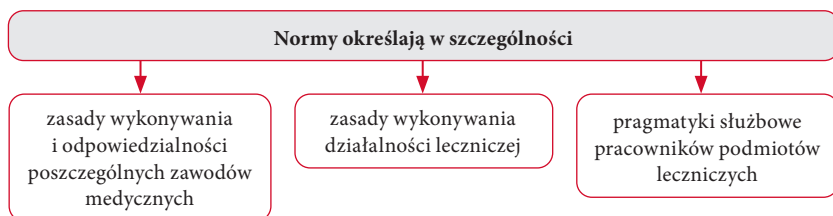


CZĘŚĆ I. POJĘCIE PRAWA MEDYCZNEGO I JEGO MIEJSCE W SYSTEMIE PRAWA

ROZDZIAŁ 1. DEFINICJA I ZAKRES PRAWA MEDYCZNEGO

Pojęcie prawa medycznego od dawna funkcjonuje w języku prawniczym. Dopiero jednak od niedawna prawo to jest wyodrębniane jako nowa gałąź prawa. Z uwagi na powyższe prawo medyczne korzysta z dorobku doktryny i judykatury z zakresu innych gałęzi prawa, w szczególności prawa cywilnego, administracyjnego i karnego, a także prawa konstytucyjnego. Wskazać należy również na poruszaną w literaturze przedmiotu **potrzebę wyodrębnienia publicznego prawa medycznego i prywatnego prawa medycznego**. Prawo medyczne to zbiór norm regulujących prawa i obowiązki pacjenta oraz personelu medycznego, w szczególności lekarza, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego i innych podmiotów uczestniczących w udzielaniu świadczeń, obejmujący również zespół norm regulujących sposób działania podmiotów leczniczych i innych podmiotów uczestniczących w procesie udzielania świadczeń.



Prawo medyczne obejmuje zespół norm pochodzących z różnych gałęzi prawa

→ prawa konstytucyjnego

→ prawa administracyjnego

→ prawa cywilnego

→ prawa karnego

→ prawa pracy

→ prawa międzynarodowego

ROZDZIAŁ 2. ŹRÓDŁA PRAWA MEDYCZNEGO

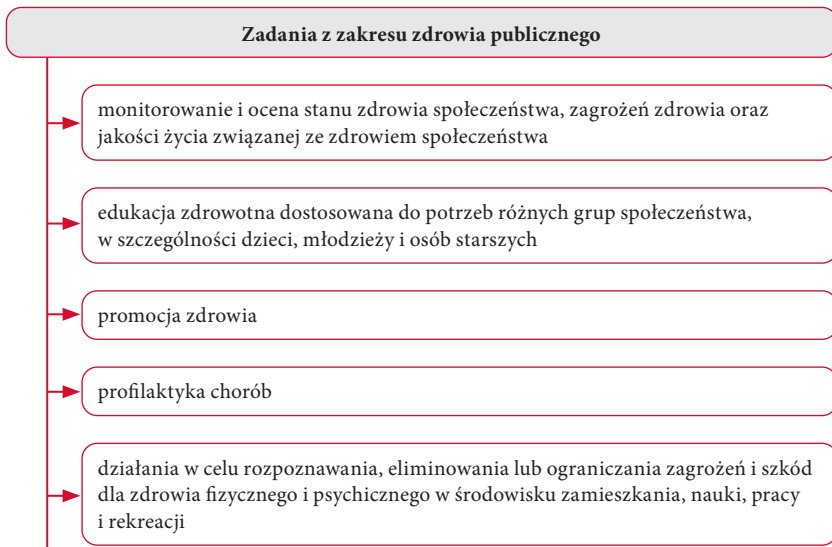
Do źródeł prawa medycznego należy zaliczyć akty prawa powszechnie obowiązującego oraz akty prawa międzynarodowego, funkcjonujące zarówno na poziomie europejskim, jak i uniwersalnym. Konstytucja w art. 87 enumeratywnie wymienia źródła prawa o charakterze powszechnie obowiązującym, zaliczając do nich: konstytucję, ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe oraz rozporządzenia, a także akty prawa miejscowego działające na obszarze organów, które je ustanowiły. W świetle powyższego do najważniejszych aktów prawa powszechnego, które stanowią źródło prawa medycznego, zaliczyć należy:

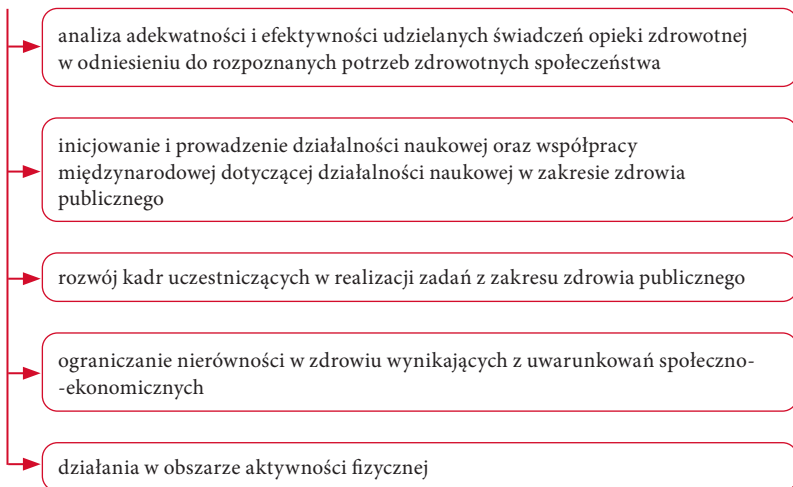
- ▶ Konstytucję RP,
- ▶ ustawę z 15.4.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 799 ze zm.),
- ▶ ustawę z 27.8.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.),
- ▶ ustawę z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 581),
- ▶ ustawę z 28.7.2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1420 ze zm.),
- ▶ ustawę z 12.5.2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 930 ze zm.),
- ▶ ustawę z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1287 ze zm.),
- ▶ ustawę z 2.12.2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1342 ze zm.),
- ▶ ustawę z 15.7.2011 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 814 ze zm.),
- ▶ ustawę z 25.9.2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1213 ze zm.),

- ▶ ustawę z 6.9.2001 r. – Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 686 ze zm.),
- ▶ ustawę z 19.4.1991 r. o izbach aptekarskich (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 688),
- ▶ ustawę z 10.12.2020 r. o zawodzie farmaceuty (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 676 ze zm.),
- ▶ ustawę z 20.7.1950 r. o zawodzie felczera (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 1529),
- ▶ ustawę z 15.9.2022 r. o medycynie laboratoryjnej (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 2125 ze zm.),
- ▶ ustawę z 18.3.2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1223 ze zm.),
- ▶ ustawę z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 924 ze zm.),
- ▶ ustawę z 14.3.1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 416),
- ▶ ustawę z 8.9.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 91),
- ▶ ustawę z 1.12.2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 339),
- ▶ ustawę z 19.8.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 917),
- ▶ ustawę z 22.11.2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 1689),
- ▶ ustawę z 25.6.2015 r. o leczeniu niepłodności (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 442),
- ▶ ustawę z 1.7.2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1185),
- ▶ ustawę z 11.9.2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1670 ze zm.),
- ▶ rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6.4.2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 798),
- ▶ rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8.5.2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.U. z 2023 r. poz. 1851),
- ▶ rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26.1.2023 r. w sprawie komisji bioetycznej oraz Odwoławczej Komisji Bioetycznej (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1699).

ROZDZIAŁ 3. POJĘCIE ZDROWIA I RELACJA LEKARZ–PACJENT

Znaczenie terminu „zdrowie” nie zostało ustawowo uregulowane. Jest to termin bardzo złożony i trudno definiowalny. Najbardziej powszechna jest definicja, przyjęta w **Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia** z 22.7.1946 r.: dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko stan polegający na braku chorób lub dolegliwości. Definicja zdrowia publicznego znajduje się w ustawie z 11.9.2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1670 ze zm.) i rozumie się przez nią zadania z zakresu zdrowia publicznego.





Model paternalistyczny, który przez wiele lat dominował w medycynie, polegał na tym, że lekarz był podmiotem, który dominował w relacji pacjent–lekarz. Posiadał on pełnię kompetencji do decydowania w zakresie dotyczącym życia i zdrowia pacjenta. Obecnie w relacjach pacjent–lekarz dominuje system partnerski, który **zezwala na podejmowanie autonomicznych decyzji przez pacjenta**. Pacjent współuczestniczy w zakresie decydowania o procesie leczniczym i terapeutycznym, a lekarz jest równorzędnym partnerem pacjenta.

ROZDZIAŁ 4. MODELE FINANSOWANIA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Podstawą sprawnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest jego **finansowanie**. W państwach będących członkami Unii Europejskiej obecnie istnieją dwa podstawowe modele finansowania ochrony zdrowia: **model ubezpieczeniowy** oraz **model powszechnej służby zdrowia**, zwany też modelem zaopatrzeniowym lub budżetowym. Systemy te różnią się między sobą przede wszystkim ze względu na sposób ich finansowania. Model ubezpieczeniowy zasilany jest ze składek i oparty na ubezpieczeniach zdrowotnych obywateli, występuje m.in. w Niemczech, Luksemburgu, Holandii, Francji i Belgii. W modelu budżetowym usługi zdrowotne finansowane z budżetu państwa dostarczane są wszystkim obywatelom **bez żadnej dyskryminacji**. Państwo odpowiada za dostęp dla wszystkich do usług opieki zdrowotnej na jednakowych zasadach (bezpłatnie lub za częściową odpłatnością), a usługi te finansowane są przez system podatków ogólnych. Model ten został przyjęty m.in. w Wielkiej Brytanii, Szwecji, Portugalii i Hiszpanii.

model Bismarcka

Najstarszy ubezpieczeniowy system finansowania służby zdrowia, zwany modelem bismarckowskim, powstał w 1883 r. z inicjatywy kanclerza rzeszy niemieckiej – *Ottona von Bismarcka*. System ten oparty jest na obowiązkowych ubezpieczeniach społecznych i obejmuje ryzyko na wypadek choroby, macierzyństwa i niezdolności do pracy z powodu wypadku przy pracy lub starości. Do cech charakterystycznych tego modelu należy powołanie ustawowych instytucji ubezpieczeniowych (kas chorych), współpłacenie składek na społeczne ubezpieczenie zdrowotne w określonej partycypacji przez pracownika i pracodawcę, a także utworzenie ze składek na ubezpieczenie funduszy przeznaczonych na finansowanie określonych świadczeń przysługujących ubezpieczonym.



Model bismarckowski w zmodyfikowanej wersji został przyjęty w Polsce.

model narodowej służby zdrowia

System uniwersalny (zwany narodowym lub budżetowym) gwarantuje wszystkim obywatelom równy dostęp do ochrony zdrowia. Po raz pierwszy wprowadzony został w Wielkiej Brytanii. U źródeł brytyjskiego systemu ochrony zdrowia legł raport *Wiliiama Henry'ego Beveridge'a* z 1.12.1942 r. „Ubezpieczenia społeczne i służby pokrewne” (*Social Insurance and Allied Services*), stanowiący podstawę do wprowadzenia radykalnych zmian ustawowych w systemie dostarczania świadczeń opieki zdrowotnej. Zostały w nim scharakteryzowane koncepcje i struktury reformy zabezpieczenia społecznego, wśród których wyróżniono konieczność wprowadzenia powszechnej i bezpłatnej opieki zdrowotnej. W modelu tym **państwo przejmuje odpowiedzialność za zdrowie obywateli** i zapewnia im dostarczanie świadczeń zdrowotnych. Podstawą modelu *Beveridge'a* było **zagwarantowanie bezpieczeństwa socjalnego wszystkim obywatelom**, co umożliwi im w ten sposób zaspokojenie podstawowych potrzeb. Z perspektywy pacjentów wprowadzenie nowego systemu przyniosło dwie zasadnicze zmiany: po pierwsze, **zwolniono ich z obowiązku ponoszenia kosztów bezpośrednich za świadczenia opieki zdrowotnej**, po drugie, **zagwarantowano dostęp do świadczeń licznym grupom jednostek, które wcześniej były z nich wyłączone**. W modelu tym uznano, że prawo do świadczeń zdrowotnych stanowi **uniwersalne uprawnienie wszystkich obywateli**, a świadczenia udzielane są z uwzględnieniem kryterium potrzeby zdrowotnej, natomiast **państwo jest jedynym płatnikiem** odpowiedzialnym za powszechny dostęp do opieki zdrowotnej, realizującym go za pośrednictwem państwowej służby zdrowia, określając i planując potrzeby zdrowotne społeczeństwa na szczeblu centralnym i samorządowym. Każdy pacjent niezależnie od swojej sytuacji społecznej i finansowej ma prawo dostępności do świadczeń mających medyczne uzasadnienie. Każda osoba zamieszkała w Wielkiej Brytanii uiszcza podatek od wynagrodzeń na rzecz krajowego ubezpieczenia społecznego, jak również pracodawcy są zobowiązani do uiszczania odpowiednich składek. Świadczenia zdrowotne są finansowane w sposób jednakowy dla wszystkich, z zachowaniem zasady równości, a integralną częścią tego modelu jest system dobrowolnych ubezpieczeń uzupełniających.

	Oprócz tego fundusze pozyskiwane są również z ogólnych wpływów z podatków. W ostatnich 20 latach system ten został poddany licznym zmianom. Daleko idąca reforma służby zdrowia została przeprowadzona poprzez ustawę <i>NHS and Community Care Act</i> z 1990 r. za rządów premier <i>Margaret Thatcher</i>. Stanowiła ona reakcję na kryzys występujący pod koniec lat 80. ubiegłego wieku. U podstaw tej reformy leżała koncepcja pobudzania konkurencyjności pomiędzy różnymi elementami składowymi NHS poprzez wprowadzenie mechanizmu, który zakładał rozdzielenie odpowiedzialności struktur nabywców od struktur produkujących i udzielających świadczenia opieki zdrowotnej. System narodowej służby zdrowia typu <i>Beveridge’a</i> charakteryzuje się finansowaniem ochrony zdrowia z podatków ogólnych lub lokalnych poprzez budżet centralny lub budżety lokalne, istnieniem gwarancji państwa w zakresie powszechnej dostępności do świadczeń zdrowotnych, wolnym dostępem do świadczeń dla wszystkich obywateli, niewielką partycypacją pacjenta w kosztach leczenia, a także wynagradzaniem lekarzy na zasadzie stałej pensji lub kapitacji. Model typu <i>Beveridge’a</i> znalazł swoje zastosowanie w Wielkiej Brytanii, Republice Włoskiej, Australii, Kanadzie, Danii, Finlandii, Irlandii, Islandii, Norwegii, Nowej Zelandii, Portugalii, Hiszpanii i Szwecji.
model Siemaszki	Model stworzony w latach 30. XX w., istniejący w państwach Europy Wschodniej i Środkowo-Wschodniej do końca lat 80. XX w. Był to narodowy system ochrony zdrowia, zwany od nazwiska ówczesnego radzieckiego komisarza ds. zdrowia modelem <i>Siemaszki</i>. Reprezentował on scentralizowany model organizacji i finansowania ochrony zdrowia, który zakładał jej finansowanie z budżetu państwa, oparte na zasadzie centralnego planowania. W modelu tym w ogóle nie istniał prywatny sektor służby zdrowia, a obejmował on wyłącznie państwową służbę zdrowia.
model rezydualny	Założenia tego modelu powstały w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. W modelu tym rezygnuje się z odpowiedzialności państwa w zamian za umożliwienie obywatelom dostępu do opieki zdrowotnej. System prywatnych ubezpieczeń na opiekę zdrowotną jest finansowany ze składek opłacanych przez osoby, które decydują się na podpisanie polisy ubezpieczeniowej, w którym składka jest opłacana indywidualnie, przez pracodawców bądź inne organizacje.

TEST DO CZĘŚCI I. POJĘCIE PRAWA MEDYCZNEGO I JEGO MIEJSCE W SYSTEMIE PRAWA

1. Prawo medyczne to zbiór norm regulujących prawa i obowiązki:

- a) pacjenta oraz personelu medycznego, w szczególności lekarza, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego i innych podmiotów uczestniczących w udzielaniu świadczeń,
- b) personelu medycznego, w szczególności lekarza, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego i innych podmiotów uczestniczących w udzielaniu świadczeń,
- c) pacjenta oraz personelu medycznego, w szczególności lekarza, pielęgniarki, diagnosty laboratoryjnego i innych podmiotów uczestniczących w udzielaniu świadczeń.

2. Normy prawa medycznego określają w szczególności:

- a) zasady wykonywania i odpowiedzialności poszczególnych zawodów medycznych, zasady wykonywania działalności leczniczej,
- b) zasady wykonywania i odpowiedzialności poszczególnych zawodów medycznych, zasady wykonywania działalności leczniczej, pragmatyki służbowe pracowników podmiotów leczniczych,
- c) zasady wykonywania i odpowiedzialności poszczególnych zawodów medycznych, pragmatyki służbowe pracowników podmiotów leczniczych.

3. Definicja zdrowia publicznego znajduje się w:

- a) ustawie z 11.9.2015 r. o zdrowiu publicznym,
- b) ustawie z 15.4.2011 r. o działalności leczniczej,
- c) Konstytucji RP.

4. Najstarszy ubezpieczeniowy system finansowania służby zdrowia to model:

- a) *Siemaszki*,
- b) *Beveridge'a*,
- c) *Bismarcka*.

5. Model bismarckowski:

- a) w zmodyfikowanej wersji został przyjęty w Polsce,
- b) w oryginale został przyjęty w Polsce,
- c) nie został przyjęty w Polsce.

CZĘŚĆ II. PRAWO DO OCHRONY ZDROWIA

ROZDZIAŁ 1. ZASADY OGÓLNE

Analizując prawo do ochrony zdrowia należy wziąć pod uwagę regulację zawartą w art. 30 i 38 Konstytucji RP. Zgodnie z art. 30 źródłem wolności i praw człowieka i obywatela jest **przyrodzona i niezbywalna godność człowieka**, która jest nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych. Pojęcie godności determinuje sposób rozumienia praw i wolności, a zakaz jej naruszania ma charakter bezwzględny i dotyczy wszystkich. Konsekwencją regulacji zawartej w art. 30 Konstytucji jest art. 38, przyznający każdemu prawo do ochrony życia. Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego art. 30 i 38 Konstytucji RP są nierozdzielnie związane z art. 68 Konstytucji, bowiem ochrona zdrowia jest ściśle związana z ochroną życia, a prawo do życia z godnością człowieka (wyr. TK z 7.1.2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, Nr 1, poz. 1).

Prawo do ochrony zdrowia jest jednym z najistotniejszych praw człowieka i zaliczane jest do kategorii praw socjalnych. Ustawodawca konstytucyjny umieścił je w Rozdziale II Konstytucji RP, zatytułowanym: „Wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela” i stanowiącym część podrozdziału: „Wolności i prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne”. W art. 68 ust. 1 Konstytucji RP wyrażono zasadę: **każdy ma prawo do ochrony zdrowia**. Konstytucja ujęła je łącznie z prawem każdego obywatela, niezależnie od jego sytuacji materialnej, do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Jest to zasada generalna, która została rozwinięta przez postanowienia ustaw zwykłych.

Prawo do ochrony zdrowia jest zaliczane do kategorii praw drugiej generacji oraz do praw ekonomicznych, socjalnych i kulturalnych. Istnieje ścisły związek pomiędzy

prawem do ochrony zdrowia, a obowiązkiem poszanowania godności osoby ludzkiej, o której mowa w art. 30 Konstytucji RP. Wskazać należy, że zachodzi również ścisły związek pomiędzy prawem do ochrony zdrowia a art. 38 Konstytucji RP, proklamującym prawo do ochrony życia.

Regulacje prawne, dotyczące prawa do ochrony zdrowia znajdują się w wielu dokumentach międzynarodowych.

Podstawa prawna	Treść dokumentu
Art. 35 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej	Każdy ma prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych. Przy określaniu i realizowaniu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego.
Art. 25 ust. 1 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka	Każdy człowiek ma prawo do stopy życiowej zapewniającej zdrowie i dobrobyt jego i jego rodziny, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i konieczne świadczenia socjalne, oraz prawo do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w inny sposób od niego niezależny.
Art. 11 Europejskiej Karty Społecznej	W celu zapewnienia skutecznego wykonywania prawa do ochrony zdrowia, Umawiające się Strony zobowiązują się podjąć bądź bezpośrednio, bądź we współpracy z organizacjami publicznymi lub prywatnymi, stosowne środki zmierzające zwłaszcza do: 1) wyeliminowania, tak dalece jak to możliwe, przyczyn chorób; 2) zapewnienia ułatwień w zakresie poradnictwa oraz oświaty, dla poprawy stanu zdrowia i rozwijania indywidualnej odpowiedzialności w sprawach zdrowia; 3) zapobiegania, tak dalece, jak to możliwe, chorobom epidemicznym, endemicznym i innym.
Art. 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych	Państwa Strony Paktu uznają prawo każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego. Kroki, jakie Państwa Strony Paktu powinny podjąć dla osiągnięcia pełnego wykonania tego prawa, będą obejmowały środki konieczne do: 1) zapewnienia zmniejszenia wskaźnika martwych urodzeń i śmiertelności niemowląt oraz zapewnienia zdrowego rozwoju dziecka;

Podstawa prawna	Treść dokumentu
	2) poprawy higieny środowiska i higieny przemysłowej we wszystkich aspektach; 3) zapobiegania chorobom epidemicznym, endemicznym, zawodowym i innym oraz ich leczenia i zwalczania; 4) stworzenia warunków, które zapewniłyby wszystkim pomoc i opiekę lekarską na wypadek choroby.
Art. 24 Konwencji o Prawach Dziecka	Państwa-Strony uznają prawo dziecka do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej. Państwa-Strony będą dążyły do zapewnienia, aby żadne dziecko nie było pozbawione prawa dostępu do tego rodzaju opieki zdrowotnej. Państwa-Strony będą dążyły do pełnej realizacji tego prawa, a w szczególności podejmą niezbędne kroki w celu: 1) zmniejszenia śmiertelności wśród noworodków i dzieci; 2) zapewnienia udzielania koniecznej pomocy oraz opieki zdrowotnej wszystkim dzieciom, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej; 3) zwalczania chorób i niedożywienia, w tym – w ramach podstawowej opieki zdrowotnej – przez wykorzystanie m.in. łatwo dostępnych technik oraz przez dostarczanie odpowiednich pożywnych produktów żywnościowych i wody pitnej, z uwzględnieniem niebezpieczeństwa oraz ryzyka zanieczyszczenia środowiska naturalnego; 4) zapewnienia matkom właściwej opieki zdrowotnej w okresie przed i po urodzeniu dziecka; 5) zapewnienia, aby wszystkie grupy społeczne, w szczególności rodzice oraz dzieci, były informowane i posiadały dostęp do oświaty oraz otrzymywały wsparcie w korzystaniu z podstawowej wiedzy w zakresie zdrowia dziecka i karmienia, korzyści z karmienia piersią, higieny i warunków zdrowotnych otoczenia, a także zapobiegania wypadkom; 6) rozwoju profilaktycznej opieki zdrowotnej, poradnictwa dla rodziców oraz wychowania i usług w zakresie planowania rodziny. Państwa-Strony będą podejmowały wszelkie właściwe i skuteczne kroki na rzecz zniesienia tradycyjnych praktyk przynoszących szkodę zdrowiu dziecka.

Podstawa prawna	Treść dokumentu
	Państwa-Strony zobowiązują się działać na rzecz sprzyjania i zachęcania do rozwoju współpracy międzynarodowej w celu stopniowego osiągnięcia pełnej realizacji praw uznanych w niniejszym artykule. W związku z tym szczególna uwaga będzie zwrócona na potrzeby krajów rozwijających się.
Art. 11 ust. 1 lit. f Konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet	Państwa-Strony zobowiązują się do podjęcia wszelkich stosownych kroków w celu likwidacji dyskryminacji kobiet w dziedzinie zatrudnienia, zmierzających do zapewnienia im na zasadzie równości mężczyzn i kobiet takich samych praw, a w szczególności prawa do ochrony zdrowia i bezpiecznych warunków pracy, włączając w to ochronę zdolności do rodzenia potomstwa.

Artykuł 68 ust. 1 Konstytucji RP konstytuuje tzw. **publiczne prawo podmiotowe** do opieki zdrowotnej, które ma odpowiednik w konstytucyjnych zadaniach i obowiązkach władz publicznych, polegających na właściwym uregulowaniu zagadnienia w ustawach dotyczących ochrony zdrowia. Stanowi normę prawną dającą podstawę dla istnienia określonych obowiązków władzy publicznej.

Zgodnie z treścią regulacji konstytucyjnej każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Termin ten nie został zdefiniowany w Konstytucji i ustawach zwykłych. Na ochronę zdrowia składają się m.in. świadczenia zdrowotne, do których można zaliczyć badania diagnostyczne, leczenie, rehabilitację leczniczą, promocję zdrowego stylu życia, jak również zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych.

Ustawodawca konstytucyjny w postanowieniach art. 68 Konstytucji posługuje się określeniem „każdy”, „obywatel”, „dzieci, kobiety ciężarne, osoby niepełnosprawne i osoby w podeszłym wieku”. Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 7.1.2004 r. (K 14/03, OTK-A 2004, Nr 1, poz. 1) stwierdził, że: „każdy ma prawo do ochrony, co oznacza, że Konstytucja wyklucza jakiegokolwiek wyłączenia podmiotowe z zakresu jej działania”.

