

Rozdział I. Zasady sprawowania opieki zdrowotnej w świetle Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej

Literatura: *S. Banaś*, Analiza ustawy z 22.07.2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, *Przegląd Prawa Publicznego* 2017, Nr 6, s. 10–32; *W. Brzozowski*, Aspekty konstytucyjne prawa medycznego, [w:] *R. Kubiak, L. Kubicki* (red.), *System Prawa Medycznego*, t. I, Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego, Warszawa 2018, s. 119–141; *M. Dercz, T. Rek*, Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz, Warszawa 2007, s. 29–33; *ciż*, Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz, Warszawa 2012, s. 34–41; *A. Florczak, B. Bolechowa* (red.), *Prawa i wolności I i II generacji*, Toruń 2006, s. 403–418; *L. Garlicki*, Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu, Warszawa 2008, s. 34–40, 114; *tenże* (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*. Komentarz, t. 3, Warszawa 2003; *M. Gawrońska*, Prawo do ochrony zdrowia na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, *PPP* 2014, Nr 2, s. 7–17; *J. Haberko*, Konieczność uwzględnienia interesu prawnego trzech podmiotów w ramach procedur medycznych obejmujących diagnostykę i terapię prenatalną. Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Medycyna – nauką czy miejscem spełniania życzeń pacjenta”, Warszawa, 17–18 kwietnia 2008 r., Warszawa 2008; *D.E. Lach*, Koszyk świadczeń gwarantowanych w systemie opieki zdrowotnej, *PiZS* 2009, Nr 12; *tenże*, Powierzenie realizacji zadań publicznych z zakresu zabezpieczenia społecznego podmiotom niepublicznym, *PiP* 2015, z. 2, s. 35–57; *tenże*, Refundacja leków a równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, *RPEiS* 2014, Nr 1, s. 119–131; *tenże*, Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, Warszawa 2011; *E. Marcisz*, Konstytucyjna regulacja dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, *SP* 2011, Nr 3–4; *J. Oniszczyk*, Wolności i prawa socjalne oraz orzecznictwo konstytucyjne, Warszawa 2005, s. 277–289; *A. Ostrzyżek*, Prawo do ochrony zdrowia w świetle artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku, *PiM* 2005, Nr 4; *W. Skrzydło*, Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Kraków 2000, s. 81–82; *P. Winczorek*, Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku, Warszawa 2008, s. 95–98, 163–165; *A. Zoll*, Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO, *PiM* 2000, Nr 8.

§ 1. Wprowadzenie. Rozwój rozwiązań prawnych

Ochrona życia i zdrowia człowieka jest aktualnie traktowana, z jednej strony, jako jedno z głównych praw człowieka, a z drugiej strony – obowiązek władz publicznych. Uznaje się je za tzw. prawo podstawowe, wyprowadzane z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka¹. Znajduje ono również swe odzwierciedlenie w przepisach prawa rangi konstytucyjnej oraz ustawowej.

¹ Zob. uzasadnienie wyr. TK z 7.1.2004 r. (K 14/03, OTK-A 2004, Nr 1, poz. 1). Por. także *W. Brzozowski*, Aspekty konstytucyjne prawa medycznego, [w:] *R. Kubiak, L. Kubicki* (red.), *System*, s. 121.

Historycznie problematyka ta łączona była z tzw. zabezpieczeniem społecznym, obejmującym ochronę człowieka w związku z jego chorobą, macierzyństwem lub starością. Zaczątków takiej regulacji można już poszukiwać w angielskim *Poor Law*, pochodzącym z XVI w., czyli ustawodawstwie ukierunkowanym na ulżenie ubogim. Unormowania takie pojawiły się jednak przede wszystkim w XIX-wiecznych Niemczech i obejmowały ubezpieczenia chorobowe i macierzyńskie, wypadkowe oraz emerytalno-rentowe.

W Polsce prawna ochrona zdrowia została podniesiona do rangi konstytucyjnej w okresie międzywojennym. Regulacja taka po raz pierwszy została wprowadzona do Konstytucji marcowej z 1921 r.¹ Zgodnie z jej art. 95 Rzeczpospolita Polska zapewniała na swoim obszarze zupełną ochronę życia, wolności i mienia wszystkim bez różnicy pochodzenia, narodowości, języka, rasy lub religii. Uzupełnieniem tego unormowania był art. 102 Konstytucji marcowej z 1921 r., który gwarantował każdemu obywatelowi prawo do opieki państwa nad jego pracą, a w razie braku pracy, choroby, nieszczęśliwego wypadku i niedołęstwa – do ubezpieczenia społecznego, określanego w drodze ustawowej.

Kwestie te natomiast pomijała Konstytucja kwietniowa z 1935 r.², która była poświęcona przede wszystkim systemowi organów władzy państwowej.

Do prawa ochrony zdrowia ustrojodawca powrócił dopiero w Konstytucji PRL z 1952 r.³. Problematyki tej dotyczył art. 60⁴. Zapewniał on taką ochronę obywatelom PRL i gwarantował pomoc w razie choroby i niezdolności do pracy. Realizacji uprawnienia miał służyć rozwój ubezpieczenia społecznego robotników i pracowników umysłowych na wypadek choroby, starości i niezdolności do pracy. Ponadto państwo zostało zobowiązane do rozbudowywania urządzeń sanitarnych i podnoszenia stanu zdrowotnego miast i wsi, stałego polepszania warunków bezpieczeństwa, ochrony i higieny pracy, a także prowadzenia szerokiej akcji zapobiegania chorobom i ich zwalczania, coraz szerszego udostępniania bezpłatnej pomocy lekarskiej, rozbudowy szpitali, sanatoriów, ambulatoriów, wiejskich ośrodków zdrowia i rozwijania opieki nad inwalidami.

Aktualnie problematyka ta jest przedmiotem regulacji art. 68 Konstytucji RP⁵. Odnoszą się do niej również liczne akty międzynarodowe. W Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia ustanowiono bowiem, że korzystanie z najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej bez różnicy rasy, religii, przekonań politycznych, warunków ekonomicznych lub społecznych⁶. Szerzej kwestie te opisane są w Międzynarodowym Pakcie Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych⁷. Na mocy jego art. 12, państwa–strony uznają prawo każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego. W dalszej części tego przepisu nakłada się na państwa szczegółowe obowiązki, służące realizacji analizowanego prawa. Przykładowo zatem muszą one podejmować kroki konieczne do zapewnienia zmniejszenia wskaźnika martwych urodzeń i śmiertelności niemowląt oraz do zapewnienia zdrowego rozwoju dziecka, zapobiegania chorobom epidemicznym, endemicznym, zawo-

¹ Ustawa z 17.3.1921 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. Nr 44, poz. 267 ze zm.).

² Ustawa Konstytucyjna z 23.4.1935 r. (Dz.U. Nr 30, poz. 227).

³ Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z 22.7.1952 r. (Dz.U. Nr 33, poz. 232 ze zm.).

⁴ Przepis ten ewoluował w kolejnych nowelizacjach. Ostatecznie problematykę tę ujęto w art. 70.

⁵ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.4.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm. i ze sprost.).

⁶ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku 22.7.1946 r. (Dz.U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477).

⁷ Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, otwarty do podpisu w Nowym Jorku 19.12.1966 r. (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169).

dowym i innym oraz ich leczenia i zwalczania oraz stworzenia warunków, które zapewniłyby wszystkim pomoc i opiekę lekarską na wypadek choroby. Podobne rozwiązania zawiera Europejska Karta Społeczna¹. W Części I pkt 11 gwarantuje się bowiem każdemu prawo do korzystania z wszelkich środków umożliwiających mu osiągnięcie możliwie najlepszego stanu zdrowia.

Regulacjom tym odpowiada również powołany art. 68 Konstytucji RP.

§ 2. Umiejscowienie regulacji w systemie prawa

Na wielką wagę prawa do ochrony zdrowia wskazuje fakt, że zagadnienie to jest ujęte w normach rangi konstytucyjnej. Konstytucji zaś przyznaje się najwyższe miejsce w systemie prawa stanowionego. Posiada ona szczególną moc, która wyraża się m.in. w tym, że wszystkie pozostałe akty prawne w państwie muszą być z nią zgodne i spójne. Oznacza to, że – z jednej strony – istnieje zakaz wydawania aktów sprzecznych z normami konstytucyjnymi. Z drugiej strony, przepisy niższej rangi uzupełniają regulację konstytucyjną, biorą z niej swoje uzasadnienie i muszą jak najpełniej urzeczywistniać rozwiązania zawarte w Konstytucji. Stanowi ona również tzw. prawo pierwotne, którego rozwinięcie następuje w ustawach i innych aktach hierarchicznie niższych. Na gruncie polskim zasadę tę wyraża art. 8 Konstytucji RP, który stanowi, że: „Konstytucja jest najwyższym prawem Rzeczypospolitej Polskiej”.

Dla doniosłości danego postanowienia Konstytucji ma znaczenie również miejsce, w którym się ono znajduje. Układ poszczególnych jej rozdziałów wskazuje bowiem na hierarchię wartości, która legła u podstaw jej skonstruowania. W obecnej polskiej ustawie zasadniczej, Rozdział I poświęcony jest Rzeczypospolitej, jako największemu, wspólnemu dobru wszystkich obywateli. Następny fragment opisuje natomiast wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela. Dopiero w dalszej kolejności został określony system organów władzy. Ze struktury tej wynika zatem, że według przyjętej aksjologii, prawa i wolności człowieka mają priorytet przed organami władzy państwowej. Te ostatnie pełnią zaś funkcję służebną, a ich zadaniem jest urzeczywistnianie i ochrona tych praw i wolności. Wśród nich znajduje się m.in. prawo do ochrony życia (art. 38 Konstytucji RP) oraz zdrowia (art. 68 Konstytucji RP). Rozwiązania te są następnie uszczegóławiane odnośnie do danych grup podmiotów. Przykładowo – art. 67 dotyczy zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego, a art. 69 nakłada na władze publiczne obowiązek udzielania pomocy osobom niepełnosprawnym w zabezpieczaniu ich egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej.

Niektóre z unormowań konstytucyjnych kreują tzw. **prawa podmiotowe**. W literaturze przedmiotu rozumie się przez nie normy, które spełniają trzy warunki: muszą wskazywać adresata (np. obywatela, organy władzy publicznej), dają możliwość wyboru zachowania się, czyli zrealizowania normy oraz kształtują sytuację prawną adresata. Prawom podmiotowym odpowiadają obowiązki organów władzy publicznej. Mogą one mieć charakter pozytywny, gdy organy te muszą podejmować określone działania niezbędne do tego, by jednostka mogła zrealizować swe prawa, albo też negatywny – organy są wówczas zobli-

¹ Europejska Karta Społeczna, sporządzona w Turynie 18.10.1961 r. (Dz.U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67 ze zm.).

gowane do powstrzymania się od zachowań, które uniemożliwiłyby wykonanie tych praw. Na straży ich realizacji stoją zazwyczaj instrumenty prawne, które pozwalają dochodzić odpowiednich roszczeń (np. występować z pozwem, składać skargi, w tym skargę konstytucyjną itp.).

Konstytucja opisuje jednak nie tylko prawa podmiotowe, ale również zawiera tzw. **normy programowe**. Nakazują one realizację określonego celu. Są kierowane do organów władzy publicznej, a nie kreują konkretnych uprawnień po stronie obywatela. Nie opisują zatem wymaganego zachowania dla osiągnięcia danego celu, ale określają jedynie, jaki cel powinien być zrealizowany. Często jego osiągnięcie będzie zależne od możliwości ekonomicznych i technicznych państwa. Stąd też normy takie nie są zabezpieczone sankcjami i nie stanowią podstawy dochodzenia roszczeń przez obywateli.

Zaprezentowane rozróżnienie ma istotne znaczenie dla analizy art. 68 Konstytucji RP. Przepis ten w ust. 1 stanowi bowiem, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. W dalszej jego części doprecyzowano, że władze publiczne mają obowiązek zagwarantować równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Są również zobligowane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Spoczywa na nich także powinność zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. Muszą również popierać rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

Taka konstrukcja omawianej normy wywołała dyskusję w doktrynie na temat jej charakteru: czy opisuje ona prawa podmiotowe, czy zawiera jedynie normy programowe. Rozstrzygnięcie tej kwestii ma istotne znaczenie dogmatyczne i praktyczne. W przypadku bowiem, gdyby uznać, że przepis ten kreuje prawa podmiotowe, adresaci tej normy mogliby dochodzić jej realizacji, np. żądać zapewnienia finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych. W razie zaś naruszenia tych praw, skorzystać z systemu instrumentów prawnych służących do ich ochrony (np. wystąpić z roszczeniami odszkodowawczymi).

W literaturze¹ i orzecznictwie² Trybunału Konstytucyjnego wskazuje się, że art. 68 ust. 1 kreuje po stronie każdego podmiotowe prawo do ochrony zdrowia³. Więcej trudności interpretacyjnych rodzą natomiast pozostałe ustępy omawianego artykułu. *Prima facie* są one bowiem adresowane do władzy publicznej, która musi wykonać wskazane w nich obowiązki. Stąd też można przyjąć, że zawierają one normy programowe. Można zatem wywodzić, że organy państwa mają obowiązek podejmować wszelkie działania zmierzające do realizacji tych celów, np. przeciwdziałania chorobom zakaźnym. Zakres tych czynności będzie jednak limitowany ekonomicznymi możliwościami państwa. Jednak po dokonaniu gruntowniejszej analizy tych unormowań autorzy dochodzą do przekonania, że można z nich dekodować również prawa podmiotowe. Ich odczytanie może nastąpić w oparciu o test, czy możliwe jest naruszenie tych praw. Z opisywanej regulacji wynika zatem przy-

¹ Por. P. Winczorek, Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku, Warszawa 2008, s. 163; E. Marcisz, Konstytucyjna regulacja dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, SP 2011, Nr 3–4, s. 65–66.

² Por. np. wyr. TK z 23.3.1999 r. (K/98, OTK 1999, Nr 3, poz. 38).

³ W orzecznictwie sądowoadministracyjnym zarysowała się jednak linia, z której wynika, że art. 68 ust. 1 Konstytucji RP zawiera jedynie normę programową. Nie może ona być więc wykorzystywana bezpośrednio na etapie stosowania prawa w relacji obywatel – państwo. Regulacja ta nie może zatem stanowić podstawy dochodzenia roszczeń przez obywateli w zakresie przysługującego im prawa do ochrony zdrowia i określonych świadczeń zdrowotnych. Por. wyr. SN z 26.1.2005 r. (IV CK 414/04, Legalis) oraz uzasadnienie do wyr. NSA w Warszawie z 20.11.2008 r. (II OSK 1408/07, Legalis).

kładowo, że organy władzy publicznej mają zapewnić równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Szczegóły w tej materii ma zaś określać ustawa. Niezrealizowanie dyspozycji tej normy może zatem nastąpić poprzez takie skonstruowanie przepisów, które uniemożliwią zbudowanie systemu gromadzenia środków, niezbędnych na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych (np. w unormowaniach tych zostanie ustalona zbyt niska wartość składki zdrowotnej, odprowadzanej do NFZ). Takie rozwiązanie wykluczy możliwość zrealizowania prawa dostępu do wspomnianych świadczeń. Istnieje zatem sytuacja, w której prawa te mogą zostać naruszone. Konieczne jest więc wskazanie instrumentów prawnych, chroniących wykonanie tych uprawnień. W piśmiennictwie przyjmuje się, że obywatelowi służyłoby w takiej sytuacji prawo wystąpienia ze skargą konstytucyjną w trybie art. 79 Konstytucji RP. W efekcie skorzystania z tej instytucji możliwe byłoby wszczęcie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym oraz uznanie określonych przepisów za sprzeczne z Konstytucją RP. Ostatecznie ich uchylenie albo korekta byłyby ukierunkowane na urzeczywistnienie prawa do ochrony zdrowia, wskazanego w art. 68 Konstytucji RP. W orzecznictwie sądowym konsekwentnie podnosi się jednak, że omawiane regulacje nie stanowią podstawy dochodzenia konkretnych roszczeń wobec świadczeniodawców¹. Zakres i warunki dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych regulują bowiem ustawy. Dopiero naruszenie ich postanowień uprawnia podmiot do uruchomienia ochronnych instrumentów prawnych.

Z konstytucyjnego ujęcia omawianych praw wynika jednak, że ustawodawca, precyzując w aktach niższej rangi postanowienia ustawy zasadniczej, musi wprowadzić taki system, który umożliwi ich rzeczywistą realizację².

§ 3. Podmiotowy zakres regulacji

Przez podmiotowy zakres regulacji prawnej należy rozumieć krąg podmiotów, do których regulacja ta jest adresowana. 3

Na gruncie art. 68 Konstytucji RP można wyróżnić zasadniczo trzy kategorie takich podmiotów. Ustęp 1 kierowany jest bowiem do „**każdego**”, w kolejnych przepisach zakres ten jest zawężany i odnosi się odpowiednio do **obywateli RP** – ust. 2 oraz określonych grup osób wymienionych w ust. 3 (dzieci, kobiet ciężarnych, osób niepełnosprawnych oraz osób w podeszłym wieku). Z kolei adresatem ust. 3–5 są tzw. **władze publiczne**, przez które rozumie się organy państwa i samorządu terytorialnego. Konstytucja nakłada na te instytucje obowiązki związane z ochroną zdrowia.

¹ Stanowisko takie zaprezentował Sąd Najwyższy, który w wyr. z 10.11.2006 r. (I CSK 229/06, niepubl.) wskazał, że: „w trzech dalszych ustępach art. 68 Konstytucji mowa jest jedynie o zasadach polityki państwa w zakresie ochrony zdrowia, które ze swej istoty nie mogą być źródłem bezpośrednich roszczeń jednostek”. Por. także wyr. SN z 21.12.2004 r. (I CK 320/04, niepubl.) oraz wyr. SA w Poznaniu z 23.5.2006 r. (I ACA 1266/05, niepubl.).

² Wymóg taki został wskazany także w orzecznictwie sądowym. Według WSA w Warszawie (wyr. z 26.3.2016 r., VI SA/Wa 21/16, Legalis), „system refundacji leków powinien zapewniać nie tylko formalną dostępność do tego systemu, deklarowaną przez przepisy prawne ustawy o refundacji, ale dostępność rzeczywistą umożliwiającą, w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia ludzi, refundację leków dopuszczonych do obrotu, lecz niedostępnych na rynku, gdy żaden podmiot odpowiedzialny nie jest zainteresowany we wprowadzaniu tego leku na rynek i w złożeniu wniosku o objęcie go refundacją”.

Najszerszy krąg podmiotów został określony w ust. 1, który stanowi, że: „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”. W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że regulacja ta jest pochodną art. 38 Konstytucji RP, który gwarantuje każdemu człowiekowi ochronę życia oraz art. 30 Konstytucji RP, według którego godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela, w tym prawa do ochrony zdrowia¹. Przyjmuje się bowiem, że ochrona zdrowia jest powiązana z ochroną życia, a prawo do życia wynika z godności człowieka. Uznając, że dobra te mają największą wartość, polski ustrojodawca nakazuje je chronić bez względu na to, kto jest ich nosicielem. Nie jest zatem dopuszczalne ograniczanie tej ochrony np. z powodu właściwości osobistych człowieka, jego pochodzenia, obywatelstwa, statusu społecznego, stanu zdrowia, wieku itp. Zróżnicowanie w ochronie dóbr z takich powodów należałoby bowiem traktować jako przejaw dyskryminacji, która jest powszechnie potępiana. Nie ulega również wątpliwości, że formuła „każdy ma prawo” obejmuje wszystkich ludzi, bez względu na ich obywatelstwo i narodowość. We współczesnej doktrynie przyjmuje się również, że człowiekiem jest każda osoba zrodzona z kobiety bez względu na to, czy znajduje się ona w stanie umożliwiającym jej przeżycie. Stąd też za człowieka uznaje się także istoty, których narządy są silnie zdeformowane. Obecnie nie wyłącza się więc spod ochrony prawnej osób nazywanych dawniej „potworkami”². W orzecznictwie sądowym i piśmiennictwie³ ugruntowany jest pogląd, że życie nie podlega żadnemu wartościowaniu, jest jednakowo cenne bez względu na zasługi danej osoby dla społeczeństwa lub nauki. Jak bowiem wskazał Sąd Najwyższy: „życie każdego człowieka niezależnie od wieku, stanu zdrowia, reprezentowanego poziomu wiedzy, kultury, stanu rodzinnego i realnej społecznej przydatności jest wartością uniwersalną bez żadnego przymiotnika i podlega jednakowej ochronie prawnej”⁴.

Na mocy analizowanej normy konstytucyjnej ochrona zdrowia jest prawem każdego człowieka bez względu na stopień jego „rozwoju fizycznego, emocjonalnego, intelektualnego, czy społecznego”⁵. Powstaje jednak pytanie, czy unormowanie to dotyczy również **dziecka poczętego**. Udzielenie na nie odpowiedzi zależne będzie od zajęcia stanowiska, czy dziecko takie jest człowiekiem. Rozstrzygnięcie takie jest zaś pochodną wyznawane-

¹ Podobne zapatrywania wyrażane są przez judykaturę. Przykładowo zdaniem Naczelnego Sądu Administracyjnego (wyr. z 19.5.2016 r., II OSK 2190/14, Legalis), „odczytywanie normy z art. 68 ust. 1 Konstytucji powinno pozostawać w łączności z treścią art. 38 ustawy zasadniczej, w świetle którego Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia, a także art. 30 ust. 1 Konstytucji wskazującemu na przyrodzoną i niezbywalną godność człowieka jako źródło wolności i praw człowieka i obywatela”. Zob. także uzasadnienie do wyr. TK z 7.1.2004 r. (K 14/03, OTK-A 2004, Nr 1, poz. 1).

² Aktualnie nie budzi wątpliwości, że ochrona prawna przysługuje każdemu noworodkowi bez względu na jego ewentualne ułomności fizyczne lub psychiczne. W perspektywie historycznej odmawiano jednak takiej ochrony. Przykładowo – w starożytnej Sparcie i Rzymie ojciec był zobowiązany do zabicia dziecka wykazującego istotne odstępstwa od normy anatomicznej, tzw. istoty potworkowatej. W średniowieczu zaś praktykowano takie działania, gdyż łączono deformacje fizyczne z „szatańskim” pochodzeniem dziecka. Por. G. Williams, *Świętość życia a prawo karne*, Warszawa 1960, s. 18 i n. Autor wskazuje, że według dawnych poglądów przyczyną potworkowości mogło być zapłodnienie kobiety przez zwierzę np. małpę.

³ W kontekście przestępstwa zabójstwa podnosi się, że przedmiotem ochrony tej zbrodni jest życie człowieka, które jest chronione bezwzględnie. Wyjaśnia się bowiem, że „nie ma życia człowieka, które wyjęte by było spod ochrony prawnej. Ochronie podlega każde życie i w każdym czasie, także życie, którego w krótkiej perspektywie czasu nie da się uratować (np. z uwagi na zbyt wczesny poród, zniekształcenie organów ważnych dla życia, a także ze względu na doznane urazy lub stan chorobowy)”. A. Zoll, [w:] W. Wróbel, A. Zoll, *Kodeks karny. Część szczególna, Komentarz*, t. II, Warszawa 2017, s. 261.

⁴ Wyr. SN z 17.2.1989 r. (IV KR 15/89, OSNKW 1989, Nr 5–6, poz. 42).

⁵ Por. B. Michalski, [w:] A. Wąsek (red.), *Kodeks karny. Część szczególna, Komentarz*, t. 1, Warszawa 2004, s. 144.

go systemu wartości i założeń filozoficzno-ideologicznych. Na gruncie Konstytucji RP ustrojodawca nie przesądza tej kwestii. Komentatorzy Konstytucji RP podnoszą bowiem, że syntetyczna treść art. 38 Konstytucji RP, który stanowi o człowieku bez bliższego jego określenia, jest wynikiem pewnego kompromisu światopoglądowego. Zadekretowanie bowiem, że płód – dziecko poczęte jest człowiekiem skutkowałoby nierozstrzygalną dyskusją ideologiczną. Kwestie te wykraczają zaś poza materię konstytucyjną¹. Mimo jednak takich zastrzeżeń w 2007 r. podjęto próby nowelizacji Konstytucji RP. W przedłożeniu projektodawcy proponowali uzupełnienie dyspozycji art. 38 o dodanie frazy „od momentu poczęcia”. Unormowanie takie rozstrzygałoby jednoznacznie zakres ochrony życia. W końcowej fazie procesu legislacyjnego projekt ten nie uzyskał jednak większości wymaganej dla zmiany Konstytucji RP i w konsekwencji art. 38 nie uległ modyfikacji². Nie przesądzając, czy dziecko poczęte jest człowiekiem w rozumieniu art. 38 Konstytucji RP, zwłaszcza w kontekście dopuszczalności stosowania zabiegów aborcyjnych, należy nadmienić, że hipoteza art. 68 ust. 1 nie zawiera pojęcia „człowiek”, lecz stanowi o „każdym”. Można zatem wnosić, że jest to formuła jeszcze szersza od zawartej w art. 38 Konstytucji RP. W literaturze przyjmuje się zatem, że prawna ochrona zdrowia dotyczy nie tylko dzieci już narodzonych, ale rozciąga się także na fazę prenatalną. Zdaniem *A. Zolla* art. 38 Konstytucji RP należy interpretować szeroko uznając, że chroni on życie każdej istoty ludzkiej od chwili poczęcia, aż do śmierci³. Tezę tę można odnieść również do zakresu podmiotowego art. 68 ust. 1 Konstytucji RP. Jej potwierdzenia można poszukiwać na gruncie ustawodawstwa zwykłego, a w szczególności w postanowieniach ustawy z 7.1.1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. Nr 17, poz. 78 ze zm.). Już bowiem jej art. 1 stanowi, że: „prawo do życia podlega ochronie, w tym również w fazie prenatalnej w granicach określonych w ustawie”. Z kolei art. 2 ust. 1 pkt 1 PlanRodzU nakłada na organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego m.in. obowiązek opieki prenatalnej nad płodem. Natomiast z art. 2 ust. 2a wynika powinność zapewniania przez te organy dostępu do badań prenatalnych, zwłaszcza wówczas, gdy istnieje podwyższone ryzyko bądź podejrzenie wystąpienia wady genetycznej lub rozwojowej płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu płodu. Wyniki tych badań umożliwią zaś podjęcie odpowiedniej terapii jeszcze na etapie życia płodowego⁴.

Ochrona życia i zdrowia dziecka poczętego jest również przedmiotem unormowań kar-noprawnych. W art. 152–154 KK przewidziano bowiem odpowiedzialność karną za przerwanie ciąży, a art. 157a KK sankcjonuje uszkodzenie ciała dziecka poczętego lub rozstrój zdrowia zagrażający jego życiu⁵. Z kolei na gruncie prawa cywilnego może powstawać odpowiedzialność odszkodowawcza za szkody, które poniesie dziecko jeszcze w okresie przedurodzeniowym (art. 446¹ KC).

¹ *W. Skrzydło*, Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, s. 49.

² Projekt zmiany Konstytucji RP został złożony przez grupę posłów i wpłynął do Laski Marszałkowskiej 7.9.2006 r. Został on zawarty w druku Nr 993. Odrzucono go na 39 posiedzeniu Sejmu V Kadencji, które odbyło się 13.4.2007 r. Zob. <http://orka.sejm.gov.pl/Druki5ka.nsf>.

³ *A. Zoll*, Problemy służby zdrowia, s. 8.

⁴ Por. *J. Haberko*, Konieczność uwzględnienia interesu prawnego trzech podmiotów w ramach procedur medycznych obejmujących diagnostykę i terapię prenatalną. Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Medycyna – nauką czy miejscem spełniania życzeń pacjenta”, Warszawa 17–18 kwietnia 2008 r., Warszawa 2008.

⁵ Por. np. *B. Michalski*, [w:] *A. Wąsek* (red.), Kodeks karny. Część szczególna, t. I. Komentarz, Warszawa 2004, s. 264 i 320; *L. Tyszkiewicz*, [w:] *O. Górniok* (red.), Kodeks karny. Komentarz, Warszawa 2004, s. 458 i 465.

Konieczność zabezpieczenia zdrowia i życia dziecka w fazie prenatalnej można także wyprowadzić z aktów międzynarodowych. W Preambule Konwencji o prawach dziecka, przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20.11.1989 r.¹ wskazuje się bowiem, że: „dziecko, z uwagi na swoją niedojrzałość fizyczną oraz umysłową, wymaga szczególnej opieki i troski, w tym właściwej ochrony prawnej, zarówno przed, jak i po urodzeniu”. Rozwinięcie tego postanowienia następuje w art. 24 Konwencji, który nakłada na państwa strony obowiązek m.in. zapewnienia dostępu do opieki zdrowotnej matkom przed i po urodzeniu dziecka. Opieka ta dotyczy przede wszystkim kobiety ciężarnej, ale z natury rzeczy odnosi się również do dziecka poczętego. Z regulacji tych można zatem wnosić, że ustawodawca uzupełniając regulacje konstytucyjne wymaga ochrony zdrowia nie tylko dzieci już narodzonych, ale przewiduje takie rozwiązania także wobec dzieci poczętych. Podsumowując więc należy uznać, że **zaimek „każdy”, użyty w hipotezie art. 68 ust. 1 Konstytucji RP odnosi się także do dziecka poczętego, które ma zagwarantowane prawo do ochrony zdrowia.**

Oprócz ogólnej klauzuli, statuującej prawo do ochrony zdrowia każdej osoby, art. 68 Konstytucji RP nakazuje zachowanie szczególnej troski wobec niektórych kategorii osób. Zgodnie z jego ust. 3 władze publiczne są zobowiązane do takiej opieki względem **dzieci, kobiet ciężarnych, osób niepełnosprawnych oraz osób w podeszłym wieku**. Uzasadnieniem tego rozwiązania jest, z jednej strony „troska o zapewnienie rozwoju narodu”, z drugiej zaś „względę humanitarne”². W przypadku dzieci i osób niepełnosprawnych wzmoczenie ochrony jest podyktowane brakiem możliwości samodzielnego zadbania przez te osoby o swój stan zdrowia. Natomiast wobec osób w podeszłym wieku w literaturze wyjaśnia się, że szczególna troska jest konieczna z powodu specyficznych dolegliwości, które dotyczą osoby senioralne (np. konieczność tzw. opieki geriatrycznej, której celem jest udzielanie kompleksowych świadczeń zdrowotnych niezbędnych w sytuacji schorzeń współistniejących, na które często cierpią osoby w takim wieku). Z kolei ochrona kobiet ciężarnych wynika z ich dodatkowych potrzeb zdrowotnych i konieczności zabezpieczenia nowego życia, które stoi wysoko w hierarchii wartości konstytucyjnych³. Postanowienie to interpretowane jest w doktrynie w ten sposób, że władze publiczne powinny zapewnić finansowanie opieki zdrowotnej dla tych podmiotów z dodatkowych źródeł i wspomóc odpowiednimi dotacjami⁴. Konstytucja nie określa jednak bliżej, na czym ma polegać wzmoczona ochrona zdrowia tych osób. W ocenie Trybunału Konstytucyjnego ochrona ta „wykracza poza sferę zwykłej, powszechnej opieki zdrowotnej, powinna więc być wzmoczona, intensywniejsza lub bardziej wyspecjalizowana, czyli dostosowana do specyfiki potrzeb charakterystycznych dla danej grupy podmiotów”⁵. Rozwinięcia analizowanych unormowań należy poszukiwać w innych przepisach konstytucyjnych oraz w ustawodawstwie zwykłym. Przykładowo zatem, art. 69 Konstytucji RP wymaga, by władze publiczne udzielały pomocy osobom niepełnosprawnym w szczególności w zakresie zabezpieczenia egzystencji oraz przysposobienia do pracy. Zadania te wykonywane są głównie przez instytucje pomocy społecznej.

¹ Dz.U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526 ze zm.

² W. Skrzydło, Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, s. 82.

³ W. Brzozowski, Aspekty konstytucyjne prawa medycznego, [w:] R. Kubiak, L. Kubicki (red.), System, s. 128.

⁴ P. Winczorek, Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej, s. 164.

⁵ Uzasadnienie wyr. TK z 22.7.2008 r. (K 24/07, OTK-A 2008, Nr 6, poz. 110).

Szereg postanowień ustawowych w przedmiocie ochrony zdrowia dotyczy kobiet ciężarnych. W szczególności zawiera je ustawa o planowaniu rodziny. Zgodnie z jej art. 2 ust. 1, organy administracji rządowej i samorządowej są zobowiązane do zapewnienia takim kobietom opieki medycznej, socjalnej i prawnej. Problematyki ochrony zdrowia kobiet ciężarnych oraz dzieci dotyczy również ustawa z 27.8.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.). Przykładowo, zgodnie z jej art. 2 ust. 1 pkt 3 i 4, kobiety w ciąży, okresie porodu lub połogu (oraz małoletni do 18. roku życia) mogą korzystać z takich świadczeń, nawet jeśli nie są objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Ponadto kobiety ciężarne objęte są dodatkowymi badaniami profilaktycznymi, finansowanymi ze środków publicznych, mającymi na celu zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom oraz wczesne wykrywanie chorób (art. 27 ust. 1 pkt 5). Poza tym, na mocy art. 31 ust. 3, kobiety w ciąży i w okresie połogu (oraz dzieci i młodzież do 18. roku życia) mają prawo do dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty oraz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane dla tych osób. Szczegóły w tym zakresie regulują przepisy wykonawcze.

Problematyce ochrony zdrowia kobiet ciężarnych poświęcona jest również ustawa z 4.11.2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2020 r. poz. 1329). Zapewnia ona takim kobietom m.in. dostęp do diagnostyki prenatalnej oraz odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej dla kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży powikłanej oraz w sytuacji niepowodzeń położniczych. W myśl art. 6 kobiety takie są uprawnione w szczególności do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego, w tym zabiegów wewnątrzmaciczych, do rehabilitacji leczniczej oraz do zaopatrzenia w wyroby medyczne. Mają także możliwości uzyskania wsparcia psychologicznego. Ochronie zdrowia kobiet ciężarnych poświęcone są również przepisy prawa pracy. Na przykład art. 176 KP zabrania zatrudnienia takich kobiet przy pracach uciążliwych, niebezpiecznych lub szkodliwych dla zdrowia, mogących mieć niekorzystny wpływ na ich zdrowie lub przebieg ciąży. Natomiast art. 185 § 2 KP zobowiązuje pracodawcę do udzielenia kobiecie ciężarnej odpłatnych zwolnień od pracy przeznaczonych na wykonanie niezbędnych badań lekarskich.

Na marginesie należy dodać, że szczególna opieka – w tym lekarska – przysługuje również innym grupom podmiotów. Przykładowo, zgodnie z art. 19 Konstytucji RP, odnosi się ona do **weteranów**. Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego: „specjalna opieka państwa nad weteranami walk o niepodległość, a zwłaszcza inwalidami wojennymi, musi odróżniać się pod względem zakresu świadczeń opiekuńczych, ich jakości i trwałości od tego rodzaju świadczeń na rzecz innych grup społecznych (...). Opieka «specjalna» to taki rodzaj opieki, który przewyższa pozostałe postacie opieki udzielanej przez państwo. Przywileje dla weteranów i inwalidów stanowią konstytucyjnie dopuszczone odstępstwo od zasady równości ze względu na szczególną wartość konstytucyjną, którą jest udział w walce o niepodległość”¹.

Przywileje tych osób w zakresie ochrony ich zdrowia wynikają głównie z powołanej ustawy z 27.8.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Na mocy art. 45 inwalidom wojskowym oraz osobom, które doznały uszczerbku na zdrowiu w związku z działaniami wojennymi lub mającymi charakter wojennych i nie zostały zaliczone do żadnej z grup inwalidów, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki

¹ Wyr. TK z 9.3.2004 r. (K 12/02, Dz.U. Nr 46, poz. 444).

objęte wykazami leków objętych wykazem wydanym na podstawie ustawy z 12.5.2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 523). Z kolei art. 47 zapewnia tym podmiotom prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych. Tożsame uprawnienie posiadają żołnierze w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa. Kompleks tych rozwiązań zamyka art. 47c, który stanowi, że inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombataneci mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach¹.

Szczególne uprawnienia polskie ustawodawstwo przyznaje także weteranom działań poza granicami państwa. Grupa ta jest zdefiniowana na gruncie ustawy z 19.8.2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz.U. z 2020 r. poz. 2055) i obejmuje w szczególności osoby, które brały udział, na podstawie skierowania, w działaniach poza granicami państwa w ramach misji pokojowej lub stabilizacyjnej. W myśl art. 23 ust. 1 ustawy weteran-żołnierz lub weteran poszkodowany-żołnierz oraz najbliżsi członkowie jego rodziny mają prawo poza kolejnością do bezpłatnej pomocy psychologicznej udzielanej we wskazanych w ustawie placówkach. Z kolei art. 24 ust. 1 stanowi, że weteran i weteran poszkodowany mają prawo do umieszczenia poza kolejnością w Domu Weterana, funkcjonującego jako zakład opiekuńczo-leczniczy.

§ 4. Zakres przedmiotowy regulacji

- 4 Przez zakres przedmiotowy danego unormowania należy rozumieć zakres spraw, praw i obowiązków, które są w nim ujęte.

Zgodnie z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Jak już była o tym mowa w rozdz. I § 2, norma ta kreuje prawo podmiotowe do opieki zdrowotnej. Jednak zarówno Konstytucja RP, jak i ustawy zwykle nie zawierają definicji pojęcia „ochrona zdrowia”. W literaturze przyjmuje się jednak, że termin ten należy rozumieć wieloaspektowo. Obejmuje on bowiem zarówno świadczenia zdrowotne np. badania diagnostyczne, leczenie i rehabilitację leczniczą, jak i promocję zdrowego trybu życia, np. popieranie rozwoju kultury fizycznej oraz zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych, a nawet zapobieganie degradacji środowiska naturalnego². Podnosi się również, że terminu tego nie należy utożsamiać z często występującym pojęciem „służba zdrowia”. Było ono charakterystyczne dla systemu Polski Ludowej. Obejmowało wówczas finansowanie świadczeń zdrowotnych bezpośrednio ze środków budżetowych oraz zcentralizowany system opieki zdrowotnej, na czele którego stał Minister Zdrowia. Samo użycie rzeczownika „służba” sugerowało również, że organizacja ta posiada cechy silnego zhierarchizowania, wzorowanego na strukturach zmilitaryzowanych. Obecnie rozwiązania takie już nie występują. W szczególności nastąpiło zdywersyfikowanie podmiotów udzielających świadczenia zdrowotne, państwo straciło zaś monopol w tym sektorze.

¹ Zob. szerzej R. Kubiak, Prawne aspekty ochrony zdrowia seniorów Wojska Polskiego, [w:] A. Galuszka, T. Kostka (red.), Jakość życia i opieka zdrowotna weteranów służby w wojsku polskim, Łódź 2009, s. 218–224.

² M. Dercz, T. Rek, Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, s. 31; ciż, Ustawa o działalności leczniczej, s. 36.

Prawo do ochrony zdrowia obejmuje zatem prawo do uzyskania wszelkich świadczeń diagnostyczno-terapeutycznych. W piśmiennictwie wskazuje się ponadto, że unormowanie to znajduje zastosowanie również do działań medycznych, które – co prawda – nie umożliwiają przywrócenie pełni zdrowia, ale pozwolą na eliminację pewnych objawów i tym samym zmniejszanie niedogodności związanych ze stanem patologicznym, poprawią komfort życia, np. zapewnienie sprzętu ortopedycznego, leczenie paliatywne¹.

Z prawem podmiotowym do ochrony zdrowia korespondują odpowiednie obowiązki władzy publicznej, które zostały wskazane w art. 68 ust. 2–5 Konstytucji RP. Jak już wcześniej wspomniano, przez władzę publiczną należy rozumieć organy państwa oraz samorządu terytorialnego. Ich szczegółowe zadania są określone w ustawach zwykłych.

Na mocy art. 68 ust. 2 Konstytucja RP gwarantuje wszystkim obywatelom **dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych**. Hipoteza tej normy zawęży wskazane uprawnienie wyłącznie do obywateli. W dalszej części przepisu statuuje się jednak ważną zasadę równego traktowania wszystkich tych podmiotów, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Rozwiązanie to jest pochodną zasady solidaryzmu społecznego. Wynika z niej, że dostęp do świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych nie może być uzależniony od zamożności danej osoby, ani też od wysokości składek uiszczanych z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Nie ma zatem znaczenia dla liczby i jakości tych świadczeń stopień partycypacji danej osoby w finansowaniu systemu ubezpieczeń zdrowotnych. W piśmiennictwie przyjmuje się, że z omawianej regulacji należy wywieść zakaz wprowadzania wszelkich unormowań, które stanowiłyby bariery finansowe w dostępie do świadczeń zdrowotnych, np. dotyczących opłat za wizyty u lekarza, wystawienie recepty. Równy dostęp do świadczeń oznacza więc, „ograniczenie wszelkich barier wynikających z kryteriów pozamedycznych, a nie tylko uniezależnienie dostępu od stopnia zamożności obywateli”². Celowi temu służy także system świadczeń pieniężnych w ramach ubezpieczenia społecznego, które rekompensują utracony zarobek i tym samym umożliwiają leczenie osobom niezamożnym. Z unormowania tego nie można jednak wyprowadzić wniosku, że każdemu obywatelowi przysługuje prawo do wszelkich znanych i stosowanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną świadczeń zdrowotnych oraz że będą one udzielane nieodpłatnie. Zapewnienie ich dostępności nie jest bowiem możliwe i będzie limitowane możliwościami finansowymi systemu. Mając świadomość takich ograniczeń ustrojodawca wskazał, że warunki i zakres tych świadczeń powinny być określone w drodze ustawowej. Aktualnie wypełnienie tej delegacji nastąpiło poprzez ustawę o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Określa ona bowiem zarówno zakres podmiotów uprawnionych do tych świadczeń (tzw. świadczeniobiorców), jak i rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej oraz zasady ich finansowania i przyznawania.

Konstytucyjnym obowiązkiem władzy publicznej jest jednak wdrożenie odpowiedniego systemu opieki zdrowotnej, który umożliwia gromadzenie środków finansowych niezbędnych dla pokrycia kosztów udzielania świadczeń zdrowotnych. System ten musi być fak-

¹ W. Brzozowski, Aspekty konstytucyjne prawa medycznego, [w:] R. Kubiak, L. Kubicki (red.), System, s. 124.

² D.E. Lach, Koszyk świadczeń gwarantowanych w systemie opieki zdrowotnej, PiZS 2009, Nr 12, s. 8. W literaturze wskazuje się jednak, że nie będzie traktowane jako naruszające omawianą zasadę równości wprowadzenie rozwiązań prawnych preferujących leczenie pewnych grup pacjentów ze względu na specyfikę ich choroby np. uprzywilejowanie osób cierpiących na choroby onkologiczne w zakresie przyspieszenia diagnostyki i terapii (tzw. system diagnostyki i leczenia onkologicznego – DILO). Zob. W. Brzozowski, Aspekty konstytucyjne prawa medycznego, [w:] R. Kubiak, L. Kubicki (red.), System, s. 127.

tycznie funkcjonalny i efektywny. Zakumulowane środki muszą bowiem pozwolić na powszechną dostępność ustawowo wskazanych świadczeń. W literaturze ponosi się więc, że powinność spoczywająca na władzach publicznych nie będzie spełniona, gdy system będzie niewydolny, suma środków nie wystarczy na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych, będą występowały istotne ograniczenia w ich dostępności itp.

Zadaniem władz publicznych jest zatem precyzyjne opracowanie sfery organizacyjnej, podziału kompetencji między różnymi podmiotami, a także procedur pozyskiwania i wydatkowania środków, zapewnienie transparentności przepływu środków, określenie właściwych mechanizmów nadzorczych. Celem takich działań jest jak najbardziej efektywne wykorzystywanie posiadanych zasobów finansowych i zapewnienie obywatelom świadczeń zdrowotnych sfinansowanych ze środków publicznych w maksymalnym zakresie¹.

Z obowiązku zapewnienia powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych nie można wyprowadzić wniosku, że wszelkie świadczenia przysługują beneficjentom bezpłatnie. W orzecznictwie i literaturze przyjmuje się bowiem, że ustawodawca może kompilować w systemie zarówno świadczenia udzielane w całości ze środków publicznych, jak i objęte częściową, a nawet całkowitą odpłatnością ze strony pacjenta. Musi jednak precyzyjnie wskazać tzw. koszyk świadczeń gwarantowanych. Może to nastąpić od strony pozytywnej, tj. przez wyliczenie rodzajów świadczeń objętych finansowaniem ze środków publicznych, albo też od strony negatywnej, tj. podanie świadczeń, których koszty powinien pokrywać pacjent. Przyjmuje się, że jeśli wyliczenie takie nie byłoby możliwe, dla spełnienia dyspozycji art. 68 ust. 2 Konstytucji RP wystarczające jest opracowanie jednoznacznych kryteriów służących do ustalenia w konkretnym przypadku, czy dane świadczenie jest gwarantowane pacjentowi. Aktualnie materia ta jest przedmiotem regulacji Działu II Rozdziału 1a ŚOZŚrPubU². Określa on zasady i procedury kwalifikowania świadczeń zdrowotnych jako świadczenia gwarantowane. Ich szczegółowy wykaz jest określony w przepisach wykonawczych³.

- 5 Finansowanie świadczeń ze środków publicznych nie wyklucza powierzania ich realizacji **placówkom prywatnym**. W szczególności dopuszczalne jest kontraktowanie świadczeń z osobami wykonującymi zawód medyczny, które prowadzą indywidualną albo grupową praktykę zawodową, jak również z niepublicznymi podmiotami leczniczymi. Sprzeczne z omawianą normą konstytucyjną byłoby jednak skonstruowanie opieki zdrowotnej opartej wyłącznie na systemie rynkowym (na całkowitym samofinansowaniu)⁴. Ustrojodawca dopuszcza natomiast możliwość dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (dobrowolnych), z których finansowane byłyby np. świadczenia ponadstandardowe.

¹ E. Marcisz, Konstytucyjna regulacja, s. 67–68.

² Rozdział 1a został dodany przez art. 1 pkt 9 ustawy z 25.6.2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz.U. Nr 118, poz. 989) i wszedł w życie 12.8.2009 r., z tym że art. 31d–31l weszły w życie 31.8.2009 r.

³ Aktualnie zostało wydane kilkanaście rozporządzeń Ministra Zdrowia, określających zakres świadczeń gwarantowanych w poszczególnych segmentach ochrony zdrowia. Zob. np.: rozp. Ministra Zdrowia z 22.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 290 ze zm.); rozp. Ministra Zdrowia z 6.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357 ze zm.); rozp. Ministra Zdrowia z 6.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. z 2019 r. poz. 1199 ze zm.).

⁴ Na zakaz taki zwrócił uwagę TK w uzasadnieniu do wyroku z 7.1.2004 r. (K 14/03, OTK-A 2004, Nr 1, s. 1). Wskazał w nim bowiem, że: „wyrażna jest [...] wola ustrojodawcy niedopuszczenia do wykreowania całkowicie rynkowego systemu ochrony zdrowia (tzw. samofinansowanie)”.

Przyjęcie modelu finansowania świadczeń ze środków publicznych zakłada również, że podmioty udzielające ich **nie mogą kierować się wyłącznie czynnikami ekonomicznymi**. W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego podnosi się bowiem, że podmioty lecznicze realizują ważny cel publiczny, jakim jest ochrona zdrowia. Stąd też ich likwidacja, bądź zmniejszenie zakresu udzielanych świadczeń musi być ostatecznością, dla której niewystarczającym usprawiedliwieniem jest kalkulacja ekonomiczna.

Oprócz opracowania systemu umożliwiającego powszechny dostęp do świadczeń zdrowotnych, Konstytucja RP zobowiązuje władze publiczne do dodatkowych, szczegółowych działań. Na mocy art. 68 ust. 4, władze te są zobligowane do **zwalczania chorób epidemicznych**. Ustrojodawca uznaje bowiem takie zjawiska za szczególnie niebezpieczne. Nakazuje więc przeciwdziałanie tym chorobom, które powinno być finansowane w całości ze środków publicznych. Konstytucja nie określa jednak bliżej warunków i zakresu takich działań. Nastąpiło to więc w przepisach ustawowych, a obecnie problematyce tej poświęcona jest przede wszystkim ustawa z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2020 r. poz. 1845 ze zm.) i wydane do niej akty wykonawcze¹.

Szeroko rozumiana ochrona zdrowia obejmuje również zachowanie odpowiednich warunków środowiska naturalnego. Stąd też w art. 68 ust. 4 ustrojodawca nakłada na władze publiczne obowiązek **zapobiegania** negatywnym dla zdrowia skutkom **degradacji** tego **środowiska**. Powinność ta jest następnie rozwinięta w kolejnych postanowieniach Konstytucji RP. Zgodnie z art. 74 władze publiczne prowadzą politykę zapewniającą bezpieczeństwo ekologiczne współczesnemu i przyszłym pokoleniom, a ponadto ich obowiązkiem jest ochrona środowiska. Powinności tej towarzyszy prawo podmiotowe obywateli, którzy mogą domagać się informacji o stanie i ochronie środowiska. Dalsze unormowania tej materii znajdują się w licznych aktach rangi ustawowej, a w szczególności w ustawie z 27.4.2001 r. – Prawo ochrony środowiska (Dz.U. z 2020 r. poz. 1219 ze zm.). Niszczenie środowiska naturalnego w sposób zagrażający życiu lub zdrowiu ludzi może spotkać się także z reakcją karną, wynikającą z art. 181 i n. KK².

Jak już wspomniano, ochrona zdrowia polega również na krzewieniu zachowań prozdrowotnych. Temu celowi służy m.in. uprawnianie sportu i innych form aktywnej rekreacji. Ustrojodawca nakłada zatem na władze publiczne obowiązek **rozwijania kultury fizycznej**, zwłaszcza wśród młodzieży i dzieci. Rozwinięcie tego postanowienia znajduje się w ustawach zwykłych, a w szczególności poświęcona jest temu zagadnieniu ustawa z 25.6.2010 r. o sporcie (Dz.U. z 2020 r. poz. 1133), a także wydane na jej podstawie akty wykonawcze³.

Zgodnie z art. 2 ust. 2 powołanej ustawy, przez kulturę fizyczną rozumie się sport, wychowanie fizyczne i rehabilitację ruchową. Z kolei art. 2 ust. 1 stanowi, że sportem są

¹ Przykładowo rozp. Ministra Zdrowia z 6.4.2009 r. w sprawie metod zapobiegania zakażeniom meningokokowym (Dz.U. Nr 56, poz. 465); rozp. Ministra Zdrowia z 18.8.2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 753 ze zm.).

² Przykładowo, art. 182 § 1 KK przewiduje karę pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 za czyn polegający na zanieczyszczaniu wody, powietrza lub powierzchni ziemi substancją albo promieniowaniem jonizującym w takiej ilości lub w takiej postaci, że może to zagrażać życiu lub zdrowiu człowieka lub spowodować istotne obniżenie jakości wody, powietrza lub powierzchni ziemi lub zniszczenie w świecie roślinnym lub zwierzęcym w znacznych rozmiarach.

³ Zob. np. rozp. Ministra Zdrowia z 18.12.2015 r. w sprawie zakresu i sposobu realizowania opieki medycznej nad zawodnikami zakwalifikowanymi do kadry narodowej: w sportach olimpijskich, paraolimpijskich i igrzysk głuchych (Dz.U. z 2015 r. poz. 2225).

wszelkie formy aktywności fizycznej, które przez uczestnictwo doraźne lub zorganizowane wpływają na wypracowanie lub poprawienie kondycji fizycznej i psychicznej, rozwój stosunków społecznych lub osiągnięcie wyników sportowych na wszelkich poziomach. W piśmiennictwie podnosi się, że sport stanowi ważną sferę życia społecznego, dzięki której członkowie społeczności mogą uczestniczyć we współzawodnictwie i je organizować. Sport traktowany jest więc jako „dobro publiczne”¹. Mając na względzie te walory sportu, ustawodawca w rozdziale 6 ustawy zdefiniował zadania organów władzy publicznej w zakresie jego wspierania. Przykładowo, w myśl art. 29 ust. 1, minister właściwy do spraw kultury fizycznej może dofinansowywać uprawianie lub organizowanie sportu oraz jego promocję. Ustawa określa również zasady opieki medycznej sprawowanej nad zawodnikami (art. 37 ust. 1 ustawy) oraz jej finansowania, które w pewnym zakresie realizowane jest ze środków budżetowych (np. art. 29 ust. 4 ustawy).

Generalnie więc z unormowań tych wynika, że celami kultury fizycznej jest dbałość o prawidłowy rozwój psychofizyczny i zdrowie wszystkich obywateli. Cel ten zaś jest realizowany poprzez wychowanie fizyczne, sport, rekreację ruchową oraz rehabilitację ruchową. Organy administracji rządowej i jednostki samorządu terytorialnego mają zaś obowiązek tworzyć warunki prawno-organizacyjne i ekonomiczne dla rozwoju sportu, a tym samym kultury fizycznej.

* * *

- 8 Z przedstawionego wywodu wynika zatem, że ustrojodawca szeroko opisuje prawo do ochrony zdrowia. Obejmuje ono bowiem nie tylko stworzenie warunków do powszechnie dostępnych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, ale także do harmonijnego rozwoju człowieka w warunkach środowiska naturalnego. Celowi temu służy także zobowiązanie władz publicznych do podejmowania działań zmierzających do likwidacji najpoważniejszych zagrożeń, a więc epidemii chorób zakaźnych. Szczególną uwagę poświęca się określonym kategoriom osób, które wymagają dodatkowej opieki i troski. Dotyczy to kobiet ciężarnych, dzieci oraz osób niepełnosprawnych.

Konstytucja z natury rzeczy jest aktem ogólnikowym. Wymaga więc uszczegółowienia w aktach niższej rangi, które opisują warunki i zasady realizacji prawa podmiotowego, jakim jest prawo do ochrony zdrowia. Unormowania konstytucyjne są jednak wyznacznikiem i podstawą dla rozwiązań przyjętych w ustawach zwykłych. Nie mogą one wypaczać idei zawartej w Konstytucji RP, lecz powinny najpełniej ją realizować. Muszą więc gwarantować poszanowanie dla najcenniejszych dóbr człowieka: jego życia i zdrowia.

¹ M. Gniatowski, Ustawa o sporcie. Komentarz, Wrocław 2011, s. 21.

Rozdział II. Definicja oraz cechy szczególne zawodu lekarza i lekarza dentysty

Literatura: *M. Dercz, T. Rek*, Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz, Warszawa 2007, s. 29–37, 69–72; *ciż*, Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz, Warszawa 2012, s. 39–43; *M. Kopeć*, [w:] *M. Kopeć* (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Warszawa 2016, s. 25–34; *R. Kubiak*, Lekarz i lekarz dentysta, [w:] *R. Kubiak, L. Kubicki* (red.), System prawa medycznego, t. I. Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego, Warszawa 2018, s. 178–197; *P. Kuczma*, Adwokat jako zawód zaufania publicznego w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego, Pal. 2012, Nr 3–4; *P. Sarnecki*, Głosa do wyroku Sądu Najwyższego z 29.5.2001 r., Pal. 2002, Nr 5–6; *J. Smarż*, Definiowanie pojęcia „zawód zaufania publicznego”, SP 2012, Nr 3 (191); *M. Świecki*, Pojęcie wolnego zawodu lekarza, GL 2001, Nr 9; *E. Tkaczyk*, Samorząd zawodowy w świetle Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, Prz. Sejm. 2011, Nr 6 (107); *E. Zielińska* (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Warszawa 2014, s. 33–60.

§ 5. Wprowadzenie

Polskie ustawodawstwo nie zawiera definicji legalnej zawodu lekarza. Tradycyjnie jednak posługuje się tym pojęciem, wskazując zakres czynności, do wykonywania których lekarz jest zobowiązany lub uprawniony. Rekonstrukcji tego terminu należy zatem dokonać uwzględniając jego znaczenie językowe oraz elementy zawarte w aktach prawnych i deontologicznych. 9

Według definicji słownikowej zawód to „umiejętność wykonywania pracy w danej dziedzinie, fachowe stałe wykonywanie jakiejś pracy w celach zarobkowych, fach, specjalność”¹, „zajęcie, w którym się ktoś wyspecjalizował i które wykonuje czerpiąc środki utrzymania”², „zajęcie, którego ktoś się wyuczył, które stale wykonuje w celach zarobkowych, profesja, fach”³. Z semantycznego punktu widzenia więc **zawód oznacza stałą działalność zarobkową, polegającą na wykonywaniu wyuczonych czynności przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje**. Rodzaj tych czynności umożliwia rozróżnienie poszczególnych zawodów. Stąd też kluczowe jest określenie zakresu działań, które pozwalają ustalić, czym charakteryzuje się zawód lekarza i lekarza dentysty.

¹ *M. Szymczak* (red.), Słownik języka polskiego, t. III, Warszawa 1989, s. 977.

² *Z. Lempicka* (red.), Mały słownik języka polskiego, Warszawa 1974, s. 990.

³ *S. Dubisz* (red.), Wielki słownik języka polskiego PWN, Warszawa 2018, t. „u–ż”, s. 792.