

PIOTR ROMANIUK
KATARZYNA BRUKAŁO

OCHRONA ZDROWIA
JAKO OBOWIĄZEK PAŃSTWA
EWOLUCJA POLSKIEGO USTROJU KONSTYTUCYJNEGO
W ASPEKCIE PRZEPISÓW DOTYCZĄCYCH ZDROWIA

WPROWADZENIE

Ochrona zdrowia i odpowiedzialność państwa w odniesieniu do tej sfery współcześnie stanowią niemal niekwestionowany element składowy katalogu absolutnie elementarnych obowiązków państwa i władzy publicznej. Obowiązki te są szczegółowo regulowane przepisami ustaw dotyczących organizacji systemów zabezpieczenia społecznego i systemu ochrony zdrowia jako jego szczególnej części, na tyle doniosłej, że wręcz wybijającej się na samodzielność i traktowanej jako samoistna struktura organizacyjna powołana w celu realizacji sobie tylko właściwych celów, środkami również dla siebie tylko specyficznymi. Dobrym zobrazowaniem tego trendu jest charakterystyczny dla polskich autorów zajmujących się problematyką prawa zabezpieczenia społecznego sposób traktowania ubezpieczeń zdrowotnych jako sfery odrębnej od pozostałych rodzajów ubezpieczenia społecznego – wbrew klasycznej konstrukcji bismarckowskiego ubezpieczenia społecznego i wbrew

Dr PIOTR ROMANIUK, Zakład Polityki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego; adres do korespondencji: ul. Piekarska 18, 41-902 Bytom; e-mail: promaniuk@sum.edu.pl

Mgr KATARZYNA BRUKAŁO, Zakład Polityki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego; adres do korespondencji: ul. Piekarska 18, 41-902 Bytom; e-mail: kbrukalo@sum.edu.pl

międzynarodowym trendom w literaturze przedmiotu¹. Jakkolwiek odrębność ta ma swoje uzasadnienie w konstrukcji polskich ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych², można ją potraktować również jako pewien symptom wspomnianego powyżej procesu usamodzielniania się ochrony zdrowia w obrębie obszarów aktywności państwa. Doniosłość sfery ochrony zdrowia wynika jednak przede wszystkim z faktu, że odpowiedzialność za tę sferę stała się elementem składowym fundamentalnych obowiązków obciążających państwo, co zostało usankcjonowane przepisami konstytucyjnymi. Dostęp do ochrony zdrowia i dbałość państwa o zdrowie publiczne, zyskawszy sankcję o najwyższej możliwej doniosłości na gruncie krajowego systemu prawnego, tym samym zostały włączone w obszar podstawowych uprawnień obywatelskich.

System zdrowotny, podlegając historycznym procesom rozwoju, zmieniał swoją formę, zasięg, a także zakres interakcji, w jaką wchodził z państwem i jego agendami. Wszystkie te elementy splatają się w sposób konieczny z ewolucją państwowego ustawodawstwa będącego jednym z kluczowych czynników determinujących formuły organizacyjne systemu zdrowotnego, a także określających zakres, w jakim w systemie tym uczestniczy państwo. Jednak to nie omówienie historycznego rozwoju organizacji systemu zdrowotnego stanowi podstawowy cel prezentowanego artykułu. Punktem wyjścia dla niego jest natomiast zagadnienie związku zachodzącego między problematyką zdrowia a ustrojem państwa, czego przejawem jest właśnie fakt ujęcia problematyki ochrony zdrowia w katalogu konstytucyjnie regulowanych sfer odpowiedzialności władzy publicznej, co nastąpiło w pewnym historycznym momencie ewolucji ustroju Polski. Celem artykułu tym samym staje się przegląd konstytucyjnych przepisów odnoszących się do ochrony zdrowia zawartych w kolejnych historycznie aktach regulujących ustrój Rzeczypospolitej Polskiej.

1. OD DEFINICJI WINSŁOWA PO NOWE ZDROWIE PUBLICZNE – WYJAŚNIENIA TERMINOLOGICZNE

W świetle założonego celu prowadzonych w artykule rozważań, niejako samoistnie wyłania się kwestia definicji zdrowia publicznego oraz działań

¹ P. ROMANIUK, M. SYRKIEWICZ-ŚWITAŁA, *Marketing ubezpieczeń zdrowotnych*, w: M. SYRKIEWICZ-ŚWITAŁA (red.), *Marketing w ochronie zdrowia*, Katowice: Wydawnictwo Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach 2011, s. 38-49.

² Zob. m.in. I. JĘDRASIK-JANKOWSKA, *Ubezpieczenie społeczne*, t. I: *Część ogólna*, Warszawa: Lexis Nexis 2003.

i trendów z nim związanych. Stosowne wyjaśnienia terminologiczne należy uznać za niezbędny fundament czytelności analiz zawartych w dalszej części opracowania.

Jakkolwiek zaangażowanie państwa w materię zdrowia historycznie sięga swoimi tradycjami w dość odległe czasy, zaś szczególne nasilenie aktywności państwa w tej materii następować zaczęło wraz z postępem procesów społecznych i gospodarczych towarzyszących kształtowaniu się współczesnych państw, a więc mniej więcej od drugiej połowy XVII w., pierwszą definicję zdrowia publicznego zaproponował dopiero w roku 1920 C.-E.A. Winslow, formułując ją w następującym brzmieniu: „Zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego poprzez wysiłek społeczności, higienę środowiska, kontrolę zakażeń, nauczanie zasad higieny indywidualnej, organizację służb medycznych i pielęgniarских ukierunkowaną na zapobieganie chorobom i wczesną diagnozę, rozwój mechanizmów społecznych zapewniających każdemu indywidualnie i społeczności warunki życia pozwalające na utrzymanie zdrowia”³.

Rozumienie problematyki zdrowia publicznego według C.-E.A. Winslowa zawiera w sobie kilka istotnych wątków. Po pierwsze, uwypukla systemowy wymiar zdrowia publicznego, określając je mianem „zorganizowanych wysiłków”. Po drugie – zwraca uwagę na wielowymiarowość problematyki zdrowia oraz jego uwarunkowań, której konsekwencją jest konieczność równie wielopłaszczyznowego ukierunkowania wspomnianych wysiłków zawierających się w praktyce zdrowia publicznego. Mieści się w jego ramach zatem aktywność odnosząca się zarówno do sfery środowiskowej, jak i społecznej (tak w wymiarze epidemiologicznym, jak i kulturowym), systemowej („organizacja służb medycznych i pielęgniarских”), a nawet politycznej i ekonomicznej – tak bowiem należy rozumieć rozwijanie mechanizmów społecznych służących celowi określonemu w ostatniej części definicji. Definicja ta ponadto zwraca uwagę na swoistego rodzaju samoistność materii zdrowia publicznego jako odrębnej od tradycyjnie rozumianej medycyny naprawczej, gdzie w pierwszym przypadku mamy do czynienia nie tylko z odpowiednim kształtowaniem warunków funkcjonowania tej drugiej, ale także dalece szerzej potraktowane zostaje zagadnienie czynników otoczenia, które zdrowie warunkują.

Definicja C.-E.A. Winslowa odzwierciedla typowy dla pierwszej połowy XX w. trend polegający na odchodzeniu od działań nakierowanych tylko i wy-

³ C.-E.A. WINSLOW, *The Untilled Fields of Public Health*, „Science”, 51(1920), nr 1306, s. 23-33 – cyt. za: M. MILLER, A. ZIELIŃSKI, *Zdrowie publiczne – misja i nauka*, „Przegląd Epidemiologiczny”, 56(2002), nr 4, s. 547-557.

łącznie na wtórnie podejmowaną walkę z chorobą, na rzecz uwzględniania także kwestii kształtowania środowiskowych, kulturowych i społecznych uwarunkowań zdrowia człowieka, celem budowania potencjału służącego zachowaniu zdrowia obywateli. Innymi słowy, to zdrowie (jako kompleksowo rozumiany stan, którego zachowanie jest pożądane), a nie choroba (jako stan patologii w organizmie człowieka) staje się tu kluczowym punktem odniesienia. Kolejnym symptomem tego trendu jest przyjęta w 1946 r. przez Światową Organizację Zdrowia definicja zdrowia, określająca je jako „pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby”⁴. Kolejne stadium rozwoju tej innowacyjnej myśli dobrze zilustrowane jest przez globalną koncepcję zdrowia ogłoszoną w roku 1974 przez kanadyjskiego ministra zdrowia Marca Lalonde’a. Osadził on zdrowie człowieka jako wypadkową czterech determinant, określając jednocześnie procentowo skalę, w jakiej zdrowie przez dany czynnik jest warunkowane. Są to: system opieki zdrowotnej (10%), czynniki genetyczne (16%), środowisko naturalne (21%) i styl życia (53%)⁵. Według J.B. Karskiego koncepcja ta unaoczniała przede wszystkim możliwość ograniczenia popytu na świadczenia medyczne poprzez promowanie zdrowia, a także konieczność zaangażowania rządu w działania z tego obszaru⁶. Myśl M. Lalonde’a znalazła swoje odzwierciedlenie w ustaleniach Światowego Zgromadzenia Zdrowia w Ałma Acie w roku 1977, wyartykułowanych w strategii „Zdrowie dla Wszystkich”⁷ oraz w jej kontynuacji – dokumencie „Zdrowie dla Wszystkich do roku 2000”⁸. Zdrowie dodatkowo jest tutaj traktowane nie tylko jako wartość egalitarna, ale także jako wartość instrumentalna (jest podstawą produktywnego życia), co tym mocniej podkreśla jego spójność z innymi obszarami aktywności jednostek i społeczeństw.

Kulminacją omawianej ewolucji rozumienia zdrowia oraz zdrowia publicznego jest Karta Ottawska – dokument określany także jako deklaracja Nowego Zdrowia Publicznego, u którego podstaw leży promocja zdrowia rozumiana jako „proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie, w sensie jego poprawy i utrzymania”⁹. Jej pięć

⁴ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Dz.U. 1948, nr 61, poz. 477.

⁵ M. LALONDE, *A New Perspective on the Health of Canadians – A Working Document*, Ottawa, April 1974, Ottawa: Ottawa Information Canada 1975.

⁶ J.B. KARSKI, *Promocja zdrowia i jej aktualne kierunki aktywności i rozwoju. Meandry promocji zdrowia*, „Sztuka Leczenia”, 16(2008), nr 1-2, s. 11-21.

⁷ M. WYSOCKI, M. MILLER, *Nowe zdrowie publiczne w perspektywie ostatnich 30 lat*, „Zdrowie Publiczne”, 113(2003), nr 1-2, s. 3-7.

⁸ Tamże.

⁹ *Ottawa Charter for Health Promotion*, „Health Promotion”, 1987, nr 1, s. 382-384.

celów strategicznych, to, zgodnie z Kartą Ottawską: budowanie polityki zdrowia publicznego, tworzenie środowisk wspierających, rozwój umiejętności indywidualnych, wzmacnianie działań społecznych, reorientacja systemu opieki zdrowotnej¹⁰. Co należy wyraźnie podkreślić, wszelkie działania z zakresu promocji zdrowia są nastawione na zachowanie zdrowia, w odróżnieniu od działań z zakresu profilaktyki (prewencji), dla których punktem odniesienia jest choroba i zapobieganie jej wystąpieniu. Innymi słowy, w odróżnieniu od profilaktyki zdrowotnej, której adresatami są osoby sklasyfikowane jako należące do grup szczególnego ryzyka, zaś celem – uniknięcie choroby¹¹, w przypadku promocji zdrowia celem jest pomnażanie rezerw i potencjału zdrowotnego w całej populacji.

Warto podkreślić przy tym, że Karta Ottawska nie jest początkiem *sensu stricto* promocji zdrowia. Zdefiniowano w niej jedynie proces, który rozpoczął się dużo wcześniej. Interdyscyplinarność promocji zdrowia (u jej podstaw leży doktryna medycyny społecznej, środowiskowej czy podstawy higieny¹²) czyni ją na swój sposób sztuką ingerencji w porządek społeczny w celu kształtowania środowisk sprzyjających zdrowiu. W tym ujęciu zdrowie staje się wartością, która pozwala człowiekowi realizować jego aspiracje, zasobem niezbędnym do rozwoju społecznego i ekonomicznego oraz środkiem ku lepszej jakości życia.

Definicja Nowego Zdrowia Publicznego zawiera w sobie wszystkie dotychczasowe osiągnięcia i realizowane idee polityki zdrowotnej – zarówno tej globalnej, jak i lokalnej. Wobec powyższych rozważań trafna wydaje się konkluzja J. Nosko, który stwierdza, że „nowe zdrowie publiczne (NZP) jest nauką i kompleksowym postępowaniem zmierzającym do zachowania i umacniania zdrowia ludności w wymiarze makrospołecznym i lokalnym. Podstawą tego postępowania jest naukowe rozpoznawanie zdrowia i potrzeb zdrowotnych zbiorowości oraz inicjowanie i organizowanie skoordynowanych wysiłków instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych w celu osiągnięcia pożądanych standardów zdrowia. Cel ten uzyskuje się poprzez wdrażanie podstawowych funkcji zdrowia publicznego, a zwłaszcza przez kształtowanie nawyków zdrowego stylu życia, realizację programów promocji zdrowia, zapobieganie zakaźnym i niezakaźnym chorobom o znaczeniu społecznym,

¹⁰ Tamże.

¹¹ J.B. KARSKI, *Promocja zdrowia z perspektywy ostatniej dekady XX wieku*, w: J.B. KARSKI (red.), *Promocja zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo IGNIS 1999, s. 19-39.

¹² M. MILLER, M.J. WYSOCKI, D. CIANCIARA, *Promocja zdrowia wobec reform systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Przegląd Epidemiologiczny”, 57(2003), nr 3, s. 514.

kontrolę czynników ekologicznych, tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych oraz zapewnienie powszechnego i równego dostępu do opieki medycznej”¹³.

W ramach problematyki zdrowia publicznego mieszczą się również zagadnienia dotyczące „organizowania służb medycznych i pielęgniarских”, a więc to, co w dalszej części artykułu występować będzie pod mianem systemu zdrowotnego i pojęć pokrewnych. Ze względu na pewne różnice znaczeniowe terminów odnoszących się do aspektu systemowego, zbudowanie w pełni funkcjonalnego fundamentu pod rozważania prowadzone w dalszej części pracy wymaga zakreślenia linii demarkacyjnych rozróżniających poszczególne terminy stosowane w odniesieniu do tego aspektu.

Określeniem najpopularniejszym, ale jednocześnie najwęższym, jest „opieka zdrowotna”, którą rozumieć należy jako sieć zakładów opieki zdrowotnej i świadczone przez nie usługi mające na celu wzmocnienie i utrzymanie potencjału zdrowotnego jednostki poprzez szeroko pojętą walkę z chorobą: poczynając od profilaktyki, poprzez wykrywanie i leczenie, kończąc na rehabilitacji oraz minimalizowaniu skutków choroby¹⁴. Pojęciem znaczeniowo obszerniejszym, zawierającym w sobie opiekę zdrowotną, ale także działania wszelkich innych sektorów mających wpływ na stan zdrowia społeczeństwa (np. edukacji, infrastruktury, ochrony środowiska), jest „ochrona zdrowia”. Pojęcie to rozumieć należy jako ogół wysiłków podejmowanych przez społeczeństwo w celu zapewnienia jednostkom rozwoju fizycznego, psychicznego i społecznego, przedłużanie ich życia (także poprzez leczenie i zapobieganie chorobom) oraz zapewnienie zdrowego rozwoju kolejnym pokoleniom¹⁵. Wreszcie globalnym pojęciem obejmującym zarówno zespół działań z zakresu medycyny naprawczej (realizacja świadczeń profilaktycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych), jak i promocji zdrowia ukierunkowanej na pomnożenie potencjału zdrowotnego jest „system zdrowotny”¹⁶. Jak stwierdza W.C. Włodarczyk, termin ten oznacza „konceptyjnie wyodrębnioną całość, której części

¹³ J. NOSKO, *O potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym*, „Zdrowie Publiczne”, 111(2001), s. 75-80.

¹⁴ *Wielka Encyklopedia PWN*, t. XIX, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2003, s. 303, 513.

¹⁵ Tamże.

¹⁶ S. POŹDZIOCH, *System zdrowotny*, w: A. CZUPRYNA, S. POŹDZIOCH, A. RYŚ, W.C. WŁODARCZYK (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. I, Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VERSALIUS 2000, s. 127-144.

współprzyczyniają się do powodzenia tej całości, a powodzenie to jest rozumiane jako realizacja misji polityki zdrowotnej”¹⁷.

2. OCHRONA ZDROWIA JAKO MATERIA KONSTYTUCYJNA: EWOLUCJA ROZWIĄZAŃ USTROJOWYCH W POLSKICH KONSTYTUCJACH

Ochrona zdrowia, zwłaszcza w świetle przytoczonych wyżej definicji, wydaje się kwestią priorytetową, nie tylko dla jednostki, ale również dla ogółu społeczeństwa. Kwestia ta została doceniona także przez ustawodawców, którzy ochronę zdrowia włączyli w katalog konstytucyjnych praw podstawowych. Jak zauważa Z. Ziemiński, „związek szerokiego wachlarza praw socjalnych, którym licytowały się konkurencyjne rozwiązania ustrojowe, z wartościami konstytucyjnymi polega na uznaniu ochrony godności i pewnych materialnych interesów obywateli za sprawy szczególnie doniosłe”¹⁸.

Treścią deklarowanych praw socjalnych pozostają zobowiązania udzielania określonych świadczeń pozytywnych ze strony państwa w stosunku do obywateli. Deklaracje te różnią się między sobą przede wszystkim zaangażowaniem ideologicznym oraz większym lub mniejszym realizmem ich realizacji. Jeśli bowiem deklaracjom państwa nie odpowiadają żadne określone zobowiązania, to w istocie deklaracja taka ogranicza się tylko do ogólnikowego manifestu politycznego.

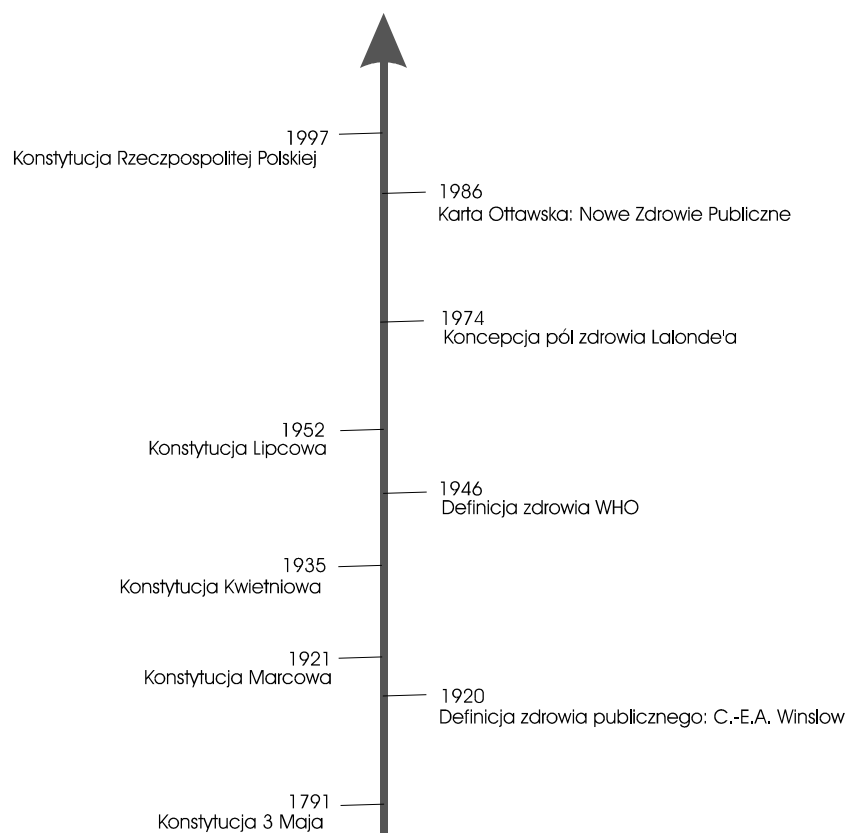
Jednocześnie podkreślenia wymaga fakt, iż zobowiązania państwa wobec jednostki zawarte w zestawie praw socjalnych (a zatem i ochrony zdrowia obywateli) są zróżnicowane w zależności od koncepcji, począwszy od radykalnego liberalizmu aż po ideę państwa opiekuńczego. Koncepcje te wymuszają przyjmowanie odmiennych teorii życia społecznego, odmiennych doktryn politycznych i ideologii, a co za tym idzie wpływają na różnice systemów wartości wyrażanych w katalogu praw socjalnych.

Wskutek powyższych uwarunkowań ochrona zdrowia, jako element konstytucyjnych praw socjalnych czy podstawowych, definiowana była w zależności od retoryki ustroju czy ówczesnej sytuacji politycznej – od jedynie deklaracyjnego przepisu, aż po wyszczególnienie działań podjętych przez państwo

¹⁷ W.C. WŁODARCZYK, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VERSALIUS 1996.

¹⁸ Z. ZIEMIŃSKI, *Wartości konstytucyjne: zarys problematyki*, Warszawa: Wydawnictwo Sejmowe 1993, s. 23.

na rzecz zdrowia obywateli, co zilustrowano w niniejszej części opracowania. Zauważmy przy tym, że także ewolucja sposobu pojmowania zdrowia publicznego i jego relacji z poszczególnymi częściami składowymi pozostaje pewnym procesem zachodzącym w czasie, co omówiono w poprzedniej części artykułu. Mamy tym samym do czynienia z dwoma równoległymi zachodzącymi procesami, których wzajemną relację przedstawia rycina 1.



Rycina 1. Ewolucja sposobu pojmowania zdrowia publicznego i jego składowych oraz polskich norm konstytucyjnych. Źródło: własne.

Proces ewolucji kształtowania się zdrowia publicznego na forum międzynarodowym i w literaturze teoretycznej, choć koreluje w czasie z kolejnymi przemianami w odnoszących się do zdrowia treściach polskich konstytucji, to nie zawsze znajduje w nich pełne odzwierciedlenie. W przypadku pierwszego z omówionych dokumentów – Konstytucji 3 Maja – jest to o tyle zro-

zumiały, że polska myśl konstytucyjna wyprzedziła narodziny usystematyzowanej teorii zdrowia publicznego.

2.1. KONSTYTUCJA 3 MAJA.

POCZĄTKI NOWOŻYTNEGO USTROJU POLITYCZNEGO POLSKI

Za umowny początek ewolucji nowożytnego ustroju Rzeczypospolitej Polskiej można przyjąć uchwalenie Konstytucji 3 Maja w 1791 r. Jakkolwiek historia obowiązywania tego dokumentu była nadzwyczaj krótka, obejmując niewiele ponad rok, to stanowił on niewątpliwie moment przełomowy i znaczące osiągnięcie w skali światowej. Dał także początek tradycji uchwalania aktów regulujących ustrój Polski, z których większość, jeśli nie wszystkie, wykazuje pewne cechy wspólne. Zwrócić tu należy uwagę przede wszystkim na uwarunkowania determinujące ich treść: z jednej strony szczególną sytuację geopolityczną i wewnętrzną, w jakiej dochodziło do uchwalania kolejnych konstytucji, z drugiej – uwzględnienie w ich treściach, katalogach naczelnych zasad ustrojowych oraz innych elementach konstrukcyjnych systemu polityczno-społecznego idei wpisujących się w najnowsze trendy filozofii politycznej.

Uchwalona przez Sejm Czteroletni Ustawa Rządowa, dziś powszechnie znana jako Konstytucja 3 Maja, powstała w warunkach systematycznie zmniejszającej się suwerenności Polski. Około dwudziestoletni okres względnego pokoju, stabilizacji gospodarczej, a także sprzyjająca sytuacja polityczna w sąsiadujących mocarstwach, stanowiły podwalinę reformy ustrojowej, ta zaś, jakkolwiek nie oznaczała daleko idącej rewolucji w systemie organizacji władz państwa oraz systemie społecznym, była na wskroś nowoczesna, choćby z uwagi na fakt, iż opierała się na jednym z pierwszych w świecie przypadków konstytucji pisanych, będąc także spójną z postulatami popularnych w owym czasie autorów koncepcji z zakresu filozofii politycznej¹⁹. Za symboliczne zerwanie ze spuścizną feudalną uznać można odejście od retoryki skupiającej się na warstwie szlacheckiej i nawiązanie do postulowanej przez Jeana-Jacquesa Rousseau zasady suwerenności narodu (zob. zawartą w art. V deklarację: „Wszelka władza społeczności ludzkiej początek swój bierze z woli narodu”), a także wyraźnie inspirowane myślą monteskiuszowską nawiązanie do zasady trójpodziału władzy (w tymże art. V: „Aby więc całość państw, wolność obywatelską i porządek społeczności w równej wadze na zawsze zostawały, trzy władze rząd narodu polskiego składać powinny i z woli prawa niniejszego na zawsze składać będą,

¹⁹ R. ŁASZEWSKI, S. SALMANOWICZ, *Historia ustroju Polski*, Toruń: TNOiK Dom Organizatora 1995, s. 65-67.

to jest: władza prawodawcza w Stanach zgromadzonych, władza najwyższa wykonawcza w królu i Straży, i władza sędziowska w jurysdykcjach, na ten koniec ustanowionych, lub ustanowić się mających”). Wprawdzie zmiany te w większym stopniu miały wymiar symboliczny niż realny – wciąż bowiem dominującą warstwą społeczną pozostawała szlachta, zaś spośród mieszczaństwa i chłopów, którym poświęcono odpowiednio artykuły III i IV, jedynie ci pierwsi zyskali prawo realnego wpływu na władzę państwową i katalog przywilejów upodabniających ich status formalny do tego, który dotychczas przynależny był warstwie szlacheckiej – to zarówno kierunek owych zmian, jak i ich zakres nie odbiegały znacząco od analogicznych trendów w innych państwach, będąc przy tym swoistego rodzaju tchnieniem liberalnego ducha w charakteryzujące schyłkowy okres demokracji szlacheckiej stosunki społeczne²⁰.

W odniesieniu do ochrony zdrowia Konstytucja 3 Maja nie zawierała żadnych bezpośrednich ani pośrednich odniesień. Jest to o tyle zrozumiałe, że historyczny moment powstania tego dokumentu o co najmniej kilkadziesiąt lat wyprzedza okres, w którym kształtować się zaczęły powszechne systemy zabezpieczenia społecznego, a zakres prawnie definiowanych zobowiązań państwa zaczął wykraczać poza wąsko definiowane, zgodnie z wymogami dominującej w tym czasie klasycznej myśli liberalnej, bezpieczeństwo publiczne.

2.2. KONSTYTUCJA MARCOWA

– ODBUDOWA SUWERENNOŚCI W DUCHU DEMOKRATYCZNYM

Na kolejną konstytucję regulującą ustrój suwerennej Polski przyszło czekać 130 lat. W roku 1921, niespełna 3 lata po umownej dacie odzyskania niepodległości, przyjęta została Ustawa z dnia 17 III 1921 r.: Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, powszechnie znana jako Konstytucja Marcowa. Na jej mocy polski system polityczny zyskał kształt dość precyzyjnie odwzorowujący model demokracji liberalnej w wersji parlamentarno-gabinetowej, z typowymi dla tego modelu ustrojowymi rozwiązaniami oznaczającymi dominującą rolę Sejmu w stosunkach władzy, pośrednie wybory głowy państwa (przez Zgromadzenie Narodowe) i jej relatywnie słabą pozycję ustrojową, a także dość daleko posuniętą proporcjonalność prawa wyborczego²¹. Istotnym elementem składowym ustroju politycznego ustanowionego tym aktem było również zawarcie w katalogu przepisów konstytucyjnych dość obszernego

²⁰ Tamże, s. 67-69.

²¹ M. KALLAS (red.), *Konstytucje Polski*, Warszawa: PWN 1980, s. 70-72.

zbioru praw i wolności obywatelskich²². W tej materii Konstytucja Marcowa wpisywała się, z jednej strony, w powszechny w tym zakresie trend, inkorporując w swoją treść osiągnięcia przebiegającego przez poprzednie dziesięciolecia intensywnego rozwoju myśli społecznej, z drugiej zaś – zawierała treści pozwalające zaliczyć Polskę do grupy państw nieomal pionierskich (np. prawa wyborcze dla kobiet). Zawierała także szereg przepisów, które nawet z dzisiejszej perspektywy odbierać można jako na wskroś nowoczesne, jak na przykład szereg uregulowań odnoszących się do sfery socjalnej. Innym zagadnieniem jest przy tym standard zabezpieczenia społecznego w owym czasie, zupełnie nie przystający do oczekiwań współczesnych.

Wśród praw obywatelskich wyraźnie wyartykułowano także prawo do ochrony życia: „Rzeczpospolita Polska zapewnia na swoim obszarze zupełną ochronę życia, wolności i mienia wszystkim bez różnicy pochodzenia, narodowości, języka, rasy lub religii” (art. 95). W przepisie tym ochrona życia została postawiona na równi z wolnością i prawem własności, można zatem uznać, iż na mocy Konstytucji stała się jednym z trzech filarów obywatelskości i poczucia bezpieczeństwa społecznego. Jest to, co prawda, bardzo lakoniczna deklaracja odpowiedzialności państwa za życie jednostki, z której wcale niekoniecznie można bezpośrednio wywnioskować odpowiedzialność za sferę socjalną związaną z ochroną zdrowia, nadto warte podkreślenia jest również to, że prawa obywatelskie zawarte w Konstytucji Marcowej, a takim była deklaracja ochrony życia, nie miały charakteru bezwzględного i podlegały różnorodnym ograniczeniom. Owe ograniczenia uzasadniano koniecznością zabezpieczenia praw innych obywateli, a nade wszystko interesów państwa. Granice niektórych praw obywatelskich były określone w Konstytucji, jednak większość z nich regulowało ustawodawstwo zwykłe, zróżnicowane zgodnie z granicami dawnych zaborów, a z czasem dopiero ujednoczone. Ze względu na niezdecydowanie Komisji Konstytucyjnej, samą kwestię obywatelskości zdecydowano się w przepisach konstytucyjnych ograniczyć do minimum²³.

Novum w strukturze dokumentu, także w perspektywie światowej, było jednak włączenie do katalogu konstytucyjnie regulowanych praw obywatelskich pakietu odnoszącego się do sfery socjalnej, co należy potraktować jako rezultat dążeń kręgów robotniczych i chłopskich, a jednocześnie oddźwięk dyskusji spowodowanej wydaniem przez papieża Leona XIII encykliki *Rerum novarum* w roku 1891,

²² A. AJNENKIEL, *Polskie konstytucje*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1991, s. 246-248.

²³ M. KALLAS (red.), *Konstytucje Polski*, s. 108.

odzwierciedlającej naukę społeczną Kościoła²⁴. Prawa obywatelskie odnoszące się do sfery socjalnej zawarte zostały w art. 102 i 103, obejmując prawo do ochrony pracy, w tym prawo do szczególnej ochrony pracy młodocianych i kobiet, zakaz pracy zarobkowej dzieci poniżej 15 lat, a także prawo do ubezpieczenia społecznego na wypadek niezdolności do pracy lub bezrobocia, prawo do ochrony macierzyństwa, prawo do bezpłatnej nauki w szkołach państwowych i samorządowych. Wyjątkowo ważną kwestią w kontekście rozpatrywanej odpowiedzialności państwa jest specyfika tych praw, jako wymagających pozytywnej interwencji państwa i nakładających na organy władzy publicznej konkretne zobowiązania. Jakkolwiek sam zamysł idei zabezpieczenia społecznego, czy jego ubezpieczeniowej formy, nie był nowatorski, wyraźnie nawiązując do wprowadzonego cztery dekady wcześniej przez kanclerza Niemiec Ottona von Bismarcka pruskiego systemu ubezpieczeń społecznych, za nowatorską uznać można niewątpliwie konstytucyjną gwarancję owego zabezpieczenia, dopełniającą, a jednocześnie przeddefiniującą, zasady państwa liberalnego. Konstytucję Marcową można zatem potraktować jako pierwszy radykalny krok ku przejęciu odpowiedzialności państwa za organizację zabezpieczenia społecznego, w tym – ochronę zdrowia. I choć deklaracja ta jest lakoniczna i oszczędna zarówno w formie jak i w wymowie, bez wątpienia stanowi fundament współczesnej polityki zdrowotnej.

2.3. KONSTYTUCJA KWIETNIOWA – W STRONĘ AUTORYTARYZMU

Ustrój Polski uregulowany Konstytucją Marcową, choć nowoczesny i dość spójny w swoim charakterze, cierpiał jednak z powodu niestabilności politycznej konstytucyjnych organów władzy. Jej przyczyn upatrywać można zarówno w zastosowaniu takich, a nie innych, rozwiązań ustrojowych, jak i w fakcie ich wpisania się w ogólny kontekst wypełniony trudnościami okresu powojennego, a także koniecznością zbudowania dającego szansę stabilnego trwania systemu społeczno-gospodarczego, łączącego w jedną całość trzy, różniące się bardzo od siebie, obszary dawnych zaborów oraz interesy różnych grup składowych dalece heterogenicznej, tak ekonomicznie, jak i narodowościowo, struktury społecznej.

Skutkiem rozczarowania niestabilnym modelem ustrojowym było stopniowe odchodzenie od modelu parlamentarno-gabinetowego oraz narastająca niechęć do systemu demokratycznego w ogóle. Także i tym razem jednak ewolucja

²⁴ K. GRZYBOWSKI, *Republika otoczona instytucjami socjalnymi (ze studiów nad Marksem – teoretykiem prawa konstytucyjnego)*, w: K. GRZYBOWSKI, *Refleksje sceptyczne*, t. II, Warszawa: Książka i Wiedza 1970, s. 198-202.

ta nie była zjawiskiem specyficznym wyłącznie dla polskiej rzeczywistości ustrojowej, stanowiąc raczej odwzorowanie trendu dość powszechnego w Europie okresu międzywojennego. W Polsce za ukoronowanie tego procesu uznać można przyjęcie nowej konstytucji w kwietniu 1935 r. Stanowiła ona, w bardzo wielu wymiarach, odejście od dotychczasowej tradycji ustrojowej. Wyeliminowano zasadę trójpodziału władzy (zgodnie z treścią art. 2 w osobie prezydenta „skupia się jednolita i niepodzielna władza państwowa”), wyraźnie osłabiona została pozycja ustrojowa parlamentu, nastąpiło zorientowanie całego modelu ustrojowego na państwo (zgodnie z treścią art. 9 „Państwo dąży do zespolenia wszystkich obywateli w harmonijnym współdziałaniu na rzecz dobra powszechnego”, co zyskuje tym silniejszą wymowę w świetle treści art. 10: „Żadne działanie nie może stanąć w sprzeczności z celami Państwa, wyrażonymi w jego prawach”), kosztem swobód obywatelskich, czego znamienym dowodem jest między innymi zrezygnowanie z odrębnego rozdziału poświęconego prawom i wolnościom obywatelskim, a także dość znaczące ograniczenie liczby regulacji dotyczących tej materii. Wyraźnie punktem centralnym modelu ustrojowego stała się instytucja prezydenta wybieranego przez Zgromadzenie Elektorów (reprezentujących w zdecydowanie większym stopniu organy państwowe niż społeczeństwo), nie ponoszącego odpowiedzialności politycznej, choć wyposażonego w szeroki zakres prerogatyw, jednocześnie zyskującego poważny instrument zapewnienia kontynuacji władzy zgodnie ze swoją linią polityczną (możliwość, zgodnie z art. 16, wskazania kandydata przez ustępującego prezydenta, co jest jednoznaczne z przeprowadzeniem wyborów powszechnych z udziałem kandydata wskazanego przez prezydenta oraz kandydata wybranego przez Zgromadzenie Elektorów)²⁵.

Radykalnie zmieniając formę ustroju politycznego, Konstytucja Kwietniowa zachowywała jednak instytucje parlamentarne, polityczny pluralizm oraz swobody obywatelskie. Te ostatnie utrzymywała w mocy w formie zbliżonej do tego, jak ujęte były w Konstytucji Marcowej, przesuwając je jednak z tekstu zasadniczego do aneksu, co jednoznacznie odebrane być powinno jako obniżenie ich znaczenia. W tekście zasadniczym Konstytucji zachowany został jedynie przepis dotyczący ochrony stosunków pracy (art. 8), przy czym należy podkreślić, iż ustęp 2 tegoż artykułu nie został zaczerpnięty z Konstytucji Marcowej. Konstytucja Kwietniowa nie regulowała w sposób bezpośredni takich zagadnień socjalnych, jak ochrona macierzyństwa, zdrowia czy moral-

²⁵ R. ŁASZEWSKI, S. SALMANOWICZ, *Historia ustroju Polski*, s. 139-142.

ności²⁶. Jest to przy tym trend głęboko osadzony w ówczesnej myśli politycznej, która, jak pisze W. Komarnicki, „przeciwstawiała stanowisku indywidualistycznemu myśl uniwersalistyczną, charakteryzującą się prymatem zbiorowości [...] czyli zespoleniem obywatela z Państwem”²⁷.

W Konstytucji z 1935 r. zabrakło zatem bezpośrednich przepisów dotyczących zdrowia jednostki lub też zdrowia publicznego. Była ona wyraźną artikulacją priorytetów politycznych obozu piłsudczykowskiego, wśród których zabrakło kwestii nie tylko zdrowia, ale nawet w ogóle praw obywatelskich. Analizując ewolucję prawnoustrojowych rozwiązań odnoszących się do materii ochrony zdrowia na gruncie polskich konstytucji, można stwierdzić, że Konstytucja Kwietniowa oznaczała w tym zakresie stagnację lub wręcz regres w stosunku do rozwiązań uprzednio będących w mocy.

2.4. KONSTYTUCJA LIPCOWA – SOCJALIZM I DEMOKRACJA LUDOWA

Po II wojnie światowej, wskutek splotu okoliczności politycznych i międzynarodowych, Polska stała się częścią składową zależnego politycznie od Związku Radzieckiego bloku państw socjalistycznych. Odcisnęło to swoje piętno także na ustroju politycznym i społecznym, którego kształt został ostatecznie ustanowiony konstytucją przyjętą 22 VII 1952 r. Konstytucja ta, podobnie jak omówiona wyżej Konstytucja Kwietniowa, rezygnowała z zasady trójpodziału władzy, naczelnym organem czyniąc Sejm²⁸. Zrezygnowano również z dwuizbowości parlamentu oraz wyeliminowano z ustroju państwowego instytucję prezydenta. Jego rolę przejął wzorowany na rozwiązaniach radzieckich organ kolegialny, formalnie zależny od Sejmu, w postaci Rady Państwa. Realnie odpowiedzialność Rady Państwa przed Sejmem nie była realizowana (w szczególności do 1956 r.), zaś sam ten organ przejął szereg kluczowych funkcji Sejmu, ograniczając tym samym jego ustrojowe i polityczne znaczenie²⁹. W wymiarze społecznym Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej powróciła do zasady wyodrębniania rozdziału poświęconego prawom i wolnościom obywatelskim, dodatkowo czyniąc ów katalog wyjątkowo obszernym. W sferze deklaracji zakres swobód obywatelskich był

²⁶ M. KALLAS (red.), *Konstytucje Polski*, s. 108.

²⁷ W. KOMARNICKI, *Ustrój państwowy Polski współczesnej*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2006, s. 390.

²⁸ M. KALLAS (red.), *Historia ustroju Polski*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2007, s. 346-347.

²⁹ Tamże, s. 351-352.

mocno rozbudowany, a w tej grupie miejsce szczególne zyskały prawa odnoszące się do sfery socjalnej, tworząc także konstytucyjną podstawę zintensyfikowanej ochrony stosunku pracy³⁰.

Wspomniane daleko posunięte poszerzenie sfery konstytucyjnego uregulowania kwestii socjalnych znalazło swój wyraz w artykule 95 Konstytucji Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, stanowiącym, iż „organizacja czasów, rozwój turystyki, uzdrowisk, urządzeń sportowych, domów kultury, klubów, świetlic, parków i innych urządzeń wypoczynkowych stwarzają możliwości zdrowego i kulturalnego wypoczynku dla coraz szerszych rzesz ludu pracującego miast i wsi”. Jakkolwiek sposób sformułowania tego artykułu daje pewne podstawy, by interpretować go bardziej jako swoistego rodzaju polityczny manifest, niż konkretne zobowiązanie spoczywające na władzy publicznej, warto przede wszystkim zwrócić uwagę, iż po raz pierwszy w najwyższym akcie prawnym pojawia się nie tylko lakonicznie ujęta „ochrona życia”, ale także namiastka promocji zdrowia oraz profilaktyki zachorowań. W ten bowiem sposób można interpretować treść odnoszącą się do rozwoju uzdrowisk, a tym bardziej do inwestycji w infrastrukturę rekreacyjną i sportową.

Artykuł 60 z kolei stanowi szerokie uregulowanie ochrony przed ryzykami socjalnymi, korespondujące swoją treścią z przepisami zawartymi w Konstytucji Marcowej. Wśród ryzyk tych znajduje się także choroba, ujęta w aspekcie zarówno swoich konsekwencji ekonomicznych, jak i czysto zdrowotnych („Obywatele Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej mają prawo do ochrony zdrowia oraz do pomocy w razie choroby lub niezdolności do pracy”). Charakterystyczny jest użyty w ust. 2 zwrot: „Coraz szerszemu urzeczywistnianiu tego prawa służą [...]”, który można interpretować, z jednej strony, jako podkreślenie iluzoryczności tego prawa w dotychczasowym modelu ustrojowym, z drugiej – jako deklarację nieustających wysiłków państwa na rzecz dbałości o dobro i zdrowie obywateli. Jednocześnie sposób uregulowania tej kwestii ponownie w większym stopniu przybiera formę politycznego manifestu, niż bezpośrednio egzekwowalnej obligacji spoczywającej na władzy publicznej.

Kolejnym interesującym elementem składowym przepisu zawartego w art. 60 jest zyskująca na mocy ust. 2, pkt 1 konstytucyjną podstawę ubezpieczeniowa forma organizacyjna systemu zabezpieczenia społecznego, podobnie jak miało to miejsce w Konstytucji Marcowej. Pewnym paradoksem jest przy tym, że oficjalna polityka władz państwowych w owym czasie zmierzała

³⁰ Tamże, s. 357-358.

w kierunku likwidacji instytucji ubezpieczeniowych i zastąpienia ich wzorowanymi na modelu sowieckim rozwiązaniami zaopatrzeniowymi³¹. Sytuacja ta może być potraktowana jako swoistego rodzaju symptom świadczący o pozorności reguł ustrojowych zawartych w Konstytucji.

Ostatni wreszcie przepis zawarty w omawianym art. 60 Konstytucji uchwalonej w 1952 r. ma znaczenie niebagatelne z tytułu usankcjonowania odpowiedzialności państwa za sferę zdrowia publicznego. Zgodnie z ust. 2, pkt 2, zdefiniowane w ust. 1 prawa urzeczywistniane są również poprzez „rozwój organizowanej przez państwo ochrony zdrowia ludności, rozbudowę urządzeń sanitarnych i podnoszenie stanu zdrowotnego miast i wsi, stałe polepszanie warunków bezpieczeństwa, ochrony i higieny pracy, szeroką akcję zapobiegania chorobom i ich zwalczania, coraz szersze udostępnianie bezpłatnej pomocy lekarskiej, rozbudowę szpitali, sanatoriów, ambulatoriów, wiejskich ośrodków zdrowia, opiekę nad inwalidami”. Warto zauważyć, że zarówno wielopłaszczyznowe ujęcie problematyki uwarunkowań zdrowia ludności, jak i nawet użyte w treści przytoczonego przepisu sformułowania korespondują w znacznej mierze z przytoczoną w poprzedniej części artykułu C.-E.A. Winsłowa definicją zdrowia publicznego.

Jak już podkreślono, Konstytucja PRL jest normatywem charakterystycznym, zarówno w retoryce, jak i w działaniu, dla państwa opiekuńczego. Jednocześnie jest jednak pierwszym aktem najwyższej rangi, w którym w jasny i bezpośredni sposób obowiązki państwa ukierunkowano w stronę szeroko pojętej idei ochrony zdrowia obywateli, dodatkowo opartej nie tylko na działaniach z zakresu medycyny naprawczej, ale także promocji zdrowia i profilaktyki zachorowań. W Konstytucji tej ponadto pierwszy raz pojawia się bezpośrednio zobowiązanie państwa do aktywności w dziedzinie zdrowia publicznego ujmowanego szerzej niż tylko interwencja w sferze bezpieczeństwa socjalnego.

Konstytucja Lipcowa w ciągu całego okresu swojego obowiązywania nowelizowana była 23 razy. Szczególnego znaczenia nabiera jednak nowelizacja z lutego 1976 r., na mocy której konstytucyjne umocowanie znalazły treści mówiące o wiodącej roli Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej oraz o umacnianiu przyjaźni i współpracy ze Związkiem Socjalistycznych Republik Radzieckich. Tym samym na gruncie aktu regulującego naczelne zasady ustrojowe państwa swoją podstawę zyskały zarówno przesunięcie się kluczo-

³¹ Z. KLUSZCZYŃSKA, W. KOCZUR, K. RUBEL, G. SZPOR, T. SZUMLICZ, *System ubezpieczeń społecznych. Zagadnienia podstawowe*, Warszawa: Lexis Nexis 2006, s. 30.

wego ośrodka decyzyjnego poza obręb organów państwa, jak i wyraźnie serwilistyczna wobec ZSRR pozycja Państwa Polskiego, co uznać należy za sytuację jednoznacznie kuriozalną³². Gdy znowelizowaną Konstytucję PRL rozpatrywać z kolei przez pryzmat polityki zdrowotnej, można dostrzec pewne symptomy świadczące o próbie zreformowania założeń konstrukcyjnych systemu ochrony zdrowia. W art. 5 znowelizowanej Konstytucji powielona została deklaracja dotycząca dbałości o zdrowie obywateli przez władze PRL, jednak art. 49 obowiązkiem zaspokajania potrzeb ludności poprzez rozbudowę instytucji i urzędzeń oświatowych, sportowych i sanitarnych obciążył Rady Narodowe, czyli organ władzy terenowej. Odpowiedzialność państwa za zdrowie uległa zatem częściowej decentralizacji, a przynajmniej dekoncentracji. W rozdziale dotyczącym praw i obowiązków obywatelskich zachowane zostały oryginalne treści dotyczące praw w sferze socjalnej, z niewielkimi jedynie zmianami redakcyjnymi.

Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z 1952 r. pozostała w mocy aż do roku 1997. Wprawdzie kształt ustroju w ciągu tego czasu podlegał modyfikacjom, wśród których wyróżnić trzeba zwłaszcza wspomnianą powyżej nowelizację z roku 1976, wciąż pozostającą w duchu socjalistycznym, oraz gruntowną przebudowę ustroju państwowego, obejmującą uchycenie kluczowych przepisów odnoszących się do organizacji systemu naczelnych organów państwa, po roku 1989. Jednak dopiero przyjęcie w kwietniu 1997 r. obecnie obowiązującej Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oznaczało ostateczne i całkowite zerwanie ze spuścizną ustrojową czasów stalinowskich.

2.5. KONSTYTUCJA Z DNIA 2 IV 1997 R. – III RZECZPOSPOLITA

Konstytucja z 1997 r. oznacza powrót do klasycznych zasad ustrojowych demokracji liberalnej, z uwzględnieniem zasady demokratycznego państwa prawa, trójpodziału władzy, suwerenności ludu, a także dwuizbowości parlamentu, dualizmu władzy wykonawczej i parlamentarno-gabinetowej formy rządów³³. W tej ostatniej materii zauważalna jest jednak pewna niekonsekwencja konstrukcyjna, będąca rezultatem starcia się dwóch poglądów dominujących wśród elit politycznych lat dziewięćdziesiątych. Pierwszy z nich skłaniał się ku modelowi przypisującemu silniejszą pozycję ustrojową instytucji prezydenta, a tym samym zbliżającemu kształt systemu do rozwiązań amery-

³² A. AJNENKIEL, *Polskie konstytucje*, s. 465-468.

³³ W. SKRZYDŁO, *Ustrój polityczny RP w świetle Konstytucji z 1997 roku*, Kraków: Kantor Wydawniczy ZAKAMYCZE 2000, s. 57 nn.

kańskich. Drugi pogląd wiązał się z preferencją klasycznego modelu parlamentarno-gabinetowego, typowego dla tradycji europejskiej. Rezultatem ścierania się dwóch przeciwstawnych poglądów był ustrój pośredni, nawiązujący swoim kształtem do wzorców francuskich (a tym samym stanowiący dalekie echo Konstytucji Kwietniowej z 1935 r.), wprowadzony na mocy Ustawy konstytucyjnej z dnia 17 X 1992 r. o wzajemnych stosunkach między władzą ustawodawczą i wykonawczą Rzeczypospolitej Polskiej oraz o samorządzie terytorialnym, czyli tzw. Małej Konstytucji. Doświadczenia praktyki tego modelu, zwłaszcza silna zależność sytuacji politycznej od cech charakterologicznych osoby sprawującej urząd prezydenta, spowodowały jednak przesunięcie się ciężaru rozwiązań ustrojowych w stronę modelu parlamentarno-gabinetowego, przy zachowaniu pewnych rozwiązań w założeniu mających ograniczać możliwość destabilizacji politycznej, a więc tym samym osłabiające nieco możliwość wpływu Sejmu na władzę wykonawczą.

Konstytucja z 1997 r. podtrzymała zasadę obszernego regulowania zagadnień praw obywatelskich, co w kontekście doświadczeń ery socjalizmu szczególnie nabrało wymiaru symbolicznego. Jednocześnie w sferze uprawnień natury socjalnej spuścizna konstytucji socjalistycznej została utrzymana, przy zmianie jedynie stosowanej retoryki. Kwestia ochrony zdrowia uregulowana została w art. 68. Kolejne przepisy tego artykułu usystematyzowane są w sposób hierarchiczny. W pierwszym znajduje się artikulacja obywatelskiego prawa do ochrony zdrowia, w drugim – gwarancja równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Istotnemu rozszerzeniu ulegają także grupy szczególnie uprzywilejowane: dzieci, kobiety ciężarne, osoby niepełnosprawne i osoby w podeszłym wieku.

Warto zauważyć, że koncepcja ochrony zdrowia zawarta w obowiązującej Konstytucji odwołuje się do idei promocji zdrowia i profilaktyki zachorowań. Przejawem takiego sposobu ujęcia omawianej problematyki jest treść art. 68, ust. 4 i 5, gdzie w ust. 4 zawarto kategoryczne zobowiązania państwa do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska, zaś w ust. 5 – deklarację dotyczącą wspierania rozwoju kultury fizycznej i sportu, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży. W myśl idei promocji zdrowia i profilaktyki zachorowań zaznaczono zatem, iż każdy obywatel dysponuje potencjałem zdrowotnym, i to w jego indywidualnej gestii, jakkolwiek przy wsparciu państwa, pozostaje pomnożenie lub przynajmniej podtrzymanie tegoż potencjału. Innymi słowy, państwo tworzy warunki do zdrowego rozwoju i egzystencji, zaś w decyzji obywatela pozostaje skorzystanie z nich: bierne (np. w postaci funkcjonowania w zdrowym środowisku naturalnym i społecznym) lub czynne (poprzez wdrożenie zacho-

wań aktywnego trybu życia). Ten ostatni przepis ma formę niezwykle lakoniczną i pozbawioną deklaracji konkretnych działań. Tym samym, zarówno w odniesieniu do jego materii, jak i formy, można go potraktować jako szczególnego rodzaju spuściznę tradycji konstytucyjnego regulowania materii zdrowotnej zapoczątkowanej przez Konstytucję Lipcową.

Nową wartością względem wcześniejszych rozwiązań prawnoustrojowych, a jednocześnie elementem wpisującym się w trend promocji zdrowia i profilaktyki zachorowań, jest w obowiązującej Konstytucji uwzględnienie wspomnianego powyżej środowiskowego determinantu zdrowia. Władze publiczne zostały w sposób bezpośredni zobowiązane do zwalczania chorób epidemicznych, co jest kontynuacją przepisów obecnych już w Konstytucji Lipcowej, jednak oprócz tego zagadnienia obligacja konstytucyjna objęła również niwelowanie skutków degradacji środowiska. Ów wątek dodatkowo zostaje wyeksponowany w art. 75, mówiącym o ciężącym na Państwie Polskim zobowiązaniu do prowadzenia polityki zapewniającej bezpieczeństwo ekologiczne współczesnemu i przyszłym pokoleniom (ust. 1) i do ochrony środowiska (ust. 2). Za dbałość o szeroko rozumiane środowiskowe determinanty zdrowia uznać można również treść art. 76, zgodnie z którym „władze publiczne chronią konsumentów, użytkowników i najemców przed działaniami zagrażającymi ich zdrowiu, prywatności i bezpieczeństwu oraz przed nieuczciwymi praktykami rynkowymi”. W porównaniu z przepisami wcześniej obowiązującymi, jest to daleko idące rozszerzenie zakresu odpowiedzialności państwa w zakresie zdrowia publicznego, a jednocześnie ukierunkowanie oczekiwanego nurtu polityki władzy publicznej w stronę zgodną z nowoczesnymi trendami, priorytetami Unii Europejskiej określonymi już w Traktacie o funkcjonowaniu Unii Europejskiej³⁴, a także wytycznymi innych podmiotów międzynarodowych, w tym Organizacji Narodów Zjednoczonych³⁵, która misję ochrony środowiska realizuje przede wszystkim poprzez działalność Programu Środowiskowego Organizacji Narodów Zjednoczonych³⁶.

Konstytucja z 1997 r. porządkuje politykę zdrowotną państwa w sposób najbardziej szczegółowy i konkretny w stosunku do wszystkich pozostałych. Deklaracje w niej zawarte mają w większości charakter realnego zobowiązania, nie zaś iluzorycznego czy propagandowego manifestu. Pośrednio prowowa-

³⁴ Zob. Wersje skonsolidowane Traktatu o Unii Europejskiej oraz Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej, Luksemburg 2010.

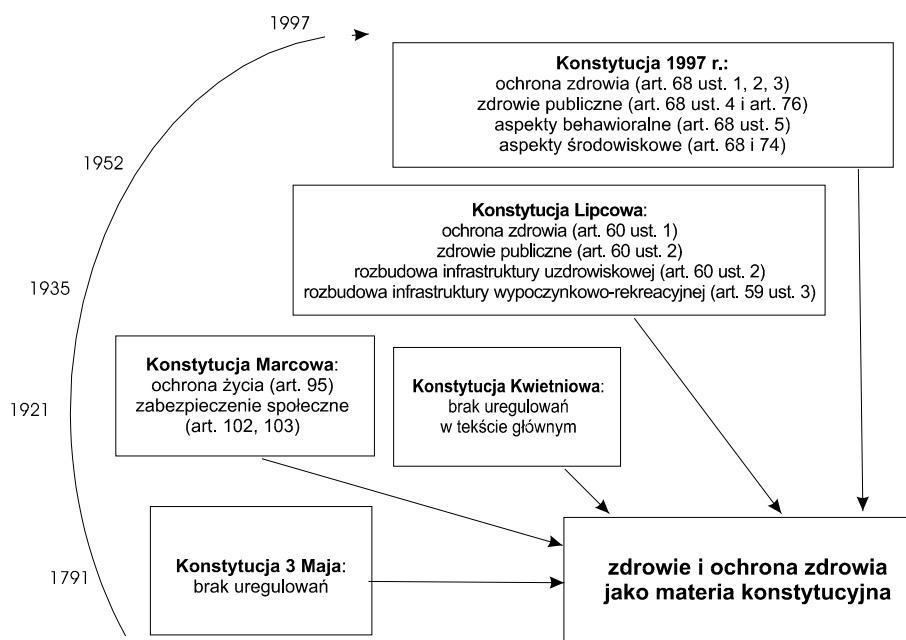
³⁵ Zob. Uchwała Konferencji Sztokholmskiej z 14 VI 1972 r.

³⁶ Zob. Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ nr 2997 z 16 XII 1972 r.

dzone zostało także pojęcie zdrowia definiowane poprzez jego liczne determinanty (środowisko, aktywność fizyczna).

PODSUMOWANIE

Rycina 2 przedstawia schemat ewolucji regulacji odnoszących się do zdrowia i ochrony zdrowia w polskich konstytucjach.



Rycina 2. Ewolucja konstytucyjnych regulacji dotyczących zdrowia i ochrony zdrowia w Polsce. Źródło: własne.

Prawo do ochrony zdrowia stanowi jedną z podstawowych gwarancji konstytucyjnych. Prawo to jest jednocześnie jedynie wypadkową składowych, które tę gwarancję tworzą. Wśród tych składowych zaś wymienić można podmioty odpowiedzialne za zdrowie (indywidualne lub zbiorowe), katalog adresatów i odbiorców, a także formy realizacji tego prawa. Wszystkie te zmienne ewoluowały wraz z konstytucjonalizmem polskim, przyjmując formę adekwatną do panującego w danym czasie ustroju. W Konstytucji Trzecioma-jowej kwestia zdrowia nie została podniesiona w żadnym artykule. Po raz

pierwszy ogólnikowa deklaracja „ochrony życia” pojawia się w Konstytucji Marcowej, kładącej fundamenty pod nowo budowaną niepodległość Polski. Jednak późniejsze wydarzenia przynoszą nowe rozwiązania konstytucyjne, wśród których brakuje uregulowań dotyczących kwestii nie tylko zdrowia obywateli, ale też całego katalogu praw obywatelskich.

Zdecydowanie odmiennie zdrowie publiczne traktowane jest w okresie PRL. Zgodnie z retoryką ustroju socjalistycznego, to państwo przejmuje odpowiedzialność za organizowanie i zapewnienie ochrony zdrowia każdemu obywatelowi, najpierw na szczeblu centralnym (Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej), a później poprzez organy władzy terenowej (nowelizacja z 1976 r.). Jakkolwiek przepisy te mogą mieć charakter wyłącznie deklaracyjny, to podkreślić należy, iż nie ograniczają się one jedynie do ogólnikowej formy, a wręcz przeciwnie – sprawiają wrażenie długofalowego planu działania.

Obowiązująca Konstytucja z roku 1997 jest aktem na wskroś demokratycznym. Realizuje przy tym holistyczne podejście do zdrowia, poprzez uwzględnienie jego różnorodnych determinantów – od profilaktyki i promocji zdrowia, poprzez środowisko, w którym realizuje się codzienne czynności życiowe, aż po aktywność fizyczną i rozwiązania systemowe i prawne.

Reasumując, w polskich warunkach konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia kształtowało się w sposób narastający, z okresowymi zaburzeniami determinowanymi zmianą paradygmatu ustrojowego. Owo narastanie oznaczało przejmowanie zasadniczego zakresu regulacji właściwego dla poprzedniej konstytucji i rozbudowywanie go o kolejne elementy. Jednocześnie w pewnych okresach charakterystyka przedmiotowych regulacji nosiła znamiona szczególnego nacechowania ideologicznego, co utrudnia w pewien sposób jednoznaczne odczytanie ich jako realne poszerzenie się zakresu odpowiedzialności państwa (*vide*: Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej). Zmianom tym towarzyszyły pewne przewartościowania w zakresie relacji pomiędzy organami państwa a jednostkami. O ile bowiem Konstytucja Marcowa w ogóle wprowadzała publiczną odpowiedzialność za sferę socjalną, zaś Konstytucja Lipcowa zakres tej odpowiedzialności w znaczący sposób poszerzała, jednoznacznie przy tym wskazując państwo jako podmiot kluczowy w realizacji funkcji socjalnych, o tyle poczynając od nowelizacji konstytucji w roku 1976 można mówić o procesie decentralizacji tych funkcji – początkowo w obrębie organów administracji państwowej, a od 1997 r. w zakresie rzeczowej relacji pomiędzy państwem a obywatelami. Przyjęty w obowiązującej Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej kierunek kształtowania się systemu zdrowotnego, jako opartego na założeniach medycyny zapobiegawczej i zdrowia warunkowanego środowiskowo oraz behawioralnie, jakkolwiek bardziej domniemywany, niż jednoznacznie wynikający z zawartych w Konstytucji

tucji przepisów, oznacza bowiem, zgodnie z opisanymi w pierwszej części niniejszego artykułu trendami światowymi w zakresie promocji zdrowia, indywidualną odpowiedzialność za zdrowie ujmowane holistycznie, gdzie państwo przede wszystkim gwarantuje obywatelowi warunki do podtrzymania lub poprawy jego indywidualnego potencjału zdrowotnego i odpowiada za kształtowanie odpowiednich postaw. W szczególności tym samym kwestia zdrowotna wpisuje się w katalog praw obywatelskich. Tak jak korzystanie z uprawnień typowo politycznych jest współcześnie częstokroć rozumiane w ujęciu bardziej republikańskim niż liberalnym, a więc nie z perspektywy roszczeniowej i pasywnej, ale zaangażowanej i aktywnej, tak i odpowiedzialność za własne zdrowie staje się formą aktywnego uczestniczenia w partnersko ujmowanej relacji z państwem jako podmiotem konstytucyjnie obciążonym obowiązkami w zakresie realizacji socjalnych gwarancji dostępu do ochrony zdrowia. Przyczynkowym symptomem takiego ujęcia staje się określony w art. 74 ust. 4 przepis stwierdzający, iż „władze publiczne wspierają działania obywateli na rzecz ochrony i poprawy stanu środowiska”, a także zdefiniowany w art. 86 Konstytucji obywatelski obowiązek dbałości o środowisko naturalne i odpowiedzialność za spowodowanie jego pogorszenia. Jeśli przepis ów zinterpretować rozszerzająco, nie wyłącznie jako skonkretyzowaną odpowiedzialność za zanieczyszczanie środowiska naturalnego, wejdzie on w sprzężenie ze zdefiniowanym w art. 68 obowiązkiem państwa w zakresie eliminowania negatywnych dla zdrowia skutków degradacji środowiska naturalnego oraz cytowaną powyżej deklaracją zawartą w art. 74 ust. 4. Taki sposób określania roli państwa w polityce zdrowotnej jest jednak w świetle obecnych regulacji raczej załącznikiem niż dojrzałą formułą ustrojową i być może właśnie w tej materii należy szczególnie oczekiwać rozwinięcia w przyszłości.

BIBLIOGRAFIA

- AJNENKIEL A., *Polskie konstytucje*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1991.
- GRZYBOWSKI K., *Republika otoczona instytucjami socjalnymi (ze studiów nad Marksem – teoretykiem prawa konstytucyjnego)*, w: K. GRZYBOWSKI, *Refleksje sceptyczne*, t. II, Warszawa: Książka i Wiedza 1970, s. 198-202.
- JĘDRASIK-JANKOWSKA I., *Ubezpieczenie społeczne*, t. I: Część ogólna, Warszawa: Lexis Nexis 2003.
- KALLAS M. (red.), *Konstytucje Polski*, Warszawa: PWN 1980.
- KALLAS M. (red.), *Historia ustroju Polski*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2007.
- KARSKI J.B., *Promocja zdrowia z perspektywy ostatniej dekady XX wieku*, w: J.B. KARSKI (red.), *Promocja zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo IGNIS 1999, s. 19-39.

- KARSKI J.B., Promocja zdrowia i jej aktualne kierunki aktywności i rozwoju. Meandry rozwoju promocji zdrowia, „Sztuka Leczenia”, 16(2008), nr 1-2, s. 11-21.
- KLUSZCZYŃSKA Z., KOCZUR W., RUBEL K., SZPOR G., SZUMLICZ T., System ubezpieczeń społecznych. Zagadnienia podstawowe, Warszawa: Lexis Nexis 2006.
- KOMARNICKI W., Ustrój państwowy Polski współczesnej, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2006.
- Konstytucja 3 Maja.
- Konstytucja Marcowa, Dz.U. 1921, nr 44, poz. 267.
- Konstytucja Kwietniowa, Dz.U. 1935, nr 30, poz. 227.
- Konstytucja Lipcowa, Dz.U. 1952, nr 33, poz. 232.
- Konstytucja z 2 IV 1997 r., Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483.
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Dz.U. 1948, nr 61, poz. 477.
- LALONDE M., A New Perspective on the Health of Canadians – A Working Document, Ottawa, April 1974, Ottawa: Ottawa Information Canada 1975.
- ŁASZEWSKI R., SALMANOWICZ S., Historia ustroju Polski, Toruń: TNOiK Dom Organizatora 1995.
- MILLER M., WYSOCKI M.J., CIANCIARA D., Promocja zdrowia wobec reform systemu ochrony zdrowia w Polsce, „Przegląd Epidemiologiczny”, 57(2003), nr 3, s. 513-519.
- MILLER M., ZIELIŃSKI A., Zdrowie publiczne – misja i nauka, „Przegląd Epidemiologiczny”, 56(2002), nr 4, s. 547-557.
- NOSKO J., O potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym, „Zdrowie Publiczne”, 111(2001), s. 75-80.
- Ottawa Charter for Health Promotion, „Health Promotion”, 1987, nr 1, s. 382-384.
- POŹDZIOCH S., System zdrowotny, w: A. CZUPRYNA, S. POŹDZIOCH, A. RYS, W.C. WŁODARCZYK (red.), Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia, t. I, Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VERSALIUS 2000, s. 127-144.
- Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ nr 2997 z 16 XII 1972 r.
- ROMANIUK P., SYRKIEWICZ-ŚWITAŁA M., Marketing ubezpieczeń zdrowotnych, w: M. SYRKIEWICZ-ŚWITAŁA (red.), Marketing w ochronie zdrowia, Katowice: Wydawnictwo Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach 2011, s. 38-49.
- SKRZYDŁO W., Ustrój polityczny RP w świetle Konstytucji z 1997 roku, Kraków: Kantor Wydawniczy ZAKAMYCZE 2000.
- Uchwała Konferencji Sztokholmskiej z 14 VI 1972 r.
- Wersja skonsolidowana Traktatu o Unii Europejskiej oraz Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej, Luksemburg 2010.
- Wielka Encyklopedia PWN, t. XIX, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2003.
- WINSLOW C.-E.A., The Untilled Fields of Public Health, „Science”, 51(1920), nr 1306, s. 23-33.
- WŁODARCZYK W.C., Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym, Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VERSALIUS 1996.
- WYSOCKI M., MILLER M., Nowe zdrowie publiczne w perspektywie ostatnich 30 lat, „Zdrowie Publiczne”, 113(2003), nr 1-2, s. 3-7.
- ZIEMBIŃSKI Z., Wartości konstytucyjne: zarys problematyki, Warszawa: Wydawnictwo Sejmowe 1993.

HEALTH CARE AS A DUTY OF THE STATE
EVOLUTION OF THE POLISH CONSTITUTIONAL SYSTEM
IN TERMS OF HEALTH RULES

S u m m a r y

Guarantees of the right to health has evolved in convergence with the history of the modern political systems: from the individualistic approach, to the perception from the perspective of basic social needs. The aim of this study is to review Polish constitutions in terms of regulations determining the shape of state health policy. The evolution of provisions relating to the health aspect of social security, as well as the source of contemporary regulatory model has been outlined.

Polish regulations relating to health in a limited scale appeared in the March Constitution, to be degraded by the April Constitution. This was in line with the evolution of the political model, where the second mentioned constitution was a manifestation of tendency towards authoritarianism reluctant to guarantee the individual rights. The regulations relating to health policy has been widely expanded in 1952. The Constitution currently in force continues the approach initiated in the previous political model, but it shows symptoms of evolution in the direction of regulating health in context of its environmental and behavioral determinants. Further changes in this direction should be expected in future.

Key words: health care, constitution, health policy, social rights.

OCHRONA ZDROWIA JAKO OBOWIĄZEK PAŃSTWA
EWOLUCJA POLSKIEGO USTROJU KONSTYTUCYJNEGO
W ASPEKCIE PRZEPISÓW DOTYCZĄCYCH ZDROWIA

S t r e s z c z e n i e

Gwarancja prawa do zdrowia przeszła ewolucję zbieżną z historią nowożytnych ustrojów państwowych: od ujęcia indywidualistycznego aż po postrzeganie przez pryzmat podstawowych potrzeb socjalnych. Celem pracy jest przegląd konstytucji polskich w aspekcie unormowań determinujących kształt polityki zdrowotnej państwa. Zakreślono ewolucję treści odnoszących się do zdrowotnego aspektu zabezpieczenia społecznego, a także źródła regulacji charakteryzujących dzisiejszy model ustrojowy.

Polskie regulacje odnoszące się do zdrowia w ograniczonym zakresie pojawiły się w Konstytucji Marcowej, by ulec degradacji na mocy Konstytucji Kwietniowej. Było to zbieżne z ewolucją modelu ustrojowego, gdzie druga z wymienionych konstytucji stanowiła przejaw ciążenia ku autorytaryzmowi niechętnemu gwarancjom praw jednostkowych. Poszerzenie skali regulacji odnoszących się do polityki zdrowotnej nastąpiło w 1952 r. Konstytucja obecnie obowiązująca kontynuuje ujęcie zapoczątkowane w poprzednim modelu ustrojowym, jednak wykazując znamiona ewolucji w stronę ujmowania zdrowia przez pryzmat jego środowiskowych i behawioralnych determinantów. Należy oczekiwać dalszych zmian w tym kierunku.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, konstytucja, polityka zdrowotna państwa, prawa socjalne.