowym Funduszem Zdrowia na bieżąco monitoruje potrzeby jakie niesie za sobą zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Funkcjonujące rozwiązania są badane pod kątem ich efektywności i ukierunkowane na zagwarantowanie placówkom medycznym zachowania stabilności, a pacjentom bezpiecznego i swobodnego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Zasady i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały określone w przepisach ustawy o świadczeniach, aktach wykonawczych do wskazanej ustawy oraz zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące szczegółowych warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach. Zgodnie z art. 15 ust. 2 ustawy o świadczeniach, osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, które zostały zakwalifikowane jako gwarantowane i znalazły się w wykazach określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia (tzw. rozporządzeniach koszykowych), wydanych na podstawie art. 31d wspomnianej wyżej ustawy, w treści, których Minister Zdrowia określił również minimalne warunki, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy, którzy chcą udzielać świadczeń gwarantowanych. Świadczenia gwarantowane finansowane są przez publicznego płatnika (NFZ) na terenie Polski, jedynie w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ.

W myśl art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem. Zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach podstawowym zadaniem Funduszu jest zarządzanie środkami finansowymi przeznaczonymi na ochronę zdrowia. Do jego zadań należy również m.in. monitorowanie oraz ocena jakości i dostępności, a także analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie oraz finansowanie świadczeń, leków, wyrobów medycznych, szczepionek itp. (art. 97 ustawy o świadczeniach).

Kolejno należy zaznaczyć, że art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach stanowi, iż fundusz zawiera umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert lub rokowań. Należy jednak zaznaczyć, iż wskazany sposób kontraktowania świadczeń nie dotyczy podstawowej opieki zdrowotnej. Umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna zawierane są w trybie adhezyjnym.

W tym miejscu odnosząc się również do Pani postulatu w zakresie tworzenia w podmiocie leczniczym zespołu wyjazdowego pomocy doraźnej (sanitariusz, ratownik przedmedyczny, ratownik KPP) w razie stanu nagłego celem zminimalizowania wysyłania ratowników/strażaków jako izolowane zdarzenie medyczne należy wskazać, że to rolę zespołów ratownictwa medycznego działających w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o państwowym ratownictwie medycznym (Dz.U. z 2025 r. poz. 91, z późn. zm.) jest udzielanie pomocy medycznej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Pacjent w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, zgodnie z art. 44 ustawy o państwowym ratownictwie medycznym jest transportowany przez zespół ratownictwa medycznego do

najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego albo krajowego koordynatora ratownictwa medycznego.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Michał Misiura
Zastępca Dyrektora
/dokument podpisany elektronicznie/