

Cytowanie

CHICAGO: R. Zachorowski, J. Zachorowska, *Ekonomiczne uwarunkowania wykładni prawa do ochrony zdrowia w Konstytucji RP*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2023, nr 1, s. 175–186, <https://doi.org/10.15804/ppk.2023.01.13>

APA: Zachorowski R., Zachorowska J. (2023), *Ekonomiczne uwarunkowania wykładni prawa do ochrony zdrowia w Konstytucji RP*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” nr 1, s. 175–186, <https://doi.org/10.15804/ppk.2023.01.13>

Rafał Zachorowski

ORCID ID: 0000-0003-1196-6882

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach

E-mail: zachorowskir@wp.pl

Joanna Zachorowska

ORCID ID: 0000-0002-4122-5252

Sąd Rejonowy w Gliwicach

E-mail: joanna.zachorowska@interia.pl

**Ekonomiczne uwarunkowania wykładni prawa
do ochrony zdrowia w Konstytucji RP**

Słowa kluczowe: prawa człowieka, Ochrona zdrowia, finansowanie opieki zdrowotnej, niedopasowanie prawa

Keywords: human rights, Health protection, health care funding, mismatch of law

Streszczenie

W artykule przedstawiono rozważania dotyczące wpływu wykładni konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia na funkcjonowanie publicznego systemu ochrony zdrowia. Rozpatrywane zagadnienia obejmują rozbieżność pomiędzy wykładnią językową normy zawartej w Konstytucji RP i jej uwarunkowaniami, a wykładnią Trybunału Konstytucyjnego. Niekonsekwencja stosowania normy konstytucyjnej w legislacji prowadzi do nie-

równości w dostępie do usług zdrowotnych dla niektórych obywateli oraz wpływa w pewnym stopniu na stabilność finansową świadczeniodawców zdrowotnych. Dla zapewnienia wyższej efektywności normom konstytucyjnym konieczne jest wcześniejsze rozeznanie ich uwarunkowań społeczno-ekonomicznych oraz namysł nad skutkami ich wprowadzenia do systemu prawnego. W przeciwnym razie powstaje prawo martwe, każdorazowo interpretowane zgodnie z aktualnie obowiązującymi aktami prawnymi niższego rzędu.

Abstract

Economic Aspects of The Interpretation of The Law on Health Protection in the Constitution of the Republic of Poland

The article presents considerations on the impact of the interpretation of the constitutional right to health protection on the functioning of the public health care system. The issues include the discrepancy between the literal interpretation of the constitutional norm and the interpretation of the Constitutional Tribunal. The inconsistency of the application of a constitutional norm in legislation leads to inequality in accessing health services for some groups of citizens and affects to some extent the financial stability of health providers. To ensure higher efficiency of constitutional norms, it is necessary to analyse their socio-economic preconditions and to reflect on the effects of their introduction into the legal system. Otherwise, a dead law is created, which is interpreted in accordance with the currently applicable lower-level legal acts.

✱

I. Wstęp

Utrzymywany przez Państwo system ochrony zdrowia realizować ma określone w Konstytucji RP¹ prawa i obowiązki obywatelskie. Sposób w jaki interpretowane są zwięźle określone konstytucyjne normy, stanowi podstawę konstrukcyjną całego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Celem pracy jest wykazanie, że wbrew przepisom konstytucyjnym system ten uzależnia dostęp do systemu ochrony zdrowia od sytuacji ekonomicznej obywateli.

¹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78 poz. 483 ze zm.).

II. Niejednoznaczność pojęcia zdrowia

Zdrowie jest pojęciem, które rozumiemy intuicyjnie, a które nie poddaje się łatwemu zdefiniowaniu.² Można je określić jako „brak choroby”, „dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny”, „normę gatunkową”. Wbrew obiegu opinii nie istnieje jednolita powszechnie przyjmowana definicja tego terminu. Dotyczy to nawet rozpowszechnianej przez WHO definicji z 1948 r.: „zdrowie jest stanem pełnej równowagi i dobrostanu biopsychospołecznego, a nie tylko nieobecnością choroby lub niepełnosprawności”³. W rzeczywistości ustalono, że opracowanie jednolitej definicji zdrowia jest niemożliwe, ponieważ kryteria zdrowia są historyczne, zmieniają się wraz z sytuacją społeczną, warunkami środowiskowymi, normami i zwyczajami określonych zbiorowości społecznych. Są też zależne od dążeń i wartości, jakie kierują życiem ludzi⁴.

Obecnie społeczeństwa i reprezentujące je państwa traktują zdrowie swoich członków jako jedno z kluczowych obszarów zainteresowania. W Polsce zagadnienia związane ze zdrowiem doczekały się konstytucyjnej normy.

III. Konstytucyjne pojęcie prawa do ochrony zdrowia

Z punktu widzenia ekonomii prawa różnica pomiędzy normą konstytucyjną a każdą inną normą prawną wynika z trudności jej zmiany. Normy konstytucyjne obwarowane bardziej wymagającymi regułami ich zmian są trwalsze, a w założeniu wynikać mają z szerszego konsensusu społecznego niż w przypadku innych norm prawnych. Kluczowe normy konstytucyjne odnoszące się do zdrowia zawarte są w art. 38 dotyczącym ochrony życia oraz w art. 68 dotyczącym prawa do ochrony zdrowia.

Artykuł 68 ust. 1 Konstytucji RP stanowiący, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, wywołuje szereg kontrowersji. W wyniku tego, że nie użyto tu sformułowania „obywatel” wnosi się, że norma ta ma odniesienie do wszystkich

² J. Domaradzki, *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia” 2013, nr 1 (40), s. 5–29.

³ International Health Conference (2002), Constitution of the World Health Organization (1946), „Bulletin of the World Health Organization” no. 80 (12), s. 983–984, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/268688> (17.12.2002).

⁴ M. Sokołowska, *Granice medycyny*, Warszawa 1980.

ludzi. Takie sformułowanie powtarza się w rozdziale II Konstytucji w 24 artykułach. Każdorazowo należy je rozumieć jako zaadresowane do każdej osoby, która znalazła się na obszarze objętym polską jurysdykcją.

Kolejną trudność stanowi pojęcie „ochrony zdrowia”. Z punktu widzenia biologii człowieka należałoby to pojęcie rozumieć jako przeciwdziałanie wszelkim procesom mającym na celu obniżenie stanu zdrowia. Pojęcie ochrony zdrowia jest pojęciem niezdefiniowanym.⁵ W prawie polskim dotyczy pewnej klasy zadań realizowanych przez różnorodne instytucje państwa. W ustawie z 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej⁶ wspomina się w art. 33 ust. 1 pkt 1, że dział zdrowie obejmuje sprawy ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej. Również w rozporządzeniu Ministra Finansów z 2 marca 2010 r. w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych⁷ cały dział 851 określony jest jako ochrona zdrowia. W podobny sposób traktowana jest także ochrona zdrowia w ustawach o samorządzie gminnym, powiatowym i województwa. We wszystkich wymienionych aktach prawnych pod tym pojęciem rozumie się wyodrębnioną część administracji państwowej, a nie pojęcie, które znalazło się w przepisie konstytucyjnym. Prawo do ochrony zdrowia z przepisu konstytucyjnego odnosi się więc do pojęcia nie stosowanego powszechnie w przepisach prawa.

To systemowe podejście jest obecne w dalszych ustawach, np. ustawie o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Ponadto w obrocie prawnym znajduje się co najmniej kilkanaście rozporządzeń odwołujących się do pojęcia „ochrona zdrowia”, rozumianego jako dział administracji i gospodarki związany ze zdrowiem oraz świadczeniem usług medycznych. Za to w ustawie o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych⁸ oraz ustawie o ochronie

⁵ P. Lenio, *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, Warszawa 2018.

⁶ Ustawa z 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz.U. Nr 141 poz. 943 ze zm.).

⁷ Rozporządzenie Ministra Finansów z 2 marca 2010 r. w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych (Dz.U. Nr 38 poz. 207 ze zm.).

⁸ Ustawa z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 1996, Nr 10 poz. 55 ze zm.).

zdrowia przed następstwami korzystania z solarium⁹ pojęcie to stosowane jest w podobnym kontekście jak w normie konstytucyjnej.

Norma zawarta w art. 68 ust. 1 Konstytucji ma charakter prawa podmiotowego, zbliżonego swoją treścią do art. 25 ust. 1 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka¹⁰: „każdy człowiek ma prawo do stopy życiowej zapewniającej zdrowie i dobrobyt jego i jego rodziny, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i konieczne świadczenia socjalne, oraz prawo do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w inny sposób od niego niezależny”. Na tej podstawie można przyjąć, że art. 68 ust. 1 przedstawia prawo podmiotowe, które podlega takiej samej ochronie jak inne prawa podmiotowe zawarte w Konstytucji. Odmienne podejście kazałoby трактовать ust. 1 jako normę programową. Norma programowa w przeciwieństwie do prawa podmiotowego adresowana jest do legislatora i określa cel, do którego powinien dążyć w tworzeniu bardziej szczegółowych przepisów prawa. Różnica pomiędzy tymi dwoma podejściami jest wyraźna: w pierwszym wypadku każdy może żądać realizacji swojego prawa, w drugim takie postępowanie byłoby nieuzasadnione.

Prawo do ochrony zdrowia jest prawem negatywnym¹¹. Zabrania podejmowania przez państwo działań, które prowadziłyby do ograniczenia poszukiwania przez jednostkę samodzielnie form ochrony zdrowia. Ma ono charakter niemal bliźniaczo podobny do uprawnień wyrażonych w artykułach 47 (prawo do prawnej ochrony życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia), 48 (prawo do wychowania dzieci zgodnie z własnymi przekonania-
mi), 53 (zapewnienie wolności sumienia i religii), 58 (wolność zrzeszania się). W ramach każdego z wymienionych praw jednostki uzyskują swobodę postępowania, w którą państwo zobowiązuje się nie ingerować. Prawo do ochrony zdrowia ma podobny charakter – zakazu powstrzymywania działań jedno-

⁹ Ustawa z 15 września 2017 r. o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium (Dz.U. poz. 2111).

¹⁰ Trzecia Sesja Ogólnego Zgromadzenia ONZ, obradująca w Paryżu, uchwaliła 10 grudnia 1948 r. Powszechną Deklarację Praw Człowieka, https://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf (17.12.2022).

¹¹ S. Fel, *Prawa człowieka – rozwój idei, podstawa, treść i ochrona* [w:] *Katolicka nauka społeczna. Podstawowe zagadnienia z życia społecznego i politycznego*, red. S. Fel, J. Kupny, Katowice 2007, s. 57–75.

stek nakierowanych na ochronę zdrowia. Brak jest w nim nakazu do aktywnego dostarczania jakichkolwiek usług zdrowotnych.

Zazwyczaj prawo do ochrony zdrowia rozważa się łącznie z kolejnymi ustępami artykułu 68 Konstytucji, które traktowane są jako normy programowe. Tego rodzaju podejście skutkuje uznaniem, że Konstytucja RP wprost gwarantuje każdemu obywatelowi dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Realizacja prawa do ochrony zdrowia spoczywa na barkach państwa nie jako zakaz utrudniania jednostkom starań o własne zdrowie, lecz jako nakaz organizacji systemu zdrowia przez państwo. Państwo bierze na siebie ciężar zapewnienia obywatelom dostępu do świadczeń zdrowotnych w najpełniejszym możliwym zakresie¹².

Podejście takie zgodne jest z linią orzecniczą Trybunału Konstytucyjnego. Począwszy od wyroku z 23 marca 1999 r., kiedy Trybunał z omawianego przepisu wywiódł podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia oraz obiektywny nakaz podejmowania przez władze publiczne takich działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa¹³, Trybunał stoi na stanowisku, że przepis art. 68 ust. 1 nakazuje państwu tworzenie systemu ochrony zdrowia.

Tego rodzaju stanowisko opiera się na zastanych stosunkach panujących w systemie ochrony zdrowia oraz na koncepcji państwa opiekuńczego. W Europie, dla której charakterystyczna była duża niezależność różnorodnych organizacji społecznych od władzy państwowej, to właśnie one, a nie państwo, rozwijały różnorodne formy opieki zdrowotnej. Odwrócenie proporcji zapoczątkowało przejście społeczeństwa z formacji agrarnej do industrialnej. W efekcie zwiększyło się zainteresowanie państwa stanem zdrowotności społeczeństwa i jego poszczególnych członków. Współcześnie zdrowie ze sprawy prywatnej poszczególnych ludzi stało się sprawą publiczną. Kilkadziesiąt lat komunizmu w Polsce spowodowało niemal całkowitą zapaść prywatnej służby zdrowia. W takiej sytuacji po sukcesie zmian ustrojowych z końca XX w.

¹² E. Marcisz, *Konstytucyjna regulacja dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, „Studia Prawnicze” 2011, nr 3–4, s. 63–68. Podobnie obowiązki państwa odczytuje Agnieszka Pyrzyńska. Zdaniem tej autorki z przepisów art. 68 ust. 1 i 2 wynika skonkretyzowany obowiązek władz publicznych polegający na zorganizowaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w taki sposób, aby obywatele, niezależnie od ich sytuacji materialnej, mieli zapewniony do tych świadczeń równy dostęp; A. Pyrzyńska, *Dostęp pacjenta do świadczeń zdrowotnych (na tle ustawy o działalności leczniczej)*, „Państwo i Prawo” 2011, z. 12, s. 16–29.

¹³ Wyrok TK z 23 marca 1999 r., sygn. akt K 2/98 (Dz.U. Nr 26 poz. 242).

rozpoczęło się kształtowanie współczesnej formy organizacyjnej opieki zdrowotnej. Wzorców poszukiwano w rozwiniętych krajach zachodnich. W czasie opracowywania Konstytucji RP, w połowie lat dziewięćdziesiątych, powstawały masowo niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Kształt art. 68 jest zatem wypadkową nałożenia się opisanych uwarunkowań. Z jednej strony prawodawcy powszechnie uznawali odpowiedzialność państwa za funkcjonowanie systemu opieki zdrowia. Z drugiej rozwijał się prężnie system małych, prywatnych placówek medycznych. W zamyśle legislatorów należało potwierdzić wyłączną odpowiedzialność państwa za służbę zdrowia, ale równocześnie ochronić drobnych prywatnych świadczeniodawców. Przepis konstytucyjny musiał być na tyle szeroki, aby obydwa cele można było w nim połączyć. Ostatecznie przyjęto obecną formę. Interpretacja wyłaniająca się z uzasadnienia wyroków Trybunału Konstytucyjnego, poczynszy od 23 marca 1999 r.¹⁴, jest odzwierciedleniem koncepcji twórców Konstytucji, której nie udało się wcielić w formę przepisu konstytucyjnego. Stąd rozbieżność interpretacji literalnej i systemowej przepisów art. 68 ust. 1¹⁵.

IV. Zagadnienie braku równości w dostępie do usług ochrony zdrowia

Ustęp 2 art. 68 Konstytucji RP powszechnie traktowany jest jako norma programowa. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze pu-

¹⁴ Między innymi: wyrok TK z 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03 (Dz.U. Nr 5 poz. 37); wyrok TK z 29 września 2015 r., sygn. akt K 14/14 (Dz.U. poz. 1553); postanowienie TK z 5 czerwca 2019 r., sygn. akt SK 29/18, OTK ZU A/2019, poz. 28.

¹⁵ Na różnorodne czynniki wpływające na stanowisko wyrażone przez Trybunał Konstytucyjny zwróciła uwagę S. Jarosz-Żukowska, *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, http://www.repozytorium.uni.wroc.pl/Content/53682/36_Sylwia_Jarosz_Zukowska.pdf (16.08.2022). Autorka zwróciła uwagę na bardzo złożony charakter udzielania świadczeń zdrowotnych, wymykający się możliwości zwięzłego ujęcia w normie konstytucyjnej. Dodatkowo problem komplikuje stale zmieniający się zakres opieki zdrowotnej podążający za poszerzeniem wiedzy medycznej. Ostatecznie konkluduje, że maksymalistyczne podejście do zapewnienia pełnej opieki zdrowotnej dla każdego człowieka wykracza poza możliwości jakiegokolwiek państwa. Odmiennie problem prawa do ochrony zdrowia postrzega R. Tabaszewski, *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Lublin 2016, skupiając się na jego aspektach teoretyczno-idealistycznych, pomijając jednocześnie ograniczenia ekonomiczne.

bliczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Jako norma generalna przepis ten skierowany jest do legislatora, który powinien starać się zrealizować w sposób elastyczny, wynikający ze stanu możliwości organizacyjnych, technologicznych i finansowych postulat w nim wyrażony w prowadzonych pracach legislacyjnych¹⁶. Elastyczność ta pozwala zachować aktualność normy w zmieniających się warunkach społeczno-gospodarczych. Z drugiej strony obywatele powołując się na jej treść nie mogą dochodzić swoich praw wobec instytucji państwowych.

Wskazany przepis dotyczy obywateli – węższej kategorii osób niż określona w ustępie o prawie do ochrony zdrowia. W swej istocie jest antydyskryminacyjny. Nakazuje stosować takie rozwiązania prawne, które zapewnią równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Zwrócić należy uwagę, że odnosi się jedynie do tych usług, które finansowane są ze środków publicznych. Norma określa tylko cel, nie podając środków, które powinny być powzięte w celu jego urzeczywistnienia. Stąd powszechnie w komentarzach został przyjęty pogląd o nieokreśleniu w Konstytucji RP kształtu systemu ochrony zdrowia¹⁷. Przyjmuje się ponadto, że system opieki zdrowotnej powinien działać na bazie środków publicznych, a świadczenia finansowane ze środków publicznych powinny być dostępne dla obywateli, i to w równym stopniu, co nie oznacza jednak dostępności do wszystkich znanych świadczeń opieki zdrowotnej¹⁸. Przykładowo świadczenia stomatologiczne w dużym stopniu finansowane są bezpośrednio przez pacjentów, ale w zakresie, w którym stomatolodzy realizują świadczenia ze środków publicznych, zachowują standardy antydyskryminacyjne.

Jakkolwiek by interpretowano normę równego dostępu obywatela do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, przyjęcie obowiązującego obecnie modelu dalekie jest od jej spełnienia. Dostęp do świadczeń

¹⁶ L. Garlicki, M. Zubik, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. II, Warszawa 2016.

¹⁷ A. Dyląg, *Odpłatne udzielanie świadczeń zdrowotnych*, „Państwo i Prawo” 2013, z. 1, s. 78–92.

¹⁸ M. Gawrońska, *Prawo do ochrony zdrowia na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2014, nr 2, s. 7–17.

zdrowotnych w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego udziałem jest osobom spełniającym kryteria określone w art. 2 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze źródeł publicznych¹⁹. Z analizy wymienionych przepisów wynika, że istnieje grupa obywateli polskich, którzy w związku ze swoim świadomym wyborem nie są objęci prawem do uzyskiwania świadczeń w ramach powszechnego systemu ochrony zdrowia. Najczęściej powodem decyzji o faktycznej rezygnacji z prawa do świadczeń jest zła sytuacja ekonomiczna²⁰.

Właśnie rozróżnienie na objętych ubezpieczeniem lub nie, powoduje nierówne traktowanie obywateli w dostępie do usług zdrowotnych. Konieczność uiszczenia opłaty za usługę prowadzi do rezygnacji z jej przyjęcia przez osoby nieubezpieczone. W związku z różnicą w dochodach i formie zatrudnienia osoby nieobjęte powszechnym (obowiązkowym bądź dobrowolnym) ubezpieczeniem zdrowotnym faktycznie nie uzyskują w takiego samego pakietu świadczeń, jak osoby objęte tym ubezpieczeniem (zarówno ubezpieczeni²¹, jak i niektóre kategorie nieubezpieczonych).

Katalog osób uprawnionych do korzystania z ustawy w sposób oczywisty nie obejmuje swoim zakresem wszystkich obywateli polskich, co wprost określa norma konstytucyjna. Ustawa nie zamyka dostępu do ochrony zdrowia dla osób nieubezpieczonych będących obywatelami polskimi, ale wprowadza dodatkowe kryteria i zasady, które prowadzą do rzeczywistego zaniegowania normy programowej zawartej w art. 68 ust. 2. Każde świadczenie zdrowotne realizowane wobec osób nie objętych składką zdrowotną wiąże się z wystawieniem rachunku odbiorcy świadczenia. Spośród osób, które zdecydowały się na skorzystanie z opieki systemowej, a nie mogły liczyć na jej bezpłatne uzyskanie, część znajduje się w sytuacji materialnej uniemożliwiającej uregulowanie zobowiązań wobec świadczeniodawcy. Tego rodzaju

¹⁹ Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021, poz. 1285 ze zm.).

²⁰ E. Kasprzak, *Kwestia ubóstwa i wykluczenia w systemie ochrony zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu” 2018, t. 80, nr 3, s. 125–135.

²¹ Natomiast sama grupa ubezpieczonych określona jest w art. 66 ustawy. Patrz również A. Warelis, E.A. Warelis, *Analiza obiegu środków z tytułu ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce* [w:] *Finansowe uwarunkowania rozwoju organizacji gospodarczych: zarządzanie finansami a efektywność ekonomiczna*, red. M. Postuła, J. Turyna, Warszawa 2015.

ju nieopłacone świadczenia generują straty po stronie świadczeniodawców.²² Straty te nie są wyrównywane przez głównego płatnika publicznego systemu ochrony zdrowia – Narodowy Fundusz Zdrowia. Powoduje to, że placówki finansowane ze środków publicznych osiągają różny wynik finansowy zależny od udziału świadczeń na rzecz obywateli obarczanych wysokim kosztem usług zdrowotnych²³.

Istnieją różnorodne rozwiązania ostatniego z zarysowanych problemów. Najprostszym jest przejęcie zobowiązań za nieopłacone świadczenia medyczne bezpośrednio przez Skarb Państwa. Rozwiązanie takie ogranicza szczeble pośrednie pomiędzy świadczeniodawcą usług zdrowotnych a końcowym płatnikiem, jakim jest państwo, co redukuje koszty obsługi przepływów finansowych. Unika się również sporów pomiędzy instytucjami odpowiedzialnymi za udzielanie pomocy społecznej potrzebującym, np. ośrodkami pomocy społecznej, jednostkami samorządu terytorialnego. Przejrzystość i prostota rozwiązania jest również samoistną wartością w coraz bardziej skomplikowanej rzeczywistości prawnej.

V. Zakończenie

Problematyka charakteru praw wyrażonych w art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej ma istotne znaczenie dla określenia dopuszczalnych form systemu opieki zdrowia finansowanej ze środków publicznych. Należy podkreślić kilka wzajemnie nakładających się aspektów stanowienia norm konstytucyjnych. Pierwszym jest określanie uniwersalnej normy w oparciu o doświadczenie prawodawców w sytuacji kształtującego się nowego ładu społeczno-gospodarczego. Próba pogodzenia nieprzystających do siebie porządków może prowadzić do konstrukcji normy konstytucyjnej, która nie oddaje intencji kierujących prawodawcą. Zagrożenie to ziściło się przy tworzeniu katalogu wolności i praw obywatelskich Konstytucji RP, między innymi przy określaniu prawa do ochrony zdrowia.

²² M. Domańska, *Problemy finansowania świadczeń medycznych na przykładzie SP ZOZ*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2018, t. 19, s. 55–65.

²³ E. Guz, E. Sagan, E. Bartoń, K. Podleśna, *Problemy związane z leczeniem osób nieubezpieczonych i bezdomnych*, „Postępy Nauk Medycznych” 2017, nr 10.

Drugim jest interpretacja normy odbiegająca od literalnego brzmienia przepisu, poparta słabo uzasadnioną wykładnią systemową. Trybunał Konstytucyjny w swoich orzeczeniach opiera się na pierwszej dokonanej interpretacji, nie podejmując próby jej ponownej analizy, mimo coraz częściej pojawiających się w literaturze przedmiotu głosach odrębnych. Nie można wykluczyć, że przyjęta interpretacja jest zgodna z zamiarem prawodawcy, jednak tezy tej nie można udowodnić wobec braku wystarczających informacji o uwarunkowaniach ujęcia omawianej normy konstytucyjnej.

Trzecim aspektem jest wynikające z realiów budżetowych odejście od finansowania budżetowego opieki zdrowotnej do finansowania „ubezpieczeniowego”, czyli odejście od istotnego elementu równości w dostępie do świadczeń, niezgodnie z normą programową wyrażoną w art. 68 ust. 2. Powszechność poglądu o braku jednoznacznego wskazania formy finansowania opieki zdrowotnej doprowadziła do obrony założenia niekonstytucyjnego i różnicującego obywateli na „ubezpieczonych” i „nieubezpieczonych”, co samo w sobie zaprzecza zasadzie równości.

Ostatnim aspektem jest nieuwzględnianie aspektów ekonomicznych przy tworzeniu prawa. Przyjęte rozwiązania powodują, że świadczeniodawcy opieki zdrowotnej znajdują się pod wpływem działających przeciwstawnie norm: moralnej o ochronie życia i zdrowia, wzmocnionej wiodącą wykładnią norm konstytucyjnych oraz prawnej, uniemożliwiającej lub tylko ograniczającej zwrot kosztów za część udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Literatura

- Domańska M., *Problemy finansowania świadczeń medycznych na przykładzie SP ZOZ*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2018, t. 19.
- Domaradzki J., *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia” 2013, nr 1 (40).
- Dyląg A., *Odpłatne udzielanie świadczeń zdrowotnych*, „Państwo i Prawo” 2013, z. 1.
- Fel S., *Prawa człowieka – rozwój idei, podstawa, treść i ochrona* [w:] *Katolicka nauka społeczna. Podstawowe zagadnienia z życia społecznego i politycznego*, red. S. Fel, J. Kupny, Katowice 2007.
- Gawrońska M., *Prawo do ochrony zdrowia na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2014, nr 2.

- Guz E., Sagan E., Bartoń E., Podleśna K., *Problemy związane z leczeniem osób nieubezpieczonych i bezdomnych*, „Postępy Nauk Medycznych” 2017, nr 10.
- Jarosz-Żukowska S., *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, http://www.repozytorium.uni.wroc.pl/Content/53682/36_Sylwia_Jarosz_Zukowska.pdf
- Kasprzak E., *Kwestia ubóstwa i wykluczenia w systemie ochrony zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu” 2018, t. 80, nr 3.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. II, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016.
- Lenio P., *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, Warszawa 2018.
- Marcisz E., *Konstytucyjna regulacja dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, „Studia Prawnicze” 2011, nr 3–4.
- Pyrzyńska A., *Dostęp pacjenta do świadczeń zdrowotnych (na tle ustawy o działalności leczniczej)*, „Państwo i Prawo” 2011, z. 12.
- Sokołowska M., *Granice medycyny*, Warszawa 1980.
- Tabaszewski R., *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Lublin 2016.
- Warelis A., Warelis E.A., *Analiza obiegu środków z tytułu ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce [w:] Finansowe uwarunkowania rozwoju organizacji gospodarczych: zarządzanie finansami a efektywność ekonomiczna*, red. M. Postuła, J. Turyna, Warszawa 2015.