

ELŻBIETA FERET

Uniwersytet Rzeszowski

elaferet@onet.pl

ORCID: 0000-0001-9283-0316

Ustrojowe i finansowe podstawy prawne ochrony zdrowia w Polsce – wybrane zagadnienia

**The systemic and financial legal bases of health
care in Poland – selected issues**

Streszczenie. Jednym z podstawowych wymienionych przez Konstytucję Rzeczypospolitej Polskiej zadań publicznych realizowanych na rzecz obywateli jest ochrona zdrowia. W tym zakresie każdemu obywatelowi Rzeczypospolitej Polskiej zagwarantowane zostało prawo do korzystania ze świadczeń oferowanych przez państwo i poszczególne jednostki samorządu terytorialnego. Celem tych świadczeń ma być zapewnienie stałego i niczym nieograniczonego dostępu do systemu opieki zdrowotnej. Ten dostęp może być zapewniony wyłącznie na podstawie właściwie zorganizowanego systemu finansowania jednostek organizacyjnych realizujących zadania z zakresu zdrowia, stąd tak ogromnie istotną kwestią jest nie tylko skonstruowanie całego systemu świadczeń zdrowotnych, ale także zagwarantowanie każdej z jednostek działających w tym zakresie odpowiednich środków finansowych. W świetle obowiązujących przepisów prawa w Polsce akty prawne, które mają stanowić nie tylko ustrojowe, ale i finansowe podstawy

działania służby zdrowia, są bardzo rozbudowane i przybierają postać licznych, odrębnych regulacji prawnych. To czyni bardzo trudnym jednoznaczne i jednolite zdefiniowanie zasad finansowania zadań publicznych w zakresie ochrony zdrowia. Kiedy jeszcze dodatkowo z tak licznych unormowań prawnych wynika możliwość ich realizacji także przez podmioty prywatne przy udziale środków publicznych, tytułowe zagadnienie staje się jeszcze bardziej skomplikowanym. Z uwagi na powyższe wybór tematu, w ocenie autora, jest niezwykle ważny, ale jednocześnie skomplikowany ze względu na ograniczenia techniczne, wynikające z opracowań w formie artykułów naukowych. Jednakże podniesione kwestie mogą stanowić bazę do dyskusji i dalszych, szerszych, tworzonych na podstawie zmieniających się wciąż przepisów prawa aktualnych opracowań w tym zakresie. Z uwagi na powyższe w artykule zostaną zasygnalizowane jedynie dwa zasadnicze zagadnienia. Pierwsze, związane z funkcjonowaniem organów władzy publicznej w obszarze ochrony zdrowia na szczeblu państwowym i samorządowym związanym z określeniem form organizacyjnoprawnych działających w ramach sektora finansów publicznych. Drugie, polegające na zasygnalizowaniu możliwości realizacji opieki zdrowotnej także przez podmioty prywatne, dla których ustawodawca także przewidział uprawnienie do wykorzystywania środków budżetowych w celu wykonywania zadań z zakresu opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia; publiczna służba zdrowia; sektor finansów publicznych; jednostki służby zdrowia działające poza sektorem finansów publicznych.

Abstract. Protection of health is one of the basic public tasks performed for the benefit of citizens which is listed by the Constitution of the Republic of Poland. In this respect, every citizen of the Republic of Poland is guaranteed a right to receive benefits offered by the state and respective territorial self-government units. The purpose of these benefits is to ensure permanent and unrestricted access to the health care system. This access can only be provided on the basis of a properly organized system of financing the organizational units which perform health care tasks. Hence, it is of great importance not only to construct the entire system of health services, but also to guarantee adequate financial resources to each of the units operating in this area. In the light of the applicable laws in Poland, the legal acts which constitute not only the systemic but also the financial basis for the operation of health care, are very extensive and take the form of a number of separate legal regulations. This makes it very difficult to clearly and uniformly define the principles of financing public tasks in the realm of a health

care. The problem in question becomes even more complicated when, in addition, numerous legal regulations allow for their implementation to be made also by private entities using public funds. In view of the above, the choice of the theme, in the opinion of the Author, is extremely important, but at the same time complicated, owing to technical limitations resulting from studies in the form of scientific articles. However, these thematic issues raised may serve as the basis for discussion and further, broader studies in this area, developed on the basis of the ever-changing legislation. Therefore, only two main issues will be indicated in this article. The first one is related to the functioning of public authorities in the area of healthcare at state and local government level, related to the definition of organizational and legal forms operating within the public finance sector. The second one, signals the possibility of healthcare implementation delivered by private entities, for which the legislator also provided the right to use budgetary resources in order to perform tasks within the healthcare sector.

Keywords: health care; public health services; public finance sector; health units operating outside the public finance sector.

1. Wstęp

Jak wynika z postanowień konstytucyjnych¹, „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”, a co za tym idzie, należy uznać, że za jedną z głównych misji państwa uznano konieczność zachowania zdrowia obywateli². Sprostaniu tego obowiązku służyć ma przyjmowanie takich rozwiązań prawnych, które zabezpieczą powszechne prawo do usług medycznych. Tę „po-

¹ Mowa o treści art. 68 ust. 1 ustawy z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.), dalej nazywana także Ustawą konstytucyjną lub Konstytucją RP.

² Obok innych związanych także ze zdrowiem takich jak: ochrona godności, ochrona życia, zakaz poddawania eksperymentom bez dobrowolnie wyrażonej zgody, nietykalność cielesna czy zakaz tortur i innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania lub karanía – odpowiednio art.: 30, 38, 39, 41 ust. 1, 40 Konstytucji RP. Zob. szerzej na ten temat m.in.: T. Jasudowicz, *Prawo do zdrowia* [w:] B. Gronowska, T. Jasudowicz, M. Balcerzak, M. Lubiszewski, R. Mizerski (red.), *Prawa człowieka i ich ochrona*, Toruń 2010, s. 491; A. Ostrzyżek, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 4, s. 65 oraz wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20040050037/T/D20040037TK.pdf>, (dostęp: 31.03.2020 r.).

wszechność” poświadcza bezwzględny charakter przyjętego unormowania, które może podlegać ograniczeniu w stosunku do obywateli³ wyłącznie na mocy wyraźnie ustawowo określonych przesłanek⁴.

Aby doprowadzić do realizacji tego ważnego zadania publicznego, regulacje ustaw zwykłych mają zatem spowodować utworzenie takiego systemu opieki zdrowotnej⁵ (w Polsce opartego na jednostkach publicznych⁶), który będzie mógł realizować swoje zadania dzięki sprawnemu i efektywnemu⁷ finansowaniu służby zdrowia. Ze względu jednak na wciąż niezaspokojone potrzeby w tym względzie ustawodawca dopuszcza także możliwość działania jednostek poza sferą sektora finansów publicznych, których działanie zostanie zasygnalizowane w opracowaniu.

Z uwagi na wyżej podniesione kwestie celem podstawowym rozważań zawartych w artykule jest ukazanie obowiązujących unormowań prawnych (wciąż modyfikowanych) na szczeblu zarówno państwowym, jak i samorządowym w stosunku do podmiotów publicznych realizujących usługi medyczne wraz z określeniem dopuszczalnych ustawowo sposobów ich finansowania. Przy tym nie mogą zostać jednak pominięte także kwestie związane z możliwością wykonywania zadań związanych

³ W doktrynie przyjmuje się, że „prawa pacjenta są uszczegółowieniem fundamentalnych praw człowieka i pochodną jego prawa do ochrony zdrowia”. Za: E. Bagińska, M. Śliwka, M. Świdorska, M. Wałachowska [w:] M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2009, s. 43 i n.

⁴ Na ten temat zob. także m.in. P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2000, s. 91.

⁵ Jak wskazuje się w literaturze przedmiotu, „ochrona zdrowia to taki system, który zajmuje się organizacją oraz finansowaniem”. Tak m.in. G. Jasiński, *Wybrane aspekty organizacji i metod finansowania systemów ochrony zdrowia w państwach europejskich*, „Biuletyn Kas Chorych” 2001, nr 3–4, s. 16.

⁶ Szerzej por. P. Sarnecki, *Normy programowe w Konstytucji i odpowiadające im wolności konstytucyjne* [w:] L. Garlicki, A. Szmyt (red.), *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, Warszawa 2003, s. 253 oraz T. Gizbert-Studnicki, A. Grabowski, *Normy programowe w konstytucji* [w:] J. Trzciniński (red.), *Charakter i struktura norm konstytucji*, Warszawa 1997, s. 95 i n.

⁷ J. Klich, *Państwo i rynek w sektorze ochrony zdrowia w Polsce: kierunki i perspektywy*, https://www.ue.katowice.pl/fileadmin/_migrated/content_uploads/25_J.Klich_Panstwo_i_rynek_w_sektorze_ochrony....pdf, (dostęp: 7.03.2020 r.).

z ochroną zdrowia przez podmioty spoza sektora publicznego, z tym że jako wyjątek w stosunku do zasady działania publicznej służby zdrowia⁸.

2. Kontytucyjne unormowania jako podwaliny działań w zakresie ochrony zdrowia⁹

W celu uzasadnienia potrzeb unormowań polskiej konstytucji w stosunku do zagadnień związanych z ochroną zdrowia niezbędne jest wskazanie pierwotnych podstaw tych regulacji, które należy wywodzić z postanowień Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przyjętej w 1946 roku. WHO bowiem w preambule swojej Konstytucji przyjęła, że „zdrowie jest pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brakiem choroby czy ułomności. (...) Zdrowie wszystkich ludów jest podstawą dla osiągnięcia pokoju i bezpieczeństwa, a zależne jest od najpełniejszej współpracy jednostek i państw. Osiągnięcia każdego państwa w popieraniu i ochronie zdrowia przedstawiają wartość dla wszystkich”.

Oczywiste jest to, że kierowanie się przyjętymi zasadami wpłynęło na treść wyżej powołanych regulacji konstytucyjnych w Polsce. Ich wynikiem stało się nałożenie na państwo obowiązku podejmowania działań w zakresie zapewnienia ochrony zdrowia obywatelom, przy czym ten obowiązek należy rozpatrywać w dwóch powiązanych ze sobą aspektach. Pierwszy związany jest z prawem obywateli do oczekiwania i wymagania

⁸ K. Ryć, A. Sobczak (red.), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna. Koncepcje, regulacje, zarządzanie*, Warszawa 2010, s. 133.

⁹ Zob. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządę reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., tekst polski opublikowany w Dz.U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477. Na ten temat zob. także aktualne regulacje wynikające z Tytułu XIII Zdrowie publiczne Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską, Dz.Urz. UE 2006 C 321 E. Por. szerzej J. Jończyk, *Transformacja ubezpieczeń społecznych i ochrony zdrowia* [w:] H. Szurgacz (red.), *Konstytucyjne problemy prawa pracy i zabezpieczenia społecznego*, Wrocław 2005, s. 110.

od państwa zapewnienia działań zmierzających do ochrony ich zdrowia¹⁰. Drugi zaś, będący konsekwencją pierwszego, obliguje państwo do zagwarantowania regulacji prawnych w zakresie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej oraz sposobów jej finansowania¹¹.

Ustawa zasadnicza konstytuuje prawo ochrony zdrowia swoich obywateli kilka razy, odnosząc się do zdrowia jako podstawowej wartości, której winno strzec¹². Obok bowiem określenia podstawowych zasad dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej takich jak m.in.: powszechność i równość¹³, dbałość o najsłabsze grupy społeczne¹⁴, konieczność podejmowania działań nadzwyczajnych na wypadek chorób epidemicznych¹⁵ oraz zapewnienie dostępu do rozwoju kultury fizycznej¹⁶ ustrojodawca przewiduje, że władze publiczne winny chronić konsumentów, użytkowników i najemców przed działaniami zagrażającymi ich zdrowiu¹⁷. Przyjęcie tego typu unormowań świadczy o tym, że ustrojodawca odnosi swo-

¹⁰ W postanowieniu z dnia 20 lutego 2002 r. TK podkreślił, że „zagwarantowane w art. 68 Konstytucji, prawo do ochrony zdrowia ma charakter osobisty i przysługuje wyłącznie osobom fizycznym”, K. 39/2000, Dz.U. Nr 18, poz. 184.

¹¹ Na ten temat por. m.in. M. Sagan, *Glosa do uchwały Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 roku, sygn. akt I KZP 32/05*, „Prokuratura i Prawo” 2006, nr 5, s. 157–173.

¹² E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2011, s. 20–21. Jak wskazuje doktryna, przyjęta regulacja zakłada konieczność podejmowania pozytywnych działań w ramach realizowanej przez państwo polityki zdrowotnej. Tak R. Bański, *Granice prawnej ochrony wartości w społeczeństwie demokratycznym – zakres ochrony wartości zdrowia człowieka*, Kraków 2005, s. 5 i n.

¹³ Na ten temat zob. D.E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011, s. 166 i n.

¹⁴ Jak wskazuje literatura przedmiotu, prawa socjalne zostały zabezpieczone w obowiązującej Konstytucji. Tak L. Wiśniewski, *Pojęcie i konstrukcja prawna praw socjalnych* [w:] L. Wiśniewski (red.), *Podstawowe prawa jednostki i ich ochrona sądowa*, Warszawa 1997, s. 171.

¹⁵ Obecnie por. tzw. specustawę z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, Dz.U. poz. 374.

¹⁶ Zob. regulacje wynikające wprost z treści art. 68 ust. 2 do 5 Ustawy zasadniczej. Na ten temat por. szerzej doktrynę, w szczególności: M. Jabłoński, *Obywatelstwo polskie jako przesłanka realizacji konstytucyjnych praw i wolności* [w:] J. Ciapała, K. Flaga-Gieruszyńska (red.), *Prawa podmiotowe. Pojmowanie w naukach prawnych. Zbiór studiów*, Szczecin 2006, s. 52.

¹⁷ Za art. 76 Konstytucji RP.

je rozwiązywania prawne w równej mierze do ogólnych zasad, jak i do wskazania konkretnych grup podmiotów szczególnie narażonych na utratę zdrowia.

Z uwagi na powyższe uzasadnione jest stwierdzenie, że w przypadku prawa do ochrony zdrowia regulacje zawarte w Konstytucji nadały jej rangę jednego z praw człowieka¹⁸, a nie tylko obywatela¹⁹. Jak wynika bowiem z literatury przedmiotu, będąc prawem człowieka, a nie prawem wyłącznie obywatelskim, nie jest tylko prawem pracujących i ubezpieczonych, lecz przysługuje również osobom uprawnionym do świadczeń w rozumieniu ustawodawstwa zwykłego²⁰. Z tego też powodu ewentualne ograniczenia²¹ w tym zakresie dopuszczalne są wyłącznie wówczas, gdy mają zapewnić bezpieczeństwo lub porządek publiczny i wynikają z przepisów ustawy²² po to by, nie naruszać istoty wolności i praw²³.

Te uwarunkowania dotyczą także szczebla samorządowego. Ustrojodawca, kierując się bowiem decentralizacją organów władzy publicznej²⁴, zalicza do „istotnej części zadań publicznych”²⁵ także te związane ze zdrowiem. Stąd każda jednostka samorządu terytorialnego realizuje zadania z zakresu i ochrony zdrowia (tak jak ma to miejsce w przypadku wszystkich jednostek samorządu terytorialnego²⁶) i promocji zdrowia na

¹⁸ Potwierdzenie można znaleźć także w wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK ZU nr 7/2000, poz. 1.

¹⁹ Zob. na ten temat także E. Feret, *Human (citizen) rights and legal and financial regulations in Poland*, [in:] M. Mamiński, M. Rzewuski (eds), *Contemporary problems of human rights – selected aspects*, 2019, s. 327–338.

²⁰ Zob. m.in. B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2009, s. 351.

²¹ Na ten temat zob. wyrok SA w Poznaniu z dnia 23 maja 2006 r., I ACa 1266/05, LEX nr 214245.

²² Szerzej por. art. 31 ust. 3 Konstytucji RP.

²³ Zob. wyrok SN z dnia 8 maja 1997 r., I PKN 125/97, OSNAP i US 1998 nr 5, poz. 152.

²⁴ Wyrażonej art. 15 Konstytucji RP.

²⁵ Za art. 16 Ustawy zasadniczej.

²⁶ Ze szczególnym uwzględnieniem gmin uzdrowiskowych, na mocy ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 1056 ze zm. Gmina uzdrowiskowa oraz gmina posiadająca status obszaru ochrony uzdrowiskowej poza zadaniami przewidzianymi przepisami ustawy o samorządzie gminnym realizuje zadania własne związane z zachowaniem funkcji leczniczych uzdrowiska.

szczeblu powiatowym i wojewódzkim²⁷ w zakresie zadań zarówno własnych²⁸, jak i zleconych²⁹.

3. Finansowanie działalności publicznej służby zdrowia

Jak zostało już wykazane, przyjęte regulacje konstytucyjne stanowią konieczną podstawę dla zabezpieczenia realizacji zadań publicznych w zakresie zdrowia. Warunkiem stałego wykonywania tego rodzaju zadania jest stworzenie sprawnie i efektywnie działającego systemu opieki zdrowotnej, którego działanie jest ściśle uzależnione od gwarancji finansowych ze strony państwa. Za tego typu gwarancje finansowe należy uznać środki pochodzące z corocznie uchwalanego budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Dzięki tym zatwierdzonym planom finansowym, będących podstawą dla funkcjonowania publicznej służby zdrowia, możliwe jest finansowanie ich działalności, co jest równoznaczne z zapewnieniem stałego dostępu do środków publicznych.

Prima facie można by przyjąć zatem, że zamierzeniem ustrojodawcy było zabezpieczenie realizacji tych zadań przez jednostki o charakterze publicznym, co należy uznać za zasadę³⁰. To bowiem organy władzy pu-

²⁷ W przypadku gminy – mowa o art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 506 ze zm.), w przypadku powiatu i województwa odpowiednio art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 511 ze zm.) i art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 512 ze zm.). Ten rodzaj zadania bowiem został zaliczony do „istotnej części zadań publicznych”, o których mowa w Konstytucji RP w art. 16 ust. 2 zd. 2 w zw. z art. 15 ust. 1 *a propos* decentralizacji władzy publicznej.

²⁸ Na przykład dotyczących rozwiązywania problemów alkoholowych na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 2277.).

²⁹ Przykładowo w zakresie ochrony zdrowia psychicznego na podstawie ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz.U. z 2018 r., poz. 1878 ze zm.).

³⁰ Zob. na ten temat treść uzasadnienia do wyroku SA w Gdańsku z dnia 5 czerwca 2019 r., V ACa 525/18, <https://www.saos.org.pl/judgments/389780>, (dostęp: 2.04.2020 r.) oraz M. Kowalczyk, *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce w latach 1999–2015*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej. Zarządzanie” 2015, nr 20, s. 139–148.

blicznej te szczebla zarówno państwowego, jak i samorządowego zostały zobowiązane do podejmowania działań oraz ponoszenia odpowiedzialności za ochronę zdrowia w Polsce³¹.

Wskazując na publiczne jednostki realizujące zadania w zakresie ochrony zdrowia, należy odnieść się do przepisów obowiązującej ustawy o finansach publicznych³². Przyjęte w niej bowiem rozwiązania prawne należy traktować jako podstawę dla określenia zasad finansowania zadań publicznych w zakresie ochrony zdrowia przez sektor finansów publicznych³³.

W tym zakresie przepisy obowiązującej ustawy z 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych mocą art. 9 dokonały wyliczenia jednostek tworzących sektor finansów publicznych, w ramach którego można wskazać na te, które mają realizować zadania związane z ochroną zdrowia. Do tego typu jednostek publicznych należą: organy administracji rządowej i samorządowej – działające w formie jednostek budżetowych; agencje wykonawcze, instytucje gospodarki budżetowej; państwowe fundusze celowe; Narodowy Fundusz Zdrowia, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz inne państwowe lub samorządowe osoby prawne utworzone na podstawie odrębnych ustaw w celu wykonywania zadań publicznych.

Co istotne z punktu widzenia prowadzonych rozważań cechą wspólną wymienionych jednostek jest działanie w obszarze zdrowia, z tym, że te obszary są dość mocno zróżnicowane pod względem tak ustawowo określonych form organizacyjnych, zakresu realizowanych zadań, jak sposobu finansowania ich działalności. Stąd rolą przepisów wynikających z przepisów odrębnych ustaw jest doprecyzowanie poszczególnych rodzajów zadań do ich adresatów.

³¹ Literatura przedmiotu wskazuje wręcz na obciążenie „władz publicznych” obowiązkami wynikającymi z art. 68 Konstytucji RP. Tak m.in. S. Jarosz-Żukowska, *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej* [w:] M. Jabłoński (red.), *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, Wrocław 2014, s. 668.

³² Mowa o regulacjach ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 869 ze zm.).

³³ Szczegółowo na ten temat por. P. Lenio, *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, Warszawa 2018, s. 36–71.

3.1. Funkcjonowanie państwowych i samorządowych jednostek budżetowych oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Odnosząc się do kwestii adresatów tych przepisów, należy zwrócić w pierwszej kolejności uwagę na realizację zadań w obszarze ochrony zdrowia przez organy administracji rządowej i samorządowej działające w formie jednostek budżetowych, czyli pozostające w bezpośrednim powiązaniu ze środkami pochodzącymi z budżetu, odpowiednio państwa albo jednostki samorządu terytorialnego. Potwierdzeniem faktu, że to właśnie te jednostki publiczne winny realizować zadania związane z ochroną zdrowia, jest wyodrębnienie (na mocy rozporządzenia Ministra Finansów) w budżecie państwa części budżetowej³⁴ dotyczącej zdrowia (część 46)³⁵ ze stojących na jej czele Ministrem zdrowia jako dysponentem³⁶ środków publicznych, a w nim działu 851 – ochrony zdrowia ze wskazaniem rozdziałów, m.in.: 85111 – Szpitale ogólne, 85112 – Szpitale kliniczne, 85115 – Sanatoria, 85116 – Profilaktyczne domy zdrowia, 85117 – Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, 85118 – Szpitale uzdrowiskowe³⁷.

Przyjęte unormowania mają zastosowanie również do szczebla samorządowego w przypadku funkcjonowania tzw. gminnych, powiatowych lub wojewódzkich jednostek służby zdrowia przyjmujących formę samorządowych jednostek budżetowych³⁸. W ich przypadku jednak to budżet jednostki samorządu terytorialnego decyduje o środkach finansowych na zadania z zakresu ochrony zdrowia, z tym, że – co istotne – poszerzone

³⁴ Za art. 114 ww. ustawy.

³⁵ Zob. rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 4 grudnia 2009 r. w sprawie klasyfikacji części budżetowych oraz określenia ich dysponentów (tekst jedn. Dz.U. z 2018 r., poz. 1187).

³⁶ Co wynika z treści art. 2 pkt 8 ustawy o finansach publicznych.

³⁷ Wynika z rozporządzenia.

³⁸ Za wyjątkiem podziału na części budżetowe.

w przypadku powiatów i samorządów województw także o zadanie związane z promocją zdrowia³⁹.

W przypadku szczebla samorządowego corocznie podejmowana przez organ stanowiący uchwała budżetowa prognozuje dochody i wydatki⁴⁰ na zadania w tym zakresie z uwzględnieniem podziału na ww. działy, rozdziały i paragrafy. Stąd w corocznie uchwalanym budżecie muszą się znaleźć kwoty ogólne, zaś w uchwale budżetowej oprócz kwot ogólnych także ich jasne i pełne⁴¹ określenie w sposób tabelaryczny, z właściwym uporządkowaniem uwzględniającym liczbę, rodzaje samorządowych jednostek budżetowych działających na obszarze danej gminy, powiatu czy województwa.

Taki sposób realizowania zadań z zakresu ochrony zdrowia na szczeblu tak państwowym, jak samorządowym pozostaje spójny z unormowaniami innych ustaw, w tym przede wszystkim ustawy o działalności leczniczej⁴², przewidującej realizację zadań z zakresu opieki zdrowotnej m.in.⁴³ w formie jednostki budżetowej⁴⁴. Mowa tu, co oczywiste, o regulacjach prawnych tworzących podstawę prawną dla powoływania państwowych oraz samorządowych jednostek budżetowych przez właściwych

³⁹ Zob. w tej sprawie rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 2 marca 2010 r. w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2014 r., poz. 1053).

⁴⁰ Zob. na ten temat m.in. K. Sawicka, *Procedura tworzenia budżetu jednostki samorządu terytorialnego* [w:] J. Glumińska-Pawlic, K. Sawicka (red.), *Budżet jednostki samorządu terytorialnego*, Zielona Góra 2002, s. 211.

⁴¹ Tak N. Gajl, *Gospodarka budżetowa w świetle prawa porównawczego*, Warszawa 1993, s. 88 i n.

⁴² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 295), dawniej ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.).

⁴³ Obok tej formy organizacyjno-prawnej ustawodawca dopuszcza inne możliwości realizacji tych zadań, o czym będzie mowa w dalszej części rozważań.

⁴⁴ Za art. 4 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którą mowa o jednostkach budżetowych, w tym państwowych tworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadających w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 172).

ministrów, centralne organy administracji rządowej, wojewodów⁴⁵ albo organy stanowiące jednostki samorządu terytorialnego⁴⁶.

Omawiana ustawa przewiduje także możliwość realizacji zadań przez podmioty lecznicze⁴⁷ działające w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – zaliczanych obok jednostek budżetowych także do sektora finansów publicznych, Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej⁴⁸ powoływane są do życia przez wyżej wymienione organy⁴⁹, ale również stają się nimi na skutek przejęcia ich przez gminy, powiaty i samorządy województw⁵⁰. Samodzielne (państwowe lub samorządowe publiczne zakłady opieki zdrowotnej) podlegają obowiązkowemu wpisowi do Krajowego Rejestru Sądowego, w ten sposób uzyskując osobowość prawną⁵¹. Wtedy ich finansowanie odbiega od zasady bezpośredniego finansowania przez państwo lub jednostki samorządowe, gdyż pokrywają one z posiadanych środków (np.: odpłatnej działalności leczniczej prowadzonej na podstawie umów⁵²; wydzielonej innej działalności,

⁴⁵ Zgodnie z treścią art. 6 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy o działalności leczniczej.

⁴⁶ Wynika z art. 6 ust. 2 pkt 2 ww. ustawy.

⁴⁷ Art. 4 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy.

⁴⁸ Mając na uwadze obowiązujące przepisy ustawy o działalności leczniczej, warto podnieść, że intencją ustawodawcy było przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową, o czym świadczy art. 190 ustawy wskazujący na to, że „jeżeli podmiot tworzący przekształcił samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową do dnia 31 grudnia 2013 r., zobowiązania podmiotu tworzącego przejęte od samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej miały podlegać umorzeniu”. Co potwierdza także orzeczenie NSA. W jego treści wskazano bowiem, że „Ustawodawca nie narzuca obowiązku przekształcenia podmiotu leczniczego w spółkę kapitałową, jednakże z dalszych przepisów ustawy o działalności leczniczej wynika, że ta forma działalności była przez niego preferowana (...) ze względu na wprowadzenie systemu zachęt ekonomicznych”. Wyrok NSA z 22 czerwca 2017 r., II FSK 419/17, <http://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/80C411775>, (dostęp: 5.04.2020 r.).

⁴⁹ Wynika z regulacji art. 6 ust. 1 pkt 4 oraz art. 6 ust. 2 pkt 3 ww. ustawy.

⁵⁰ Na mocy rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 czerwca 2001 r. w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały przejęte przez gminy, powiaty i samorządy województw (tekst jedn. Dz.U. Nr 65, poz. 659 ze sprost.).

⁵¹ Zgodnie z art. 50a ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

⁵² Dotyczy także tych zawartych przez zakład ubezpieczeń działający na podstawie ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 381 ze zm.).

jeżeli statut przewiduje prowadzenie takiej działalności; odsetek od lokat) koszty działalności i swoje zobowiązania⁵³.

Prowadząc samodzielną gospodarkę finansową, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej funkcjonuje na podstawie planu finansowego⁵⁴ ustalonego przez kierownika jednostki. Jako jej zwierzchnik ma prawo do samodzielnego gospodarowania przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego oraz majątkiem własnym (otrzymanym lub zakupionym)⁵⁵.

Jak wynika ze wskazanego sposobu działania, forma samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej wykazuje zaletę, którą należy wiązać z uprawnieniami prowadzącego zakład do elastycznego zarządzania jednostką, dostosowanego do specyfiki udzielanych świadczeń zdrowotnych. Jednakże jak wynika z obserwacji działających już zakładów⁵⁶, chcąc spełniać oczekiwania społeczne, następował i następuje brak równoważenia popytu na świadczenia zdrowotne z możliwościami sfinansowania ze środków publicznych podaży, co w konsekwencji powoduje ich rosnące zadłużanie.

3.2. Działalność Narodowego Funduszu Zdrowia

Z katalogu jednostek zaliczanych do sektora finansów publicznych wynika, że obok wskazanych już wyżej publiczna ochrona zdrowia prowadzona jest także w określonym zakresie przez Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej nazywany także Funduszem albo NFZ). Przepisami odrębnej ustawy⁵⁷ przyjęto,

⁵³ Szczegółowe regulacje w tym zakresie zob. art. 55 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

⁵⁴ Za art. 51 do art. 53 ustawy o działalności leczniczej.

⁵⁵ Zgodnie z art. 54 ww. ustawy.

⁵⁶ Na ten temat por.: <http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/BASLeksykon.xsp?t=s&id=BCE733671E9D2EC5C1257A75003B06F7&q=zak%C5%82ad>, (dostęp: 5.04.2020 r.) oraz G. Ortył, M. Jacyna, *Problemy decyzyjne a uwarunkowania prawno-organizacyjne i ekonomiczne zarządzania w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej (SPZOZ)*, „Postępy Techniki Przetwórstwa Spożywczego” 2017, nr 2, s. 138–145.

⁵⁷ Mowa o ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 1172 ze zm.).

że jest on państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną⁵⁸. Celem funkcjonowania NFZ jest zarządzanie środkami finansowymi pochodzącymi m.in. z: należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne; odsetek od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne; darowizn i zapisów; dotacji, w tym dotacji celowych przeznaczonych na finansowanie zadania polegającego na określaniu jakości i dostępności oraz analiz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁵⁹.

Te wskazane środki finansowe są również przychodami Funduszu⁶⁰ przeznaczanymi na jego wydatki, tzn. koszty Funduszu. Kosztami tymi są m.in.: koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych; koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji; koszty refundacji cen leków, wyrobów medycznych, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych⁶¹. Z uwagi na to, że NFZ tworzy centrala oraz oddziały wojewódzkie, Prezes Funduszu sporządza corocznie plan finansowy Funduszu zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów na podstawie projektów planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu⁶².

Unormowania ustawowe wydają się zatem z jednej strony zabezpieczać finansowanie działalności NFZ, z drugiej zaś wskazują na dość jasno sprecyzowane cele jego funkcjonowania. W praktyce zatem to rodzaj pośrednika pomiędzy świadczeniodawcą usług medycznych a państwem lub jednostką samorządową mającą zagwarantować środki finansowe na podstawie zawartych kontraktów⁶³.

⁵⁸ Zgodnie z art. 96 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 1373 ze zm.).

⁵⁹ Za art. 97 ww. ustawy.

⁶⁰ Za art. 116 ww. ustawy.

⁶¹ Zgodnie z art. 117 ww. ustawy.

⁶² Za art. 118 ust. 1 ww. ustawy.

⁶³ A. Pietraszewska-Macheta, *Kontraktowanie świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia*, Warszawa 2014, s. 19–20.

3.3. Funkcjonowanie agencji wykonawczych

Odnosząc się do kolejnych rodzajów jednostek, które funkcjonują w zakresie ochrony zdrowia, należy wskazać na działanie ustawowo wyposażonych w osobowość prawną agencji wykonawczych. W ramach Komisji Europejskiej funkcjonuje Agencja Wykonawcza ds. Konsumentów, Zdrowia, Rolnictwa i Żywności (CHAFEA)⁶⁴. Jej działalność ma na celu wspomóc działania związane z ochroną zdrowia w państwach unijnych w ramach Wieloletniego Wspólnotowego Programu Zdrowia⁶⁵ uznanego za główny instrument finansowy Komisji Europejskiej, który służyć ma realizacji strategii Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia. Program wspiera działania promocyjne i profilaktyczne, które mają wpływ na zdrowie. Współfinansowane są projekty, które poprawiają zdrowie fizyczne i psychiczne obywateli Unii Europejskiej, jednocześnie zmniejszając nierówności w zakresie zdrowia między państwami członkowskimi.

Na gruncie polskich regulacji prawnych z treści art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym⁶⁶ wynika, że zadania z zakresu zdrowia publicznego realizują, współdziałając ze sobą, organy administracji rządowej, państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze, a także jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia. Wprowadzone unormowanie dowodzi tego, że programy realizowane w Polsce

⁶⁴ Została utworzona w Luksemburgu w 2014 r. z przekształcenia Agencji Wykonawczej ds. Zdrowia Publicznego oraz Agencji Wykonawczej Programu Zdrowia Publicznego.

⁶⁵ 11 marca 2014 r. został przyjęty trzeci wieloletni Program Zdrowia Unii Europejskiej (UE) na lata 2014–2020. Program wspiera państwa członkowskie w ich wysiłkach mających na celu poprawę zdrowia obywateli oraz zapewnienie długotrwałości systemów zdrowotnych, co wpisuje się w strategię Europa 2020. Nowy program ma pomóc krajom UE stawić czoła wyzwaniom ekonomicznym i demograficznym, z jakimi borykają się ich systemy ochrony zdrowia, i pozwolić obywatelom żyć dłużej w dobrym zdrowiu. Podstawą prawną Programu jest Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 282/2014 z dnia 11 marca 2014 roku w sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014–2020), [https://sum.edu.pl/iii-program-2014-2020_\(dostep: 6.03.2020 r.\)](https://sum.edu.pl/iii-program-2014-2020_(dostep: 6.03.2020 r.)).

⁶⁶ Tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 2365 ze zm.

w obszarze ochrony zdrowia podlegają dofinansowaniu także przez europejską agencję wykonawczą – CHAFEA⁶⁷.

3.4. Instytucje gospodarki budżetowej

Kolejną formą organizacyjno-prawną, której funkcjonowanie wpisuje się w sektor finansów publicznych, jest instytucja gospodarki budżetowej. Działając także w oparciu o metodę budżetowania netto, odpłatnie wykonuje wyodrębnione zadania pokrywając koszty swojej działalności oraz zobowiązania z uzyskiwanych przychodów. Podstawę dla jej funkcjonowania stanowi wpis do Krajowego Rejestru Sądowego, wraz z którym otrzymuje osobowość prawną.

Przykładem tego rodzaju instytucji w obszarze ochrony zdrowia jest utworzony zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 2010 roku Profilaktyczny Dom Zdrowia w Juracie⁶⁸ działający na podstawie statutu⁶⁹. Jak wynika ze statutu, do jego zadań należy prowadzenie bazy turystyczno-wypoczynkowej umożliwiającej aktywny wypoczynek, rehabilitację osób niepełnosprawnych i profilaktykę zdrowotną oraz zapewnienie bazy dla organizowanych konferencji, sympozjów, szkoleń i zjazdów, w szczególności umożliwiających prowadzenie działalności szkoleniowej na rzecz Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Swoją działalność finansuje m.in. z: wpływów ze sprzedaży swoich usług, sprzedaży towarów i składników majątkowych przekazanych na jego rzecz, przychodów z najmu i dzierżawy składników majątkowych, zapisów, darowizn.

⁶⁷ Szerzej zob. na ten temat także A. Nitszke, *System agencji Unii Europejskiej*, Kraków 2017, s. 172–173.

⁶⁸ Dz.U. poz. 7.

⁶⁹ Szerzej zob. Statut instytucji gospodarki budżetowej pod nazwą „Profilaktyczny Dom Zdrowia w Juracie”, <https://www.infor.pl/akt-prawny/U04.2011.001.0000007,zarządzenie-ministra-zdrowia-w-sprawie-utworzenia-instytucji-gospodarki-budżetowej-pod-nazwa-profilaktyczny-dom-zdrowia-w-juracie.html>, (dostęp: 6.03.2020 r.).

3.5. Funkcjonowanie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Odnosząc się do kwestii podmiotów odpowiedzialnych za ochronę zdrowia w Polsce, nie sposób pominąć także przewidzianych przez ustawę o finansach publicznych państwowych funduszy celowych, w szczególności Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych⁷⁰. Choć rozpatrując jego funkcjonowanie pod kątem statusu i sposobu finansowania, należy wskazać, że został uregulowany w sposób odrębny aniżeli dotychczas analizowane jednostki sektora finansów publicznych, gdyż ma osobowość prawną, a jego przychody pochodzą ze środków publicznych, a nie z odpłatnie realizowanych zadań, to jednak wykazuje związek z analizowaną ochroną zdrowia.

Celem działania Funduszu są m.in.: zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych realizowane przez fundacje i organizacje pozarządowe, realizacja programów wspieranych ze środków pomocowych Unii Europejskiej na rzecz osób niepełnosprawnych przewidzianych do wdrożenia w danym roku, dofinansowanie zadań wynikających z programów rządowych, w tym ukierunkowanych na rozwój zasobów ludzkich oraz przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych, a także pomoc rodzinom, których członkami są osoby niepełnosprawne⁷¹. Za art. 48 omawianej ustawy środki Funduszu są przekazywane przez Prezesa Zarządu tego Funduszu: 1) samorządom wojewódzkim i powiatowym na realizację określonych zadań lub rodzajów zadań, na wyodrębniony rachunek bankowy; 2) podmiotom realizującym zadania zlecone przez Fundusz lub inne zadania wynikające z ustawy – na podstawie zawartych z nimi umów.

⁷⁰ Szerzej na ten temat por. art. 45 cyt. ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

⁷¹ Szerzej zob. treść art. 47 powołanej ustawy.

3.6. Działanie innych państwowych osób prawnych w zakresie ochrony zdrowia

Inne państwowe lub samorządowe osoby prawne realizujące zadania z zakresu ochrony zdrowia w Polsce to ostatnia grupa podmiotów wskazanych w ramach katalogu sektora finansów publicznych, z wyłączeniem przedsiębiorstw, spółek prawa handlowego, instytutów badawczych, instytutów działających w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz, banków. Wśród tej grupy w zakresie zdrowia na mocy przepisów odrębnych ustaw jako państwowe osoby prawne działają instytutu badawcze⁷² oraz instytuty w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz⁷³.

Natomiast w obszarze innych, niewymienionych wyżej państwowych osób prawnych działających na mocy odrębnych ustaw należy wskazać również na funkcjonowanie innych podmiotów świadczących podstawową opiekę zdrowotną, np. Państwowe Ratownictwo Medyczne⁷⁴ czy Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji⁷⁵.

Wskazane jedynie przykładowo jednostki, działając na podstawie regulacji wynikających z ustawy o finansach publicznych dotyczących funkcjonowania osób prawnych, tworzone są na podstawie odrębnych ustaw. Ich finansowanie dobywa się w oparciu o plan finansowy sporządzany zgodnie z ustawami o ich utworzeniu, z uwzględnieniem przepisów ustawy o finansach publicznych⁷⁶.

⁷² Funkcjonujące na podstawie ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 1350 ze zm.).

⁷³ Działają na mocy regulacji wynikających z ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o Sieci Badawczej Łukasiewicz (Dz.U. poz. 534 ze zm.).

⁷⁴ Działające na mocy ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 993 ze zm.).

⁷⁵ Utworzone na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2014 r. w sprawie nadania statutu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (tekst jedn. Dz.U. z 2018 r., poz. 953).

⁷⁶ Zgodnie z art. 30 ust. 1–3 ww. ustawy.

4. Jednostki służby zdrowia działające poza sektorem finansów publicznych

Zgodnie z powołanymi już wyżej przepisami wynikającymi z art. 4 ustawy o działalności leczniczej ustawodawca, określając katalog podmiotów leczniczych, wskazuje na pierwszym miejscu przedsiębiorców⁷⁷, i to we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej. Ponadto mowa także o instytucjach badawczych⁷⁸; fundacjach⁷⁹ i stowarzyszeniach⁸⁰, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej; osobach prawnych i jednostkach organizacyjnych działających na podstawie przepisów ustawy o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej⁸¹ o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania⁸²; jednostkach wojskowych – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą – i wreszcie uczelniach medycznych, które mogą utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo spółki kapitałowej⁸³.

4.1. Przedsiębiorcy

W stosunku do realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia ustawa o działalności leczniczej wskazuje na możliwość ich wykonywania przez trzy

⁷⁷ W rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców, (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 1292 ze zm.).

⁷⁸ Działających w świetle art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytucjach badawczych (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 1350 ze zm.).

⁷⁹ Działających na mocy przepisów ustawy z dnia 6 kwietnia 1984 r. o fundacjach (tekst jedn. Dz.U. z 2018 r., poz. 1491).

⁸⁰ Działających na mocy ustawy z dnia 7 kwietnia 1989 r. Prawo o stowarzyszeniach, (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 713).

⁸¹ Ustawa z dnia 28 czerwca 2019 r. (Dz.U. poz. 1347).

⁸² Na mocy ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 1153).

⁸³ Na mocy art. 6 ust. 6 ustawy o działalności leczniczej.

grupy podmiotów, tj. lekarzy, pielęgniarki oraz fizjoterapeutów⁸⁴. W przypadku lekarzy może być ona wykonywana w formie: 1) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład albo 2) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowej praktyki lekarskiej.

Podobnie jest w przypadku pielęgniarek, które mogą prowadzić działalność w formie: 1) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualnej praktyki pielęgniarki, indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład albo 2) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek.

W stosunku do fizjoterapeutów ustawa zakłada, że mogą oni prowadzić jednoosobową działalność gospodarczą jako indywidualną praktykę fizjoterapeutyczną, indywidualną praktykę fizjoterapeutyczną wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualną praktykę fizjoterapeutyczną wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład albo działać w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka fizjoterapeutyczna – zwanych dalej „praktykami zawodowymi”.

⁸⁴ Wynika z treści art. 5 ustawy o działalności leczniczej.

Ponadto na mocy art. 6 ust. 1 pkt 1 i ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej zarówno Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę, jak i jednostka samorządu terytorialnego mogą utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie spółki kapitałowej. W takim przypadku podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne z przeznaczeniem m.in. na: realizację zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, 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 budżetu Unii Europejskiej; pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne⁸⁵.

4.2. Instytuty badawcze

Zgodnie z regulacjami wyżej wskazanej ustawy instytutem badawczym jest państwowa jednostka organizacyjna, wyodrębniona pod względem prawnym, organizacyjnym i ekonomiczno-finansowym, która prowadzi badania naukowe i prace rozwojowe ukierunkowane na ich wdrożenie i zastosowanie w praktyce i która nabywa osobowość prawną z chwilą wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego⁸⁶.

Instytut prowadzący badania naukowe i prace rozwojowe w zakresie nauk medycznych uczestniczy w systemie ochrony zdrowia. W tym zakresie do zadań instytutu należy opracowywanie i opiniowanie standardów w zakresie ochrony zdrowia, stąd też instytuty zatrudniają osoby wykonujące zawody medyczne. Wykonując swoje zadania w tym obszarze, podlegają nadzorowi ze strony ministra właściwego do spraw zdrowia. Minister nadzorujący wyposaża także instytut w środki niezbędne do prowadzenia działalności określonej w akcie o utworzeniu instytutu⁸⁷.

⁸⁵ Wynika z treści art. 114 ustawy o działalności leczniczej.

⁸⁶ Zgodnie z art. 2 ww. ustawy o instytutach badawczych.

⁸⁷ Zob. art. 6, art. 22, art. 39 ust. 3, art. 44 ust. 5 pkt 5 ww. ustawy.

Obecnie w Polsce funkcjonują następujące instytuty badawcze: Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki”, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Instytut Matki i Dziecka, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. J. Nofera, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki, Narodowy Instytut Leków, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr. med. Aleksandra Szczygła⁸⁸.

4.3. Fundacje

Jak wynika z przepisów ustawy, fundacja może być ustanowiona dla realizacji zgodnych z podstawowymi interesami Rzeczypospolitej Polskiej celów społecznie lub gospodarczo użytecznych, w szczególności takich jak: ochrona zdrowia, rozwój gospodarki i nauki, oświata i wychowanie, kultura i sztuka, opieka i pomoc społeczna, ochrona środowiska oraz opieka nad zabytkami⁸⁹. Te wskazane przez ustawodawcę cele zakładania fundacji są zbieżne z zadaniami stojącymi tak przed państwem, jak przed jednostkami samorządu terytorialnego także w zakresie ochrony zdrowia, stąd nie wzbudza poważniejszych zastrzeżeń fakt, że ustawodawca dopuścił możliwość ich tworzenia w przypadku powiatów⁹⁰ i samorządów województw na mocy ustaw samorządowych⁹¹. Literatura przedmiotu

⁸⁸ <http://www.archiwum.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycje/nauka/instytuty-badawcze-nadzorowane-przez-ministra-zdrowia/>, (dostęp: 7.03.2010 r.).

⁸⁹ Zgodnie z treścią art. 1 ww. ustawy o fundacjach.

⁹⁰ Za art. 12 pkt 8f ustawy o samorządzie powiatowym.

⁹¹ Za art. 18 pkt 18 ustawy o samorządzie województwa.

przyjmuje, że takie prawo przysługuje także gminom⁹², co potwierdza orzecznictwo⁹³.

Odnośnie do ustawowej możliwości tworzenia fundacji kwestią otwartą pozostaje sprzeczność wynikająca z treści art. 45 ustawy o finansach publicznych, która wyraźnie wskazuje na to, że ze środków publicznych nie można tworzyć fundacji. Jednostki tworzące mogą natomiast wyposażyć fundacje w prawa majątkowe do rzeczy ruchomych lub do nieruchomości, gdyż te nie mają charakteru środków publicznych⁹⁴.

Istotne w tym względzie jest ustawowe określenie rodzaju organizacji pozarządowej, która może być fundatorem. Fundatorem (prywatnym) ma być organizacja pożytku publicznego⁹⁵. Organizacje takie mogą bowiem na gruncie regulacji art. 4 ust. 1 pkt 6 ustawy o pożytku publicznym i o wolontariacie zajmować się realizacją zadań z zakresu sfery zadań publicznych dotyczących ochrony i promocji zdrowia.

4.4. Stowarzyszenia

Kolejnym rodzajem formy realizowania zadań w obszarze ochrony zdrowia są stowarzyszenia. W tym zakresie zarówno państwo, jak i jednostki samorządowe mają uprawnienie do stowarzyszania się, o ile ich celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej⁹⁶.

⁹² J. Jagoda, *Samorządowe osoby prawne*, „Samorząd Terytorialny” 2011, nr 1–2, s. 6.

⁹³ Wyrok NSA z dnia 24 kwietnia 2010 r., II OSK 60/10, http://www.orzeczenia-nsa.pl/wyrok/ii-osk-60-10,samorzad_terytorialny,25c1698.html, (dostęp: 5.03.2020 r.).

⁹⁴ Jak wynika bowiem z przepisu art. 13 ust. 1 ustawy o gospodarce nieruchomościami, z zastrzeżeniem wyjątków wynikających z ustaw, nieruchomości mogą być przedmiotem obrotu. W szczególności nieruchomości mogą być przedmiotem sprzedaży, zamiany i zrzeczenia się, oddania w użytkowanie wieczyste, w najem lub dzierżawę, użyczenia, oddania w trwały zarząd, a także mogą być obciążane ograniczonymi prawami rzeczowymi, wnoszone jako wkłady niepieniężne (aporty) do spółek, przekazywane jako wyposażenie tworzonych przedsiębiorstw państwowych oraz jako majątek tworzonych fundacji.

⁹⁵ Za art. 23 ust. 6e pkt 5g ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 688 ze zm.).

⁹⁶ Za art. 4 ust. 1 pkt 5 ustawy o działalności leczniczej.

Takie stowarzyszenie jest dobrowolnym, samorządnym, trwałym zrzeszeniem o celach niezarobkowych. W przypadku stowarzyszenia, którego celem statutowym miałyby być zadania związane z ochroną zdrowia, statut musi wskazać ten cel wraz z programem działania i struktury organizacyjnej oraz uchwałami dotyczącymi jego działalności. Co istotne, stowarzyszenie ma opierać swoją działalność na pracy społecznej swoich członków⁹⁷.

Powyższe regulacje potwierdzają unormowania wynikające z ustaw samorządowych⁹⁸.

Jak wynika z przepisów ustawy o samorządzie gminnym, w celu wspierania idei samorządu terytorialnego oraz obrony wspólnych interesów gminy mogą tworzyć stowarzyszenia, w tym również z powiatami i województwami, na podstawie statutu⁹⁹. Analogicznie w przypadku powiatów i samorządów województw, do wyłącznej właściwości ich organów stanowiących należy podjęcie decyzji w sprawie utworzenia i przystępowania do stowarzyszeń¹⁰⁰, także w zakresie ochrony i promocji zdrowia.

4.5. Kościoły

Omawiając rolę organizacji kościelnych w zakresie ochrony zdrowia, należy zwrócić uwagę na regulacje dopuszczające możliwość prowadzenia przez nie działalności charytatywno-opiekuńczej obejmującej w szczególności: prowadzenie zakładów dla sierot, starców, osób upośledzonych fizycznie lub umysłowo oraz innych kategorii osób potrzebujących opieki,

⁹⁷ Zgodnie z art. 2 ustawy Prawo o stowarzyszeniach.

⁹⁸ Mowa o regulacjach wynikających z treści Rozdziału 9 ustawy o samorządzie gminnym.

⁹⁹ Na mocy art. 172 Konstytucji RP, jednostka samorządu terytorialnego ma prawo przystępowania do międzynarodowych zrzeszeń społeczności lokalnych i regionalnych oraz współpracy ze społecznościami lokalnymi i regionalnymi innych państw. Na ten temat por. m.in.: J. Chądzyński, A. Nowakowska, Z. Przygodzki, *Region i jego rozwój w warunkach globalizacji*, Warszawa 2007, s. 9 oraz Ł. Buczkowski, L.J. Żukowski, *Formy współpracy międzynarodowej lokalnych jednostek samorządu terytorialnego*, <http://www.wspia.eu/file/18697/05-Buczkowski+Żukowski.pdf>.

¹⁰⁰ Odpowiednio za art. 12 pkt 8f ustawy o samorządzie powiatowym oraz art. 8b ust. 1 i art. 18 pkt 18 ustawy o samorządzie województwa.

prowadzenie szpitali i innych zakładów leczniczych oraz aptek, organizowanie pomocy w zakresie ochrony macierzyństwa, organizowanie pomocy sierotom, osobom dotkniętym klęskami żywiołowymi i epidemiami, ofiarom wojennym, znajdującym się w trudnym położeniu materialnym lub zdrowotnym rodzinom i osobom, w tym pozbawionym wolności, prowadzenie żłobków, ochronek, burs i schronisk, udzielanie pomocy w zapewnianiu wypoczynku dzieciom i młodzieży znajdującym się w potrzebie.

Jak wynika z ustawy o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, środki na realizację działalności charytatywno-opiekuńczej pochodzą w szczególności z: ofiar pieniężnych i w naturze, spadków, zapisów i darowizn krajowych i zagranicznych, dochodów z imprez i zbiórek publicznych, subwencji, dotacji i ofiar pochodzących od krajowych instytucji i przedsiębiorstw państwowych, społecznych, wyznaniowych i prywatnych, odpłatności za usługi świadczone przez kościelne instytucje charytatywno-opiekuńcze, dochodów z działalności gospodarczej prowadzonej przez Caritas Polska i Caritas diecezji bezpośrednio lub w formie wyodrębnionych zakładów, dochodów instytucji kościelnych.

4.6. Jednostki wojskowe

Funkcjonowanie służby zdrowia w ramach jednostek wojskowych należy wiązać z pierwszą działającą w Polsce, tj. Wojskową Akademią Medyczną (dalej nazywaną WAM) – powołaną do życia w 1958 roku w charakterze uczelni wojskowo-cywilnej. Zmiana funkcjonowania wyższego szkolnictwa wojskowego spowodowała wstrzymanie kształcenia lekarzy wojskowych oraz połączenie WAM z cywilną¹⁰¹ Akademią Medyczną w Ło-

¹⁰¹ Cywilna służba zdrowia w czasie wojny przejmując do dalszego leczenia rannych i chorych ewakuowanych z zakładów WSZ, a także zajmuje się uzupełnianiem jej kadry. W czasie pokoju organizacja służby zdrowia dostosowana jest do stacjonarnego systemu pracy. Tak *Mała encyklopedia wojskowa*, tom III (R–Ż), Wyd. MON, Warszawa 1971, s. 166.

dzi w Uniwersytet Medyczny (UM)¹⁰². W strukturze UM w Łodzi powołano Wydział Wojskowo-Lekarski, a jednocześnie na bazie Centralnego Szpitala Klinicznego WAM w Warszawie utworzono Wojskowy Instytut Medyczny (WIM), w którego skład weszły także niektóre zakłady teoretyczne dotychczasowej WAM (w Łodzi i w Gdyni). Powstanie WIM umożliwiło zachowanie kształcenia podyplomowego lekarzy wojskowych oraz kontynuację działalności naukowo-badawczej w obszarach nauk klinicznych oraz wojskowo-medycznych¹⁰³.

W świetle obowiązujących przepisów prawa¹⁰⁴ uczelnie (uniwersytety) medyczne uzyskały status uczelni sprofilowanych do prowadzenia kierunków związanych z ochroną zdrowia, co wynika z definicji zawartej w przepisach ustawy o działalności leczniczej. Uczelnią medyczną są publiczne uczelnie medyczne albo publiczne uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego¹⁰⁵. Ich finansowanie odbywa się zatem w sposób analogiczny jak w przypadku każdej uczelni publicznej w postaci pozyskiwania rocznej subwencji z budżetu państwa¹⁰⁶.

5. Podsumowanie

Przeprowadzone rozważania dowiodły, że zarówno zagraniczne, jak i polskie regulacje prawne stoją na straży właściwej realizacji tak ważnego zadania, jakim jest ochrona zdrowia. Potwierdzenia takiej tezy, wniosku *de lege lata*, dowodzą podstawowe unormowania wynikające przede wszystkim z cytowanej Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej, a także Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Wszystkie te akty normatywne zawierające

¹⁰² A. Dębska, *Wojskowa służba zdrowia – wybrane problemy funkcjonowania*, „Obronność – Zeszyty Naukowe Wydziału Zarządzania i Dowodzenia Akademii Obrony Narodowej” 2012, nr 3, s. 33–42.

¹⁰³ <http://www.iwsz.wp.mil.pl/pl/46>, (dostęp: 7.03.2020 r.).

¹⁰⁴ Mowa o ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 85 ze zm.).

¹⁰⁵ Za art. 2 ust. 1 pkt 13. wskazanej ustawy.

¹⁰⁶ Zob. Dział XII ww. ustawy.

rozwiązania prawne o szczególnej randze, świadczą o konieczności podejmowania działań na rzecz zdrowia w każdym państwie.

Jak zostało dowiedzione, ustawę zasadniczą należy traktować jako podwalinę dla konieczności podejmowania działań w celu zabezpieczenia zdrowia wszystkich na równi obywatele na zasadzie niepodważalnego prawa każdego człowieka. Na jej podstawie szereg aktów prawnych wprowadza konkretyzację podstawowych zadań wraz ze wskazaniem podmiotów, które ponoszą odpowiedzialność za ich wykonanie.

Co istotne, przepisy ustaw zwykłych spełniają dwie role. Po pierwsze, uszczegóławiają podmioty zobligowane do tego typu czynności wraz z ich konkretyzacją. Po drugie zaś, wskazują sposób finansowania ich działalności. Stąd też należy uznać, że gwarantem funkcjonowania sprawnego i efektywnego systemu opieki zdrowia jest konieczność powiązania ze sobą tych dwóch ról. Nie można zatem uznawać, że jakakolwiek opieka zdrowotna będzie możliwa bez jasno określonych zasad finansowania.

Po przeprowadzonej bardzo krótkiej i jedynie wrywkowej analizie zgromadzonych aktów prawnych, literatury przedmiotu oraz orzecznictwa sądowego należy przyjąć, że ustawodawca polski słusznie uznaje, że jest to obowiązek państwa (jednostek samorządu terytorialnego). Te, realizując zadania z zakresu ochrony zdrowia, opierają swoją działalność ośrodki uchwalone w budżecie (odpowiednio: państwa lub samorządowym), dzięki temu spełniając warunek konstytucyjnie określony jako realizacja zadań publicznych, co oczywiste, przez jednostki publiczne.

Tych jednostek realizujących zadania z zakresu zdrowia jest wiele, o czym świadczy wyliczenie zawarte w wykazie sektora finansów publicznych. Jak wykazano w opracowaniu, jednostki te realizują swoje zadania związane z ochroną zdrowia, będąc w różnym stopniu powiązane ze środkami budżetowymi w postaci zróżnicowanych form organizacyjno-prawnych, gdyż to należy uznać za zasadę realizowania zadania publicznego.

Jednakże należy zważyć także na fakt, że coraz częściej w sposób ustawowo zagwarantowany także podmioty prywatne uczestniczą w wykonywaniu tego zadania publicznego. W rzeczywistości ciągłego braku środków finansowych z budżetu sytuację taką należy zaaprobować, choć z pewną dozą ostrożności co do ograniczenia roli państwa w tym zakresie.

Stąd przy akceptacji przyszłej konieczności rozszerzenia świadczenia usług zdrowotnych na zasadzie odpłatności niezbędne jest jasne, przejrzyste i ujednolicone (a nie tak jak do tej pory wskazane przez różne ustawy zwykłe) wskazanie reguł udzielania opieki zdrowotnej w sposób odpłatny, co należy potraktować jako postulat *de lege ferenda*. Brak takiego uporządkowania został wykazany w opracowaniu poprzez konieczność odwoływania się do szeregu aktów prawnych, co z jednej strony utrudnia właściwe funkcjonowanie podmiotom prywatnym; z drugiej zaś powoduje konieczność ciągłej kontroli i nadzoru ze strony państwa, na którym spoczywa zadanie publiczne w zakresie ochrony zdrowia obywateli.

Bibliografia:

- Bażyńska E., Śliwka M., Świdorska M., Wałachowska M. [w:] M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, Warszawa 2009.
- Banaszak B., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, C.H. Beck, Warszawa 2009.
- Bański R., *Granice prawnej ochrony wartości w społeczeństwie demokratycznym – zakres ochrony wartości zdrowia człowieka*, Znak, Kraków 2005.
- Buczkowski Ł., Żukowski L.J., *Formy współpracy międzynarodowej lokalnych jednostek samorządu terytorialnego*, <http://www.wspia.eu/file/18697/05-Buczkowski+Żukowski.pdf>.
- Chądzyński J., Nowakowska A., Przygodzki Z., *Region i jego rozwój w warunkach globalizacji*, CeDeWu, Warszawa 2007.
- Dębska A., *Wojskowa służba zdrowia – wybrane problemy funkcjonowania*, „Obronność – Zeszyty Naukowe Wydziału Zarządzania i Dowodzenia Akademii Obrony Narodowej” 2012, nr 3, s. 33–42.
- Feret E., *Human (citizen) rights and legal and financial regulations in Poland*, [w:] M. Mamiński, M. Rzewuski (red.), *Contemporary problems of human rights – selected aspects*, UKSW, Warszawa 2019.
- Gajl N., *Gospodarka budżetowa w świetle prawa porównawczego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993.
- Gizbert-Studnicki T., Grabowski A., *Normy programowe w konstytucji* [w:] J. Trzeciński (red.), *Charakter i struktura norm konstytucji*, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 1997.

- Goździkowski J. [w:] D. Brzezińska-Grabarczyk, M. Narolski (red.), *Prawo o działalności leczniczej w praktyce. Przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
- Jabłoński M., *Obywatelstwo polskie jako przesłanka realizacji konstytucyjnych praw i wolności* [w:] J. Ciapała, K. Flaga-Gieruszyńska (red.), *Prawa podmiotowe. Pojmowanie w naukach prawnych. Zbiór studiów*, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2006.
- Jagoda J., *Samorządowe osoby prawne*, „Samorząd Terytorialny” 2011, nr 1–2, s. 5–16.
- Jarosz-Żukowska S., *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej* [w:] M. Jabłoński (red.), *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 2014.
- Jasiński G., *Wybrane aspekty organizacji i metod finansowania systemów ochrony zdrowia w państwach europejskich*, „Biuletyn Kas Chorych” 2001, nr 3–4, s. 16–22.
- Jasudowicz T., *Prawo do zdrowia* [w:] B. Gronowska, T. Jasudowicz, M. Balczerek, M. Lubiszewski, R. Mizerski (red.), *Prawa człowieka i ich ochrona*, TNOiK, Toruń 2010.
- Jończyk J., *Transformacja ubezpieczeń społecznych i ochrony zdrowia* [w:] H. Szurgacz (red.), *Konstytucyjne problemy prawa pracy i zabezpieczenia społecznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2005.
- Klich J., *Państwo i rynek w sektorze ochrony zdrowia w Polsce: kierunki i perspektywy*, https://www.ue.katowice.pl/fileadmin/_migrated/content_uploads/25_J.Klich_Panstwo_i_rynek_w_sektorze_ochrony....pdf, (dostęp: 7.03.2020 r.).
- Kowalczyk M., *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce w latach 1999–2015*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej. Zarządzanie” 2015, nr 20, s. 139–148.
- Lach D.E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
- Mała encyklopedia wojskowa*, tom III (R–Ż), Wyd. MON, Warszawa 1971.
- Lenio P., *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2018.
- Nitszke A., *System agencji Unii Europejskiej*, KON Tekst, Kraków 2017.
- Nojszewska E., *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.

- Ostrzyżek A., *Prawo do ochrony zdrowia w świetle artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 4, s. 65–75.
- Ortyl G., Jacyna M., *Problemy decyzyjne a uwarunkowania prawno-organizacyjne i ekonomiczne zarządzania w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej (SPZOZ)*, „Postępy Techniki Przetwórstwa Spożywczego” 2017, nr 2, s. 138–145.
- Pietraszewska-Macheta A., *Kontraktowanie świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014.
- Ryć K., Sobczak A. (red.), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna. Koncepcje, regulacje, zarządzanie*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Sagan M., *Glosa do uchwały Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 roku, sygn. akt I KZP 32/05*, „Prokuratura i Prawo” 2006, nr 5, s. 157–173.
- Sawicka K., *Procedura tworzenia budżetu jednostki samorządu terytorialnego* [w:] J. Glumińska-Pawlic, K. Sawicka (red.), *Budżet jednostki samorządu terytorialnego*, Zachodnie Centrum Organizacji, Zielona Góra 2002.
- Sarnecki P., *Normy programowe w Konstytucji i odpowiadające im wolności konstytucyjne* [w:] L. Garlicki, A. Szmyt (red.), *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, Wydawnictwo Sejmowe: Kancelaria Sejmu, Warszawa 2003.
- Winczorek P., *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Liber, Warszawa 2000.
- Wiśniewski L., *Pojęcie i konstrukcja prawna praw socjalnych* [w:] L. Wiśniewski (red.), *Podstawowe prawa jednostki i ich ochrona sądowa*, Wydawnictwo Sejmowe: Kancelaria Sejmu, Warszawa 1997.