

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
agnieszka.woloszyncichocka@poczta.umcs.lublin.pl

AGNIESZKA WOŁOSZYN-CICHOCKA

Konstytucyjny obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku przez władze publiczne

Constitutional Duty of Providing High-Quality Health Care for Children,
Pregnant Women, Disabled People and Elderly People by Public Authorities

KONSTITUCYJNE GWARANCJE PRAWA DO OCHRONY ZDROWIA

Obowiązująca Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.¹ poświęca prawu do ochrony zdrowia art. 68². Cechuje go szczególna budowa, zwłaszcza odróżniający się od pozostałych ust. 1. Art. 68 ust. 1 Konstytucji RP zapewnia każdemu prawo do ochrony zdrowia, natomiast pozostałe ustępy skierowane są już do władz publicznych. Zostały na nie nałożone obowiązki: zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (art. 68 ust. 2 zd. 1), określenia w drodze ustawy warunków i zakresu udzielania tych świadczeń (art. 68 ust. 2 zd. 2), zapewnienia szczególnej opieki

¹ Dz.U. nr 78, poz. 483 z późn. zm., dalej jako: Konstytucja RP.

² K. Prokop dopuszcza możliwość znacznie szerszego ujęcia prawa do ochrony zdrowia, które oprócz art. 68 Konstytucji RP obejmowałoby również art. 30 (godność człowieka), art. 38 (prawna ochrona życia), art. 41 (nietykalność i wolność osobista), art. 39 (zakaz poddawania eksperymentom naukowym), art. 51 (ochrona danych osobowych). Szerzej: K. Prokop, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP*, [w:] *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, red. T. Mróz, Białystok 2011, s. 39.

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).

Art. 68 Konstytucji RP jest przedmiotem licznych dyskusji w doktrynie, które dotyczą głównie charakteru zagwarantowanego w nim prawa (czy jest to prawo socjalne czy osobiste), sposobu jego interpretacji (czy art. 68 ust. 1 można analizować w oderwaniu od art. 68 ust. 2–5 czy należy interpretować je łącznie³), a także tego, czy poszczególne ustępy wyrażają publiczne prawa podmiotowe czy są to wyłącznie normy programowe. Najmniej wątpliwości budzi art. 68 ust. 1 Konstytucji RP, który należy uznać za publiczne prawo podmiotowe. Przemawiają za tym reguły wykładni językowej. Takie zdanie wyraził także Trybunał Konstytucyjny. W uzasadnieniu wyroku z dnia 23 marca 1999 r., K 2/98⁴, stwierdził, że z art. 68 ust. 1 „należy wywieść podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia oraz obiektywny nakaz podejmowania przez władze publiczne takich działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa”⁵. Pogląd ten dominuje również w doktrynie⁶.

Ustrojodawca wprost zagwarantował każdemu, a więc nie tylko obywatelowi polskiemu, prawo do ochrony zdrowia. Oznacza to, że przebywającym na terenie naszego kraju cudzoziemcom nie można odmówić m.in. możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach polskiego systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza w sytuacjach zagrażających ich życiu i zdrowiu. Konstytucja RP nie nakazuje przy tym finansowania opieki zdrowotnej cudzoziemcom, a jedynie umożliwienie dostępu do niej. Tezę, że prawo do ochrony zdrowia przysługuje każdemu człowiekowi, nie zaś każdemu obywatelowi, podzielił również Trybunał Konstytucyjny. W uzasadnieniu wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03⁷, stwierdził, iż „każdy ma prawo do ochrony,

³ J. Trzeciński, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia na tle art. 35 Karty Podstawowych Praw Unii Europejskiej*, [w:] *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, red. L. Garlicki, A. Szmyt, Warszawa 2003, s. 302.

⁴ OTK ZU 1999, nr 3, poz. 38.

⁵ *Ibidem*.

⁶ Por. P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, Warszawa 2008, s. 163; A. Preisner, *Prawo do ochrony życia i do zachowania naturalnej integralności psychofizycznej człowieka*, [w:] *Wolności i prawa jednostki oraz ich gwarancje w praktyce*, red. L. Wiśniewski, Warszawa 2006, s. 146; S. Jarosz-Zukowska, *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. 672; M. Kobak, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia a klauzula sumienia lekarza*, [w:] *Odpowiedzialność administracji i w administracji*, red. Z. Duniewska, M. Stahl, Warszawa 2013, s. 362.

⁷ OTK ZU 2004, nr 1A, poz. 1.

co oznacza, że Konstytucja RP wyklucza jakiegokolwiek wyłączenia podmiotowe z zakresu jej działania⁸.

Należy jednak zaznaczyć, że w kwestii charakteru art. 68 ust. 1 istnieją również poglądy odmienne. Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 26 stycznia 2005 r. uznał, że przepis ten ma jedynie charakter normy programowej⁹. Zdanie to podzielił Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 20 listopada 2008 r.¹⁰ Natomiast C. Byk pisze, że „raz jest to prawo podmiotowe, gdy dotyczy ochrony osoby, raz norma gwarancyjna, gdy chodzi o zorganizowanie jej dostępu do służby zdrowia”¹¹.

Pozostałe ustępy art. 68 Konstytucji RP różnią się od ust. 1 tym, że nie wyrażają wprost żadnego prawa jednostki. Wskazują jedynie obowiązki władz publicznych w zakresie ochrony zdrowia. W związku z tym istnieją wątpliwości, czy są one jedynie normami programowymi czy też można wyinterpretować z nich również konkretne uprawnienia. Zdania w tej kwestii są podzielone. Zdaniem P. Winczorka postanowienia zawarte w art. 68 mają podwójny charakter, gdyż z jednej strony wyznaczają zadania władz publicznych, z drugiej zaś ustanawiają prawa podmiotowe określonych osób – każdego: obywateli polskich, dzieci, kobiet ciężarnych, osób niepełnosprawnych i w podeszłym wieku¹². Pogląd ten całkowicie popiera H. Zięba-Załucka¹³. Natomiast R. Michalska-Badziak, pisząc na temat prawa do świadczeń zdrowotnych, twierdzi, że z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP wynika prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, które jest publicznym prawem podmiotowym dającym obywatelowi roszczenie wobec państwa do korzystania z przysługujących mu świadczeń¹⁴.

Niemniej w doktrynie dominuje pogląd, w myśl którego ust. 2–5 art. 68 Konstytucji RP zawierają jedynie normy programowe, a nie publiczne prawa podmiotowe. Istotą norm programowych jest wskazanie pożądanych celów, bez określenia konkretnych kroków ich realizacji. Cele mają charakter trwałe i nie da się ich całkowicie zrealizować. Oznacza to, że władza publiczna nie zostanie nigdy zwolniona zarówno z samego ich wykonania, jak i z troski o utrzymanie osiągniętego stanu rzeczy. Cechą charakterystyczną norm programowych jest to, że nie powołują do życia konkretnych roszczeń prawnych osób trzecich¹⁵. Postanowie-

⁸ *Ibidem*.

⁹ LEX nr 177267.

¹⁰ LEX nr 562845.

¹¹ C. Byk, *Prawo do zdrowia jako prawo konstytucyjne*, „Państwo i Prawo” 2000, z. 9, s. 26.

¹² P. Winczorek, *op. cit.*, s. 163.

¹³ H. Zięba-Załucka, *Pojęcie prawa do ochrony zdrowia*, [w:] *Zasada równości w prawie*, red. H. Zięba-Załucka, M. Kijowski, Rzeszów 2004, s. 44.

¹⁴ R. Michalska-Badziak, *Prawo ochrony zdrowia*, [w:] *Materialne prawo administracyjne. Pojęcie, instytucje, zasady*, red. M. Stahl, Warszawa 2005, s. 168.

¹⁵ P. Sarnecki, *Normy programowe w konstytucji i odpowiadające im wolności obywatelskie*, [w:] *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej...*, s. 253 i n.

nia art. 68 ust. 2–5 Konstytucji RP uważa za normy programowe m.in. M. Gawrońska, podkreślając, że podmiotom w nich wskazanym (obywatelom, dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku) nie przysługuje żadne prawo podmiotowe do realizacji przewidzianych zapewnień¹⁶. D.E. Lach, analizując przede wszystkim art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, twierdzi, że wyraża on tylko normę programową i nie statuuje publicznego prawa podmiotowego. W związku z tym autor nie posługuje się pojęciem prawa, lecz zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych¹⁷. Z kolei B. Banaszak uważa, że o ile z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP można odkodować przysługujące obywatelom prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, o tyle z obowiązków władz publicznych przewidzianych w ust. 3–5 nie można wyprowadzić żadnych praw podmiotowych¹⁸.

Warto poza tym wskazać, że nie tylko w doktrynie, ale i w judykaturze brak jest jednolitego stanowiska w kwestii charakteru norm zawartych w art. 68 ust. 2–5 Konstytucji RP. Trybunał Konstytucyjny w postanowieniu z dnia 12 listopada 2003 r., Ts 11/03¹⁹, stwierdził, że art. 68 ust. 3 Konstytucji RP nie może być uznawany za źródło konstytucyjnych praw podmiotowych. Zdanie to potwierdził w uzasadnieniu wyroku z dnia 22 lipca 2008 r., K 24/07²⁰. Z kolei Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 8 sierpnia 2007 r.²¹ za normę programową uznał art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Jednakże we wcześniejszym wyroku z dnia 10 listopada 2006 r.²² stwierdził, że z art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP wynika przysługujące każdemu obywatelowi prawo podmiotowe do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, ale w granicach określonych ustawami. Dopiero kolejne ustępy art. 68 Konstytucji RP (tj. 3–5) Sąd Najwyższy uznał za „zasady polityki państwa w zakresie ochrony zdrowia, które ze swej istoty nie mogą być źródłem bezpośrednich roszczeń jednostek”²³. Natomiast w uzasadnieniu wspomnianego wyroku Trybunału Konstytucyjnego K 14/03 jest mowa o konstytucyjnym prawie obywateli do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych²⁴. Zdanie to Trybunał potwierdził również w uzasadnieniu wyroku z dnia 4 listopada 2014 r.,

¹⁶ M. Gawrońska, *Prawo do ochrony zdrowia na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2014, nr 2, s. 14.

¹⁷ D.E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011, s. 34.

¹⁸ B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 412 i n.

¹⁹ OTK ZU 2003, nr 4B, poz. 258.

²⁰ OTK ZU 2008, nr 6, poz. 110.

²¹ LEX nr 333609.

²² LEX nr 398443.

²³ *Ibidem*.

²⁴ Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK ZU 2004, nr 1A, poz. 1.

SK 55/13²⁵, uznając, że „art. 68 Konstytucji przyznaje w ust. 1 prawo do ochrony zdrowia, zaś w ust. 2 prawo równego dostępu w granicach określonych ustawami do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, ale w dalszych ustępach wyraża jedynie zasady polityki państwa, które z istoty swej nie mogą być źródłem bezpośrednich roszczeń”²⁶.

Wobec rozbieżności co do charakteru norm zawartych w art. 68 ust. 2–5 Konstytucji RP warto przytoczyć argumentację J. Trzczińskiego, który uważa, że „istnieje możliwość odczytania norm programowych (w tym art. 68) w ten sposób, że jest w nich zakodowane minimum praw obywatela. To minimum jego praw jest odpowiednikiem minimum obowiązków ciążyących na władzy publicznej, zawartych w przepisach programowych”²⁷. Konsekwencją tego stanowiska jest uznanie, że obywatelom przysługuje możliwość dochodzenia swoich praw także na podstawie norm programowych. Inna interpretacja czyniłaby bowiem z większości praw ekonomicznych, socjalnych i kulturalnych jedynie deklaracje²⁸. Także A. Ostrzyżek uważa, że normy programowe mogą być źródłem praw podmiotowych w takim zakresie, w jakim odpowiadają one obowiązkom władz publicznych²⁹. Autor pisze, że „prawo do ochrony zdrowia zawarte w art. 68 ust. 2–5 Konstytucji, pomimo programowej konstrukcji tych przepisów, może być podstawą roszczeń, a nawet skargi konstytucyjnej uprawnionego podmiotu, po dokonaniu transpozycji normy programowej w prawo podmiotowe”³⁰.

Podsumowując powyższe rozważania, należy przychylić się do poglądu o uznaniu norm zawartych w art. 68 ust. 2–5 Konstytucji RP za normy programowe, z zastrzeżeniem jednak, że mogą one być uznane za źródło praw podmiotowych. O prawie podmiotowym można mówić, jeżeli znany jest podmiot prawa, podmiot zobowiązany do realizacji tego prawa (adresat), obowiązek adresata do określonego zachowania (działania lub zaniechania) i roszczenie po stronie podmiotu uprawnionego do realizacji obowiązku adresata³¹. Wydaje się, że prawo takie wynika jedynie z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Tylko z niego bowiem można odkodować konkretne uprawnienie obywatela i konkretny obowiązek władz publicznych. Na podstawie art. 68 ust. 2 Konstytucji RP władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia obywatelom, niezależnie od

²⁵ OTK ZU 2014, nr 10A, poz. 111.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ J. Trzcziński, *op. cit.*, s. 304.

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ A. Ostrzyżek, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 4, s. 75.

³⁰ *Ibidem*.

³¹ L. Garlicki, *Uwagi do rozdziału II Konstytucji „Wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela”*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. L. Garlicki, t. 3, Warszawa 2003, s. 3 i n.

ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Obywatel może zatem żądać wypełnienia tego obowiązku, tj. stworzenia możliwości skorzystania z takich świadczeń na zasadzie równości szans. Innymi słowy, prawa obywatela w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych wynikające z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP ograniczają się jedynie do prawa do dostępu do takich świadczeń i do równości w tym dostępie. Obywatel nie może natomiast żądać, by ze środków publicznych zostało sfinansowane konkretne świadczenie, ponieważ ustrojodawca wyraźnie przewidział, że warunki i zakres udzielania świadczeń mają zostać określone w drodze ustawy.

W przypadku art. 68 ust. 3–5 Konstytucji RP trudno powiedzieć, że statuują one prawa podmiotowe. Wprawdzie w ust. 3 można wskazać podmiot zobowiązany, czyli władze publiczne, jednakże precyzyjne ustalenie osób uprawnionych oraz przedmiotu ewentualnego prawa może sprawić trudności. Ustrojodawca, co prawda, wskazuje, że szczególna opieka zdrowotna powinna zostać zapewniona dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Trudno jednak ustalić, kogo można zaliczyć do grupy osób w podeszłym wieku. Słusznie zauważa L. Bosek, że „nie jest jasne, czy chodzi tu o osoby np. po 75. r.ż. czy wszystkich emerytów”³². Pojęcie dzieci, zdaniem tego autora, „należy rozumieć w sposób przyjęty na tle art. 72 Konstytucji RP, ponieważ przepis ten reguluje w najszerszym zakresie konstytucyjny status dziecka i obowiązki władz publicznych z nim związane”³³. Z kolei wyrażenie „osoba niepełnosprawna” interpretuje on na tle art. 69 Konstytucji RP, który w najpełniejszy sposób określa obowiązki władz publicznych względem tej grupy osób, a wyrażenie „kobieta ciężarna” utożsamia z wyrażeniem „matka przed urodzeniem dziecka” w rozumieniu art. 71 ust. 2 Konstytucji RP, który w związku z zasadą z art. 18 Konstytucji RP reguluje status rodziny oraz stosunki rodzinne, w tym macierzyństwo³⁴.

W art. 68 ust. 3 Konstytucji RP władze publiczne zostały zobowiązane do zapewnienia wskazanym podmiotom szczególnej opieki zdrowotnej. Nie jest przy tym jasne, co należy uznać za taką opiekę, a więc czego osoby uprawnione mogłyby żądać. W uzasadnieniu wspomnianego powyżej wyroku K 24/07 Trybunał Konstytucyjny wprawdzie podjął się interpretacji tego pojęcia, uznając, że szczególna opieka zdrowotna z całą pewnością „wykracza poza sferę zwykłej, powszechnej opieki zdrowotnej, powinna więc być wzmoczona, intensywniejsza lub bardziej wyspecjalizowana, czyli dostosowana do specyfiki potrzeb

³² L. Bosek, *Komentarz do art. 68 Konstytucji*, [w:] *Konstytucja RP*, t. 1: *Komentarz do art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, s. 1550.

³³ *Ibidem*.

³⁴ *Ibidem*.

charakterystycznych dla danej grupy podmiotów³⁵, lecz nie daje ona podstaw do wskazania konkretnych przejawów takiej opieki i – co się z tym wiąże – konkretnych roszczeń po stronie osób uprawnionych. Mimo to S. Jarosz-Żukowska stawia tezę, że z art. 68 ust. 3 Konstytucji RP również można podjąć próbę odszukania minimum praw obywatela w znaczeniu roszczeń negatywnych³⁶. Podobnego zdania jest J. Oniszczyk, który pisze, że „wobec zinterpretowania regulacji tej jako nie w pełni ściśle programowej, można odnaleźć w niej także brzmienie podmiotowe”³⁷.

OBOWIĄZEK ZAPEWNIENIA SZCZEGÓLNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ DZIECIOM, KOBIETOM CIĘŻARNYM, OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM I OSOBOM W PODESZŁYM WIEKU A KONSTYTUCYJNA ZASADA RÓWNOŚCI

Szczególne znaczenie w kontekście problematyki ochrony zdrowia ma zasada równości. Ustrojodawca wyraźnie zastrzegł, że obowiązkiem władz publicznych jest zapewnienie obywatelom – niezależnie od ich sytuacji materialnej – równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Mając na względzie treść art. 68 ust. 3 Konstytucji RP, mogą pojawić się wątpliwości, czy ustrojodawca nie faworyzuje wybranych kategorii osób i tym samym nie narusza konstytucyjnej zasady równości. Punktem wyjścia do ustalenia słuszności albo nieprawidłowości takiego rozwiązania jest ustalenie znaczenia zasady równości. Istotę równości Trybunał Konstytucyjny wyraził jeszcze przed uchwaleniem obowiązującej Konstytucji RP w uzasadnieniu orzeczenia z dnia 6 kwietnia 1993 r. (K 7/92)³⁸ i następnie wielokrotnie powtarzał, m.in. w uzasadnieniu wyroku z dnia 5 listopada 1997 r. (K 22/97)³⁹ i w uzasadnieniu wyroku z dnia 23 października 2007 r. (P 10/7)⁴⁰. Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że „wszystkie podmioty prawa charakteryzujące się daną cechą istotną w stopniu równym mają być traktowane równo, a więc według jednakowej miary, tj. bez różnicowań zarówno dyskryminujących, jak i faworyzujących, co oznacza także – sprawiedliwie”⁴¹. Oczywiście jest, że nie każde różnicowanie podmiotów jest jednocześnie dyskryminacją lub uprzywilejowaniem jednego z nich. Sam Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu wyroku

³⁵ Wyrok TK z dnia 22 lipca 2008 r., K 24/07, OTK ZU 2008, nr 6, poz. 110.

³⁶ S. Jarosz-Żukowska, *op. cit.*, s. 677.

³⁷ J. Oniszczyk, *Prawo do szczególnej opieki zdrowotnej (art. 68)*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz encyklopedyczny*, red. W. Skrzydło, S. Grabowska, R. Grabowski, Warszawa 2009, s. 409.

³⁸ OTK ZU 1993, nr 1, poz. 7.

³⁹ OTK ZU 1997, nr 3–4, poz. 41.

⁴⁰ OTK ZU 2007, nr 9A, poz. 107.

⁴¹ Orzeczenie TK z dnia 6 kwietnia 1993 r., K 7/92, OTK ZU 1993, nr 1, poz. 7.

z dnia 18 stycznia 2000 r., K 17/99⁴², dopuścił taką możliwość, wskazując jednocześnie, że wszelkie odstępstwa od zasady równości muszą być należycie uargumentowane. Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego wprowadzane różnicowania powinny mieć charakter racjonalnie uzasadniony, proporcjonalny, a także pozostawać w jakimś związku z innymi wartościami, zasadami czy normami konstytucyjnymi uzasadniającymi odmienne traktowanie podmiotów podobnych⁴³. Wobec jednolitej wykładni zasady Trybunału Konstytucyjnego zarówno przed wejściem w życie Konstytucji RP z 1997 r., jak i po tym fakcie, J. Oniszczyk twierdzi, że niezmiennie oznacza ona nakaz jednolitego traktowania równych i podobnego traktowania podobnych, możliwość uzasadnionych zróżnicowań oraz powiązanie równości z zasadą sprawiedliwości⁴⁴.

Konieczność zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku stanowi wyjątek od obowiązku zapewnienia wszystkim obywatelom – niezależnie od ich sytuacji materialnej – równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W doktrynie i orzecznictwie wskazuje się, że uzasadnieniem dla takiego rozwiązania jest z jednej strony troska o zapewnienie rozwoju narodu, a z drugiej – względy humanitarne⁴⁵. Wskazuje się również, że wprowadzając takie rozwiązanie, ustrojodawca niewątpliwie miał na uwadze tradycję wyodrębnionej organizacyjnie opieki zdrowotnej na rzecz matki i dziecka oraz młodzieży szkolnej⁴⁶. Wydaje się jednak, że przyjęcie wskazanego rozwiązania powinno być uzasadniane przede wszystkim zwiększonymi potrzebami zdrowotnymi wymienionych kategorii podmiotów, które są związane z wyższym ryzykiem występowania różnego rodzaju dysfunkcji organizmu, w tym m.in. większą częstotliwością zachorowań i występowaniem pewnych typowych dla poszczególnych grup zachorowań, co z kolei wiąże się z koniecznością stosowania szczególnego rodzaju działań leczniczych. Nie bez znaczenia może być też potencjalnie bardziej ograniczony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej osób zaliczonych do poszczególnych kategorii, wynikający m.in. z ograniczonej mobilności, zmniejszonych możliwości finansowych czy ograniczonej samodzielności. Wprowadzone w art. 68 ust. 3 Konstytucji RP rozwiązanie należy więc uznać za dopuszczalny, racjonalnie uzasadniony wyjątek od zasady równości. Jednakże przyznanie owych szczególnych uprawnień nie może prowadzić do nieuzasadnionego uprzywilejowania wymienionych kategorii podmiotów w stosunku do pozostałych pacjentów.

⁴² OTK ZU 2000, nr 1, poz. 4.

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ J. Oniszczyk, *Równość – najpierwsza z zasad i orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego*, Warszawa 2004, s. 201.

⁴⁵ Wyrok TK z dnia 22 lipca 2008 r., K 24/07, OTK ZU 2008, nr 6, poz. 110. Por. także: W. Skrzydło, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2013, s. 83.

⁴⁶ J. Jończyk, *Ochrona zdrowia*, „Państwo i Prawo” 2007, z. 2, s. 11.

REALIZACJA KONSTYTUCYJNEGO OBOWIĄZKU ZAPEWNIENIA
SZCZEGÓLNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ DZIECIOM, KOBIECIOM
CIĘŻARNYM, OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM I OSOBOM
W PODESZŁYM WIEKU PRZEZ WŁADZE PUBLICZNE

Mimo że art. 68 ust. 3 Konstytucji RP nie jest uważany za źródło praw podmiotowych dla wymienionych w nim osób, nie oznacza to, że władze publiczne mogą lekceważyć wynikające z niego obowiązki. Jak zostało wspomniane wyżej, nie można jednoznacznie stwierdzić, jakie konkretne działania, zgodnie z wolą ustrojodawcy, należałoby zaliczyć do szczególnej opieki zdrowotnej, a zatem władze publiczne mają w tym zakresie daleko idącą swobodę. Należy przy tym zauważyć, że w obecnym systemie ochrony zdrowia osoby wyróżnione przez ustrojodawcę w najważniejszym akcie normatywnym nie mają zapewnionej opieki zdrowotnej dostosowanej do swoich potrzeb. Oczywiście nie można pominąć regulacji zawartych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴⁷, które przyznają prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osobom, które nie ukończyły 18. roku życia oraz kobietom w okresie ciąży, porodu i połogu, posiadającym obywatelstwo polskie albo status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy, nawet w przypadku braku ubezpieczenia zdrowotnego. Należy jednak stwierdzić, że zapewnienie szczególnej opieki zdrowotnej nie może ograniczać się do dopuszczenia do systemu ochrony zdrowia na uprzywilejowanych zasadach, lecz powinno polegać na zapewnieniu świadczeń opieki zdrowotnej dostosowanych do potrzeb konkretnej grupy osób, a także na zagwarantowaniu praw szczególnie dla nich istotnych. Takich działań ze strony władz publicznych wciąż brakuje.

Wspomniany powyżej problem dotyczy zwłaszcza osób starszych, które ze względu na większą ilość schorzeń wymagają kompleksowej opieki zdrowotnej, jaką mogą im zapewnić jedynie lekarze geriatrzy. Tymczasem najczęściej pacjenci w podeszłym wieku leczeni są równolegle przez wielu lekarzy specjalistów, co nie jest korzystne dla ich zdrowia oraz dla samego systemu, dla którego oznacza to większe koszty i dłuższe listy oczekujących⁴⁸. Geriatria jest nadal mało popularną specjalizacją i mimo że została uwzględniona w wykazie priorytetowych dziedzin medycyny⁴⁹, dostęp do lekarzy geriatrów jest bardzo ograniczony. Jest to zupełnie niezrozumiałe, zważywszy na fakt starzenia się społeczeństwa. Ozna-

⁴⁷ T.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm., dalej jako: u.ś.o.z.

⁴⁸ M. Pieprzyk, P. Pieprzyk, *Osoby starsze w systemie ochrony zdrowia*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2012, nr 3, s. 179.

⁴⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. z 2012 r., poz. 1489).

cza to, że system ochrony zdrowia w obecnym kształcie nie jest dostosowany do potrzeb populacji, a w polityce zdrowotnej państwa brak jest jakichkolwiek działań nakierowanych na zmianę tego stanu. Co prawda, Rada Ministrów podjęła uchwałę w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020⁵⁰, jednakże wciąż nie są realizowane przedstawione w niej założenia. Brakuje ponadto programów zdrowotnych skierowanych do pacjentów w podeszłym wieku.

Działania władz publicznych w zakresie realizacji obowiązku zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej osobom starszym widoczne są jedynie w obszarze refundacji leków. Wprowadzony nowelizacją u.ś.o.z. z dnia 18 marca 2016 r.⁵¹ art. 43a gwarantuje świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia prawo do bezpłatnego zaopatrzenia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie ogłoszonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych⁵². Aktualny wykaz leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych dla osób powyżej 75. roku życia stanowi część D obwieszczenia refundacyjnego Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2017 r.⁵³

Obowiązkiem władz publicznych jest również stworzenie systemu ochrony zdrowia, w którym szczególne miejsce należy się kobietom ciężarnym. Oznacza to zagwarantowanie odpowiedniego poziomu świadczeń opieki okołoporodowej oraz zapewnienie przestrzegania nie tylko praw istotnych dla każdego pacjenta, ale też tych uwzględniających specyfikę sytuacji, w której znajduje się kobieta w ciąży. Istotne znaczenie ma zagwarantowanie kobietom w ciąży świadczeń związanych z opieką okołoporodową, w tym głównie świadczenia w postaci znieczulenia podawanego w trakcie porodu. Warto byłoby nie tylko zagwarantować taką możliwość, ale i zaproponować programy edukacyjne w tym zakresie ze względu na dominujące wciąż poglądy – zarówno wśród społeczeństwa, jak i w środowisku medycznym – że poród musi wiązać się z bólem⁵⁴.

⁵⁰ Uchwała Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 (M.P. z 2014 r., poz. 118).

⁵¹ Ustawa z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2016 r., poz. 652).

⁵² T.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 1536 z późn. zm., dalej jako: u.r.l.

⁵³ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2017 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.Urz. Min. Zdr. z 2017 r., poz. 17).

⁵⁴ Szerzej: M. Sokołowski, *Znieczulenie po porodzie w świetle świadczeń gwarantowanych*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 2(47), s. 47–63.

Szczególna opieka zdrowotna powinna także obejmować dostęp do badań prenatalnych. Co prawda, do niedawna żaden obowiązujący akt normatywny nie przewidywał wprost prawa kobiety do badań prenatalnych, co znacznie utrudniało jego dochodzenie⁵⁵, lecz nie budzi wątpliwości fakt, że od jego realizacji zależy możliwość podjęcia wczesnego leczenia dziecka z wykrytymi wadami rozwojowymi oraz możliwość skorzystania z innych praw pacjenta (np. prawa do legalnego przerwania ciąży). Do niedawna w obowiązującym prawie można było wskazać nieliczne regulacje dotyczące opieki prenatalnej. Art. 27 ust. 1 pkt 5 u.ś.o.z. wymienia wśród świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób prowadzenie badań profilaktycznych obejmujących kobiety w ciąży, w tym badań prenatalnych zalecanych w grupach ryzyka i u kobiet powyżej 40. roku życia. Z kolei art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży⁵⁶ do obowiązków organów administracji rządowej i samorządu terytorialnego zalicza opiekę prenatalną nad płodem oraz opiekę medyczną nad kobietą w ciąży. Tymczasem z analiz sprawozdań Rzecznika Praw Pacjenta z ostatnich lat wynika, że kobiety w Polsce mają utrudniony dostęp do programu badań prenatalnych⁵⁷.

Ważne jest również zapewnienie kobiecie w okresie ciąży i porodu wsparcia ze strony psychologa. Opieka ta uzasadniona jest nie tylko nową sytuacją życiową, w której znajduje się kobieta rodząca dziecko, ale też komplikacjami, jakie mogą pojawić się w ciąży, podczas porodu i porodu. Dramatyczne przeżycia związane z patologią ciąży, obumarciem płodu czy urodzeniem dziecka martwego albo chorego często są przyczyną depresji u kobiet. Dlatego o zagwarantowanie prawa do ochrony zdrowia psychicznego kobiety ciężarnej apelował Rzecznik Praw Obywatelskich już w 2009 r., kiedy to wystąpił z propozycją uchwalenia Karty Praw Kobiety Rodzącej⁵⁸. Podobnie Rzecznik Praw Pacjenta postulował o wprowadzenie obowiązku zatrudniania psychologów na oddziałach ginekologiczno-położniczych⁵⁹.

W przypadku pozostałych praw pacjenta, szczególnie ważnych dla kobiety rodzącej, należałoby wzmocnić przestrzeganie prawa do poszanowania intymno-

⁵⁵ Por. K. Więckiewicz, *Czy w Polsce istnieje prawo kobiety do badań prenatalnych?*, „Prawo i Medycyna” 2011, nr 4(45), s. 94–106.

⁵⁶ Dz.U. nr 17, poz. 78 z późn. zm.

⁵⁷ Rzecznik Praw Pacjenta, *Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (obejmuje okres od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r.)*, www.bpp.gov.pl/sprawozdania-roczne [dostęp: 23.03.2017].

⁵⁸ Szerzej: *Raport o korespondencji i kontaktach między Rzecznikiem Praw Obywatelskich i Ministrem Zdrowia w sprawie przestrzegania praw obywateli do ochrony zdrowia w okresie od 14 lutego 2006 do 30 kwietnia 2009. Biała Księga*, „Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich” 2009, nr 4, s. 388 i n.

⁵⁹ Rzecznik Praw Pacjenta, *op. cit.*, s. 21, 24.

ści i prywatności, a także prawa do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej⁶⁰. Na uwagę zasługuje wydanie przez Ministra Zdrowia rozporządzenia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem⁶¹. Niewątpliwie przestrzeganie zasad w nim zawartych powinno przyczynić się do podniesienia jakości opieki okołoporodowej. Nie ma w nim jednak zaleceń dotyczących przestrzegania powyżej wskazanych praw.

Analizując działania władz publicznych w zakresie realizacji konstytucyjnego obowiązku zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej kobietom w ciąży, należy zauważyć, że w ostatnim czasie ustawodawca podjął kroki w kierunku polepszenia jakości tej opieki i zapewnienia kobietom w ciąży należnych im świadczeń. Od 1 stycznia 2017 r. obowiązuje ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”⁶², która określa uprawnienia do wsparcia w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej i instrumentów polityki na rzecz rodziny. Zgodnie z art. 6 ustawy uprawnienia kobiet w ciąży obejmują w szczególności diagnostykę prenatalną, świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego, w tym zabiegi wewnątrzmaciczne, wsparcie psychologiczne, rehabilitację leczniczą, zaopatrzenie w wyroby medyczne, opiekę paliatywną i hospicyjną oraz poradnictwo laktacyjne, ze szczególnym uwzględnieniem matek dzieci urodzonych przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży lub urodzonych z masą urodzeniową poniżej 2500 g. Wspomniana ustawa dokonała ponadto zmian w u.ś.o.z., gwarantując kobietom w ciąży prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach (art. 47c ust. 1 u.ś.o.z.).

Warto także wspomnieć o dwóch rozporządzeniach Ministra Zdrowia, które weszły w życie w ostatnim czasie. Od 31 sierpnia 2016 r. obowiązuje rozporządzenie z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego⁶³, które przewiduje, że łagodzenie bólu porodowego obejmuje wszystkie metody, których skuteczność została udowodniona naukowo. W załączniku do rozporządzenia zostały wymienione i scharakteryzowane zarówno farmakologiczne, jak i niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego. Z kolei 2 czerwca 2016 r. weszło w życie rozporządzenie

⁶⁰ Rzecznik Praw Obywatelskich zwracał uwagę na naruszanie tego prawa przez praktyki uzależnienia przyjęć do szpitala od korzystania ze szkół rodzenia prowadzonych przez dany szpital lub od tego, czy lekarz prowadzący ciążę zatrudniony jest w danym szpitalu, a nawet od zawartej wcześniej umowy o indywidualną opiekę położnej, pielęgniarki albo lekarza w trakcie porodu i po porodzie. Szerzej: *Raport o korespondencji...*, s. 358.

⁶¹ Dz.U. z 2012 r., poz. 1100.

⁶² Dz.U. z 2016 r., poz. 1860.

⁶³ Dz.U. z 2015 r., poz. 1997.

Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych⁶⁴. Wśród wskazanych w rozporządzeniu standardów warto zwrócić uwagę na te dotyczące kobiet, których ciąża zakończyła się poronieniem, urodzeniem dziecka martwego, niezdolnego do życia lub obciążonego schorzeniami. Szczególna pomoc takim pacjentkom ma polegać m.in. na: zapewnieniu opieki psychologicznej, prywatności i poczucia intymności; miejsca w sali, w której nie przebywają kobiety, które urodziły zdrowe dzieci; dostatecznego czasu na oswojenie się z sytuacją; przeszkoleniu personelu medycznego w zakresie pracy z rodzicami doświadczającymi śmierci noworodka i narodzin dziecka chorego w celu uwrażliwienia na ich sytuację. Jeżeli przewidziane we wskazanych rozporządzeniach standardy byłyby powszechnie przestrzegane i egzekwowane, niewątpliwie poprawiłyby opiekę zdrowotną nad kobietami w ciąży.

Wśród osób wyróżnionych przez ustrojodawcę w art. 68 ust. 3 Konstytucji RP znajdują się również dzieci. Trudno jednak dostrzec działania władz publicznych, które zmierzałyby do zapewnienia im szczególnej opieki zdrowotnej. Wprawdzie wśród świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, wymienionych w art. 27 u.ś.o.z., znalazły się: wczesna, wielospecjalistyczna i kompleksowa opieka nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym; promocja zdrowia i profilaktyka, w tym profilaktyka stomatologiczna obejmująca dzieci i młodzież do ukończenia 19. roku życia; profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania; wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej obejmujących dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia – jednakże realizacja tych świadczeń budzi zastrzeżenia. Najwięcej obiekcji budzi likwidacja gabinetów lekarzy, lekarzy dentystów i pielęgniarek w placówkach oświatowych⁶⁵ oraz faktyczny brak działań z zakresu profilaktyki, stomatologii, rehabilitacji i edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży⁶⁶. M. Dercz proponuje wyodrębnienie środków finansowych w budżecie państwa w ramach działu ochrona zdrowia i przeznaczenie ich na opiekę zdrowotną dzieci, a nawet uregulowanie w odrębnej ustawie kwestii szczególnej opieki zdrowotnej nad dziećmi⁶⁷.

⁶⁴ Dz.U. z 2015 r., poz. 2007.

⁶⁵ G. Magnuszewska-Otulak, *Wybrane problemy polityki zdrowotnej w Polsce*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” 2013, nr 21, s. 100.

⁶⁶ M. Dercz, *Konstytucyjne podstawy praw dziecka do ochrony zdrowia i zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia ich dostępności*, [w:] M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *Dziecko – pacjent i świadczeniobiorca. Poradnik prawny*, Warszawa 2015, s. 51 i n.

⁶⁷ *Ibidem*.

Ostatnią grupę wyróżnioną przez ustrojodawcę stanowią osoby niepełnosprawne. Niestety, i w tym przypadku działań ze strony władz publicznych zmierzających do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej nie można ocenić pozytywnie. Podjęte dotychczas działania ze strony ustawodawcy ograniczają się do zagwarantowania w art. 41 u.ś.o.z. możliwości korzystania ze środków transportu sanitarnego w celu odbycia leczenia w razie dysfunkcji narządów uniemożliwiających samodzielne poruszanie się oraz zaopatrzenia w wyroby medyczne na zasadach określonych w u.r.l.⁶⁸ Ustawodawca powinien ponadto zagwarantować pacjentom niepełnosprawnym większy dostęp do opieki długoterminowej, usług pielęgnacyjnych i świadczeń rehabilitacyjnych. W literaturze można też wskazać postulaty stworzenia kompleksowej regulacji poświęconej prawom osób niepełnosprawnych w Polsce⁶⁹.

Reasumując powyższe rozważania, należy stwierdzić, że konstytucyjny obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku nie jest należycie realizowany przez władze publiczne. Analiza obowiązujących regulacji prawnych, sprawozdań Rzecznika Praw Pacjenta oraz postulatów formułowanych w doktrynie prowadzi do wniosku, że podejmowane dotychczas działania, zarówno przez władzę ustawodawczą, jak i wykonawczą, są niewystarczające. Wprawdzie w ostatnim czasie ustawodawca wprowadził zmiany w u.ś.o.z. oraz uchwalił ustawę o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” w celu wzmocnienia pozycji kobiet i osób starszych w systemie ochrony zdrowia, lecz nie pozwala to na pozytywną ocenę realizacji konstytucyjnego obowiązku. Wciąż zastrzeżenia budzi niedostateczna opieka geriatryczna, niezagwarantowanie szeregu praw istotnych dla kobiet w ciąży, niewystarczająca opieka zdrowotna nad dziećmi czy brak programów zdrowotnych dla osób niepełnosprawnych. I chociaż ustrojodawca nie sprecyzował, na czym polega szczególna opieka zdrowotna, to dbałość o wskazane w art. 68 ust. 3 Konstytucji RP kategorie osób powinna być jednym z najważniejszych obowiązków podmiotów odpowiedzialnych za organizację i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia.

⁶⁸ A. Przybyłka, *Świadczenia dla osób starszych i niepełnosprawnych w ramach systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej (wybrane zagadnienia)*, „Acta Universitatis Lodzianis. Folia Oeconomica” 2013, nr 297, s. 189.

⁶⁹ E. Przychodaj, *Ochrona osób niepełnosprawnych w Polsce. Stan i perspektywy*, „Zamojskie Studia i Materiały” 2012, z. 1, s. 144.

BIBLIOGRAFIA

- Banaszak B., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012.
- Bosek L., *Komentarz do art. 68 Konstytucji*, [w:] *Konstytucja RP*, t. 1: *Komentarz do art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016.
- Byk C., *Prawo do zdrowia jako prawo konstytucyjne*, „Państwo i Prawo” 2000, z. 9.
- Dercz M., *Konstytucyjne podstawy praw dziecka do ochrony zdrowia i zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia ich dostępności*, [w:] M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *Dziecko – pacjent i świadczeniobiorca. Poradnik prawny*, Warszawa 2015.
- Garlicki L., *Uwagi do rozdziału II Konstytucji „Wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela”*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. L. Garlicki, t. 3, Warszawa 2003.
- Gawrońska M., *Prawo do ochrony zdrowia na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, „Przeгляд Prawa Publicznego” 2014, nr 2.
- Jarosz-Żukowska S., *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.
- Jończyk J., *Ochrona zdrowia*, „Państwo i Prawo” 2007, z. 2.
- Kobak M., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia a klauzula sumienia lekarza*, [w:] *Odpowiedzialność administracji i w administracji*, red. Z. Duniewska, M. Stahl, Warszawa 2013.
- Lach D.E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011.
- Magnuszewska-Otulak G., *Wybrane problemy polityki zdrowotnej w Polsce*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” 2013, nr 21.
- Michalska-Badziak M., *Prawo ochrony zdrowia*, [w:] *Materialne prawo administracyjne. Pojęcie, instytucje, zasady*, red. M. Stahl, Warszawa 2005.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2017 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.Urz. Min. Zdr. z 2017 r., poz. 17).
- Oniszczyk J., *Prawo do szczególnej opieki zdrowotnej (art. 68)*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz encyklopedyczny*, red. W. Skrzydło, S. Grabowska, R. Grabowski, Warszawa 2009.
- Oniszczyk J., *Równość – najpierwsza z zasad i orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego*, Warszawa 2004.
- Orzeczenie TK z dnia 6 kwietnia 1993 r., K 7/92, OTK ZU 1993, nr 1, poz. 7.
- Ostrzyżek A., *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 4.
- Pieprzyk M., Pieprzyk P., *Osoby starsze w systemie ochrony zdrowia*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2012, nr 3.
- Postanowienie TK z dnia 12 listopada 2003 r., Ts 11/03, OTK ZU 2003, nr 4B, poz. 258.
- Preisner A., *Prawo do ochrony życia i do zachowania naturalnej integralności psychofizycznej człowieka*, [w:] *Wolności i prawa jednostki oraz ich gwarancje w praktyce*, red. L. Wiśniewski, Warszawa 2006.
- Prokop K., *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP*, [w:] *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, red. T. Mróz, Białystok 2011.
- Przybyłka A., *Świadczenia dla osób starszych i niepełnosprawnych w ramach systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej (wybrane zagadnienia)*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica” 2013, nr 297.
- Przychodaj E., *Ochrona osób niepełnosprawnych w Polsce. Stan i perspektywy*, „Zamojskie Studia i Materiały” 2012, z. 1.
- Raport o korespondencji i kontaktach między Rzecznikiem Praw Obywatelskich i Ministrem Zdro-*

- wia w sprawie przestrzegania praw obywateli do ochrony zdrowia w okresie od 14 lutego 2006 do 30 kwietnia 2009. *Biała Księga*, „Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich” 2009, nr 4.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. z 2012 r., poz. 1100).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. z 2012 r., poz. 1489).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, położu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz.U. z 2015 r., poz. 2007).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz.U. z 2015 r., poz. 1997).
- Rzecznik Praw Pacjenta, *Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (obejmuje okres od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r.)*, www.bpp.gov.pl/sprawozdania-roczne [dostęp: 23.03.2017].
- Sarnecki P., *Normy programowe w konstytucji i odpowiadające im wolności obywatelskie*, [w:] *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, red. L. Garlicki, A. Szyt, Warszawa 2003.
- Skrzydło W., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2013.
- Sokołowski M., *Znieczulenie po porodzie w świetle świadczeń gwarantowanych*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 2(47).
- Trzcziński J., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia na tle art. 35 Karty Podstawowych Praw Unii Europejskiej*, [w:] *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, red. L. Garlicki, A. Szyt, Warszawa 2003.
- Uchwała Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 (M.P. 2014 r., poz. 118).
- Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. nr 17, poz. 78 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 1536 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2016 r., poz. 652).
- Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2016 r., poz. 1860).
- Więckiewicz K., *Czy w Polsce istnieje prawo kobiety do badań prenatalnych?*, „Prawo i Medycyna” 2011, nr 4(45).
- Winczorek P., *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, Warszawa 2008.
- Wyrok NSA z dnia 20 listopada 2008 r., II OSK 1408/07, LEX nr 562845.
- Wyrok SN z dnia 26 stycznia 2005 r., IV CK 414/04, LEX nr 177267.
- Wyrok SN z dnia 10 listopada 2006 r., I CSK 229/06, LEX nr 398443.
- Wyrok SN z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07, LEX nr 333609.
- Wyrok TK z dnia 5 listopada 1997 r., K 22/97, OTK ZU 1997, nr 3–4, poz. 41.

- Wyrok TK z dnia 23 marca 1999 r., K 2/98, OTK ZU 1999, nr 3, poz. 38.
Wyrok TK z dnia 18 stycznia 2000 r., K 17/99, OTK ZU 2000, nr 1, poz. 4.
Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK ZU 2004, nr 1A, poz. 1.
Wyrok TK z dnia 23 października 2007 r., P 10/07, OTK ZU 2007, nr 9A, poz. 107.
Wyrok TK z dnia 22 lipca 2008 r., K 24/07, OTK ZU 2008, nr 6, poz. 110.
Wyrok TK z dnia 4 listopada 2014 r., SK 55/13, OTK ZU 2014, nr 10A, poz. 111.
Zięba-Załucka H., *Pojęcie prawa do ochrony zdrowia*, [w:] *Zasada równości w prawie*, red. H. Zięba-Załucka, M. Kijowski, Rzeszów 2004.

SUMMARY

Responsibilities in the field of health care have been imposed on public authorities in the Polish Constitution. The most important of these is the need to ensure citizens, regardless of their financial situation, equal access to healthcare services financed from public funds. Other responsibilities of public authorities is to provide special healthcare to children, pregnant women, disabled people and elderly people, as well as to combat epidemic illnesses and prevent the negative health effects of environmental degradation. In addition, the State should promote the development of physical culture, particularly among children and young people. The considerations undertaken in the article apply primarily to implementing of the above-mentioned liability of providing high-quality health care for children, pregnant women, disabled people and elderly people. Regrettably, the analysis of binding legal acts, current health care programs and the Commissioner of Patients' Rights reports leads to the conclusion that the State does not fulfil the obligation in a satisfactory manner.

Keywords: health care; high-quality health care; patients' rights

STRESZCZENIE

Obowiązująca Konstytucja RP nakłada na władze publiczne obowiązki w zakresie ochrony zdrowia. Najważniejszym z nich jest konieczność zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Innym obowiązkiem władz publicznych w zakresie ochrony zdrowia jest zapewnienie szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom w ciąży, osobom niepełnosprawnym oraz osobom starszym, a także zwalczanie chorób epidemicznych i zapobieganie negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. Ponadto państwo powinno wspierać rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży. Rozważania podjęte w artykule dotyczą głównie realizacji obowiązku zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom w ciąży, osobom niepełnosprawnym i osobom starszym. Niestety, analiza obowiązujących aktów normatywnych, aktualnych programów zdrowotnych oraz sprawozdań Rzecznika Praw Pacjenta prowadzi do wniosku, że państwo nie wywiązuje się z niego w sposób zadowalający.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia; szczególna opieka zdrowotna; prawa pacjenta