



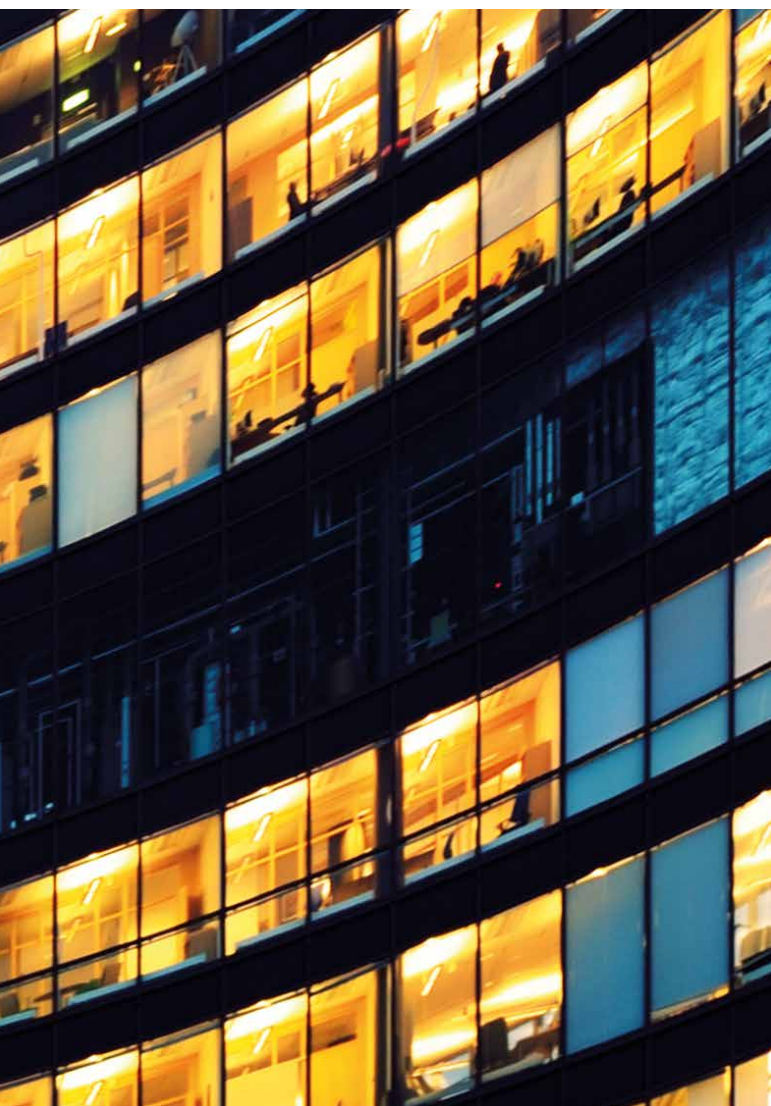
Fot. iStockphoto.com

Ministerstwo sportu, zdrowia i polityki społecznej

Czy instytucje finansujące świadczenia z tak zwanego ubezpieczenia zdrowotnego oraz z ubezpieczeń społecznych powinny wykonywać zadania niezależnie od siebie w sytuacji, gdy występuje silna korelacja między leczeniem a na przykład zasiłkami chorobowymi czy rentami z tytułu niezdolności do pracy? A może stworzymy jeden superresort?

Ze względów metodologiczno-definicyjno-pojęciowych należy zauważyć, że zarówno w uregulowaniach prawnych, w doktrynie, orzecznictwie sądowym, jak i w przekazach publicystycznych pojawiają się dylematy terminologiczne dotyczące pojęć związanych ze zdrowiem i chorobą. Wątpliwości dotyczą również instytucjonalnych, systemowych rozwiązań służących zapewnieniu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce. W konsekwencji instytucje kreują je poprzez realizację nałożonych na nie prawnie obowiązków, ale też uzyskują prawa, chociażby eko-

nomiczne. W powszechnym użyciu są takie terminy, jak „ochrona zdrowia”, „zdrowie publiczne”, „służba zdrowia”, „świadczenia zdrowotne”, „opieka zdrowotna”¹, a w ostatnich latach również terminy związane z gospodarką rynkową: „świadczeniodawca” i „świadczeniobiorca” zamiast lekarza i pacjenta². Do opinii publicznej częściej jednak dociera pogląd, że tzw. system ochrony zdrowia w Polsce to podmioty lecznicze – czy to publiczne, czy niepubliczne – oraz kwestie odnoszące się do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.



„ Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest w stanie zapewnić dobrostanu społeczno-zdrowotnego „

nastąpił podział Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, funkcjonującego w latach 1960–1999)⁷ określił ramy funkcjonowania administracji rządowej oraz właściwość poszczególnych ministrów⁸ w zakresie zabezpieczenia społecznego dla dwóch odrębnych działów z małym, wydawałoby się, wyjątkiem, jednak mającym znaczący wpływ na ogólny dobrostan społeczno-zdrowotny. W ustawie o działach administracji wskazano, że dział zdrowie obejmuje sprawy dotyczące m.in. ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej. Już na tym poziomie występuje zatem podział na zagadnienia ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej⁹.

Fundamentalną kompetencją jest jednak koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń leczniczych. Fundamentalną, ponieważ dział „zabezpieczenie społeczne” również obejmuje sprawy m.in. z zakresu koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, jednak z wyjątkiem rzeczowych świadczeń leczniczych, które wchodzą w zakres działań ministra zdrowia, a za ich finansowanie odpowiada Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie ustawy, która wprost wskazuje w tytule na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Coś między Ministerstwem Zdrowia a Ministerstwem Polityki Społecznej

Sztuczne wydzielenie prawnie tylko samych świadczeń opieki zdrowotnej ze struktury szeroko pojmowanego zabezpieczenia społecznego doprowadziło do takiej sytuacji, że do zabezpieczenia społecznego po stronie Ministerstwa Zdrowia wchodzi świadczenia lecznicze, a do zabezpieczenia społecznego po stronie Ministerstwa Polityki Społecznej już nie, pomimo iż istnieje silna korelacja pomiędzy leczeniem a chociażby liczbą i czasem trwania zasiłków z tytułu niezdolności do pracy czy rent, a także uregulowań dotyczących zabezpieczenia społecznego osób niepełnosprawnych¹⁰.

Z kolei w strategii na rzecz odpowiedzialnego rozwoju, przyjętej przez Radę Ministrów 14 lutego 2017 r.¹¹, zwrócono uwagę na wielość zatอมizowanych instytucjonalnych tzw. systemów orzecznich z tytułu niezdolności do pracy oraz niepełnosprawności¹², wskazując na niespójność systemu orzecznictwa o niepełnosprawności.

Dlaczego sztuczne wydzielenie prawnie? Ponieważ, jak wskazała Grażyna Szpor, „zabezpieczenie społeczne

Można by nie przywiązywać większej wagi do tej różnorodności terminologicznej, gdyby nie to, że podejmując próbę systematyzacji zagadnień dotyczących tzw. systemu ochrony zdrowia w Polsce, za punkt wyjścia należy przyjąć uregulowania prawne określające prawa i obowiązki władz publicznych i innych instytucji, które mają uczestniczyć lub uczestniczą w poszczególnych rozwiązaniach dotyczących zagadnień ochrony zdrowia. Jako przykład można wskazać zarówno art. 7 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r.³, który stanowi, że organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa, jak i art. 6 Kodeksu postępowania administracyjnego, zgodnie z którym organy administracji publicznej⁴ działają na podstawie przepisów prawa⁵ i dotyczy to organów szczebla rządowego oraz jednostek samorządu terytorialnego⁶.

Kompetencje organów administracji publicznej w zakresie zabezpieczenia społecznego

Schodząc niejako w hierarchii norm prawnych, należy zauważyć, że ustawodawca w 1999 r. (kiedy to



For: gettyimages/Neil Webb

„ W Polsce nadszedł już odpowiedni moment, aby odejść od pojmowania zagadnień dotyczących tzw. systemu ochrony zdrowia głównie przez pryzmat finansowania infrastruktury, świadczeń opieki zdrowotnej czy wynagrodzeń „

to całokształt środków i działań publicznych, za pomocą których społeczeństwo stara się chronić swoich członków przed groźbą niemożności zaspokojenia podstawowych, wspólnie uznanych za ważne, potrzeb¹³.

Tomasz Lasocki tłumaczył, że zabezpieczenie społeczne wydaje się celem polityki oraz efektem systemu – stanem, do którego dąży polityka i któremu służy system, aby zaspokoić podstawowe potrzeby socjalne¹⁴.

Mateusz Rzemek dobitnie stwierdził, że „jak w soczewce ukazuje to problem współpracy ministerstw w kolejnych rządach, które zajęły się urządzaniem Polski po 1989 r. Działają jak archipelag wysp oddzielonych od siebie głębokim morzem. Kontakty między

nimi są ograniczone, przez co brak spójnej polityki społecznej wykraczającej poza służbę zdrowia¹⁵.

Z kolei Antoni Rajkiewicz wskazywał, że znaczenie pojęcia „zabezpieczenie społeczne” bywało różnie definiowane i często używane jako synonim zaopatrzenia emerytalnego, ubezpieczeń społecznych, opieki społecznej czy nawet całej polityki społecznej¹⁶. Co więcej, uważa on, że „zabezpieczenie społeczne należy do tzw. pojęć zbiorczych, które w tym przypadku obejmuje: ochronę zdrowia, ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia wzajemne, opiekę społeczną, rehabilitację inwalidów oraz wyrównawczą pomoc socjalną. Można je więc zdefiniować jako: system urządzeń i świadczeń, który ma na celu udzielenie pomocy w przypadkach zdarzeń losowych, ograniczenia lub utraty zdolności do pracy, sytuacji wymagającej opieki zewnętrznej (poza rodziną) itp. oraz prowadzenie odpowiedniej działalności profilaktycznej w zakresie ochrony zdrowia, przeciwdziałania wypadkom, patologicznym zjawiskom społecznym itp., a również udzielania świadczeń łagodzących dysproporcje w warunkach życia ludności¹⁷.

Natomiast Ryszard Szarfenberg twierdzi, że zabezpieczenie społeczne jest jednym z podstawowych filarów polityki społecznej, która nie jest całym światem, a tylko jego częścią, przynależącą do tego, co uznawane jest za polityczne i społeczne¹⁸.

Konsekwencje wydziałania świadczeń opieki zdrowotnej ze struktur zabezpieczenia społecznego

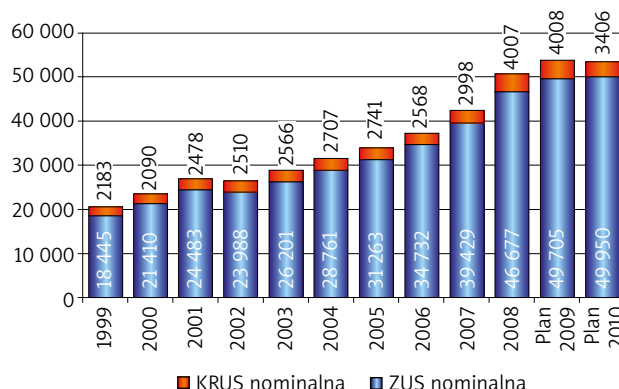
Najwyższa Izba Kontroli w informacji o wynikach kontroli z realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r. wskazała, że dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych w większości rodzajów oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych nie uległ poprawie. Stało się tak pomimo zwiększenia wartości umów zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami oraz wprowadzenia nowych regulacji prawnych mających na celu doprecyzowanie od 1 stycznia 2015 r. zasad prowadzenia list osób oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz skrócenie czasu oczekiwania pacjentów na usługi medyczne.

Podział Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, a w konsekwencji płatników z zakresu tzw. ubezpieczeń zdrowotnych (w latach 1999–2003 kasy chorych, a od 2003 r. Narodowy Fundusz Zdrowia) i ubezpieczeń społecznych (Fundusz Ubezpieczeń Społecznych) spowodował zmiany w strukturze finansowania poszczególnych świadczeń ze środków publicznych.

Narodowy Fundusz Zdrowia to instytucja, która nie jest w stanie w pełni zapewnić dobrostanu społeczno-zdrowotnego, ponieważ nadano jej kompetencje m.in. tylko do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, a nie np. specjalistycznych usług opiekuńczych¹⁹, w skład których wchodzi choćby finansowanie świadczeń w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Jednak usługi opiekuńcze należą do działu zabezpieczenia społecznego, a nie zdrowia.

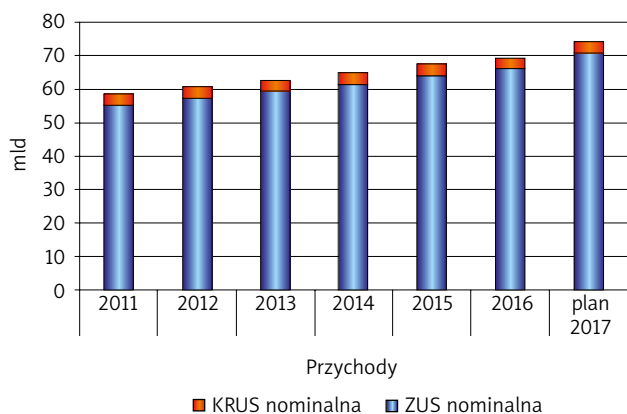
Ponadto inne instytucje publiczne, np. Zakład Ubezpieczeń Społecznych²⁰ (będący dysponentem środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych), z obszaru polityki społecznej są niejako „negatywnymi beneficjentami”, wypłacającymi świadczenia z tytułu niezdolności do pracy czy rent. Podobnie Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. W obecnym stanie prawnoinstytucjonalnym w znikomym stopniu funkcjonuje koordynacja przyczynowo-skutkowa w obrębie polityk zdrowotnej i społecznej, które według ustawodawstwa, co znamienne, zaliczane są do szeroko pojmowanego zabezpieczenia społecznego.

W strategii na rzecz odpowiedzialnego rozwoju wskazano, że w przypadku osób niepełnosprawnych należy koncentrować się na tworzeniu warunków do ich wczesnego powrotu do pracy i utrzymania się w zatrudnieniu, m.in. poprzez motywację, rehabilitację zdrowotną, uzupełnianie kwalifikacji czy likwidację barier mentalnych i środowiskowych. W tym celu należy stworzyć sieć synergicznych powiązań pomiędzy różnymi instytucjami (np. Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, jednostkami samorządu terytorialnego czy placówkami medycznymi)²¹.



Źródło: Woch M.: Instytucje kształtujące system opieki zdrowotnej w Polsce (analiza prawnoporównawcza lat 1918–2004). Warszawa 2012, s. 168.

Rycina 1. Finansowanie ubezpieczenia zdrowotnego w latach 1999–2010



Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań z działalności NFZ za lata 2011–2012 oraz planów finansowych NFZ z lat 2011–2017.

Rycina 2. Finansowanie ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2011–2017

Obywatel ma prawo

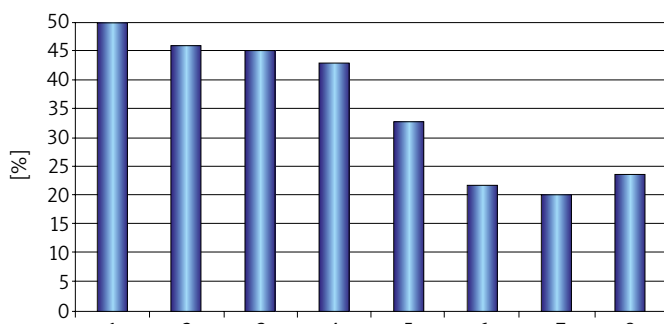
W tym miejscu należy przywołać chociażby przepisy Konstytucji RP z 1997 r. – art. 67 ust. 1, który stanowi: „Obywatel ma prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego. Zakres i formy zabezpieczenia społecznego określa ustawa”, art. 68 ust. 2: „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”, a także art. 69: „Osobom niepełnosprawnym władze publiczne udzielają, zgodnie z ustawą, pomocy w zabezpieczaniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej”.

W mojej ocenie przywołane przepisy należy definiować całościowo, poprzez kompleksowe regulowanie świadczeń społeczno-zdrowotnych. Świadczenia opieki zdrowotnej stanowią istotny, ale jednak początkowy element ścieżki terapeutycznej człowieka.

„Czy nie należy na poziomie instytucjonalnym nadać jednemu podmiotowi kompetencji, dzięki którym będzie on koordynował całościowy proces poprawy dobrostanu społeczno-zdrowotnego?”

Jak wskazano w jednej z publikacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, wydanej z okazji 80-lecia funkcjonowania tej instytucji, specyfiką polskiego, reformowanego od 1999 r. systemu ubezpieczeń społecznych jest rozdział ubezpieczenia chorobowego i ubezpieczenia zdrowotnego²². Z tytułu ubezpieczenia chorobowego przysługują świadczenia pieniężne w razie choroby i macierzyństwa²³. Natomiast powszechne ubezpieczenie zdrowotne to system odpowiedzialny za finansowanie ze środków publicznych świadczeń profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zaopatrzenia w leki i wyroby medyczne. Paradoksem może się wydawać fakt, że składki zdrowotne za osoby ubezpieczone są odprowadzane do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i przekazywane do Narodowego Funduszu Zdrowia²⁴ oraz że zdaniem Sądu Najwyższego „nie budzi wątpliwości, że ubezpieczenie zdrowotne ma charakter ubezpieczenia społecznego, mimo jego odrębności organizacyjnej, uzasadnionej odmiennością przedmiotu ochrony”²⁵.

Taki stan powoduje, że jedna instytucja płaci podmiotom leczniczym za udzielanie świadczeń opieki



- 1 – na ubezpieczenie emerytalne 50%
- 2 – na ubezpieczenie zdrowotne 46%
- 3 – na ubezpieczenie rentowe 45%
- 4 – na ubezpieczenie chorobowe 43%
- 5 – na ubezpieczenie wypadkowe 33%
- 6 – na Fundusz Pracy 22%
- 7 – na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych 20%
- 8 – nie wiem/trudno powiedzieć 24%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Przewodnik Emerytalny. Bezpieczeństwo dzięki odpowiedzialności 2016 r.

Rycina 3. Wiedza o składkach na ubezpieczenia społeczne

zdrowotnej, a inna za zasiłki chorobowe czy renty z tytułu niezdolności do pracy, a na poziomie instytucjonalnym nie zachodzi żadna korelacja między sumarycznymi kwotami wydawanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego a efektywnością i jakością leczenia. Nie ma też żadnego powiązania między wydatkami z tytułu działalności Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz jednostek samorządu terytorialnego, które także realizują zadania z zakresu ochrony zdrowia²⁶.

Rodzina, praca i polityka społeczna

W innym raporcie dotyczącym dostępności i finansowania rehabilitacji leczniczej z 2014 r. Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że brakuje koordynacji działań instytucji finansujących rehabilitację leczniczą, społeczną i zawodową: Narodowego Funduszu Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz jednostek samorządu terytorialnego. Może to prowadzić do nieefektywnego wydawania pieniędzy publicznych oraz stwarza możliwość podwójnego finansowania świadczeń tego rodzaju przez różnych płatników²⁷.

Ponadto w ramach działalności Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej określono rodzaje specjalistycznych usług dostosowanych do szczególnych potrzeb osób wymagających pomocy, wynikających z rodzaju ich schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym, m.in. poprzez rehabilitację fizyczną i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu.

Zdrowie w kompetencjach ministra sportu i turystyki oraz ministra edukacji narodowej²⁸

Ustawa o działach administracji stanowi, że dział kultura fizyczna – oprócz sportu i wychowania fizycznego – obejmuje sprawy z zakresu rehabilitacji ruchowej²⁹. Z kolei w Programie Rozwoju Sportu do roku 2020³⁰ podkreślono, że dokument prezentuje nowe podejście do sportu, rozumianego jako ważny obszar polityki publicznej, i w związku z tym sport został przedstawiony w kontekście innych polityk, ze szczególnym uwzględnieniem m.in. zdrowia, edukacji, polityki społecznej czy rynku pracy.

Podkreślono, że inwestycje w sport należy traktować przede wszystkim jako szeroko rozumianą profilaktykę zdrowotną oraz sprzyjanie postawom prospołecznym, a także że upowszechnianie podejmowania prozdrowotnej aktywności fizycznej obniża koszty opieki zdrowotnej i ubezpieczeń społecznych oraz pozytywnie oddziałuje na pracowników, m.in. zmniejszając absencję w pracy czy zwiększając jej efektywność i kreatywność. W czerwcu 2017 r. został powołany zespół parlamen-

0101010100101110101010010101010101001011

tarny ds. propagowania w społeczeństwie prozdrowotnej aktywności fizycznej, jaką jest *nordic walking*.

Z kolei brak aktywności fizycznej wywołuje ewidentne negatywne skutki dla zdrowia, przyczynia się do chorób serca, cukrzycy i nowotworów oraz sprzyja nadwadze i otyłości, co w konsekwencji powoduje przedwczesną utratę sprawności oraz zwiększa ryzyko śmierci z powodu chorób cywilizacyjnych³¹.

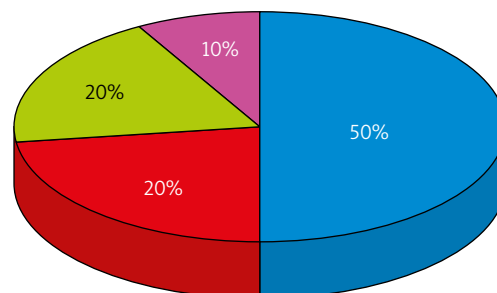
W Programie Rozwoju Sportu nawiązano także do wspierania działań na rzecz integracji społecznej osób starszych poprzez aktywność fizyczną. Program wskazuje również na postępujące wydłużanie przeciętnego trwania życia, skutkujące wieloma wyzwaniami dla polityki senioralnej, której głównym zadaniem powinno być zapewnianie warunków do starzenia się w zdrowiu. Podkreślono jednak, że „polski system opieki zdrowotnej kładzie nacisk głównie na leczenie skutków chorób, poświęcając relatywnie mniej uwagi profilaktyce wczesnej. W kontekście zdrowotnym aktywność fizyczna osób starszych powinna być zatem rozumiana dwojako – jako forma profilaktyki zdrowotnej dla osób sprawnych oraz forma rehabilitacji ruchowej dla osób mniej sprawnych. W obu przypadkach równie ważny jest aspekt integracji społecznej seniorów”.

W ustawie z 7 września 1991 r. o systemie oświaty wskazano, że system oświaty zapewnia m.in.: opiekę nad uczniami niepełnosprawnymi przez umożliwienie realizowania zindywidualizowanego procesu kształcenia, form i programów nauczania oraz zajęć rewalidacyjnych³². W obszarze kompetencji ministra edukacji narodowej jest również działalność zespołów orzekających w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych w sprawie orzeczeń i opinii³³ oraz warunki i sposób organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży³⁴.

Wnioski? Jeden podmiot

Celem niniejszego opracowania było wykazanie, że poszczególne organy administracji publicznej realizują zadania z zakresu szeroko pojmowanego zabezpieczenia społecznego, w tym ochrony zdrowia, zgodnie z określonymi prawem kompetencjami. Pozostaje natomiast pytanie, czy nie należy na poziomie instytucjonalnym nadać jednemu podmiotowi kompetencji, dzięki którym będzie on koordynował całościowy proces zapewniania dobrostanu społeczno-zdrowotnego człowieka, poczynając od profilaktyki pierwotnej, poprzez świadczenia opieki zdrowotnej, a kończąc na zapewnieniu pomocy społecznej.

Marc Lalonde, były minister zdrowia i opieki społecznej Kanady, w 1974 r. opublikował raport pt. „A New Perspective on the Health of Canadians”, w którym przedstawił koncepcję „pól zdrowia”, składających się z czterech głównych elementów: biologii człowieka, środowiska naturalnego, stylu życia i organizacji opieki zdrowotnej.



- styl życia (zachowania zdrowotne)
- czynniki biologiczne (genetyczne)
- czynniki środowiskowe
- organizacja i funkcjonowanie systemu opieki medycznej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Lalonde M., *A new perspective on the health of Canadians*. Minister of Supply and Services. Kanada 1981.

Rycina 4. Koncepcja „pól zdrowia” Marca Lalonde’a

W raporcie stwierdzono, że największy wpływ na dobrostan społeczno-zdrowotny ma styl życia (zachowania zdrowotne). W dalszej kolejności wyznacznikami stanu zdrowia są czynniki środowiskowe i czynniki genetyczne, a w najmniejszym stopniu determinuje go realizacja świadczeń opieki zdrowotnej, które obecnie w Polsce są finansowane w większości przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Podjęcie prac w Kanadzie, jak wskazują Mirosław J. Wysocki oraz Maria Miller, było podyktowane tym, że w końcu lat sześćdziesiątych XX w. we wszystkich tamtejszych stanach został etapowo wdrożony jednolity i częściowo finansowany przez rząd federalny system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego³⁵. Konsekwencją był gwałtowny wzrost kosztów opieki zdrowotnej. Powołano wówczas Komitet ds. Kosztów Służby Zdrowia, który wskazał na konieczność redukcji liczby łóżek szpitalnych z równoczesnym tworzeniem alternatywnych form opieki medycznej, takich jak opieka domowa i opieka nad przewlekle chorymi. Podkreślono także, że zdrowie³⁶ nie może być osiągalne dla większości populacji tylko przez koncentrację funduszy dla poszerzania infrastruktury i świadczeń medycyny naprawczej³⁷.

Podsumowując – może w Polsce nadszedł już odpowiedni moment, aby także odejść od pojmowania zagadnień dotyczących tzw. systemu ochrony zdrowia głównie przez pryzmat finansowania infrastruktury, świadczeń opieki zdrowotnej czy wynagrodzeń. To wszystko jest bardzo ważne, ale czasami człowiek może się zagubić i skoncentrować na dookreślaniu kompetencji poszczególnych instytucji, które w swej działalności wyczerpują znamiona działań zabezpieczenia społecznego, jednak realizują swoje polityki z różnym natężeniem koordynacyjnym.

Marek Woch
Autor jest doktorem nauk prawnych, biegłym sądowym z zakresu zarządzania oraz organizacji opieki zdrowotnej przy Sądzie Okręgowym Warszawa-Praga, a także pełnomocnikiem prezesa NFZ do spraw kontaktów z organizacjami pozarządowymi i organami władzy publicznej.

Przypisy

- M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Warszawa-Poznań 2001, s. 9 i n.; C. Włodarczyk, S. Poźdźioch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Kraków 2001, s. 13 i n., gdzie wskazano, iż „w analizach dotyczących zdrowia używanie pojęcia „system zdrowotny” (system ochrony zdrowia, system opieki zdrowotnej i podobne) ma utrwaloną tradycję, jest wręcz jednym z najczęściej stosowanych terminów”.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.
- Dz.U. z 1997 r. Nr 78 poz. 483 z późn. zm., dalej: Konstytucja RP z 1997 r.
- Przez które rozumie: ministrów, centralne organy administracji rządowej, wojewodów, działające w ich lub we własnym imieniu inne terenowe organy administracji rządowej (zespolonej i niezspolonej), organy jednostek samorządu terytorialnego oraz inne organy i podmioty, gdy są one powołane z mocy prawa lub na podstawie porozumień do załatwiania określonych spraw.
- Por. M. Konarski, M. Woch, *Z zagadnień nadzoru i kontroli organów władzy publicznej w Polsce* [w:] *Z zagadnień nadzoru i kontroli organów władzy publicznej w Polsce*, T. V, M. Konarski, M. Woch (red.), Warszawa 2015, s. 11 i n., gdzie Autorzy zdefiniowali pojęcia władzy państwowej oraz władzy publicznej. Zob także: Uchwała Nr 17 Rady Ministrów z dnia 12 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia strategii „Sprawne Państwo 2020”, M. P. z 2013 r. poz. 136, s. 14, gdzie wskazano, że termin „administracja publiczna” definiuje się na wiele sposobów i na różnych płaszczyznach, np. w ujęciu przedmiotowym (zakres realizowanych spraw) lub podmiotowym (organy tworzące administrację publiczną).
- Por. M. Konarski, M. Woch, *Ewolucja prawa miejscowego jednostek samorządu terytorialnego w Polsce*, Warszawa 2014, *passim*.
- Por. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 października 1999 r. w sprawie utworzenia Ministerstwa Zdrowia, Dz.U. z 1999 r. Nr 91 poz. 1018. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 października 1999 r. w sprawie utworzenia Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Dz.U. 1999 r. Nr 91 poz. 1015.
- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działach administracji rządowej, dalej: ustawa o działach administracji, t.j. Dz.U. 2017 poz. 888.
- M. Matczak, *Kompetencja organu administracji publicznej*, Zakamycze 2004, s. 9, gdzie autor podkreśla znaczenie wypracowywania pojęć prawnych, które pozwalają na uporządkowywanie stanów faktycznych. Por. M. Zieliński, *Wykładnia prawa. Zasady. Reguły. Wskazówki*, Warszawa 2002, s. 14, Autor podkreśla, że „adekwatność nadanego i odebranego komunikatu zależy od tego, czy uczestnicy procesu komunikacyjnego posiadają te same kompetencje językowe, przejawiające się w dysponowaniu tym samym językiem (jego siatką terminologiczną i pojęciową, a zatem i regułami rozumienia)”. Por. M. Piotrowicz, D. Cianciara, M.J. Wysocki, *Systemy zdrowotne dla zdrowia i dobrobytu – karta z Tallina*, „Przeгляд Epidemiologiczny”, 2009, nr 2, s. 321-324, gdzie wskazano, iż systemy zdrowotne poszczególnych krajów są zróżnicowane, w zależności od regionu oraz politycznego, ekonomicznego i historycznego kontekstu, w którym rozwijają się i działają. Niezależnie od powyższych uwarunkowań funkcje systemów zdrowotnych w różnych krajach są podobne. Wszystkie systemy zdrowotne spełniają następujące zadania: dostarczanie świadczeń zdrowotnych, finansowanie, tworzenie zasobów, gospodarowanie/zarządzanie.
- Por. A. Sowa, Usługi zdrowotne i socjalne wobec populacji starszej, przewlekłe chorej i niepełnosprawnej realizowane w pomocy społecznej. Podstawy regulacyjne i praktyka, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2016; 14 (1): 63-72, gdzie autorka podkreśla, że w Polsce świadczenia socjalne i zdrowotne o charakterze opiekuńczym skierowane do populacji starszej, przewlekłe chorej i niepełnosprawnej dostępne są w systemie opieki zdrowotnej oraz w systemie pomocy społecznej, przy czym w systemie opieki zdrowotnej uwaga skierowana jest na funkcje medyczne i rehabilitacyjne, a w systemie pomocy społecznej na funkcje opiekuńcze, rehabilitacyjne i integracyjne.
- Zob. Zarządzenie Nr 6 Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 lutego 2017 r. w sprawie Międzyresortowego Zespołu do spraw Opracowania Systemu Orzekania o Niepełnosprawności oraz Niezdolności do Pracy, M.P. z 2017 r. poz. 167.
- M. P. z 2017 r., poz. 260, dalej: strategia na rzecz odpowiedzialnego rozwoju.
- G. Szpor, *Ubezpieczenia w systemie zabezpieczenia społecznego* [w:] *System ubezpieczeń społecznych*, Z. Kluszczyńska, W. Koczur, K. Rubel, G. Szpor, T. Szumlicz, Wyd. 4, Warszawa 2007, s. 15.
- T. Lasocki, Tytuł powszechnego ubezpieczenia społecznego jako konstrukcja podmiotowego prawa do zabezpieczenia społecznego, Praca doktorska napisana pod kierunkiem naukowym prof. dr hab. Inetty Jędrasik-Jankowskiej, Warszawa 2015, s. 19-20.
- M. Rzemek, Chory to nie tylko problem Radziwiłła, „Rzeczpospolita”, nr 186 (10824), 11 sierpnia 2017 r., s. A2.
- Por. A. Rajkiewicz, *Zabezpieczenie społeczne* [w:] *Polityka społeczna*, wyd. II zmienione, A. Rajkiewicz (red.), Warszawa 1976, s. 366.
- Tamże, s. 367.
- Por. R. Szaferberg, *Teoria i praktyka polityki społecznej* [w:] *Polityka społeczna w Polsce*, „Studia Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu”, 2(50) 2017, s. 10, 16.
- Por. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych, Dz.U. z 2005 r. Nr 189, poz. 1598 z późn. zm.
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest dysponentem środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.
- Strategia na rzecz odpowiedzialnego rozwoju..., dz. cyt., s. 166-167.
- Por. K.T. Filip, M. Woch, *Zrekompensowanie niedoboru środków finansowych w systemie ochrony zdrowia w Polsce* [w:] *Instytucje kontroli i nadzoru w działaniach organów władzy publicznej w Polsce*, A. Gołębiowska, M. Woch, P. Zientarski (red.), Warszawa 2016, s. 94, gdzie Autorzy wykazują, że koncepcja wydzielenia składki zdrowotnej z ubezpieczeń społecznych wprowadzona w latach 90. XX w. z perspektywy czasu okazała się nieefektywna.
- Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, Dz.U. z 1999 r. Nr 60 poz. 636 z późn. zm.
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Ubezpieczenia Społeczne w Polsce*, Warszawa 2014 r., s. 88-89.
- Por. Wyrok SN z 10 czerwca 2014 r., sygn. akt II UK 464/13.
- Por. M. Woch, *Podstawowa opieka zdrowotna jako filar funkcjonowania organów jednostek samorządu terytorialnego w Polsce* [w:] *Funkcjonowanie Samorządu Terytorialnego – Uwarunkowania Prawne i Społeczne*, A. Gołębiowska, P.B. Zientarski (red.), Warszawa 2016, s. 177-201.
- NIK, Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej, KZD-4101-04/2013 Nr ewid. 37/2014/P/13/131/KZD, Informacja o wynikach kontroli z dnia 8 września 2014 r.
- W latach 2001-2005 funkcjonowało Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu.
- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działach administracji rządowej, Dz. U. z 2017 r. poz. 888.
- Uchwała Nr 150 Rady Ministrów z dnia 31 sierpnia 2015 r. w sprawie przyjęcia „Programu Rozwoju Sportu do roku 2020”, M. P. z 2015 r. poz. 989, dalej: Program Rozwoju Sportu
- Por. Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organisation, WHO*), *WHO European Region Physical Activity Strategy 2016-2025*, projekt, kwiecień 2015 r.
- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 31 października 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o systemie oświaty, Dz.U. z 2016 r. poz. 1943.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, Dz.U. z 2008 r. Nr 173 poz. 1072 z późn. zm.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 kwietnia 2013 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim, Dz. U. z 2013 r. poz. 529 z późn. zm.
- Por. M. Woch, *Rola administracji publicznej w procesie tworzenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego* [w:] *Ramy prawne funkcjonowania administracji publicznej w Polsce*, R. Grzeszczak, M. R. Tużnik, M. Woch (red.), Warszawa 2015, s. 57-81.
- Szerzej na temat definicji dotyczących zdrowia i choroby w: M. Woch, *Ochrona zdrowia w Polsce z punktu widzenia filozoficzno-prawnego*, Warszawa 2015, s. 19-20.
- Por. M.J. Wysocki, M. Miller, Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne, „Przeгляд Epidemiologiczny”, 2003, 57(3), s. 505-512. Dnia 12 września 2017 r. wpłynął rządowy projekt ustawy o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej (druk nr 1820), gdzie zgodnie z uzasadnieniem ma nastąpić zwiększenie środków finansowych przeznaczonych na wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną w tym: zakup sprzętu i aparatury dla podmiotów leczniczych (w tym w szczególności w zakresie onkologii, pediatrii, chirurgii, jak również dla oddziałów neonatologii III poziomu referencyjnego); doposażenie gabinetów profilaktyki w szkołach prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego; zakup pojazdów, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia stomatologicznego (dent