

SKŁADKA ZDROWOTNA ROLNIKÓW A ZASADY UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Paweł Lenio

SKŁADKA ZDROWOTNA ROLNIKÓW A ZASADY UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Paweł Lenio

SERIA **MONOGRAFIE**

Wydanie publikacji zostało dofinansowane przez
Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego

Stan prawny na 1 lutego 2026 r.

Paweł Lenio, nr ORCID: 0000-0002-9364-7318

Recenzent
Prof. dr hab. Jacek Wantoch-Rekowski

Wydawca
Grzegorz Jarecki

Redaktorka prowadząca
Paulina Ambroży

Opracowanie redakcyjne
Agnieszka Witczak

Projekt okładek serii
Wojtek Janikowski, Przemek Dębowski

The logo for 'prawolubni' features the word in a lowercase, serif font. A small heart symbol is positioned above the letter 'i'. Below the text, there are two horizontal wavy lines that resemble a stylized underline or a decorative flourish.

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.

Szanujemy prawo i własność
Więcej na www.legalnakultura.pl
Polska Izba Książki

© Copyright by Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2026

ISBN 978-83-8438-197-7
ISSN 1897-4392

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.
Dział Zarządzania Prawami Autorskimi i Treściami
01-208 Warszawa, ul. Przykopowa 33
tel. +48 692 477 076
e-mail: PL-ksiazki@wolterskluwer.com
księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	9
Wstęp	13
Rozdział I	
Konstytucyjnoprawne gwarancje prawa do ochrony zdrowia...	21
1.1. Wprowadzenie	21
1.2. Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia.....	22
1.3. Konstytucyjne ramy organizacji i finansowania ochrony zdrowia	31
1.4. Podsumowanie.....	40
Rozdział II	
Instrumenty prawnofinansowe systemu ochrony zdrowia.....	43
2.1. Wprowadzenie	43
2.2. Podstawy normatywne systemu finansowania ochrony zdrowia.....	44
2.3. Powszechne ubezpieczenie zdrowotne jako podstawowy sposób finansowania ochrony zdrowia	56
2.4. Budżet państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego w systemie finansowania ochrony zdrowia.....	78
2.5. Podsumowanie.....	104
Rozdział III	
Zasady powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego	107
3.1. Wprowadzenie	107

3.2. Zasada równego traktowania.....	108
3.3. Zasada solidarności społecznej.....	127
3.4. Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.....	145
3.5. Podsumowanie.....	155

Rozdział IV

Składka na ubezpieczenie zdrowotne rolników

i ich domowników.....	157
4.1. Wprowadzenie.....	157
4.2. Nowa konstrukcja składki zdrowotnej.....	159
4.2.1. Grupy ubezpieczonych objęte ciężarem ubezpieceniowym.....	159
4.2.2. Podstawa wymiaru i stawka składki zdrowotnej...	178
4.2.3. Znaczenie zbiegów ubezpieczeniowych i technika poboru składki zdrowotnej.....	195
4.3. Charakter prawny składki zdrowotnej.....	200
4.4. Zasady ustalania i opłacania składki zdrowotnej rolników i ich domowników.....	204
4.4.1. Zasady ustalania wysokości składki zdrowotnej rolników i ich domowników.....	204
4.4.2. Procedura poboru składki zdrowotnej rolników i ich domowników.....	211
4.5. Podsumowanie.....	213

Rozdział V

Finansowanie ubezpieczenia zdrowotnego a dostęp

do świadczeń zdrowotnych.....	217
5.1. Wprowadzenie.....	217
5.2. Nabycie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego....	218
5.3. Wysokość składki zdrowotnej a zakres świadczeń zdrowotnych.....	221
5.4. Podsumowanie.....	226

Rozdział VI**Opodatkowanie działalności rolniczej podatkiem****dochodowym i podatkiem rolnym**..... 227

6.1. Wprowadzenie 227

6.2. Obciążenie działalności rolniczej podatkiem
dochodowym..... 2286.3. Obciążenie działalności rolniczej podatkiem
majątkowym..... 234

6.4. Podsumowanie..... 241

Zakończenie 243**Bibliografia**..... 267

WYKAZ SKRÓTÓW

Akty prawne

- | | |
|--------------------------|--|
| dyrektywa transgraniczna | - dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9.03.2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.Urz. UE L 88, s. 45) |
| EKPC | - Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzona w Rzymie dnia 4.11.1950 r. (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.) |
| k.c. | - ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2025 r. poz. 1071 ze zm.) |
| Konstytucja PRL | - Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z 22.07.1952 r. (Dz.U. z 1976 r. Nr 7, poz. 36 ze zm.) – akt archiwalny |
| 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 2025 r. poz. 277 ze zm.) |
| MPPGSiK | - Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych z 19.12.1966 r. (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169) |
| MPPOiP | - Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z 19.12.1966 r. (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167) |
| TFUE | - Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (wersja skonsolidowana: Dz.Urz. UE C 202 z 7.06.2016 r., s. 47) |
| u.d.l. | - ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r. poz. 450 ze zm.) |
| u.f.p. | - ustawa z 27.08.2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1483 ze zm.) |
| u.p.d.o.f. | - ustawa z 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 163 ze zm.) |

u.p.o.l.	–	ustawa z 12.01.1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz.U. z 2025 r. poz. 707 ze zm.)
u.p.r.	–	ustawa z 15.11.1984 r. o podatku rolnym (Dz.U. z 2025 r. poz. 1344)
u.PRM	–	ustawa z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2025 r. poz. 91 ze zm.)
u.s.g.	–	ustawa z 8.03.1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2025 r. poz. 1153 ze zm.)
u.s.p.	–	ustawa z 5.06.1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz.U. z 2025 r. poz. 1684)
u.s.u.s.	–	ustawa z 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 350 ze zm.)
u.s.w.	–	ustawa z 5.06.1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. z 2025 r. poz. 581 ze zm.)
u.ś.o.z.	–	ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.)
u.u.s.r.	–	ustawa z 20.12.1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. z 2025 r. poz. 1770)

Czasopisma, publikatory, zbiory orzecznictwa

Annales UMCS	–	Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska
AUWr.	–	Acta Universitatis Wratislaviensis
Dz.U.	–	Dziennik Ustaw
Dz.Urz. UE	–	Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej
M.P.	–	Monitor Polski
OSNP	–	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych
OTK	–	Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego
OTK-A	–	Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego, Seria A
PiP	–	Państwo i Prawo
PiZS	–	Praca i Zabezpieczenie Społeczne

Inne

CBOSA	–	Centralna Baza Orzeczeń Sądów Administracyjnych
EFTA	–	Europejskie Stowarzyszenie Wolnego Handlu
j.s.t.	–	jednostka/jednostki samorządu terytorialnego
KRUS	–	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
M.P.	–	Monitor Polski
NFZ/Fundusz	–	Narodowy Fundusz Zdrowia
NSA	–	Naczelny Sąd Administracyjny
PRM	–	Państwowe Ratownictwo Medyczne

RP	-	Rzeczpospolita Polska
SA	-	sąd apelacyjny
SN	-	Sąd Najwyższy
s.p.z.o.z.	-	samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej / samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej
TK	-	Trybunał Konstytucyjny
UE	-	Unia Europejska
WHO	-	Światowa Organizacja Zdrowia
WSA	-	wojewódzki sąd administracyjny
ZUS	-	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

WSTĘP

Po transformacji ustrojowej przeprowadzonej w Polsce na przełomie lat 80. i 90. XX w. system ochrony zdrowia w dalszym ciągu opierał się na budżetowej metodzie finansowania ochrony zdrowia. Zadania publiczne z zakresu ochrony zdrowia były finansowane bezpośrednio z budżetu państwa. Po przywróceniu samorządu terytorialnego część zadań była również finansowana z budżetów samorządowych.

Transformacja ustrojowa nie dotknęła zatem systemu ochrony zdrowia. Problemy w nim występujące były jednak determinowane ogólną sytuacją gospodarczą państwa. Zasadnicza reforma polskiego systemu zdrowotnego rozpoczęła się w 1997 r. Miała ona charakter kompleksowy i dotyczyła reorganizacji systemu oraz zmiany zasad jego finansowania.

Ustawodawca zrezygnował z budżetowej metody finansowania ochrony zdrowia na rzecz modelu opartego na rozwiązaniach niemieckich. Wprowadzony został bowiem system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w jego pierwotnej wersji oparty na działalności kas chorych. Rezygnacja z finansowania ochrony zdrowia wydatkami budżetowymi skutkowałą koniecznością wprowadzenia innego źródła finansowania. Skoro nowy system został skonstruowany jako model ubezpieczeniowy, to głównym źródłem jego finansowania, choć nie jedynym, stała się składka na ubezpieczenie zdrowotne będąca odrębną od podatku daniną publiczną.

System ochrony zdrowia wykorzystujący ubezpieczeniową metodę finansowania funkcjonuje w zmienionej wersji do dziś, a bez przychodów

Narodowego Funduszu Zdrowia¹ z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne nie jest możliwe jego utrzymanie. Na przestrzeni prawie trzydziestu lat obowiązywania modelu ubezpieczeniowego zmienił się przysługujący ubezpieczonym zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych na wypadek wystąpienia ryzyka objętego ochroną ubezpieczeniową, zmienił się również organizator systemu. Zrezygnowano bowiem z instytucji kas chorych na rzecz jednego podmiotu odpowiadającego za organizację i finansowanie świadczeń zdrowotnych w postaci NFZ. Zmianom uległa również konstrukcja prawna składki zdrowotnej.

Przedmiotem badań w niniejszej monografii jest problematyka obciążeń publicznoprawnych osób prowadzących działalność rolniczą związanych z obowiązkiem opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne w kontekście ustawowo wyrażonych zasad ubezpieczenia zdrowotnego. Sposób ustalania wysokości należnej składki na ubezpieczenie zdrowotne nie został przez ustawodawcę uregulowany jednolicie dla wszystkich grup ubezpieczonych. Konstrukcja prawna składki nie jest jednakowa dla wszystkich. Istnieje zatem zróżnicowanie w wysokości opłacanej składki zdrowotnej pomiędzy określonymi grupami ubezpieczonych.

Badania dotyczą zatem zgodności konstrukcji składki zdrowotnej jednej z grup zawodowych w postaci osób prowadzących działalność rolniczą w formie gospodarstw rolnych z wyrażonymi przez ustawodawcę *expressis verbis* zasadami ubezpieczenia zdrowotnego. Są to: zasada równego traktowania, zasada solidarności społecznej, zasada zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem. Poza zakresem badań pozostaje relacja składki zdrowotnej rolników do zasad organizacji i finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia wynikających z Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej², a przede wszystkim z jej art. 68. Konstytucyjne wymogi w zakresie kształtowania zasad organizacji i finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia mają jednak istotne znaczenie dla interpretacji

¹ Dalej powoływany jako „Fundusz” lub „NFZ”.

² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.).

treści ustawowo wyrażonych zasad powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i w niezbędnym zakresie będą podlegały szczegółowej analizie.

Mając tak ukształtowany zakres przedmiotowy prowadzonych badań, należy wskazać, że podstawowym celem niniejszej monografii jest ustalenie, w jakim stopniu przyjęta przez ustawodawcę konstrukcja prawna składki zdrowotnej osób prowadzących działalność rolniczą jest zgodna z zasadami ubezpieczenia zdrowotnego wyrażonymi wprost w ustawie. Autor jako hipotezę badawczą przyjmuje stwierdzenie, że konstrukcja prawna składki zdrowotnej osób prowadzących działalność rolniczą jest niezgodna z ustawowo wskazanymi zasadami ubezpieczenia zdrowotnego.

Tak sformułowanemu celowi podporządkowano podział treści monografii na poszczególne rozdziały. Badania naukowe prowadzone w każdym z rozdziałów będą realizowały określone dla danego rozdziału cele szczegółowe. Realizacja celów szczegółowych zawartych w poszczególnych rozdziałach jest bowiem niezbędna do osiągnięcia wskazanego wyżej celu monografii.

Monografia składa się z sześciu rozdziałów. Każdy z nich opatrzony jest wprowadzeniem oraz podsumowaniem prowadzonych badań.

Celem pierwszego rozdziału będzie ustalenie konstytucyjnych gwarancji prawa do ochrony zdrowia oraz obowiązków władz publicznych wynikających z przepisów Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Określone zostaną także warunki, jakie musi spełniać system ochrony zdrowia gwarantujący dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, aby był zgodny z wymogami konstytucyjnymi. Nie jest bowiem możliwa analiza zgodności obciążenia składką zdrowotną danej grupy zawodowej bez dokonania ustaleń w zakresie konstytucyjnych uwarunkowań dla możliwości wprowadzenia odrębnej daniny publicznej stanowiącej zasadnicze źródło finansowania systemu ochrony zdrowia.

W drugim rozdziale celem badań jest ustalenie sposobu finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia oraz wskazanie występujących

w nim instrumentów prawnofinansowych. Dla realizacji głównego celu monografii konieczne jest ustalenie sposobu finansowania zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia. Pozyskiwanie dochodów budżetowych, przeznaczanych w części na zapewnienie funkcjonowania systemu zdrowotnego, przy wykorzystaniu władztwa podatkowego państwa i samorządu obciąża poszczególne grupy obywateli, które jednocześnie ponoszą ciężar ubezpieczeniowy w postaci obowiązku opłacania składki zdrowotnej.

Jako cel badań trzeciego rozdziału należy wskazać ustalenie treści zasad ubezpieczenia zdrowotnego wprost wymienionych przez ustawodawcę. Niezbędne jest określenie zakresu znaczeniowego poszczególnych zasad, aby móc w kolejnych częściach opracowania dokonać porównania z nimi obciążeń składką zdrowotną osób prowadzących działalność rolniczą i odpowiedzieć na pytanie o to, w jakim zakresie konstrukcja prawna składki zdrowotnej rolników jest zgodna z zasadami ubezpieczenia zdrowotnego.

W czwartym rozdziale ustalona zostanie konstrukcja prawna składki zdrowotnej (w kształcie wynikającym z dokonanych w ostatnich latach zmian) ze szczególnym uwzględnieniem składki rolników i ich domowników wraz ze wskazaniem źródeł jej finansowania. Badania w rozdziale trzecim i czwartym mają zasadnicze znaczenie dla celów niniejszej monografii.

Celem szczegółowym rozdziału piątego będzie ustalenie, czy wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne w jakikolwiek sposób wpływa na uzyskanie statusu osoby ubezpieczonej oraz na zakres, jakość albo dostępność świadczeń zdrowotnych. Dokonana ocena ma istotny wpływ na rozstrzygnięcie, czy zakres obciążeń danej grupy ubezpieczonych jest zgodny z przyjętymi zasadami ubezpieczeniowymi. Inaczej bowiem wygląda sytuacja prawna ubezpieczonych, którzy zobowiązani są do opłacania składki zdrowotnej w różnej wysokości, otrzymując przy tym tożsamy zakres świadczeń od systemu, w którym wysokość składki i obowiązek jej opłacania mają wpływ na zasady korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

W ostatnim, szóstym rozdziale jako cel badań należy wskazać określenie zakresu opodatkowania rolników podatkiem dochodowym od osób fizycznych oraz podatkiem rolnym. Służy to udzieleniu odpowiedzi na pytanie o to, czy korzystna sytuacja prawna rolników jako osób ubezpieczonych może być uzasadniona konstrukcją innych danin publicznych związanych z prowadzoną działalnością rolniczą, których efektem mogłoby być nadmierne obciążenie działalności rolniczej. Analiza składki zdrowotnej rolników musi być rozpatrywana również w kontekście pozostałych danin publicznych funkcjonujących w działalności rolniczej, zwłaszcza tych obciążających dochód lub majątek rolnika.

Przed przystąpieniem do szczegółowej analizy problemu naukowego w pierwszej kolejności należy przedstawić obecny stan badań naukowych nad zagadnieniem finansowania systemu ochrony zdrowia, w tym składki na ubezpieczenie zdrowotne i obciążenia nią rolników. Problematyka prawnych aspektów finansowania ochrony zdrowia nie jest szeroko poruszana w literaturze prawa finansowego. Występują jedynie pojedyncze opracowania podejmujące te zagadnienia³.

Obecnie nie ma zatem w nauce prawa finansowego kompleksowego monograficznego opracowania problematyki konstrukcji prawnej składki na ubezpieczenie zdrowotne osób prowadzących działalność pozarolniczą. Nie prowadzono również badań nad zakresem obciążenia składką zdrowotną rolników jako odrębnej grupy zawodowej w kontekście zgodności konstrukcji prawnej składki z ustawowo wyrażonymi zasadami ubezpieczenia zdrowotnego. Obciążenie rolników innymi daninami publicznymi jest przedmiotem szerszego zainteresowania nauki prawa finansowego. Dotyczy to przede wszystkim problemów stosowania prawa oraz rozważań teoretycznoprawnych związanych z zasadami opodatkowania działalności rolniczej, ze szczególnym uwzględnieniem podatku rolnego oraz podatków dochodowych⁴. Monografia

³ Na przykład E. Feret, *Ustrojowe i finansowe podstawy prawne ochrony zdrowia – wybrane zagadnienia*, „Prawo Budżetowe Państwa i Samorządu” 2020/1. Autor pomija w tym miejscu swoje opracowania.

⁴ Na przykład: M. Burzecz, P. Pomorski, P. Smoleń, *Podatki samorządowe* [w:] *Opodatkowanie rolnictwa w Polsce. Weryfikacja założeń, perspektywa zmian*, red. P. Smoleń, Warszawa 2018; D. Szydelko, *Dochód z działalności rolniczej jako podstawa opodatkowania*.

ta dotyczy zatem problematyki dotychczas nieporuszanej w literaturze prawa finansowego, zdecydowanie wykracza również poza dotychczasowe badania naukowe prowadzone przez autora⁵.

Uzasadnieniem wyboru tematu badawczego pracy jest właśnie swoista luka w badaniach naukowych nad obciążeniami publicznoprawnymi rolników w związku z objęciem ich powszechnym obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, w tym nad relacjami zachodzącymi pomiędzy konstrukcją prawną składki zdrowotnej a przyjętymi przez ustawodawcę zasadami ubezpieczenia zdrowotnego. Zasady ustalania wysokości składki zdrowotnej jako daniny publicznej powinny być skorelowane z zasadami, na których oparte jest ubezpieczenie zdrowotne. Jeżeli sposób obliczania składki zdrowotnej stoi w sprzeczności

wania. *Studium teoretycznoprawne*, maszynopis rozprawy doktorskiej, Warszawa 2019, <https://repozytorium.uw.edu.pl/server/api/core/bitstreams/105506b7-2ca4-43db-b8aa-5c3b0aa1a46c/content> (dostęp: 5.02.2025 r.); A. Hanusz, *Polityka podatkowa w zakresie różnicowania obciążeń dochodów rolniczych w Polsce. Na przykładzie podatków gruntowego i rolnego*, Lublin 1996.

⁵ Chodzi przede wszystkim o przeprowadzone badania naukowe, których efektem są następujące opracowania: P. Lenio, *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, Warszawa 2018; P. Lenio, *The Medical Fund in the Public Finance Sector*, „*Studia Iuridica Lublinensia*” 2022/2; P. Lenio, *Budżet jednostki samorządu terytorialnego jako źródło finansowania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej* [w:] *Księga jubileuszowa ku czci Profesora Krystyny Sawickiej. Gromadzenie i wydatkowanie środków publicznych. Zagadnienia finansowoprawne*, red. W. Miemiec, Wrocław 2017; P. Lenio, *Zmiany w konstrukcji prawnej składki na ubezpieczenie zdrowotne a zasada solidarności społecznej* [w:] *Instytucje prawa finansowego a wartości konstytucyjne. Księga dedykowana Profesor Teresie Dębowskiej-Romanowskiej*, red. M. Bogucka-Felczak, T. Nowak, J. Olesiak, Łódź 2024; P. Lenio, *Składka na ubezpieczenie zdrowotne rolników a zasada solidarności społecznej* [w:] *Księga Zjazdu Katedr i Zakładów Prawa Finansowego i Prawa Podatkowego „Misja prawa finansowego – wyzwania współczesności”*, red. E. Feret, P. Majka, Rzeszów 2023; P. Lenio, *Finansowanie świadczeń zdrowotnych z budżetu samorządowego a zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej* [w:] *Finanse publiczne a Konstytucja*, red. M. Bogucka-Felczak, Warszawa 2020; P. Lenio, *Finansowanie składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników z budżetu państwa* [w:] *Regulacje prawa finansów publicznych i prawa podatkowego. Podsumowanie stanu obecnego i dynamika zmian. Księga jubileuszowa dedykowana Profesor Wiesławie Miemiec*, red. P. Borszowski, Warszawa 2020; P. Lenio, *Health insurance contributions of farmers* [w:] *Essential problems with taxation of agricultural*, ed. by P. Smoleń, M. Burzec, Lublin 2017; P. Lenio, *Charakter prawny składki na ubezpieczenie zdrowotne jako źródła finansowania świadczeń opieki zdrowotnej*, AUWr. No 3608, *Przegląd Prawa i Administracji* XCVII, Wrocław 2014.

z ustawowo określonymi zasadami ubezpieczeniowymi, to powinno istnieć obiektywne uzasadnienie wprowadzenia wyjątku od określonej zasady. Istnieje zatem konieczność dokonania ustaleń w tym zakresie. Dodatkowym uzasadnieniem wyboru tematu jest doniosłość społeczna analizowanej problematyki oraz kilkukrotna w ostatnich latach istotna ingerencja ustawodawcy w konstrukcję prawną składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Badania, których efektem jest niniejsza monografia, zostały przeprowadzone metodą dogmatycznoprawną, właściwą dla nauk prawnych. Przyjęte w monografii cele badawcze skutkują koniecznością przedstawienia i zbadania regulacji prawnych oraz wypowiedzi nauki prawa finansowego dotyczących instytucji prawnofinansowych związanych z systemem finansowania ochrony zdrowia. Przede wszystkim na podstawie metody dogmatycznoprawnej zostaną zbadane przepisy prawa powszechnie obowiązującego determinujące treść ustawowo wskazanych zasad ubezpieczenia zdrowotnego oraz konstrukcja prawna składki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem normatywnego kształtu składki ubezpieczonych prowadzących działalność rolniczą. Metoda dogmatycznoprawna posłużyła także do przeprowadzenia badań nad ustawowym zakresem opodatkowania działalności rolniczej podatkiem dochodowym od osób fizycznych oraz podatkiem rolnym. W nieznaczonym jedynie zakresie metoda dogmatycznoprawna została uzupełniona metodami historycznoprawną oraz prawnoporównawczą.

Rozdział I

KONSTYTUCYJNOPRAWNE GWARANCJE PRAWA DO OCHRONY ZDROWIA

1.1. Wprowadzenie

System ochrony zdrowia determinowany jest przepisami ustawowymi. Bez względu na przyjętą koncepcję modelową systemu zdrowotnego mają one na celu zapewnienie określonym podmiotom możliwości korzystania z konkretnych świadczeń mających na celu ochronę ich zdrowia.

Celem niniejszego rozdziału jest ustalenie konstytucyjnych gwarancji prawa do ochrony zdrowia oraz obowiązków władz publicznych wynikających z przepisów Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Konieczne jest także określenie warunków, jakie spełniać musi system ochrony zdrowia gwarantujący dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, aby spełniał wymogi konstytucyjnej regulacji w tym zakresie.

Konstrukcja prawna systemu ochrony zdrowia odbiegająca od wartości i zasad konstytucyjnych może nie gwarantować jednostce prawa do ochrony zdrowia na takim poziomie, jaki został określony przez prawodawcę konstytucyjnego. Nie dotyczy to jedynie organizacji systemu ochrony zdrowia. Z prawem do ochrony zdrowia ściśle związane jest także prawidłowe ustalenie zasad finansowania tego systemu oraz pono-

szenia kosztów jego funkcjonowania przez obywateli. Stąd konieczność przeprowadzenia badań w tym zakresie.

1.2. Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia

Rozpoczynając analizę problematyki konstytucyjnoprawnych gwarancji prawa do ochrony zdrowia od ujęcia historycznego, w pierwszej kolejności należy powołać przepisy Konstytucji marcowej z 1921 r.¹ Nie wskazywała ona w sposób bezpośredni na prawo obywateli do publicznej służby zdrowia ani na prawo do ochrony zdrowia w ujęciu abstrakcyjnym. Z treści jej przepisów nie wynikało bezpośrednio prawo do zdrowia lub jego ochrony, natomiast w myśl art. 102 Konstytucji marcowej każdy obywatel miał prawo do opieki państwa nad jego pracą, a w razie braku pracy, choroby, nieszczęśliwego wypadku i niedołęstwa – do ubezpieczenia społecznego, które ustalić miała osobna ustawa. Powołany przepis nakazywał również zapewnienie opieki moralnej w zakładach publicznych, do których zaliczone zostały szpitale. Ponadto na podstawie art. 95 Konstytucji marcowej państwo zapewniało między innymi „zupelną ochronę życia”. W literaturze podkreśla się, że ówczesna regulacja konstytucyjna obejmowała zagadnienie ochrony zdrowia, mimo że prawo do ochrony zdrowia nie zostało w niej wyrażone *expressis verbis*². Konstytucja kwietniowa³ nie przejęła rozwiązań prawnych w zakresie ochrony życia i zdrowia wprowadzonych w II Rzeczypospolitej Polskiej przepisami Konstytucji marcowej⁴.

Z Konstytucji PRL z 1952 r.⁵ natomiast wprost wynikało prawo do ochrony zdrowia. Zgodnie z jej art. 60 ust. 1 w brzmieniu pierwotnym

¹ Ustawa z 17.03.1921 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. Nr 44, poz. 267 ze zm.).

² L. Bosek, komentarz do art. 68 [w:] *Konstytucja RP*, t. 1, *Komentarz do art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, s. 1527.

³ Ustawa Konstytucyjna z 23.04.1935 r. (Dz.U. Nr 30, poz. 227).

⁴ L. Bosek, komentarz do art. 68 [w:] *Konstytucja...*, t. 1, red. M. Safjan, L. Bosek, s. 1527.

⁵ Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z 22.07.1952 r. (Dz.U. z 1976 r. Nr 7, poz. 36 ze zm.).

obywatele mieli prawo do ochrony zdrowia oraz do pomocy w razie choroby lub niezdolności do pracy. Urzeczywistnieniu prawa do ochrony zdrowia służyć miał rozwój ubezpieczeń społecznych i różnych form pomocy społecznej oraz rozwój organizowanej przez państwo ochrony zdrowia ludności (art. 60 ust. 2 pkt 1 i 2 Konstytucji PRL w brzmieniu pierwotnym)⁶.

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że w okresie transformacji ustrojowej prawo do zdrowia było bezpośrednio wyprowadzane z zasady demokratycznego państwa prawnego⁷. Ochrona zdrowia jako wartość konstytucyjna wówczas była również przedmiotem orzeczeń Trybunału Konstytucyjnego. Trybunał przyjął, że ochrony zdrowia nie można rozumieć jedynie jako minimum funkcji biologicznych niezbędnych do egzystencji. Powinna być ona przede wszystkim gwarancją prawidłowego rozwoju i zachowania normalnej kondycji psychofizycznej, która obejmuje pewien optymalny dla procesów życiowych stan organizmu danej osoby, zarówno w aspekcie funkcji fizjologicznych, jak i psychicznych⁸. W powołanym orzeczeniu Trybunał, na gruncie poprzednio obowiązującego stanu prawnego, podkreślił, że bez wątpienia ochrona zdrowia jest wartością konstytucyjnie chronioną, a wszelkie działania prowadzące do naruszenia zdrowia człowieka powinny być uznane za zachowania naruszające dobro prawne⁹.

W obecnej Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zdrowie i ochrona zdrowia zajmują określone miejsce. Pojęcie zdrowia pojawia się w rozdziale II Konstytucji RP, dotyczącym wolności, praw i obowiązków człowieka i obywatela, w czterech przepisach (art. 31 ust. 3, art. 53 ust. 5, art. 68 i art. 76). W przypadku art. 31 ust. 3 Konstytucji RP ochrona

⁶ Na skutek wprowadzonych do Konstytucji PRL zmian treść jej art. 60 uległa modyfikacji i została oznaczona jako nowy art. 70. Zgodnie z jego ust. 1 obywatele w dalszym ciągu mieli prawo do ochrony zdrowia oraz pomocy w razie choroby i niezdolności. Dalsza część przepisu wprowadziła m.in. prawo do bezpłatnej pomocy lekarskiej dla wszystkich.

⁷ L. Bosek, komentarz do art. 68 [w:] *Konstytucja...*, t. 1, red. M. Safjan, L. Bosek, s. 1528.

⁸ Orzeczenie TK z 28.05.1997 r., K 26/96, OTK 1997/2, poz. 19.

⁹ Orzeczenie TK z 28.05.1997 r., K 26/96.

zdrowia może być przesłanką wprowadzania ograniczeń w korzystaniu z konstytucyjnych wolności i praw. Również wolność uzewnętrzniania religii może zostać ustawowo ograniczona, jeżeli jest to konieczne do ochrony zdrowia (art. 53 ust. 5 Konstytucji RP). Na władze publiczne został także nałożony obowiązek ochrony niektórych grup społecznych (konsumentów, użytkowników lub najemców) przed działaniami zagrażającymi między innymi ich zdrowiu, co wprost wynika z art. 76 Konstytucji RP. Zdrowie w tym przepisie zostało wymienione na pierwszym miejscu.

Problematyce prawnych gwarancji dostępu do publicznego systemu opieki zdrowotnej w całości został poświęcony art. 68 Konstytucji RP, w którym prawodawca w pięciu odrębnych jednostkach redakcyjnych ustalił gwarancje prawa do ochrony zdrowia oraz zadania władz publicznych.

Z treści art. 68 ust. 1 Konstytucji RP wywodzi się prawo do ochrony zdrowia o charakterze podmiotowym. Ochroną wynikającą z normy konstytucyjnej w świetle orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego nie jest objęty stan zdrowia jednostki w ujęciu abstrakcyjnym i niemożliwy do zdefiniowania. Prawo do ochrony zdrowia gwarantować ma możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, który powinien być funkcjonalnie ukierunkowany na zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności oraz zwalczanie ich¹⁰. W nauce prawa konstytucyjnego wskazuje się, że wynikające z art. 68 Konstytucji RP prawo do ochrony zdrowia skutkuje możliwością ubiegania się obywateli o stworzenie gwarancji na wypadek zagrożenia lub naruszenia zdrowia¹¹. Z powyższych przepisów można wywieść tezę, zgodnie z którą przez ochronę zdrowia Konstytucja RP rozumie określonego rodzaju zadania władz publicznych, które obejmują przede wszystkim zapewnienie opieki zdrowotnej. Zauważa się, że do zadań władz publicznych z zakresu ochrony zdrowia zaliczyć należy także zwalczanie chorób epidemicznych

¹⁰ Wyrok TK z 7.01.2004 r., K 14/03, Dz.U. Nr 5, poz. 37.

¹¹ A. Surówka, *Prawo do ochrony zdrowia* [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz encyklopedyczny*, red. W. Skrzydło, S. Grabowska, R. Grabowski, Warszawa 2009, s. 395.

oraz zapobieganie degradacji środowiska (art. 68 ust. 4)¹². Podkreśla się jednak, że ustępy 1 i 2 art. 68 Konstytucji RP nie stanowią podstawy do konstruowania definicji ochrony zdrowia¹³.

Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia można rozpatrywać wieloaspektowo. Przepis art. 68 ust. 1 Konstytucji RP należy analizować w szczególności w związku z art. 30 i 38 Konstytucji RP. W świetle tych norm przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona są obowiązkami władz publicznych, a Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawo do ochrony życia¹⁴. Nie istnieje możliwość prawnej ochrony godności człowieka, jeżeli przepisy rangi konstytucyjnej nie gwarantują jednostce prawa do ochrony życia, a prawo do ochrony życia nie może skutecznie funkcjonować bez prawnych gwarancji ochrony zdrowia. Organy władzy publicznej zobowiązane są do stanowienia takiego prawa, które ma chronić życie każdego człowieka, niezależnie od sytuacji, w jakiej się znajduje, co jest skutkiem brzmienia art. 38 Konstytucji RP. Wynika z niego konieczność stosowania dyrektywy interpretacyjnej, w świetle której wszelkie wątpliwości co do ochrony życia ludzkiego powinny być rozstrzygane na korzyść tej ochrony (*in dubio pro vita humana*)¹⁵. Prawo do ochrony zdrowia jako naturalna konsekwencja istnienia prawa do życia również w podobny sposób powinno być interpretowane. Ponadto w Konstytucji RP przyjęto założenie, że ochrona życia zapewniana jest każdemu bez wyjątku człowiekowi i niedopuszczalne jest różnicowanie wartości ludzkiego życia na przykład w zależności od pozycji społecznej albo wieku konkretnej osoby¹⁶. Ma to swoje daleko idące konsekwencje dla dostępu obywateli do systemu ochrony zdrowia. Przyjęcie takiego założenia na gruncie prawa do życia powoduje również konieczność

¹² M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Warszawa–Poznań 2001, s. 10–11.

¹³ L. Bosek, komentarz do art. 68 [w:] *Konstytucja RP*, t. 1, *Komentarz do art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, Legalis.

¹⁴ Wyrok TK z 7.01.2004 r., K 14/03.

¹⁵ J. Giezek, komentarz do art. 38 [w:] *Konstytucje Rzeczypospolitej oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 roku*, red. J. Boć, Wrocław 1998, s. 78.

¹⁶ J. Giezek, komentarz do art. 38 [w:] *Konstytucje...*, red. J. Boć, s. 78.

zapewnienia dostępu do systemu ochrony zdrowia bez różnicowania sytuacji prawnej jednostki, co ma swoje bezpośrednie odzwierciedlenie w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. W literaturze przedmiotu wskazano, że „ustawodawca, biorąc pod uwagę przyjęty przezeń model finansowania świadczeń zdrowotnych (czego ustawa zasadnicza nie przesądza), ma swobodę w zakresie ustalenia zakresu podmiotowego prawa do świadczeń finansowanych ze środków publicznych pod warunkiem, że nie wyłącza w sposób arbitralny, tj. niepoparty obiektywnymi kryteriami, określonych grup obywateli z prawa do takich świadczeń, a więc także obywateli niepodlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, którzy ze względu na swoją sytuację materialną nie mogą skorzystać ze świadczeń w ramach dobrowolnego ubezpieczenia lub ze środków własnych”¹⁷.

Powyższe oznacza, że nie jest możliwa prawidłowa interpretacja art. 68 ust. 1 Konstytucji RP, statuującego prawo do ochrony życia, bez stosowania wykładni systemowej i odwołania się do innych norm konstytucyjnych wyrażających podstawowe prawa jednostki.

Nie jest również możliwa wykładnia poszczególnych jednostek redakcyjnych art. 68 Konstytucji RP odrębnie od pozostałych. Treść art. 68 ust. 1 Konstytucji RP należy zatem interpretować łącznie z innymi elementami analizowanej regulacji. Przepis art. 68 Konstytucji RP stanowi bowiem jedną całość redakcyjną, pomimo że został przez prawodawcę podzielony na pięć odrębnych jednostek redakcyjnych¹⁸.

Przyjmując taką koncepcję wykładni analizowanej regulacji konstytucyjnej, trzeba wskazać, że beneficjenci poszczególnych norm prawnych wynikających z art. 68 Konstytucji RP zostali przez prawodawcę ujęci w sposób jednolity. Z ust. 1 tego artykułu jedynie wynika, że jest on adresowany do wszystkich jednostek z uwagi na posłużenie się okre-

¹⁷ S. Jarosz-Żukowska, *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej* [w:] *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, red. M. Jabłoński, Wrocław 2014, s. 666.

¹⁸ J. Trzeciński, M. Wiącek, komentarz do art. 68 [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. 2, Art. 30–86, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016, s. 726.

śleniem „każdy”. Podkreśla się, że art. 68 ust. 1 Konstytucji RP, statuu-
jący prawo do ochrony zdrowia, dotyczy przede wszystkim obywateli,
a w określonych przypadkach także pozostałych osób¹⁹. Istotne jest to, że
w przypadku ubezpieczeniowej metody finansowania systemu ochrony
zdrowia konstytucyjne prawo do jego ochrony przysługiwać musi także
osobom nieubezpieczonym.

Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowa-
nej ze środków publicznych dotyczy jedynie obywateli (art. 68 ust. 2
Konstytucji RP). Równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej ma
zatem węższy zakres podmiotowy w porównaniu do przysługującego
konstytucyjnie prawa do ochrony zdrowia.

Wynikający z ust. 3 omawianego artykułu obowiązek władz publicz-
nych zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom
ciążarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku
dotyczy innego katalogu podmiotów. Może on zatem dotyczyć obywateli,
ale także pozostałych osób. Norma konstytucyjna nie charakteryzuje
bowiem dzieci, kobiet ciężarnych, osób niepełnosprawnych i osób w po-
deszłym wieku poprzez nadanie im przymiotu obywateli. Konstytucja RP
nakazuje zatem ochronę określonych kategorii podmiotów bez wzglę-
du na ich przynależność państwową. Do takiej wykładni art. 68 ust. 3
Konstytucji RP w bezpośredni sposób nawiązuje zakres podmiotowy
świadczeniobiorców uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych, o których mowa w przepisach
obecnie obowiązującej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finan-
sowanych ze środków publicznych²⁰. Zakres podmiotowy świadczenio-
biorców, o którym mowa w art. 2 u.ś.o.z., obejmuje bowiem obywateli
RP niepodlegających powszechnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, ale
także osoby, które nie posiadają obywatelstwa polskiego, a jednocześnie

¹⁹ J. Trzciniński, M. Wiącek, komentarz do art. 68 [w:] *Konstytucja...*, t. 2, red. L. Garlicki, M. Zubik, s. 728.

²⁰ Ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.).

spełniają ustawowe kryteria²¹. Są to między innymi dzieci do ukończenia 18. roku życia oraz kobiety w okresie ciąży, porodu lub połogu.

Ochrony zdrowia dzieci dotyczy również bezpośrednio art. 68 ust. 4 Konstytucji RP, w myśl którego władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży. Przepis ten wprowadza ogólny obowiązek władz publicznych w zakresie wspierania, co w ocenie prawodawcy konstytucyjnego jest powiązane z prawem do ochrony zdrowia. Nie został w nim wymieniony zakres podmiotowy. Wskazano jedynie na szczególną grupę społeczną, jaką są dzieci i młodzież, nie wyłączając obowiązków władz publicznych w stosunku do innych jednostek.

Zakresu podmiotowego beneficjentów normy konstytucyjnej nie określono również w ust. 4 badanej regulacji. Prawodawca wskazał jedynie na obowiązek władz publicznych zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska²².

Adresatem treści art. 68 Konstytucji RP w kontekście realizacji konstytucyjnie nałożonych obowiązków jest przede wszystkim władza publiczna. Dotyczy to wszystkich norm prawnych wynikających z powołanego przepisu. Szczególnym adresatem analizowanej regulacji jest ustawodawca, którego zadaniem jest stworzenie systemu ochrony zdrowia opartego na wartościach i zasadach wyrażonych w Konstytucji RP. W tym miejscu podkreślić należy, że ustawodawca, przyjmując określony model organizacji i finansowania ochrony zdrowia, nie może poprzestać jedynie na realizacji obowiązków wynikających z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Nie są one bowiem jedynymi przepisami rangi konstytucyjnej, które przy

²¹ Kryteriami tymi są między innymi uzyskanie w RP statusu uchodźcy lub ochrony uzupełniającej albo zezwolenia na pobyt czasowy (art. 2 ust. 1 pkt 3 i 4 u.ś.o.z.).

²² Obowiązek ten ustawodawca reguluje przede wszystkim: ustawą z 27.04.2001 r. – Prawo ochrony środowiska (Dz.U. z 2025 r. poz. 647 ze zm.), ustawą z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2025 r. poz. 1675), a w ostatnich latach także ustawą o z 2.03.2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2025 r. poz. 764 ze zm.).

przyjęciu danego modelu ochrony zdrowia będą stanowić wzorzec kontroli konstytucyjności określonych rozwiązań organizacyjnoprawnych.

W literaturze przedmiotu prezentowany jest pogląd, w świetle którego za prawo podmiotowe należy uważać normę, która wskazuje ściśle określonego adresata oraz pozostawia mu możliwość wyboru określonego zachowania. Adresatowi takiej normy pozostawia się podjęcie decyzji w przedmiocie dochodzenia swoich praw. Trzecim i ostatnim warunkiem *sine qua non* uznania danej normy za źródło prawa podmiotowego jest kształtowanie sytuacji prawnej podmiotu będącego jej adresatem²³. Cechą norm programowych jest natomiast wynikający z nich nakaz realizacji określonego celu lub dążenia do jego osiągnięcia. Są to cele i zadania kierowane do organów władzy publicznej. Norma programowa nie kreuje po stronie obywatela prawa o charakterze podmiotowym. Tego rodzaju normy nie określają konkretnego zachowania służącego realizacji danego celu. Wskazują jedynie, jaki cel powinien zostać zrealizowany przez adresata normy. Z norm programowych wynika jednak minimum praw obywatela. Jest ono odpowiednikiem minimum obowiązków ciążących na organach władzy publicznej, które wynikają z norm o takim charakterze²⁴.

Podkreśla się, że art. 68 Konstytucji RP wyraża prawo podmiotowe do ochrony zdrowia²⁵. Jest to prawo o charakterze socjalnym²⁶. Trybunał Konstytucyjny również stoi na stanowisku, że z powołanej regulacji prawnej wywieść należy prawo o charakterze podmiotowym, a nie jedynie normę programową²⁷. Może on zatem stanowić i w praktyce

²³ J. Trzcziński, M. Wiącek, komentarz do art. 68 [w:] *Konstytucja...*, t. 2, red. L. Garlicki, M. Zubik, s. 728–729.

²⁴ J. Trzcziński, M. Wiącek, komentarz do art. 68 [w:] *Konstytucja...*, t. 2, red. L. Garlicki, M. Zubik, s. 729 i 733.

²⁵ M. Florczak-Wątor, komentarz do art. 68 [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. P. Tuleja, Warszawa 2019, s. 230; J. Trzcziński, M. Wiącek, komentarz do art. 68 [w:] *Konstytucja...*, t. 2, red. L. Garlicki, M. Zubik, s. 729; L. Bosek, komentarz do art. 68 [w:] *Konstytucja...*, t. 1, red. M. Safjan, L. Bosek, s. 1547.

²⁶ Wyrok TK z 24.02.2004 r., K 54/02, OTK-A 2004/2, poz. 10; A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2012/3, s. 92.

²⁷ Przede wszystkim wyrok TK z 7.01.2004 r., K 14/03.