

BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE W PRAKTYCE MEDYCZNEJ

Monika Sadowska, Wojciech Lis



Wolters Kluwer

BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE W PRAKTYCE MEDYCZNEJ

Monika Sadowska, Wojciech Lis



Wolters Kluwer

WARSZAWA 2022

Stan prawny na 1 grudnia 2021 r.

Recenzenci

Dr hab. Małgorzata Czuryk, prof. UWM

Prof. dr hab. med. Katarzyna Pawlak-Osińska

Wydawca

Dagna Kordyasz

Redaktor prowadzący

Joanna Tchorek

Opracowanie redakcyjne

Katarzyna Świerk-Bożek

Projekt okładek serii

Wojtek Janikowski, Przemek Dębowski

Poszczególne rozdziały napisali:

Wojciech Lis – rozdz. I pkt 1, 2, 3, 4, rozdz. II pkt 3, 4, 6

Monika Sadowska – rozdz. I pkt 5, rozdz. II pkt 1, 2, 5, rozdz. III



Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

Szanujmy prawo i własność

Więcej na www.legalnakultura.pl

Polska Izba Książki

© Copyright by Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2022

ISBN 978-83-8246-895-3

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.

Dział Praw Autorskich

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. 728 313 462

e-mail: PL-ksiazki@wolterskluger.com

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	9
Wstęp	11
Rozdział I	
Państwo jako gwarant bezpieczeństwa zdrowotnego	13
1. Konstytucyjne gwarancje bezpieczeństwa zdrowotnego ...	13
1.1. Wartość życia i zdrowia człowieka	13
1.2. Prawo do ochrony życia	15
1.3. Prawo do ochrony zdrowia	17
1.4. Charakter prawny prawa do ochrony zdrowia	21
1.5. Obowiązki władzy publicznej związane z ochroną zdrowia	25
1.6. Zdrowie człowieka jako szczególny przedmiot ochrony	32
2. Organy administracji rządowej w systemie ochrony zdrowia	35
2.1. Rada Ministrów	35
2.2. Minister Zdrowia	39
2.3. Narodowy Fundusz Zdrowia	42
2.4. Rzecznik Praw Pacjenta	46
3. Wpływ finansowania systemu ochrony zdrowia na dostęp do świadczeń zdrowotnych	50
3.1. Polityka zdrowotna państwa	50
3.2. Konstytucyjne gwarancje dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej	53
3.3. Świadczenia zdrowotne	63

3.4. Źródła finansowania systemu ochrony zdrowia	68
3.5. Ograniczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej	76
4. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych	80
4.1. Ubezpieczeni i nieubezpieczeni	80
4.2. Listy oczekujących	84
4.3. Przymus ustawowy	86
5. Błąd organizacyjny jako przejaw wadliwej polityki zdrowotnej państwa w zakresie bezpieczeństwa pacjentów	95

Rozdział II

Bezpieczeństwo udzielania świadczeń zdrowotnych	113
1. Zasada <i>salus aegroti suprema lex esto</i> w ochronie zdrowia	113
2. Należyte wykonywanie zawodu medycznego	123
3. Prawo i obowiązek pogłębiania i aktualizowania wiedzy i umiejętności w zawodach medycznych	130
3.1. Pojęcie i cel doskonalenia zawodowego	130
3.2. Aktualna wiedza i standardy medyczne	137
3.3. Ograniczenia działania zgodnego z aktualną wiedzą medyczną	144
3.4. Realizacja obowiązku doskonalenia zawodowego	148
4. Błąd medyczny a niepowodzenie w leczeniu	154
4.1. Zakres treściowy pojęcia błędu lekarskiego	154
4.2. Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych	160
4.3. Klasyfikacja błędów medycznych	164
4.4. Niepowodzenie w leczeniu	173
5. Bezpieczeństwo stosowania leków w praktyce medycznej	177
6. Wpływ stosowania technologii medycznych na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów	190
6.1. Wykorzystywanie osiągnięć rozwoju cywilizacyjnego	190
6.2. Pozytywne aspekty wykorzystywania technologii medycznych	196
6.3. Zagrożenia związane z wykorzystywaniem technologii teleinformatycznych	203

Rozdział III**Współodpowiedzialność pacjenta za bezpieczeństwo****opieki zdrowotnej 209**

1. Kto pyta nie błądzi, czyli o prawie pacjenta do informacji 209
2. Prawo do zasięgnięcia dodatkowej opinii innego lekarza 221
3. Prawo do zgłaszania niepożądanych działań
produktów leczniczych 226

Zakończenie 231**Bibliografia 235****Orzecznictwo 245**

WYKAZ SKRÓTÓW

Akty prawne

k.c.	– ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2020 r. poz. 1740 ze zm.)
k.k.	– ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2020 r. poz. 1444 ze zm.)
Konstytucja RP	– Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.)
k.p.	– ustawa z 26.06.1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2020 r. poz. 1320 ze zm.)
pr. farm.	– ustawa z 6.09.2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2021 r. poz. 1977 ze zm.)
u.d.l.	– ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711 ze zm.)
u.d.lab.	– ustawa z 27.07.2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 866 ze zm.)
u.p.p.	– ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849 ze zm.)
u.ś.o.z.	– ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.)
u.z.f.	– ustawa z 25.09.2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. z 2021 r. poz. 553 ze zm.)
u.z.farm.	– ustawa z 10.12.2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. z 2021 r. poz. 97 ze zm.)
u.z.felcz.	– ustawa z 20.07.1950 r. o zawodzie felczera (Dz.U. z 2021 r. poz. 742)
u.z.l.	– ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2021 r. poz. 790 ze zm.)

u.z.p.p.	–	ustawa z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 479 ze zm.)
ustawa o PRM	–	ustawa z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2021 r. poz. 2053 ze zm.)

Czasopisma, zbiory orzecznictwa

OTK	–	Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego
PiM	–	Prawo i Medycyna
Prok. i Pr.	–	Prokuratura i Prawo
RPEiS	–	Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny

Inne

NFZ	–	Narodowy Fundusz Zdrowia
NSA	–	Naczelny Sąd Administracyjny
PKB	–	produkt krajowy brutto
SA	–	sąd apelacyjny
SN	–	Sąd Najwyższy
SO	–	sąd okręgowy
SR	–	sąd rejonowy
TK	–	Trybunał Konstytucyjny
WSA	–	wojewódzki sąd administracyjny

WSTĘP

Każdy z nas, korzystając z opieki zdrowotnej, oczekuje, że udzielane mu świadczenia zdrowotne będą dla niego przede wszystkim bezpieczne. Może się to wydawać pewnego rodzaju absurdem, że po otrzymaniu fachowej pomocy medycznej, zamiast poprawy stanu zdrowia, może dojść do jego pogorszenia. Niemniej każdemu działaniu ludzkiemu towarzyszy ryzyko niepowodzenia. Pytanie tylko, czy podczas udzielania świadczeń zdrowotnych zrobiono wszystko, co było możliwe i w taki sposób, aby pozytywny skutek osiągnąć, czy też obrana droga postępowania była błędna lub działanie niestaranne, co w efekcie nie tylko nie przyniosło oczekiwanego rezultatu, ale sytuację zdrowotną pacjenta jeszcze pogorszyło? Może zdarzyć się tak, że planowany efekt terapeutyczny nie zostanie osiągnięty niezależnie od stopnia staranności osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, wszak każdy człowiek to odrębny organizm, o swoistej budowie i fizjologii, w którym zachodzą skomplikowane procesy i zapewne jeszcze nie wszystko w naukach medycznych zostało odkryte i poznane, by zaradzić każdemu problemowi zdrowotnemu. Nie bez znaczenia są także warunki udzielania świadczeń zdrowotnych. Presja czasu, jaka towarzyszy sytuacjom nagłym i niespodziewanym, stres i zmęczenie niejednokrotnie obecne wśród personelu medycznego, zwłaszcza w obliczu niedoboru kadr, nie sprzyjają podejmowaniu rozważnych, przemyślanych decyzji eliminujących ryzyko popełnienia błędu ze szkodą dla pacjenta.

Wszystko to powoduje, że problematyka bezpieczeństwa pacjenta jest nader aktualna i bardzo ważna z punktu widzenia praktyki medycznej. W jej obszarze realizują się działania spersonalizowane, ukierunkowane na udzielenie świadczenia zdrowotnego konkretnemu pacjentowi,

z uwzględnieniem jego indywidualnej sytuacji zdrowotnej. Oznacza to, że dla zapewnienia bezpieczeństwa na wszystkich etapach procesu terapeutycznego, oprócz przestrzegania ogólnych zasad organizacji ochrony zdrowia, niezbędne jest zaangażowanie osób udzielających świadczeń zdrowotnych, świadomych odpowiedzialności za bezpieczeństwo pacjenta oraz aktywność samego pacjenta, który powinien znać swoje prawa i obowiązki ciążące na nim jako beneficjencie usług zdrowotnych.

W niniejszym opracowaniu staramy się zwrócić uwagę na kluczowe kwestie związane z zapewnieniem bezpiecznej opieki zdrowotnej, zdając sobie jednocześnie sprawę, że nie wyczerpaliśmy zagadnienia z uwagi na jego obszerność i interdyscyplinarny charakter. Niemniej jednak żywimy nadzieję, że udzielone w nim wskazówki będą przydatne w codziennej praktyce medycznej.

Adresatem opracowania są wszyscy, ponieważ każdy z nas korzysta ze świadczeń zdrowotnych jako pacjent. Warto pamiętać, że pacjent jako podmiot oddziaływań zespołu terapeutycznego pełni w nim kluczową rolę, wszak wszystkie podejmowane działania ukierunkowane są na rozwiązanie jego problemu zdrowotnego, co powinno odbywać się przez jego pełne zaangażowanie zmierzające do aktywnego współdziałania i współodpowiedzialności za własne zdrowie.

Szczególne podziękowania kierujemy do recenzentów – Pani Profesor nauk medycznych Katarzyny Pawlak-Osińskiej i Pani Profesor nauk prawnych Małgorzaty Czuryk, których uwagi i sugestie były bardzo cenne. Z jednej strony bowiem odzwierciedlały spojrzenie na kwestię bezpieczeństwa pacjenta z perspektywy lekarza-praktyka, z drugiej zaś prezentowały pogląd prawnika, będących jednocześnie – jak każdy z nas – potencjalnymi pacjentami. Pozwoliło to na kompleksową ocenę opracowania i dostrzeżenie mankamentów, których usunięcie mogło tylko dzieło uczynić lepszym z korzyścią dla Czytelnika.

*Monika Sadowska
Wojciech Lis*

Rozdział I

PAŃSTWO JAKO GWARANT BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO

1. Konstytucyjne gwarancje bezpieczeństwa zdrowotnego

1.1. Wartość życia i zdrowia człowieka

Życie i zdrowie są dla człowieka wartościami najcenniejszymi, warunkującymi możliwość korzystania z innych wartości. Wśród nich fundamentalne znaczenie ma życie, które przesądza o istnieniu człowieka i nadaje sens wszystkiemu, co się z nim wiąże. Jakość życia uzależniona jest od stanu zdrowia, przez który rozumie się przede wszystkim wolność od chorób, co pozwala człowiekowi żyć pełnią życia. Z kolei za chorobę można uznać proces patologiczny, wywołujący zaburzenia czynnościowe organizmu¹. Szerszą definicję podaje Światowa Organizacja Zdrowia, według której zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia)². Zdrowie człowieka jest wypadkową

¹ P. Daniluk, *Cel leczniczy w świetle poglądów doktryny prawa*, PiM 2005/2, s. 42.

² Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York 19 June – 22 July 1946, Official Records of the World Health Organization no. 2, June 1948, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf;jsessionid=AECA261C63ED78CA2E6F302B2B6EAF4B?sequence=1 (dostęp: 10.04.2020 r.), s. 100.

różnych czynników: warunków pracy, stanu sanitarnego, stopnia zdatności wody, poziomu zanieczyszczenia powietrza, jakości żywności i żywienia, a także wypadkową stosunków międzyludzkich i sposobu życia³. Do najczęściej występujących wspólnych elementów różnych definicji zdrowia należą: dbałość o higienę, zapobieganie chorobom przez profilaktykę i wczesną diagnozę, kontrola zakażeń, zwalczanie chorób przez odpowiednio zorganizowaną i sprawnie działającą opiekę medyczną, promocja zdrowia fizycznego i psychicznego⁴.

Ochrona zdrowia, zdeterminowana przez instynkt samozachowawczy, stanowi przedmiot troski człowieka. Każdy chce cieszyć się życiem i możliwością samorealizacji, co byłoby niemożliwie lub przynajmniej znacznie ograniczone bez dobrego zdrowia. Niezależnie więc od jakichkolwiek działań ze strony prawodawcy człowiek świadomy wartości zdrowia we własnym zakresie podejmuje działania zmierzające do jego ochrony. Wynika to z jego natury. W związku z tym normatywne gwarancje ochrony prawa do zdrowia niczego nie wnoszą. Państwo nie jest w stanie zagwarantować jednostce dobrego zdrowia, może natomiast i powinno objąć je ochroną, której celem jest utrzymywanie zdrowia w stanie niepogorszonym (działania profilaktyczne) oraz podejmowanie działań zmierzających do poprawy stanu zdrowia bądź odzyskania go w razie jego pogorszenia bądź utraty (działania lecznicze). Jednak zadaniem władz publicznych jest troska o wszystkich członków społeczności państwowej, co oznacza, że prawo do zdrowia zyskuje zupełnie nowy kontekst. Gwarancje normatywne ukierunkowane są bowiem na ochronę zdrowia każdego człowieka, a w ujęciu zbiorowym na ochronę zdrowia publicznego, czyli dobra wielu ludzi. Wszakże „Rzeczpospolita Polska jest dobrem wspólnym wszystkich obywateli” (art. 1 Konstytucji RP), to znaczy, że państwo zobowiązane jest do zapewnienia bezpieczeństwa obywateli w każdej sferze życia, a więc także bezpieczeństwa

³ K. Wojtczak, *Problematyka prawna ochrony zdrowia w świetle norm i zasad międzynarodowych*, „Prawo i Administracja. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Biznesu w Pile” 2003/II, s. 70.

⁴ B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 221.

zdrowotnego, umożliwiającego normalne funkcjonowanie w grupie społecznej, która jest naturalnym punktem odniesienia człowieka.

Ochrona zdrowia publicznego to system działań stosujących wiedzę biomedyczną dla dobra ogółu, uwzględniający kryterium rozwoju i charakter kadr niezbędnych do skutecznego stosowania owej wiedzy. Chodzi zarówno o tę część wiedzy biomedycznej, która może być stosowana i w coraz większym stopniu jest stosowana przez lekarzy w identyfikacji czynników ryzyka utraty zdrowia i w rozwiązywaniu potrzeb zdrowotnych indywidualnych pacjentów, jak i o tę część wiedzy biomedycznej, która może być stosowana i w coraz większym stopniu faktycznie jest stosowana do zaspokajania zbiorowych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa przez lekarzy zdrowia publicznego (tzw. niekliniczne działania służby zdrowia), wreszcie o zastosowania tej części wiedzy biomedycznej, która rozwinęła się w ramach innych dyscyplin naukowych – od nauk biologicznych, technicznych po nauki społeczne, i która może być, i jest stosowana na rzecz poprawy „warunków zdrowotnych” ogółu ludności, tj. wykształcenia, zatrudnienia, warunków pracy, nauczania, mieszkania, zbiorowego spożycia, transportu i komunikacji, wypoczynku i rozrywki, rodzaju odzieży, bezpieczeństwa socjalnego, a nawet swobód obywatelskich (tzw. pozalekarski system działań na rzecz ogółu)⁵.

1.2. Prawo do ochrony życia

Prawo do ochrony zdrowia to przede wszystkim prawo do zachowania życia i jego ochrony, kiedy jest ono zagrożone. Nie dziwi zatem definowanie prawa do ochrony zdrowia przez pryzmat powiązania go z ochroną życia, zagwarantowaną w art. 38 Konstytucji RP, zgodnie z którym „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia”. Wartości te są wzajemnie sprzężone, działania zmierzające do ochrony życia chronią bowiem także zdrowie i odwrotnie – ochrona

⁵ J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, Warszawa 2009, s. 17.

zdrowia przyczynia się do ochrony życia⁶. W wymiarze doczesnym ludzkiego bytowania życie człowieka jest wartością najbardziej podstawową, a prawo do życia prawem fundamentalnym⁷. Ochrona zdrowia to jednocześnie ochrona życia immanentnie związanego z godnością człowieka, której poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych. Nie można mówić o ochronie godności, jeżeli nie zostały stworzone wystarczające podstawy do ochrony życia. Prawo do ochrony zdrowia należy zatem rozumieć przede wszystkim jako prawo do zachowania życia i jego ochrony, gdy jest ono zagrożone⁸. Skoro prawo do ochrony zdrowia jest istotowo połączone z godnością i normatywnie z nią sprzężone, to nie może podlegać innym niż konstytucyjne ograniczeniom. Wyjątkiem jest jeden z socjalnych komponentów tego prawa, czyli prawo do opieki zdrowotnej, którego treść i zakres podlega ustawowym modyfikacjom⁹.

Zachowanie życia warunkuje możliwość realizacji przez człowieka wszelkich innych wartości i praw. Należy podkreślić, że to, co nie budzi wątpliwości dotyczy ochrony życia rozumianej jako ochrona biologicznej egzystencji człowieka. Jest to prawo wobec państwa pierwotne, co oznacza, że państwo nie może przyznać go człowiekowi, a jedynie może podkreślić jego istnienie i znaczenie, obejmując je szczególną ochroną. W konsekwencji na organach państwa spoczywa obowiązek stanowienia takiego prawa, które chroniłoby życie, i to życie każdego człowieka niezależnie od tego, w jakiej znajduje się sytuacji¹⁰. Jeżeli państwo w sposób dowolny mogłoby kształtować prawo do ochrony życia, to także zakres swojej odpowiedzialności za jego zabezpieczenie mogłoby relatywizować do dowolnych treści i do dowolnie ukształtowanego zakresu jego ochrony¹¹.

⁶ A. Rabiega, *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniach podmiotów administrujących w sferze opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009, s. 13.

⁷ M. Zdyb, *Współczesne aksjologiczne dylematy realizacji prawa do ochrony zdrowia przez władze publiczne i odpowiedzialności z tym związanej* [w:] *Odpowiedzialność w ochronie zdrowia*, red. M. Zdyb, E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichocka, Warszawa 2018, s. 5.

⁸ Wyrok TK z 7.01.2004 r., K 14/03, OTK-A 2004/1, poz. 1.

⁹ R. Tabaszewski, *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Lublin 2016, s. 171.

¹⁰ Wyrok TK z 7.01.2004 r., K 14/03, OTK-A 2004/1, poz. 1.

¹¹ M. Zdyb, *Współczesne...*, s. 7.

Prawo do ochrony zdrowia, w połączeniu z prawem do życia, określa sytuację egzystencjalną człowieka. Poza tym przesądza o możliwość korzystania z wielu innych wolności i praw¹². Życie determinuje istnienie i korzystanie z wszelkich wolności i praw. Oznacza to, że prawo do życia, rozumiane jako trwanie istoty ludzkiej, ma charakter bezwarunkowy. Gdyby nie prawo do życia, żadne inne prawo nie mogłoby po prostu zaistnieć. Wszelkie inne prawa, takie chociażby jak prawo do: życia w pokoju, wolności, pracy, słusznej płacy i zabezpieczeń socjalnych, nie miałyby najmniejszego sensu dla jednostki pozbawionej prawa do istnienia. Jednocześnie prawo do życia pozostaje najważniejszym gwarantem ludzkiej godności, a zarazem jest z nią immanentnie związane, jego ochrona zaś przez władzę publiczną jest uznawana za jedną z podstawowych przesłanek realizacji zasady przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka¹³.

Mając powyższe argumenty na uwadze, należy wyraźnie podkreślić, że prawo do ochrony zdrowia to nie deklaracja intencji albo norma programowa tylko wyrazisty imperatyw kategoryczny, ponieważ prawo to przez bezpośrednie powiązanie z prawem do życia stanowi kwintesencję godności człowieka. Taki stan rzeczy prowadzi do konkluzji, że korelatem prawa do ochrony zdrowia są stosowne obowiązki państwa i innych podmiotów gwarantujące nie tylko nakaz odpowiedniego ich zachowania, ale też podejmowania aktywności, która byłaby kluczową gwarancją bezpieczeństwa człowieka ujmowanego w perspektywie kształtowania optymalnego modelu realizacji tego prawa¹⁴.

1.3. Prawo do ochrony zdrowia

Prawo do ochrony zdrowia zostało uregulowane w art. 68 Konstytucji RP, w rozdziale II poświęconym wolnościom, prawom i obowiązkom człowieka i obywatela, dokładnie w części dotyczącej wolności i praw

¹² M. Bartoszewicz [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. M. Haczkowska, Warszawa 2014, art. 68, pkt 2.

¹³ Wyrok TK z 23.03.1999 r., K 2/98, OTK 1999/3, poz. 38.

¹⁴ M. Zdyb, *Współczesne...*, s. 9–10.

ekonomicznych, socjalnych i kulturalnych. Trybunał Konstytucyjny uznał prawo do ochrony zdrowia za typowe prawo socjalne w wąskim tego słowa znaczeniu¹⁵. Prawa socjalne mają co do zasady charakter norm programowych wymagających określonego działania ze strony władz publicznych w celu zabezpieczenia ich realizacji¹⁶. Ze swojego charakteru normy programowe kierowane są wyłącznie do władz publicznych. Prawo do ochrony zdrowia, ujmowane jako norma programowa, określa cele polityki społecznej państwa, które mają być związane z zagwarantowaniem każdemu ochrony zdrowia przez tworzenie efektywnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia¹⁷. Artykuł 68 ust. 1 Konstytucji RP zawiera więc normę programową, która nakazuje władzy publicznej realizację jasno określonego celu, bez precyzyjnego wskazania, jak kształtuje się sytuacja prawna obywatela, w stosunku do którego cel ów ma zostać osiągnięty, dlatego też przepis ten nie nadaje się do bezpośredniego stosowania.

Poza tą podstawową regulacją Konstytucja RP jeszcze w kilku miejscach odnosi się do ochrony zdrowia, co świadczy o wadze, jaką prawodawca przywiązuje do ochrony tego dobra. Poza regulacjami wynikającymi z kolejnych ustępów art. 68 Konstytucji RP do zdrowia odnosi się art. 31 ust. 3 Konstytucji RP (wymieniający zdrowie jako jedną z wartości, ze względu na którą dopuszczalne jest ograniczanie innych konstytucyjnych wolności i praw), art. 53 ust. 5 Konstytucji RP (dopuszczający możliwość ograniczenia wolności uzewnętrzniania religii, jeżeli jest to konieczne do ochrony zdrowia), art. 76 Konstytucji RP (zobowiązujący władze publiczne do ochrony konsumentów, użytkowników i najemców przed działaniami zagrażającymi ich zdrowiu), art. 131 ust. 2 Konstytucji RP (wskazujący stan zdrowia jako przeszkodę w sprawowaniu urzędu Prezydenta RP).

Należy podkreślić, że konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia zostało uregulowane bardzo ogólnie. Stosownie do art. 68 ust. 1 Konstytucji RP

¹⁵ Wyrok TK z 24.02.2004 r., K 54/02, OTK-A 2004/2, poz. 10.

¹⁶ M. Piechota, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia jako prawo socjalne i prawo podstawowe*, „Roczniki Administracji i Prawa. Teoria i Praktyka” 2012/XII, s. 93.

¹⁷ M. Piechota, *Konstytucyjne...*, s. 36.

„Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”. Sformułowanie „każdy” oznacza, że prawo do ochrony zdrowia nie zależy od posiadania obywatelstwa polskiego, nie zależy także od statusu społecznego, wykształcenia, wyznania czy innych czynników. Przysługuje ono w równym stopniu Polakom i cudzoziemcom, osobom pracującym i bezrobotnym, ubezpieczonym i nieubezpieczonym¹⁸. Prawodawca czyni adresatem tego prawa każdego człowieka znajdującego się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W konsekwencji prawo do ochrony zdrowia w ujęciu konstytucyjnym to prawo człowieka. Konstytucja RP wyklucza jakiekolwiek wyłączenia podmiotowe z zakresu jego działania. Wynika stąd, że beneficjentem prawa do ochrony zdrowia jest każdy, niezależnie od obywatelstwa czy ubezpieczenia uprawniającego do korzystania z systemu ochrony zdrowia. Prawo do ochrony zdrowia ma więc charakter powszechny. Ochrona zdrowia wiąże się niewątpliwie z innymi prawami konstytucyjnymi, zwłaszcza z godnością człowieka i prawną ochroną życia¹⁹.

O ile beneficjentem konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia jest każdy człowiek, o tyle adresatem obowiązku sformułowania zasad realizacji tego prawa, warunków i zakresu udzielania świadczeń zdrowotnych są władze publiczne, czyli „wszelkie podmioty, organy i instytucje o państwowym lub samorządowym charakterze, które sprawują kompetencje władcze bądź w sprawowaniu tych kompetencji uczestniczą”²⁰. Obowiązkiem władz publicznych jest podejmowanie odpowiednich środków, by zabezpieczyć życie i zdrowie wszystkich podlegających jego jurysdykcji. W związku z tym są one zobowiązane do zapewnienia odpowiedniej infrastruktury służącej efektywnemu funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia (w szczególności odpowiedniej liczby podmiotów leczniczych, właściwie rozmieszczonych na terytorium państwa) – po to, by każda osoba potrzebująca konkretnego świadczenia była w stanie uzyskać je w stosownym czasie, umożliwiającym uratowanie życia czy powrót do zdrowia²¹.

¹⁸ M. Gawrońska, *Prawo do ochrony zdrowia na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2014/2, s. 10.

¹⁹ Wyrok TK z 7.01.2004 r., K 14/03, OTK-A 2004/1, poz. 1.

²⁰ P. Brzeziński, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia w świetle derywacyjnej koncepcji wykładni*, RPEiS 2011/1, s. 46.

²¹ Wyrok TK z 26.09.2013 r., K 22/12, OTK-A 2013/7, poz. 95.

Niedopuszczalne jest, by ktokolwiek był poddawany dyskryminacji w zakresie prawa do ochrony zdrowia z jakiejkolwiek przyczyny. Przy czym „[...] konstytucyjne prawo obywateli do ochrony zdrowia [...] nie może być rozumiane jako całkowite zdjęcie z obywateli troski o ochronę zdrowia, zwolnienie ich z przezorności, zapobiegliwości i oszczędności oraz przeniesienie na państwo całego ryzyka niekorzystnych dla obywatela zdarzeń. Wysiłek państwa może się koncentrować – i nie będzie to sprzeczne z konstytucją – przede wszystkim na zapobieganiu, a jeżeli już się zdarzą, to na rekompensowaniu skutków takich zdarzeń, które są na tyle dotkliwe dla obywatela, że zawodna okazała się jego własna przezorność i zapobiegliwość”²². Prawa do ochrony zdrowia nie można bowiem ograniczyć wyłącznie do zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Przedmiotem ochrony art. 68 Konstytucji RP jest zdrowie. Treść prawa do ochrony zdrowia wyznacza całokształt norm konstytucyjnych, ale przede wszystkim pojęcia „ochrona zdrowia” (art. 68 ust. 1), „opieka zdrowotna” (art. 68 ust. 3) oraz „świadczenia opieki zdrowotnej” (art. 68 ust. 2). Na gruncie Konstytucji RP nie została sformułowana definicja legalna żadnego z tych pojęć, nie taka jest bowiem jej rola. Odwołując się do dyrektyw wykładni językowej, a w szczególności zakazu wykładni synonimicznej, zgodnie z którym pojęciom, różnym zwrotom, występującym w obrębie tego samego aktu normatywnego, należy przypisywać odmienny sens, trzeba przyjąć, że spośród wymienionych w Konstytucji RP określeń „ochrona zdrowia” jest pojęciem znaczeniowo najszerszym, obejmującym swym zakresem pojęcie opieki zdrowotnej, będącej tylko jednym z elementów systemu ochrony zdrowia, której z kolei elementem składowym są „świadczenia opieki zdrowotnej”²³.

Prawo do ochrony zdrowia z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP nie jest tożsame z prawem do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, o którym stanowi art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, mimo że te stanowią podstawowy komponent prawa do ochrony zdrowia. Wywnika stąd, że treścią prawa do ochrony zdrowia jest nie tylko możliwość

²² Orzeczenie TK z 19.11.1996 r., K 7/95, OTK 1996/6, poz. 49.

²³ Wyrok TK z 22.07.2008 r., K 24/07, OTK-A 2008/6, poz. 110.

korzystania z systemu ochrony zdrowia utożsamianego z dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej. Ma ono znacznie szerszy zakres i obejmuje nie tylko działania naprawcze, kiedy wymaga tego sytuacja zdrowotna, lecz także działania profilaktyczne, mające na celu utrzymanie stanu zdrowia na możliwie najwyższym poziomie bez konieczności korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej.

1.4. Charakter prawny prawa do ochrony zdrowia

Treścią prawa do ochrony zdrowia jest możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie chorób, urazów i niepełnosprawności oraz zapobieganie im. Ochrona zdrowia mieści się w szerszym pojęciu ochrony życia, które państwo zapewnia każdemu człowiekowi (art. 38 Konstytucji RP). Obowiązek państwa ochrony zdrowia oznacza podejmowanie działań służących zdrowiu, których jednym z przejawów jest zorganizowanie efektywnego systemu ochrony zdrowia, czyli takiego, który spełni swoją funkcję. Warunki realizacji prawa do ochrony zdrowia określa ustawodawca. Przepisy Konstytucji RP stanowią jedynie pewien wzorzec określający w sposób ogólny ramy zabezpieczenia społecznego oraz realizowania prawa do ochrony zdrowia, kierunki polityki państwa, które adresowane są głównie do organów prawodawczych. Są zatem źródłem gwarancji, ale nie praw podmiotowych obywatela dla zabezpieczenia społecznego, które dopiero konkretyzują się w ustawach. Oznacza to, że Konstytucja RP, statuując prawo obywatela do ochrony zdrowia i pomocy w zabezpieczeniu jego egzystencji, wskazuje równocześnie, że zakres i formy tego zabezpieczenia określa ustawa²⁴.

Prawo do ochrony zdrowia wyraża publiczne prawo podmiotowe jednostki oraz obiektywny nakaz podejmowania przez władze publiczne takich działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa²⁵. Przez prawo podmiotowe rozumie się powszechnie taką normę, która po pierwsze wskazuje ściśle określonego adresata (obywatel,

²⁴ Wyrok NSA z 23.05.2017 r., I OSK 3467/15, LEX nr 2323369.

²⁵ Wyrok TK z 23.03.1999 r., K 2/98, OTK 1999/3, poz. 38.

inny podmiot), po drugie daje możliwość wyboru zachowania się (czyli spełnienia lub niespełnienia tej normy) adresatowi normy, który może, zależnie od tego, czy chce dochodzić swoich praw czy nie, odpowiednio się zachować i po trzecie kształtuje sytuację prawną adresata normy²⁶. O prawie podmiotowym można mówić, jeżeli znane są: podmiot prawa, podmiot zobowiązany do realizacji tego prawa (adresat), obowiązek adresata do określonego zachowania (działania bądź zaniechania) i roszczenie po stronie podmiotu uprawnionego do realizacji obowiązku adresata²⁷. Istotne jest, by jednostka miała zagwarantowane mechanizmy i instrumenty prawne, które będą pozwalały dochodzić określonych praw. Z konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia nie wynikają jednak konkretne roszczenia o udzielenie świadczenia zdrowotnego²⁸.

W doktrynie nie ma zgody co do tego, czy prawo do ochrony zdrowia jest prawem człowieka w tym sensie, że umożliwia powoływanie się na nie i żądanie jego realizacji przed sądem powszechnym lub Trybunałem Konstytucyjnym, czy też jest to tylko norma programowa, adresowana do władz publicznych i określająca cel ich działania w tym zakresie. „Postanowienia konstytucyjne o charakterze programowym są normami prawnymi wyznaczającymi cele i etapy działania państwa oraz środki ich realizacji. Można je odróżniać od norm ustawy zasadniczej zawierających podstawowe zasady (np. demokratycznego państwa prawnego), nakazy konstytucyjne (np. zapewnienia równouprawnienia kobiet i mężczyzn) czy norm wymagających rozwinięcia w ustawie (np. prawa matek z dziećmi przed i po urodzeniu do szczególnej pomocy władz publicznych). Zwane są niekiedy przepisami o odroczonej czy niebezpośrednim stosowaniu. [...] Postanowienia programowe nie pozwalają obywatelom czy innym podmiotom na ich powoływanie w celu sądowego zapewnienia ich wykonania. Odzwierciedlają swoją treścią najczęściej oczekiwania, zwłaszcza w zakresie praw socjalnych, ale nie

²⁶ J. Trzcziński, M. Wiącek [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. II, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016, art. 68, pkt 5.

²⁷ L. Garlicki [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. III, red. L. Garlicki, Warszawa 2003, rozdz. II, s. 3 i n.

²⁸ Wyrok NSA z 29.01.2009 r., II OSK 101/08, LEX nr 515987.

formułują praw podmiotowych”²⁹. Przepis art. 68 Konstytucji RP jest tak sformułowany, aby nie mógł stworzyć po stronie obywatela żadnych roszczeń, żadnych praw podmiotowych, być może z wyjątkiem ust. 1, jeśli go czytać w oderwaniu od pozostałych przepisów. Jednak to, że jest tak sformułowany, nie oznacza, iż nie można z niego wyciągnąć innych wniosków, wychodząc z założenia, że Konstytucja RP jest „najwyższym prawem Rzeczypospolitej Polskiej” (art. 8 ust. 1 Konstytucji RP). Wobec tego treść art. 68 Konstytucji RP daje możliwość odtworzenia minimum obowiązków państwa, które składają się na istotę prawa podmiotowego wynikającego z tego przepisu³⁰, tym bardziej że nawet konstytucyjne normy programowe gwarantują minimum praw obywatela w określonym zakresie, któremu odpowiada minimum obowiązków władzy publicznej³¹.

Normy programowe mogą być bowiem odczytywane w taki sposób, że jest w nich zakodowane minimum praw obywatela. To minimum praw obywatela jest odpowiednikiem minimum obowiązków ciążących na władzy publicznej, zawartych w przepisach programowych. Ta konstrukcja odpowiedzialności władzy publicznej urzeczywistniających minimum praw obywatela daje podstawę, by uznać, że także na podstawie norm programowych obywatel może dochodzić swoich praw. Nie może przecież być tak, że postanowienia dotyczące praw ekonomicznych, socjalnych i kulturalnych będą odczytywane jedynie jako deklaracja czy manifest określający cele państwa, bo taka interpretacja przepisów ustawy zasadniczej byłaby sprzeczna z tezą o tym, że Konstytucja jest najwyższym prawem³². Oznaczałoby to, że Konstytucja RP jest jedynie zbiorem idei pozbawionych normatywnej treści. Należy więc podkreślić coraz częściej pojawiające się głosy, że prawo do ochrony zdrowia, które duża część doktryny i orzecznictwa sprowadziła do

²⁹ K. Complak [w:] *Konstytucje Rzeczypospolitej oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 roku*, red. J. Boć, Wrocław 1998, art. 5, s. 23.

³⁰ J. Trzcíński, M. Wiącek [w:] *Konstytucja...*, t. II, red. L. Garlicki, M. Zubik, art. 68, pkt 5.

³¹ P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2000, s. 91.

³² J. Trzcíński, M. Wiącek [w:] *Konstytucja...*, t. II, red. L. Garlicki, M. Zubik, art. 68, pkt 8.

absurdu, traktując je jako normę programową, a więc w gruncie rzeczy sprowadziła przepisy art. 68 Konstytucji RP do deklaracji intencji, życia i zdrowia ujmowanego w makiawelicznych kategoriach celów władz, na pewno nie wynika wprost z art. 68 Konstytucji RP, a nawet gdyby takie rozumienie miało jakieś uzasadnienie, to jednak zapomina się, że norma prawna, także ta, którą wyprowadza się z Konstytucji RP, nie jest tylko konsekwencją brzmienia jednego konkretnego przepisu, ale wynika z ukształtowanego przez Konstytucję RP systemu prawa, wartości, podstaw aksjologicznych, a także z systemu norm, reguł i zasad pozasystemowych³³. Przyjęcie stanowiska, że prawo do ochrony zdrowia stanowi wyłącznie normę programową deprecjonowałoby wartość zdrowia i w konsekwencji życia ludzkiego.

Konstytucja RP określa ramy prawa do ochrony zdrowia, natomiast zasadniczą rolę w kształtowaniu struktury i treści tego prawa odgrywa ustawodawca, który w drodze ustawy wyznacza jego granice, ustrój podmiotów leczniczych, system organów odpowiedzialnych za ochronę zdrowia, a w szczególności zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz jej finansowania³⁴. Nie ulega bowiem wątpliwości, że prawo do ochrony zdrowia w bezpośredni sposób uwarunkowane jest interesami ekonomicznymi państwa. Obowiązki władzy publicznej określone w art. 68 ust. 1 Konstytucji RP mają wprowadzić na cel interes niemajątkowy – zdrowie człowieka, ale ich charakter jest w przeważającym stopniu ekonomiczny, co więcej, jest uzależniony od źródeł finansowania i możliwości budżetu państwa. Ustawodawca, określając granice prawa do ochrony zdrowia, musi zatem nie tylko brać pod uwagę cele tego prawa, ale też respektować obowiązki wynikające z zasady równowagi budżetowej³⁵. Przyjęte rozwiązanie oznacza więc, że zakres przedmiotowy prawa do ochrony zdrowia wyznacza decyzja ustawodawcy zdeterminowana względami politycznymi i uwarunkowaniami ekonomicznymi. W związku z tym nie dziwi fakt, że prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest podmiotowo ograniczone wyłącznie do obywateli polskich, pod-

³³ M. Zdyb, *Współczesne...*, s. 14.

³⁴ Wyrok TK z 7.01.2004 r., K 14/03, OTK-A 2004/1, poz. 1.

³⁵ Wyrok TK z 5.12.2013 r., K 27/13, OTK-A 2013/9, poz. 134.

czas gdy podmiotowo i zakresowo od niego szersze prawo do ochrony zdrowia przyznane jest każdemu.

Należy zatem podkreślić trafność spostrzeżenia, że treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest naturalnie jakiś abstrakcyjnie określony stan zdrowia, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności³⁶. Prawu temu odpowiada obowiązek państwa podejmowania działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa³⁷.

1.5. Obowiązki władzy publicznej związane z ochroną zdrowia

Gwarantowaną w art. 68 ust. 1 Konstytucji RP ochronę zdrowia doprecyzowują, chociaż jej nie wyczerpują, przepisy art. 68 ust. 2–5 Konstytucji RP, które określają na różnym poziomie szczegółowości obowiązki władzy publicznej w ochronie zdrowia: zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (art. 68 ust. 2); zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku (art. 68 ust. 3); zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska (art. 68 ust. 4) oraz popierania rozwoju kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży (art. 68 ust. 5). Nie ulega wątpliwości, że przepisy te podporządkowane są zasadniczemu celowi – ochronie zdrowia. Władze publiczne mogą i powinny realizować prawo do ochrony zdrowia na wiele różnych sposobów, niekoniecznie przez zagwarantowanie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Do realizacji prawa do ochrony zdrowia nie dochodzi bowiem tylko w momencie korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, ponieważ prawo do ochrony zdrowia to nie tylko możliwość uzyskania świadczeń służących do jego

³⁶ Wyrok TK z 7.01.2004 r., K 14/03, OTK-A 2004/1, poz. 1.

³⁷ Wyrok TK z 23.03.1999 r., K 2/98, OTK 1999/3, poz. 38.