

Ochrona zdrowia ludzkiego w działaniach organizacji pozarządowych

Katalog podmiotów realizujących zadania z dziedziny ochrony zdrowia jest zróżnicowany. Obejmuje on podmioty wchodzące w skład organów władzy publicznej oraz podmioty prywatne¹. Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej², organy władzy publicznej zostały zobowiązane do zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³ oraz ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴. Akty te precyzują ramy funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, w tym zadania i kompetencje organów administracji publicznej oraz innych podmiotów realizujących zadania w sferze opieki zdrowotnej. Podmioty prywatne mogą uczestniczyć w realizacji zadań z dziedziny ochrony zdrowia dobrowolnie, w ramach wykonywania funkcji zleconych administracji publicznej albo w ramach działalności pożytku publicznego, która została ukonstytuowana w ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie⁵. Katalog organów publicznych realizujących zadania z dziedziny ochrony zdrowia jest rozbudowany i obejmuje organy administracji rządowej oraz administracji samorządowej. Organem administracji rządowej, posiadającym najszersze kompetencje jest minister właściwy do spraw zdrowia (Minister Zdrowia). Kieruje on działem administracji rządowej – zdrowie i jako członek Rady Ministrów uczestniczy w realizacji bieżącej polityki zdrowotnej państwa. Jego działania koncentrują się na funkcjach strategicznych, koordynacyjnych i zarządczo-kontrolnych i mają istotne znaczenie dla

¹ A. Rabiega, *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniach podmiotów administrujących w sferze opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009, s. 54 i n.; podobnie: B. Madej, *Odpowiedzialność administracji publicznej w systemie ochrony zdrowia*, Kraków 2014, s. 52.

² Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 z późn. zm., dalej jako Konstytucja RP.

³ Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 1793, dalej jako u.ś.o.z.

⁴ Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 1683, dalej jako u.d.l.

⁵ Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 1817, dalej jako u.d.p.p.w.

stworzenia skutecznego systemu ochrony zdrowia⁶. Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia podlegają centralne organy administracji rządowej, w szczególności Główny Inspektor Farmaceutyczny oraz Główny Inspektor Sanitarny. Kierują oni wyspecjalizowanymi inspekcjami, tj. Państwową Inspekcją Farmaceutyczną oraz Państwową Inspekcją Sanitarną. Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna oraz Państwowa Inspekcja Sanitarna pełnią funkcje kontrolne i określane są mianem policji administracyjnej⁷. Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna, regulowana ustawą z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne⁸, działa w celu zabezpieczenia interesu społecznego w zakresie zdrowia i życia ludzi przy zastosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, znajdujących się w hurtowniach farmaceutycznych, aptekach, aptekach przyszpitalnych oraz punktach aptecznych⁹. Czyni to w szczególności poprzez nadzór nad warunkami wytwarzania i importu produktów leczniczych i produktów leczniczych weterynaryjnych, warunkami wytwarzania, importu i dystrybucji substancji czynnej, jakością, obrotem i pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi, z wyłączeniem produktów leczniczych weterynaryjnych, a także nad obrotem wyrobami medycznymi, z wyłączeniem wyrobów medycznych stosowanych w medycynie weterynaryjnej. Państwowa Inspekcja Sanitarna działa w oparciu o ustawę z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej¹⁰, która określa jej cel i zadania. Celem działania inspekcji jest ochrona zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych oraz zapobieganie powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych, i w tym celu sprawuje nadzór nad warunkami: higieny środowiska, higieny pracy w zakładach pracy, higieny radiacyjnej, higieny procesów nauczania i wychowania, higieny wypoczynku i rekreacji oraz warunkami higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny,

⁶ Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia będzie należało m.in.: planowanie i kontraktowanie programów polityki zdrowotnej, opracowanie zasad wykonywania zadań przez służby i inspekcje, określenie kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne, ustalanie listy leków refundowanych oraz listy finansowanych świadczeń wysokospecjalistycznych, opracowywanie kryteriów medycznych oraz wytycznych decydujących o umieszczeniu na liście osób oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, prowadzenie spraw dotyczących organizacji systemu zdrowotnego na poszczególnych poziomach udzielania świadczeń zdrowotnych, organizacja zadań z zakresu transplantologii i systemu krwiolecznictwa i krwiodawstwa, koordynowanie działań organizacyjnych, w zakresie zapewniania jakości w ochronie zdrowia, a także nadzorowanie pracy Narodowego Funduszu Zdrowia oraz świadczeniodawców i innych podmiotów w zakresie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. Patrz: C. Włodarczyk, *Instytucje opieki zdrowotnej. Funkcje zadane a funkcje realizowane*, [w:] S. Golinowska (red.), *Zmiany i reformy w systemie zabezpieczenia społecznego w kierunku wzrostu indywidualnej odpowiedzialności*, Warszawa 1999, s. 81; A. Rabeiga, *op. cit.*, s. 89.

⁷ J. Boć, *Działania administracji publicznej*, [w:] A. Błaś, J. Boć, J. Jeżewski (red.), *Administracja publiczna*, Wrocław 2013, s. 229.

⁸ Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 2142, dalej jako Pr. far.

⁹ T. Rek, *Administracja rządowa w sferze ochrony zdrowia*, [w:] M. Dercz (red.), *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, Warszawa 2013, s. 117.

¹⁰ Tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 1412, dalej jako u.p.i.s.

sprzęt, a także pomieszczenia, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Minister Zdrowia sprawuje również nadzór nad Prezesem Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Ministrowi Zdrowia funkcjonalnie podporządkowany został Rzecznik Praw Pacjenta, który na mocy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹¹ został powołany w celu ochrony praw pacjenta. Terenowym organem administracji rządowej realizującym zadania z ochrony zdrowia jest wojewoda. Wojewoda jako przedstawiciel Rady Ministrów realizuje politykę zdrowotną rządu w województwie. Kompetencje wojewody związane z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia wydają się być uzasadnione, z powodu braku agend terenowych Ministra Zdrowia i podyktowane koniecznością wykonywania polityki rządu w województwie¹². Zadania wojewody uregulowane zostały w art. 10 u.ś.o.z. oraz w u.d.l. Art. 10 u.ś.o.z. wskazuje na zadania z zakresu zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wymienia: ocenę zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa, ocenę realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego i przekazywanie ministrowi właściwemu ds. zdrowia informacji o zrealizowanych oraz planowanych programach zdrowotnych. Zgodnie z art. 6 u.d.l. wojewoda, jako reprezentant Skarbu Państwa, może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie spółki kapitałowej i jednostki budżetowej, mocą art. 38 u.d.l. może nałożyć na podmiot leczniczy będący spółką kapitałową (w którym udziałowcem jest Skarb Państwa) albo samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej (SPZOZ) lub jednostką budżetową, dla których jest podmiotem tworzącym, obowiązek wykonania określonego zadania, oraz w myśl art. 75 u.d.l. posiada kompetencje w zakresie przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SPZOZ), dla którego jest podmiotem tworzącym, w spółkę kapitałową. Wojewoda jest ponadto organem rejestrowym wobec podmiotów leczniczych chcących prowadzić działalność leczniczą, może przeprowadzać kontrolę podmiotów leczniczych, sprawuje nadzór nad lecnictwem uzdrowiskowym prowadzonym przez zakłady lecnictwa uzdrowiskowego działające na obszarze województwa oraz na gruncie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹³ realizuje zadania polegające na planowaniu, organizowaniu i koordynowaniu systemu ratownictwa medycznego. Podmiotami odgrywającymi kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia, są również organy administracji samorządowej (jednostki samorządu terytorialnego oraz administracja samorządów zawodowych). Przekazanie części kompetencji administracji samorządowej jest m.in. wynikiem transformacji

¹¹ Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 186, dalej jako u.p.r.p.p.

¹² B. Madej, *op. cit.*, s. 65.

¹³ Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 1686, dalej jako u.p.r.m.

ustrojowej oraz reformy administracji publicznej, w wyniku której powstały trzy szczeble samorządu terytorialnego. Nie bez znaczenia dla decentralizacji ochrony zdrowia jest również realizacja konstytucyjnej zasady pomocniczości¹⁴. Jednostki samorządu terytorialnego podejmują różnorodne zadania zmierzające do ochrony zdrowia ludzkiego, zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i w interesie publicznym. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym¹⁵ w sposób ogólny ujmuje obowiązki gminy w sferze opieki zdrowotnej, przyznając jednocześnie na jej rzecz domniemanie kompetencji. Zgodnie z art. 7 u.s.g. zadania z zakresu ochrony zdrowia stanowią zadania własne gminy. Innymi zadaniami własnymi pozostającymi w związku z realizacją zadań z zakresu ochrony zdrowia są zadania dotyczące ochrony środowiska i przyrody, gospodarki wodnej, wodociągów i zaopatrzenia w wodę, kanalizacji, usuwania i oczyszczania ścieków komunalnych, utrzymania czystości i porządku oraz urządzeń sanitarnych, pomocy społecznej, kultury fizycznej i turystyki, cmentarzy gminnych oraz polityki prorodzinnej, w tym zapewnienia kobietom w ciąży opieki socjalnej, medycznej i prawnej. Gmina wykonuje również zadania zlecone. Kierując się konstytucyjną zasadą subsydiarności oraz zasadą decentralizacji, gmina wykonuje wszystkie zadania z zakresu ochrony zdrowia, niezastrzeżone dla innych jednostek samorządu terytorialnego. Powiat odpowiedzialny jest za realizację zadań publicznych o charakterze ponadgminnym. Mocą art. 4 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym¹⁶ powiat wykonuje zadania w zakresie promocji i ochrony zdrowia oraz inne zadania związane z ochroną zdrowia, dotyczące m.in. pomocy społecznej, wspierania osób niepełnosprawnych, kultury fizycznej i turystyki, gospodarki wodnej, ochrony środowiska i przyrody, a także utrzymania powiatowych obiektów i urządzeń użyteczności publicznej oraz obiektów administracyjnych. Podobnie zadania samorządu województwa, w sferze ochrony zdrowia zostały uregulowane w art. 14 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa¹⁷. Wspomniany przepis, obok ochrony zdrowia, wskazuje również na zadania pokrewne, tj. zadania z zakresu pomocy społecznej, ochrony środowiska oraz kultury fizycznej i turystyki. Można zatem podsumować, że zadania jednostek samorządu terytorialnego, określone w ustawach ustrojowych, polegają na podejmowaniu działań na rzecz tworzenia prozdrowotnych warunków życia, zarządzaniu systemem ochrony zdrowia oraz finansowaniu określonych działań¹⁸. Normy zawarte w powyższych ustawach mają charakter ogólny, nie stanowią podstawy do podejmowania przez jednostki samorządu terytorialnego

¹⁴ A. Rabięga, *op. cit.*, s. 111.

¹⁵ Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 446, dalej jako u.s.g.

¹⁶ Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 814, dalej jako u.s.p.

¹⁷ Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 486, dalej jako u.s.w.

¹⁸ M. Stec, *Podział zadań i kompetencji w nowym ustroju terytorialnym Polski*, „Samorząd Terytorialny” 1998, Nr 11, s. 3 i n.

konkretnych działań w sferze ochrony zdrowia. Konkretyzacja zadań oraz kompetencji następuje w ustawach prawa materialnego, które stanowią formalnoprawną podstawę aktywności jednostek, czego przykładem może być art. 6 u.ś.o.z., u.d.l. oraz szereg innych ustaw¹⁹. Na administrację samorządową składa się również samorząd zawodowy, w szczególności samorząd lekarzy oraz samorząd pielęgniarek i położnych. Ich rola polega na ustaleniu zasad dopuszczenia do zawodu oraz sprawowaniu nadzoru nad wykonywaniem zawodu. W strukturze podmiotów publicznych, podejmujących działania na rzecz ochrony zdrowia, polegające na bezpośrednim organizowaniu i dostarczaniu usług zdrowotnych, są samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ), które jako podmioty lecznicze, wykonują działalność leczniczą. Jej celem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, promocja zdrowia, a także realizacja zadań dydaktycznych i badawczych w połączeniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. Działalność lecznicza może być również wykonywana przez podmioty prywatne, tj. przedsiębiorców, wykonujących działalność regulowaną w myśl ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej²⁰. Ustrojodawca w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP nie przesądza o strukturze własnościowej podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, decyduje o tym ustawodawca zwykły²¹, dlatego też zgodnie z art. 4 u.d.l., działalność leczniczą mogą prowadzić zarówno podmioty publiczne, jak i podmioty prywatne. Literatura przedmiotu prezentuje pogląd, zgodnie z którym udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie przez podmioty publiczne nie stanowi wystarczającej gwarancji realizacji zasady równego dostępu do tych świadczeń. Jest to podyktowane wzrastającym zapotrzebowaniem

¹⁹ Są to m.in.: ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2001 r. Nr 118, poz. 687 z późn. zm.), ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2012 r. poz. 1356 z późn. zm.), ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. z 1993 r. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.), Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.), ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55 z późn. zm.), ustawa z dnia 13 września 1996 r. o utrzymaniu czystości i porządku w gminach (Dz. U. z 2012 r. poz. 391 z późn. zm.), ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2004 r. Nr 125, poz. 1317 z późn. zm.), ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 1997 r. Nr 106, poz. 681 z późn. zm.), ustawa z dnia 27 sierpnia 2011 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.); M. Dercz, *Jednostki samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia - zadania wynikające z przepisów ustrojowych i wybranych przepisów materialnego prawa administracyjnego*, [w:] M. Dercz (red.), *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, Warszawa 2013, s. 136.

²⁰ Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 1829, dalej jako u.s.d.g.

²¹ Art. 68 ust. 2 Konstytucji RP nie rozstrzyga, w jakiej formie organizacyjnej władze publiczne zapewniają udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowych ze środków publicznych. Tym samym ustawodawca nie musi tworzyć tzw. publicznej ochrony zdrowia. Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r. K 14/03, OTK-A z 2004 r. Nr 1, poz. 1.

na usługi medyczne²². Podstawą udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych jest umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy podmiotem leczniczym (publicznym bądź prywatnym) a Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), odpowiedzialnym za sfinansowanie udzielanych świadczeń²³. W wyniku zrównania przez ustawodawcę statutu podmiotów publicznych i prywatnych w doktrynie pojawiły się oceny, często negatywne, przekazania wykonywania zadań ze sfery ochrony zdrowia podmiotom prywatnym. Wskazuje się m.in. na: naruszenie konstytucyjnej gwarancji publicznego charakteru systemu opieki zdrowotnej czy trudności w zabezpieczeniu interesu publicznego związanego z ochroną zdrowia. Podkreśla się również, że udzielanie świadczeń przez podmioty prywatne może zagrozić ciągłości i dostępności świadczeń²⁴. Natomiast zwolennicy tej konstrukcji stoją na stanowisku, że przekazanie zadań podmiotom prywatnym nie zwalnia władz publicznych z obowiązku zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a może się ono przyczynić do zwiększenia jakości udzielanych świadczeń. Wskazuje się również na przenoszenie zasad rządzących sektorem prywatnym do sektora publicznego, co ma poprawić efektywność. Nie bez znaczenia dla jakości i ilości udzielanych świadczeń pozostaje zróżnicowanie źródeł finansowania. Podmioty prywatne szybciej reagują na zmiany zachodzące w otoczeniu, również i te związane z zatrudnianiem. W podmiotach tych, częściej niż w placówkach publicznych, podejmowane są działania motywujące pracowników do pracy, a także, co ważne z punktu widzenia realizacji prawa pacjenta do dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, konkurencja między podmiotami prywatnymi ogranicza działania monopolistyczne²⁵. Należy również podkreślić, że w ciągu ostatnich kilku lat zwiększył się udział prywatnych podmiotów leczniczych udzielających zarówno świadczeń ambulatoryjnych, jak i świadczeń szpitalnych²⁶. Zadania ze sfery ochrony i promocji zdrowia są również realizowane przez podmioty działające w oparciu o ustawę o działalności pożytku publicznego i wolontariacie. Działalnością pożytku publicznego, zgodnie z art. 3 u.d.p.p.w., jest działalność społecznie użyteczna

²² A. Dyląg, *Przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jako forma prywatyzacji zadań publicznych*, Toruń 2014, s. 80.

²³ Umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej została unormowana w art. 132 u.ś.o.z. ma charakter umowy wzajemnej, odpłatnej, dwustronnie zobowiązującej, w której zawarto zastrzeżenie świadczenia na rzecz osoby trzeciej. A. Pietraszewska-Macheta, *Kontraktowanie świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Przepisy, praktyka, orzecznictwo*, Warszawa 2014, s. 267.

²⁴ A. Dyląg, *op. cit.*, s. 136, A. Błaś, *Zetknięcie władzy administracyjnej ze sferą osobistą: człowiek - nowe problemy* [w:] A. Błaś, J. Boć (red.), *Stan i kierunki rozwoju nauk administracyjnych*, Wrocław 2014, s. 47.

²⁵ I. Rydlewska-Liszkowska, *Prywatyzacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej - kierunki działań w systemie ochrony zdrowia* [w:] K. Ryć, A. Sobczak (red.), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcje, regulacje, zarządzanie*, Warszawa 2010, s. 50.

²⁶ M. Kautsch, *Potencjał publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce – wybrane elementy*, [w:] K. Ryć, A. Sobczak, *op. cit.*, s. 121 i n.

prowadzona przez organizacje pozarządowe w sferze zadań publicznych określonych w ustawie, w art. 4. Katalog ten obejmuje wszystkie ważne dziedziny życia społecznego²⁷. Organizacjami pozarządowymi są niebędące jednostkami sektora finansów publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych²⁸ i niedziałające w celu osiągnięcia zysku osoby prawne lub jednostki nieposiadające osobowości prawnej utworzone na podstawie przepisów ustaw, w tym fundacje i stowarzyszenia²⁹. Działalność pożytku publicznego może być również prowadzona przez osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, jeśli ich cele statutowe obejmują prowadzenie działalności pożytku publicznego. Może być również realizowana przez stowarzyszenia jednostek samorządu terytorialnego. Organizacje pozarządowe realizują zadania ze sfery ochrony i promocji zdrowia, a także podejmują działania pokrewne polegające na pomocy społecznej, wspieraniu osób niepełnosprawnych oraz upowszechnianiu kultury i sportu, we współpracy z organami administracji publicznej. Współpraca może polegać na: zleceniu zadań organizacjom pozarządowym, wzajemnym informowaniu się o planowanych kierunkach działalności i współdziałaniu w celu zharmonizowania działania, konsultowaniu projektów aktów normatywnych w dziedzinach dotyczących działalności statutowej organizacji oraz tworzeniu wspólnych zespołów o charakterze doradczym i inicjatywnym, złożonym z przedstawicieli organizacji pozarządowych oraz przedstawicieli organów administracji publicznej. Współpraca powinna odbywać się na zasadach pomocniczości, suwerenności stron, partnerstwa, efektywności, uczciwej konkurencji i jawności. Zlecenie zadań organizacjom pozarządowym może przybierać formę powierzenia wykonania zadań publicznych, wraz z udzieleniem dotacji na finansowanie ich realizacji lub wspierania zadań, wraz z udzieleniem dotacji na dofinansowanie zadań. Zasady prowadzenia działalności pożytku publicznego na podstawie zlecenia realizacji zadań publicznych zostały skonkretyzowane w rozdziale II u.d.p.p.w. Działalność pożytku publicznego może być również finansowana ze środków prywatnych³⁰. Organizacje pozarządowe realizują zadania ze sfery ochrony i promocji zdrowia. Tak ogólne sformułowanie zadania publicznego pozwala uznać, że przedmiotem ich działalności

²⁷ A. Ceglarski, *Organizacje pożytku publicznego*, Warszawa 2005, s. 19.

²⁸ Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 1870.

²⁹ Powyższej regulacji nie stosuje się do partii politycznych, związków zawodowych i organizacji pracodawców, samorządów zawodowych oraz fundacji, gdzie jedynym fundatorem jest Skarb Państwa lub partia polityczna. Nie stosuje się jej również do klubów sportowych działających w oparciu o odrębne przepisy oraz do zlecenia realizacji zadań w zakresie opieki nad Polonią i Polakami za granicą, finansowanych ze środków budżetu państwa w części, w której dysponentem jest Szef Kancelarii Senatu.

³⁰ R. Golat, *Działalność pożytku publicznego i wolontariatu*, Warszawa 2005, s. 68 i n.

mogą być różne aktywności zmierzające do ochrony zdrowia, w szczególności działania profilaktyczne, opieka medyczna, opieka paliatywna oraz rehabilitacja³¹. Przykładem jest tworzenie zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL). Katalog podmiotów realizujących zadania z dziedziny ochrony zdrowia jest zróżnicowany. Obejmuje zarówno organy władzy publicznej, jak i podmioty prywatne. Organy władzy publicznej zostały zobowiązane przez ustawodawcę do stworzenia systemu opieki zdrowotnej, w którym obywatele niezależnie od ich sytuacji życiowej i materialnej będą mieli zapewniony równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych są zarówno podmioty publiczne, jak i prywatne. Wśród podmiotów niepublicznych, realizujących zadania z ochrony zdrowia, coraz większą rolę odgrywają organizacje pozarządowe. Silne tendencje do przekazywania zadań publicznych podmiotom prywatnym i organizacjom pozarządowym są konsekwencją realizacji konstytucyjnej zasady pomocniczości. Również decentralizacja zadań publicznych kształtuje współpracę podmiotów publicznych z organizacjami pozarządowymi. Gmina jako jednostka znajdująca się najbliżej potrzeb mieszkańców może reagować na zmieniające się potrzeby i oczekiwania społeczne. Współpraca gmin z organizacjami pozarządowymi umożliwia ponadto partycypację lokalnej społeczności w realizowaniu zadań publicznych, zaspakajających jej potrzeby. Zróżnicowany katalog podmiotów organizujących i realizujących opiekę zdrowotną pozwala na współpracę i wzajemne uzupełnianie się w tak ważnej dziedzinie jak ochrona zdrowia. Podmioty prywatne oraz organizacje pozarządowe stanowią niewątpliwie duże wsparcie dla podmiotów publicznych, zwłaszcza że chodzi o realizację zadań w sferze o szczególnym znaczeniu.

³¹ A. Rabiega *op. cit.*, s. 267.