



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

---

Szczecin, dnia 5 maja 2025 r.

Poz. 2133

### UCHWAŁA NR XI/242/25 RADY MIASTA SZCZECIN

z dnia 23 kwietnia 2025 r.

#### **w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania**

Na podstawie 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1465, 1572, 1907 i 1940) i art. 40 ust.1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 107 i 1907) oraz art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2024 r. poz. 986 i 1871) Rada Miasta Szczecin uchwala, co następuje:

**§ 1.** Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania, w formie Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach, przedszkolach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miasto Szczecin, stanowiącego załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Szczecin.

**§ 3.** Traci moc uchwała Nr LV/1538/23 Rady Miasta Szczecin z dnia 12 grudnia 2023 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Zachodniopomorskiego z 27 grudnia 2023 r. poz. 7146).

**§ 4.** Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Zachodniopomorskiego.

Przewodniczący Rady Miasta Szczecin

**Paweł Bartnik**

Załącznik do uchwały Nr XI/242/25

Rady Miasta Szczecin

z dnia 23 kwietnia 2025 r.

**Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej  
dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach, przedszkolach i placówkach,  
dla których organem prowadzącym jest Gmina Miasto Szczecin**

**Rozdział 1.**

**Postanowienia ogólne**

**§ 1.** Niniejszy Regulamin określa:

- 1) rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej;
- 2) warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej;
- 3) sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.

**§ 2.** Ilekcć w niniejszym Regulaminie jest mowa o:

- 1) funduszu zdrowotnym - należy przez to rozumieć środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, wyodrębnione corocznie w budżecie Gminy Miasto Szczecin;
- 2) organie prowadzącym - należy przez to rozumieć Gminę Miasto Szczecin;
- 3) szkole - należy przez to rozumieć szkołę, o której mowa w art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela, dla której organem prowadzącym jest Gmina Miasto Szczecin;
- 4) nauczycielu – należy przez to rozumieć nauczyciela, o którym mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karty Nauczyciela;
- 5) dyrektorze - należy przez to rozumieć dyrektora szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony przed przejściem na emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne;
- 6) decyzji - należy przez to rozumieć rozstrzygnięcie w zakresie przyznania bądź odmowy przyznania pomocy zdrowotnej, niebędące decyzją administracyjną w rozumieniu ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego;
- 7) wniosku - należy przez to rozumieć wniosek o przyznanie środków finansowych z funduszu zdrowotnego;
- 8) osobie bliskiej - należy przez to rozumieć małżonka, dzieci, rodziców, rodzeństwo, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu;
- 9) opiekunie faktycznym – należy przez to rozumieć osobę sprawującą bez obowiązku ustawowego stałą opiekę nad nauczycielem, który ze względu na stan zdrowia opieki takiej wymaga.

**§ 3.** 1. Fundusz zdrowotny tworzą środki finansowe wyodrębnione corocznie w budżecie Gminy Miasto Szczecin, przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej.

2. Funduszem zdrowotnym dysponuje Prezydent Miasta Szczecin.

**Rozdział 2.**

**Rodzaje świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej**

**§ 4.** 1. Pomoc zdrowotna jest jednorazowym bezzwrotnym świadczeniem udzielonym w formie pieniężnej, jako refundacja całkowita lub częściowa poniesionych przez nauczyciela wydatków związanych z:

- 1) długotrwałą chorobą (chorobą nieuleczalną, chorobą przewlekłą);
- 2) długotrwałym leczeniem specjalistycznym i rehabilitacją;
- 3) długotrwałym leczeniem szpitalnym lub poszpitalnym;
- 4) korzystaniem ze względów zdrowotnych z usług dentystycznych;

5) nagłym zdarzeniem losowym (nagła choroba, wypadek).

2. Świadczeniami w ramach pomocy zdrowotnej są:

- 1) refundacja kosztów zakupu leków związanych bezpośrednio z chorobą, których przyjmowanie zostało zlecone przez lekarza (z wyłączeniem suplementów diety, ziół, paramedykamentów, leków OTC);
- 2) refundacja kosztów zakupu sprzętu ortopedycznego, do rehabilitacji lub niezbędnego do przeprowadzania zalecanego przez lekarza leczenia;
- 3) refundacja opłat za świadczenia usług medycznych lub rehabilitacyjnych;
- 4) refundacja kosztów badań diagnostycznych, konsultacji;
- 5) refundacja kosztów zakupu aparatu słuchowego;
- 6) refundacja kosztów zakupu okularów lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok, zgodnie z zaleceniem lekarza okulisty, jeżeli wyniki badań okulistycznych wykażą potrzebę ich używania;
- 7) refundacja kosztów usług z zakresu leczenia stomatologicznego (z wyłączeniem usług estetycznych);
- 8) refundacja kosztów poniesionych na przejazdy bezpośrednio związane z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, tj. transport medyczny;
- 9) refundacja kosztów poniesionych na dodatkową opiekę nad chorym nauczycielem w domu, w tym korzystanie z usług pielęgnacyjno-opiekuńczych.

### Rozdział 3.

#### Warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 5. 1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku, którego wzór stanowi załącznik do niniejszego Regulaminu.

2. Z pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego mogą korzystać nauczyciele zatrudnieni w szkołach oraz nauczyciele po przejściu na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne bez względu na datę przejścia na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne.

3. Warunek dotyczący zatrudnienia uważa się za spełniony również, jeżeli nauczyciel jest zatrudniony w kilku szkołach, w każdej w wymiarze mniejszym niż połowa obowiązkowego wymiaru zajęć, łącznie jednak wymiar jego zajęć stanowi co najmniej  $\frac{1}{2}$  obowiązkowego wymiaru zajęć.

4. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) zaświadczenie lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty, wystawione nie wcześniej niż **12 miesięcy** przed dniem złożenia wniosku w szkole, potwierdzające fakt istnienia długotrwałej choroby (choroby nieuleczalnej, choroby przewlekłej), długotrwałego leczenia specjalistycznego, leczenia szpitalnego lub poszpitalnego, stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, leczenia stomatologicznego, stosowania leków;
- 2) oryginały imiennych faktur lub rachunków potwierdzające koszty leczenia lub zakupu wskazane we wniosku, poniesione w ciągu **12 miesięcy** przed dniem złożenia wniosku w szkole.

5. Wnioski należy składać do Prezydenta Miasta Szczecin za pośrednictwem dyrektora szkoły wraz z wymaganymi dokumentami w terminie do **30 czerwca** danego roku kalendarzowego. Wnioski złożone po terminie nie będą rozpatrywane. Dniem złożenia wniosku jest dzień wpływu wniosku do szkoły.

6. Dyrektor szkoły potwierdza na wniosku uprawnienie nauczyciela do pomocy zdrowotnej i przekazuje kompletny wniosek za pośrednictwem Wydziału Oświaty Urzędu Miasta Szczecin do Prezydenta Miasta Szczecina w terminie do **31 sierpnia danego roku kalendarzowego** w zaklejonej kopercie z dopiskiem „Wnioski o przyznanie pomocy w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli”.

7. W przypadku, gdy wniosek jest niekompletny, nieprawidłowo wypełniony, złożony na nieprawidłowym druku lub nie zawiera załączników, o których mowa w ust. 4 nauczyciel zostanie wezwany do uzupełnienia, poprawienia wniosku lub przedłożenia załączników w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania.

8. Nie zastosowanie się do wezwania, o którym mowa w ust. 7, skutkuje pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia, o czym nauczyciel zostanie poinformowany pisemnie.

9. Nauczyciele emeryci, renciści i otrzymujący nauczycielskie świadczenie kompensacyjne składają wniosek do szkoły, w której byli zatrudnieni przed przejściem na to świadczenie lub szkoły, w której jest dokonywany odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych.

10. W przypadku, gdy ostatnim miejscem zatrudnienia nauczyciela, o którym mowa w ust. 9 była zlikwidowana szkoła, wniosek składa się do szkoły, w której jest naliczany odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych na tego nauczyciela, będącego emerytem, rencistą bądź pobierającym nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

11. O przyznaniu i wysokości przyznanej pomocy zdrowotnej lub odmowie jej przyznania, decyduje Prezydent Miasta Szczecin, w terminie do **31 października** danego roku kalendarzowego.

12. W szczególnych przypadkach, tj. np.: choroba nowotworowa, nagły wypadek, nagłe zachorowanie, wniosek może zostać rozpatrzony w trybie pilnym, bez zachowania terminu, o którym mowa w ust. 5.

13. W przypadkach, o których mowa w ust. 12 wniosek może złożyć osoba bliska lub opiekun faktyczny.

#### **Rozdział 4.**

##### **Sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej**

§ 6. 1. Nauczyciel może ubiegać się o pomoc zdrowotną ze środków funduszu zdrowotnego jeden raz w roku kalendarzowym.

2. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- 1) wysokości udokumentowanych wydatków poniesionych na leczenie;
- 2) wysokości środków finansowych zaplanowanych w budżecie gminy na pomoc zdrowotną dla nauczycieli i liczby składanych wniosków.

3. Ustala się refundację poniesionych wydatków w wysokości 60% ich wartości nie więcej jednak niż 50 % wynagrodzenia zasadniczego netto nauczyciela początkującego.

4. Refundacji nie podlegają wydatki już zrefundowane poprzez uzyskanie środków publicznych na ten cel.

5. Obsługę wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej zapewnia Wydział Oświaty Urzędu Miasta Szczecin.

6. Na pisemną prośbę nauczyciela, Wydział Oświaty Urzędu Miasta Szczecin może poświadczyć za zgodność z oryginałem złożone dokumenty i odesłać nauczycielowi oryginały ww. dokumentów, pozostawiając w dokumentacji ich kserokopie.

7. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest przez szkołę, w której nauczyciel składał wniosek.

8. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, niewykorzystane w danym roku budżetowym, nie przechodzą na następny rok.

9. W przypadku braku środków na pełne pokrycie potrzeb pomoc zdrowotna będzie przyznana częściowo lub nie będzie przyznawana.

10. Decyzję o przyznaniu i wysokości pomocy zdrowotnej lub decyzję odmowną podejmuje Prezydent Miasta Szczecin.

11. Decyzja, o której mowa w ust. 10 jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie. Decyzja o odmowie przyznania pomocy zdrowotnej zawiera pisemne uzasadnienie.

12. Wydział Oświaty Urzędu Miasta Szczecin powiadamia pisemnie wnioskodawcę o przyznaniu pomocy zdrowotnej lub odmowie jej przyznania za pośrednictwem dyrektora szkoły, w której nauczyciel składał wniosek.

13. Wypłata świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej nastąpi w terminie do 15 grudnia danego roku kalendarzowego.

## Załącznik do Regulaminu

Znak sprawy	Data złożenia wniosku

## Prezydenta Miasta Szczecin

## Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

Dane nauczyciela (którego wniosek dotyczy)									
Imię i nazwisko nauczyciela									
Data urodzenia									
Dane kontaktowe: Nr telefonu lub/i adres poczty elektronicznej									
Adres zamieszkania	(ulica, nr domu, nr mieszkania)								
	kod pocztowy				-				mięscowość
Wniosek dotyczy (właściwe należy zaznaczyć „X”)	<input type="checkbox"/> nauczyciela czynnego zawodowo <input type="checkbox"/> nauczyciela: emeryta/rencisty/otrzymującego świadczenie kompensacyjne								
	Miejsce zatrudnienia / ostatnie miejsce zatrudnienia		nazwa szkoły						
		adres szkoły							
Uzasadnienie wniosku									
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>									
Do wniosku dołączam następujące dokumenty (należy zaznaczyć „X” właściwe TAK/NIE)								TAK	NIE
1.	zaświadczenie lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty, wystawione nie wcześniej niż <b>12 miesięcy</b> przed dniem złożenia wniosku w szkole							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	oryginały imiennych faktur lub rachunków potwierdzających koszty leczenia lub zakupu wskazane we wniosku, poniesione w ciągu 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku w szkole							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.	oświadczenie w zakresie wyrażenia zgody na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach, na zasadach określonych w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – RODO (dotyczy danych kontaktowych)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Inne (Np. pełnomocnictwo, oświadczenie osoby bliskiej lub opiekuna faktycznego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p style="text-align: right;">..... data i czytelny podpis Wnioskodawcy</p>			

Potwierdzenie zasadności wnioskowania o pomoc zdrowotną przez dyrektora szkoły	
Rozdział klasyfikacji budżetowej	
<b>WNIOSEK DOTYCZY:</b> <i>(właściwe należy zaznaczyć „X”)</i>	<input type="checkbox"/> NAUCZYCIELA CZYNNEGO ZAWODOWO ..... (wymiar etatu) <input type="checkbox"/> NAUCZYCIELA EMERYTA, <input type="checkbox"/> NAUCZYCIELA RENCISTY, <input type="checkbox"/> NAUCZYCIELA OTRZYMUJĄCEGO ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE.
..... Pieczęć szkoły	..... Pieczęć i podpis dyrektora

### Decyzja Prezydenta Miasta Szczecin

Po zapoznaniu się z wnioskiem, załączonymi dokumentami

**Przyznaję** Pani/ Panu świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej

w wysokości ..... zł

Kwota słownie .....

.....

**Odmawiam** Pani/Panu świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

Uzasadnienie (tylko w przypadku decyzji odmownej) .....

.....

.....

.....  
(podpis Prezydenta)