

Załącznik nr 3

Poznań, 10 marca 2014 roku

dr Monika Urbaniak

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania

Pracownia Prawa w Ochronie Zdrowia

**Autoreferat informujący o zainteresowaniach i osiągnięciach w działalności naukowo-
badawczej w rozumieniu art. 18a ust. 1 ustawy o stopniach
naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki
(DzU z 2005 r., nr 65, poz. 595 ze zm.)**

1. Imię i nazwisko: MONIKA URBANIAK

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe/artystyczne – z podaniem nazwy, miejsca i rodzaju ich uzyskania oraz tytuł rozprawy doktorskiej

– Dyplom magistra prawa uzyskany na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu w 1997 roku. Podczas studiów ukończyłam sześciomiesięczne studia zagraniczne na Uniwersytecie w Catanzaro we Włoszech oferowane w ramach programu Tempus. Pracę magisterską obroniłam 13 maja 1997 roku z wynikiem bardzo dobrym. Promotorem mojej pracy magisterskiej był prof. dr hab. Jan Sandorski.

– Stopień naukowy doktora nauk prawnych w zakresie prawa nadany uchwałą Rady Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu z 17 czerwca 2003 roku (tytuł rozprawy doktorskiej: *Wolności i prawa socjalne oraz ekonomiczne w konstytucji III RP a w Konstytucji Republiki Włoskiej*, promotor: prof. dr hab. Tadeusz Smoliński, recenzenci: prof. dr hab. Zbigniew Witkowski i prof. dr hab. Andrzej Szmyt).

– W latach 1997–2001 odbyłam aplikację radcowską zakończoną uzyskaniem tytułu radcy prawnego.

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych/artystycznych

– od października 1997 do czerwca 2002 roku studia doktoranckie na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu,

- od października 2002 do czerwca 2005 roku prowadzenie konwersatoriów z prawa konstytucyjnego na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu na podstawie umowy cywilnoprawnej,
- od października 2005 do czerwca 2006 roku adiunkt na Politechnice Poznańskiej, w Instytucie Inżynierii Zarządzania,
- od kwietnia 2006 roku adiunkt na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, w Katedrze i Zakładzie Organizacji i Zarządzania, w Pracowni Prawa w Ochronie Zdrowia. Do dziś jestem zatrudniona na stanowisku adiunkta w wyżej wymienionej jednostce,
- od października 1997 do czerwca 2011 roku wykładowca w Wielkopolskiej Wyższej Szkole Humanistyczno-Ekonomicznej w Jarocinie.

4. Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (DzU z 2003 r., nr 65, poz. 595 ze zm.)

a) autor/autorzy, tytuł/tytuły publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa

Osiągnięciem, które w mojej ocenie spełnia kryteria określone w art. 16 ust. 1 ustawy z 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (DzU z 2003 r., nr 65, poz. 595 ze zm.), tj. zostało uzyskane po otrzymaniu stopnia doktora i stanowi znaczny wkład w rozwój określonej dziedziny naukowej, jest monografia pt. *Aspekty publicznoprawne organizacji i finansowanie ochrony zdrowia w Republice Włoskiej*, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa; Stowarzyszenie Wyższej Użyteczności „Dom Organizatora”, Toruń 2014, ss. 420, poświęcona aspektom publicznoprawnym organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Republice Włoskiej.

b) omówienie celu naukowego/artystycznego ww. pracy/prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania

Książka pt. *Aspekty publicznoprawne organizacji i finansowanie ochrony zdrowia w Republice Włoskiej*, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa; Stowarzyszenie Wyższej Użyteczności „Dom Organizatora”, Toruń 2014, ss. 420 jest pierwszym monograficznym opracowaniem poświęconym tej problematyce w polskiej literaturze

przedmiotu. W monografii przedstawiono analizę organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia Republiki Włoskiej. Publikacja ma charakter prawny, jednak ze względu na jej problematykę w pracy poruszone zostały również aspekty ekonomiczne i historycznoprawne prezentowanych zagadnień. Podstawowym celem pracy była analiza obowiązujących rozwiązań prawnych w materii ochrony zdrowia, a także weryfikacja hipotezy dotyczącej tego, czy włoski system ochrony zdrowia prawidłowo i wystarczająco zabezpiecza prawo jednostki do ochrony zdrowia, racjonalnie gospodarując nakładami na ochronę zdrowia. Ustosunkowanie się do tak przedstawionych zagadnień wymagało odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Jakie są konstytucyjne i ustawowe podstawy rozwiązań prawnych systemu ochrony zdrowia w Republice Włoskiej?
2. Jak przedstawia się struktura źródeł finansowania systemu ochrony zdrowia i czy jest ona optymalna dla prawidłowego dostępu do świadczeń dla pacjentów?
3. Jaka jest rola rządu centralnego w zabezpieczeniu prawa jednostki do ochrony zdrowia?
4. W jaki sposób przekazanie kompetencji regionom implikuje zabezpieczenie prawa jednostki do ochrony zdrowia?
5. Jaka jest ocena wpływu przeprowadzonych na przestrzeni ostatnich 30 lat reform systemu zdrowotnego na skuteczność ochrony zdrowia jednostki we Włoszech?
6. Czy skuteczna jest organizacja systemu w zakresie zabezpieczenia gwarantowanego każdej jednostce/zbiorowości prawa do ochrony zdrowia?

Praca stanowi próbę odpowiedzi na pytanie, jak zdefiniować model organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia we Włoszech. Teza rozprawy jest następująca: Republika Włocha w drodze licznych zmian instytucjonalnych i w drodze praktyki wykształciła specyficzny mieszany model organizacji i finansowania sektora ochrony zdrowia oparty o daleko posuniętą decentralizację zadań i finansowania. Model ten zawiera zarówno elementy charakterystyczne dla systemu ubezpieczeniowego, jak i budżetowego, jednak jego dominującą cechą wyróżniającą jest finansowanie zadań z zakresu ochrony zdrowia przez regiony i przerzucenie na nie odpowiedzialności za realizację świadczeń opieki zdrowotnej.

Systemy opieki zdrowotnej rzadko występują w klasycznej postaci. Co do zasady w wyniku dostosowywania modeli do specyfiki społecznej i politycznej poszczególnych państw stanowią one wersje modeli podstawowych, a czasem na tyle daleko odbiegają od ich pierwowzoru, że możemy mówić o systemach mieszanych, łączących w sobie cechy zarówno modelu ubezpieczeniowego, jak i budżetowego. Do takich systemów należy system opieki zdrowotnej funkcjonujący we Włoszech. W państwie tym w 1978 roku wprowadzono system

ochrony zdrowia w założeniu opierający się na brytyjskim modelu Williama Henry'ego Beveridge'a z 1942 roku, a w wyniku latami wprowadzanych reform został on przemodelowany i obecnie stanowi jeden z najbardziej efektywnych systemów na świecie charakteryzujący się wysokim poziomem udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

W celu szczegółowego przeanalizowania ww. zagadnień praca została podzielona na osiem rozdziałów. W rozdziale pierwszym noszącym tytuł *Pojęcie zdrowia i jego ochrona* przedstawiono zagadnienia wprowadzające do analizy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia we Włoszech. W tej części pracy dokonano ustaleń terminologicznych i wyjaśniono podstawowe pojęcia niezbędne dla dalszych rozważań: w szczególności omówiono pojęcie zdrowia, które pozwoliło na określenie obszaru badawczego. Punktem wyjścia dla dalszych rozważań jest przedstawienie istniejących na świecie modeli ochrony zdrowia i porównanie ich z włoskim systemem opieki zdrowotnej, w szczególności nawiązując do modelu budżetowego Narodowej Służby Zdrowia, który ukształtował się w Wielkiej Brytanii, a który w zmodyfikowanej postaci występuje w Italii. Pozwala to na przejście do problematyki włoskiej, wokół której koncentrują się dalsze rozdziały monografii.

Analiza historyczno-prawna prowadzona w rozdziale drugim rozprawy zatytułowanym pt. *Geneza systemu ochrony zdrowia we Włoszech*, obejmuje rozważania zawierające charakterystykę systemu ochrony zdrowia od czasu zjednoczenia Włoch w 1861 roku do okresu reform administracyjnych wprowadzających tzw. ustawy Bassaniniego w latach 90. XX w. Na tym tle zanalizowana została problematyka decentralizacji państwa wprowadzona ustawą konstytucyjną nr 3 z 18 października 2001 r. nowelizującą ustawę zasadniczą w zakresie ochrony zdrowia, która stała się punktem wyjścia dla dalszej analizy tych zagadnień w kolejnych rozdziałach. Rozważania te poprzedzono przedstawieniem sytuacji demograficznej Italii. Jednym ze skutków przeobrażeń w strukturze ludności jest spadek poziomu urodzeń, a co za tym idzie – zwiększeniu udziału populacji w starszym wieku, co ma istotny wpływ na związany z tymi czynnikami stały wzrost wydatków na opiekę zdrowotną we Włoszech.

Rozważania prowadzone w rozdziale trzecim noszącym tytuł *Narodowa Służba Zdrowia* stanowią próbę przedstawienia problematyki funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Republice Włoskiej od czasu wejścia w życie najważniejszej w tej materii ustawy z 23 grudnia 1978 r. nr 833 wprowadzającej Narodową Służbę Zdrowia poprzez postanowienia dekretu ustawodawczego z 30 grudnia 1992 roku i dekretu ustawodawczego z 19 czerwca 1999 roku. Powołanie do życia Narodowej Służby Zdrowia wiązało się z odejściem od systemu ubezpieczeniowego na rzecz systemu budżetowego. Szczególną uwagę

w tej części pracy poświęcono regulacji konstytucyjnej w materii ochrony zdrowia. Rozdział ten ukazuje ewolucję systemu wprowadzonego tą ustawą, w szczególności skupiając się na zagadnieniach związanych z założeniami zasadniczych reform przeprowadzonych w latach 90. ubiegłego wieku. Bardzo istotną zmianą dla systemu opieki zdrowotnej była „reformacja państwa regionalnego” wprowadzona ustawą konstytucyjną z 18 października 2001 roku. Przyznała ona większą autonomię jednostkom terytorialnym, w tym m.in. w dziedzinie ochrony zdrowia. Z perspektywy kilkunastu lat regionalizacja ta wydaje się stanowić najbardziej doniosłą i wywierającą największy wpływ na praktyczne funkcjonowanie systemu reformę w tym zakresie.

Analizy zawarte w rozdziale czwartym zatytułowanym *Organizacja włoskiego systemu ochrony zdrowia* koncentrują się na przedstawieniu struktury organizacyjnej włoskiego systemu ochrony zdrowia. Poruszone zostały dychotomiczne aspekty organizacji Narodowej Służby Zdrowia zarówno na szczeblu centralnym, jak i regionalnym. Odrębnie ujęto aktywność jednostek lokalnych w tym zakresie poprzez przybliżenie problematyki funkcjonowania lokalnych jednostek służby zdrowia.

Rozdział piąty zatytułowany *Lokalne podmioty opieki zdrowotnej* przedstawia organizację opieki zdrowotnej na szczeblu lokalnym, która tworzy sieć lokalnych przedsiębiorstw opieki zdrowotnej świadczących usługi w zakresie opieki zdrowotnej bezpośrednio we własnych placówkach bądź też na podstawie umów ze szpitalami lub prywatnymi placówkami opieki zdrowotnej. W rozdziale tym niezbędne było przedstawienie z uwzględnieniem perspektywy historycznej ewolucji instytucji lokalnych jednostek opieki zdrowotnej wprowadzonych ustawą z 1978 roku i przekształcenie tych placówek w przedsiębiorstwa opieki zdrowotnej w wyniku reform systemu ochrony zdrowia przeprowadzonych w latach 90. XX w.

W rozdziale szóstym zatytułowanym *Podstawowe poziomy świadczeń* podjęto rozważania o istotnym znaczeniu, dotyczące programowania świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie centralnym poprzez wprowadzanie przez państwo podstawowych poziomów świadczeń zdrowotnych i co za tym idzie – nałożenie na regiony obowiązku realizacji tych postanowień. Regiony mają obowiązek udzielania świadczeń i usług w jednakowy sposób. Wyposażono je przy tym w kompetencje umożliwiające fakultatywne dostarczanie przez nie świadczeń na poziomie wyższym niż podstawowy pod warunkiem zabezpieczenia przez nie środków na ten cel. W rozdziale tym szczegółowo przedstawiono pozytywny i negatywny zakres świadczeń, do otrzymywania których uprawnieni są obywatele w ramach publicznej służby zdrowia.

Rozdział siódmy podejmuje bardzo szerokie i niezwykle istotne zagadnienie finansowania ochrony zdrowia we Włoszech. W tej części pracy skoncentrowano się na finansowaniu włoskiego systemu ochrony zdrowia po zmianach wprowadzonych w życie ustawą 1978/833 oraz następującymi po niej reformami systemu z 1992 i 1993 roku. Uwzględniając szczególne znaczenie Narodowej Służby Zdrowia, rozdział ten został poświęcony w całości zagadnieniom prawnej regulacji kształtowania się systemu wydatków na opiekę zdrowotną.

W rozdziale ósmym zatytułowanym *Współfinansowanie opieki zdrowotnej przez pacjenta* dokonałam analizy zasad współfinansowania przez obywateli wydatków na ochronę zdrowia. Rozważania rozpoczęto od dokonania charakterystyki regulacji ustawowych dotyczących obowiązku zapłaty za tzw. *ticket* stanowiący formę partycypacji pacjenta w ponoszeniu kosztów opieki zdrowotnej w ostatnich kilkudziesięciu latach. Następnie przedmiotem rozważań były zwolnienia podmiotowe i przedmiotowe z obowiązku współpłacenia za świadczenia opieki zdrowotnej. Szczegółowe rozważania dotyczą modelu współpłacenia, w tym m.in. zwolnień podmiotowych i przedmiotowych z obowiązku współpłacenia.

Poczynione w monografii wielowątkowe rozważania upoważniają do przyjęcia następujących wniosków:

1. Ochrona zdrowia stanowi jeden z nadrzędnych celów państwa włoskiego zadeklarowany w art. 32 Konstytucji Republiki Włoskiej. Artykuł ten, mający charakter normy programowej, stworzył ramy prawne rangi konstytucyjnej pozwalające na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. Pomimo pełnej realizacji tego prawa dopiero po okresie około 30 lat od wejścia w życie Konstytucji Republiki Włoskiej, przepis ten stanowił gwarancję równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Jak pokazały doświadczenia ostatnich 20 lat, stał się on także dobrą podstawą do stworzenia skutecznego systemu opieki zdrowotnej. Struktura i funkcjonowanie włoskiego systemu ochrony zdrowia są uregulowane w wielu aktach prawnych. Kamieniem milowym tworzącym podwaliny dla rozwoju włoskiej służby zdrowia było uchwalenie ustawy nr 833 z 23 grudnia 1978 roku, która całkowicie zreformowała system ochrony zdrowia we Włoszech. Stanowi ona podstawę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. U jej podstaw legła zasada zagwarantowania każdej jednostce prawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na jednakowych zasadach. Wprowadzenie Narodowej Służby Zdrowia spowodowało ujednoczenie polityki zdrowotnej. Podstawowym założeniem było odejście od systemu ubezpieczeniowego niegwarantującego wszystkim obywatelom dostępu do świadczeń na rzecz finansowania ochrony zdrowia wyłącznie z

budżetu państwa, co jednak w pełni nie zostało zrealizowane. Obecnie główne założenia ustawy 1978/833 wprowadzającej Narodową Służbę Zdrowia nadal pozostają aktualne. Co do zasady Narodowa Służba Zdrowia ma obowiązek zapewnić obywatelom powszechny dostęp do świadczeń zdrowotnych. Bardzo istotną zmianą zaakceptowaną przez włoskie społeczeństwo był fakt przesunięcia z władzy centralnej na regiony odpowiedzialności za opiekę zdrowotną i pozostawienia jako podstawowego zadania rządu włoskiego dbania o przestrzeganie praw pacjentów do opieki zdrowotnej.

2. Analiza źródeł finansowania włoskiego modelu opieki zdrowotnej prowadzi do wniosku, iż opiera się on na mieszanych źródłach finansowania: w przeważającej większości jest to system publiczny, który dopuszcza zarówno prywatne źródła finansowania opieki zdrowotnej, jak i system prywatnych ubezpieczeń. System publiczny opiera się na następujących podstawowych źródłach: budżecie państwa, podatkach regionalnych, wpływach własnych lokalnych przedsiębiorstw służby zdrowia w szczególności dotyczących ticketu, udział regionów o statucie specjalnym i autonomicznych prowincji Trydent i Bolzano przejawiający się w finansowaniu przez nie świadczeń zdrowotnych bez udziału środków państwowych ze względu na przyznaną im szeroką autonomię podatkową. W wyniku przeprowadzonych w 1978 roku zmian dotychczasowy ubezpieczeniowy model finansowania ochrony zdrowia zamieniono w system budżetowy. Obecnie model ten stanowi próbę połączenia w jedną całość elementów wywodzących się zarówno z brytyjskiego (budżetowego), jak i niemieckiego (ubezpieczeniowego) systemu opieki zdrowotnej. Od 1978 roku Narodowa Służba Zdrowia była finansowana w około połowie ze składek zdrowotnych wpłacanych przez pracowników i pracodawców, a w drugiej połowie z podatków ogólnych za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia. W 1992 roku kompetencja pobierania składek zdrowotnych została przeniesiona na autonomiczne regiony i prowincje, a w 1998 roku zamieniona lokalnym systemem podatkowym w oparciu o podatek dochodowy od działalności produkcyjnej (IRAP) obowiązujący przedsiębiorstwa oraz regionalny dodatek do podatku dochodowego od osób fizycznych (IRPEF) obowiązujący obywateli wykazujących dochód w jakiegokolwiek postaci. Regiony mogą zmieniać wysokość wyżej wymienionych podatków w zależności od potrzeb finansowych regionalnej służby zdrowia. W 2001 roku na mocy przepisów dotyczących federalizmu podatkowego duża część wpływów państwa pochodzących z podatków ogólnych i przydzielanych regionom o statucie zwykłym oraz prowincjom autonomicznym została zastąpiona takimi podatkami od konsumpcji, jak współudział w podatku od wartości dodanej (regionalny udział w VAT) oraz akcyza na benzynę. Podatki te są pobierane na poziomie lokalnym, a dzielone przez władzę centralną

między regiony z uwzględnieniem poziomu ich zamożności. Najnowsze zmiany sposobu finansowania świadczeń dokonane na przełomie lat 2011/2012 zasadniczo wpłynęły na sposób określania wysokości wydatków regionalnych na ochronę zdrowia, jednak podkreślić należy, że dopiero w dłuższej perspektywie ich funkcjonowania pozwolą na ocenę skutków ich wprowadzenia. Ważną zmianą, która pozytywnie wpłynęła na kondycję włoskiego systemu opieki zdrowotnej, było wprowadzenie instytucji współpłacenia za świadczenia opieki zdrowotnej. U podstaw przyjętych rozwiązań leżało wprowadzenie opłat za udzielane świadczenia, które z jednej strony nie stanowiłyby bariery w dostępie do świadczeń, a z drugiej ograniczałyby w pewnym stopniu nadkonsumpcję usług zdrowotnych. Przyjęty we Włoszech model współpłacenia należy ocenić pozytywnie. Stał się on istotnym elementem wpływającym na zrównoważenie zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych z ilością tych środków. Współpłacenie stanowi również obok tzw. list oczekujących narzędzie kontroli popytu na świadczenia zdrowotne udzielane w ramach Narodowej Służby Zdrowia.

3. Rola rządu centralnego w zakresie zabezpieczenia prawa jednostki do ochrony zdrowia pomimo przekazania kompetencji regionom nadal pozostaje bardzo istotna, ponieważ tworzy on podstawowe założenia w polityce zdrowotnej państwa na podstawie Narodowego Planu Zdrowia, w którym zawarte są cele dotyczące działań na rzecz prewencji, opieki i rehabilitacji, ustala podstawowe poziomy świadczeń, a także ich finansowanie w części bieżącej i kapitałowej. W kontekście działań decentralizacyjnych zauważyć należy, że właściwe kompetencje w zakresie realizacji założeń polityki państwa w sferze opieki zdrowotnej zostały przyznane regionom.

4. Analizy przeprowadzone w niniejszej książce wykazały, że zaletą włoskiego systemu organizacji i finansowania jest jego decentralizacja. We Włoszech opieka zdrowotna realizowana jest na trzech poziomach: państwowym, regionalnym i gminnym, jednak podstawowa odpowiedzialność za dostarczanie obywatelom świadczeń opieki zdrowotnej spoczywa na regionach. Głównym zadaniem państwa jest ustalanie jednakowych poziomów świadczeń, które muszą być w tym samym zakresie zapewniane na terytorium całego kraju. Z kolei rola regionów w planowaniu strategicznym jest znacznie większa niż rządu centralnego. Przekazanie kompetencji regionom w zakresie ochrony zdrowia doprowadziło do lepszej realizacji polityki zdrowotnej na ich obszarze. Obecnie to regiony organizują i zarządzają lokalną opieką zdrowotną, a przede wszystkim ją finansują. Ma to bardzo istotne znaczenie dla opieki zdrowotnej, ponieważ pozwala na uwzględnienie potrzeb zdrowotnych ludności zamieszkującej dany region. Decyzje podejmowane są więc szybciej i w zgodzie z lokalnymi potrzebami zamieszkujących region mieszkańców. W związku z rozszerzeniem autonomii

regionów rola centralnego rządu w zakresie dostarczania usług opieki zdrowotnej została znacząco ograniczona. Podkreślić przy tym należy, że elementem spajającym, pozwalającym na realizację Narodowego Planu Zdrowia uchwalanego na poziomie krajowym powinno być uchwalanie przez regiony regionalnych planów zdrowia. Bardzo istotną innowacją mającą wpływ na system ochrony zdrowia było wprowadzenie koncepcji federalizmu fiskalnego, która zasadniczo zmieniła system finansów regionalnych. Obecnie jednostki regionalne mają możliwość podejmowania decyzji dotyczących ewolucji i kontroli wydatków na opiekę zdrowotną. Warto również zauważyć, że nadzór nad wykonywaniem świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym jest skuteczniejszy.

4. Przeprowadzone w ostatnich dekadach przemiany zachodzące we włoskim sektorze ochrony zdrowia w znaczący sposób zmieniły jego organizację. Również finansowanie systemu ochrony zdrowia podlegało wielu daleko idącym zmianom w ostatnim dwudziestoleciu. Zasadniczym elementem konstrukcji włoskiego systemu służby zdrowia w latach 1945–1978 było oparcie go na obowiązkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. W wyniku reformy przeprowadzonej ustawą 1978/833 Włochy zdecydowały się oprzeć system służby zdrowia na uniwersalistycznym modelu Narodowej Służby Zdrowia. System ten w zakresie normatywnym wykazuje dużą niestabilność, co prowadzi do jego niewydolności. Z organizacji systemu ochrony zdrowia we Włoszech wynika szereg problemów, ponieważ za opiekę zdrowotną wspólnie odpowiada rząd i poszczególne regiony. Państwo dysponuje jedynie prawem wyłączności w decydowaniu o podstawowych poziomach świadczeń, które mają być dostępne dla wszystkich. Problemy związane z organizacją opieki zdrowotnej we Włoszech od wejścia w życie reform w latach 90. XX w. nie stanowią już przedmiotu debaty publicznej. Z uwagi na kryzys gospodarczy i kryzys finansów publicznych występujący we Włoszech obecnie debata ta koncentruje się wokół zagadnień związanych z ograniczaniem i racjonalizacją wydatków na opiekę zdrowotną. Przez przeprowadzony w ostatnich latach cykl reform zaakceptowano fakt, iż w rzeczywistości regiony są odpowiedzialne za organizację i zarządzanie publiczną służbą zdrowia. Nie bez znaczenia pozostaje to, że północne regiony różnią się od regionów południowych pod względem demograficznym, rozwoju ekonomicznego, a co za tym idzie – poziomu dofinansowania sektora ochrony zdrowia i infrastruktury opieki zdrowotnej. Występujące we Włoszech w ostatnim okresie spowolnienie gospodarcze powoduje potrzebę racjonalizowania wydatków budżetowych i ograniczenia niewłaściwego użycia środków przeznaczonych na ochronę zdrowia. W tym celu przeprowadzane są obecnie reformy w tym sektorze gospodarki zapoczątkowane tzw. reformą federalizmu fiskalnego, obejmujące w szczególności stosowanie tzw. planów

wyrównawczych w niektórych regionach, a także ustalenie tzw. standardowych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

5. Organizacja służby zdrowia we Włoszech pomimo niedoskonałości regulacji prawnych oraz permanentnych zmian politycznych rozwija się w pozytywnym kierunku. Zauważyć należy, że obecnie żaden system organizacji i finansowania opieki zdrowotnej nie występuje w żadnym państwie w postaci wzorcowej, systemy te podlegają bowiem stałej modyfikacji, zmieniając pierwotne założenia. Również włoski model opieki zdrowotnej z uwagi na skomplikowaną strukturę organizacyjną i finansową, a także pomimo wzorców brytyjskich posiada elementy konkurencyjności typowe dla systemu ubezpieczeniowego i w efekcie trudno go jednoznacznie zakwalifikować. Wprowadzenie regionalizacji, współpłacenia oraz konkurencyjności pomiędzy poszczególnymi przedsiębiorstwami dostarczającymi świadczenia zdrowotne skłania do zakwalifikowania włoskiego systemu jako systemu mieszanego.

6. Przeprowadzona w monografii analiza pozwala na stwierdzenie, iż w ostatnich kilkudziesięciu latach włoski system ochrony zdrowia uległ znacznej poprawie: państwo i regiony gwarantują powszechny i szeroki dostęp do świadczeń zdrowotnych, świadczenia te są wyższej jakości, wprowadzane są programy prewencji chorób, wzrasta efektywność użycia urządzeń szpitalnych, jak również dokonał się znaczący postęp w dziedzinie ograniczania umieralności niemowląt. Wszystkie te zmiany determinuje rosnący poziom opieki zdrowotnej w Italii spowodowany wzrostem wysokości środków finansowych przeznaczanych na ochronę zdrowia. Pomimo tych udoskonaleń istnieją również aspekty mniej pozytywne. Przede wszystkim występuje stale pogłębiająca się nierównowaga finansowa między północnymi i południowymi regionami. Podobnie jak w innych krajach również we Włoszech finansowanie ochrony zdrowia jest na niższym poziomie niż potrzeby społeczeństwa.

Przedkładana do oceny monografia stanowi rezultat wieloletnich prac badawczych. Powstała w dużej mierze dzięki stypendium rządu włoskiego, które uzyskałam w latach 2008–2009 na Wydziale Prawa Uniwersytetu w Katanii. Monografia została napisana z uwzględnieniem najnowszej literatury, głównie zagranicznej. Wymaga podkreślenia to, że problematyka organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a także ich finansowania w Republice Włoskiej stanowiła przedmiot analizy w prawie włoskim, jednakże również tam nie natrafiłam na kompleksowe monograficzne ujęcie przedstawionych przeze mnie zagadnień. Analiza rozwiązań przyjętych we Włoszech w obszarze organizacji i finansowania opieki zdrowotnej prowadzi do wniosków, które mogą się okazać przydatne w polskim systemie ochrony zdrowia.

5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych (artystycznych):

Pozostałe osiągnięcia naukowo-badawcze zostały przedstawione zgodnie z wymogami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 1 września 2011 roku w sprawie kryteriów oceny osiągnięć osoby ubiegającej się o nadanie stopnia doktora habilitowanego (DzU nr 196, poz. 1165)

Moje zainteresowania i osiągnięcia w działalności naukowo-badawczej związane są z następującymi obszarami wiedzy: prawem konstytucyjnym, prawem medycznym, a także zagadnieniami z zakresu prawa włoskiego. Oprócz prezentowanej powyżej monografii *Aspekty publicznoprawne organizacji i finansowanie ochrony zdrowia w Republice Włoskiej* Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa; Stowarzyszenie Wyższej Użyteczności „Dom Organizatora”, Toruń 2014, do opracowań naukowych po uzyskaniu stopnia doktora nauk prawnych przedstawiam 45 opracowań, z czego 38 zostało już opublikowanych, a 7 opracowań, które również zostały uwzględnione w wykazie, zostały przyjęte przez wydawnictwa, przeszły etap recenzji i znajdują się w druku (stosowne oświadczenia w załączeniu). W swojej działalności naukowej wyróżniłabym kilka obszarów zainteresowań: prawo konstytucyjne, prawo medyczne i prawo włoskie. Wyniki badań z każdej z tych dziedzin udokumentowałam zróżnicowanymi wypowiedziami naukowymi: książkami, rozdziałami w pracach zbiorowych, artykułami oraz glosą.

5.1. Publikacje z zakresu prawa konstytucyjnego

Chronologicznie pierwszą podjętą przeze mnie dziedziną badawczą było prawo konstytucyjne, zwłaszcza zagadnienia związane ze statusem jednostki w państwie ze szczególnym uwzględnieniem jej wolności i praw. Głównym rezultatem moich badań była rozprawa doktorska zatytułowana: *Wolności i prawa socjalne oraz ekonomiczne w Konstytucji RP III RP a w Konstytucji RP Republiki Włoskiej*, obroniona przed Radą Wydziału Prawa i Administracji UAM 17 czerwca 2003 roku oraz przygotowana na jej podstawie monografia pt. *Konstytucyjne wolności i prawa socjalne oraz ekonomiczne w Polsce i we Włoszech. Analiza porównawcza*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2009, ss. 269, stanowiąca rozszerzoną i zaktualizowaną wersję rozprawy doktorskiej.

Kontynuację mojej pracy naukowej stanowią publikacje, które zaliczam do **pierwszego** obszaru zainteresowań badawczych, a które poświęcone są problematyce prawa konstytucyjnego. W opracowaniu pt. *Skarga na naruszenie prawa strony do rozpoznania sprawy w postępowaniu sądowym bez nieuzasadnionej zwłoki*, „Radca Prawny” 2005, nr 3, s. 38–44, sygnalizuję problematykę naruszania prawa do rozpatrzenia sprawy w rozsądnym terminie i związane z tym wdrożenie środków dotyczących zapobiegania przewlekłości postępowań sądowych na poziomie krajowym. Wśród opracowań znajdujących się w tym nurcie badań jest rozdział mojego autorstwa pt. *Prawo wyborcze do parlamentu Republiki Włoskiej*, [w:] *Prawo wyborcze do parlamentu w wybranych państwach europejskich*, pod red. S. Grabowskiej, K. Składowskiego, Zakamycze Kraków 2006, s. 286–301, poświęcony zasadom określającym tryb wyborów do parlamentu Republiki Włoskiej. Z kolei w artykule pt. *Zasady finansowania partii politycznych we Włoszech*, „Przegląd Politologiczny” 2010, nr 1, s. 73–84 przedstawiłam problematykę publicznego finansowania partii politycznych we Włoszech ze szczególnym uwzględnieniem najnowszych rozwiązań prawnych w tej dziedzinie. Z przeprowadzonych badań zaprezentowanych w artykule wynika, że wysokość środków przyznawanych ruchom i partiom politycznym we Włoszech ponoszonych przez nie w związku z wyborami do Izby Deputowanych i Senatu wykazuje tendencję wzrostową. Wnioski te wskazują również, że publiczne finansowanie stawia w gorszej sytuacji nowe podmioty polityczne. Wobec wielu pojawiających się kontrowersji dotyczących podmiotowego i przedmiotowego zakresu kontroli NIK, które pojawiły się w związku z kontrolami podmiotów leczniczych, w opracowaniu pt. *Zasady postępowania kontrolnego a konstytucyjny status Najwyższej Izby Kontroli*, [w:] *Wokół Konstytucji i zdrowego rozsądku. Prace dedykowane Profesorowi Tadeuszowi Smolińskiemu*, pod red. J. Ciapały, A. Rosta, Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Wielkopolskiej Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Jarocinie i Stowarzyszenia Edukacji Społecznej i Prawnej „Ius et Ratio” w Szczecinie, Szczecin–Jarocin 2011, s. 309–319, poddałam analizie zasady postępowania kontrolnego i ich zakres w świetle przepisów Konstytucji oraz konstytucyjnej roli NIK i wskazywałam na potrzebę przeprowadzenia niezbędnych zmian ustawowych obejmujących m.in. uproszczenie procedury odwoławczej i skrócenie czasu trwania postępowania kontrolnego. W recenzji książki Andrzeja Gacy, Zbigniewa Witkowskiego, *Podstawy ustroju konstytucyjnego Republiki Włoskiej*, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa, Stowarzyszenie Wyższej Użyteczności „Dom Organizatora”, Toruń 2012, ss. 333, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2012, nr 1(9), s. 260–265, podkreślam jej szczególną aktualność, bowiem obejmuje ona swoim zakresem bieżące wydarzenia polityczne we

Włoszech, mające wpływ na praktyczne funkcjonowanie ustroju konstytucyjnego tego państwa. W artykule pt. *Konstytucyjny status rodziny i prawo do rodzicielstwa*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2013, nr 4, s. 289–294, zajęłam się przedstawieniem oraz oceną zasadności rozwiązań dotyczących ochrony rodziny, a także jej konstytucyjnej definicji. Przyjęte rozwiązania utrudniają wprowadzenie ewentualnej legalizacji związków homoseksualnych, ponieważ nie można im przyznać statusu prawnego małżonków. Rozwiązanie to budzi obecnie wiele kontrowersji z uwagi na dyskusyjną możliwość uregulowania na drodze ustawowej zawierania legalnych związków partnerskich, które podlegałyby konstytucyjnej ochronie na równi z małżeństwem.

Osobną częścią pierwszego nurtu badawczego stanowią publikacje dotyczące konstytucyjnych regulacji prawa do ochrony zdrowia. Podstawowym obszarem moich prac naukowo-badawczych w tym zakresie są polskie i włoskie rozwiązania ustrojowe, toteż z tego powodu głównymi publikatorami są czasopisma i monografie o zasięgu krajowym. Wyrazem prowadzonych prac oraz ich efektem były publikacje: *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia*, [w:] *Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjne, prawne i psychologiczne*, pod red. M.D. Głowackiej, E. Mojs, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2008, s. 99–105, w którym postawiłam tezę, iż prawo do ochrony zdrowia zawarte w art. 68 Konstytucji RP ze względu na miejsce w strukturze Konstytucji RP, jak również funkcjonalne powiązanie z innymi jej przepisami zajmuje szczególną pozycję wśród przepisów ustawy zasadniczej, a także artykuł pt. *Konstytucyjna zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej a jej ustawowa realizacja w prawie polskim. Wybrane problemy*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2013, nr 3, s. 79–98. W opracowaniach tych wskazuję na szczególną pozycję prawa do ochrony zdrowia wśród przepisów ustawy zasadniczej. Wspomnieć należy, że w praktyce realizacja równego dostępu do świadczeń doznaje jednak pewnych ograniczeń związanych z niedoskonałością regulacji prawnych w sektorze ochrony zdrowia, spowodowanych przede wszystkim niewystarczającymi środkami finansowymi przeznaczanymi na opiekę zdrowotną. W szczególności prawo to doznaje ograniczenia w zakresie list oczekujących na świadczenia zdrowotne, które stanowią instrument mający gwarantować jednostce równy dostęp do świadczeń. W opracowaniu pt. *Prawo do ochrony zdrowia w Konstytucji Republiki Włoskiej*, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 34(1), s. 45–59, został podjęty temat konstytucyjnych ram prawa do ochrony zdrowia i systemu opieki zdrowotnej w Republice Włoskiej. System ten zapoczątkowano reformą z 1978 roku, w wyniku której zagwarantowano na zasadzie równości dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom bez względu na

wiek, pracę czy miejsce zamieszkania. Do problematyki związanej z kosztami świadczeń zdrowotnych oraz zasadą równości w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej powracam w opracowaniu pt. *The costs of services and the principle of equality in the access to medical services*, [w:] *Patient in health care system*, pod red. M.D. Głowackiej, J. Zdanowskiej, Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, Poznań 2013, s. 35–46 (współautor dr J. Sielska). Wskazuję w nim na istotne zadanie państwa, jakim jest określenie tzw. koszyka podstawowych świadczeń zdrowotnych udzielanych bezpłatnie przez państwo w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego oraz innych świadczeń płatnych lub refundowanych przez ubezpieczenia dodatkowe. W aktualnym stanie prawnym pacjent nie ma możliwości sfinansowania ze środków własnych świadczeń i procedur, które nie są objęte koszykiem świadczeń gwarantowanych, np. w sytuacji, w której oczekiwanie przez niego na świadczenia w ramach list oczekujących nie jest dla niego rozwiązaniem wystarczającym dla zapewnienia właściwej ochrony zdrowia lub życia. W opracowaniu wskazuję na fakt, że zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP świadczenia zdrowotne są finansowane ze środków publicznych jedynie w określonym ustawowo zakresie, co w konsekwencji oznacza, iż świadczenia nier refundowane mogą być udzielane z wykorzystaniem dodatkowych źródeł finansowania.

5.2. Publikacje z zakresu prawa medycznego

Drugi nurt będący przedmiotem moich badań stanowią zagadnienia związane z prawem medycznym. W tym nurcie pierwszym polem badawczym, które chcę przedstawić, jest ochrona praw pacjenta. W tej grupie zagadnień w opracowaniu *Ochrona danych w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych*, [w:] *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, pod red. M.D. Głowackiej, J. Galickiego, E. Mojs, Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 433–446, dokonano analizy przepisów dotyczących ochrony danych osobowych ze szczególnym uwzględnieniem podmiotów leczniczych. W artykule pt. *Wybrane problemy prawne ochrony praw pacjentów w Polsce*, [w:] *Zarządzanie zdrowiem publicznym w obliczu zagrożeń cywilizacyjnych*, pod red. M.D. Głowackiej, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania, Poznań 2006, s. 235–243, podjęto próbę analizy praw pacjenta wynikających z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Szczególną uwagę poświęcono zagadnieniu możliwości dochodzenia zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta. Wskazano, że w świetle przepisów art. 448 k.c. pacjent ma prawo do zadośćuczynienia za naruszenie jakiegokolwiek dobra osobistego, ponieważ katalog dóbr osobistych określonych

cytowanym przepisem jest nieograniczony. W artykule pt. *Aspekty prawne prawa pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej*, „Zdrowie Publiczne” 2008, t. 118, nr 1, s. 96–98, omawiam szczegółowo jedno z praw pacjenta, którym jest prawo do korzystania z opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osoby najbliższe lub inne osoby wskazane przez siebie, przysługujące każdemu pacjentowi w trakcie pobytu w szpitalu. Z uwagi na problemy z praktyczną realizacją tego prawa wskazuję na istotne zadanie *de lege ferenda*, jakim jest ustawowe rozwiązanie problemu odpłatności za koszty pobytu osoby bliskiej w szpitalu, szczególnie w przypadku, jeśli znajduje się ona w trudnej sytuacji materialnej i nie posiada dostatecznych środków finansowych.

W rozważaniach podjętych w artykule pt. *Rzecznik Praw Dziecka jako organ ochrony prawa dziecka do życia i ochrony zdrowia*, [w:] *Zagrożenia zdrowotne i społeczne dzieci i młodzieży*, pod red. M.D. Głowackiej, E. Mojs, Wydawnictwo Miejskie, Poznań 2008, s. 102–105, przeprowadzono analizę spraw kierowanych do Rzecznika Praw Dziecka w zakresie realizacji prawa dziecka do ochrony zdrowia. W opracowaniu tym postawiono tezę, iż sytuacja faktyczna w zakresie ochrony zdrowia dzieci pomimo wielu ustawowych regulacji wskazuje, iż nie zawsze są one odpowiednio realizowane, a często dochodzi do ich naruszeń. Z analizy wniosków kierowanych do Rzecznika Praw Dziecka wynika, iż wielokrotnie nie respektowano praw małego pacjenta w szpitalu, w szczególności prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską dziecku. Zwrócono także uwagę, że problem stanowi odpłatność za pewne kategorie leków, a także trudności w pokryciu kosztów leczenia drogimi lekami nieobjętymi wykazami leków refundowanych.

Pozostając w tym kręgu badawczym, chciałabym również wskazać pracę dotyczącą reformy służby zdrowia, poszerzającą postanowienia ustawowe o zakres dyrektywy pt. *Directive on the application of patients' rights in cross-border healthcare and its implementation in Polish law*, [w:] *The European Union in Time of Crisis, Studies of economic and social processes*, pod red. J. Babiaka, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Społeczno-Ekonomicznej w Środzie Wielkopolskiej, Środa Wielkopolska 2012, s. 158–167. Implementacja Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 roku w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej zagwarantuje polskim świadczeniobiorcom możliwość otrzymania od narodowego płatnika zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej uzyskanych odpłatnie w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej, jednak według stawek stosowanych przez NFZ. Odnosząc się do powyższych rozważań, wskazuję na ewentualne negatywne skutki wpływu Dyrektywy na systemy opieki zdrowotnej państw członkowskich, w tym w szczególności na system

kontraktowania świadczeń w Polsce, jakim jest spodziewany odpływ pacjentów, np. z rejonów przygranicznych, który w konsekwencji może podać w wątpliwość funkcjonowanie infrastruktury szpitalnej na danym obszarze. Ponadto, implementowanie postanowień Dyrektywy wywrze duży wpływ na sytuację systemu ochrony zdrowia w Polsce i może zachwiać budżetem NFZ-u, ponieważ w świetle Dyrektywy pacjent może wybrać sobie dowolną placówkę na terenie Unii Europejskiej jako miejsce leczenia.

W ramach badań nad prawami pacjenta prowadzę aktywną współpracę ze środowiskiem lekarskim w zakresie praktycznych aspektów stosowania prawa medycznego, której efektem jest cykl artykułów. Na pierwszym miejscu chciałabym wymienić artykuł opracowany wspólnie z Panem Profesorem R. Spaczyńskim pt. *Aspekty prawne sprzedaży produktów leczniczych przez lekarza ginekologa*, „Ginekologia Polska” 2013, nr 7, s. 637–640 (IF 0.786), w którym podejmuję problematykę obrotu i sprzedaży produktów leczniczych i leków, które zgodnie z regułą ustawową co do zasady dokonywane są w aptekach ogólnodostępnych. Przepisy prawa dopuszczają ponadto możliwość sprzedaży leków i produktów leczniczych przez lekarzy w ściśle określonych ustawowo przypadkach. Powoduje to szereg wątpliwości interpretacyjnych związanych z jej stosowaniem. Ustawowy zakaz sprzedawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych przez lekarza nabiera szczególnej mocy w odniesieniu do pracy lekarza ginekologa w zakresie wykonywanych przez niego ambulatoryjnych zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych, szczególnie w leczeniu niepłodności. W artykule poruszającym aktualne kwestie prawne dotyczące praktyki funkcjonowania szpitala klinicznego pt. *Wątpliwości dotyczące zgody pacjenta na świadczenia medyczne – wybrane problemy praktyki szpitala klinicznego*, „Medyczna Wokanda” 2012, nr 4 (wspólnie z dr. S. Coftą), poddaję szczegółowej analizie prawnej pięć sytuacji związanych ze świadczeniem usług zdrowotnych w warunkach szpitalnych, w których interwencja lecznicza ze względu na specyficzne okoliczności faktyczne i niemożliwość uzyskania od pacjenta zgody na interwencję medyczną dokonywana została z wykorzystaniem instytucji zgody zastępczej. W artykule pt. *Aspekty prawne dożylnego leczenia pacjenta antybiotykami w warunkach domowych* napisanym wspólnie z dr. S. Coftą, „Wokanda Medyczna” [w druku], podejmuję niezwykle istotną problematykę podawania pacjentowi dożylnie lub we wlewie antybiotyków w warunkach domowych. Pewnym przełomem w rozwiązaniu problemu iniekcji dożylnych antybiotyków w warunkach domowych w stosunku do pacjentów chorujących na mukowiscydozę było rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 maja 2011 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zawierające wykaz świadczeń gwarantowanych w

przypadku świadczeń chemioterapii oraz warunki ich realizacji. Wykazano domową antybiotykoterapię dożylną w leczeniu zaostrzeń choroby oskrzelowo-płucnej u pacjentów z mukowiscydozą. W kontekście tych rozważań sygnalizuję, iż dopuszczalnym rozwiązaniem było prawne uregulowane możliwości wyboru podmiotu podwykonawczego działającego na zasadzie *infusion team*, którego zadaniem oprócz podania leku na miejscu w domu pacjenta byłby również transport leku. Tej samej tematyce praw pacjenta poświęciłam artykuły w opracowaniach zbiorowych: *Wybrane problemy wyrażania zgody na interwencje medyczne w prawie włoskim*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2009, nr 4(34), s. 313–316, *Nowy status pacjenta. Uwagi do ustawy o prawach pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta*, [w:] *Zagrożenia cywilizacyjne. Wybrane problemy*, pod red. M.D. Głowackiej, E. Mojs, Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, Poznań 2009, s. 23–31.

Kolejnym polem badawczym w ramach prawa medycznego są zagadnienia związane z legalnością i finansowaniem badań klinicznych w Polsce. Tematyka ta została zasygnalizowana w artykule *Eksperyment medyczny – wybrane aspekty prawne*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2007, nr 4(13), s. 286–290, a zagadnieniami tymi zajmowałam się również w kolejnych publikacjach. Na szczególną uwagę zasługują dwie prace: *Podstawy prawne finansowania badań klinicznych w Polsce. Obowiązek finansowy sponsora a udział publicznego płatnika w finansowaniu świadczeń zdrowotnych*, „Prawo Medyczne” 2010, nr 3, s. 14–35 (współautor R. Staszewski) oraz artykuł pt. *Nowe zasady finansowania świadczeń w badaniach klinicznych*, [w:] *Zdrowie publiczne. Aktualne uwarunkowania i zmiany*, pod red. M.D. Głowackiej, J. Zdanowskiej, Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, Poznań 2011, s. 109–117. W opracowaniach tych dowodzę, że brak spójnej, kompleksowej regulacji prawnej badań klinicznych w jednej ustawie o badaniach klinicznych powoduje wiele komplikacji w praktyce medycznej, w szczególności w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych. Stwierdzam ponadto, że niedoprecyzowanym ustawowo problemem pozostaje kwestia zawierania umów o badanie kliniczne pomiędzy ośrodkiem badawczym, sponsorem i badaczem, co rodzi szereg problemów dla ośrodków badawczych. Tej samej problematyce poświęciłam artykuł pt. *Wybrane aspekty prawne prowadzenia badań klinicznych w Polsce*, „Studia Prawa Publicznego” (Wydawnictwo Naukowe UAM) [w druku], którego celem jest określenie podstawowych zasad finansowania badań klinicznych, jak również analiza założeń dotyczących obowiązkowego ubezpieczenia w badaniach klinicznych. W uwagach *de lege ferenda* wskazałam na konieczność rozważenia możliwości wprowadzenia przez ustawodawcę krajowego rozwiązań prawnych rozszerzających obowiązek zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC przez ośrodek badawczy, w którym będą przeprowadzane

badania kliniczne. W *Głosie do wyroku Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 17 września 2013 roku, sygn. akt I A Ca 650/13*, „Medyczna Wokanda” [w druku] aprobującej wyrok podtrzymałam wyrażony wcześniej pogląd, iż w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie ograniczono prawa do świadczeń gwarantowanych udzielanych ze środków publicznych pacjentom zakwalifikowanym do badania klinicznego, co powoduje, że nie wypełniono podstawowej przesłanki dotyczącej ograniczenia praw gwarantowanych przez Konstytucję RP. W przypadku przyjęcia odwrotnej tezy ustawodawca ograniczyłby prawo pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez postawienie w nierównej pozycji świadczeniobiorców zakwalifikowanych do badania klinicznego i świadczeniobiorców będących beneficjentami normalnego procesu leczenia.

Ponadto, na uwagę zasługuje fakt, iż uczestniczyłam w dyskusji publicystycznej na temat finansowania badań klinicznych na łamach dziennika „Rzeczpospolita”, którą udokumentowałam w wypowiedzi: *Badania kliniczne, czyli prawny i podatkowy supel*, „Rzeczpospolita” z 15 września 2009 roku (wspólnie z dr. R. Staszewskim), a także *Pułapka kliniczna: Jak rozwiązać problem umów w badaniach klinicznych*, „Menedżer Zdrowia” 2009, nr 8 (wspólnie z dr. R. Staszewskim). W rozważaniach objętych artykułem pt. *Prowadzenie badań nieinterwencyjnych – propozycje zmian de lege ferenda*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” [w druku], dotyczącym zagadnień łączących się z problematyką badań klinicznych, a związanych z możliwością prowadzenia przez lekarza badań nieinterwencyjnych uprawniających go do obserwacji efektów określonej terapii wybranej przez niego i uzgodnionej z pacjentem, podnoszę, iż w przepisach powszechnie obowiązującego prawa, zarówno krajowego, jak i unijnego, brak jest wyczerpującej regulacji dotyczących badań nieinterwencyjnych. W artykule postuluję ustawowe wprowadzenie obowiązku rejestracji badań nieinterwencyjnych przez właściwy organ krajowy, a także obowiązku udzielania zgody przez właściwą komisję bioetyczną na przeprowadzenie badania nieinterwencyjnego, także jak również wprowadzenie obowiązku ich rejestracji i przechowywania, aby zapewnić ochronę praw i bezpieczeństwo uczestników. Rozstrzygnięcia te stanowiłyby optymalne rozwiązanie pozwalające na właściwy nadzór nad prowadzeniem badań nieinterwencyjnych.

Oprócz wymienionych wyżej zainteresowań naukowo-badawczych swoją uwagę poświęcam również zagadnieniom związanym z szeroko pojętym systemem ochrony zdrowia. W rezultacie prowadzonych badań opublikowałam następujące artykuły: *Status prawny Narodowego Funduszu Zdrowia*, „Prawo i Administracja” pod red. K. Wojtczak, Piła, Wyższa Szkoła Biznesu, 2009, t. VIII, s. 121–134, *System ochrony zdrowia Republiki Malty*,

„Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2012, nr 3(30), s. 282–287. W artykule pt. *Wybrane problemy procesu reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce*, [w:] *Zdrowie. Problem medyczny, prawny, polityczny?*, pod red. T. Gardockiej, T. Maksymiuka, J. Skrzypczaka przy współpr. B. Horodeckiego, Wydawnictwo Naukowe WNPID UAM, Wydz. Prawa i Nauk Społ. SWPS, Poznań 2012, s. 43–55, poddają analizie aktualnie wdrażane w ramach reformy systemu opieki zdrowotnej rozwiązania ustawowe. Krytyczne uwagi dotyczą braku regulacji ustawowej dotyczącej kwestii ubezpieczeń dodatkowych czy też problemu publicznego finansowania prokreacji sztucznie wspomagananej *in vitro*. Kolejny artykuł zatytułowany *Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce w okresie transformacji ustrojowej*, [w:] *Przemiany demokratyczne w Polsce*, pod red. A. Stelmacha, WNPID UAM, Poznań 2013, s. 127–140, podejmuje temat reform dokonujących się w polskim sektorze ochrony zdrowia od okresu transformacji ustrojowej do dziś. Przedstawione w opracowaniu analizy dotyczą kierunków dokonywanych przeobrażeń w tej dziedzinie. W publikacji pt. *Changes in health policy in the State in the context of decentralization of the National Health Fund*, [w:] *Patient in health care system*, pod red. M.D. Głowackiej, J. Zdanowskiej, Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, Poznań 2013, s. 47–59 (współautor dr J. Sielska), poddają analizie koncepcję decentralizacji w opiece zdrowotnej w wybranych państwach Unii Europejskiej i wskazują na potrzebę wzmocnienia i uniezależnienia oddziałów NFZ-u od jego centrali, a także poddają odrębnej analizie założenia do projektu ustawy o instytucjach systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

Moim innym polem badawczym są również artykuły dotyczące włoskiego systemu ochrony zdrowia, np. *Prawo do ochrony zdrowia w Konstytucji RP Republiki Włoskiej*, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 34(1), s. 45–59, w którym uzasadniam tezę, iż prawo do ochrony zdrowia zajmuje szczególną pozycję wśród przepisów Konstytucji włoskiej, która jest przede wszystkim uwarunkowana miejscem tego prawa w strukturze Konstytucji, jak również funkcjonalnym powiązaniem go z innymi prawami. Wyniki badań w tym obszarze wiedzy udokumentowałam następującymi wypowiedziami: artykuł *Pielęgniarstwo w Unii Europejskiej – prawne uwarunkowania wykonywania zawodu we Włoszech*, [w:] *Wyzwania ochrony zdrowia. Pielęgniarstwo, geriatryka, sekretariat medyczny w aspekcie etyki, opieki medycznej i zarządzania*, pod red. E. Baum, R. Staszewskiego, Agrainvest, Poznań 2009, s. 91–104, w którym przedstawiłam zasady wykonywania zawodu pielęgniarki w Republice Włoskiej; artykuł *Wybrane problemy wyrażania zgody na interwencje medyczne w prawie włoskim*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2009, nr 4(34), s. 313–316, oraz artykuł *Ramy prawne wykonywania zawodów medycznych we włoskim systemie ochrony zdrowia*, „Medyczna

Wokanda” 2012, nr 4. W opracowaniu tym poruszam kwestię legalności zabiegów medycznych wykonywanych we Włoszech, których podstawowym warunkiem jest zgoda pacjenta lub innej osoby uprawnionej. Rozwiązania dotyczące zakresu zgody wynikają z przepisów włoskiej Konstytucji RP, które zostały rozwinięte przez właściwe przepisy ustaw zwykłych. W artykule pt. *Devolution in the Italian health care system. The role of regions in organizing health care after 2001*, „Barometr regionalny. Analizy i prognozy” [w druku], wskazuję na ciągłą ewolucję systemu ochrony zdrowia zapoczątkowaną wejściem w życie ustawy 1978/833, a kontynuowaną poprzez zmianę Tytułu V Konstytucji Republiki Włoskiej. W swoich rozważaniach dowodzę, że rezultatem zmian stał się większy udział regionów w zarządzaniu i regulowaniu systemu usług zdrowotnych na swoim terenie. Mając na uwadze powyższe, należy uznać, że zwiększanie zakresu autonomii regionów jest zjawiskiem pozytywnym, a jej zasadniczym przejawem jest powierzenie regionom funkcji ustawodawczej w wielu istotnych zagadnieniach, w tym związanych z ochroną zdrowia, jak również decentralizacja funkcji administracyjno zarządzających. Na szczególną uwagę zasługuje opracowanie pt. *Testament biologiczny w prawie włoskim. Rozważania wokół sprawy Eulany Englaro i Piergiorgio Welby*, „Studia Erasmiana Wratislaviensia”, t. VII, *Prawo życia i śmierci* [w druku], w którym zwracam uwagę na fakt, że włoskie prawo nie wypowiedzia się jednoznacznie w kwestii obowiązku respektowania przez lekarza woli pacjenta wyrażonej w tzw. testamencie życia. Wskazać należy, że przypadek Eulany Englaro stanowi pierwsze w prawie włoskim pozwolenie na przerwanie świadczeń ratujących życie w stosunku do pacjenta pozostającego w stanie wegetatywnym. Z kolei jeśli chodzi o przypadek Piergiorgio Welby, to spowodował on powstanie wielu wątpliwości prawnych skutkujących prowadzeniem sprawy karnej w stosunku do lekarza – dr. Mario Riccio, który pomógł w realizacji woli chorego. Opisane sprawy stanowiły we Włoszech przyczynek do dyskusji, również parlamentarnej, nad testamentem życia i prawem do eutanazji.

Ważne miejsce w prowadzonych przeze mnie badaniach naukowych stanowi problematyka funkcjonowania podmiotów leczniczych w otoczeniu prawnym. W wyniku prowadzonych przeze mnie badań powstał cykl artykułów poświęconych zagadnieniom organów ochrony zdrowia, a także pozycji kierownika podmiotu leczniczego. Uwagi o kompetencjach kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w kontekście specyfiki kierowania tym podmiotem zawarłam w artykule pt. *Kompetencje kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w świetle ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*, [w:] *Zarządzanie zdrowiem społecznym i edukacją menedżera ochrony zdrowia*, pod red. M.D. Głowackiej, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji i

Zarządzania, Poznań 2007, s. 25–33. Z kolei w opracowaniu pt. *Aspekty prawne pozycji dyrektora samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej*, „Prawo i Administracja” pod red. K. Wojtczak, Piła, Wyższa Szkoła Biznesu, 2008, t. VII, s. 233–254 (praca napisana wspólnie z A. Pachciarz), zajmuję się problematyką pozycji dyrektora jako osoby kierującej samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Wskazano w nim, że status dyrektora jest regulowany przez szereg przepisów rangi ustawowej. Zwrócono uwagę, że ustawa o zakładach opieki zdrowotnej ustalała przede wszystkim kompetencje kierownika publicznego zakładu opieki zdrowotnej, które wynikały ze szczególnej specyfiki kierowania takim zakładem, natomiast kompetencje dyrektora jako kierownika zakładu pracy regulowane są Kodeksem pracy i ustawami okołokodeksowymi. Z kolei w opracowaniu pt. *Rodzaje zatrudnienia w zakładach opieki zdrowotnej*, [w:] *Profesjonalizm w instytucjach opieki zdrowotnej – poradnik dla pracowników*, pod red. E. Baum, R. Staszewskiego, Agrainvest, Wrocław 2008, s. 199–210, analizuję formy wykonywania zawodu lekarza i pielęgniarki, wskazując na zalety i wady poszczególnych form zatrudnienia. Artykuł pt. *Zamówienia publiczne w zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] *Sprawne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, pod red. M.D. Głowackiej, J. Galickiego, Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, Poznań 2010, s. 65–80, stanowi próbę przedstawienia specyfiki zamówień publicznych udzielanych w sektorze ochrony zdrowia.

Podsumowanie

Moja dotychczasowa działalność naukowa koncentrowała się wokół analizy najnowszych regulacji w szeroko pojętym prawie konstytucyjnym i prawie medycznym.

Jeśli chodzi o dalsze plany badawcze, to są one związane z pracą współautorstwa zespołu badawczym z naukowcami z Wydziału Lekarskiego II Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu nad podręcznikiem z zakresu prawa medycznego zatytułowanym: *Prawo medyczne w praktyce. Podręcznik dla osób wykonujących zawody medyczne*. Problematyka ta zasługuje na opracowanie ze względu na doniosłe znaczenie praktyczne. Do priorytetowych celów mojej dalszej pracy badawczej zaliczam również stworzenie opracowania na temat zasad prowadzenia i finansowania badań klinicznych w wybranych państwach Unii Europejskiej oraz badania nad brytyjskim modelem systemu ochrony zdrowia.

6. Sumaryczny *impact factor* publikacji naukowych według listy Journal Citation Reports (JCR), zgodnie z rokiem opublikowania

Aspekty prawne sprzedaży produktów leczniczych przez lekarza ginekologa, „Ginekologia Polska” 2013, nr 7, s. 637–640 – IF 0,786

7. Kierowanie międzynarodowymi lub krajowymi projektami badawczymi lub udział w takich projektach

- uczestniczę w realizacji Międzynarodowego Projektu Badawczego nr 227048 finansowanego przez Research Council of Norway w ramach programu: Research Programme on Welfare, Working Life and Migration – VAM 2009-2018, tytuł: Labor migration and the moral sustainability of the Norwegian welfare state.

8. Wygłoszenie referatów na krajowych lub międzynarodowych konferencjach tematycznych – załącznik nr 10

c) Kryteria oceny w zakresie dorobku dydaktycznego i popularyzatorskiego oraz współpracy międzynarodowej habilitanta, zgodnie z § 5 rozporządzenia we wszystkich obszarach wiedzy.

1. Uczestnictwo w programach europejskich i innych programach międzynarodowych lub krajowych

2. Udział w międzynarodowych lub krajowych konferencjach naukowych lub udział w komitetach organizacyjnych tych konferencji – załącznik nr 7 i nr 10

3. Kierowanie projektami realizowanymi we współpracy z naukowcami z innych ośrodków polskich i zagranicznych, a w przypadku badań stosowanych we współpracy z przedsiębiorcami – załącznik nr 8

4. Udział w komitetach redakcyjnych i radach naukowych czasopism

od 2012 roku – członek Kolegium Redakcyjnego czasopisma „Studies of Economic and Social Processes” wydawanego przez Wielkopolską Wyższą Szkołę Społeczno-Ekonomiczną w Środzie Wielkopolskiej.

5. Członkostwo w międzynarodowych lub krajowych organizacjach i towarzystwach naukowych – załącznik nr 8
6. Osiągnięcia dydaktyczne i w zakresie popularyzacji nauki lub sztuki – załącznik nr 7 i nr 9
7. Opieka naukowa nad studentami i lekarzami w toku specjalizacji – załącznik nr 7
8. Staże w zagranicznych lub krajowych ośrodkach naukowych lub akademickich – załącznik nr 8
9. Wykonywanie ekspertyz i innych opracowań na zamówienie organów władzy publicznej, samorządu terytorialnego, podmiotów realizujących zadania publiczne lub przedsiębiorców- załącznik nr 9
10. Udział w zespołach eksperckich i konkursowych – załącznik nr 8.

Poznań, dnia 10 marca 2014 r.



dr Monika Urbaniak