

Dominika Tykwińska-Rutkowska

Uniwersytet Gdański

ORCID: 0000-0002-2275-4394

dominika.tykwinska@ug.edu.pl

Wykonywanie zadań publicznych na rzecz ochrony i promocji zdrowia reprodukcyjnego – uwagi wybrane

Wprowadzenie

Problematyka ochrony zdrowia, z którą łączy się promocja zdrowia – można bowiem założyć, że termin „promocja zdrowia” mieści się w szerszym pojęciu, jakim jest ochrona zdrowia¹, regulowana jest na różnych poziomach: międzynarodowym oraz regionalnym, a także krajowym. Przy czym akty prawa międzynarodowego, w tym unijnego, bez wątpienia wpływają na kształt krajowych rozwiązań prawnych w sprawach dotyczących ochrony zdrowia, pośród których oczywiście fundamentalne znaczenie ma Konstytucja RP, nakładająca na władze publiczne – państwo i samorząd – obowiązek stworzenia warunków pozwalających na zapewnienie każdemu prawa do ochrony zdrowia, a obywatelom prawa do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawodawstwie zwykłym, a w przypadkach niektórych kategorii podmiotów zapewnienia szczególnej opieki, a także eliminowania zagrożeń dla zdrowia oraz propagowania rozwoju kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży. W świetle tych konstytucyjnych postanowień ochrona zdrowia, postrzegana jako dobro o szczególnym znaczeniu², obejmuje więc różnorodne zadania władz publicznych, związane z zapewnieniem opieki zdrowotnej (medycyna lecznicza), promocję zdrowia i eliminowanie zagrożeń dla zdrowia. Oczywiście szczegółowe zadania w tym zakresie wynikają z licznych aktów zaliczanych do prawa ustrojowego

¹ K. Wojtczak, *Kompetencje i zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie bezpieczeństwa zdrowia ludności*, „Studia Prawa Publicznego” 2018, nr 3(23), s. 11.

² D. Tykwińska-Rutkowska, *Ochrona życia i zdrowia człowieka w prawie administracyjnym (Przyczynek do dyskusji)*, [w:] Z. Duniewska (red.), *Dobra chronione w prawie administracyjnym*, Łódź 2014, s. 78.

oraz regulacji materialnoprawnych, normujących zasady i sposób ich wykonywania przez organy administracji publicznej, jak np. ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, ustawa o działalności leczniczej, ustawa o zdrowiu publicznym, ustawa o zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii czy ustawa o ochronie zdrowia psychicznego oraz ustawa o leczeniu niepłodności.

Zadania te realizuje ogół podmiotów i instytucji powołanych do organizowania, finansowania oraz udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, tworzących system ochrony zdrowia³. Są to organy administracji rządowej, samorządowej, ale również organizacje i instytucje pozarządowe czy jeszcze inne podmioty działające w sferze opieki zdrowotnej⁴. Wymienione podmioty w zakresie ochrony zdrowia podejmują działalność dwutorowo: pod postacią wzajemnie się dopełniających działań na rzecz zdrowia indywidualnego oraz zdrowia publicznego⁵. Działania wskazanych podmiotów, mające zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne, prowadzą więc do realizacji ciężącego na nich obowiązku ochrony zdrowia ludzkiego, w tym zdrowia rozrodczego, rozumianego jako stan organizmu ludzkiego w zakresie jego zdolności rozmnażania. W tym miejscu warto zaznaczyć, że optymalna realizacja przez te podmioty zadań z zakresu ochrony zdrowia jawi się jako złożony, prawnie regulowany proces, który zależy nie tylko od przyjętych rozwiązań organizacyjnych i zasad finansowania, ale też obranych środków i metod realizacji⁶.

Co do wspomnianych działań na rzecz ochrony i promocji zdrowia rozrodczego, ich źródłem jest ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności⁷, w której w art. 11 ust. 1 i 2 stanowi się, że organy administracji rządowej w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach dotyczących tych organów są obowiązane do ich podejmowania, a organy jednostek samorządu w zakresie ich kompetencji określonych w przepisach dotyczących tych jednostek mogą je podejmować⁸. Dalsza interpretacja powołanych przepisów, mają

³ A. Rabięga, *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniach podmiotów administrujących w sferze opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009, s. 44. Zob. również uwagi S. Sikorskiego o systemie ochrony zdrowia: S. Sikorski, *Współczesna administracja publiczna w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, [w:] idem, *Administracja ochrony zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją*, 2021, Lex.

⁴ A. Rabięga, op. cit., s. 44.

⁵ Por. uwagi o zdrowiu indywidualnym oraz publicznym: C. Włodarczyk, [w:] C. Włodarczyk, M. Marek, T. Wyka, *Biała Księga. Polska – Unia Europejska. Ochrona życia i zdrowia obywateli*, „Opracowania i Analizy. Seria: Prawo” 1996, nr 22, s. 7–10 oraz 10–11; V. Korporowicz, *Zdrowie i jego społeczne odniesienie*, [w:] V. Korporowicz (red.), *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*, Warszawa 2006, s. 20; C. Włodarczyk, S. Poździej, *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego*, [w:] A. Czupryna (red.), *Zdrowie publiczne*, t. 1, Warszawa 2000, s. 23; S. Poździej, *System zdrowotny*, [w:] A. Czupryna (red.), op. cit., s. 127–128.

⁶ S. Poździej, *Ustawa o wyrobach medycznych*, 2012, Lex.

⁷ T.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 442, dalej jako u.l.n.

⁸ Zastosowane w ustawie sformułowanie „działania” – na co wskazuje się w uzasadnieniu do ustawy – należy rozumieć jako zadania organów administracji rządowej oraz jednostek samorządu

ca na celu prezentację uwag o wykonywaniu zadań na rzecz ochrony i promocji zdrowia rozrodczego, wymaga ustalenia znaczenia zastosowanego przez ustawodawcę zwrotu „w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach dotyczących tych organów obowiązane są do podejmowania działań”, a w przypadku organów jednostek samorządu terytorialnego – „w zakresie kompetencji określonych w przepisach dotyczących tych jednostek mogą podejmować działania na rzecz ochrony i promocji zdrowia rozrodczego” i odniesienia się do przykładowego katalogu działań tych organów wprowadzonego w art. 11 ust. 3 ustawy o leczeniu niepłodności, co z kolei przybliży do zidentyfikowania problemów w zakresie ich wykonywania.

Kompetencje oraz zadania publiczne na rzecz ochrony i promocji zdrowia rozrodczego, wykonywane przez organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego

Odnośnie pierwszego zagadnienia, należy rozpocząć od objaśnienia pojęcia kompetencji, dla których to rozważań w nauce prawa administracyjnego punktem wyjścia z reguły są zadania składające się na zakres działania organów administracji publicznej, rozumiane jako czynności do wykonania ze względu na istniejący obowiązek, prowadzące do osiągnięcia określonego celu⁹. Równocześnie wymaga podkreślenia, że choć organom na różnych szczeblach przysługują te same zadania nałożone normami zadaniowymi, np. zaspokajanie potrzeb zdrowotnych, to w ich zakresie, stosownie do obowiązujących przepisów prawa materialnego, organy mogą korzystać z różnych kompetencji określających przedmiot i formy działania, które są właściwe danemu organowi¹⁰. Należy bowiem mieć na uwadze, że normy zadaniowe nakładają tylko zadania, a nie określają – jak zauważa Józef Filipek – żadnych dróg czy metod działania¹¹ czy – jak wskazuje Zbigniew Cieślak – nie dookreślają uprawnień i form działania najodpowiedniejszych z punktu widzenia realizacji założonych wartości¹².

Biorąc za punkt wyjścia ustalenia w zakresie rozumienia pojęcia „kompetencja organu administracji państwowej”, dokonane przez Wacława Dawidowicza, należy wskazać, że w pojęciu tym „zawarty jest *implicite* element

terytorialnego. Zob. uzasadnienie do ustawy o leczeniu niepłodności, druk sejmowy nr 3245 z dnia 13 marca 2015 r., Sejm VII Kadencji, s. 9–10.

⁹ M. Maciejewski, *Normy celowe i zadaniowe w prawie administracyjnym. Dobra chronione jako ustawowe cele organów administracji*, [w:] Z. Duniewska (red.), op. cit., s. 52.

¹⁰ W. Dawidowicz, *Wstęp do nauk prawno-administracyjnych*, Warszawa 1974, s. 57.

¹¹ J. Filipek, *Elementy strukturalne norm prawa administracyjnego*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego – Prace Prawnicze” 1982, R. DCXXVII, s. 67.

¹² Z. Cieślak, *Zbiory zachowań w administracji państwowej. Zagadnienia podstawowe*, Warszawa 1992, s. 75.

obowiązku jej realizowania”¹³. Zatem obowiązek realizacji kompetencji przez organ wywodzony jest z samej konstrukcji kompetencji, choć – jak zauważa Eugeniusz Bojanowski – realizując kompetencję, organ realizuje powinności, które wynikają z dwóch rodzajów norm¹⁴; kompetencja jest bowiem, co podkreśla się w teorii prawa, zjawiskiem złożonym¹⁵. Według E. Bojanowskiego są to bowiem obowiązki, które wynikają z norm prawnoorganizacyjnych, a ponadto obowiązki określone w normach prawnomaterialnych. Przy czym, na co wskazuje autor, z pierwszego rodzaju norm dla organów wynika prawnoorganizacyjny obowiązek czuwania nad stanem warunków uzasadniających podjęcie działań zmierzających do urzeczywistnienia normy materialnoprawnej, zaś z normy materialnoprawnej wynika obowiązek merytorycznej realizacji tej normy prawnomaterialnej¹⁶. Zdaniem autora można więc przyjąć, że obowiązek prawnoorganizacyjny jest stałym elementem pojęcia kompetencji, ponieważ zawsze wynika z tych samych norm organizacyjnych, natomiast obowiązek prawnomaterialny jest elementem zmiennym, gdyż każdorazowo wynika z innej normy materialnoprawnej¹⁷. Ze względu na normy prawnoorganizacyjne organy są obowiązane w sposób stały, aktywny czuwać nad stanem warunków uzasadniających podjęcie działań zmierzających do realizacji celów wyrażonych w normach prawnomaterialnych. Z chwilą ich stwierdzenia aktualizuje się bowiem obowiązek tych organów merytorycznej realizacji norm prawnomaterialnych, co w zależności od celu wyznaczonego daną normą prawnomaterialną będzie wymagało podjęcia działań przyjmujących postać procesów stanowienia, stosowania czy przestrzegania prawa¹⁸.

Odnosząc powyższe uwagi do postanowień art. 11 ust. 1 i 2 u.l.n., skoro kompetencja jest złożoną konstrukcją prawną, można przyjąć, że zwrot „w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach dotyczących tych organów/jednostek, są obowiązane do podejmowania działań/mogą podejmować działania” należy rozumieć w kontekście ciążących na organach administracji publicznej obowiązków prawnoorganizacyjnych i prawnomaterialnych jako czuwanie nad stanem warunków i urzeczywistniania norm prawnomaterialnych, gdy warunki te zaistnieją¹⁹, stosownie do przyjętych regulacji szczegól-

¹³ Zob. W. Dawidowicz, op. cit., s. 57.

¹⁴ E. Bojanowski, *Konstrukcja kompetencji organu administracji państwowej*, „Zeszyty Naukowe Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Gdańskiego – Prawo” 1981, nr 9, s. 85. Stosownie do § 23 ust. 2 ZPT, jak zauważa G. Wierczyński, „może być (...) tak, że w przepisach ustrojowych znajdzie się jakiś przepis będący częścią wspólną dla szczegółowych przepisów kompetencyjnych”. Zob. G. Wierczyński, *Komentarz do rozporządzenia w sprawie „Zasad techniki prawodawczej”*, [w:] idem, *Redagowanie i ogłaszanie aktów normatywnych. Komentarz*, wyd. drugie, 2016, załącznik § 26.

¹⁵ Z. Ziemiński, *Kompetencja i norma kompetencyjna*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1969, z. 4, s. 32.

¹⁶ E. Bojanowski, op. cit., s. 88.

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ Ibidem, s. 87.

¹⁹ Ibidem, s. 86.

nych. Realizacja kompetencji organów państwa nie jest bowiem pozostawiona ich swobodnemu wyborowi, a jej niezrealizowanie jest równoznaczne z bezczynnością organu²⁰.

W tym miejscu należy zauważyć, że zarówno organy administracji rządowej, jak i organy jednostek samorządu terytorialnego są współodpowiedzialne za realizację bieżącej polityki zdrowotnej państwa²¹, wykonują liczne zadania z zakresu ochrony i promocji zdrowia w ogólności, a w jego ramach zdrowia rozrodczego, korzystając z przyznanych im w tym zakresie kompetencji.

Odnosnie organów administracji rządowej, ustawodawca nie doprecyzował, o które konkretnie chodzi, należy więc podkreślić, że w sferze ochrony zdrowia aktywne są organy administracji rządowej dwóch szczebli – na szczeblu centralnym oraz na szczeblu terenowym (województwa). Przy tym do kompetencji administracji na szczeblu centralnym należy zasadniczo nadawanie generalnych kierunków w zakresie kształtowania polityki zdrowotnej państwa, jak i stabilizacji systemu opieki zdrowotnej.

Na szczeblu centralnym problematyka ochrony, a w jej ramach promocji zdrowia, włączona jest do działu administracji rządowej „zdrowie”, którym kieruje minister właściwy do spraw zdrowia. Organ ten, posiadający najszersze kompetencje w dziedzinie ochrony zdrowia, realizuje przypisane zadania wraz z podporządkowanymi organami i jednostkami w ustawowo określonym obszarze działania stanowiąc, stosując oraz kontrolując przestrzeganie prawa. Niemniej jednak to wydawanie aktów normatywnych jest podstawowym typem czynności podejmowanych przez ministra w zakresie działań planistycznych, koordynacyjnych, nadzorczo-kontrolnych, jak też organizacyjnych²². Mimo że działania podejmowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia nie chronią i nie promują bezpośrednio zdrowia rozrodczego, to znacząco wpływają na tworzenie skutecznego systemu ochrony zdrowia, kształtując funkcjonowanie podmiotów bezpośrednio wykonujących zadania ze sfery ochrony zdrowia.

Na marginesie należy wskazać, że w pewnym zakresie sprawami ochrony zdrowia na szczeblu centralnym zajmują się także inni ministrowie, np. Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości oraz ministrowie właściwi do spraw wewnętrznych, rolnictwa, środowiska oraz pracy, lecz ich zakres kompetencji jest zdecydowanie węższy niż w przypadku Ministra Zdrowia²³. Ponadto nie można wykluczyć, że pewne aktywności w sferze ochrony i promocji zdrowia będą podejmowane przez Radę Ministrów, do której należą sprawy prowadzenia polskiej polityki wewnętrznej i zagranicznej, które nie zostały zastrzeżone dla innych organów czy to państwowych, czy to samorządowych. Na rzecz tego organu działają szerokie kompetencje, np. normotwórcze – wy-

²⁰ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne*, wyd. siódme, Warszawa 2016, s. 180.

²¹ A. Rabiega, op. cit., s. 111.

²² Ibidem, s. 109.

²³ Ibidem. Por. również: K. Wojtczak, op. cit., s. 10.

daje rozporządzenia czy kompetencje do stosowania prawa, np. przyjmuje akty programowe, czy kompetencje do koordynacji i kontroli pracy organów administracji rządowej. Również nie można odmówić wpływu Prezesa Rady Ministrów na kształtowanie polityki zdrowotnej państwa. Jak zauważa Maciej Dercz, bez jego akceptacji politycznej nie będzie możliwe m.in. reformowanie ochrony zdrowia²⁴.

Gdy chodzi o zadania centralnych organów administracji rządowej podległych ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, jak Główny Inspektor Sanitarny i Główny Inspektor Farmaceutyczny, którzy stoją na czele podległych im państwowych inspekcji, w pierwszej kolejności należy zauważyć, że wypełniają one funkcje kontrolne, choć nie tylko, ponieważ także wydają decyzje administracyjne. Wymaga podkreślenia również, że inspekcje te mają swoje organy terenowe – w przypadku inspekcji sanitarnej działają państwowy wojewódzki inspektor sanitarny oraz państwowy powiatowy inspektor sanitarny jako organy rządowej administracji zespolonej w województwie²⁵, a także państwowy graniczny inspektor sanitarny, który jest jedynym organem administracji rządowej niezespolonej właściwym w sprawach objętych zakresem działu administracji rządowej „zdrowie”; zaś w przypadku inspekcji farmaceutycznej działa wojewódzki inspektor farmaceutyczny, wchodzący w skład zespolonej administracji wojewódzkiej.

Państwowa Inspekcja Sanitarna ma na celu ochronę zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobieganie powstawaniu chorób, w tym zakaźnych i zawodowych. Realizuje zadania z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności polegające na sprawowaniu nadzoru m.in. nad higieną środowiska, pracy w zakładach pracy, radiacyjną, procesów nauczania i wypoczynku. Sprawowany nadzór ma charakter zapobiegawczy i bieżący. Ponadto realizacja zadań we wskazanym zakresie polega na prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska czy prowadzeniu działalności oświatowo-zdrowotnej.

W kontekście rozważanej problematyki istotne są zadania inspekcji w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, polegające na inicjowaniu przedsięwzięć oraz prac badawczych w dziedzinie zapobiegania negatywnym wpływom czynników i zjawisk fizycznych, chemicznych i biologicznych na zdrowie ludzi. Nie bez znaczenia są również zadania w dziedzinie sprawowania bieżącego nadzoru sanitarnego polegające na kontroli przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, w szczególności dotyczące

²⁴ M. Dercz, *Podstawowe zagadnienia dotyczące podziału zadań w sferze ochrony zdrowia*, [w:] M. Dercz (red.), *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, Warszawa 2013, s. 68.

²⁵ Na mocy nowelizacji ustawy z dnia 23 stycznia 2020 r. o zmianie ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. poz. 322) oraz niektórych innych ustaw państwowy powiatowy inspektor sanitarny wchodzi w skład wojewódzkiej zespolonej administracji rządowej.

higieny środowiska; utrzymania należytego stanu higienicznego nieruchomości; warunków żywienia zbiorowego oraz nadzoru nad jakością zdrowotną żywności; warunków zdrowotnych środowiska pracy, a zwłaszcza zapobiegania powstawaniu chorób zawodowych i innych chorób związanych z warunkami pracy. Inne, mające znaczenie z perspektywy analizowanej problematyki zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia rozrodczego, to zadania w dziedzinie zapobiegania i zwalczania chorób polegające na dokonywaniu analiz i ocen epidemiologicznych, koniecznych przy opracowywaniu programów polityki zdrowotnej.

Państwowa Inspekcja Sanitarna również inicjuje, prowadzi, koordynuje i nadzoruje działalność oświatowo-zdrowotną w celu ukształtowania odpowiednich postaw i zachowań zdrowotnych. W szczególności inicjuje i wytycza kierunki przedsięwzięć zmierzających do zaznajamiania społeczeństwa z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia, popularyzowania zasad higieny i racjonalnego żywienia, metod zapobiegania chorobom oraz umiejętności udzielania pierwszej pomocy. Ponadto pobudza aktywność społeczną do działań na rzecz własnego zdrowia, udziela porad i informacji w zakresie zapobiegania i eliminowania negatywnego wpływu czynników i zjawisk fizycznych, chemicznych i biologicznych na zdrowie ludzi. Do niej należy też ocena działalności oświatowo-zdrowotnej prowadzonej przez szkoły i inne placówki oświatowo-wychowawcze, szkoły wyższe oraz środki masowego przekazywania, podmioty lecznicze i inne, instytucje i organizacje, a także udziela im pomocy w prowadzeniu tej działalności. Ostatnia grupa zadań bez wątplenia łączy się z problematyką promocji zdrowia rozrodczego.

Jak zauważa Stefan Poździejch eliminacja niepożądanych czynników i zjawisk zagrażających bezpieczeństwu sanitarnemu i zdrowotności publicznej ma miejsce dzięki licznym władczym uprawnieniom, za pomocą których organy inspekcji wkraczają w sferę praw i wolności obywatelskich i ograniczają swobodę działania i postępowania określonych osób, jak wydawanie zarządzeń, decyzji administracyjnych czy zezwoleń konkretnych rodzajów działań²⁶.

W tym miejscu warto jeszcze zwrócić uwagę na drugi z centralnych organów – Głównego Inspektora Farmaceutycznego, który stoi na czele Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej działającej w celu zabezpieczenia interesu społecznego w zakresie bezpieczeństwa zdrowia przy stosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych dostępnych w hurtowniach farmaceutycznych, aptekach, działach farmacji szpitalnej, punktach aptecznych i placówkach obrotu poza aptecznego. Do inspekcji należy m.in. sprawowanie nadzoru nad warunkami wytwarzania i importu produktów leczniczych, a także jakością i obrotem produktami leczniczymi oraz wyrobami medycznymi. Działania podejmowane w ramach inspekcji przez jej organy, jak np. wydawanie decyzji w zakresie

²⁶ S. Poździejch, *Prawo zdrowia publicznego. Zarys problematyki*, Kraków 2004, s. 519–520.

wstrzymania lub wycofania z obrotu lub stosowania produktów leczniczych w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia, że dany produkt nie jest dopuszczony do obrotu w RP czy podejrzenia lub stwierdzenia, że dany produkt nie odpowiada ustalonym dla niego wymaganiom jakościowym, pośrednio wpływają na ochronę zdrowia, w tym zdrowia rozrodczego.

Ponieważ minister właściwy do spraw zdrowia nie ma własnych agend terenowych, zadania organów administracji rządowej z zakresu ochrony zdrowia w terenie (na szczeblu wojewódzkim) wykonuje wojewoda, dla którego ich realizacja (jako zadań administracji rządowej) jest głównym celem jego aktywności bieżącej²⁷. Ponadto zadania te wykonują również organy administracji rządowej zespolonej w województwie, w tym kierownicy zespolonych służb, inspekcji i straży, m.in. inspektorzy sanitarni oraz farmaceutycy, a także organy niezespolonej administracji rządowej. Oczywiście szczególną rolę w procesie realizacji tych zadań należy przypisać wojewodzie, którego zakres działania reguluje ustawa z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie²⁸. Jak bowiem wynika z art. 3 ust. 1 pkt 5 u.w., wojewoda jest tym organem, do którego właściwości należą wszystkie sprawy z zakresu administracji rządowej w województwie niezastrzeżone w odrębnych ustawach do właściwości innych organów tej administracji. Akt ten nie wyczerpuje jednak wszelkich obszarów działania tego organu, te – podobnie jak i kompetencje wojewody – regulowane są w wielu ustawach szczegółowych²⁹.

Niemniej zgodnie z przywołaną ustawą wojewoda, realizując podstawową funkcję przedstawiciela Rady Ministrów w województwie, odpowiada za wykonywanie polityki rady w obszarze województwa, a w szczególności zapewnia współdziałanie wszystkich organów administracji rządowej i samorządowej działających w województwie i kieruje ich działalnością w zakresie zapobiegania zagrożeniu dla zdrowia (art. 22 pkt 2 u.w.). Podejmowane przez niego działania w sprawach z zakresu ochrony zdrowia, łączące się z problematyką promocji zdrowia, można próbować ująć analogicznie do sfer działania ministra właściwego do spraw zdrowia, czyli wyróżnić działania planistyczne, organizatorskie, koordynacyjne oraz kontrolno-nadzorcze³⁰. Działania te szczegółowo normowane przepisami materialnoprawnymi dotyczącymi problematyki organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, np. ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawą o działalności leczniczej, ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi czy

²⁷ Por. M. Dercz, *Administracja rządowa w sferze ochrony zdrowia*, [w:] M. Dercz (red.), op. cit., s. 128.

²⁸ T.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 135, dalej jako u.w.

²⁹ B. Banaszak, *Art. 152*, [w:] idem, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 808.

³⁰ A. Rabiega, op. cit., s. 103.

ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, są konsekwencją przyznanej wojewodzie roli do planowania, kierowania, koordynowania i kontrolowania realizacji zadań z zakresu administracji rządowej.

Ponadto wojewoda wykonuje inne funkcje wskazane w art. 3 u.w., jak zwierzchnika i organu rządowej administracji zespolonej w województwie, organu nadzoru nad działalnością jednostek samorządu terytorialnego i ich związków, organu wyższego stopnia w rozumieniu przepisów o postępowaniu administracyjnym czy reprezentanta Skarbu Państwa, doznające konkretyzacji w szczegółowych postanowieniach ustawy o wojewodzie i administracji rządowej w województwie lub przepisach odrębnych. Jak zauważa M. Dercz, w ramach wszystkich tych funkcji należy dopuścić aktywność wojewody w zakresie spraw dotyczących ochrony zdrowia³¹ w różnych formach działania, takich jak rozporządzenia, akty nadzoru, decyzje administracyjne, czynności materialno-techniczne.

Zadania w zakresie ochrony zdrowia realizują także wspomniani wojewódzki oraz powiatowy inspektor sanitarny oraz wojewódzki inspektor farmaceutyczny (jako organy działające pod zwierzchnictwem wojewody³²), a także powiatowy graniczny inspektor sanitarny (jako organ administracji rządowej niezespolonej). Organy te korzystają z szeregu władczych kompetencji, dzięki którym mogą ingerować w sferę praw i wolności jednostek, ograniczać swobodę działania i postępowania określonych osób³³. W tym miejscu należy zauważyć, że w przypadku organów działających pod zwierzchnictwem wojewody, to wojewoda jest organem administracji rządowej zespolonej i to jego ustawowo określone zadania i kompetencje są wykonywane przez kierowników zespolonych inspekcji z ustawowego upoważnienia. Powyższe nie oznacza jednak, że nie działają oni w ogóle we własnym imieniu – istotne w tym zakresie są postanowienia obowiązujących regulacji ustawowych. Przy czym podkreślenia wymaga, że organy te stanowiące część rządowej administracji zespolonej w województwie, wykonując przypisane im prawem zadania i kompetencje, korzystają z pomocy wojewódzkich inspektoratów, a nie urzędu wojewódzkiego – zespolenie organizacyjne w województwie nie jest bowiem pełnym zespoleniem³⁴.

Współodpowiedzialne za realizację bieżącej polityki zdrowotnej państwa są także organy jednostek samorządu terytorialnego trzech szczebli – gminy,

³¹ M. Dercz, *Administracja rządowa...*, s. 128.

³² Warto także zwrócić uwagę, że wojewodzie pomocą przy wykonywaniu zadań służy także urząd wojewódzki, w którego strukturze działają wydziały zdrowia realizujące merytoryczne zadania z zakresu ochrony zdrowia.

³³ S. Poździuch, *Prawo zdrowia publicznego...*, s. 519–520.

³⁴ Por. P. Chmielnicki, K. Bandarzewski, M. Chlipała, D. Dąbek, W. Kisiel, M.I. Mączyński, S. Płażek, *Art. 23*, [w:] P. Chmielnicki (red.), *Ustawa o administracji rządowej w województwie. Komentarz*, 2007, Legalis.

powiatu i województwa³⁵. W świetle postanowień Konstytucji RP samorząd terytorialny jest umocowany do sprawowania władzy publicznej i wykonuje zadania publiczne, których na mocy Konstytucji RP i innych ustaw nie zastrzeżono dla organów innych władz publicznych (art. 16 ust. 2 i art. 163 w zw. z art. 164 Konstytucji RP). Zadania te zostały podzielone między poszczególne szczeble samorządu terytorialnego z uwzględnieniem zasady pomocniczości. Zgodnie z nią wyższe szczeble samorządu wykonują zadania o charakterze lokalnym, jeśli gmina sama nie jest w stanie ich wykonać, jako że stosownie do art. 164 Konstytucji RP domniemanie właściwości działa na rzecz gminy. Rozwiązanie to budzi jednak wątpliwości z uwagi na ograniczone możliwości finansowe i organizacyjne gmin³⁶.

Z postanowień trzech ustaw ustrojowych o samorządzie gminy, powiatu oraz województwa wynika, że gmina realizuje zadania z zakresu ochrony zdrowia, a powiat i województwo zadania z zakresu promocji i ochrony zdrowia. Należy jednak zauważyć, że choć ustawodawca wyłączył z katalogu zadań gminy zadania z zakresu promocji zdrowia, to – mając na uwadze relacje zakresowe obu tych pojęć – nie ma przeszkód, by „rady gminne, w drodze uchwały zdecydowały o podjęciu działań w tym zakresie jako dobrowolnego zadania własnego”³⁷. W obowiązujących przepisach zadania powiatu określa się jako ponadgminne, a wojewódzkie jako zadania publiczne o charakterze wojewódzkim, niezastrzeżone na rzecz organów administracji rządowej. Należy jeszcze zauważyć, że w przypadku gminy i powiatu zadania wykazują charakter zadań lokalnych, czyli ich bezpośrednim adresatem jest mieszkaniec wspólnoty samorządowej³⁸, a w przypadku województwa zadania te mają charakter wojewódzkich, lecz ich głównym adresatem są jednostki organizacyjne, a w ograniczonym zakresie niektóre kategorie mieszkańców województwa³⁹.

W tym miejscu należy podkreślić, że we wszystkich ustawach samorządowych, poza wymienieniem zadań z zakresu ochrony zdrowia, ochrony i pro-

³⁵ Na marginesie należy zauważyć, że stosowne działania w zakresie ochrony zdrowia podejmują także samorządy zawodów medycznych, których organy, poza tym że wykonują część władztwa publicznego, to również reprezentują interes danego zawodu. Por. J. Boć, *Komentarz do art. 17*, [w:] J. Boć (red.), *Konstytucje Rzeczypospolitej Polskiej oraz komentarz do Konstytucji z 1997 r.*, Wrocław 1998, s. 47; S. Fundowicz, *Decentralizacja administracji publicznej w Polsce*, Lublin 2005, s. 178–180.

³⁶ Domniemanie to przy dodatkowo niedookreślonych kompetencjach jednostek samorządu terytorialnego w sferze opieki zdrowotnej prowadzi do samodzielnego podejmowania decyzji w zakresie potencjalnych aktywności przy wykorzystaniu ogólnych dyspozycji wyrażonych w samorządowych ustawach ustrojowych. Zob. M. Dercz, *Jednostki samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia*, [w:] M. Dercz (red.), op. cit., s. 137.

³⁷ K. Wojteczak, op. cit., s. 13–14.

³⁸ L. Kieres, *Ustrój i zadania celowych związków gmin*, „Samorząd Terytorialny” 1994, nr 4, s. 9–10.

³⁹ M. Stec, *Podział zadań i kompetencji w nowym ustroju terytorialnym Polski – kryteria i ich normatywna realizacja*, [w:] idem, *Nowy podział kompetencji i zadań w administracji rządowej i samorządzie terytorialnym*, „Reforma Administracji Publicznej” 1998, z. 3, s. 54.

mości zdrowia, wskazuje się jeszcze na zadania, które mogą mieć potencjalny związek z tą sferą, jak np. stosownie do ustawy o samorządzie gminy oraz ustawy o samorządzie powiatu zadania z zakresu ochrony środowiska, przyrody, gospodarki wodnej, kultury fizycznej, a w przypadku samorządu województwa zadania z zakresu podnoszenia standardu życia mieszkańców w ramach realizacji strategii rozwoju regionu.

We wspomnianych ustawach samorządowych zadania z zakresu ochrony oraz ochrony i promocji zdrowia zostały zaliczone do kategorii własnych⁴⁰. O tym, które z nich mają charakter obligatoryjny, a które fakultatywny, każdorazowo stanowią ustawy szczegółowe, odnoszące się do problematyki ochrony zdrowia, a nadto ustawa o podziale kompetencji pomiędzy organy samorządu terytorialnego i organy administracji rządowej⁴¹. Zaliczenie zadań gminy z zakresu ochrony zdrowia czy ochrony i promocji zdrowia w przypadku powiatu i województw do zadań fakultatywnych tych jednostek wywiera zasadniczy skutek w zakresie ich realizacji. Jako zadania dobrowolne, stosownie do zasady pomocniczości, powinny być wykonywane przez daną jednostkę, gdy zajdzie taka potrzeba⁴². Jeśli jednak ze szczególnej regulacji materialnoprawnej wynika, że pewne zadania własne jednostek samorządu terytorialnego z zakresu ochrony zdrowia czy ochrony i promocji zdrowia mają charakter obligatoryjny, to jest to równoznaczne z powinnością ich realizacji przez wskazane jednostki⁴³. Podkreślenia przy tym wymaga, że nałożenie na jednostki nowych zadań własnych skutkuje koniecznością przekazania jednostkom niezbędnych środków finansowych na ich realizację, czy to pod postacią zwiększenia dochodów własnych, czy subwencji⁴⁴.

Jako przykład zadań obligatoryjnych z zakresu ochrony zdrowia można wskazać zadania dotyczące zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, regulowane w art. 7 ust. 1, art. 8 ust. 1 art. 9 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴⁵. Powyższe nie oznacza jednak, że jednostki samorządu terytorialnego w sferze ochrony zdrowia nie mogą również

⁴⁰ Zob. B. Dolnicki, *Samorząd terytorialny*, wyd. szóste, Warszawa 2016, s. 356–357, 361; R. Cybulska, *Art. 14*, [w:] B. Dolnicki, *Ustawa o samorządzie województwa. Komentarz*, 2012, Lex; eadem, *Art. 4*, [w:] B. Dolnicki (red.), *Ustawa o samorządzie powiatu. Komentarz*, wyd. drugie, 2007, Lex; A. Augustyniak, T. Moll, *Art. 7*, [w:] B. Dolnicki (red.), *Ustawa o samorządzie gminnym. Komentarz*, wyd. drugie, 2018, Lex.

⁴¹ Zob. ustawa z dnia 17 maja 1990 r. o podziale zadań i kompetencji określonych w ustawach szczególnych pomiędzy organy gminy a organy administracji rządowej oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz.U. Nr 34, poz. 198 ze zm.).

⁴² H. Izdebski, *Samorząd terytorialny. Podstawy ustroju i działalności*, Warszawa 2004, s. 104.

⁴³ Z. Niewiadomski, W. Grzelczak, *Ustawa o samorządzie terytorialnym z komentarzem*, Warszawa 1990, s. 12–13.

⁴⁴ M. Augustyniak, T. Moll, op. cit.

⁴⁵ T.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1285 ze zm., dalej jako u.ś.o.z.

wykonywać zadań zleconych z zakresu administracji rządowej. Na mocy odrębnych ustaw, jeżeli wynika to z uzasadnionych potrzeb państwa, stosownie do art. 166 ust. 2 Konstytucji RP, zadania z zakresu administracji rządowej, w tym ze sfery ochrony zdrowia, wykonują jednostki samorządu terytorialnego i ich związki, a także starosta (zob. art. 2 pkt 4 i 5 u.w.). Przykładem takiego zadania zleconego gminom jest wydawanie świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni decyzji w sprawach ustalenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 7 ust. 2 u.ś.o.z.). Należy jeszcze zauważyć, że w niektórych sprawach, w tym ze sfery ochrony zdrowia, powiat może podejmować działania jako zadania z zakresu administracji rządowej, ale nie może naruszać zakresu działania gminy (art. 4 ust. 3 w zw. z ust. 4 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym)⁴⁶. Oprócz tego warto również wspomnieć o zadaniach kierowników powiatowych służb, inspekcji i straży. Co więcej, w przypadku jednostek samorządu terytorialnego i ich związków – wydaje się z wyjątkiem województwa z uwagi na treść art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa⁴⁷ – wykonywanie zadań administracji rządowej może wynikać z zawartych porozumień⁴⁸. O ile zlecenie zadań z zakresu administracji rządowej (w tym w sferze ochrony zdrowia) w drodze ustawy jest równoznaczne z obowiązkiem ich realizacji, to w przypadku zawierania porozumień przejęcie zadań jest dobrowolne⁴⁹. Niemniej w obu przypadkach przejęciu musi towarzyszyć przekazanie środków finansowych na realizację zadań.

Jednostki samorządu terytorialnego wykonują przypisane im zadania z zakresu ochrony, ewentualnie ochrony i promocji zdrowia, działając poprzez swoje organy uchwałodawcze i kontrolne oraz wykonawcze. W przypadku gminy organem właściwym do zajmowania się sprawami z zakresu jej działania, a więc i ochrony zdrowia, które nie zostały zastrzeżone wyraźnie dla innych organów, jest rada gminy. Na poziomie powiatu, z uwagi na brak domniemania właściwości rady powiatu, należy przyjąć, że zadania z zakresu ochrony zdrowia będą wykonywały te z organów powiatu, którym zostały wyraźnie przypisane. Natomiast na poziomie województwa samorządowego zadania, w związku z ustanowionym domniemaniem kompetencji zarządu województwa, będzie wykonywał zarząd.

⁴⁶ T.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 1526, dalej jako u.s.p.

⁴⁷ T.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 547 ze zm., dalej jako u.s.w.

⁴⁸ W przeciwieństwie do art. 20 u.w., z art. 14 ust. 2 u.s.w. wynika jednoznacznie, że tylko ustawy mogą określać sprawy należące do zakresu działania województwa jako zadania z zakresu administracji rządowej wykonywane przez zarząd województwa. W świetle tej regulacji nie jest więc możliwe ani nie powinno też być prawnie dopuszczalne zawieranie porozumień administracyjnych w sprawie zlecenia zadań między wojewodą a samorządem województwa. Zob. B. Dolnicki, *Samorząd terytorialny...*, s. 365.

⁴⁹ Por. *ibidem*, s. 357.

Ponieważ analizowane przepisy mają charakter ogólny (wynika z nich jedynie możliwość realizacji zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia), ich uszczegółowienie, tak jak i dookreślenie kompetencji, następuje w ustawach z zakresu prawa administracyjnego materialnego, będących formalnoprawną podstawą aktywności jednostek samorządu terytorialnego⁵⁰. W wyniku ich wykładni można wskazać na katalog najistotniejszych zadań wspólnych jednostek samorządu terytorialnego w sferze ochrony zdrowia i ujmować go w dwóch podstawowych grupach – zadań związanych z organizowaniem opieki zdrowotnej oraz zadań płatnika.

Jednostkom, jako organizatorom opieki zdrowotnej, przysługują, po pierwsze, uprawnienia organizacyjno-personalne, np. w drodze uchwały tworzenia, przekształcania, likwidowania podmiotów leczniczych prowadzonych w formie jednostki budżetowej; po drugie, korzystają z uprawnień majątkowo-finansowych, np. do określania zasad zbycia, wydzierżawienia, wynajęcia majątku trwałego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej; po trzecie, wykonują uprawnienia kontrolno-nadzorcze, np. kontrolują realizację zadań statutowych podmiotu leczniczego nie będącego przedsiębiorcą, wstrzymują wykonanie sprzecznych z prawem decyzji kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.

Gdy chodzi o uprawnienia, z których korzystają jednostki samorządu terytorialnego, wykonując w ograniczonym zakresie zadania płatnika, to m.in. polegają one na finansowaniu świadczeń zdrowotnych, np. w ramach przyjmowanych programów polityki zdrowotnej, na podstawie zawartej umowy na realizację programu polityki zdrowotnej (art. 48b ust. 1–4 u.ś.o.z.) czy finansowaniu świadczeń gwarantowanych dla mieszkańców jednostki samorządu terytorialnego na podstawie stosownej umowy zwartej ze świadczeniodawcą przez jednostkę będącą podmiotem tworzącym podmiot leczniczego (art. 9b ust. 3 pkt 1 u.ś.o.z.). Z innych regulacji ustawowych wynikają ponadto inne zadania i odpowiadające im kompetencje organów jednostek samorządu terytorialnego, np. o charakterze władczym – kompetencje do stanowienia przepisów powszechnie obowiązujących (jak choćby uchwał w sprawie ustalenia liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych w gminie) czy kompetencje do stosowania prawa, np. wydawanie zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych przez wójta.

Natomiast odnośnie wprowadzonego w art. 11 ust. 3 u.l.n. katalogu działań na rzecz ochrony i promocji zdrowia rozrodczego, należy zauważyć, że obejmuje on różne ich kategorie. Po pierwsze, należą do niego działania edukacyjne dotyczące stylu życia chroniącego potencjał rozrodczy człowieka i zwiększającego szanse urodzenia zdrowego dziecka, w tym celowości stosowania opieki prekoncepcyjnej. Są to działania z zakresu edukacji zdrowotnej,

⁵⁰ M. Dercz, *Jednostki samorządu terytorialnego...*, s. 137.

ponieważ odnoszą się do procesu polegającego na wyposażaniu określonych osób lub grup osób w podstawowe umiejętności i wiedzę z zakresu ochrony zdrowia⁵¹ rozrodczego, a konkretnie potencjału rozrodczego człowieka i zwiększenia szans urodzenia zdrowego dziecka oraz celowości stosowania opieki prekoncepcyjnej. Po drugie, podejmowane działania wiążą się z problematyką ochrony zdrowia przed zagrożeniami środowiska przyrodniczego, które człowiek modyfikuje swoją działalnością – ograniczeniem emisji czynników fizycznych, chemicznych, biologicznych mających szkodliwy wpływ na potencjał rozrodczy człowieka⁵². Po trzecie, działania te wykazują charakter informacyjnych – obowiązkiem wskazanych ogólnie organów jest zapewnienie dostępu do informacji o czynnikach mających wpływ na potencjał rozrodczy. Po czwarte, są to działania polegające na „uwzględnianiu problematyki zdrowia rozrodczego w opiece zdrowotnej, w szczególności dla osób chorych przewlekle i niepełnosprawnych”. Biorąc więc pod uwagę, że opieka zdrowotna rozumiana jest jako medycyna lecznicza, należy przyjąć, że chodzi o działania polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych⁵³ ukierunkowane na stan organizmu określonych podmiotów – osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych – w zakresie zdolności rozmnażania.

Co przykuwa uwagę, gdy chodzi o ten katalog działań, to jego przykładowy charakter oraz skoncentrowanie się przez ustawodawcę na aktywnych zachowaniach wykonującego zadania z zakresu ochrony czy ochrony i promocji zdrowia rozrodczego. Ponadto są to działania służące zabezpieczeniu zdrowotności ludności, a konkretnie zabezpieczeniu zdrowia rozrodczego, które dają się ująć w dwie zasadnicze grupy działań. Po pierwsze, działań edukacyjno-informacyjnych i zapobiegawczych; po drugie, działań związanych z dostępem do odpowiedniej opieki zdrowotnej.

Ponieważ ustawodawca nie wskazuje konkretnych środków działania, należy dopuścić, że m.in. przyjmują one formę prawną działań społeczno-organizatorskich, które pozwalają bieżąco reagować na zmieniające się potrzeby społeczno-gospodarcze bez konieczności odwoływania się do władztwa administracyjnego, np. akcji społecznych edukacyjnych czy promocyjnych, poradnictwa w dziedzinie ochrony zdrowia albo środowiska, urządzania prelekcji i zebrań czy akcji plakatowych itp. Poza tym wydaje się, że stosownie do przyznanych organom kompetencji w przepisach szczególnych ich dotyczących możliwe jest wykorzystanie innych prawnych form działania – czynności faktycznych, np. programów polityki zdrowotnej jednostek samorządu terytorialnego

⁵¹ T. Szewczyk, *Specjalistyczne cechy edukacji zdrowotnej*, [w:] D. Głowacka (red.), *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*, Poznań 2000, s. 184–185.

⁵² Por. J. Nosko, *Promocja zdrowia i ochrona zdrowia jako zadania własne samorządu terytorialnego*, cz. 1, „Zdrowie Publiczne” 2000, nr 4, s. 149; idem, *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne. Aspekty historyczno-kulturowe*, Łódź 2005, s. 240–241.

⁵³ Zob. H. Izdebski, *Uwagi wprowadzające. Podstawowe kwestie, podstawowa terminologia*, [w:] M. Dercz (red.), op. cit., s. 33.

czy umów zawieranych ze świadczeniodawcami na realizację świadczeń gwarantowanych z podmiotami leczniczymi, dla których podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego. Można również rozważyć podjęcie działań w takich formach prawnych, jak akt normatywny, np. ustawa określająca ulgi podatkowe z tytułu wydatków medycznych poniesionych w związku z poddaniem się procedurze zapłodnienia pozaustrojowego, rozporządzenie określające wykaz świadczeń gwarantowanych oraz warunki ich realizacji czy uchwała o utworzeniu podmiotu leczniczego prowadzącego działalność leczniczą polegającą na promocji zdrowia, a także w formie porozumienia, np. między jednostkami samorządu terytorialnego w przedmiocie wykonywania zadań na rzecz ochrony i promocji zdrowia rozrodczego.

Posiłkując się wykładnią teleologiczną (celowościową) przy ustalaniu znaczenia przepisów art. 11 ust. 1–2 u.l.n., która pozwala na poznanie intencji prawodawcy z materiałów dostępnych w toku procesu legislacyjnego (uzasadnienia do ustawy), choć nie ma ona formalnie mocy wiążącej⁵⁴, należy zauważyć, że obowiązek nałożony w ustawie o leczeniu niepłodności na organy administracji rządowej sprowadza się do uwzględniania problematyki zdrowia rozrodczego w realizacji bieżących zadań tych organów⁵⁵. Zatem organy administracji rządowej, wykonując zadania bieżące, mają przyczyniać się do osiągnięcia celu, jakim jest ochrona i promocja zdrowia rozrodczego, podejmując działania, które powinny dotyczyć w szczególności edukacji, ograniczenia emisji czynników szkodliwych dla zdrowia rozrodczego, zapewnienia dostępu do informacji, uwzględnienia problematyki zdrowia rozrodczego w opiece zdrowotnej, zwłaszcza w odniesieniu do osób chorych przewlekle i niepełnosprawnych. Warto odnotować, że w przypadku tych drugich organów zadania te nie mają charakteru obligatoryjnych, co stanowi konsekwencję uzgodnień dokonanych z Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego⁵⁶.

Wybrane problemy wykonywania zadań publicznych na rzecz ochrony i promocji zdrowia rozrodczego przez organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego

Na tym tle można zidentyfikować kilka problemów. Po pierwsze, mając na uwadze, że w art. 11 ust. 3 u.l.n. ustanowiono zadania organów administracji

⁵⁴ Por. uwagi w zakresie mocy wiążącej uzasadnienia do ustawy: T. Chauvin, T. Stawecki, P. Winczorek, *Wstęp do prawoznawstwa*, wyd. dziewiąte popr. i uzupeł., Warszawa 2014, s. 239–240.

⁵⁵ Zob. uzasadnienie do ustawy o leczeniu niepłodności, druk sejmowy nr 3245 z dnia 13 marca 2015 r., Sejm VII Kadencji, s. 9.

⁵⁶ Zob. *ibidem*, s. 10.

rządowej oraz samorządu terytorialnego⁵⁷, należy podkreślić, iż z tego faktu nie wynikają dla organów administracji żadne uprawnienia ani żadne kompetencje. Jak bowiem trafnie spostrzeżono w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Rzeszowie z 27 lutego 2008 r.⁵⁸, „w państwie praworządnym nie jest możliwe utożsamianie zadań i kompetencji, a także domniemanie kompetencji przez organ administracji publicznej”. Z zasady państwa prawnego, co podkreślał z kolei Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 7 stycznia 2004 r.⁵⁹, „wynika obowiązek poprawnej legislacji w zakresie dotyczącym kompetencji organów państwa realizujących prawem określone funkcje (...). Jest to nie tylko obowiązek powierzenia zadań państwa tym organom, które są je w stanie realizować z poszanowaniem wartości ogólnosystemowych. Wiąże się to siłą rzeczy także z czytelnym i jasnym uregulowaniem zasad nadzoru oraz środków prawnych pozwalających na ich skuteczne realizowanie (...) system organów i instytucji realizujących zadania państwa winien być ukształtowany w taki sposób, aby nie prowadziło to do paraliżu działania organów państwa i występowania zjawisk dysfunkcji”.

W analizowanym przypadku o kompetencjach stanowi się w art. 11 ust. 1 i 2 u.l.n., w których ustawodawca wprowadził odesłanie generalne do innych przepisów dotyczących kompetencji organów administracji rządowej oraz jednostek samorządu terytorialnego. Wątpliwości jednak budzi sposób redakcji tego przepisu, ponieważ nie określa się w nim jednoznacznie aktów normatywnych, do których następuje odesłanie, i jedynie ogólnie stanowi o „zakresie kompetencji tych organów/jednostek określonych w przepisach ich dotyczących”⁶⁰.

Zgodnie z *Zasadami techniki prawodawczej* (dalej jako ZTP) – choć nie wynika to ze sformułowania art. 11 ust. 1 i 2 u.l.n. – tymi przepisami powinny być jedynie ustawy (§ 4 ust. 3 ZTP), ewentualnie akty, o których stanowi się w § 4 ust. 2 ZTP⁶¹. I o ile jasny wydaje się cel wprowadzenia tego odesłania, to należy postawić pytanie, czy tak zredagowane art. 11 ust. 1 i 2 u.l.n. do-

⁵⁷ Warto jednak zauważyć, że sformułowanie art. 11 ust. 3 faktycznie może budzić wątpliwości. Można bowiem dostrzec pewną niekonsekwencję ustawodawcy, który raz posługuje się pojęciami o charakterze dokonanym, np. zapewnienie dostępu do informacji, co sprawia wrażenie, że ustawodawca ma na myśli pewien stan do zrealizowania, a zatem wyrażona norma ma charakter celowościowej, a raz pojęciami o charakterze niedokonanym, np. ograniczanie emisji, uwzględnianie problematyki zdrowia rodziców w opiece zdrowotnej, co wskazuje na normy zadaniowe. Zob. uwagi: Z. Cieślak, op. cit.

⁵⁸ Wyrok WSA w Rzeszowie z 27 lutego 2008 r., sygn. akt II SA/Rz 706/07, NZS 2008, Nr 3, poz. 53.

⁵⁹ Wyrok TK z 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03, OTK-A 2004, Nr 1, poz. 1.

⁶⁰ Podobnie ustawodawca postąpił na gruncie art. 2 ust. 1, 2, 2a ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 1575).

⁶¹ Można odsyłać do postanowień umów międzynarodowych ratyfikowanych przez Rzeczpospolitą Polską oraz dających się bezpośrednio stosować postanowień aktów normatywnych ustanowionych przez organizacje międzynarodowe lub organy międzynarodowe.

kładnie i w sposób zrozumiały dla adresatów norm wyrażają intencje ustawodawcy. Oczywiście zrozumiałe jest dążenie ustawodawcy, by teksty prawne redagować zgodnie z wynikającą z ZTP dyrektywą formułowania przepisów w sposób zwięzły i syntetyczny, w jaki opisuje się typowe sytuacje występujące w dziedzinie spraw regulowanych daną ustawą. W związku z powyższym warto zauważyć, że Trybunał Konstytucyjny w wielu orzeczeniach zwracał uwagę, iż stosowanie odesłań jest normalną techniką prawodawczą mającą na celu zapewnienie zwięzłości tekstu i jego niesprzeczności, ponieważ ze składających się na zasadę państwa prawnego reguł prawidłowej legislacji nie wynika nakaz wyrażania wszystkich norm „wprost”⁶². Niemniej można odnieść wrażenie, że w art. 11 ust. 1 i 2 u.l.n. intencje ustawodawcy nie zostały wyrażone w sposób zrozumiały dla adresatów, co może prowadzić do dezorientacji organów stosujących prawo oraz podważenia zaufania do racjonalności ustawodawcy, która jest przecież istotnym elementem zasady bezpieczeństwa prawnego i ochrony zaufania obywateli do państwa i prawa⁶³. Wydaje się, że nawet jeśli uznać, iż zrekonstruowanie norm prawnych z uwagi na zastosowane rozwiązanie nie jest w znacznym stopniu utrudnione, to jak najbardziej zasadny jest postulat doprecyzowania przepisów art. 11 ust. 1–3 u.l.n.

Po drugie, analizując wykonywanie zadań określonych w art. 11 ust. 3 u.l.n. można dostrzec upolitycznienie prawa administracyjnego na etapie jego stosowania znajdujące wyraz m.in. w decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia z 2016 r. o rezygnacji z kontynuacji programu Ministerstwa Zdrowia „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013–2016” (adresowanego m.in. do osób przewlekłe chorych), a także nieuwzględnieniu celu „Poprawa zdrowia prokreacyjnego” (rozrodczego uw. wł/przyp. D.T.-R.)⁶⁴ z Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 w nowym Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025 (dalej jako NPZ)⁶⁵, co rzutuje na sy-

⁶² Zob. wyrok TK z 27 listopada 2006 r., sygn. akt K 47/04, OTK-A 2006, Nr 10, poz. 153; wyrok TK z 11 stycznia 2000 r., sygn. akt K 7/99, OTK 2000, Nr 1, poz. 2.

⁶³ Zob. wyrok TK z 3 grudnia 2002 r., sygn. akt P 13/02, OTK-A 2002, Nr 7, poz. 90; wyrok TK z 8 listopada 2004 r., sygn. akt K 38/03, OTK-A 2004, Nr 10, poz. 104; postanowienie TK z 8 lipca 2008 r., sygn. akt K 40/06, OTK-A 2008, Nr 6, poz. 113.

⁶⁴ Na gruncie NPZ na lata 2016–2020 (Dz.U. poz. 1492) posłużono się określeniem zdrowie prokreacyjne, które miało kojarzyć się nie tylko z problemami związanymi ze sferą intymną oraz seksualnością, ale dotyczyć m.in. pokwitania i przekwitania, płodności i niepłodności, planowania rodziny, zdrowia podczas ciąży, porodu i porodu. Pojęcia te – zdrowie prokreacyjne oraz rozrodcze – uznawane są w literaturze za synonimiczne i stosowane na oznaczenie zdrowia związanego z układem rozrodczym, jego funkcjami, ale też i procesami. Zob. S. Amber, H. Thomas, *From women's health to a gender analysis of health*, [w:] W.C. Cockerham (red.), *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, Oxford 2005, s. 95–113.

⁶⁵ W NPZ na lata 2021–2025 (Dz.U. poz. 642) wprowadzono natomiast cel operacyjny „Wyzwania demograficzne”, w ramach którego minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z ministrem właściwym do spraw rodziny, pracy, zabezpieczenia społecznego, spraw wewnętrznych będą realizować zadania z zakresu zdrowia publicznego, na który rocznie przeznaczają się 15 mln zł ze środków budżetu państwa. Gdy chodzi o zadania służące realizacji tego celu, to polegają one na

tuację jednostek. Można bowiem rozważać, czy NPZ⁶⁶ nie wpływa na sferę praw jednostek, na zaspakajanie ich potrzeb czy to zbiorowych, czy to indywidualnych, bo choć wprost z tego programu nie wynikają ani uprawnienia, ani obowiązki adresowane do jednostek, to przecież administracja nie funkcjonuje „sama dla siebie”⁶⁷. Wśród wykonywanych przez nią zadań publicznych, jak zauważa Adam Błaś, nie sposób wskazać takich, które służyłyby wyłącznie państwu czy innym organizacjom publicznym jako odrębnym od społeczeństwa podmiotom⁶⁸. Stąd należy przyjąć, że mające postać zadań publicznych cele określone w programie są realizowane dla publiczności, ogółu, społeczeństwa

kreowaniu postaw prozdrowotnych oddziałujących na zdrowie prokreacyjne oraz podnoszeniu kompetencji kadr medycznych w zakresie zdrowia prokreacyjnego, a także upowszechnianiu rozwiązań systemowych w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w tym w opiece preconcepcyjnej i okołoporodowej. Zadania te są realizowane przez Ministra Zdrowia oraz jednostki samorządu terytorialnego, inne podmioty wyłonione w drodze konkursu ogłaszanego przez Ministra Zdrowia jako zadania własne lub powierzane w trybie konkursowym.

⁶⁶ Jak stanowi się w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz.U. z 2012 r., poz. 1956; dalej jako u.z.p.), NPZ jest dokumentem ustanawianym w celu realizacji polityki zdrowia publicznego, który wyznacza cele strategiczne, operacyjne i najważniejsze zadania do realizacji na rzecz poprawy zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa. W literaturze z zakresu problematyki zdrowia publicznego podkreśla się, że jest to podstawowy dokument charakteryzujący politykę zdrowotną kraju oraz jej priorytety (M. Miller, J. Opolski, *Zdrowie Publiczne w Polsce a polityka zdrowotna w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia*, „Postępy Nauk Medycznych” 2009, nr 22(4), s. 282–289). NPZ jest przykładem aktu planowania wprowadzanego w życie rozporządzeniem wydanym w oparciu o szczegółowe upoważnienie wyrażone w ustawie o zdrowiu publicznym, co podnosi rangę tego aktu, ale też rzutuje na normatywność postanowień planu, choć zasadniczo dla ustalenia charakteru aktu decydujące znaczenie ma analiza jego treści (F. Longchamps, *O pojęciu stosunku administracyjno-prawnego i gospodarce państwowej*, „Państwo i Prawo” 1958, z. 1, s. 14). Niemniej istnienie ustawowego upoważnienia do wydania rozporządzenia, jak podkreśla Katarzyna Właźlak, wiąże się ze świadomością ustawodawcy „wyboru formy prawnej »typowej« dla wyrażania unormowań o charakterze generalnym i abstrakcyjnym. Konsekwencją takiego wyboru jest posługiwanie się pewnego rodzaju domniemaniem normatywności aktu ze względu na jego formę (...) ma swoje odniesienie również do aktów planowania (...), [co – przyp. D.T.-R.] „może jednoznacznie potwierdzić dalsza analiza ustawowych rozwiązań” (K. Właźlak, *Racjonalność planowania w prawie administracyjnym*, 2015, Lex). Określany w drodze rozporządzenia NPZ wskazuje cel strategiczny; cele operacyjne i podmioty odpowiedzialne – właściwych ministrów; wykaz zadań służących realizacji celów operacyjnych, przy czym część z zadań uznaje się za własne podmiotów uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego; a także źródła i wysokość finansowania zadań; wskaźniki i sposób monitorowania oraz ewaluacji programu. W jego treści dokonuje się konkretyzacji określonych ustawowo zadań z zakresu zdrowia publicznego poprzez wskazanie na czym polegają i w jaki sposób mają być wykonane, by zrealizować założone cele operacyjne, za które odpowiadają konkretni ministrowie. Ponadto w postanowieniach NPZ przypisuje się konkretne zadania z zakresu zdrowia publicznego oznaczonym podmiotom realizującym, np. jednostkom samorządu terytorialnego.

⁶⁷ Zob. R. Giętkowski, K. Żukowski, *O niektórych problemach filozoficznych prawa ustrojowego administracji publicznej*, [w:] T. Bąkowski, E. Bojanowski, R. Giętkowski, M. Pułło, A. Skóra, K. Żukowski, *O niektórych problemach filozoficznych administracyjnego prawa materialnego, administracyjnego prawa procesowego oraz prawa ustrojowego administracji publicznej*, [w:] J. Zajadło (red.), *Filozofia dogmatyk prawnych*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2007, t. 18, s. 54.

⁶⁸ A. Błaś, *W sprawie jakości działań organów administracji publicznej w demokratycznym państwie prawa*, [w:] J. Łukasiewicz (red.), *Jakość administracji publicznej*, Rzeszów 2004, s. 63.

i zwiększają szanse jednostek na wydłużenie życia w zdrowiu i wyrównanie nierówności społecznych w zdrowiu.

W praktyce oznacza to, że nie będą już realizowane takie zadania służące poprawie zdrowia prokreacyjnego, jak projektowanie i wdrażanie działań o charakterze regulacyjnym sprzyjających poprawie zdrowia prokreacyjnego, w tym uwzględnianie zagadnień dotyczących czynników wpływających na zdrowie prokreacyjne w programach kształcenia na kierunkach medycznych, biologicznych, psychologicznych i pedagogicznych oraz w programach doskonalenia zawodowego lekarzy, pielęgniarek i położnych, a także zadania polegające na prowadzeniu edukacji zdrowotnej i działalności informacyjnej i profilaktycznej dotyczącej czynników endogennych i egzogennych, mających wpływ na zdrowie prokreacyjne kobiet i mężczyzn, w tym: organizacja kampanii społecznej sprzyjającej płodności kobiet i mężczyzn, wykorzystującej nowoczesne narzędzia komunikacji społecznej; opracowanie i upowszechnienie materiałów edukacyjnych dotyczących różnych aspektów zdrowia prokreacyjnego; organizacja konferencji i spotkań edukacyjnych popularyzujących wiedzę na temat zdrowia prokreacyjnego; uruchomienie i prowadzenie portalu informacyjnego z bazą wiedzy dotyczącą zdrowia prokreacyjnego⁶⁹. Ponadto z katalogu tych zadań wykreślono również te, które polegają na prowadzeniu działalności edukacyjnej dla pracowników opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w tym szkolenia, realizację badań dotyczących zdrowia prokreacyjnego i jego uwarunkowań w społeczeństwie, opracowywanie wytycznych wynikających z doświadczeń z realizacji tego celu operacyjnego dla NPZ na kolejne lata z podkreśleniem kontynuacji tych działań, które wyraźnie sprzyjają poprawie stanu zdrowia prokreacyjnego oraz dzietności, a także świadomości społecznej dotyczącej troski o zdrowie prokreacyjne⁷⁰.

O upolitycznieniu prawa administracyjnego na etapie jego stosowania świadczy również fakt niepowołania przez ministra właściwego do spraw zdrowia Rady ds. Leczenia Niepłodności, do której kompetencji należy nie tylko podejmowanie działań o charakterze doradczym, lecz również informacyjnych, a także przyczynianie się do upowszechniania standardów oraz zasad deontologicznych w zakresie leczenia niepłodności, w tym stosowania procedur medycznie wspomaganey prokreacji. Jak podkreśla Rzecznik Praw Obywatelskich, istnienie tego gremium ma więc „istotne znaczenie z perspektywy zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych i upowszechniania wiedzy wśród społeczeństwa oraz dobrych zasad postępowania wśród lekarzy w zakresie leczenia niepłodności”⁷¹. Zatem nasuwa się stwierdzenie, że prze-

⁶⁹ Zob. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020, X. Wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 6: Poprawa zdrowia prokreacyjnego, pkt 1–2.

⁷⁰ Zob. *ibidem*, pkt 3–5.

⁷¹ Por. Rzecznik Praw Obywatelskich, wystąpienie z 11 kwietnia 2017 r., VII.5002.6.2015. AMB, <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wystapienie%20do%20Ministra%20Zdrowia%20>

kreślono – w założeniu kompleksową i ciągłą⁷² – działalność Rady ds. Leczenia Niepłodności, pośrednio warunkującą czynności podejmowane w toku procedur medycznie wspomaganą prokreacji. Równocześnie należy zauważyć, że niepowołanie jej czyni również martwymi te postanowienia ustawy o leczeniu niepłodności, które odnoszą się do nadawania przez ministra właściwego do spraw zdrowia w drodze decyzji administracyjnej statusu centrów leczenia niepłodności wnoszącym podmiotom leczniczym, w tym ośrodkom medycznie wspomaganą prokreacji. Do Rady ds. Leczenia Niepłodności należy bowiem opiniowanie wniosków o nadanie tego statusu, co – jak przyjmuje się w literaturze – nie powinno mieć miejsca bez jej zasięgnięcia⁷³. Jak wynika ze sprawozdania Ministra Zdrowia z wykonania oraz o skutkach stosowania ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności z powodu niepowołania rady w okresie od wejścia w życie ustawy o leczeniu niepłodności, tj. od 1 listopada 2015 r. do 5 maja 2021 r., w którym przedłożono sprawozdanie, wpłynęły dwa wnioski o nadanie statusu, których rozstrzygnięcia nie dokonano⁷⁴. Powyższe jest także równoznaczne z tym, że nie są też wykonywane postanowienia ustawy o leczeniu niepłodności w zakresie działalności centrów leczenia niepłodności.

Po trzecie, wyłania się problem finansowania realizacji tych zadań, w szczególności w przypadku jednostek samorządu terytorialnego, dla których są to zadania własne. Z uwagi na ich charakter fakultatywny będą finansowane, o ile jednostka będzie dysponować stosownymi środkami. Zatem to zasobność jednostki samorządu terytorialnego będzie rzutować na sytuację osób zamieszkałych na ich terenach, gdy chodzi o możliwość ochrony, ale też i promocji zdrowia rozrodczego. Można więc podać w wątpliwość, czy w takich okolicznościach faktycznych uda się osiągnąć cel strategiczny obowiązującego NPZ, jaki stanowi zmniejszenie nierówności w zdrowiu.

Po czwarte, można dostrzec problem realizacji tych zadań przez jednostki samorządu terytorialnego w zakresie uwzględniania problematyki zdrowia rozrodczego w opiece zdrowotnej w szczególności w odniesieniu do osób chorych przewlekle i niepełnosprawnych. Analiza programów polityki zdrowotnej leczenia niepłodności, głównie metodą zapłodnienia pozaustrojowego, przyjmowanych przez jednostki samorządu terytorialnego w ostatnich latach prowadzi do wniosku, że nie wszystkie odnoszą się do działań obejmujących edukację w zakresie stylu życia chroniącego potencjał rozrodczy człowieka oraz zwiększającego szanse urodzenia zdrowego dziecka czy celowości opieki prekoncep-

w%20sprawie%20niepowołania%20Rady%20do%20spraw%20Leczenia%20Niepłodności.pdf (data dostępu: 20.05.2022).

⁷² Ibidem.

⁷³ Zob. J. Haberko, *Ustawa o leczeniu niepłodności. Komentarz*, Warszawa 2015, s. 371.

⁷⁴ Sprawozdanie Ministra Zdrowia z wykonania oraz o skutkach stosowania ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności, Sejm IX Kadencji, druk sejmowy nr 1196.

cyjnej. Programy te nie odnoszą się również na większą skalę do problemów osób z chorobami przewlekłymi, np. najczęściej są ukierunkowane na zabezpieczenie płodności osób chorych na nowotwory, ale niekoniecznie kierowane są do osób zmagających się z innymi chorobami przewlekłymi, np. niedoczynnością tarczycy, stwardnieniem rozsianym czy cukrzycą.

Po piąte, powstaje problem odpowiedniej organizacji realizacji tych zadań w szczególności na poziomie jednostek samorządu terytorialnego. Wykonywanie zadań wpływających na bezpieczeństwo zdrowotne ludności wymaga bowiem stworzenia odpowiednich warunków dla zachowania tej wartości nie tylko przez państwo, lecz również samorząd, „rozumianych jako stworzenie odpowiednich struktur organizacyjnych instytucji udzielających świadczeń zdrowotnych, ich utrzymywanie oraz finansowanie (współfinansowanie) kosztów leczenia”⁷⁵. Z uwagi na podejmowane na przestrzeni lat działania prawodawcze, umożliwiające prywatyzowanie publicznego sektora ochrony zdrowia, ograniczono rolę samorządu terytorialnego w tym zakresie. Może więc okazać się, że na jego poziomie, w konsekwencji zachwiania proporcji między podmiotami prywatnymi a publicznymi udzielającymi świadczeń zdrowotnych, brakuje publicznych podmiotów leczniczych specjalizujących się w promocji zdrowia rozrodczego czy kompleksowym leczeniu niepłodności⁷⁶. Warto jednak pamiętać, że z ustawy o działalności leczniczej wynika możliwość tworzenia podmiotów leczniczych przez organy jednostek samorządu terytorialnego, które mogłyby na jej podstawie powoływać do życia podmioty lecznicze pozwalające zaspokoić potrzeby zdrowotne mieszkańców w sferze zdrowia rozrodczego.

Nie bez znaczenia, gdy mowa o odpowiedniej organizacji wykonywania zadań na rzecz ochrony i promocji zdrowia rozrodczego, jest również fakt braku centrów leczenia niepłodności, których funkcjonowanie przewidziano w ustawie o leczeniu niepłodności. Centra te, czyli podmioty lecznicze o szczególnym statusie – prowadzące łącznie bank komórek rozrodczych i zarodków, działalność z zakresu leczenia niepłodności wszystkimi metodami określonymi ustawą o leczeniu niepłodności (w tym ośrodki medycznie wspomaganą prokreacją), a także działalność dydaktyczną i badawczą w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem, nowych

⁷⁵ K. Wojtczak, op. cit., s. 20.

⁷⁶ Warto zauważyć, że na 60 ośrodków medycznie wspomaganą prokreacją, czyli podmiotów leczniczych, które uzyskały pozwolenie ministra właściwego do spraw zdrowia na prowadzenia postępowań z komórkami rozrodczymi i zarodkami w celu przeprowadzenia procedury medycznie wspomaganą prokreacją, tylko trzy to podmioty publiczne: Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku oraz Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Zob. dane z rejestru ośrodków medycznie wspomaganą prokreacją i banków komórek rozrodczych i zarodków: <https://roib.ezdrowie.gov.pl/?page=1&Coverage=Clinic&HasValidPermission=True&HasNotValidPermission=False> (data dostępu: 29.05.2022).

technologii medycznych oraz metod diagnozowania i leczenia niepłodności – miały współpracować z jednostkami samorządu terytorialnego w zakresie ochrony i promocji zdrowia reprodukcyjnego.

Zakończenie

Ochrona i promocja zdrowia reprodukcyjnego, choć ustawodawca wprost ich tak nie określa w ustawie o leczeniu niepłodności, stanowią zadania publiczne⁷⁷, realizowane zarówno przez bliżej nieokreślone organy administracji rządowej obu szczebli, jak i organy jednostek samorządu terytorialnego, dla których są to jednak zadania fakultatywne. Katalog tych zadań w przypadku obu grup organów jest otwarty, ponieważ ustawodawca wymienia tylko przykładowe z nich, o czym świadczy zwrot „w szczególności” i równocześnie nie przesądza ani o trybie, ani o formie ich realizacji. Podobnie zidentyfikowane na tym tle problemy wykonywania zadań publicznych na rzecz ochrony i promocji zdrowia reprodukcyjnego na pewno nie wyczerpują całego ich katalogu. Celem było bowiem zasygnalizowanie tylko niektórych z nich i wskazanie, że przyjęte w ustawie o leczeniu niepłodności rozwiązania prawne wpływają na zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego w obszarze zdrowia reprodukcyjnego, którego osiągnięcie staje jednak pod znakiem zapytania, jeśli obowiązujące przepisy prawa nie są stosowane z różnych względów – politycznych, finansowych czy organizacyjnych.

Wykaz literatury

- Amber S., Thomas H., *From women's health to a gender analysis of health*, [w:] W.C. Cockerham (red.), *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, Blackwell, Oxford 2005.
- Augustyniak A., Moll T., *Art. 7*, [w:] B. Dolnicki (red.), *Ustawa o samorządzie gminnym. Komentarz*, wyd. drugie, 2018, Lex.
- Banaszak B., *Art. 152*, [w:] idem, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, C.H. Beck, Warszawa 2012.
- Błaś A., *W sprawie jakości działań organów administracji publicznej w demokratycznym państwie prawa*, [w:] J. Łukasiewicz (red.), *Jakość administracji publicznej*, TNOiK Oddz. w Rzeszowie, Rzeszów 2004.
- Boć J., *Komentarz do art. 17*, [w:] J. Boć (red.), *Konstytucje Rzeczypospolitej Polskiej oraz komentarz do Konstytucji z 1997 r.*, Kolonia Limited, Wrocław 1998.
- Bojanowski E., *Konstrukcja kompetencji organu administracji państwowej*, „Zeszyty Naukowe Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Gdańskiego – Prawo” 1981, nr 9.

⁷⁷ Zob. uzasadnienie do ustawy o leczeniu niepłodności..., s. 10.

- Chauvin T., Stawecki T., Winczorek P., *Wstęp do prawoznawstwa*, wyd. dziewiąte popr. i uzupełn., C.H. Beck, Warszawa 2014.
- Chmielnicki P., Bandarzewski K., Chlipała M., Dąbek D., Kisiel W., Mączyński M.I., Płażek S., *Art. 23*, [w:] P. Chmielnicki (red.), *Ustawa o administracji rządowej w województwie. Komentarz*, 2007, Legalis.
- Cieślak Z., *Zbiory zachowań w administracji państwowej. Zagadnienia podstawowe*, Wyd. UW, Warszawa 1992.
- Cybulska R., *Art. 4*, [w:] B. Dolnicki (red.), *Ustawa o samorządzie powiatu. Komentarz*, wyd. drugie, 2007, Lex.
- Cybulska R., *Art. 14*, [w:] B. Dolnicki, *Ustawa o samorządzie województwa. Komentarz*, 2012, Lex.
- Dawidowicz W., *Wstęp do nauk prawno-administracyjnych*, PWN, Warszawa 1974.
- Dercz M., *Administracja rządowa w sferze ochrony zdrowia*, [w:] M. Dercz (red.), *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
- Dercz M., *Jednostki samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia*, [w:] M. Dercz (red.), *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
- Dercz M., *Podstawowe zagadnienia dotyczące podziału zadań w sferze ochrony zdrowia*, [w:] M. Dercz (red.), *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
- Dolnicki B., *Samorząd terytorialny*, wyd. szóste, Wolters Kluwer, Warszawa 2016.
- Filipek J., *Elementy strukturalne norm prawa administracyjnego*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego – Prace Prawnicze” 1982, R. DCXXVII.
- Fundowicz S., *Decentralizacja administracji publicznej w Polsce*, Wyd. KUL, Lublin 2005.
- Giętkowski R., Żukowski K., *O niektórych problemach filozoficznych prawa ustrojowego administracji publicznej*, [w:] T. Bąkowski, E. Bojanowski, R. Giętkowski, M. Pułło, A. Skóra, K. Żukowski, *O niektórych problemach filozoficznych administracyjnego prawa materialnego, administracyjnego prawa procesowego oraz prawa ustrojowego administracji publicznej*, [w:] J. Zajadło (red.), *Filozofia dogmatyk prawniczych*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2007, t. 18.
- Haberko J., *Ustawa o leczeniu niepłodności. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015.
- Izdebski H., *Uwagi wprowadzające. Podstawowe kwestie, podstawowa terminologia*, [w:] M. Dercz (red.), *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
- Izdebski H., *Samorząd terytorialny. Podstawy ustroju i działalności*, LexisNexis, Warszawa 2004.
- Kieres L., *Ustrój i zadania celowych związków gmin*, „Samorząd Terytorialny” 1994, nr 4.
- Korporowicz V., *Zdrowie i jego społeczne odniesienie*, [w:] V. Korporowicz (red.), *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*, SGH, Warszawa 2006.
- Longchamps F., *O pojęciu stosunku administracyjno-prawnego i gospodarce państwowej*, „Państwo i Prawo” 1958, z. 1.
- Maciejewski M., *Normy celowe i zadaniowe w prawie administracyjnym. Dobra chronione jako ustawowe cele organów administracji*, [w:] Z. Duniewska (red.), *Dobra chronione w prawie administracyjnym*, Wyd. UŁ, Łódź 2014.
- Miller M., Opolski J., *Zdrowie Publiczne w Polsce a polityka zdrowotna w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia*, „Postępy Nauk Medycznych” 2009, nr 22(4).

- Niewiadomski Z., Grzelczak W., *Ustawa o samorządzie terytorialnym z komentarzem*, Wyd. Prawnicze, Warszawa 1990.
- Nosko J., *Promocja zdrowia i ochrona zdrowia jako zadania własne samorządu terytorialnego*, cz. 1, „Zdrowie Publiczne” 2000, nr 4.
- Nosko J., *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne. Aspekty historyczno-kulturowe*, Inst. Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2005.
- Póździej S., *Prawo zdrowia publicznego. Zarys problematyki*, Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2004.
- Póździej S., *System zdrowotny*, [w:] A. Czupryna (red.), *Zdrowie publiczne*, t. 1, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Warszawa 2000.
- Póździej S., *Ustawa o wyrobach medycznych*, 2012, Lex.
- Rabiega A., *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniach podmiotów administracyjnych w sferze opieki zdrowotnej*, Wyd. Sejmowe, Warszawa 2009.
- Sikorski S., *Współczesna administracja publiczna w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, [w:] idem, *Administracja ochrony zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją*, 2021, Lex.
- Stec M., *Podział zadań i kompetencji w nowym ustroju terytorialnym Polski – kryteria i ich normatywna realizacja*, [w:] idem, *Nowy podział kompetencji i zadań w administracji rządowej i samorządzie terytorialnym*, „Reforma Administracji Publicznej” 1998, z. 3, s. 54.
- Szewczyk T., *Specjalistyczne cechy edukacji zdrowotnej*, [w:] D. Głowacka (red.), *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*, WoluMin, Poznań 2000.
- Tykwińska-Rutkowska D., *Ochrona życia i zdrowia człowieka w prawie administracyjnym (Przyczynek do dyskusji)*, [w:] Z. Duniewska (red.), *Dobra chronione w prawie administracyjnym*, Wyd. UŁ, Łódź 2014.
- Wierczyński G., *Komentarz do rozporządzenia w sprawie „Zasad techniki prawodawczej”*, [w:] idem, *Redagowanie i ogłaszanie aktów normatywnych. Komentarz*, wyd. drugie, Wolters Kluwer, Warszawa 2016.
- Właźlak K., *Racjonalność planowania w prawie administracyjnym*, 2015, Lex.
- Włodarczyk C., [w:] C. Włodarczyk, M. Marek, T. Wyka, *Biała Księga. Polska – Unia Europejska. Ochrona życia i zdrowia obywateli*, „Opracowania i Analizy. Seria: Prawo” 1996, nr 22.
- Włodarczyk C., Póździej S., *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego*, [w:] A. Czupryna (red.), *Zdrowie publiczne*, t. 1, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Warszawa 2000.
- Wojtczak K., *Kompetencje i zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie bezpieczeństwa zdrowia ludności*, „Studia Prawa Publicznego” 2018, nr 3(23).
- Ziemiński Z., *Kompetencja i norma kompetencyjna*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1969, z. 4.
- Zimmermann J., *Prawo administracyjne*, wyd. siódme, Wolters Kluwer, Warszawa 2016.

Summary

Performance of public tasks concerning the protection and promotion of reproductive health – selected remarks

Keywords: Infertility Treatment Act, public tasks, protection and promotion of reproductive health, public administration bodies, local government units.

The object of research in this study has been the performance of public tasks concerning the protection and promotion of reproductive health, which are provided for in the Act of 2015 on Infertility Treatment, and selected problems emerging in this context. The aim was to determine the bodies performing these tasks, the catalogue and nature of these tasks, as well as the appropriate forms of action of the bodies concerning the protection and promotion of reproductive health, and to indicate some of the identified problems of their performance. The most important conclusion is that the legal solutions adopted in the Act on Infertility Treatment have an impact on ensuring health security in the field of reproductive health, the achievement of which becomes questionable if the current legal provisions are not applied for various reasons – political, financial, or organizational.

