

Sabina Grabowska¹ Monika Urbaniak²

Prawne podstawy realizacji prawa do ochrony zdrowia w Polsce³

Słowa kluczowe: prawo do ochrony zdrowia, system ochrony zdrowia, prawa człowieka, prawa socjalne

Keywords: the right to health, the health care system, human rights, social rights

Streszczenie

Tematem artykułu jest analiza podstaw prawnych regulujących prawo do ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej. Polski system ochrony zdrowia, który w praktyce realizuje prawo do ochrony zdrowia, charakteryzuje się daleko idącą niestabilnością, jednakże podstawowe jego zręby pozostają niezmiennie. Regulacje ustawowe od roku 1989 podlegają ciągłym zmianom, a konstytucyjność wprowadzanych rozwiązań była kwestionowana przez Trybunał Konstytucyjny. Również obecnie nie istnieje kompleksowa wizja systemu ochrony zdrowia, a wszystkie dotychczas dokonywane zmiany miały charakter cząstkowy. Brak kompleksowych reform, jak również nieuporządkowanie w niektórych sferach systemu ochrony zdrowia poprzez uchwalenie ustawy jednolicie regulującej określone zagadnienia (np. decentralizacja finansowania świadczeń, prowadzenie badań klinicznych) powodują niekorzystne sytuacje dla świadczeniobiorców i nie przyczyniają się do ustabilizowania obrotu prawnego w tym sektorze.

¹ Autorka jest profesorem nadzwyczajnym w Katedrze Politologii Wydziału Socjologiczno-Historycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego. Mail: chatazawsia@wp.pl.

² Autorka jest adiunktem w Pracowni Prawa w Ochronie Zdrowia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Mail: monikaba@ump.edu.pl.

³ Artykuł jest zmodyfikowaną wersją referatu wygłoszonego na Międzynarodowej konferencji naukowej La creación jurisprudencial del Derecho a la Salud (Ewolucja prawa do ochrony zdrowia) w ramach II spotkania The Constitutional Law Journal Network (Światowej Sieci Czasopism Prawa Konstytucyjnego), Meksyk, 28–29 listopada 2013 r.

Summary**The legal basis of the right to health care in Poland**

The topic of the article is the analysis of legal basis governing the right to health in the Polish Republic. Polish health care system, which, in practice, implementing the right to health is characterized by far-reaching instability, but its basic foundations remain the same. Statutory regulations of 1989 are subject to constant change, and the solutions implemented constitutionality was challenged by the Constitutional Court. Also, there is currently no comprehensive vision of the health system, and all the changes were made so far is partial. Lack of comprehensive reforms, as well as the disorder in some areas of the health system by adopting the law uniformly regulating specific issues causing adverse situations for beneficiaries and does not contribute to the stabilization of the legal system in this sector.

✱

Prawo do ochrony zdrowia zaliczane jest do kategorii praw socjalnych. Prawa te stanowią uprawnienia gwarantujące jednostce podstawowe dobra, niezbędne do godnego życia w społeczeństwie⁴. Stanowią one prawa szczególnego rodzaju, w celu realizacji których państwo ma obowiązek podejmowania działań pozytywnych, pozwalających jednostce na korzystanie z danego prawa⁵. Prawo to zajmuje w Konstytucji pozycję szczególną. Ustawodawca konstytucyjny umieścił prawo do ochrony zdrowia w rozdziale II Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej⁶, zatytułowanym: „Wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela”, który stanowi część podrozdziału: „Wolności i prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne”.

Najważniejszymi problemami związanymi z pełną realizacją prawa do ochrony zdrowia na poziomie ustawowym jest ograniczona ilość środ-

⁴ J. Karp, *Prawa socjalne we współczesnym konstytucjonalizmie. Prolegomena*, [w:] *Ustroje, doktryny, instytucje polityczne. Księga jubileuszowa Profesora zw. dra hab. Mariana Grzybowskiego*, red. J. Czajowski, Kraków 2007, s. 150.

⁵ B. Zawadzka, *Prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne*, Warszawa 1996, s. 7.

⁶ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.).

ków finansowych, które nie są w stanie zagwarantować jednostce pełnej realizacji prawa do ochrony zdrowia. System ochrony zdrowia od lat bowiem cechuje brak równowagi pomiędzy wpływami i wydatkami, jak również pomiędzy poziomami wpływów a potrzebami zdrowotnymi mieszkańców⁷, prowadzący do jego częściowej niewydolności i niemożliwości zaspokojenia wszystkich potrzeb zdrowotnych pacjentów. Nie ulega wątpliwości, że system opieki zdrowotnej byłby w stanie wykorzystać wszystkie środki, jakie państwo przekazałoby na ten cel, albowiem stale wzrasta popyt na tego rodzaju świadczenia powodowany przede wszystkim rozwojem cywilizacyjnym, jak i starzeniem się społeczeństwa⁸. Podstawowym warunkiem pełnej realizacji prawa do ochrony zdrowia jest dostęp do świadczeń zdrowotnych, które finansowane są ze środków publicznych. Przedmiotem prawa wyrażonego w art. 68 ust. 2 Konstytucji jest dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, równy dla wszystkich uprawnionych do tego obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Warunki i zakres udzielania tych świadczeń określa ustawa. Przepis ten pełni istotną rolę w zagwarantowaniu jednostce możliwości korzystania z prawa ochrony zdrowia. Stanowi on gwarancję uzyskania świadczeń zdrowotnych, które umożliwiają efektywną ochronę zdrowia⁹.

Rozpatrując prawo do ochrony zdrowia, należy wziąć pod uwagę również postanowienia art. 30 i 38 Konstytucji. Zgodnie z art. 30 Konstytucji źródłem wolności i praw człowieka i obywatela jest przyrodzona i niezbywalna godność człowieka, która jest nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona są obowiązkiem władz publicznych. Przyjmuje się, że regulacja zawarta w art. 68 ust.1 stanowi pochodną zarówno art. 30 proklamującego godność jako źródło wolności i praw, jak i art. 38 Konstytucji, który gwarantuje każdemu prawo do ochrony życia. Ochrona zdrowia powiązana jest z ochroną życia, która z kolei wynika z godności człowieka¹⁰. Równie istotna w tym

⁷ C. Sowada, A. Mokrzycka, D. Panteli, D. Poznański, K. Wiktorzak, *Finansowanie*, [w:] *Polska. Zarys systemu ochrony zdrowia*, red. S. Golinowska, Warszawa 2013, s. 96.

⁸ U. Drozdowska, S. Sikorski, *Kształtowanie się systemu opieki zdrowotnej w Polsce po przemianach ustrojowych 1989 r.*, [w:] *Uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Aspekty prawne i socjologiczne*, red. T. Mróz, Białystok 2012, s. 92.

⁹ A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2012, nr 3, s. 94.

¹⁰ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010, s. 6.

kontekście pozostaje zasada wyrażona w art. 32 Konstytucji, zgodnie z którą wszyscy są równi wobec prawa. Z zasady tej wynika bowiem nakaz równego traktowania podmiotów w zakresie określonej kategorii i zarazem zakaz różnicowania sytuacji prawnej adresatów danej normy¹¹. Niezwykle istotny jest również art. 39 Konstytucji, proklamujący zakaz poddawania eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody.

W kontekście prawa do ochrony zdrowia istotna jest również treść art. 47 Konstytucji, wyrażającego prawo każdego do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym. Przepis ten daje jednostce podstawę do decydowania o swoim życiu, z którą łączy się prawo do ochrony danych osobowych, a co za tym idzie, również danych medycznych.

Istotne znaczenie dla zakresu ochrony konstytucyjnych wolności i praw ma również art. 81 Konstytucji, zgodnie z którym praw określonych w art. 65 ust. 4 i 5, art. 66, 69, 71 i art. 74–76 można dochodzić w granicach określonych w ustawie. Konstytucja ogranicza możliwość dochodzenia praw wymienionych w tym katalogu. Regulacja ta nie zawiera w swoim zakresie prawa do ochrony zdrowia, co oznacza, iż prawa tego można dochodzić bezpośrednio na podstawie Konstytucji.

Artykuł 68 ust. 1 Konstytucji konstytuuje tzw. publiczne prawo podmiotowe do ochrony zdrowia, któremu odpowiadają obowiązki władz publicznych polegające zarówno na działaniach o charakterze pozytywnym, jak i negatywnym. Przepis ten nie ma charakteru deklaratywnego, ale stanowi on normę prawną, z której wynikają ściśle określone obowiązki w stosunku do władzy publicznej¹². Norma wynikająca z art. 68 Konstytucji formułuje zasady polityki państwa w zakresie ochrony zdrowia, pojmując je jako obowiązek władz publicznych zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej, promocję zdrowego trybu życia oraz eliminowanie zagrożeń¹³. W tym miejscu wypada zaznaczyć, że w literaturze przedmiotu został wyrażony również pogląd, zgodnie z którym art. 68 ust. 2–5 Konstytucji nie zawiera prawa pod-

¹¹ M. Masternak-Kubiak, *Prawo do równego traktowania*, [w:] *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, red. B. Banaszak, A. Preisner, Warszawa 2002, s. 122–123.

¹² K. Prokop, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP*, [w:] *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne...*, s. 42.

¹³ M. Dercz, *op.cit.*, s. 24–25.

miotowego, a jedynie normy programowe, i jako takie mogą być adresowane do organów władzy publicznej, ale nie mogą stanowić podstawy roszczenia jednostki wobec władzy¹⁴. Normy te dają jednostce możliwość wystąpienia z roszczeniem wobec organów państwa w przypadku prowadzenia przez nie działań utrudniających realizację praw wynikających z art. 68¹⁵. Zdaniem J. Trzczińskiego możliwe jest naruszenie przez władzę publiczną normy programowej w sytuacji, w której ustawodawca niewłaściwie zinterpretował przepis Konstytucji, wyznaczający określony cel władzy publicznej, a także w której ustawodawca poprzez uchwalenie ustawy naruszył istotę wolności lub praw jednostki (a więc art. 31 ust. 3 Konstytucji), i wreszcie istnieje hipotetyczna możliwość, iż ustawodawca ureguje prawo lub wolność na poziomie poniżej jego minimum, wyznaczonego przez istotę tego prawa¹⁶.

Konstytucja w art. 68 ust. 3 nakłada na władze publiczne obowiązek podejmowania działania w celu zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Podkreśla w ten sposób obowiązek szczególnego działania wobec wymienionych kategorii podmiotów. Polegać to ma przede wszystkim na obowiązku tworzenia i finansowania specjalnych poradni dziecięcych i dla kobiet oraz tworzenia szczególnych warunków dla osób niepełnosprawnych i starszych¹⁷.

Realizacja prawa do ochrony zdrowia w Polsce realizowana jest w ramach systemu ochrony zdrowia, którego organizacja i funkcjonowanie podlega stałym zmianom. Proces transformacja systemu opieki zdrowotnej zapoczątkowany został w 1989 r., a efektem głębokich reform przeprowadzonych w latach 1998 i 1999 było wprowadzenie systemu finansowania opieki zdrowotnej w Polsce, opartego na ubezpieczeniach zdrowotnych. Rozwiązania przyjęte w owym czasie w miejsce systemu zaopatrzeniowego, finansowanego z budżetu państwa, wprowadziły model, który został oparty o funkcjonujące w województwach (regionach) kasy chorych.

¹⁴ J. Trzcziński, *Komentarz do art. 68 Konstytucji*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, T. V, red. L. Garlicki, Warszawa 2003, s. 4.

¹⁵ D. Górecki, *Prawo do ochrony zdrowia w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, „*Studia Prawno-Ekonomiczne*” 1997, nr LVI.

¹⁶ J. Trzcziński, *op.cit.*, s. 6.

¹⁷ *Konstytucje Rzeczypospolitej...*, s. 127.

Zauważyć należy, że po okresie transformacji polski system opieki zdrowotnej upodobnił się do innych systemów obowiązujących w państwach rozwiniętych¹⁸. Zdecentralizowany system opieki zdrowotnej poddano kolejnej daleko idącej zmianie w 2003 r. w drodze ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia¹⁹, która spowodowała odejście od modelu regionalnego na rzecz centralizacji systemu. Powołano do życia Narodowy Fundusz Zdrowia oraz na nowo regulowano zasady wykonywania i finansowania świadczeń medycznych. Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r.²⁰ zakwestionował konstytucyjność ustawy z 2003 r. i spowodował konieczność wprowadzenia zmian poprzez uchwalenie nowej regulacji. Trybunał uznał, że „nie ulega wątpliwości, że z art. 30 i 38 Konstytucji wyjątkowo mocno, wręcz nierozzerwalnie związany jest art. 68 Konstytucji. Ochrona zdrowia jest ściśle związana z ochroną życia, a prawo do życia z godnością człowieka. Prawo do ochrony zdrowia, to przede wszystkim prawo do zachowania życia i jego obrony, gdy jest zagrożone”. Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego norma zawarta w art. 68 ust. 2 zdanie drugie nakłada na ustawodawcę obowiązek określenia warunków i zakresu świadczeń. Swoboda ustawodawcy nie jest jednak nieograniczona, albowiem nie może on w ogóle zrezygnować z finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Implementacja tej zasady w publicznym systemie służby zdrowia opiera się na zasadzie zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych wszystkim uprawnionym podmiotom²¹. Znaczenie tego wyroku jest bardzo istotne, albowiem wynika z określenia systemowej hierarchii zasad i wartości konstytucyjnych, poprzez pryzmat których należy interpretować konstytucyjne prawa do ochrony zdrowia

¹⁸ J. Hady, M. Leśniowska, *Nakłady na ochronę zdrowia a kondycja sektora ochrony zdrowia w wybranych krajach Unii Europejskiej*, Finansowy Kwartalnik Internetowy „e-Finanse” 2001, vol. 7, nr 4, www.e-finanse.com, s. 27 (29.10.2013).

¹⁹ Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391).

²⁰ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. sygn. akt K 14/03, OTK-A2004/1/1.

²¹ M. Urbaniak, *Konstytucyjna zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej a jej ustawowa realizacja w prawie polskim. Wybrane problemy*, „Przeгляд Prawa Konstytucyjnego” 2012, nr 3, s. 79.

i inne regulacje prawa medycznego²². W konsekwencji cytowanego wyżej wyroku TK przepisy tej ustawy straciły moc i w miejsce tej ustawy ustawodawca uchwalił w 2004 r. ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych²³, która weszła w życie w dniu 1 października 2004 r. i wprowadziła zasadę obowiązkowego powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

System finansowania świadczeń zdrowotnych stanowi stały problem, nie tylko w Polsce. W sytuacji niedoboru środków finansowych wysuwane są postulaty zwiększania wydatków na opiekę zdrowotną, m.in. poprzez wprowadzenie dodatkowych form odpłatności za usługi medyczne (tak jak np. we Włoszech czy w Czechach), sprzyjanie rozwojowi rynku prywatnych usług medycznych. Powracają też postulaty decentralizacji systemu ochrony zdrowia i likwidacji centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

W sytuacji, w której środki przeznaczane na ochronę zdrowia są niewystarczające, system nie jest w stanie obsłużyć całości zapotrzebowania na świadczenia, pojawiają się dylematy dotyczące możliwości wprowadzenia rozwiązań ustawowych pozwalających na pozyskiwanie środków dodatkowych przeznaczanych na ten cel. Zdaniem autorów niniejszego opracowania konstytucyjne ujęcie prawa do ochrony zdrowia nie wyłącza możliwości uzyskiwania przez pacjentów za odpłatnością świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych. Zauważyć należy, że w Polsce od dawna istnieje publiczny i prywatny sektor świadczeniodawców, a podstawowym kierunkiem zmian powinno być umożliwienie rzeczywistej konkurencji między nimi²⁴. Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych niejednokrotnie dokonywany jest przez prywatne podmioty udzielające świadczeń, a dopłaty faktyczne uiszczane przez pacjentów tworzą system prywatnego finansowania świadczeń, które pozwalają na omijanie przez pacjentów podmiotów publicznych²⁵.

²² L. Bosek, *Constitutional right to health protection, Judgement of the Constitutional Tribunal of 7 January 2004, K 14/03, [w:] Medical Law. Cases and Commentaries*, red. M. Safjan, Warszawa 2012, s. 59.

²³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U. 2004, Nr 164, poz. 1027 t.j.).

²⁴ M. Kolwicz, *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2010, nr 3, s. 141.

²⁵ J. Jończyk, *Ochrona zdrowia*, „Państwo i Prawo” 2007, z. 2, s. 7.

Problemem usprawnienia funkcjonowania służby zdrowia w Polsce jest zagadnienie decentralizacji finansowania świadczeń zdrowotnych. Decentralizacja w ochronie zdrowia miała miejsce wcześniej już w innych państwach Unii Europejskiej, do których w szczególności należy zaliczyć państwa skandynawskie, tj. Danię, Norwegię i Finlandię, ale również państwa Europy południowej, np. Włochy i Hiszpanię, w których finansowanie ochrony zdrowia i wydatkowanie świadczeń zostało przekazane do dyspozycji regionów. Konstytucja w art. 15 i art. 16 wprowadziła zasadę podziału terytorialnego i zasadę decentralizacji władzy publicznej. Zmiany wprowadzone w wyniku postanowień Konstytucji spowodowały ograniczenie roli struktur terytorialnych²⁶. Obecnie należałoby rozważyć możliwość zwiększenia wpływu jednostek samorządu terytorialnego na kształtowanie polityki zdrowotnej w poszczególnych regionach. Podejmowano już próby ustawowej redefinicji zadań z zakresu polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego w kontekście pełnionych przez nie funkcji właściciela i zarządcy podmiotów leczniczych, i połączenie ich z rolą płatnika, jednakże na razie nie doczekały one uchwalenia i wejścia w życie.

Pomimo tego, iż prawo do ochrony zdrowia w strukturze ustawy zasadniczej pełni rolę szczególną, praktyczna realizacja konstytucyjnie zapewnionego równego dostępu do świadczeń doznaje pewnych ograniczeń faktycznych, związanych z niedoskonałością regulacji prawnych w sektorze ochrony zdrowia. Przede wszystkim stanowią one rezultat braku wystarczających środków finansowych przeznaczanych na opiekę zdrowotną. Aktualne wprowadzanie rozwiązań dotyczących tzw. pakietu onkologicznego, jak również postulowane wprowadzenie w przyszłości systemu dodatkowych ubezpieczeń prywatnych oraz mechanizmów współpłacenia mogłyby spowodować skrócenie list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej i przyczynić się do pełniejszej realizacji prawa do ochrony zdrowia, a co za tym idzie, prawidłowego korzystania ze świadczeń. Na marginesie niniejszych rozważań należy podnieść problem zgodności z Konstytucją rozwiązań dotyczących wprowadzenia tzw. pakietu onkologicznego w wyniku postanowień ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świad-

²⁶ M. Kachniarz, *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, Warszawa 2008, s. 69.

czeniu opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw²⁷. W wyniku wprowadzenia nowych rozwiązań następuje uprzywilejowanie określonej kategorii pacjentów – onkologicznych, różnicując pozostałych pacjentów, którzy będą musieli oczekiwać na świadczenia w kolejce oczekujących. W tym kontekście należy podnieść, że nowotwory odpowiedzialne są jedynie za jedną czwartą zgonów, a inne choroby, takie jak układu krążenia, zawały serca oraz udary i nadciśnienie tętnicze, są odpowiedzialne za ponad połowę zgonów²⁸. Czy zatem ustawodawca w taki sam sposób w przyszłości będzie mógł wprowadzić rozwiązania ułatwiające dostęp do świadczeń innej grupie chorych, np. diabetologicznych? Podnieść należy, że rozwiązania systemowe, które są korzystniejsze wyłącznie dla pacjentów onkologicznych, mogą stać w sprzeczności z wyrażoną w art. 68 ust. 2 Konstytucji zasadą równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warto w tym miejscu przytoczyć treść opinii Tomasza Sroki na temat projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw²⁹, albowiem konstytucyjność wprowadzanych rozwiązań budziła uzasadnione wątpliwości konstytucyjne już na etapie prac legislacyjnych w parlamencie. W opinii tej wskazano, że zasada równości nie ma charakteru absolutnego, a co za tym idzie, w uzasadnionych wypadkach (tj. wyłącznie w oparciu o kryteria medyczne) dopuszczalne jest różnicowanie sytuacji prawnej poszczególnych osób. Na marginesie niniejszych rozważań należy jednak podkreślić, że nieuzasadnione uprzywilejowanie przez ustawodawcę wyłącznie grupy pacjentów onkologicznych może utrudniać dostęp do świadczeń diagnostycznych i leczenia pozostałym grupom pacjentów i w rezultacie prowadzić do naruszenia zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

²⁷ Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2014, poz. 1138).

²⁸ Por. A. Wojtyła, *Chocholi taniec w Ministerstwie Zdrowia*, „Rzeczpospolita” z dnia 13 stycznia 2015 r., s. 11.

²⁹ Opinia Tomasza Sroki na temat projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw <http://orka.sejm.gov.pl/rexdomk7.nsf/Opdodr?OpenPage&n=2505> (18.01.2015).

Otwartym problemem prawnym co do zgodności z Konstytucją rozwiązań zaproponowanych przez Ministerstwo Zdrowia pozostaje kwestia finansowania leczenia niepłodności ze środków publicznych w drodze programu zdrowotnego. W porównaniu do innych państw Unii Europejskiej wyłącznie w Polsce procedura *in vitro* nie była w ogóle finansowana ze środków publicznych³⁰. Na aprobatę zasługuje próba przełamania impasu w sprawie prawnej regulacji dostępu do procedury finansowania świadczeń *in vitro*, jednakże forma jego wprowadzenia może rodzić pewne wątpliwości natury konstytucyjnej. Pojawia się pytanie o zgodność z Konstytucją możliwości leczenia niepłodności poprzez zapłodnienie pozaustrojowe w formie programu ministra zdrowia przy braku ustawy regulującej procedurę *in vitro* oraz kwestie bioetyczne z nią związane. Przypomnijmy, iż w dniu 20 marca 2013 r. minister zdrowia podpisał wydany na podstawie art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych³¹ Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013–2016 jako program zdrowotny ministra właściwego do spraw zdrowia. Analizowany program należy zaliczyć do programów leczniczych. W myśl definicji programu zdrowotnego zawartej w art. 5 pkt 30 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych program zdrowotny stanowi zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, finansowany ze środków publicznych. Zauważyć należy, że wcześniej próbowano uregulować kwestię prokreacji sztucznie wspomaganej na poziomie ustawowym: projekt posła J. Gowina³² oraz projekt obywatelski³³. Zaistniała ponadto koncepcja wydania rozporządzenia w tej kwestii przez ministra zdrowia, która

³⁰ M. Grzymkowska, *Czy Europie potrzebne są wspólne standardy bioetyczne?*, „Europejski Przegląd Sądowy” 2008, nr 4, s. 25.

³¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U. 2008, Nr 164, poz. 1027 t.j. ze zm.).

³² <http://ekai.pl/wydarzenia/x17354/co-dokladnie-mowi-projekt-ustawy-gowina-caly-tekst-projektu> (10.12.2014).

³³ http://www.federa.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=79:obywatelski-projekt-ustawy-w-sprawie-zapodnienia-in-vitro&catid=21:podrzedne (10.12.2014).

jednak upadła ze względu na brak podstawy prawnej do wydania rozporządzenia w ustawie transplantacyjnej³⁴. Wydaje się, że tak przyjęte założenia mogą stać w sprzeczności z art. 68 ust. 2 Konstytucji, albowiem świadczenia objęte w programie będą dostępne wyłącznie dla ograniczonego kręgu obywateli.

Ustawodawca nie reguluje możliwości finansowania procedury *in vitro* na poziomie ustawowym, ani nie zakazuje tego rozwiązania. W art. 15 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych co prawda zawarto zamknięty katalog zakresów standardowych świadczeń dla systemu opieki, ale brak w nim świadczeń związanych z leczeniem niepłodności i podejmowaniem czynności zapłodnienia pozaustrojowego. Również w art. 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych zawierającym tzw. negatywny katalog świadczeń nieprzysługujących świadczeniobiorcy nie wyłączono możliwości finansowania przez państwo procedury *in vitro*. W konsekwencji należy uznać ustawową możliwość finansowania tej procedury ze środków publicznych za dopuszczalną. Przyjęcie przez ustawodawcę konstrukcji nieumieszczania procedur związanych z niepłodnością w wykazie świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych w praktyce oznacza dopuszczalność określonych świadczeń i procedur z tym związanych finansowania w ramach leczenia ambulatoryjnego oraz leczenia szpitalnego³⁵.

W podsumowaniu zauważyć należy, że system ochrony zdrowia w Polsce, który realizuje konstytucyjne założenia wynikające z art. 68 Konstytucji, charakteryzuje się niestabilnością rozwiązań prawnych. Tym niemniej podstawowe założenia tego systemu od lat pozostają niezmiennie. Na aprobatę zasługują obecnie podejmowane próby wprowadzenia reform zakładających bardziej efektywne wykorzystanie środków finansowych przeznaczanych na opiekę zdrowotną. Pewne wątpliwości natury konstytucyjnej budzą ostatnie rozwiązania dotyczące uprzywilejowania pacjentów z tzw. pakietu onkologicznego czy też możliwość finansowania procedury *in vitro* w drodze programów ministerialnych, a nie na podstawie ustawy. Podsumowując, stwierdzić jednak należy, że rozwiązania te służą poprawie dostępności

³⁴ R. Kubiak, op.cit., s. 20.

³⁵ J. Haberko, *Prawo do leczenia niepłodności a finansowanie świadczeń zdrowotnych ze źródeł publicznych*, „Ginekologia Praktyczna” 2007, nr 2, s. 28.

do świadczeń zdrowotnych, a co za tym idzie, wpisują się w realizację podstawowej zasady, jaką jest *salus aegroti suprema lex*. Cały czas jednak nie podejmowane są zasadnicze problemy dotyczące systemu ochrony zdrowia, takie jak współpłacenie za świadczenia opieki zdrowotnej czy postulowana wielokrotnie decentralizacja systemu polegająca na przesunięciu odpowiedzialności za prowadzenie polityki zdrowotnej z władzy centralnej na władze regionalne.

Literatura

- Banaszak B., *Geneza praw człowieka i ewolucja systemów ich ochrony*, [w:] *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, red. B. Banaszak, A. Preisner, Warszawa 2002.
- Białynicki-Birula P., *Zmiany w systemie finansowania ochrony zdrowia w Polsce*, Kraków 2006.
- Bosek L., *Constitutional right to health protection, Judgement of the Constitutional Tribunal of 7 January 2004, K 14/03*, [w:] *Medical Law. Cases and Commentaries*, red. M. Safjan, Warszawa 2012.
- Dercz M., *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2005.
- Frąckowiak U., *Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej*, „Medyczna Wokanda” 2010, nr 2.
- Haberko J., *Prawo do leczenia niepłodności a finansowanie świadczeń zdrowotnych ze źródeł publicznych*, „Ginekologia Praktyczna” 2007, nr 2.
- Hady J., Leśniowska M., *Nakłady na ochronę zdrowia a kondycja sektora ochrony zdrowia w wybranych krajach Unii Europejskiej*, Finansowy Kwartalnik Internetowy „e-Finanse” 2001, vol. 7, nr 4, www.e-finanse.com, s. 27 (29.10.2013).
- Jończyk J., *Zasady i modele ochrony zdrowia*, „Państwo i Prawo” 2010, z. 8.
- Kachniarz M., *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, Warszawa 2008.
- Karp J., *Prawa socjalne we współczesnym konstytucjonalizmie. Prolegomena*, [w:] *Ustroje, doktryny, instytucje polityczne. Księga jubileuszowa Profesora zw. dra hab. Mariana Grzybowskiego*, red. J. Czajowski, Kraków 2007.
- Kolwitz M., *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2010, nr 3.
- Masternak-Kubiak M., *Prawo do równego traktowania*, [w:] *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, red. B. Banaszak, A. Preisner, Warszawa 2002.
- Ostrzyżek A., *Prawo do ochrony zdrowia w świetle artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 4.

- Paszowska M., *Ustawowo dopuszczalne źródła finansowania publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcje, regulacje, zarządzanie*, red. K. Ryć, A. Sobczak, Warszawa 2010.
- Skrzydło W., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Komentarz*, Kraków 1998.
- Sowada C., Mokrzycka A., Panteli D., Poznański D., Wiktorzak K., *Finansowanie*, [w:] *Polska. Zarys systemu ochrony zdrowia*, red. S. Golinowska, Warszawa 2013.
- Surówka A., *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2012, nr 3.
- Trzeciński J., *Komentarz do art. 68 Konstytucji*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, T. V, red. L. Garlicki, Warszawa 2003.
- Urbaniak M., *Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce w okresie transformacji ustrojowej*, [w:] *Przemiany demokratyczne w Polsce*, red. M. Stelmach, Poznań 2013.
- Urbaniak M., *Konstytucyjna zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej a jej ustawowa realizacja w prawie polskim. Wybrane problemy*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2012, nr 3.
- Zarys systemu ochrony zdrowia. Polska 2012*, red. S. Golinowska, Warszawa 2012.