

ZAŁĄCZNIK NR 4
DO WNIOSKU O WSZCZĘCIE POSTĘPOWANIA HABILITACYJNEGO
W ZAKRESIE DZIEDZINY NAUKI – NAUKI PRAWNE,
W DYSCYPLINIE NAUKOWEJ – PRAWO

**AUTOREFERAT
PRZEDSTAWIAJĄCY OPIS DOROBKU I OSIĄGNIĘĆ
NAUKOWYCH**

dr Sebastian Sikorski

Instytut Nauk Prawnych, Wydział Prawa i Administracji
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
Warszawa, 20 września 2021 r.

Spis treści

| | | |
|--------|--|----|
| 1. | Imię i nazwisko..... | 1 |
| 2. | Posiadane dyplomy i stopnie naukowe – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej..... | 1 |
| 3. | Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych..... | 1 |
| 4. | Omówienie osiągnięć naukowych, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.), z uwzględnieniem dorobku z okresu całej kariery zawodowej..... | 1 |
| 4.1. | Monografia naukowa wydana przez wydawnictwo, które w roku opublikowania monografii w ostatecznej formie było ujęte w wykazie sporządzonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 lit. a ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce..... | 1 |
| 4.2. | Uzasadnienie wyboru tematu pracy..... | 2 |
| 4.3. | Cel naukowy rozprawy..... | 4 |
| 4.4. | Struktura pracy..... | 5 |
| 4.5. | Wnioski..... | 6 |
| 4.6. | Pozostały dorobek naukowo-badawczy..... | 24 |
| 4.6.1. | Wprowadzenie..... | 24 |
| 4.6.2. | Pola badawcze..... | 25 |
| 4.6.3. | Badania nad prawem administracyjnym regulującym systemowo ochronę zdrowia w Polsce..... | 25 |
| 4.6.4. | Badania nad e-zdrowiem, w tym w szczególności z telemedycyną i sztuczną inteligencją jako elementami innowacji technicznych, technologicznych i społecznych oraz ich regulacją prawną..... | 28 |
| 4.6.5. | Nagrody..... | 30 |
| 5. | Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej, w szczególności zagranicznej..... | 30 |
| 5.1. | Uniwersytet w Białymstoku, Wydział Prawa..... | 30 |
| 5.2. | Politechnika Warszawska, Wydział Administracji i Nauk Społecznych, Zakład Prawa i Administracji..... | 30 |
| 5.3. | Szkoła Główna Handlowa w Warszawie..... | 31 |
| 5.4. | Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Wydział Prawa i Administracji..... | 32 |
| 6. | Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę..... | 32 |
| 7. | Informacje ważne z punktu widzenia wnioskodawcy, dotyczące jego kariery zawodowej..... | 34 |

Autoreferat zawiera omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.) z uwzględnieniem dorobku z okresu całej kariery zawodowej.

Szczegółowy wykaz osiągnięć naukowych stanowiących znaczny wkład w rozwój dyscypliny nauk prawnych (prawa – zgodnie z klasyfikacją OECD) zawiera załącznik nr 3 do wniosku o wszczęcie postępowania habilitacyjnego.

1. Imię i nazwisko:

Sebastian Sikorski

2. Posiadane dyplomy i stopnie naukowe – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej

1. Stopień naukowy doktora nauk prawnych w dyscyplinie prawo. Stopień nadany przez Radę Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku, 2008. Tytuł rozprawy doktorskiej: *Charakter prawny gwarancji bankowej w świetle kauzalności czynności prawnych*. Promotor: dr hab. Teresa Mróz, recenzenci: prof. dr hab. Wojciech Pyziół, dr hab. Mieczysław Goettel. Dyplom potwierdzający uzyskanie stopnia naukowego doktora nauk prawnych w zakresie prawa.
2. Dyplom potwierdzający odbycie studiów magisterskich na kierunku prawo w zakresie nauk prawnych, Wydział Prawa Uniwersytetu w Białymstoku, 2001. Studia ukończone z wynikiem bardzo dobrym, w ramach indywidualnego toku studiów pod opieką naukową prof. dr. hab. Eugeniusza Smoktunowicza.

3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych

1. Od 2018 r. adiunkt w Katedrze Prawa Administracyjnego i Samorządu Terytorialnego, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.
2. W latach 2015–2018 adiunkt w Zakładzie Prawa i Administracji, Wydział Administracji i Nauk Społecznych Politechniki Warszawskiej.
3. W latach 2013–2015 adiunkt w Wyższej Szkole Przedsiębiorczości w Warszawie.
4. W latach 2009–2014 adiunkt w Prywatnej Wyższej Szkole Businessu, Administracji i Technik Komputerowych w Warszawie.

4. Omówienie osiągnięć naukowych, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.), z uwzględnieniem dorobku z okresu całej kariery zawodowej

4.1. Monografia naukowa wydana przez wydawnictwo, które w roku opublikowania monografii w ostatecznej formie było ujęte w wykazie sporządzonym zgodnie

z przepisami wydanymi na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 lit. a ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce

S. Sikorski, *Administracja ochrony zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją*, Monografie, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2021 (549 stron), ISBN 978-83-8223-795-5

Recenzentami wydawniczymi monografii są:

1. dr hab. Iwona Sierpowska, prof. SWPS,
2. prof. dr hab. Włodzimierz Cezary Włodarczyk.

Wydanie monografii zostało sfinansowane ze środków przeznaczonych na badania naukowe, na podstawie decyzji komisji ds. badań naukowych Instytutu Nauk Prawnych Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego – projekt: *Świadczenia administracji publicznej w zakresie ochrony zdrowia*, decyzja z dnia 01.04.2020 r., sygn. Dec-INP-10/20.

4.2. Uzasadnienie wyboru tematu pracy

W doktrynie prawa administracyjnego wskazuje się na pojęcie „administracja świadcząca” jako pojęcie podstawowe, rozumiane jako działania administracji publicznej polegające na świadczeniu usług mających na celu zaspokojenie potrzeb człowieka. Jednocześnie pojęcie administracji świadczącej jest łączone z pojęciem funkcji administracji publicznej.

Funkcja administracyjna jest „teoretycznoprawnym narzędziem badawczym” umożliwiającym analizę działań administracji, których celem jest zaspokajanie określonych potrzeb społeczeństwa. Obecnie mamy do czynienia z sytuacją, w której wzrastają rola i znaczenie administracji świadczącej, przy jednoczesnym dość ograniczonym zainteresowaniu nauki prawa administracyjnego tą problematyką. W sposób szczególny należy zaznaczyć, że w doktrynie prawa administracyjnego Zbigniew Czarnik i Jerzy Posłuszny już w 2011 r. postulowali potrzebę badań w tym obszarze – właśnie w kontekście ochrony zdrowia. Perspektywa ta stała się inspiracją dla powstania tej pracy, a w konsekwencji zasadniczego znaczenia nabrała analiza pojęcia funkcji administracyjnej – jej rodzajów, aktualności i przydatności w ocenie działań administracji, których celem jest zaspokajanie określonych potrzeb społeczeństwa. Przywołane pojęcia można zaklasyfikować do kategorii pojęć podstawowych, które – jak podkreśla Jerzy Stefan Langrod – porządkują zadania nauki prawa administracyjnego.

Jak wskazywał Franciszek Longchamps de Berier, prawo jest strukturą dwoistą (pomyślaną i rzeczywistą), wzbogaconą również o trzeci czynnik – o wartości. Wartości ludzkie, takie jak ład czy sprawiedliwość, nie znajdują się na zewnątrz prawa, ale w jakimś sensie trwają i – co więcej – utrzymują się właśnie w prawie i dzięki prawu. We współczesnym piśmiennictwie stwierdza się, że dla rozwoju nauk prawnych bardzo istotne jest poszukiwanie i analizowanie wartości, które są podłożem obowiązującego systemu prawnego. Możemy zatem mówić o aksjologii prawa, o aksjologii poszczególnych gałęzi prawa, a w konsekwencji również o aksjologii prawa administracyjnego.

Należy zaznaczyć, że również w doktrynie zagranicznej podkreśla się, że porządek prawny zawsze przyjmuje pewne normatywne punkty odniesienia. Zasada państwa prawnego jest podstawą dążenia do racjonalizowania spraw publicznych za pomocą możliwie efektywnego działania. Zasada demokracji i określenie celów państwa zobowiązują do poszanowania

orientacji na działanie na rzecz dobra wspólnego przez władzę publiczną. Natomiast zasada równości dyscyplinuje działanie administracji państwowej, zapewniając jej niezbędną spójność. Należy zatem wziąć pod uwagę pozaprawne cele i wartości w konstytucyjnoprawnych postulatach racjonalnego działania na rzecz dobra wspólnego, których konkretyzacja jest rzeczą nauki prawa, zwłaszcza nauki prawa administracyjnego, jak czynił to w swych pracach Eugeniusz Smoktunowicz. Taką ważną wartością będącą przedmiotem ochrony konstytucyjnej jest prawo do ochrony zdrowia. Samo pojęcie „zdrowie” jest bardzo szerokie, a w konsekwencji – w różny sposób określane. Jednakże zdefiniowanie go determinuje system ochrony zdrowia, jaki zostanie przyjęty przez dane społeczeństwo, a więc i regulację prawną określającą ramy tego systemu. Jeżeli zaś nawiążemy do klasycznego stwierdzenia, że administracja to „układ normatywny zanurzony w określonej rzeczywistości”, to administracja ochrony zdrowia jawi się jako część tego układu normatywnego.

Jak wskazywał Ernest Knosala, prawo może być ujmowane jako instrument sterowania, tworzenia pewnego społecznego otoczenia. W nowej nauce prawa administracyjnego podkreśla się, że dopiero wtedy, gdy to sterowanie kończy się powodzeniem, prawo zmienia się w pewien materialny porządek. Zdaniem Eberharda Schmidta-Aßmanna, współtwórcy nowej nauki prawa administracyjnego, w dogmatyce prawa szczególną rolę odgrywają „obszary referencyjne”, które z założenia powinny obejmować w miarę szerokie pole badawcze, reprezentatywne dla obecnego sposobu działania administracji. Z punktu widzenia dogmatyki wybór takiego obszaru dokonywany jest na podstawie zróżnicowanych kryteriów. Za przykład takiego kryterium mogą posłużyć: ważność danego obszaru, częstotliwość stosowania określonych instrumentów prawnych i form działania prawa administracyjnego, jak również liczba konfliktów, zaangażowanych interesów oraz zdolność do innowacji w danym obszarze. Przyjmując jako obszar referencyjny administrację ochrony zdrowia w Polsce, w pracy ukazano, że spełniona jest większość tych kryteriów.

Dokonując więc syntezy postrzegania prawa administracyjnego jako nośnika określonych wartości realizowanych przez strukturę, jaką jest administracja publiczna widziana z perspektywy realizowanych przez nią funkcji, możliwe staje się obranie tematu pracy. Temat ten został sformułowany w celu wyrażenia pewnego twórczego napięcia istniejącego w funkcjonowaniu administracji publicznej w ochronie zdrowia, dlatego tytuł monografii brzmi: *Administracja ochrony zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją*.

Wagi i doniosłości społecznej zdrowia i ochrony zdrowia nie trzeba współcześnie szczególnie uzasadniać, niewiele jest bowiem wartości w życiu danego społeczeństwa tak ważnych, jak zdrowie funkcjonujących w nim jednostek. W różnorodnych i coraz bardziej złożonych definicjach zdrowia artykułuje się pomyślność (dobrostan) w płaszczyźnie fizycznej, umysłowej oraz społecznej, a nie tylko brak choroby. Można zatem stwierdzić, że elementy te silnie wpływają na funkcjonowanie społeczeństwa, a więc i służącej mu administracji. Wielość konfliktów i zaangażowanych tu interesów jest wyczerpująco opisana w istniejącej literaturze. Obserwuje się je także wewnątrz systemu ochrony zdrowia na tle różnych poziomów udzielanych świadczeń w ramach poszczególnych specjalizacji.

Takie wyznaczenie obszaru referencyjnego pozwala na lepszą analizę wybranej części obowiązującego prawa. W obrębie dogmatyki prawa administracyjnego można je powiązać we właściwy sposób z zadaniami administracji. W doktrynie pojawia się często żądanie, aby systematyka i analiza w teorii prawa administracyjnego były zorientowane na zadania.

Istotne dla wyboru tematu pracy jest również aktualne otoczenie społeczno-gospodarcze.

Można tutaj wskazać skutki kryzysu ekonomicznego, który rozpoczął się w 2008 r. i dobitnie pokazał wiele współczesnych słabości gospodarki rynkowej. Już to zdarzenie można potraktować jako impuls do nowej refleksji nad rolą administracji publicznej, w tym także wobec prywatyzacji usług publicznych. Szczególnie ważkim argumentem, który pojawił się już w trakcie pisania tej pracy, stała się epidemia COVID-19 oraz jej skutki społeczne i gospodarcze – także te przewidywane. Mamy do czynienia z bezprecedensowym w historii współczesnej – posługując się pojęciem zaczerpniętym z sektora bankowego – „stress-testem” działania całej administracji w skali globalnej, w tym w szczególności administracji ochrony zdrowia, która jest strukturą organizacyjną działającą obecnie w niezwykle trudnych warunkach. Analizując bieżącą sytuację, można lepiej niż dotychczas dostrzec sposób działania poszczególnych jej elementów. Z tych powodów tak ważna staje się analiza administracji ochrony zdrowia z wykorzystaniem zaproponowanych pojęć badawczych. Otwiera to również nową perspektywę przyszłych badań prawnoporównawczych.

4.3. Cel naukowy rozprawy

Celem pracy jest weryfikacja hipotezy badawczej, że kluczowymi funkcjami w ochronie zdrowia są funkcje: reglamentacyjna i świadcząca, wykonywane odpowiednio przez administrację: reglamentacyjną i świadcząca. W ramach badań niezbędne jest określenie, czy funkcje te są obecnie wystarczające do opisanego pełnej aktywności administracji w ochronie zdrowia. Powyższa hipoteza została uzupełniona o refleksję nad możliwością i celowością wyodrębnienia również innego rodzaju administracji, w związku z rosnącym znaczeniem tworzenia i utrzymywania infrastruktury w ochronie zdrowia. Takie ujęcie determinuje z kolei zakres i sposób przeprowadzenia analizy regulacji administracyjnoprawnej w ochronie zdrowia. Jest to o tyle istotne, że prawo ochrony zdrowia podlega ponadprzeciętnej inflacji w porównaniu z innymi obszarami prawa administracyjnego. Wynika to z licznych i częstych zmian na poziomie ustaw i aktów wykonawczych, uzasadnionych nowymi zagrożeniami zdrowotnymi oraz postępami w środkach i metodach leczenia.

Biorąc pod uwagę wybrane pole badawcze – obszar referencyjny – konieczne stało się przyjęcie określonych założeń porządkujących poszczególne wątki pracy. Ustalenia i rozstrzygnięcia wymagają więc zagadnienia ujęte w pytania badawcze. Podjęto próbę odpowiedzi na pytania: na ile wypracowana w doktrynie prawa administracyjnego kategoria pojęciowa funkcji jako narzędzia badawczego jest nadal przydatna oraz na ile adekwatnie opisuje ona współczesną ochronę zdrowia w Polsce. Pytania te można również postawić w kontekście regulacji, która historycznie determinowała działanie systemu ochrony zdrowia.

Ze względu na administracyjnoprawny charakter pracy chodzi w niej o wyznaczenie obszaru, w którym w wyniku w szczególności ustaleń doktryny i orzecznictwa również prawo administracyjne może się rozwinąć.

Poszukiwano także odpowiedzi na pytania: jak został prawnie określony zakres świadczeń w ochronie zdrowia ujęty w katalog tzw. świadczeń gwarantowanych i jak kształtuje się prawnie ich dostępność. Analizie poddano pozycję prawną Narodowego Funduszu Zdrowia w systemie ochrony zdrowia. Podjęto również próbę rozstrzygnięcia, czy klasyczna forma zakładu publicznego odpowiada zadaniom współczesnych podmiotów leczniczych.

Praca stanowi więc próbę zintegrowanego spojrzenia na poruszane już w literaturze obszary, które dotychczas były analizowane odrębnie. Omawia się bowiem często oddzielnie: prawo do ochrony zdrowia, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, strukturę administracji świadczącej w ochronie zdrowia. Wartością tej pracy ma

być pokazanie ścisłego związku między realizacją tych praw a strukturą administracji, która poprzez swoje działanie je wykonuje.

4.4. Struktura pracy

Przyjętym założeniom badawczym odpowiada struktura monografii. Jest ona podzielona na pięć rozdziałów odpowiadających częściom tematycznym, które zostały poprzedzone wprowadzeniem. W każdym rozdziale zostały zawarte również syntetycznie ujęte wnioski, które znajdują swoje rozwinięcie w podsumowaniu całości rozważań.

W rozdziale pierwszym zostały przyjęte – na potrzeby pracy – elementy siatki pojęciowej doktryny prawa administracyjnego, która w dalszych częściach będzie niejako „nakładana” na obszar badawczy, czyli administrację ochrony zdrowia.

Punktem wyjścia do rozważań jest pojęcie administracji publicznej, jego ewolucja na tle poglądów doktryny, także z uwzględnieniem zachodzących procesów. Następnie przedmiotem analizy są pojęcia, przez których pryzmat będzie analizowana administracja ochrony zdrowia działająca współcześnie w Polsce, zwłaszcza pojęcie funkcji administracyjnej oraz wypracowane jej podziały. Znajdują się tutaj również odniesienia do pojęć o węższym zakresie, powiązanych z pojęciem funkcji, takich jak cel działania administracji i jej zadania.

W rozdziale drugim przedstawiony jest rys historyczny, który pozwala ukazać aksjologiczne podstawy kształtowania się systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Analiza rysu historycznego jest konieczna z kilku powodów. Ważne jest przede wszystkim pokazanie – oczywiście z konieczności skrótowo – genezy i ewolucji kształtowania się tego obszaru administracji. W ciągu ostatnich stu lat mieliśmy do czynienia z fundamentalnymi zmianami w tym obszarze, które, niestety, nie miały – tak jak w innych państwach Europy Zachodniej – charakteru ewolucyjnego, lecz były naznaczone gwałtownymi przełomami. W przypadku polskiego systemu ochrony zdrowia można wskazać co najmniej trzy okresy. Będą to początki państwowości II Rzeczypospolitej i rozpoczęcie budowy nowoczesnego (na tamte czasy) modelu ubezpieczeniowego. Okres PRL i radykalnego zwrotu w kierunku scentralizowanego systemu opartego na modelu Siemaszki wdrażanym w całej strefie wpływów ZSRR. Wreszcie jako trzeci okres można wskazać czas po 1989 r. – lata burzliwej transformacji systemowej i powrotu do ewoluującego w Europie Zachodniej modelu ubezpieczeniowego. Wypracowana w rozdziale pierwszym siatka pojęciowa będzie miała zastosowanie również do przedstawionego złożonego procesu historycznego kształtowania się administracji w ochronie zdrowia. Rozważania te są także pewnym wprowadzeniem do szczegółowej analizy współcześnie działającego systemu ochrony zdrowia i głównych jego problemów.

W rozdziale trzecim zostały omówione – syntetycznie ze względu na przyjęte ramy pracy – źródła prawa międzynarodowego i prawa Unii Europejskiej w ochronie zdrowia. Zasygnalizowano też – na tle bieżącej sytuacji – aktywność administracji europejskiej w tym zakresie. Następnie przedmiot rozważań stanowią konstytucyjnie zagwarantowane prawa dotyczące ochrony zdrowia. Ma to zasadnicze znaczenie, ponieważ to w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r. znajdujemy aksjologiczne umocowania systemu ochrony zdrowia, które znajdują swoją konkretyzację w regulacji administracyjnoprawnej. Regulacja konstytucyjna determinuje więc kształt systemu opieki zdrowotnej i wyznacza ramy, w których ustawodawca może się poruszać i konstruować ten system.

Rozdział czwarty obejmuje rozważania będące podstawą do weryfikacji założonej hipotezy pracy oraz odpowiedzi na szczegółowe pytania badawcze. Została tu w pełni zastosowana

wypracowana siatka pojęć doktryny prawa administracyjnego oraz zbadana jej aktualność i przydatność w obszarze administracji ochrony zdrowia. W rozdziale tym została przeprowadzona analiza złożonej struktury polskiej administracji ochrony zdrowia, z podkreśleniem jej kluczowych elementów. Rozważania są prowadzone w sposób usystematyzowany – od administracji centralnej, przez administrację samorządową, po tzw. inne podmioty administrujące.

W rozdziale piątym została przedstawiona problematyka świadczeń opieki zdrowotnej na tle pojęcia administracji świadczącej i realizowanej przez nią funkcji z odniesieniem do zasad ich finansowania ze środków publicznych. Przedmiotem pogłębionej analizy jest rola samorządu terytorialnego jako świadczeniodawcy. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce zostało ogólnie odniesione także do systemów ochrony zdrowia wybranych państw europejskich. Wybór ten został podyktowany nawiązaniem do dwóch kluczowych modeli ochrony zdrowia: modelu Bismarcka i modelu Beveridge'a.

W podsumowaniu zawarta jest synteza wniosków z poszczególnych rozdziałów, ale przede wszystkim – ostateczna weryfikacja hipotezy badawczej i wnioski końcowe.

4.5. Wnioski

Przeprowadzona w monografii analiza potwierdza przydatność wybranego aparatu pojęciowego. Pojęcie funkcji administracyjnej – jako pewna kategoria pojęciowa – ze względu na swój ogólny i abstrakcyjny charakter pozostaje nadal przydatnym narzędziem badawczym pozwalającym również uchwycić przemiany zachodzące w administracji publicznej oraz jej znaczenie w życiu zbiorowości i jednostki. Pojęcie to – jako „odwzorowanie celów podstawowych i przyporządkowanych im celów niższej rangi ustalanych na podstawie zadań publicznych realizowanych przez administrację publiczną” (Z. Niewiadomski) – jednocześnie pozwala ująć zachodzące dynamicznie zmiany w administracji publicznej. Z założenia administracja publiczna zajmuje się sprawami zarówno strategicznymi, jak i bieżąco ważnymi dla danego społeczeństwa w określonym czasie. Na tle wykonywania poszczególnych funkcji przez tę administrację widać wyraźnie także sposób i szybkość jej reakcji.

Analizowane pojęcie funkcji administracyjnej jest niezmiernie ważne dla uchwycenia przekształceń, jakie następują w warunkach współczesnego państwa i jego administracji. Pojęcie to pozwala w sposób najszerszy ukazać specyfikę działań administracji w analizowanym jej obszarze, tj. ochrony zdrowia, a także zakres oraz tempo jej przystosowania się do zmiennych warunków społecznych i gospodarczych.

Samo pojęcie funkcji było przedmiotem rozważań w doktrynie, jednak w zdecydowanie mniejszym stopniu na tle przekształceń w warunkach współczesnego państwa, które w istotny sposób wpływają na treść pojęcia administracji publicznej. Duże znaczenie ma również wybrana dziedzina administrowania – ochrona zdrowia – będąca wystarczająco rozległym obszarem referencyjnym, który nie był w doktrynie tak szczegółowo analizowany przez pryzmat funkcji.

W doktrynie prawa administracyjnego przyjmowane są różne kwalifikacje rodzajów administracji i jej funkcji. Można przyjąć, że w większości tych podziałów stosunkowo najmniej wątpliwości wiąże się z wyróżnieniem administracji świadczącej i wykonywanych w jej ramach funkcji. Należy zauważyć, że w doktrynie toczy się dyskusja na temat prywatyzacji usług publicznych, która ściśle wiąże się z funkcją administracji świadczącej oraz wybranym obszarem referencyjnym. Pozostałe rodzaje funkcji uzależnione są od przyjętej ich

systematyki, co powoduje, że każdy badacz staje przed świadomym wyborem wyróżnianych – z różną szczegółowością – funkcji.

Na tle podziału zaproponowanego przez Małgorzatę Stahl należy stwierdzić, że zasadnicza aktywność administracji w ochronie zdrowia przejawia się w ramach funkcji reglamentacyjnej oraz administracji świadczącej. Zakres pojęcia administracji reglamentacyjnej i realizowanej w jej ramach funkcji jest szeroki – obejmuje także inną aktywność administracji, jaką jest funkcja regulacyjna będąca jednym z przejawów reglamentacji gospodarczej zapewniającej bezpieczeństwo publiczne.

Celem reglamentacji, jak pisze Małgorzata Stahl, jest „ochrona interesów gospodarczych i politycznych państwa”. Rolą administracji regulacyjnej jest bowiem zapewnienie bezpieczeństwa zbiorowego w szerokim tego słowa znaczeniu, w tym także bezpieczeństwa ekonomicznego. W rezultacie to na administracji publicznej ciąży obowiązek – w niespotykanym dotychczas wymiarze – kontroli rynku i jego ochrony przed patologiami.

Dla celów badawczych należy przyjąć szeroki zakres znaczeniowy tej funkcji, a więc obejmujący również regulację stanowiącą jeden z przejawów reglamentacji gospodarczej (z policją administracyjną włącznie).

Natomiast – uznane w europejskiej nauce prawa administracyjnego – pojęcie administracji świadczącej i realizowanej przez nią właściwej funkcji umożliwia analizę działań administracji, których celem jest zaspokajanie podstawowych potrzeb człowieka. Przedmiot świadczenia obejmuje szeroki zakres usług, z tzw. świadczeniami podstawowymi na czele. Przykładem takich świadczeń są właśnie świadczenia zdrowotne.

Celem działania administracji jest realizacja dobra wspólnego. Świadczenia zdrowotne – ze względu na ich wagę – należą do świadczeń podstawowych, jednak na część z nich możemy również spojrzeć jako na świadczenia poprawiające warunki życia ze względu na rozwój medycyny przekładający się na rodzaje oraz jakość udzielanych świadczeń.

W europejskiej nauce prawa administracyjnego podkreśla się, że ujęcie administracji świadczącej jako funkcji administracji publicznej umożliwia analizę działań administracji skierowanych na potrzeby człowieka. Jednocześnie zakres przedmiotu świadczenia ujmowany jest bardzo szeroko.

Mimo przedstawionego w pracy specyficznego rodowodu pojęcia administracji świadczącej demokratyczne państwa Europy Zachodniej, oparte na społecznej gospodarce rynkowej, wciąż doceniają jego wartość i siłę oddziaływania na społeczeństwo. Na przykładzie polskiej doktryny widać, że kształtowanie się tej kategorii pojęciowej oraz rzeczywista realizacja tej funkcji następowały w sposób niezależny od zróżnicowanych czynników politycznych społecznych i gospodarczych – oczywiście z zachowaniem odmienności występujących w zakresie i sposobie udzielania świadczeń omówionych w rozdziale pierwszym.

Analizując tę funkcję administracji publicznej w wybranym obszarze referencyjnym i z perspektywy czasu, można potwierdzić cykliczność rozwoju zadań publicznych. Jak wskazywał Ernest Knosala, występuje swoiste „falowanie” aktywności państwa (administracji) wobec społeczeństwa. Jest to widoczne zwłaszcza na przykładzie usług publicznych – które są ściśle związane z funkcją administracji świadczącej – i ich prywatyzacji. Stąd znaczenie systematycznej analizy aktywności administracji publicznej właśnie przez pryzmat funkcji.

Przeprowadzona analiza wykazała jednak, że aktywność administracji publicznej w wybranym referencyjnym obszarze badań wykracza poza wykonywanie funkcji świadczącej i reglamentacyjnej. Dlatego do całościowej analizy aktywności administracji publicznej konieczne jest wyodrębnienie i uzupełnienie siatki pojęciowej o pojęcie administracji infrastruktury i realizowanej przez nią funkcji infrastrukturalnej. Takie ujęcie nawiązuje do koncepcji zaprezentowanej w doktrynie przez Heiko Fabera, który wprowadził termin „administracja infrastruktury”. W założeniu polegała ona pierwotnie na zarządzaniu infrastrukturą w interesie bezpieczeństwa publicznego, ale autor ten dzielił również charakterystyczne dla administracji infrastruktury działania na zewnętrzne i wewnętrzne.

Po dokonanej analizie należy przyjąć, że z dzisiejszej perspektywy użyteczne jest wzięcie pod uwagę form właściwych dla infrastrukturalnych działań zewnętrznych, do których H. Faber zaliczył takie czynności faktyczne, jak udostępnianie ogółowi „rzeczy publicznych”, np. muzeum, szpitala czy szkoły.

Infrastruktura ma szczególne i stale rosnące znaczenie w systemie ochrony zdrowia. Składają się na nią w szczególności nieruchomości, a także kosztowna aparatura medyczna. Administracja publiczna, w tym zwłaszcza administracja samorządowa, musi bowiem dysponować odpowiednimi składnikami majątkowymi – przede wszystkim nieruchomościami, tak aby mogła elastycznie reagować i dostosowywać się do potrzeb społeczeństwa w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Bez takiej infrastruktury nie jest, na przykład, możliwe szybkie uruchomienie lub transformacja podmiotu leczniczego, który zapewni udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacji, gdy nastąpiłoby przerwanie udzielania tych świadczeń przez działające podmioty niepubliczne.

Współcześnie – w dobie gwałtownego rozwoju nowych technologii – pojęcie infrastruktury należy zdecydowanie rozszerzyć, obejmując jego zakresem całą infrastrukturę informatyczną, bez której administracja publiczna nie może realizować innych funkcji, celów i zadań. W doktrynie słusznie podkreśla się ten rodzaj infrastruktury, na który składa się pewien kompleks instytucji, zasobów i systemów informacyjnych, w tym także technologii informacyjno-komunikacyjnych niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania systemów społecznych, ekonomicznych i politycznych.

Dlatego w celu opisanie aktywności administracji publicznej w ochronie zdrowia konieczne dopełnienie terminów zaproponowanych w siatce pojęciowej w rozdziale pierwszym stanowi pojęcie „administracja infrastruktury”. Przy pojęciu administracji infrastruktury nie wyróżnia się obecnie pojęcia funkcji infrastrukturalnej. Tymczasem jest to logiczna konsekwencja strukturalnego i funkcjonalnego ujęcia administracji.

Można więc przyjąć wyodrębnienie pojęcia administracji infrastruktury rozumianej jako pewna struktura działająca w tym przypadku w obszarze ochrony zdrowia, która realizuje funkcję infrastrukturalną. Konsekwentnie należałoby zatem mówić odpowiednio o administracji: świadczącej, reglamentacyjnej i infrastruktury, oraz funkcjach administracji: świadczącej, reglamentacyjnej i infrastruktury. Przy użyciu tych pojęć administracja publiczna – w tym ochrony zdrowia – może być w sposób bardziej uporządkowany scharakteryzowana w ujęciach strukturalnym i funkcjonalnym.

W dobie rozwoju powszechnie przywoływanych nowych technologii (choć bardziej prawidłowo należałoby używać pojęcia techniki) dla działania systemu ochrony zdrowia

szczególnego znaczenia nabiera cała infrastruktura informatyczna. W doktrynie słusznie podkreśla się rolę infrastruktury informacyjnej państwa, na którą składa się pewien kompleks instytucji, zasobów i systemów informacyjnych, w tym także technologii informacyjno-komunikacyjnych niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania systemów społecznych, ekonomicznych i politycznych. Elementem tak rozumianej infrastruktury jest także system informacji w ochronie zdrowia. Dotyczy to zarówno infrastruktury typu hardware, jak i infrastruktury typu software.

Na Ministra Zdrowia został zatem nałożony obowiązek opracowywania, finansowania i oceny efektów programów polityki zdrowotnej, a także nadzór nad ich realizacją. Ponadto do zadań tego właśnie organu administracji publicznej należą: przygotowanie projektu Narodowego Programu Zdrowia, monitorowanie realizacji zadań wynikających z omawianej ustawy, gromadzenie i analizowanie informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i rozpowszechnienia czynników ryzyka oraz udostępnianie tych informacji.

Można – tylko na zasadzie przykładu – przypomnieć takie systemy, jak: Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (PI), System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) działający na podstawie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Platforma Udostępniania On-Line Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych (PII) czy rejestry publiczne.

Cała ta informatyczna infrastruktura obecnie wręcz warunkuje możliwość prawidłowego działania ochrony zdrowia. Tylko administracja publiczna – z poszanowaniem wolności gospodarczej – może zapewnić spójne tworzenie oraz funkcjonowanie tego typu infrastruktury, z udziałem podmiotów niepublicznych (przedsiębiorstw informatycznych) działających na etapie projektowania i wdrażania tych rozwiązań. Mając to na uwadze, można przyjąć, że została potwierdzona druga część hipotezy badawczej, iż obecnie prezentowane w literaturze funkcje nie są wystarczające do analizy całej aktywności administracji w ochronie zdrowia, dlatego celowe jest wyodrębnienie rzadko używanej jeszcze w polskiej doktrynie administracji infrastruktury – zasługującej na upowszechnianie jako przydatne pojęcie w badanym obszarze referencyjnym.

W świetle przeprowadzonych rozważań na tle administracji ochrony zdrowia dopuszczalny jest wniosek, że administracja w tym obszarze może być ujmowana przez pryzmat wszystkich tych pojęć. Można zatem mówić o pojęciu administracji świadczącej w ochronie zdrowia, rozumianej jako struktura – obejmująca w szczególności podmioty lecznicze – która realizuje funkcję określaną w doktrynie mianem funkcji administracji świadczącej. W tym przypadku będzie to udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Analogiczna sytuacja występuje w przypadku pojęcia administracji reglamentacyjnej, na której strukturę składają się w szczególności organy administracji publicznej, z Ministrem Zdrowia na czele. Tak rozumiana struktura realizuje funkcję reglamentacyjną, która swoim zakresem znaczeniowym obejmuje funkcję regulacyjną. Należy tutaj podkreślić zwłaszcza kompetencję do określania w drodze rozporządzeń wykonawczych zakresu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Aby zachować pewną gradację funkcji administracji, można przyjąć, że funkcja reglamentacyjna (administracja reglamentacyjna) stanowi swoiste minimum aktywności administracji publicznej. Taki charakter zyskuje również współcześnie administracja infrastruktury. Bez realizacji tych dwóch funkcji administracji działanie i realizacja zadań

w poszczególnych sektorach byłyby wręcz niemożliwe. Na nich natomiast wspiera się administracja świadcząca zaspokajająca szeroki zakres społecznych potrzeb, w tym także tych, które mają egzystencjalne znaczenie.

Badając administrację i jej funkcje, należy mieć na uwadze właśnie pojęcie celu działania administracji, jakim jest dobro wspólne. Tylko bowiem takie ujęcie pozwala na sformułowanie definicji administracji zaproponowanej przez Zygmunta Niewiadomskiego, tj. jako: „ogółu działań o charakterze organizatorskim i wykonawczym, mających na celu realizację dobra wspólnego przez różne podmioty (niekoniecznie państwowe) związane co do podstawy i form działalności ustawą, pozostające pod kontrolą społeczną”.

Aspekt ten jest niezwykle ważny dla uchwycenia istoty administracji świadczącej. To w szczególności administracja publiczna – z podmiotami administrującymi włącznie – podejmuje najistotniejsze działania mające na celu bezpośrednio urzeczywistnianie dobra wspólnego poprzez wykonywanie prawa, które jest jego nośnikiem. Jest to misja publiczna administracji. Mimo stawiania czasem w doktrynie znaku równości między interesem publicznym a dobrem wspólnym należy przyjąć, że to właśnie pojęcie dobra publicznego lepiej opisuje cel działania administracji publicznej.

Ujęcie to jest ściśle związane z wyrażoną w preambule Konstytucji RP zasadą pomocniczości, która stanowi podstawę konstruowania reguł ładu publicznego i jest traktowana jako zasada prawna. Wewnętrzny porządek w państwie oraz społeczeństwie, a więc relacje państwa i mniejszych wspólnot, nawiązuje do – wywodzącej się z katolickiej nauki społecznej – zasady pomocniczości będącej podstawą kształtowania całej Unii Europejskiej.

Jak wskazuje Sławomir Fundowicz, zasada pomocniczości znakomicie uzupełnia się z zasadą decentralizacji. Jednakże – nawiązując do słów Ireny Lipowicz – nie chodzi tutaj tylko o samodzielność, która łączy obie zasady, ale o sposób postrzegania sprawowania władzy jako wyrastającej ze wspólnoty podstawowej z dołu do góry. Istotą zasady pomocniczości „jest ten rodzaj wolności, którą jednostka może zrealizować tylko we wspólnocie terytorialnej”. Jest to szczególnie ważne z punktu widzenia analizowanego w pracy głównego zagadnienia. Ponieważ to właśnie samorząd terytorialny – będący przejawem realizacji zasady decentralizacji – w przeważającym zakresie realizuje funkcję administracji świadczącej.

Aktualność przywołanych kategorii rodzajów i funkcji administracji stała się szczególnie widoczna w ostatnich latach wobec doświadczeń kryzysu ekonomicznego z 2008 r. oraz epidemii COVID-19. Są to dodatkowe argumenty przemawiające za analizą aktywności administracji przez pryzmat pojęcia funkcji administracji świadczącej i reglamentacyjnej oraz administracji infrastruktury. Doświadczenia te powinny być impulsem do odnowienia sposobu ujęcia działania administracji i realizowanych przez nią przywołanych wyżej funkcji. Na tym tle zrewidowaniu podlegają także badane zjawiska związane z prywatyzacją usług publicznych. Epidemia COVID-19 wykazała bowiem różnice w efektywności i szybkości dostosowywania się do dynamicznie zmieniających się warunków przez podmioty lecznicze, dla których organem tworzącym są organy administracji publicznej, a podmiotami leczniczymi niepublicznymi (prowadzącymi szpitale), z którymi Minister Zdrowia prowadził długie negocjacje, zakończone udostępnieniem przez sektor prywatny około tysiąca miejsc dla pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2.

Administracja ochrony zdrowia jest strukturą, którą określa w szczególności prawo administracyjne w sferze organizacyjnej i funkcjonalnej, z przełożeniem na określony podział

kompetencji poszczególnych organów, jednostek pomocniczych oraz innym podmiotów administrujących. Perspektywa ta ma zasadnicze znaczenie dla wybranego obszaru referencyjnego badań oraz hipotezy pracy.

Dokonując analizy współczesnych rozwiązań dotyczących ochrony zdrowia i odpowiadając na postawione szczegółowe pytania badawcze, należy nawiązać do rozwiązań przyjętych w przeszłości. Jest to uzasadnione dwoma ważnymi argumentami. Po pierwsze, ma na celu pokazanie zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce i genezę przyjętych rozwiązań. Można bowiem stwierdzić, że obecny obraz ochrony zdrowia w Polsce jest w niedocenianym stopniu zdeterminowany właśnie uwarunkowaniami historycznymi. Po drugie, jest to istotne dla samego tematu pracy, konieczne jest bowiem ukazanie realizowanych funkcji administracji publicznej w ochronie zdrowia i zachodzących na tym tle zmian. Równocześnie ze względu na ramy pracy rozważania te muszą być dość syntetyczne.

Od początku II Rzeczypospolitej administracja publiczna realizowała funkcję administracji świadczącej, która zabezpieczała większość świadczeń w ówczesnej ochronie zdrowia. Jednocześnie warunkiem koniecznym działania administracji ochrony zdrowia była określona infrastruktura składająca się w szczególności z nieruchomości, w których wykonywana była działalność lecznicza. W konsekwencji można mówić także o administracji infrastruktury.

Rozwiązania prawne i organizacyjne w obszarze prawa zdrowia publicznego przyjęte w II Rzeczypospolitej w latach 1918–1939 stworzyły podwaliny nowoczesnego systemu ochrony zdrowia. Polska w niektórych dziedzinach i przyjętych rozwiązaniach prawnych przodowała wręcz w ówczesnej Europie. Na tym tle widać zakres – wprowadzanej aktami wykonawczymi – regulacji prawnej, realizowany w ramach funkcji reglamentacyjnej. Trudna sytuacja gospodarcza i kryzysy polityczne nie wykluczały jednak wprowadzania reform opartych na dobrej jakości legislacji. Równolegle wykonywana była funkcja administracji świadczącej, polegająca na zaangażowaniu administracji w udzielanie świadczeń zdrowotnych, oraz administracja infrastruktury, poprzez zapewnienie nieruchomości, w których świadczenia były udzielane. Okres ten – ze względu na postępowość swych rozwiązań – zapisał się na stałe w historii prawodawstwa. Rozwój i kształtowanie się systemu ochrony zdrowia II Rzeczypospolitej przerwał wybuch II wojny światowej.

W organizacji powojennej ochrony zdrowia w PRL można wyróżnić kilka okresów. W założeniu system ochrony zdrowia miał obowiązkowo funkcjonować na zasadach narzuconych przez ZSRR, w którym obowiązywał tzw. model Siemaszki (przyjęty także w innych krajach tzw. obozu socjalistycznego). Model ten zakładał finansowanie opieki zdrowotnej z budżetu państwa na zasadzie centralnego planowania, z w pełni państwową organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych. Rozpoczęła się w ten sposób recentralizacja ochrony zdrowia. Cechy socjalistycznego systemu ochrony zdrowia miały więc raczej charakter potencjalny, silnie ideologiczny i częściowo tylko uwarunkowany stopniem społeczno-gospodarczego rozwoju kraju. Z powodów ideologicznych został też odrzucony typowy dla Europy Zachodniej model ubezpieczeniowy opieki zdrowotnej. Charakterystyczną cechą tego okresu było swoiste rozdwojenie – występowały: sfera oficjalna i sfera rzeczywista. Sferę oficjalną tworzyły oficjalne deklaracje wysokiego poziomu ochrony zdrowia, kreowane za pomocą propagandy jako istniejąca rzeczywistość. Okres ten szczególnie trudno komentować przez pryzmat podziałów funkcji administracji publicznej. Mieliśmy bowiem do czynienia z omnipotencją państwa praktycznie w każdej dziedzinie życia.

Z takim trudnym dziedzictwem rozpoczęło się po zmianie ustroju kształtowanie na nowo

systemu ochrony zdrowia w latach 1989–1998. Najistotniejsze zmiany w ujęciu systemowym były związane z nowelizacją ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ustaw przywracających w Polsce samorząd terytorialny oraz samorząd zawodowy. Wprowadzone na początku transformacji zmiany pokazują zakres i znaczenie realizacji funkcji reglamentacyjnej przez administrację publiczną, której znaczenie wzrosło wobec funkcji świadczącej.

W okresie od początku transformacji do roku 1997 należy podkreślić bezprecedensową sytuację gwałtownej, chociaż pokojowej, zmiany systemu politycznego i gospodarczego, a w konsekwencji – znaczące dla ochrony zdrowia przejście od gospodarki centralnie planowanej do gospodarki rynkowej. Przyjęte w tym czasie rozwiązania prawne powinny być oceniane z tej właśnie perspektywy, czyli okresu dostosowywania sektora ochrony zdrowia do nowych realiów gospodarki w trudnych warunkach społecznych. Chociaż trzeba zaznaczyć, że w tym okresie główny akcent położono na transformację gospodarczą, pozostawiając inne sfery życia publicznego, w tym także ochronę zdrowia, na uboczu głównego nurtu zmian. Sektor ten miał się więc „dostrajać się” do gospodarki rynkowej, a jednocześnie udzielać świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach ciągłości. Obok funkcji reglamentacyjnej od początku transformacji realizowana była także funkcja administracji świadczącej. Niezmiennie bowiem największy zakres świadczeń zdrowotnych był udzielany przez podmioty lecznicze tworzone i prowadzone przez administrację publiczną.

Zasadnicze zmiany nastąpiły dopiero w latach 1997–1998, kiedy zmianie ulegał model finansowania ochrony zdrowia, czyli przejście od modelu budżetowego do modelu ubezpieczeniowego.

W polskim systemie prawnym administracja ochrony zdrowia ma swoje umocowanie na poziomie konstytucyjnym. Należy się zgodzić ze stanowiskiem prezentowanym w doktrynie prawa konstytucyjnego m.in. przez Monikę Florczak-Wątor, że art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP ma charakter gwarancyjny, który materializuje się w działalności administracji publicznej w ochronie zdrowia. W tak wyznaczonych ramach prawnych, wynikających z brzmienia tego przepisu, ustawodawca został bowiem zobowiązany do przyjęcia regulacji prawnej, która w realny i efektywny sposób zabezpieczy konstytucyjnie zagwarantowane prawa z zakresu ochrony zdrowia. Regulacja ta na poziomie ustaw i aktów wykonawczych ma głównie właśnie charakter administracyjnoprawny. Na tym tle widać ogólną relację prawa konstytucyjnego do prawa administracyjnego, którego zadaniem jest zapewnienie realizacji konstytucyjnie gwarantowanych praw.

Zabezpieczenie przywołanych praw, w tym w szczególności prawa do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, może nastąpić tylko przy systemowym działaniu ochrony zdrowia. Niezbędne jest więc racjonalne, transparentne i spójne określenie w sferach organizacyjnej i funkcjonalnej zadań i kompetencji poszczególnych organów, jak również jednostek pomocniczych oraz innych podmiotów administrujących. Systemowe podejście ma kluczowe znaczenie dla wybranego obszaru referencyjnego badań i weryfikacji postawionej hipotezy, a więc wykazania ścisłego związku między realizacją tych praw a strukturą administracji. Administracja wykonuje określone funkcje przez wskazanie celów oraz realizację zadań. W ten sposób prawa te materializują się w płaszczyznach instytucjonalnej (strukturalnej) i proceduralnej. Należy jednak podkreślić występujący znaczący kontrast, gdyż regulacja administracyjnoprawna w sposób niewystarczający zabezpiecza realizację ustanowionych konstytucyjnie praw w zakresie ochrony zdrowia. Doskonale widać to już na przykładzie zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Obowiązujące rozwiązania prawne

wymagają wskazanej w pracy zmiany. Jednakże to domeną doktryny prawa konstytucyjnego jest określenie charakteru zagwarantowanych praw w ujęciu praw podmiotowych i norm programowych.

Dlatego nowej dyskusji w świetle prawa administracyjnego wymaga zagadnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dotyczy to zwłaszcza możliwości realnego określenia zakresu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz finansowania bądź współfinansowania świadczeń przez pacjentów.

To jednak ostatecznie doktryna prawa konstytucyjnego może rozstrzygnąć, czy pobieranie opłat za świadczenia zdrowotne nie narusza konstytucyjnej zasady równości dostępu do świadczeń wyrażonej na gruncie przepisu art. 68 ust. 2 Konstytucji RP.

W obecnym stanie prawnym – w świetle dwóch głównych regulacji systemowych w ochronie zdrowia, tj. ustawy o działalności leczniczej i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – istnieją podstawy prawne do pobierania opłat. Ze względu na stale wydłużające się oczekiwanie na większość świadczeń nasuwa się wątpliwość co do tak szerokiego zagwarantowania zakresu świadczeń opieki zdrowotnej przy ograniczonych możliwościach finansowych państwa. Wreszcie trzeba podnieść zagadnienie dotyczące określenia finalnie granicy prywatyzacji ochrony zdrowia. Problem ten w sposób szczególny zaistniał w powszechnej świadomości w związku z epidemią COVID-19, gdy główny ciężar zwalczania epidemii spoczął na administracji publicznej. Sektor prywatny w obecnym stanie prawnym jest bowiem *de facto* zwolniony od wspólnego ponoszenia tego ciężaru.

Jak już wskazano, zagadnienia te są przedmiotem regulacji ustawowej, jednak to na podstawie przepisu art. 68 ust. 2 Konstytucji RP konstruowany jest system ochrony zdrowia zabezpieczający udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Regulacja konstytucyjna oraz poglądy doktryny prawa konstytucyjnego i orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego są zatem kluczowe dla precyzyjnego określenia, do czego zobowiązane jest państwo w tym zakresie i w jakich ramach ma się mieścić system ochrony zdrowia. Jednocześnie konieczne wydaje się w przyszłości uzgodnienie w doktrynie prawa konstytucyjnego charakteru pozostałych praw zagwarantowanych w tym przepisie, a więc praw gwarantujących szczególną opiekę dla dzieci, kobiet ciężarnych, a w szczególności osób niepełnosprawnych i osób w podeszłym wieku. W obecnej sytuacji demograficznej – starzejącego się społeczeństwa – będzie to stanowić coraz większy problem. Tym bardziej że już teraz poziom opieki państwa nad osobami starszymi nasuwa w literaturze poważne zastrzeżenia, zwłaszcza na tle stanu opieki hospicyjnej i paliatywnej, która w dużym stopniu funkcjonuje nie tyle dzięki aktywności państwa, ile staraniem samoorganizującego się społeczeństwa obywatelskiego, jedynie wspomagane finansowo przez państwo.

Jako normę programową ujmuje się też zadania państwa w zakresie zwalczania epidemii i promowania wychowania fizycznego. Obecnie obowiązki władz publicznych w zakresie zwalczania chorób epidemicznych nabierają nowego znaczenia na tle doświadczeń epidemii COVID-19, będącego bezprecedensowym wyzwaniem dla władz państwowych. Administracja publiczna podjęła swoje obowiązki, organizując strukturę jednoprofilowych szpitali zakaźnych – udzielających niezbędnych świadczeń – izolatoriów czy przyjmując na siebie obowiązek zabezpieczenia dostępności szczepionek. Należy przy tym podkreślić z jednej strony niedostosowanie przepisów niektórych ustaw, np. ustawy o zarządzaniu kryzysowym, z drugiej

zaś – istotne braki w regulacji prawnej w tym obszarze.

Prawo międzynarodowe w przedstawionym w pracy zakresie oddziałuje znacząco na obszar będący przedmiotem badań, z perspektywy prawa do dobrej administracji. W świetle tego prawa zastrzeżenia może jednak budzić niewielki zakres regulacji administracyjnoprawnej w prawie europejskim w sytuacji transgranicznego charakteru zagrożeń zdrowotnych. W ramach prawa pierwotnego dopiero Jednolity Akt Europejski z 17.02.1986 r., zmieniający traktaty ustanawiające Wspólnoty Europejskie, wprowadził bardzo ogólne postanowienia dotyczące zdrowia publicznego. Uprawnienia organów europejskich w zakresie ochrony zdrowia zostały w pewnym tylko zakresie wzmocnione kolejno w Traktacie z Maastricht z 7.02.1992 r. o Unii Europejskiej, w Traktacie z Amsterdamu z 2.10.1997 r. zmieniającym traktaty ustanawiające Wspólnoty Europejskie i niektóre związane z nimi akty oraz w Traktacie z Lizbony. W literaturze wskazuje się, że dopiero od przyjęcia Traktatu z Maastricht – zawierającego nowe postanowienia w sprawie zdrowia publicznego – Unia Europejska uzyskała możliwość opracowania kompleksowej strategii ochrony zdrowia publicznego, a Komisja Europejska nabyła nowe kompetencje, które stanowią podstawę do działań w tym obszarze. Zgodnie z przepisem art. 129 ust. 1 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską (w brzmieniu po Traktacie z Maastricht): „Wymogi ochrony zdrowia stanowią część składową pozostałych polityk Wspólnoty”. Natomiast w ust. 2 tego artykułu Komisja uzyskała możliwość podjęcia wsparcia i koordynacji inicjatyw w tym obszarze, zawsze jednak przy współdziałaniu z państwami członkowskimi.

W sposób szczególny należy podkreślić przepis art. 168 (tytuł XIV „Zdrowie publiczne”) Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. To w nim na organy Unii został nałożony obowiązek zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego przy określaniu i wprowadzaniu w życie wszelkich polityk i działań. Przepis ten wyznacza także kierunek działań Unii Europejskiej w tym obszarze. Rządy państw członkowskich są m.in. wspomagane przez Unię w ich działaniach podejmowanych w celu zmniejszenia szkodliwych dla zdrowia skutków narkomanii. Trzeba jednak bardzo wyraźnie podkreślić, że organy unijne nadal mają kompetencje o charakterze wspierającym i uzupełniającym, co jest zgodne z obowiązującą zasadą pomocniczości. Oznacza to, że w obszarze ochrony zdrowia Unia musi w pełni respektować wyłączne uprawnienia krajów członkowskich, które określają zasady funkcjonowania swoich systemów ochrony zdrowia. Dlatego problematyka organizacji i funkcjonowania administracji ochrony zdrowia oraz zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej nie są bezpośrednim przedmiotem regulacji unijnych i pozostają domeną krajów członkowskich.

Kompetencje Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia publicznego mają więc charakter wspierający, koordynujący i uzupełniający działania państw członkowskich (art. 6 lit. a TFUE).

Zgodnie z przywołaną zasadą pomocniczości wykonanie tych kompetencji sprowadza się do przyjmowania zaleceń, opinii, rezolucji, konkluzji, komunikatów oraz finansowania działań państw członkowskich. Wskazany przepis art. 168 ust. 4 TFUE zawiera również normy kompetencyjne, przyznając Unii Europejskiej prawo do podejmowania działań legislacyjnych w dziedzinach tam określonych. Wyznaczone zostały więc cele, ale bez zagwarantowania prawa do ochrony zdrowia czy opieki medycznej w wymiarze indywidualnym, a w konsekwencji także wysokiego poziomu ochrony zdrowia.

Na tym tle istnieje coraz silniej artykułowana w debacie publicznej wątpliwość, czy aktywność Unii Europejskiej w ochronie zdrowia nie powinna być jednak szersza. Przykładowo na

podstawie przepisu art. 35 KPP zostało ustanowione prawo do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych. Jednocześnie na gruncie przepisu art. 41 KPP każdemu zostało przyznane prawo do dobrej administracji, którego uszczegółowienie nastąpiło przyjęciem przez Parlament Europejski w dniu 6.09.2001 r. Europejskiego Kodeksu Dobrej Praktyki Administracyjnej (Kodeksu Dobrej Administracji).

Należy rozważyć, czy uzasadnieniem zwiększenia zaangażowania struktur europejskich w obszarze ochrony zdrowia nie powinno być właśnie zagwarantowanie skutecznej realizacji prawa do dobrej administracji, którego znaczenie systematycznie wzrasta. Jak wskazuje Pavlos-Michael Efstratiou, dobra administracja to administracja, która w ramach regulacji konstytucyjnej i ustawowej w elastyczny, szybki i efektywny sposób zapewni wartościowe świadczenia, gwarantując w ten sposób wyższą jakość codziennego życia. Do tak rozumianych świadczeń należy niewątpliwie zaliczyć świadczenia zdrowotne. Efektywność administracji (składająca się na prawo do dobrej administracji) to zdolność do sprawnego wykonywania funkcji administracji, a więc także do tego, aby aparat państwowy był zdolny do udzielania świadczeń przez odpowiednio zorganizowane i obsadzone jednostki organizacyjne. W polskiej doktrynie prawa administracyjnego takie ujęcie zaproponowała przed laty Teresa Rabska, przyjmując, że dobra administracja to administracja aktywna i efektywna, a obywatel ma wręcz roszczenie o to, aby uchwalone przez parlament ustawy zostały w stosunku do niego przez tak działającą administrację dobrze – a więc także skutecznie – zastosowane. Z kolei Jerzy Świątkiewicz wskazał, że brak przejrzystości struktur i procedur oraz pewności obrotu – przewidywalności działania – to główne wady administrowania. Jak podkreśla P.-M. Efstratiou, standardy dobrej administracji obejmują wymagania proceduralne i materialne dotyczące zasad działania administracji oraz stosowanie naukowych, profesjonalnych i etycznych standardów. Postulaty efektywności administracji – zawarte w prawie do dobrej administracji – dotyczą zapewnienia sprawnego wykonywania jej funkcji, utworzenia aparatu państwowego zdolnego do świadczenia, a także odpowiedniej obsady i organizacji jednostek.

Standardy dobrej administracji obejmują wymagania proceduralne i materialne dotyczące zasad działania administracji oraz stosowanie naukowych, profesjonalnych i etycznych standardów. Postulaty efektywności administracji – zawarte w prawie do dobrej administracji – dotyczą zapewnienia sprawnego wykonywania jej funkcji, utworzenia aparatu państwowego zdolnego do świadczenia, a także odpowiedniej obsady i organizacji jednostek. W tak rozumianym prawie do dobrej administracji zawiera się zapewnienie zdolności do wykonywania funkcji i sprawności działania administracji, a także deklaracja istnienia aparatu państwowego zdolnego do świadczenia oraz do odpowiedniej obsady i organizacji jednostek organizacyjnych.

Bodźcem do zmian może być również sytuacja związana z epidemią COVID-19. Przeniesiona w dużym stopniu poza Unię Europejską produkcja wyrobów medycznych i produktów leczniczych, a w konsekwencji trudności z ich pilnym importem, oraz konieczność wdrożenia skoordynowanego zakupu szczepionki przeciwko COVID-19, zaakceptowanego przez wszystkich członków Unii, pokazują, że zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego w państwach unijnych może być obecnie trudne do realizacji wyłącznie z poziomu ich wewnętrznych systemów gospodarczych i prawnych. Na tym tle rysuje się dążenie do przełomu, gdyż do niedawna bardzo sceptyczne i ostrożne państwa członkowskie po pierwszych doświadczeniach związanych z epidemią artykułują oczekiwanie od Unii większego zaangażowania w zwalczanie wirusa SARS-CoV-2.

Po pandemii zasadne byłoby zintensyfikowanie prac nad ogólnym unijnym mechanizmem

koordynacji, a w konsekwencji – uchwalenie odpowiedniej regulacji prawnej. Jednak znacząco większe zaangażowanie Unii Europejskiej w ochronę zdrowia nie będzie procesem prostym z co najmniej trzech powiązanych ze sobą powodów. Po pierwsze, ze względu na duże zróżnicowanie poziomu krajowych systemów ochrony zdrowia (w tym także pod względem nakładów finansowych). Po drugie, z powodu rosnących nierównomiernie w Europie kosztów świadczeń zdrowotnych, co jest uwarunkowane m.in. procesami demograficznymi oraz rosnącymi kosztami świadczeń. Po trzecie, w związku z obowiązującą zasadą pomocniczości. Niemniej znaczące zaangażowanie Unii, zwiększające koordynację działań w ochronie zdrowia, wydaje się coraz bardziej wskazane. Warto podkreślić, że ta koordynacja nie powoduje uszczerbku dla suwerenności poszczególnych państw członkowskich.

Przechodząc do krajowych regulacji prawnych określających strukturę i zasady działania administracji ochrony zdrowia, należy wykazać sposoby wykonywania funkcji administracji: świadczącej, reglamentacyjnej oraz infrastruktury.

W ramach funkcji reglamentacyjnej jest projektowana i wykonywana cała administracyjna polityka zdrowotna. Główną rolę odgrywa tu Minister Zdrowia jako naczelny organ administracji publicznej, który ma w tym zakresie szeroko określone zadania i kompetencje, w tym zwłaszcza podejmowanie inicjatywy ustawodawczej w obszarze ochrony zdrowia. To na poziomie przygotowania i wydawania aktów normatywnych materializuje się w sposób szczególny funkcja reglamentacyjna. Organ ten kieruje administracją rządową w analizowanym zakresie, koordynuje i nadzoruje jej działania oraz ma uprawnienia kontrolne – zwłaszcza wobec podmiotów leczniczych, a więc także tych utworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego.

Można zatem stwierdzić, że określenie i zabezpieczenie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez administrację materializuje konstytucyjnie zagwarantowane prawa do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Potrzeba określenia tzw. pozytywnego koszyka świadczeń gwarantowanych była postulowana w Polsce od wielu lat. Jednak sam sposób realizacji tego postulatu nasuwa poważne zastrzeżenia. W praktyce bowiem zostało to zrealizowane prostym zaklasyfikowaniem absolutnej większości dotychczas udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej jako tzw. świadczeń gwarantowanych. Można powiedzieć, że w ten sposób zagwarantowano *de facto* wszelkie świadczenia, pomijając jednak ich faktyczną dostępność oraz jakość. System ochrony zdrowia działający obecnie w Polsce – mimo znaczącego wzrostu nakładów – wciąż nie jest wystarczająco efektywny i boryka się ze zbyt wieloma problemami, gdyż występuje zasadnicza dysproporcja między zakresem świadczeń gwarantowanych a publicznymi nakładami finansowymi. Rezultatem takiego stanu rzeczy jest długość oczekiwania na wiele świadczeń, która jest nieakceptowalna z medycznego punktu widzenia, gdyż często prowadzi wręcz do naruszenia skuteczności leczenia. Jednocześnie przyjęte limity świadczeń oraz sposób ich wyceny systematycznie generują zadłużanie się publicznych świadczeniodawców, które nie są patologią administracji, ale są uwarunkowane systemowo. Można w świetle rozważań zasadnie założyć, że w relatywnie krótkim czasie staniemy przed koniecznością z jednej strony realnego określenia świadczeń, z drugiej zaś – zapewnienia dodatkowych źródeł finansowania w postaci opłat za niektóre świadczenia oraz dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w związku z realną groźbą załamania się systemu.

Zagwarantowane i w pełni finansowane ze środków publicznych powinny być przede

wszystkim świadczenia najdroższe, zwłaszcza ratujące życie, takie jak przeszczepy czy leczenie onkologiczne. Natomiast świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz niektóre z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (wraz z diagnostyką) mogłyby być współfinansowane przez pacjentów do ściśle określonego pułapu. W tym przypadku konieczne byłoby zapewnienie odpowiednich mechanizmów z obszaru pomocy społecznej zabezpieczających osoby, które nie byłyby w stanie uiścić nawet symbolicznych opłat. W praktyce bowiem już teraz świadczenia – zwłaszcza z zakresu specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz niektórych badań diagnostycznych – są dokupowane u świadczeniodawców niepublicznych. W ten sposób jednak środki te nie zasilają publicznej ochrony zdrowia. Uzasadniony wydaje się wniosek, że wymaga dyskusji w doktrynie prawa konstytucyjnego, czy wprowadzenie dodatkowych opłat za świadczenia opieki zdrowotnej nie naruszy konstytucyjnej zasady równości w dostępie do świadczeń. Jednocześnie należy przypomnieć, że w obecnym stanie prawnym na gruncie dwóch kluczowych regulacji systemowych płać lub współpłać za świadczenia jest już przewidziane. Alternatywą dla takiego działania jest zaakceptowanie już obecnie ponad miarę wydłużających się okresów oczekiwania na świadczenia oraz obniżającej się ich jakości.

Na tle realizacji funkcji reglamentacyjnej należy zgłosić poważne zastrzeżenia do charakteru prawnego aktów wewnętrznych wydawanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – w szczególności w formie zarządzeń, ale w pewnym zakresie też komunikatów, które – jak wskazano w pracy – mają zasadniczy wpływ na proces udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Na podstawie przeprowadzonej analizy należy przyjąć, że w przypadku zarządzeń mamy do czynienia w istocie ze źródłem prawa. Zastrzeżenia trzeba też zgłosić do jakości legislacyjnej oraz liczby wydawanych zarządzeń, które w wielu przypadkach są nieprecyzyjne, a często ze sobą sprzeczne. W czasie epidemii COVID-19 to nawet nie zarządzenia Prezesa Funduszu, ale właśnie komunikaty determinowały działanie kluczowego obszaru systemu ochrony zdrowia, jakimi są zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Oceny tej nie zmienia wykonywana w ramach nadzoru przez Ministra Zdrowia kompetencja do powoływania i odwoływania Prezesa Funduszu.

Narodowy Fundusz Zdrowia i jego wewnętrzne organy mają atrybuty, które w istocie cechują organy administracji publicznej, a jego rynkowy charakter jako podmiotu kontraktującego świadczenia zdrowotne okazuje się być czasem pozorny. W konsekwencji bardziej odpowiednią formułą organizacyjną byłoby zastosowanie konstrukcji centralnego organu administracji rządowej z oddziałami terenowymi. Określenie Funduszu jako organu administracji byłoby korzystne przede wszystkim z punktu widzenia świadczeniodawców (podmiotów leczniczych), których prawa byłyby skuteczniej zabezpieczone wobec konieczności stosowania przez Fundusz procedur przyjętych w administracji publicznej, a w szczególności przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.

Kolejnym istotnym przejawem realizacji funkcji reglamentacyjnej jest kompetencja Ministra Zdrowia do określenia wykazu podmiotów zaklasyfikowanych do podstawowego zabezpieczenia szpitalnego. Celem utworzenia tej struktury (tzw. sieci szpitali) podmiotów jest kompleksowe zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej w oddziałach dziennych i stacjonarnych, programów lekowych i chemioterapii czy zabiegów kardiochirurgicznych. Podmioty lecznicze, które zostały zaklasyfikowane do podstawowego zabezpieczenia szpitalnego, zobowiązane są także do zabezpieczenia świadczeń w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej. Takie rozwiązanie należy zasadniczo ocenić pozytywnie. Zastrzeżenia budzi jednak sposób kwalifikowania tych podmiotów według sztywnych

kryteriów określonych przez Ministra Zdrowia w drodze rozporządzenia. Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że tzw. sieć szpitali została ustalona na podstawie kryteriów formalnych wskazanych przez Ministra Zdrowia, bez uwzględnienia map potrzeb zdrowotnych i wynikających z nich rekomendacji. W rezultacie nastąpiło rozerwanie związku koniecznego dla administracji do podejmowania decyzji opartych na wiedzy. Należy też wyraźnie zaznaczyć, że jednostki samorządu terytorialnego – będące podmiotami tworzącymi dla większości podmiotów leczniczych, które weszły do podstawowego zabezpieczenia szpitalnego – nie zostały prawidłowo umocowane do współdecydowania w określeniu tej struktury.

Z punktu widzenia spójności systemu trzeba podkreślić wątpliwości co do umiejscowienia w strukturze administracji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), której zadaniem jest – oparta na opinii ekspertów klinicznych i systemowych – ocena świadczeń opieki zdrowotnej poprzez wydawanie rekomendacji w sprawie kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych, ich wyceny oraz usuwania danego świadczenia z wykazu świadczeń gwarantowanych. Podmiot mający istotny wpływ na rekomendację i wycenę świadczeń opieki zdrowotnej dla zapewnienia obiektywizmu powinien mieć bardziej niezależny charakter. AOTMiT nie powinna być zatem bezpośrednio nadzorowana przez Ministra Zdrowia.

Minister Zdrowia jako naczelny organ administracji nadzoruje również inspekcje farmaceutyczną i sanitarną. Zasady organizacji Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2019 i 2020 r. uległy istotnej zmianie. W wyniku nowelizacji w zakresie zasad organizacji tej Inspekcji zostały podważone zasady podziału na administrację zespoloną i niezespoloną. Nastąpiło – tuż przed epidemią – rozdzielenie funkcji w zakresie podległości organizacyjnej i służbowej między organ centralny, jakim jest Główny Inspektor Sanitarny, a wojewodę, który finansuje działanie Inspekcji w terenie.

Zadanie prowadzenia racjonalnej działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych ma obecnie kluczowe znaczenie dla funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia. Inspekcja jest odpowiedzialna za pobieranie próbek i ich badanie oraz informowanie i koordynację przepływu osób z podejrzeniem zakażenia. Należy stwierdzić, że epidemia COVID-19 potwierdziła sygnalizowane wcześniej głębokie dysfunkcje organizacyjne Inspekcji do nagłego wzrostu zadań. Określona normatywnie jej struktura organizacyjna wymaga także dostosowania do zakresu wykonywanych zadań, z uwzględnieniem uwarunkowań poszczególnych regionów kraju. Konieczne jest takie zorganizowanie i wyposażenie Inspekcji, które pozwoli jej na elastyczne i efektywne realizowanie kompetencji. Nie przesądzając jej przyszłego modelu, należy przyjąć, że regulacja prawna w tym zakresie powinna być bardziej konsekwentna na tle podziału na administrację zespoloną i niezespoloną. Zadanie prowadzenia działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych ma obecnie – w okresie epidemii – kluczowe znaczenie.

W ostatnich latach zmiany nastąpiły również w strukturze Państwowego Ratownictwa Medycznego. Zostały ustanowione dyspozytornie działające przy wojewodzie, a działania systemu wykonywane są wyłącznie przy wykorzystaniu publicznych zespołów ratownictwa medycznego (w tym lotniczego pogotowia ratunkowego). W urzędach wojewódzkich zostali powołani wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego, którzy zastąpili lekarzy koordynatorów. Pracownicy systemu otrzymali status funkcjonariuszy publicznych, co ma bardzo istotne znaczenie ze względu na ochronę prawną pracowników zespołów ratownictwa

medycznego. Natomiast szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) oraz zespoły ratownictwa medycznego są obecnie prowadzone wyłącznie w podmiotach leczniczych, w których co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego. Można zatem powiedzieć, że w systemie ratownictwa medycznego występują obecnie wyłącznie podmioty publiczne. Zmiany wprowadzone w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego należy – co do zasady – ocenić pozytywnie. Widać wyraźnie znaczenie koordynacji funkcji administracji świadczącej oraz funkcji reglamentacyjnej, realizowanej w szczególności przez akty wykonawcze wydawane przez Ministra Zdrowia, który cały system nadzoruje. Szczególnego podkreślenia w tym miejscu wymaga rola wskazanej wyżej całej infrastruktury, która jest konieczna do wykonywania zadań systemu ratownictwa. Zmianą budzącą jednak zastrzeżenia jest umiejscowienie w strukturze Lotniczego Pogotowia Ratunkowego nowo powołanego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego. Ze względu na zakres zadań jednostka ta powinna mieć w pełni samodzielny charakter.

Na tle zadań i kompetencji wojewody trzeba odnieść się bardziej szczegółowo do sytuacji związanej ze stanem epidemii COVID-19. Wojewoda na podstawie ustawy z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi realizuje funkcję reglamentacyjną w postaci sporządzenia wojewódzkiego planu działania na wypadek wystąpienia epidemii. W ramach tego planu wskazywane są przede wszystkim podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz inne obiekty użyteczności publicznej, które mogą być przeznaczone do leczenia, izolowania lub poddawania kwarantannie. Elementem tego planu (co należy do postulowanej funkcji infrastrukturalnej) jest więc także zabezpieczenie odpowiedniej infrastruktury. Sytuacja, jaka zaistniała podczas epidemii COVID-19, wykazała braki w zakresie aktualności danych zawartych w tych planach.

W ramach funkcji reglamentacyjnej wojewoda sporządza mapy potrzeb zdrowotnych, które mają charakter aktów planowania, będących podstawowymi dokumentami oceniającymi potrzeby zdrowotne w województwie. Zawierają one opis bieżącego stanu dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Na tle wyników kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli należy stwierdzić, że dotychczas opublikowane mapy potrzeb zdrowotnych zawierały wiele nierzetelnych danych, w tym dotyczących zjawisk epidemiologicznych oraz zasobów systemu ochrony zdrowia. Przyczyną tego była nieaktualność i niekompletność danych w niektórych rejestrach. Jak już wskazano, konieczne jest dostosowanie odpowiedniej infrastruktury informatycznej do potrzeb, z uwzględnieniem skali informacji oraz zakresu i jakości gromadzonych informacji. Ma to zasadnicze znaczenie, gdyż nieprawdziwe i niekompletne dane nie mogą być podstawą prawidłowych decyzji.

Zasady sporządzania map potrzeb zdrowotnych oraz kwalifikowania podmiotów do podstawowego zabezpieczenia szpitalnego potwierdzają nieadekwatność umiejscowienia i kompetencji samorządu terytorialnego do skali i zakresu jego zadań wykonywanych w administracji ochrony zdrowia.

W świetle dotychczasowych rozważań należy stwierdzić, że w obecnym stanie prawnym – co do zasady – realizacja funkcji reglamentacyjnej następuje w strukturach administracji rządowej. Aktywność administracji jako administracji reglamentacyjnej (w tym regulacyjnej) stanowi pewne minimum, z którego w ramach obecnego porządku prawnego administracja wycofać się nie może.

W przypadku funkcji administracji świadczącej należy przyjąć, że w ochronie zdrowia

przedmiotem – co do zasady – są świadczenia opieki zdrowotnej będące wśród form prawnych działania administracji publicznej z założenia czynnościami faktycznymi. W obecnym stanie prawnym realizacja tej funkcji w administracji ochrony zdrowia została wprost nałożona na podmioty administracji rządowej w ustawie o systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego, a pośrednio – na podmioty administrujące, jakimi są uczelnie medyczne. Natomiast samorząd terytorialny tylko na poziomie województwa został wyraźnie zobowiązany do tworzenia i prowadzenia podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej. Również na samorząd województwa został nałożony ustawą o służbie medycyny pracy obowiązek utworzenia i finansowania wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy. Zadania realizowane w tym zakresie mają charakter zadań własnych.

W pozostałym zakresie wszystkie trzy ustawy regulujące odpowiednio samorzady: gminny, powiatowy i wojewódzki, jedynie w sposób bardzo ogólny wskazują ochronę zdrowia jako zadanie własne. Tymczasem funkcja administracji świadczącej w ochronie zdrowia realizowana jest przede wszystkim przez samorząd terytorialny będący głównym organizatorem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Jednostki samorządu terytorialnego jako organy tworzące podmioty lecznicze prowadzące szpitale są głównym organizatorem udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej – w szczególności świadczeń udzielanych w szpitalach, a więc najdroższych i najbardziej złożonych. Jednocześnie w obecnie obowiązującym stanie prawnym samorząd terytorialny w zasadzie nie ma prawnie określonego zakresu kompetencji, które pozwalałyby w sposób realny wpływać na obszar ochrony zdrowia w ujęciu systemowym, w tym zwłaszcza w zakresie finansowania świadczeń. W tym miejscu swoje uzasadnienie znajduje również rozdział historyczny pracy. Należy bowiem przypomnieć, że to zgodnie z dyspozycją przepisu art. 47 ustawy z 13.10.1998 r. – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną samorząd terytorialny przejął funkcję organów tworzących dla większości publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Analizując zakres zadań samorządu terytorialnego jako świadczeniodawcy, należy stwierdzić, że obecnie nadal odgrywa on zasadniczą rolę przy udzielaniu świadczeń z zakresu lecznictwa szpitalnego. Podkreśleniem wagi i skali realizacji funkcji świadczącej administracji publicznej (co do zasady samorządowej) w ochronie zdrowia może być fakt, że w ramach systemu ochrony zdrowia działają 592 szpitale, w tym jedynie 61 z nich to szpitale prywatne, które weszły do sieci szpitali. System ochrony zdrowia nie mógłby więc działać bez publicznych podmiotów leczniczych, w ramach których działają szpitale. Jednocześnie lecznictwo na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistycznej opieki ambulatoryjnej jest wykonywane w absolutnej większości (ponad 90%) przez podmioty niepubliczne, chociaż udzielane przez nie świadczenia są finansowane ze środków publicznych. Skala i konsekwencje systemowe dokonanej, również w ostatnich latach, prywatyzacji nie jest w pełni obecna w świadomości publicznej i refleksji doktryny – wymaga zatem dalszych badań.

W obecnym stanie prawnym z jednej więc strony mamy samorząd terytorialny, który w ramach zadań własnych ma wykonywać zadania z zakresu ochrony zdrowia przez zapewnienie udzielania świadczeń, z drugiej zaś – samorząd ten nie ma wpływu na systemowe źródło finansowania, którym niepodzielnie dysponuje NFZ. Na problem ten zwrócił uwagę Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 20.11.2019 r., K 4/17, wskazując niezwykle trafnie, że „ustawodawca nie przyznał samorządowi terytorialnemu żadnych kompetencji ani w zakresie ustalania kręgu uprawnionych do świadczeń, ani koszyka świadczeń gwarantowanych (ich jakości), ani określenia wysokości składki zdrowotnej, wreszcie – egzekwowania i zarządzania tą składką. Konsekwentnie, ustawodawca w żadnym z przepisów nie nałożył na j.s.t. obowiązku

finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (...). W konsekwencji, zdaniem TK, w tym zakresie nałożone na j.s.t. zadania z zakresu ochrony zdrowia powinny być traktowane wręcz jako zadanie zlecone w rozumieniu art. 166 ust. 2 Konstytucji”. Takie ujęcie jest niezwykle istotne ze względu na zasady finansowania tych zadań, choć broniąc wypłacalności samorządu – po raz kolejny uszczupla się jego zadania własne.

Jednocześnie we wcześniejszym wyroku z 10.03.2009 r., II OSK 1623/08 Naczelny Sąd Administracyjny wskazał, że jeżeli na terenie właściwości danej jednostki samorządu terytorialnego nie działa wystarczająca liczba (bądź w ogóle brak) podmiotów wykonujących działalność leczniczą finansowaną ze środków publicznych, to należy przyjąć, że dana jednostka samorządu terytorialnego ma wręcz obowiązek taki podmiot powołać. Na władzy publicznej spoczywa bowiem obowiązek zapewnienia (zagwarantowanego konstytucyjnie) prawa do dostępu do świadczeń opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na zasadach równości.

Ustawodawca uregulował więc system publicznej ochrony zdrowia, jednocześnie nie przesądzając (poza wskazanymi wyżej wyjątkami) tak zasadniczej kwestii, jaką jest wyraźne wskazanie, kto ma obowiązek tworzenia i prowadzenia podmiotów leczniczych zapewniających udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ten rozdzwięk stał się wyjątkowo widoczny w warunkach epidemii COVID-19. Przyjęty bowiem podział zadań i kompetencji w tym obszarze może nasuwać wątpliwości, także na tle przywołanej wyżej konstytucyjnej zasady decentralizacji. Należy powtórzyć zgłoszony postulat, aby ustawowo przesądzić, jaką funkcję ma pełnić samorząd terytorialny w ochronie zdrowia poprzez wskazanie *expressis verbis* zadań w ochronie zdrowia, jakie ma on wykonywać, oraz zakresu jego samodzielności, z jednoczesnym bardzo wyraźnym zastrzeżeniem, że musi nastąpić adekwatne jego umocowanie w systemie ochrony zdrowia wraz z wyposażeniem go w odpowiednie kompetencje w taki sposób, aby miał on realny wpływ na działanie ochrony zdrowia właśnie w ujęciu systemowym.

W tym kontekście trzeba także wskazać na cyklicznie narastające zadłużenia podmiotów leczniczych tworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego. Należy przypomnieć, że mechanizm zadłużania tych podmiotów ma charakter systemowy. Powodem jest wielkość kontraktów z NFZ, wycena świadczeń, finansowanie świadczeń w stanach nagłych czy nieuwzględnienie w finansowaniu koniecznych inwestycji oraz modernizacji i remontów w podmiotach leczniczych. Dotyczy to przede wszystkim podmiotów leczniczych udzielających świadczeń stacjonarnie i całodobowo, najczęściej szpitali. Udzielanie tego rodzaju świadczeń wymaga bowiem znaczących nakładów finansowych na infrastrukturę, sprzęt i zatrudnienie personelu. Natomiast ich wycena jest w wielu przypadkach z góry zaniżona, a więc działalność jest z założenia nierentowna.

Problem patologicznego (w rozumieniu patologii administracji) mechanizmu wymuszania samozadłużania się podmiotów jest widoczny także na tle podmiotów zaklasyfikowanych do podstawowego zabezpieczenia szpitalnego – do tzw. sieci szpitali. Na tle wyników kontroli Najwyższa Izba Kontroli wprost wskazuje, że nie zagwarantowano odpowiedniego poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w szpitalach. Pomimo wzrostu przychodów z tytułu realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, większość skontrolowanych w 2018 r. szpitali osiągnęła stratę na działalności leczniczej. Zagadnienia dotyczące systemowego mechanizmu

samozadłużania się podmiotów leczniczych tworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego stają się szczególnie istotne i pilne ze względu na przywołany wyżej wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 20.11.2019 r., K 4/17, który uznał przepis art. 59 ust. 2 w zw. z art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 61 u.d.l., zobowiązujący jednostki samorządu terytorialnego do pokrywania zadłużenia podmiotów leczniczych, dla których samorząd terytorialny jest organem tworzącym, za niezgodny z przepisami art. 167 ust. 4 w zw. z art. 166 ust. 2, art. 68 ust. 2 i art. 2 Konstytucji RP oraz za zgodny z art. 166 ust. 1 Konstytucji RP. Należy podkreślić, że dotychczas odpowiedzialności w tym zakresie nie przejmował Skarb Państwa, chociaż to przecież działania administracji centralnej wygenerowały ten mechanizm już w projektach ustaw. Dopiero w obliczu zagrożenia dla działalności podmiotów leczniczych – w szczególności tych, które prowadzą szpitale – były podejmowane działania polegające na wsparciu finansowym tych podmiotów. Były to jednak zawsze działania doraźne, które nie prowadziły do zmian systemowych.

Teoretycznym uzasadnieniem procesu prywatyzacji usług publicznych była koncepcja „nowego zarządzania publicznego” (*New Public Management*, NPM), w której administrowanie miało być zastąpione przez zarządzanie, a regulacje publicznoprawne miały zostać praktycznie „wyparte” przez prywatnoprawne. W ten sposób miała nastąpić swoista „deregulacja” i wychodzenie państwa z poszczególnych obszarów administrowania. Przedstawiony związek zachodzących zmian koncepcji działania państwa jest bardzo czytelny. Skoro zmienia się funkcja państwa, to zmienia się również funkcja administracji publicznej. W warunkach prywatyzacji wykonywania zadań publicznych administracji – choć pozornie w okresie początkowym redukuje się obciążenie państwa i zyskuje doraźnie środki z prywatyzacji – zdecydowanie trudniejsze jest wyegzekwowanie jakości i dostępności usług oraz pociąganie do odpowiedzialności w przypadku nieprawidłowości przy ich świadczeniu, niż w przypadku udzielania świadczeń przez podmiot leczniczy utworzony przez administrację publiczną. Administracja może bowiem uruchomić wewnętrzną procedurę prowadzącą do wyciągnięcia konsekwencji służbowych wobec podległych osób odpowiedzialnych za nieprawidłowości. W przypadku „wyprowadzenia” usług poza administrację zasady odpowiedzialności zleceniobiorcy określa prawo cywilne. W konsekwencji może to czynić administrację – do czasu rozstrzygnięcia sporu – bezbronną, a co najmniej skomplikować i opóźnić jej reagowanie na problemy.

W polskich warunkach było to doskonale widoczne w sektorze ochrony zdrowia, gdzie właśnie w ramach „nowego zarządzania publicznego” zostały wdrożone elementy korporacyjne (komercjalizacyjne). Dawid Sześciło wskazuje na SPZOZ-y jako doskonałą „ilustrację procesu korporatyzacji”, czyli ich przekształcania w spółki prawa handlowego, najczęściej w spółki z ograniczoną odpowiedzialnością. W wyniku tych procesów, w szczególności prywatyzacji, państwo zaczęło się wycofywać z bezpośredniego dostarczania usług publicznych – tak działo się w całej Europie pod wpływem sukcesu idei NPM. Jednak z dzisiejszej perspektywy widać, że była to tylko przemijająca faza historyczna. W następstwie prywatyzacji – jak tego doświadczyliśmy – może dojść do próby ograniczania lub zaprzestania świadczenia w ogóle usług nieopłacalnych oraz społecznie niepomijalnych. Ze względu na charakter świadczeń opieki zdrowotnej taka sytuacja może się okazać szczególnie groźna właśnie w sektorze ochrony zdrowia. Twierdzenie to zostało empirycznie potwierdzone w warunkach epidemii COVID-19, kiedy to właśnie administracja publiczna zmieniła zakres udzielania świadczeń w tworzonych przez siebie podmiotach leczniczych udzielających świadczeń w zakresie świadczeń szpitalnych, w ten sposób całkowicie zabezpieczając udzielanie szpitalnych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach epidemii. Administracja publiczna relatywnie szybko zdołała przekształcić 21 szpitali w jednooddziałowe szpitale zakaźne. Natomiast sektor prywatny

(podmioty posiadające w swojej strukturze szpitale) pozostał praktycznie na uboczu zwalczania skutków epidemii. Wymaga jednak badań, na ile nastąpiło to w wyniku blokowania takiego udziału przez podmioty publiczne, a na ile z powodu braku inicjatywy współpracy obu sektorów – publicznego i prywatnego. Dopiero podczas tzw. drugiej fali epidemii zgłoszono gotowość negocjacji w zakresie włączenia około tysiąca miejsc w szpitalach prywatnych do zwalczania skutków epidemii. Brak wczesnej kooperacji między sektorami publicznym i prywatnym, w tym także brak działającego partnerstwa publiczno-prywatnego, negatywnie wyróżnia się na tle innych krajów europejskich.

W ten sposób sektor prywatny nie ponosi solidarnie ciężarów obowiązku zapewnienia udzielania szerokiego zakresu świadczeń. Nieakceptowalna z punktu widzenia zasad prawa administracyjnego jest sytuacja, gdy cały ciężar udzielania świadczeń opieki zdrowotnej kosztochłonnych i gorzej wycenianych obciąża tylko publiczną część systemu ochrony zdrowia. Natomiast sektor prywatny – wobec braku aktywności ustawodawcy – wybiera i wykonuje jedynie opłacalne ekonomicznie świadczenia, nie przyczyniając się wystarczająco do zapewnienia funkcjonowania całego systemu, a ostatecznie – do realizacji dobra wspólnego. Ma to swoje negatywne konsekwencje wizerunkowe tej części sektora ochrony zdrowia. To „odseparowanie się” – według kryterium zysku – sektora prywatnego od publicznej misji ochrony zdrowia zarysowało się bardzo wyraźnie właśnie podczas epidemii COVID-19. Konieczne jest systemowe zaangażowanie całego sektora niepublicznego ochrony zdrowia w kooperację przy zabezpieczaniu kompleksowego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a więc także tych, które wykazują niższą rentowność ekonomiczną.

Okres epidemii w sposób szczególny potwierdził wagę i skalę realizacji funkcji administracji świadczącej – co do zasady w ramach administracji samorządowej – w ochronie zdrowia. Analiza przywołanych argumentów pozwala stwierdzić, że administracja świadcząca nie tylko jest wciąż niezbędnym elementem systemu, ale może wręcz nabrać nowego znaczenia. Sektor prywatny stanowi bardzo istotne dopełnienie systemu ochrony zdrowia, nie są więc zgłaszane tutaj postulaty renacjonalizacji. Bazowa konstrukcja zabezpieczająca świadczenia udzielane w lecznictwie szpitalnym powinna być jednak oparta na podmiotach leczniczych tworzonych przez administrację publiczną, prowadzących szpitale i wchodzących w skład zweryfikowanego (w oparciu o rzetelne dane przy realnym i aktywnym udziale jednostek samorządu terytorialnego) podstawowego zabezpieczenia szpitalnego.

W tym miejscu trzeba też odnieść się do istniejących form organizacyjno-prawnych oraz do form prawnych działania administracji publicznej w ochronie zdrowia. Z perspektywy doświadczeń wciąż efektywną – a często niedocenianą – formą organizacyjnoprawną prowadzenia działalności leczniczej przez administrację publiczną jest SPZOZ będący zakładem publicznym (administracyjnym), pozostający nadal jedną z podstawowych form organizacji świadczeń opieki zdrowotnej. Konstrukcja SPZOZ-u wpisuje się we współczesne definicje zakładu publicznego, z podkreśleniem takich jego cech, jak samodzielność i niezależność zakładu w stosunku do jego założyciela oraz relacje zakładu z jego destinatarium (pacjentami). Jak wskazuje się w doktrynie prawa administracyjnego, zakład to jednostka organizacyjna (względnie samodzielna) trwale wyposażona w wyodrębnione środki rzeczowe i osobowe, której celem jest ciągłe, bezpośrednie świadczenie usług o szczególnym znaczeniu społecznym. W przypadku SPZOZ-ów głównym priorytetem nie jest zysk z prowadzonej działalności – już bilansowanie się pozwala na działanie zakładu. Ponadto przy tej formie zachowana jest pełna kontrola podmiotu tworzącego zakład. Również procedura likwidacji zakładu (nie zaś jego upadłości) ma znaczenie wobec systemowego generowania zadłużenia w podmiotach leczniczych.

Widoczne są w tym przypadku liczne niekonsekwencje po stronie ustawodawcy. Jeszcze w 2011 r. była promowana komercjalizacja podmiotów leczniczych polegająca na przekształcaniu SPZOZ-ów w spółki kapitałowe (najczęściej z ograniczoną odpowiedzialnością), wprowadzając szczególne zachęty finansowe polegające na redukcji zadłużenia. Po niespełna 5 latach nastąpiło zatrzymanie zmian, aby powrócić do poprzedniej koncepcji – ze SPZOZ-ami jako preferowaną formą organizacyjnoprawną. Jednocześnie podmioty lecznicze prowadzone w tej formie są nadal dyskryminowane. Z jednej bowiem strony na SPZOZ-y zostały nałożone dodatkowe ciężary w postaci rozbudowanego zakresu dodatkowych świadczeń finansowych w postaci nagród jubileuszowych dla pracowników oraz odpraw pracowniczych. Z drugiej strony – w przeciwieństwie do spółek – nie mają one możliwości udzielania dodatkowo (poza umową z NFZ) świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach komercyjnych.

Zakład publiczny ma także pewne właściwości, które są istotne w obecnie funkcjonującym systemie zdrowia. Jego działalność może być prowadzona jako non profit, administracja zachowuje pełną kontrolę nad zakładem i posiadany mieniem, w szczególności nad nieruchomościami. Ponadto SPZOZ ma z mocy prawa określoną procedurę likwidacyjną, co może być istotną zaletą na tle zdolności upadłościowej spółek kapitałowych prowadzących działalność leczniczą, ze względu na wskazany wyżej systemowy charakter generowania zadłużenia publicznych podmiotów leczniczych.

Można uznać, że funkcjami wykonywanymi przez administrację publiczną w ochronie zdrowia są funkcja reglamentacyjna (w tym także regulacyjna) i funkcja administracji świadczącej. Należy jednak stwierdzić, że funkcje te nie są obecnie wystarczające do pełnego opisanie aktywności administracji w ochronie zdrowia. Należy także uwzględnić dotychczas pomijaną administrację infrastruktury, która w ochronie zdrowia nabiera szczególnego znaczenia. Trzeba bowiem przypomnieć, że administracja – tworząc podmioty lecznicze – zobowiązana jest wyposażyć je w składniki majątkowe, które mają być adekwatne do rodzaju prowadzonej działalności leczniczej. Chociaż obowiązek taki został nałożony wprost tylko w przypadku SPZOZ-ów, trzeba przyjąć, że w praktyce konieczność ta zaistnieje także w przypadku podmiotów leczniczych prowadzonych w formie spółek kapitałowych czy jednostek budżetowych. Szczególne znaczenie mają nieruchomości, w których ma być prowadzona działalność lecznicza. Oznacza to, że administracja powinna dysponować odpowiednią infrastrukturą, tak aby nawet wtedy, gdy nie świadczy usług, w razie potrzeby mogła szybko utworzyć podmiot leczniczy w przypadku konieczności zapewnienia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W ten sposób można zdiagnozować występowanie – właściwie w czystej postaci – administracji infrastruktury, która obok funkcji reglamentacyjnej powinna stanowić pewne minimum działań administracji publicznej w obszarze ochrony zdrowia – działalności, z której nie może się ona wycofać.

4.6. Pozostały dorobek naukowo-badawczy

4.6.1. Wprowadzenie

Pozostałe osiągnięcia naukowo-badawcze obejmują przede wszystkim działalność publikacyjną, aktywny udział w międzynarodowych i krajowych konferencjach naukowych oraz kierowanie i (lub) udział w projektach. Wyniki prowadzonych badań naukowych były publikowane w różnych formach, takich jak: monografie, artykuły w czasopiśmie naukowych, rozdziały w monografiach oraz recenzjach. Szczegółowy wykaz publikacji

zawiera załącznik nr 3 – obejmujący wykaz osiągnięć naukowych albo artystycznych stanowiących znaczny wkład w rozwój określonej dyscypliny – do wniosku o przeprowadzenie postępowania habilitacyjnego, dlatego poniżej zostaną przywołane jedynie wybrane osiągnięcia wskazujące na zakres i przedmiot działalności naukowo-badawczej.

Do dorobku naukowego należy również zaliczyć wygłaszanie referatów na krajowych i międzynarodowych konferencjach naukowych oraz uczestnictwo – w tym kierowanie – w projektach naukowych. W sposób szczególny należy podkreślić interdyscyplinarny charakter prowadzonych badań, wygłoszonych referatów oraz publikacji – prawo oraz medycyna i ekonomia.

4.6.2. Pola badawcze

Publikacje dokumentujące wyniki prowadzonych badań należą do dwóch głównych pól badawczych. Pierwszy obszar badawczy stanowią badania nad prawem administracyjnym regulującym systemowo ochronę zdrowia w Polsce. Drugi obszar badawczy to zagadnienia związane z szeroko rozumianym e-zdrowiem, w tym w szczególności z telemedycyną i sztuczną inteligencją, jako elementami innowacji technicznych, technologicznych i społecznych oraz ich regulacją prawną.

4.6.3. Badania nad prawem administracyjnym regulującym systemowo ochronę zdrowia w Polsce

W naturalny sposób najważniejszym przejawem badań prawa administracyjnego normującego systemowo ochronę zdrowia w Polsce była realizacja samodzielnego projektu sfinansowanego przez Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego: *Świadczenia administracji publicznej w zakresie ochrony zdrowia*. Rezultatem tych badań jest monografia: *Administracja ochrony zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją*, Wolters Kluwer, Warszawa 2021 (549 stron), która została szczegółowo omówiona powyżej.

W obszarze systemowego badania systemu ochrony zdrowia szczególnie podkreślenia wymagają badania realizowane w latach 2008–2011 w ramach grantu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego: *Struktura organizacyjno-prawna funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce z uwzględnieniem determinantów socjologicznych – kierunki rozwoju*. Podstawowym problemem badawczym była kwestia ustalenia, w czym tkwi źródło dotychczasowych niepowodzeń w reformowaniu opieki zdrowotnej w Polsce. Zagadnienie to jest wielowątkowe, obejmuje powiązania wielu sfer funkcjonowania państwa, badania zaś koncentrowały się na strukturze organizacyjno-prawnej funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce z uwzględnieniem determinantów socjologicznych. W ramach prowadzonych badań analizie zostały poddane takie zagadnienia, jak: problematyka limitowania świadczeń zdrowotnych, zasady ich finansowania. Powyższe ujęcie zdeterminowało także określony układ publikacji: *Uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce*, red. T. Mróz, Temida 2, Białystok 2012, będącej rezultatem przyznanego grantu badawczego. Publikacja została poprzedzona organizacją konferencji naukowej: „Determinanty prawne i socjologiczne funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce” i wygłoszeniem referatu: *Wybrane aspekty dotyczące systemowego finansowania opieki zdrowotnej w Polsce*.

W ujęciu systemowych badań nad ochroną zdrowia należy również wskazać publikację współautorską: *Health care as a personal and social asset*, w której zostały zamieszczone podrozdziały: *Legal perspective*; *Health care (life protection, general and secondary health care)*; *Health prevention (health education, prevention of illicit drugs misuse)*, w: *Sustainable Development Goals and the Catholic Church. Catholic Social Teaching and the UN's Agenda*

2030, red. K. Cichos, J.A. Sobkowiak, R. Zenderowski, R.F. Sadowski, B. Zbarachewicz, S. Dziekoński, Francis & Taylor, London 2020, Chapter 3.

Szczególnego podkreślenia wymagają publikacje będące konsekwencją badań określonych wybranych problemów systemowych. W sposób szczególny należy wskazać interdyscyplinarną publikację: *Komercyjne świadczenie usług medycznych przez szpitale publiczne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2017, i przeprowadzoną w jej ramach analizę prawną dopuszczalności udzielania świadczeń zdrowotnych na zasadach komercyjnych przez SPZOZ. Przedmiotem rozważań jest regulacja zawarta w ustawie o działalności leczniczej dotycząca SPZOZ-ów, ze względu na skalę ich działalności, czyli możliwości wykonywania badań diagnostycznych oraz hospitalizacji. Dopuszczenie możliwości udzielania świadczeń na zasadach komercyjnych przez SPZOZ powodowałoby wzrost generowanych przez nie wyników, dzięki pełnemu i efektywnemu wykorzystaniu posiadanego personelu i sprzętu. W tej właśnie grupie świadczeniodawców są największe możliwości pozyskiwania dodatkowych środków finansowych z przeprowadzanych komercyjnie świadczeń, co z kolei mogłoby się przełożyć na efektywniejsze funkcjonowanie całego systemu opieki zdrowia, a przede wszystkim na poprawę stanu zdrowia pacjentów. Zwrócono także uwagę na potencjalne zagrożenie związane z odpłatnym udzielaniem świadczeń, gdyż w wyniku niewłaściwego wprowadzenia odpłatności mogłoby dojść do nieuzasadnionego zróżnicowania dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych i prywatnych. Temu właśnie ma przeciwdziałać właściwie sformułowana regulacja prawna oparta na zrozumieniu mechanizmów ekonomicznych. Książka ta została poprzedzona konferencją naukową: „Ochrona zdrowia – aspekty prawne i ekonomiczne”, zorganizowaną przez Politechnikę Warszawską oraz Szkołę Główną Handlową w Warszawie. Publikacja ta została również wyróżniona wskazaną niżej nagrodą naukową Rektora SGH.

Wśród publikacji dotyczących finansowania ochrony zdrowia należy również wskazać rozdział: *Efektywność jako kryterium oceny przy zawieraniu umów między NFZ a szpitalami*, w: *Zrównoważony rozwój społeczno-gospodarczy gmin i województw*, red. E. Sobczak, Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej, Warszawa 2016. W rozdziale tym obok analizy ekonomicznej efektywności funkcjonowania szpitali została przedstawiona analiza prawna dotycząca możliwości uwzględnienia pomiaru efektywności w aktualnie obowiązującym stanie prawnym. Rozważania te zostały podzielone na dwie części z uwzględnieniem perspektywy Narodowego Funduszu Zdrowia i jego obowiązków jako płatnika oraz jednostek samorządu terytorialnego będących – chociaż w ograniczonym zakresie – również podmiotami finansującymi. Publikacja ta była rezultatem referatu: *Efektywność jako kryterium oceny przy zawieraniu umów między NFZ a szpitalami*, wygłoszonego w ramach konferencji naukowej: „Zrównoważony rozwój społeczno-gospodarczy jednostek samorządu terytorialnego”, zorganizowanej przez Politechnikę Warszawską i Sejm RP, Warszawa, 22–23.10.2015 r.

Aspektem regulacji prawnej dotyczącej finansowania ochrony zdrowia w Polsce poświęcony został referat: *Wybrane problemy dotyczące dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych*, wygłoszony w dniu 12.05.2016 r. w Warszawie podczas Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej: „Przedsiębiorczość w służbie zdrowia. Podmioty niepubliczne w publicznej służbie zdrowia”, zorganizowanej przez Politechnikę Warszawską oraz Sejm RP. Natomiast w ramach V Ogólnopolskiej Konferencji: „Ekonomia w ochronie zdrowia” został wygłoszony wykład na zaproszenie Ogólnopolskiego Porozumienia Szpitali Powiatowych: *Potrącenia i kary umowne wynikające z umów o wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych z NFZ*, Szklarska Poręba, 17–19.09.2015 r.

Z konferencji wcześniejszych należy wskazać: V Konferencję Naukowo-Szkoleniową: „Sektor publiczny a rynek w ochronie zdrowia. Obszary współpracy”, zorganizowaną przez Akademię Ekonomiczną we Wrocławiu oraz Ministerstwo Zdrowia z wygłoszonym referatem: *Pożyczki przeznaczone na restrukturyzację finansową szpitali publicznych udzielane przez BGK*, Białowieża, 23–24.05.2005 r. Ponadto Konferencję Naukowo-Szkoleniową: „Ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej”, z wykładem na zaproszenie redakcji czasopisma „Prawo i Medycyna”: *Pomoc publiczna przewidziana w ustawie o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej – pożyczki*, Warszawa, 24.06.2005 r.

Istotnym elementem systemowej struktury ochrony zdrowia są także podmioty lecznicze. Podczas konferencji naukowej: „Wykonywanie zadań publicznych służących zaspokajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej. Problemy finansowania”, zorganizowanej przez Wydział Administracji i Nauk Społecznych Politechniki Warszawskiej 7.11.2016 r. w Warszawie, wygłoszony został referat: *Wybrane problemy związane z funkcjonowaniem Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej, dla którego organem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego*. Tym samym tytułem został opatrzony również rozdział monografii: *Finansowanie zadań publicznych służących zaspokajaniu potrzeb wspólnot samorządowych*, red. A. Zalcewicz, Poltext, Warszawa 2016. Publikacją dotyczącą aspektów prawnych działania podmiotów leczniczych jest również rozdział: *Utworzenie i prowadzenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą w formie spółki kapitałowej przez samorząd terytorialny. Aspekt zabezpieczenia statusu większościowego udziałowca bądź akcjonariusza na gruncie ustawy o działalności leczniczej*, w: M. Krawczyk, S. Sikorski, D. Strus, M. Niedziółka, W. Gonet, *Problematyka prowadzenia działalności gospodarczej przez samorząd terytorialny. Wybrane zagadnienia*, Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach, Siedlce 2020.

W wyznaczonym polu badań znajdują się także zagadnienia dotyczące działania kryzysowego na przykładzie ratownictwa medycznego. Podczas konferencji naukowej: „System Państwowego Ratownictwa Medycznego w świetle projektowanych zmian”, zorganizowanej przez Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego oraz Wydział Administracji i Nauk Społecznych Politechniki Warszawskiej, 9.05.2017 r. w Warszawie, został wygłoszony referat: *Prawo stwierdzenia zgonu w ratownictwie medycznym – postulaty de lege ferenda*. Pod tym samym tytułem ukazała się następnie interdyscyplinarna publikacja współautorska opublikowana na łamach czasopisma „Causus” 2018, nr 88. Ponadto zostały opracowane i przekazane rekomendacje dla Ministra Zdrowia dotyczące zmian w zasadach działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Zmian w kluczowym dla systemu ochrony zdrowia poziomie opieki, jakim jest podstawowa opieka zdrowotna, dotyczy artykuł: *Opieka koordynowana/zintegrowana na gruncie ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej*, opublikowany na łamach czasopisma naukowego „Studia nad Rodziną” 2018, nr 46. Podstawowej opieki zdrowotnej dotyczy również ostatnia współautorska publikacja: *Nowe zawody w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce*, Wolters Kluwer, Warszawa 2021. Monografia ta dotyczy reorganizacji podstawowej opieki zdrowotnej w kontekście problematyki zawodów medycznych oraz niemedyceńskich, które powinny znaleźć swoje miejsce w systemie prawa administracyjnego i prawa pracy.

Ochrona zdrowia w ujęciu systemowym to także zasady udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz osób znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji ze względu na bezdomność czy niepełnosprawność. Publikacją poruszającą te zagadnienia jest artykuł opublikowany na łamach czasopisma „Ekonomia Społeczna” 2017, nr 2, zatytułowany: *Zasady udzielania*

świadczeń zdrowotnych na rzecz osób bezdomnych. Natomiast problematyce osób niepełnosprawnych poświęcona została Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Aksjologiczne o prawne aspekty niepełnosprawności”, zorganizowana w dniu 11–12.04.2019 r. na Wydziale Prawa Uniwersytetu w Białymstoku, podczas której został wygłoszony współautorski referat: *Konstytucyjne podstawy szczególnego zakresu opieki zdrowotnej nad osobami niepełnosprawnymi – uwagi na tle art. 68 ust. 3 Konstytucji.* Pod tym samym tytułem ukazała się również publikacja w monografii: *Aksjologiczne i prawne aspekty niepełnosprawności*, red. A. Drabarz, Białystok 2020.

4.6.4. Badania nad e-zdrowiem, w tym w szczególności z telemedycyną i sztuczną inteligencją jako elementami innowacji technicznych, technologicznych i społecznych oraz ich regulacją prawną

W tym obszarze badawczym szczególnego podkreślenia wymaga współrealizowany obecnie projekt badawczy: „Wdrażanie koncepcji Smart Villages w Województwie Mazowieckim”, polegające na opracowaniu propozycji przewidzianych dla warunków wiejskich rozwiązań z zakresu e-health, w szczególności dotyczących telemedycyny i teleopieki, jako element koncepcji Smart Villages, realizowany w ramach konsorcjum przez: Politechnikę Warszawską (Wydział Geodezji i Kartografii), Szkołę Główną Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie (Wydział Nauk Ekonomicznych), Instytut Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej – PIB, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie (Centrum Cyfrowej Nauki i Technologii oraz Wydział Prawa i Administracji), Instytut Geodezji i Kartografii (Centrum Teledetekcji), Instytut Uprawy Nawożenia i Gleboznawstwa w Puławach – PIB, Sieć Badawczą Łukasiewicz – Instytut Lotnictwa (Zakład Teledetekcji), a także podmioty posiadające wiedzę praktyczną oraz możliwości wdrożenia i przetestowania wypracowanych rozwiązań, w tym: Mazowiecki Ośrodek Doradztwa Rolniczego w Warszawie, Mazowiecki Park Naukowo-Technologiczny – Park Spółdzielczy, koordynator zespołu, członek zespołu e-zdrowie, Warszawa, 2019–2021. W ramach koordynowanego interdyscyplinarnego zespołu wypracowywana jest koncepcja rozwiązań z obszaru e-zdrowia w warunkach wiejskich i małych miast. Poruszone tutaj są aspekty: dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej i następujące tutaj zmiany, dostępu do konsultacji specjalistycznych wraz z możliwością skierowania na hospitalizację oraz teleopieki nad osobami starszymi. Rezultatem projektu badawczego będzie rekomendacja wdrażana w II etapie projektu.

W tym obszarze badawczym znajduje się także kierowany i zrealizowany projekt w programie DUN finansowany przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego: „Innowacje w ochronie zdrowia. Aspekty prawne, ekonomiczne i organizacyjne”, w ramach którego odbyła się II Konferencja Naukowa „Wyzwania innowacyjności dla ekonomii i prawa w ochronie zdrowia”, jej główny organizator to Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, referat: *Sztuczna inteligencja w medycynie – nowe wyzwanie w obszarze regulacji administracyjnoprawnej*, Warszawa, 21.05.2019 r. Efektem konferencji jest rozdział: *Sztuczna inteligencja w medycynie – nowe wyzwanie w obszarze regulacji administracyjnoprawnej*, w: *Innowacje w ochronie zdrowia. Aspekty prawne, ekonomiczne i organizacyjne*, red. I. Lipowicz, E. Nojszewska, S. Sikorski, Wolters Kluwer, Warszawa 2020. W tomie tym zawarte są rozważania dotyczące innowacji technologicznych i systemowych w kontekście postulatów WHO i zasady zrównoważonego rozwoju, w tym analizy swoistego laboratorium innowacji, jakim stał się system zdrowotny Stanów Zjednoczonych. Część prawna książki koncentruje się na innowacjach w ochronie zdrowia z perspektywy nauki prawa publicznego, uzupełniona jest jednak o istotne opracowania z zakresu prawa konstytucyjnego i cywilnego. Publikacja obejmuje problemy wspierania innowacji medycznych z perspektywy działań państwa, takich jak: wynalazki

biotechnologiczne, telemedycyna, drony i sztuczna inteligencja, które wymagają odmiennych działań wspierających, ale także określenia granic. Aspektem administracyjnoprawnym dotyczącym telemedycyny poświęcona jest również współautorska publikacja: *Telemedycyna w polskim prawie administracyjnym*, w: *Telemedycyna i E-zdrowie. Prawo i informatyka*, red. I. Lipowicz, G. Szpor, M. Świerczyński, Wolters Kluwer, Warszawa 2019.

Na plenarnym posiedzeniu Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia Ministerstwo Zdrowia wygłoszony został referat: *Wdrożenie świadczeń opieki zdrowotnej z zastosowaniem telemedycyny w poradniach specjalistycznych. Aspekty prawne*, Warszawa 7.11.2019 r. Kluczowe znaczenie miało ustalenie barier prawnych, które ograniczają pełne wdrożenie telemedycyny.

Do obszaru badań z zakresu e-zdrowia należy również zaliczyć referat wygłoszony podczas XII Konferencji Naukowej „Bezpieczeństwo w Internecie – Cyberpandemia”, sesja 5., współautorski referat: *Telemedycyna w stanie pandemii*, Warszawa 22–23.10.2020 r. i publikacja pod tym samym tytułem w książce: *Internet. Cyberpandemia. Cyberpandemic*, red. A. Gryszczyńska, G. Szpor, C.H. Beck, Warszawa 2020.

Podczas XI Konferencji Naukowej „Bezpieczeństwo w Internecie – analityka danych”, sesja 4.: *Analityka danych w służbie zdrowia – wyzwania medyczne, ekonomiczne i prawne*, referat współautorski: *Nowe perspektywy analizy danych pacjentów w obszarze telemedycyny*, Warszawa 6–7.06.2019 r. i publikacja: *Wykorzystanie w ochronie zdrowia aplikacji zdrowotnych, opasek i urządzeń monitorujących*, w: *Internet. Analityka danych. Data Analytics*, red. G. Szpor, K. Czaplicki, C.H. Beck, Warszawa 2019. Poruszony został tutaj problem zastosowania telemedycyny u osób starszych w postaci telemonitoringu.

Podczas X Konferencji Naukowej „Bezpieczeństwo w Internecie – przetwarzanie danych osobowych”, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, referat: *Przetwarzanie w chmurze danych dotyczących zdrowia*, Warszawa, 25–26.05.2018 r. i publikacja: *Przetwarzanie danych zdrowotnych w chmurze*, w: *Internet. Przetwarzanie danych osobowych. Processing of personal data*, red. G. Szpor, K. Czaplicki, C.H. Beck, Warszawa 2019.

Obszar e-zdrowia to również zastosowanie nowych rozwiązań dotyczących transportu. Podczas współorganizowanej konferencji naukowej: „Ochrona zdrowia – aspekty prawne i ekonomiczne”, został wygłoszony współautorski referat: *Możliwości zastosowania bezzałogowych statków powietrznych w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego w świetle obowiązujących regulacji prawnych*, SGH, Warszawa 14.11.2017 r. Został on opublikowany pod tym samym tytułem na łamach „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów SGH w Warszawie” 2018, z. 167.

Z ostatnich aktywności w tym obszarze należy w sposób szczególny podkreślić współautorski referat: *Innovation and Artificial Intelligence* i rozpoczęcie współpracy z European Federation of Internal Medicine, „E-health: an unexpected journey”, Bruksela 26.05.2021 r. W ramach tej współpracy jest przygotowywana obecnie publikacja dotycząca telemedycyny i sztucznej inteligencji z perspektywy prawa europejskiego.

4.6.5. Nagrody

1. Nagroda zespołowa II stopnia Rektora Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie za osiągnięcie naukowe w roku 2017 – współautorstwo monografii: *Komercyjne świadczenie usług medycznych przez szpitale publiczne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2017.
2. Nagroda zespołowa II stopnia Rektora Politechniki Warszawskiej za osiągnięcia organizacyjne w roku akademickim 2016/2017.

5. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej, w szczególności zagranicznej

5.1. Uniwersytet w Białymstoku, Wydział Prawa

W latach 2008–2011 współwykonawca (członek zespołu badawczego) grantu badawczego przyznanego przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego: „Struktura organizacyjno-prawna funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce z uwzględnieniem determinantów socjologicznych – kierunki rozwoju”. Współautor monografii kończącej pracę w ramach grantu badawczego: *Kształtowanie się systemu opieki zdrowotnej w Polsce po przemianach ustrojowych 1989 r.* (współautor) oraz: *Problematyka dobrowolnych, dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych* (autor), w: *Uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce*, red. T. Mróz, Temida 2, Białystok 2012.

W 2010 r. uczestnik włosko-polskiej interdyscyplinarnej konferencji naukowej „Nowe kategorie prawa. Le nuove categorie del diritto”, Università degli Studi di Torino – Dipartimento di Giurisprudenza, Wyższa Szkoła Handlu i Prawa im. Ryszarda Łazarskiego w Warszawie, referat: Nowe obowiązki dla sektora bankowego wynikające z implementacji regulacji europejskich, Warszawa, 8.06.2010 r.

Autor artykułu *Selected issues resulting from the implementation of the Markets in Financial Instruments Directive (MiFID) of the European Parliament and of the Council in the Polish regulatory framework*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2010, z. 8.

W 2010 r. współorganizator konferencji naukowej: „Determinanty prawne i socjologiczne funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce” oraz uczestnik Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Ustawodawstwo i system legislacyjny w państwach europejskich”, Wydział Prawa Uniwersytetu w Białymstoku, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Wydział Prawa Grodzieńskiego Uniwersytetu Państwowego im. Janki Kupały Uniwersytetu, Wydział Prawa, Charkowskiego Uniwersytetu Narodowego im. Wasyla Karazina, referat: *Classification of the contract of bank guarantee against a background of the division into legal transactions for a consideration and legal transactions free of charge*, Grodno 2014 i artykuł pod tym samym tytułem opublikowany w: Zbiór artykułów naukowych, Uniwersytet w Grodnie, Grodno 2014.

5.2. Politechnika Warszawska, Wydział Administracji i Nauk Społecznych, Zakład Prawa i Administracji

W 2015 r. wykład wygłoszony na zaproszenie Ogólnopolskiego Porozumienia Szpitali Powiatowych zatytułowany: *Potrącenia i kary umowne wynikające z umów o wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych z NFZ*, podczas V Ogólnopolskiej Konferencji „Ekonomia w ochronie zdrowia”, Szklarska Poręba 2015.

Udział w Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Przedsiębiorczość w służbie zdrowia, Podmioty niepubliczne w publicznej służbie zdrowia”, Politechnika Warszawska i Sejm RP, referat: *Wybrane problemy dotyczące dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych*.

Udział w konferencji naukowej „Zrównoważony rozwój społeczno-gospodarczy jednostek samorządu terytorialnego”, Politechnika Warszawska i Sejm RP, referat: *Efektywność jako kryterium oceny przy zawieraniu umów między NFZ a szpitalami*. Współautor rozdziału monografii: *Efektywność jako kryterium oceny przy zawieraniu umów między NFZ a szpitalami*, w: *Zrównoważony rozwój społeczno-gospodarczy gmin i województw*, red. E. Sobczak, Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej, Warszawa 2016.

Współorganizator konferencji naukowej: „Wykonywanie zadań publicznych służących zaspokajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej”, referat: *Wybrane problemy związane z funkcjonowaniem Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej, dla którego organem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego*. Autor rozdziału pod tym samym tytułem w monografii: *Finansowanie zadań publicznych służących zaspokajaniu potrzeb wspólnot samorządowych*, red. A. Zalcewicz, Warszawa 2016.

W 2017 r. współorganizator konferencji naukowej „Ochrona zdrowia – aspekty prawne i ekonomiczne”, zorganizowanej przez Politechnikę Warszawską wraz ze Szkołą Główną Handlową w Warszawie. Tytuł referatu: *Możliwości zastosowania bezzałogowych statków powietrznych w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego w świetle obowiązujących regulacji prawnych* i współautor artykułu pod tym samym tytułem opublikowanego w „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów SGH w Warszawie” 2018, z. 167.

W 2017 r. główny organizator konferencji naukowej: „System Państwowego Ratownictwa Medycznego w świetle projektowanych zmian”, referat: *Prawo stwierdzenia zgonu w ratownictwie medycznym – postulaty de lege ferenda*, Wydział Administracji i Nauk Społecznych Politechniki Warszawskiej oraz Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.

Inicjator zawarcia umowy dotyczącej stałej współpracy naukowej pomiędzy Wydziałem Administracji i Nauk Społecznych Politechniki Warszawskiej a Wydziałem Prawa i Administracji Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego i jej koordynator.

5.3. Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

W latach 2016–2020 zastępca kierownika i ekspert w Centrum Badań nad Funkcjonowaniem Systemu Ochrony Zdrowia.

Od 2016 r. zastępca redaktora naczelnego w redakcji czasopisma: „Ekonomia i Prawo w Ochronie Zdrowia”, Oficyna Wydawnicza SGH.

Autor rozdziału: *Analiza prawna dopuszczalności udzielania świadczeń zdrowotnych na zasadach komercyjnych przez SPZOZ*, w: E. Nojszewska, W. Malinowski, S. Sikorski, *Komercyjne świadczenie usług medycznych przez szpitale publiczne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2017, s. 73–122.

W 2018 r. wymieniona wyżej nagroda zespołowa Rektora Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie.

5.4. Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Wydział Prawa i Administracji

Udział w konferencjach naukowych w szczególności: European Federation of Internal Medicine „E-health: an unexpected journey”, referat: *Innovation and Artificial Intelligence* (część prawna), Bruksela, 26.05.2021 r.; XII Konferencja Naukowa „Bezpieczeństwo w Internecie – Cyberpandemia”, sesja 5., referat: *Telemedycyna w stanie pandemii*, Warszawa, 22–23.10.2020 r.; 61. Regionalna Konferencja Naukowo-Szkoleniowa, referat: *Telemedycyna, porady telefoniczne w świetle obowiązujących aktów prawnych*, Białystok, 7.12.2019 r.; XI Konferencja Naukowa „Bezpieczeństwo w Internecie – analityka danych”, sesja 4.: „Analityka danych w służbie zdrowia – wyzwania medyczne, ekonomiczne i prawne”, referat: *Nowe perspektywy analizy danych pacjentów w obszarze telemedycyny*, M. Florczak, S. Sikorski, Warszawa, 6–7.06.2019 r.; II Konferencja Naukowa „Wyzwania innowacyjności dla ekonomii i prawa w ochronie zdrowia”, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, główny organizator, referat: *Sztuczna inteligencja w medycynie – nowe wyzwanie w obszarze regulacji administracyjnoprawnej*, Warszawa, 21.05.2019 r.; Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Aksjologiczne o prawne aspekty niepełnosprawności”, Uniwersytet w Białymstoku, referat: *Konstytucyjne podstawy szczególnego zakresu opieki zdrowotnej nad osobami niepełnosprawnymi – uwagi na tle art. 68 ust. 3 Konstytucji*, S. Sikorski, R. Mędrzycki, Białystok, 11–12.04.2019 r.; konferencja naukowa „Ochrona danych osobowych w kontekście zmian regulacji prawnych – sprostac wyzwaniom”, referat: *Dostęp do dokumentacji medycznej na nowo – w świetle RODO i ustawy o prawach pacjenta i RPP*, Wydział Ekonomii i Zarządzania Uniwersytetu w Białymstoku, 17.05.2018 r.

Udział z referatem na posiedzeniu plenarnym Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia Ministerstwo Zdrowia, referat: *Wdrożenie świadczeń opieki zdrowotnej z zastosowaniem telemedycyny w poradniach specjalistycznych. Aspekty prawne*, I. Lipowicz, S. Sikorski, Warszawa, 7.11.2019 r.

Autor i współautor kilkudziesięciu publikacji naukowych i popularnonaukowych w szczególności: *Administracja ochrony zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją*, Wolters Kluwer, Warszawa 2021; *Nowe zawody w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce*, Wolters Kluwer, Warszawa 2021 (w druku); *Telemedycyna w stanie epidemii*, w: *Internet. Cyberpandemia. Cyberpandemic*, red. A. Gryszczyńska, G. Szpor, C.H. Beck, Warszawa 2020; *Health care as personal and social asset*, w: *Sustainable Development Goals and the Catholic Church. Catholic Social Teaching and the UN's Agenda 2030*, red. K. Cichos, J.A. Sobkowiak, R. Zenderowski, R.F. Sadowski, B. Zbarachewicz, S. Dziekoński, Francis & Taylor, London 2020, Chapter 3; *Sztuczna inteligencja w medycynie – nowe wyzwanie w obszarze regulacji administracyjnoprawnej*, w: *Innowacje w ochronie zdrowia. Aspekty prawne, ekonomiczne i organizacyjne*, red. I. Lipowicz, E. Nojszewska, S. Sikorski, Wolters Kluwer, Warszawa 2020, *Telemedycyna w polskim prawie administracyjnym*, w: *Telemedycyna i e-zdrowie*.

6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę

Wymieniona wyżej nagroda Rektora Politechniki Warszawskiej za osiągnięcia organizacyjne 2016/2017.

Ogólnopolski Konkurs Prac Dyplomowych „Wykluczenie Społeczne – Solidarność

Spółeczna”, organizowany przez Ogólnopolską Sieć Naukową „Wykluczenie Społeczne – Solidarność Społeczna” – współorganizator / członek komisji konkursowej.

Opiekun koła naukowego Prawa Administracyjnego „Sztuka w Prawie”.

Organizacja konferencji:

- 1) członek komitetu organizacyjnego XIII konferencji „Bezpieczeństwo w Internecie. Globalne gry. Global Games Własność intelektualna, edukacja, bezpieczeństwo”, Warszawa, 10–11.06.2021 r.;
- 2) główny organizator II Konferencji Naukowej „Wyzwania innowacyjności dla ekonomii i prawa w ochronie zdrowia”, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego;
- 3) współorganizator konferencji naukowej „Ochrona zdrowia – aspekty prawne i ekonomiczne”, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie oraz Wydział Administracji;
- 4) główny organizator konferencji naukowej: „System Państwowego Ratownictwa Medycznego w świetle projektowanych zmian”, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Wydział Administracji i Nauk Społecznych Politechniki Warszawskiej.

Od 2017 r. ekspert (wolontariusz) w Hospicjum Domowym Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej, w związku z zaangażowaniem w tematykę opieki paliatywnej.

W 2020 r. wyznaczony na promotora pomocniczego rozprawy doktorskiej mgr. Jakuba Dorosza-Kruczyński „Administracyjnoprawny status mieszkańca jednostki samorządu terytorialnego i wspólnoty samorządowej”.

Członkostwo w międzynarodowych lub krajowych organizacjach i towarzystwach naukowych wraz z informacją o pełnionych funkcjach.

- 1) Naukowe Centrum Prawno-Informatyczne – członek Centrum, 2021 – obecnie.
- 2) Stowarzyszenie Edukacji Administracji Publicznej – członek stowarzyszenia, 2021 – obecnie.
- 3) Sieć naukowa „Wykluczenie Społeczne – Solidarność Społeczna” – członek Sieci naukowej, 2018 – obecnie.
- 4) Centrum Badań nad Ochroną Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie – współzałożyciel, zastępca kierownika, ekspert 2016–2020.

Artykuły popularyzujące naukę

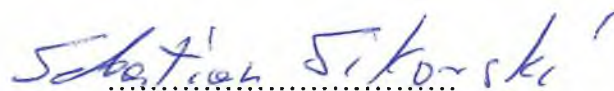
- 1) S. Sikorski, *Placówki oświatowe żądają od rodziców zaświadczeń, których lekarze nie mogą wydać*, Prawo.pl, 24.05.2020, <https://www.prawo.pl/zdrowie/zaswiadczenie-o-stanie-zdrowia-dziecka-od-lekarza,500511.html> (dostęp: 16.04.2020 r.).
- 2) S. Sikorski, M. Florczak, M. Kruczkowski, *Opieka psychologiczna dla pacjentów w hospicjum powinna być dostępna*, Prawo.pl, 15.04.2020, <https://www.prawo.pl/zdrowie/opieka-psychologiczna-dla-pacjentow-hospicjow-w-czasie-epidem,499436.html> (dostęp: 16.04.2020 r.).
- 3) S. Sikorski, M. Florczak, *Lekarze nie mają podstaw do odmowy wystawiania zdalnie e-zwolnień*, Prawo.pl, 26.03.2020, <https://www.prawo.pl/zdrowie/lekarz-ma-obowiazek-wystawic-e-zwolnienie-zdalnie> (dostęp: 16.04.2020 r.).
- 4) S. Sikorski, M. Florczak, *Telemedycyna pomaga w walce z pandemią*, „Gazeta Prawna” z 19.03.2020 r.

- 5) S. Sikorski, *W razie katastrofy prywatna karetka nie weźmie poszkodowanych*, Prawo.pl, Opieka zdrowotna. Opinie, 9.04.2019, <https://www.prawo.pl/zdrowie/w-razie-katastrofy-prywatna-karetka-nie-wezmi-poszkodowanych,392986.html> (dostęp: 16.04.2020 r.).
- 6) S. Sikorski, M. Florczak, *Czy w obecnym stanie prawnym można wystawić zwolnienie, korzystając z telemedycyny?*, „Gazeta Prawna” z 8.03.2018 r.
- 7) S. Sikorski, *Cesja umowy z NFZ a ważność deklaracji wyboru*, „Gazeta Prawna” z 12.07.2018 r.
- 8) M. Florczak, S. Sikorski, *Karetki bez lekarzy*, „Gazeta Prawna” z 23.08.2017 r.
- 9) S. Sikorski, *Kilka uwag na tle umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, „Ekonomia i Prawo w Ochronie Zdrowia” 2016, nr 1, s. 13–24.
- 10) S. Sikorski, *Gwarancja bankowa – znaczenie prawnych klauzul umownych „bezwarunkowo”, „nieodwołalnie”, „na pierwsze żądanie”*, „Prawo Przedsiębiorcy” 2009, nr 17, s. 26–30.
- 11) S. Sikorski, *Specjalne pożyczki dla szpitali*, INFOR, „Gazeta Prawna” z 12.07.2005 r.
- 12) S. Sikorski, *Szpitale mogą już składać wnioski o pożyczki*, INFOR, „Gazeta Prawna” z 13.07.2005 r.
- 13) S. Sikorski, *Poręczenie ze środków Krajowego Funduszu Poręczeń Kredytowych*, INFOR, „Prawo Przedsiębiorcy” 2004, nr 12, s. 26–31.
- 14) S. Sikorski, *Poręczenie portfelowe – prosty sposób zabezpieczenia kredytu*, INFOR, „Prawo Przedsiębiorcy” 2004, nr 14, s. 24–27.

7. Informacje ważne z punktu widzenia wnioskodawcy, dotyczące jego kariery zawodowej

Nagroda Prezesa Zarządu Banku Gospodarstwa Krajowego za opracowanie i wdrożenie programu pożyczek Skarbu Państwa na finansowanie programów restrukturyzacyjnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Bezpośrednia współpraca z Ministrem Zdrowia Prof. dr hab. Zbigniewem Religą. Oddelegowanie przez BGK do pracy w komisjach zdrowia Sejmu i Senatu RP.

Wpis na listę Okręgowej Rady Adwokackiej w Warszawie – specjalizacja w obszarze ochrony zdrowia.


(podpis wnioskodawcy)