

Monika Urbaniak¹

**Konstytucyjna zasada równego dostępu do świadczeń
opieki zdrowotnej a jej ustawowa realizacja w prawie polskim.
Wybrane problemy²**

Słowa kluczowe: konstytucja, ochrona zdrowia, zasada równości

Keywords: constitution, health protection, principle of equality

Streszczenie

Prawo do ochrony zdrowia zawarte w art. 68 ust. 1 Konstytucji RP stanowi jedno z najważniejszych praw człowieka. Przepis ten konstytuuje tzw. publiczne prawo podmiotowe, które ma odpowiednik w konstytucyjnych zadaniach i obowiązkach władz publicznych, polegających na właściwym uregulowaniu zagadnienia w ustawach dotyczących ochrony zdrowia. Z kolei z art. 68 ust. 2 Konstytucji wynika, że obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do „świadczeń” opieki zdrowotnej finansowanej ze „środków” publicznych. Realizacja tej zasady w publicznym systemie opieki zdrowotnej opiera na zasadzie zapewnienia równego dostępu wszystkim uprawnionym podmiotom do świadczeń zdrowotnych. Z konstytucyjnej zasady równości nie wynika obowiązek zapewnienia przez władzę publiczną bezpłatnej, a jedynie równej dla wszystkich obywateli opieki zdrowotnej, która musi być zagwarantowana ze środków publicznych. Realizacja równego dostępu do świadczeń doznaje ograniczeń związanych z niedoskonałością regulacji prawnych w sektorze ochrony zdrowia, spowodowanych przede wszystkim niewystarczającymi środkami finansowymi przeznaczanymi na opiekę zdrowotną.

¹ Autorka jest adiunktem w Katedrze i Zakładzie Organizacji i Zarządzania, Pracownia Prawa w Ochronie Zdrowia Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

² Artykuł jest zmodyfikowaną wersją referatu wygłoszonego podczas VII Seminarium Badaczy Prawa Konstytucyjnego nt.: *Wolności i prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne w Polsce i państwach europejskich*, Opole 9–10 kwietnia 2013 r.

Summary

The constitutional principle of equal access to health care services and its statutory implementation in Polish law. Selected problems

The right to health contained in art. 68 paragraph 1 of the Constitution is one of the most important human rights. This provision constitutes the so-called public subjective right, which has its equivalent in the constitutional roles and obligations of public authorities, involving the proper settlement of the issues in the laws relating to the protection of health. In turn, art. 68 paragraph 2 of the Constitution reads that citizens, regardless of their financial situation, public authorities provide equal access to health care services financed from public funds. The implementation of this principle in the public health care system is based on the principle of ensuring equal access for all qualified entities to health services. The constitutional principle of equality does not promise the obligation of public authorities to provide free but only equal health care for all citizens, which must be guaranteed by public funds. The implementation of equal access to benefits is limited with imperfect regulation in the health sector, primarily due to insufficient funds allocated to healthcare.

✱

Prawo do ochrony zdrowia wynikające z art. 68 Konstytucji RP stanowi jedno z najważniejszych praw człowieka i zajmuje szczególną pozycję w ustawie zasadniczej. Umieszczone zostało w katalogu praw i wolności ekonomicznych, socjalnych i kulturalnych. Prawo to jest zaliczane do kategorii praw socjalnych, z którym powinno się korzystać bez względu na jakiegokolwiek kryteria. Prawa socjalne są to uprawnienia, które gwarantują jednostce podstawowe dobra, niezbędne do godnego życia w społeczeństwie³. Stanowią one prawa szczególnego rodzaju, w celu realizacji których państwo ma obowiązek podejmowania działań pozytywnych, pozwalających jednostce na korzystanie z danego prawa⁴.

³ J. Karp, *Prawa socjalne we współczesnym konstytucjonalizmie. Prolegomena*, [w:] *Ustroje, doktryny, instytucje polityczne. Księga jubileuszowa Profesora zw. dra hab. Mariana Grzybowskiego*, red. J. Czajowski, J. Karp, G. Kuca, A. Kulig, P. Mikuli, A. Opalek, Kraków 2007, s. 150.

⁴ B. Zawadzka, *Prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne*, Warszawa 1996, s. 7.

Przedmiotem art. 68 Konstytucji nie jest zdrowie, a wyłącznie jego ochrona. Zauważyć przy tym należy, że ani Konstytucja, ani ustawy zwykle nie wprowadzają definicji zdrowia. Przy jej ustalaniu należy posłużyć się definicją Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z dnia 22 lipca 1946 r., zgodnie z którą zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby, czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia). W zmodyfikowanej definicji zdrowia WHO, która została przyjęta w dniu 12 sierpnia 1978 r. w Alma-Acie, zaproponowano nowe podejście do zdrowia, określając je jako „stan zupełnej pomyślności fizycznej, psychicznej i społecznej, który pozwala ludziom prowadzić socjalnie i ekonomicznie produktywne życie”. Na podkreślenie zasługuje fakt, że również określenie „opieka zdrowotna” nie jest zdefiniowane w Konstytucji. Termin ten ma charakter ogólny i obejmuje nie tylko czynności medyczne, lecz także inne z zakresu administracji, organizacji, komunikacji, opieki duchowej itp., które łącznie składają się na treść zobowiązania opieki zdrowotnej. Przez termin „ochrona zdrowia” należy rozumieć zatem różne zadania władz publicznych dotyczące zarówno zapewnienia opieki zdrowotnej, jak i promocji zdrowego trybu życia poprzez działania związane z zapobieganiem chorobom i eliminowaniem zagrożeń dla zdrowia⁵, a także z osiąganiem optymalnego stanu zdrowia⁶. Treść art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji nie daje podstaw do sformułowania materialnej definicji „ochrona zdrowia”, a więc nie jest możliwe dookreślenie rodzajów bądź kategorii świadczeń mieszczących się w zakresie prawa gwarantowanego w art. 68 Konstytucji⁷.

Artykuł 68 ust. 1 Konstytucji zawiera ogólną normę stanowiącą, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Przepis ten konstytuuje tzw. publiczne prawo podmiotowe, które ma odpowiednik w konstytucyjnych zadaniach i obowiązkach władz publicznych, polegających na właściwym uregulowaniu zagadnienia w ustawach dotyczących ochrony zdrowia⁸. Norma ta nie

⁵ J. Bujny, *Prawa pacjenta między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 95.

⁶ U. Frąckowiak, *Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej*, „Medyczna Wokanda” 2010, nr 2, s. 102.

⁷ J. Oniszczyk, *Wolności i prawa socjalne oraz orzecznictwo konstytucyjne*, Warszawa 2005, s. 286.

⁸ J. Jończyk, *Zasady i modele ochrony zdrowia*, „Państwo i Prawo” 2010, z. 8, s. 3.

ma zatem charakteru normatywnego, ale stanowi podstawę dla istnienia określonych obowiązków władzy publicznej⁹.

Niedopuszczalne jest, aby ktokolwiek był poddawany dyskryminacji w zakresie ochrony zdrowia z jakiegokolwiek przyczyny. Przepis ten powinien być interpretowany w ścisłym związku z art. 30 Konstytucji proklamującym zasadę godności osoby ludzkiej. Również wyrażona w art. 2 Konstytucji zasada demokratycznego państwa prawnego daje podstawę do ochrony zdrowia na zasadzie równości. Wyrażona w art. 38 Konstytucji zasada prawnej ochrony życia nabiera szczególnego znaczenia w kontekście prawa do ochrony zdrowia. Życie ludzkie stanowi wartość, umożliwiającą jednostce korzystać z innych praw i wolności, m.in. prawa do ochrony zdrowia¹⁰. Prawo do ochrony zdrowia zabezpiecza życie i związaną z nim integralność cielesną jednostki¹¹. Prawo do ochrony zdrowia pozwala jednostce na korzystanie z pozostałych, przyznanych jej praw konstytucyjnych¹². Na władze publiczne został nałożony obowiązek podejmowania działań mających na celu umożliwienie jednostce jak najpełniejszej realizacji tego prawa. Nie mogą one uznaniowo ograniczać możliwości korzystania przez jednostkę z prawa do ochrony zdrowia m.in. poprzez tworzenie rozwiązań prawnych, które ograniczają dostęp do odpowiedniego poziomu świadczeń¹³.

Przedmiotem prawa wyrażonego w art. 68 ust. 2 Konstytucji jest dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, równy dla wszystkich uprawnionych do tego obywateli i niezależny od ich sytuacji materialnej. Warunki i zakres udzielania tych świadczeń określa ustawa. Stworzenie takiego ograniczenia ma charakter techniczny i służy wskazaniu na prawo do określonego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁴.

⁹ M. Dercz, *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2005, s. 74.

¹⁰ R. Grabowski, *Prawo do ochrony życia w polskim prawie konstytucyjnym*, Rzeszów 2006, s. 207.

¹¹ L. Bosek, *Opinia prawna na temat zgodności z Konstytucją RP art. 19 projektu ustawy o podstawowych prawach i wolnościach człowieka w dziedzinie zastosowań biologii i medycyny oraz o utworzeniu Polskiej Rady Bioetycznej*, „Zeszyty Prawnicze” 2011, nr 4, s. 191.

¹² M. Urbaniak, *Prawo do ochrony zdrowia w Konstytucji Republiki Włoskiej*, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 1, s. 45.

¹³ A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przeгляд Prawa Konstytucyjnego” 2012, nr 3, s. 99.

¹⁴ D. Karkowska, *Analiza uwarunkowań opieki okołoporodowej w Polsce*, <http://www.rodzicpoludzkupl/images/stories/publikacje/publikacje/ekspertyza.pdf>, s. 14 (4.06.2013).

Dostęp gwarantowany przepisami Konstytucji ma być niezależny od stopnia zamożności obywateli, a mają o tym decydować wyłącznie czynniki medyczne¹⁵. Równość oznacza, że osoby chore powinny otrzymywać terapię na podstawie ich potrzeb zdrowotnych, a nie na podstawie czynników pozazdrowotnych, do których należy zaliczyć m.in. możliwość zapłaty za udzielone świadczenia¹⁶. Przepis ten stanowi rozwinięcie zasady równości i koncepcji solidaryzmu społecznego, wyrażonych w art. 32 Konstytucji¹⁷. Podnieść przy tym należy, że prawo do ochrony zdrowia nie ma charakteru absolutnego, ponieważ podlega ograniczeniom wyrażonym w art. 31 ust. 3 Konstytucji, do których można m.in. zaliczyć czynniki ekonomiczne zmuszające władze publiczne do wydatkowania wyłącznie środków publicznych na świadczenia zdrowotne, które pozostają w ich dyspozycji¹⁸. Z art. 68 ust. 2 Konstytucji wynika, że obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych nie rozciąga się na cudzoziemców, w stosunku do których może zostać ograniczony, z zastrzeżeniem obowiązku przestrzegania przez Polskę w tym zakresie norm prawa międzynarodowego¹⁹.

W kontekście regulacji konstytucyjnych nie należy zapominać, że system finansowania świadczeń z zakresu ochrony zdrowia stanowi stały i narastający problem, prowadzący w warunkach niedoboru środków finansowych do wysuwania postulatów zwiększania wydatków na opiekę zdrowotną, m.in. poprzez proponowanie wprowadzenia dodatkowych form odpłatności za usługi medyczne czy też sprzyjanie rozwojowi rynku prywatnych usług medycznych. Polski system ochrony zdrowia z uwagi na niedobór środków finansowych od lat cechuje brak równowagi pomiędzy wpływami i wydatkami, jak również pomiędzy poziomami wpływów a potrzebami zdrowot-

¹⁵ P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2000, s. 92; K. Prokop, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP*, [w:] *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, red. T. Mróz, Białystok 2011, s. 44.

¹⁶ G. Stornaiuolo, *L'equità e l'intervento pubblico nel campo della salute*, „Economia pubblica” 2005, nr 35, s. 50.

¹⁷ J. Oniszczyk, *op.cit.*, s. 285.

¹⁸ B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2009, s. 352.

¹⁹ K. Prokop, *op.cit.*, s. 45.

nymi mieszkańców²⁰. Zapewnienie przez państwo realizacji prawa do ochrony zdrowia zależy od możliwości finansowych państwa, a jednostka może żądać realizacji wyłącznie takich świadczeń, które zostały jej przyznane w drodze ustawy²¹. W sytuacji nieadekwatności środków przeznaczanych na ochronę zdrowia powodującej, że obowiązujący system ochrony zdrowia 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. W szczególności mowa tutaj o wprowadzeniu systemu dodatkowych ubezpieczeń prywatnych, obowiązku współpłacenia stałych kwot za określone świadczenia zdrowotne, czy też wyznaczenie maksymalnych kwot, do pokrycia których zobowiązany jest pacjent, a powyżej których zobowiązane do pokrycia byłoby państwo. Wprowadzenie opłat mogłoby doprowadzić do odciążenia systemu opieki zdrowotnej. Warunkiem wprowadzenia opłat powinno być jednak określenie ich na poziomie minimalnym, ponieważ w sytuacji ustalenia ich na wyższym poziomie może prowadzić do pozbawienia możliwości leczenia osobom niezamożnym²². Proponowane rozwiązanie mogłoby doprowadzić do wzrostu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, pod warunkiem że system odpłatności pacjentów byłby uregulowany w taki sposób, aby stanowił narzędzie ukierunkowujące popyt, a nie był wyłącznie dodatkowym źródłem finansowania²³. Moim zdaniem nie ma konstytucyjnych przeszkód do uzupełniania systemu finansowania służby zdrowia w proponowany sposób. Rozwiązania takie nie prowadziłyby do naruszenia art. 68 ust. 2 i art. 32 Konstytucji, z zastrzeżeniem ustawowego obowiązku utrzymania równego dostępu do świadczeń przez osoby opłacające niższe składki na ubezpieczenie zdrowotne. Co więcej warto zauważyć, że w obecnym stanie prawnym pacjent nie ma możliwości sfinansować ze

²⁰ C. Sowada, A. Mokrzycka, D. Panteli, D. Poznański, K. Wiktorzak, *Finansowanie*, [w:] *Polska. Zarys systemu ochrony zdrowia*, red. S. Golinowska, Warszawa 2013, s. 96.

²¹ A. Surówka, *op.cit.*, s. 125.

²² M. Janoś-Kresło, *Opinia społeczna o publicznej i prywatnej opiece zdrowotnej w Polsce*, [w:] *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań*, red. E. Nojszewska, Warszawa 2011, s. 421–422.

²³ K. Kolasa, *Zasada równości i sprawiedliwości społecznej w aspekcie finansowania służby zdrowia w Polsce i Szwecji*, [w:] *Ochrona zdrowia i gospodarka. Sposoby finansowania*, red. K. Ryc, Z. Skrzypczak, Warszawa 2010, s. 117.

środków własnych świadczeń i procedur nieobjętych koszykiem świadczeń gwarantowanych, np. w sytuacji, w której oczekiwanie przez niego na świadczenia w ramach list oczekujących nie jest dla niego rozwiązaniem satysfakcjonującym bądź też wystarczającym dla zapewnienia właściwej ochrony zdrowia lub życia. Konstytucyjne ujęcie prawa do ochrony zdrowia nie wyłącza możliwości uzyskiwania przez pacjentów za odpłatnością (całkowitą lub częściową) świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych. W sytuacji, w której system ochrony zdrowia jest dotknięty ograniczeniami finansowymi, możliwość stworzenia prywatnego systemu finansowania opieki zdrowotnej obok systemu publicznego może być konieczne dla pełnej realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia²⁴.

Jak już wcześniej wspomniano, norma wyrażona w art. 68 ust. 2 Konstytucji wskazuje, że źródłem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej mają być środki publiczne, przy czym ustawa nie może wskazywać innego niż władza publiczna podmiotu, który realizowałby prawo obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej²⁵. Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej opiera się gromadzeniu środków dla wszystkich ubezpieczonych na zasadzie powszechności i równości, a zebrane środki zostają rozdysponowane pomiędzy osoby dotknięte ryzykiem ubezpieczeniowym²⁶. Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r.²⁷ jednoznacznie stwierdził, że równość proklamowana w art. 68 ust. 2 Konstytucji stanowi rozwinięcie wyrażonej w art. 32 Konstytucji zasady równości oraz koncepcji solidaryzmu społecznego, zasady korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie są niezależne od zakresu partycypacji poszczególnych członków wspólnoty obywatelskiej w tworzeniu zasobu środków publicznych stanowiących źródło ich finansowania. Zauważyć należy za Jadwigą Suchecką, że jakiegokolwiek odstępstwa od realizacji zasady równości stanowią czynnik niepożądany społecznie²⁸.

²⁴ M. Kulesza, M. Matczak, *Opinia prawna dla polskiej Izby Ubezpieczeń w sprawie możliwości wprowadzenia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego w świetle Konstytucji RP*, s. 5–6, http://www.piu.org.pl/public/upload/ibrowser/Opinia_Prawna_dla_PIU2.pdf (5.06.2013).

²⁵ M. Dercz, *op.cit.*, s. 75.

²⁶ B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej...*, s. 352.

²⁷ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03.

²⁸ J. Suchecka, *Nierównomierności w finansowaniu i dostępności do świadczeń medycznych*, www.stat.gov.pl (4.06.2013).

Podkreślić należy, że art. 68 ust. 2 Konstytucji nie stanowi przepisu sformułowanego w charakterze prawa podmiotowego, a stanowi wyłącznie normę programową. Janusz Trzcziński podkreśla, że przepis art. 68 ust. 2 Konstytucji został sformułowany w sposób, który nie tworzy po stronie obywatela roszczeń ani praw podmiotowych²⁹. Norma programowa dotyczy treści obowiązku nałożonego na władze publiczne zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej³⁰. Obowiązek spoczywający na władzy publicznej nie będzie spełniony w sytuacji, w której środki przeznaczone na finansowanie świadczeń zdrowotnych nie wystarczą na pokrycie kosztów tychże świadczeń czy też ograniczają ich dostępność³¹.

Polski system ochrony zdrowia ma charakter publiczny, jest oparty na świadczeniach finansowanych ze środków publicznych. Jest to model ubezpieczeniowy, który uprawnia do otrzymywania opieki zdrowotnej co do zasady wyłącznie osoby ubezpieczone. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że rozwiązania dotyczące finansowania świadczeń zdrowotnych przyjęte w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³² budzą wątpliwości w odniesieniu do zasady równego dostępu, prowadzą bowiem do nieproporcjonalnego zróżnicowania sytuacji prawnej poszczególnych grup ubezpieczonych³³.

Z Konstytucji nie wynika obowiązek zapewnienia przez władzę publiczną bezpłatnej, a jedynie równej dla wszystkich obywateli opieki zdrowotnej. Równość ta musi być gwarantowana ze środków publicznych, przy czym równy dostęp gwarantowany przez Konstytucję nie oznacza dostępu bezpłatnego. Ustawodawca nie zakłada powszechnego dostępu do wszystkich znanych świadczeń opieki zdrowotnej, a jedynie równy dostęp, biorąc pod uwagę niemożność bezpłatnego ich zapewnienia³⁴. Ustawodawca dopuszcza

²⁹ J. Trzcziński, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia na tle art. 35 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej*, [w:] *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, red. L. Garlicki, A. Szymt, Warszawa 2003, s. 302–305.

³⁰ D.E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011, s. 34.

³¹ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010, s. 12.

³² 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.).

³³ D.E. Lach, *op.cit.*, s. 307.

³⁴ A. Ostrzyżek, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 4, s. 73.

udzielanie świadczeń zarówno całkowicie bezpłatnych, jak i świadczeń finansowanych wprost przez pacjenta. Zapewnienie dostępności do wszystkich znanych i stosowanych zgodnie z wiedzą medyczną świadczeń zdrowotnych nie jest możliwe i zależy od możliwości finansowych systemu³⁵. Wszystkim obywatelom w równy sposób powinny zostać zagwarantowane procedury obejmujące tzw. gwarantowany koszyk świadczeń³⁶. Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r. uznał, że zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji „ustawa powinna określać bądź koszyk świadczeń gwarantowanych, bądź (od strony negatywnej) świadczenia ponadstandardowe, które są finansowane ze środków własnych pacjenta”. Obecnie rozdział 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁷ wprowadził zasadę tzw. koszyka pozytywnego, co w praktyce oznacza, że świadczenia opieki zdrowotnej niewykazane w katalogu świadczeń gwarantowanych nie mogą być finansowane ze środków publicznych, a więc nie przysługują ubezpieczonym³⁸. Wcześniejsze rozwiązanie ustawowe określało koszyk świadczeń gwarantowanych w sposób negatywny, co oznaczało, że beneficjent świadczeń mógł uzyskać wszystkie świadczenia opieki zdrowotnej, poza tymi, które zostały wyłączone przez ustawodawcę. Zauważyć należy, że obecna definicja świadczeń gwarantowanych, dokonana w nowelizacji ustawy z dnia 25 czerwca 2009 r., budziła wątpliwości co do jej zgodności z art. 68 ust. 2 Konstytucji, z uwagi na rozwiązanie przewidujące dopłaty do świadczeń w niektórych przypadkach, które mogą tworzyć barierę w dostępie do części świadczeń finansowanych ze środków publicznych dla świadczeniobiorców znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej³⁹. W art. 15 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawarto pozytywny wykaz świadczeń przysługujących pacjentowi i finansowanych ze środków budżetu państwa.

³⁵ Ibidem, s. 13.

³⁶ R. Holly, *Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne we współczesnej polskiej polityce zdrowotnej i reformowanym systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna” 2006, nr 6, s. 27.

³⁷ W brzmieniu nadanym przez art. 1 pkt. 9 ustawy z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz.U. Nr 118, poz. 989).

³⁸ M. Balicki, „Koszyk” świadczeń gwarantowanych – nowe regulacje, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 3, s. 8.

³⁹ Ibidem, s. 6.

Z kolei art. 16 tejże ustawy określa negatywny katalog świadczeń nieprzysługujących wprost świadczeniobiorcy. Rola katalogu świadczeń gwarantowanych jest bardzo istotna w kontekście równego dostępu do świadczeń gwarantowanych, z uwagi na fakt ustawowego ujednoczenia zakresu prawa do opieki zdrowotnej przysługującej beneficjentom świadczeń⁴⁰. Z tego względu koszyk świadczeń gwarantowanych powinien precyzyjnie określać zakres podmiotowy i przedmiotowy świadczeń zapewnianych ich beneficjentom w ramach systemu finansowanego ze środków publicznych. Podkreślić należy, że praktyką niezgodną z Konstytucją jest dookreślanie określonego ustawowo koszyka świadczeń gwarantowanych w drodze aktów wewnętrznie obowiązującego prawa, do jakich należy zaliczyć zarządzenia lub komunikaty prezesa NFZ.

Rozważając problematykę konstytucyjnych ram dostępu do świadczeń zdrowotnych, trzeba zwrócić uwagę na uwarunkowania systemowe w systemie ochrony zdrowia obowiązujące w trakcie prac nad przygotowaniem nowej Konstytucji. Przede wszystkim należy przypomnieć, że w czasie prac Komisji Konstytucyjnej w Polsce funkcjonował system budżetowy obejmujący ochroną wszystkich obywateli. Ich wynikiem było uchwalenie i wejście w życie art. 68 ust. 2 Konstytucji, który otrzymał następujące brzmienie: „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”. Realizacja zasady równego dostępu do świadczeń finansowanych opieki zdrowotnej w publicznym systemie opieki zdrowotnej opiera na zasadzie zapewnienia równego dostępu wszystkim uprawnionym podmiotom do świadczeń zdrowotnych. Jednym z podstawowych instrumentów służących zapewnieniu równego dostępu do świadczeń jest tworzenie list oczekujących. Zasadą jest, iż świadczenia powinny być realizowane świadczeniobiorcom według kolejności ich zgłoszenia, za wyjątkiem sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta. Podkreślić przy tym należy, że brak jest przepisów powszechnie obowiązującego prawa, które nakładałyby na świadczeniodawców obowiązek ustalania terminów, w którym zostanie udzielone dane świadczenie. Brak takiego rozwiązania może w praktyce prowadzić do iluzoryczności w realizacji prawa do ochrony zdrowia.

⁴⁰ D.E. Lach, *op.cit.*, s. 269.

Z jednej strony ustawodawca konstytucyjny, narzucając obowiązek finansowania przez państwo równego dla wszystkich obywateli dostępu do świadczeń, stworzył wąskie ramy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Z drugiej zaś pozostawił ustawodawcy zwykłemu możliwość samodzielnego ukształtowania modelu systemu opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem, że ustawodawca konstytucyjny nie dopuszcza do stworzenia całkowicie rynkowego systemu ochrony zdrowia⁴¹. W kontekście przedstawionych wyżej rozważań powstaje pytanie, czy w tych ramach mieści się model ubezpieczeniowy, który dokonuje wyłączenia osób, które się nie ubezpieczają? Konstytucja w kontekście korzystania z prawa ochrony zdrowia z zasobów funduszy publicznych nie zrównuje sytuacji osób ubezpieczonych i nieubezpieczonych⁴². Kwestię źródeł finansowania opieki zdrowotnej osób nieubezpieczonych pozostawia otwartą, odsyłając do ustaw zwykłych. Osoby, które nie są ubezpieczone w ramach NFZ, mają prawo otrzymywać bezpłatne świadczenia zdrowotne wyłącznie w momencie ich faktycznego udzielenia. Zgodnie z art. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych bezpłatne świadczenia zdrowotne przysługują następującym grupom osób: osób objętych powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej, a także inne osoby posiadające obywatelstwo polskie, które nie ukończyły 18. roku życia, lub posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 sierpnia 2007 r.⁴³ stwierdził, że Kasa Chorych była obowiązana pokryć koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.

Przemiany systemu politycznego i gospodarczego państwa znajdują odzwierciedlenie również w sektorze ochrony zdrowia. Do 1989 r. cała ludność kraju objęta była systemem zabezpieczenia społecznego, w tym i zdrowotne-

⁴¹ Por. J. Oniszczyk, op.cit., s. 286.

⁴² B. Banaszak, M. Jabłoński, *Komentarz do art. 68, [w:] Konstytucje Rzeczypospolitej oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 roku*, red. J. Boć, Wrocław 1998, s. 126.

⁴³ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07.

go, co oznaczało obowiązek zapewnienia bezpłatnej służby zdrowia całemu społeczeństwu⁴⁴. W wyniku reformy systemu opieki zdrowotnej przeprowadzonej w Polsce w 1998 r. oraz w 1999 r. zmieniono model narodowej służby zdrowia (tzw. model Siemaszki) i wprowadzono system finansowania, oparty na ubezpieczeniach zdrowotnych. W systemie tym podstawowe źródło finansowania, podobnie jak w innych państwach, w których obowiązuje system ubezpieczeniowy, stanowią składki na ubezpieczenia zdrowotne stanowiące część składek na ubezpieczenie społeczne⁴⁵. W ówczesnym kształcie działanie systemu ubezpieczeń zdrowotnych było realizowane przez instytucje ubezpieczenia zdrowotnego, tzw. kasy chorych, których funkcjonowanie w latach 1999–2002 spowodowało w skali kraju zróżnicowanie oferowanego zakresu i dostępu do świadczeń zdrowotnych, a także indywidualne kreowanie polityki zdrowotnej⁴⁶. Reforma systemu opieki zdrowotnej, wprowadzająca system finansowania oparty na ubezpieczeniach zdrowotnych w drodze ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, regulowała zasady wykonywania i finansowania świadczeń medycznych. Jednakże wspomnianym wyżej wyrokiem z dnia 7 stycznia 2004 r. Trybunał Konstytucyjny zakwestionował jej konstytucyjność, uznając, że naruszała ona art. 68 ust. 2 Konstytucji w związku z art. 2 Konstytucji, ponieważ nie określała zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych, które prawo przyznaje każdemu obywatelowi. W konsekwencji zagadnienia związane z finansowaniem świadczeń opieki zdrowotnej zostały uregulowane w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, której głównym zadaniem jest realizacja normy zawartej w art. 68 Konstytucji, zgodnie z którą zapewnia się równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jest to również rozwinięcie zasady solidarności społecznej, która wynika z zawartej w Konstytucji zasady sprawiedliwości społecznej

⁴⁴ E. Krakowińska, *Analiza wydatków na ochronę zdrowia w Polsce i w wybranych krajach Unii Europejskiej*, „*Studia i Materiały*” 2006, nr 1, s. 37.

⁴⁵ V. Siwińska, J. Brożyniak, J. Iłżecka, M.J. Jarosz, Z. Orzeł, *Modele systemów opieki zdrowotnej w Polsce i wybranych państwach europejskich*, „*Zdrowie Publiczne*” 2008, 118 (3), s. 361.

⁴⁶ M. Balicki, Z. Koronkiewicz, *System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej*, [w:] *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wrocław 2003, s. 134.

i oznacza przede wszystkim zlikwidowanie wszelkich różności związanych ze statusem zdrowotnym obywateli⁴⁷. W art. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określono zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. W szczególności obejmują one tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu oraz finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴⁸ podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Obowiązek ten ma charakter generalny, albowiem każdej osobie przysługuje prawo do otrzymania natychmiastowej pomocy w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia. Z tak wyrażonym obowiązkiem podmiotu leczniczego skorelowano wyrażony w art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry obowiązek udzielania pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Uznać należy, że świadczenia opieki zdrowotnej powinny zostać udzielone również osobom niebędącym świadczeniobiorcami, którzy mają pierwszeństwo przed osobami oczekującymi na świadczenia w ramach tzw. kolejki medycznej⁴⁹. Ponadto art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadza w zasadę, że w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Żadne zatem okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeśli osoba zgłaszająca się do podmiotu leczniczego potrzebuje natychmiastowej pomocy ze względu na zagrożenie życia i zdrowia. Warunkiem realizacji tego

⁴⁷ M. Chawła, D. Kawiorska, M. Kulis, *Wyrównanie finansowe jako mechanizm realizacji zasady solidaryzmu społecznego*, „Zdrowie i zarządzanie”, t. I, nr 2/1999.

⁴⁸ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 ze zm.).

⁴⁹ Ibidem, s. 176.

obowiązku jest fakt, że stan pacjenta musi wymagać udzielenia świadczenia natychmiast, bez zbędnej zwłoki, a zagrożenie życia i zdrowia pacjentów powinno być bezpośrednie. Konsekwencją wykonywania przez podmioty lecznicze świadczeń opieki zdrowotnej ponad wiążące świadczeniodawcę umowy z NFZ są tzw. nadwykonania. Obowiązek udzielenia świadczeń zdrowotnych ratujących życie i zdrowie ludzkie powoduje po stronie NFZ obowiązek ich zapłaty również w sytuacji, w której są to świadczenia ponadlimitowe, a świadczeniodawca wykaże, że ich udzielenie było konieczne ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia⁵⁰. W wyroku Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 23 maja 2006 r. sąd jednoznacznie uznał, że „interpretacja obowiązującego wówczas art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza w zgodzie z art. 68 ust. 2 Konstytucji prowadzi do wniosku, że zabiegi ratujące życie powinny zostać sfinansowane ze środków publicznych, których dysponentem jest Narodowy Fundusz Zdrowia”⁵¹. Zauważyć za M. Nesterowiczem należy, że ustawodawca nałożył na podmioty lecznicze ustawowy obowiązek udzielania świadczeń ponad ilościowy ich limit w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, nie zapewniając źródeł ich finansowania⁵². W sytuacji udzielania przez podmioty lecznicze świadczeń w warunkach tzw. przymusu ustawowego uznać należy, że obowiązek opłacenia tychże świadczeń spoczywa na NFZ z samego faktu uczestniczenia przez beneficjenta świadczeń w systemie opieki zdrowotnej⁵³. Podkreślić należy, że limitowanie świadczeń zdrowotnych nie stanowi naruszenia Konstytucji⁵⁴.

Na tle realizacji konstytucyjnej zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej rodzi się wiele problemów powstałych na poziomie ustawowym. Tytułem przykładu warto podnieść kwestię finansowania z budżetu państwa procedury zapłodnienia pozaustrojowego (in vitro). W dniu 20 marca 2013 r. minister zdrowia podpisał wydany na podstawie art. 48 usta-

⁵⁰ L. Bosek, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia*, [w:] *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, red. M. Safjan, Warszawa 2011, s. 58.

⁵¹ Lex 214245.

⁵² M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2012, s. 505.

⁵³ D.E. Lach, op.cit., s. 183.

⁵⁴ U. Frąckowiak, op.cit., s. 104, M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle porównawczym*, Toruń 2010, s. 80.

wy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013–2016. Program w założeniach ma mieć charakter programu wieloletniego, opracowanego na trzy lata, a pierwsza realizacja jego założeń ma nastąpić w połowie 2013 r. W programie tym wprowadza się możliwość korzystania z procedury zapłodnienia pozaustrojowego parom, u których stwierdzono niepłodność kobiety lub mężczyzny i wyczerpały się inne możliwości jej leczenia albo nie istnieją inne metody jej leczenia, ograniczając możliwości finansowania zapłodnienia pozaustrojowego wyłącznie do par będących w związku małżeńskim, a rozszerza jego zakres podmiotowy na wszystkie pary dotknięte niepłodnością, również te, które pozostają w tzw. konkubinacie. W świetle tych rozwiązań pojawia się zasadnicze pytanie o zgodność z Konstytucją wprowadzania świadczeń standardowych, do których należy zaliczyć również *in vitro* w programie zdrowotnym wydanym na podstawie art. 48 ustawy o świadczeniach. Wydaje się, że takie rozwiązanie może prowadzić do naruszenia wyrażonej w art. 2 Konstytucji zasady państwa prawnego, jak również normy zawartej w art. 68 ust. 2 Konstytucji wymagającej określenia w ustawie warunków i zakresu udzielania świadczeń zdrowotnych. Ze względu na zakres niniejszego opracowania poza zakresem rozważań pozostawiam kwestie dotyczące procedury *in vitro*, a związane z realizacją praw podstawowych i dotyczące m.in. statusu zarodka czy też kwestii jego przechowywania. Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego, jak już wyżej wskazano, ogranicza realizację swoich postanowień do trzech lat, poza sferą regulacji pozostawiając kwestię dalszego finansowania już powstałych zarodków. Podnieść należy, że kwestie finansowania procedury *in vitro* nie powinny również zostać rozstrzygnięte w akcie podustawowym, jakim jest rozporządzenie. Moim zdaniem kwestie te wymagają regulacji ustawowej, ponieważ dotyczą możliwości korzystania przez jednostkę z konstytucyjnych praw i wolności, w tym w szczególności prawa do ochrony życia i zdrowia osoby ludzkiej. Z ostrożnością należy podchodzić do tego typu rozwiązań, ponieważ powinny być one zgodne z przyjętymi w Konstytucji zasadami godności osoby ludzkiej, równości czy też zasadą równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Kolejnym problemem pojawiającym się na tle stosowania art. 68 ust. 2 Konstytucji na poziomie ustawowym jest kwestia ponoszenia opłat przez rodzica lub opiekuna dziecka umieszczonego w szpitalu za świadczenie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej w stosunku do dziecka poddanego opiece szpitalnej. Artykuł 68 Konstytucji gwarantuje równy dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz zapewnia prawo do szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom. Problematyka dotycząca prawa pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej została uregulowana w art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵⁵. Opieka dodatkowa nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a więc nie musi jej wykonywać wyłącznie pielęgniarka i rozciąga się ona również na osoby bliskie pacjenta. Podmiot leczniczy nie może ograniczać prawa pacjenta do dodatkowej opieki. Wydaje się, że niezgodne z Konstytucją jest wprowadzanie przez szpitale dodatkowego obciążenia finansowego osób ubezpieczonych poprzez formułowanie odpowiednich przepisów w regulaminach wewnętrznych. Na uwagę zasługuje również zróżnicowana w zależności od podmiotu leczniczego wysokość tychże opłat. Wydaje się, że w sytuacji uiszczania przez rodziców składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne nie powinni oni dodatkowo być obciążani przez szpitale opłatami za pomoc w procesie leczenia dziecka.

Inną kwestią związaną z realizacją zasady równego dostępu do świadczeń jest problem finansowania świadczeń pacjentom uczestniczącym w badaniach klinicznych przez narodowego płatnika. Regulacje dotyczące podejmowania i finansowania badań klinicznych nie były zbyt obszerne i precyzyjne. Dopiero znowelizowany ustawą z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych art. 2 pkt 37a Prawa farmaceutycznego doprecyzowuje przepisy i wskazuje obowiązek finansowania przez Sponsora kosztów badania klinicznego, nie określając jednak zakresu kosztów, które będzie musiał ponieść. Kwestią bezsporną jest, że NFZ nie gwarantuje pacjentowi finansowania wszystkich świadczeń⁵⁶. W tzw. pozytywnym koszyku świadczeń

⁵⁵ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2012 Nr 159 t.j.).

⁵⁶ Szerzej: M. Urbaniak, *Nowe zasady finansowania świadczeń w badaniach klinicznych*, [w:] *Zdrowie publiczne. Aktualne uwarunkowania i zmiany*, red. M.D. Głowacka, J. Zdanow-

nie wymieniono badań klinicznych. Nie ma zatem wątpliwości, że badania kliniczne nie są finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia. Problem pojawia się natomiast w sytuacji, w której beneficjent świadczeń otrzymuje świadczenia zdrowotne, które pozostają w związku, zarówno z normalnym leczeniem pacjentów, które co do zasady finansowane jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jak i z prowadzonym równoległe badaniem klinicznym, które z kolei finansowane jest przez sponsora danego badania. Zauważyć należy, że badania kliniczne co do zasady obejmują II i III fazę badania, tj. fazę rejestracyjną, w której proces badania nakłada się na pewien toczący się etap leczenia pacjentów⁵⁷. Moim zdaniem NFZ powinien pokrywać świadczenia, które są udzielane pacjentom przyjmowanym do ośrodków badawczych związanych z konkretną chorobą, z którą do nich trafiają, a sponsor powinien finansować wyłącznie świadczenia, które nie zostałyby pacjentowi udzielone, w przypadku, w którym nie brałby on udziału w badaniu klinicznym. Na krytykę zasługuje rozwiązanie, w którym sam fakt włączenia pacjenta do badania pozbawia go ustawowego prawa do świadczeń gwarantowanych. Podkreślić należy, że zgoda udzielona przez pacjenta na udział w badaniu klinicznym nie oznacza automatycznie całkowitej bądź częściowej rezygnacji przez tego pacjenta ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych gwarantowanych mu przez Konstytucję. W rezultacie takich regulacji ustawodawca ogranicza prawo pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, stawiając w nierównej pozycji świadczeniobiorców zakwalifikowanych do badania klinicznego, którzy zostali pozbawieni prawa do świadczeń gwarantowanych, ponieważ obciążają one sponsora oraz świadczeniobiorców będących beneficjentami normalnego procesu leczenia. Wydaje się, że pomimo częściowej regulacji tego zagadnienia nadal istnieje potrzeba uchwalenia ustawy kompleksowo regulującej zasady prowadzenia i finansowania badań klinicznych. Stwierdzić należy, że obecnie obowiązujące rozwiązania ustawowe są nadal niewystarczające i są niezgodne z zasadą równego dostępu do świadczeń, określoną w art. 68 ust. 2 Konstytucji.

ska, Poznań 2011.

⁵⁷ R. Staszewski, *Ośrodki badawcze w procesie realizacji badań klinicznych – uwarunkowania prawno-organizacyjne*, [w:] *Prawo badań klinicznych w zarysie*, red. M. Śliwka, Toruń 2013, s. 104–105.

Przechodząc do uwag końcowych, stwierdzić należy, że zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wyrażona w art. 68 ust. 2 Konstytucji ma charakter normy programowej, a więc nieprzynajmniej jednostce bezpośrednio prawa podmiotowego. Zgodnie z Konstytucją to ustawodawca zwykły ma obowiązek określić standardy udzielania opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych. Obowiązek ten nabiera szczególnego znaczenia w kontekście realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia. W praktyce realizacja równego dostępu do świadczeń doznaje pewnych ograniczeń związanych z niedoskonałością regulacji prawnych w sektorze ochrony zdrowia, spowodowanych przede wszystkim niewystarczającymi środkami finansowymi przeznaczanymi na opiekę zdrowotną. W szczególności konstytucyjna zasada równego dostępu do świadczeń doznaje ograniczenia w zakresie list oczekujących na świadczenia zdrowotne, które stanowią instrument mający gwarantować jednostce równy dostęp do świadczeń. Wydaje się, że propozycja wprowadzenia systemu dodatkowych ubezpieczeń prywatnych oraz mechanizmów współpłacenia za określone świadczenia zdrowotne mogłoby przyczynić się do pełniejszej realizacji prawa do ochrony zdrowia i prawidłowego korzystania ze świadczeń.

Literatura

- Balicki M., „Koszyk” świadczeń gwarantowanych – nowe regulacje, *„Prawo i Medycyna”* 2009, nr 3.
- Balicki M., Koronkiewicz Z., *System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej*, [w:] *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wrocław 2003.
- Banaszak B., Jabłoński M., *Komentarz do art. 68*, [w:] *Konstytucje Rzeczypospolitej oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 roku*, red. J. Boć, Wrocław 1998.
- Banaszak B., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2009.
- Bosek L., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia*, [w:] *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, red. M. Safjan, Warszawa 2011.
- Bosek L., *Opinia prawna na temat zgodności z Konstytucją RP art. 19 projektu ustawy o podstawowych prawach i wolnościach człowieka w dziedzinie zastosowań biologii i medycyny oraz o utworzeniu Polskiej Rady Bioetycznej*, *„Zeszyty Prawnicze”* 2011, nr 4.
- Bujny J., *Prawa pacjenta między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007.

- Chawła M., Kawiorska D., Kulis M., *Wyrównanie finansowe jako mechanizm realizacji zasady solidaryzmu społecznego*, „Zdrowie i zarządzanie”, t. I, nr 2/1999.
- Dercz M., *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2005.
- Frąckowiak U., *Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej*, „Medyczna Wokanda” 2010, nr 2.
- Grabowski R., *Prawo do ochrony życia w polskim prawie konstytucyjnym*, Rzeszów 2006.
- Holly R., *Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne we współczesnej polskiej polityce zdrowotnej i reformowanym systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna” 2006, nr 6.
- Janoś-Kresło M., *Opinia społeczna o publicznej i prywatnej opiece zdrowotnej w Polsce*, [w:] *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań*, red. E. Nojszewska, Warszawa 2011.
- Jończyk J., *Zasady i modele ochrony zdrowia*, „Państwo i Prawo” 2010, z. 8.
- Karkowska D., *Analiza uwarunkowań opieki okołoporodowej w Polsce*, <http://www.rodzicpoludzk.pl/images/stories/publikacje/ekspertyza.pdf>, s. 14 (4.06.2013).
- Karp J., *Prawa socjalne we współczesnym konstytucjonalizmie. Prolegomena*, [w:] *Ustroje, doktryny, instytucje polityczne. Księga jubileuszowa Profesora zw. dra hab. Mariana Grzybowskiego*, red. J. Czajowski, J. Karp, G. Kuca, A. Kulig, P. Mikuli, A. Opałek, Kraków 2007.
- Kolasa K., *Zasada równości i sprawiedliwości społecznej w aspekcie finansowania służby zdrowia w Polsce i Szwecji*, [w:] *Ochrona zdrowia i gospodarka. Sposoby finansowania*, red. K. Ryć, Z. Skrzypczak, Warszawa 2010.
- Krakowińska E., *Analiza wydatków na ochronę zdrowia w Polsce i w wybranych krajach Unii Europejskiej*, „Studia i Materiały” 2006, nr 1.
- Kubiak R., *Prawo medyczne*, Warszawa 2010.
- Kulesza M., Matczak M., *Opinia prawna dla polskiej Izby Ubezpieczeń w sprawie możliwości wprowadzenia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego w świetle Konstytucji RP*, http://www.piu.org.pl/public/upload/ibrowser/Opinia_Prawna_dla_PIU2.pdf (5.06.2013).
- Lach D.E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2012.
- Oniszczyk J., *Wolności i prawa socjalne oraz orzecznictwo konstytucyjne*, Warszawa 2005.
- 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.
- Prokop K., *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP*, [w:] *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, red. T. Mróz, Białystok 2011.

- Siwińska V., Brożyniak J., Iłżecka J., Jarosz M.J., Orzeł Z., *Modele systemów opieki zdrowotnej w Polsce i wybranych państwach europejskich*, „Zdrowie Publiczne” 2008, 118 (3).
- Sowada C., Mokrzycka A., Panteli D., Poznański D., Wiktorzak K., *Finansowanie*, [w:] *Polska. Zarys systemu ochrony zdrowia*, red. S. Golinowska, Warszawa 2013.
- Staszewski R., *Ośrodki badawcze w procesie realizacji badań klinicznych – uwarunkowania prawno-organizacyjne*, [w:] *Prawo badań klinicznych w zarysie*, red. M. Śliwka, Toruń 2013.
- Stornaiuolo G., *L'equità e l'intervento pubblico nel campo della salute*, „Economia pubblica” 2005, nr 35.
- Suchecka J., *Nierównomierności w finansowaniu i dostępności do świadczeń medycznych*, www.stat.gov.pl (4.06.2013).
- Surówka A., *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przeгляд Prawa Konstytucyjnego” 2012, nr 3.
- Śliwka M., *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2010.
- Trzeciński J., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia na tle art. 35 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej*, [w:] *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, red. L. Garlicki, A. Szmyt, Warszawa 2003.
- Urbaniak M., *Nowe zasady finansowania świadczeń w badaniach klinicznych*, [w:] *Zdrowie publiczne. Aktualne uwarunkowania i zmiany*, red. M.D. Głowacka, J. Zdanowska, Poznań 2011.
- Urbaniak M., *Prawo do ochrony zdrowia w Konstytucji Republiki Włoskiej*, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 1.
- Winczorek P., *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2000.
- Zawadzka B., *Prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne*, Warszawa 1996.