

MATEUSZ PAPLICKI

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE OBYWATELI W PAŃSTWOWYM SYSTEMIE BEZPIECZEŃSTWA WEWNĘTRZNEGO

WPROWADZENIE DO TEMATYKI BEZPIECZEŃSTWA

Zgodnie z poglądami J. Bocia bezpieczeństwo jest dobrem wspólnym, dobrem, którego jedynym konsumentem jest człowiek¹. Dla każdego z nas bezpieczeństwo jest czymś innym, proces zaś postrzegania bezpieczeństwa jest ciągły i ewoluuje wraz z człowiekiem. Na różnych etapach naszego życia mamy różne potrzeby, dotyczą nas różne zagrożenia — nasze różne wartości, które chroni bezpieczeństwo, są zagrożone.

Niejednokrotnie (zgodnie z denotacją słownikową²) bezpieczeństwo oznaczane jest przez negowanie tego, czym ono nie jest: zagrożeniem lub zagrożeniami (ujęcie negatywne). Negatywne ujęcie bezpieczeństwa jako brak zagrożeń we współczesnych nam czasach zastępowane jest często definicją pozytywną (ujęcie pozytywne). W pozytywnym znaczeniu bezpieczeństwo jest to stan niezagrożenia, spokoju³, pewność przetrwania i rozwoju⁴, szansy na doskonalenie⁵, pewność istot biologicznych i społecznych⁶.

Przedstawienie jednej, uniwersalnej definicji bezpieczeństwa jest kłopotliwe, ponieważ termin ten jest niejednoznaczny i w dużym zakresie zależy od rodzaju

¹ J. Boć, *O bezpieczeństwie wewnętrznym*, [w:] *Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach terenowej administracji publicznej*, red. A. Chajbówicz, T. Kocowski, Wrocław 2009, s. 20.

² Zgodnie z denotacją słownikową na przykład *Słownik współczesnego języka polskiego*, Warszawa 1998; *Słownik języka polskiego PWN*, Warszawa 2007.

³ Zob. przyp. 2.

⁴ R. Zięba, *Kategoria bezpieczeństwa w nauce o stosunkach międzynarodowych*, [w:] *Bezpieczeństwo narodowe i międzynarodowe u schyłku XX wieku*, red. D.B. Bobrow, E. Halizak, R. Zięba, Warszawa 1997, s. 5.

⁵ Zob. *Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego*, Warszawa 2002, s. 13.

⁶ M. Cieślarczyk, *Model i wymiary bezpieczeństwa*, „Zeszyty Naukowe Akademii Obrony Narodowej” 1999, nr 3(36), s. 41.

nauki, na gruncie której jest rozpatrywany⁷. Zakres pojęciowy tego terminu jest wielowymiarowy, obejmuje szeroki obszar wielu dziedzin życia, co skutkuje wielością zagrożeń, jakie mogą wystąpić i determinować to pojęcie.

Bezpieczeństwo związane jest nierozzerwalnie z życiem i rozwojem człowieka, dlatego jest jedną z najważniejszych jego potrzeb i wartości. Przez termin „potrzeba” można rozumieć „stan organizmu, który odczuwa pewien brak lub nadmiar, powstały w wyniku zakłócenia optimum życiowego”⁸. Jednostka czy też państwo przez swoje organy podejmuje (powinna podjąć) działania zmierzające do likwidacji odczuwanego braku „czegoś”, co jest dla danej osoby czy grupy osób potrzebne w danej chwili. Termin „wartość” rozumiany jest jako coś, co ludzie cenią i do czego dążą.

Według J. Szydła⁹ bezpieczeństwo to wartość bezspornie fundamentalna i należy sytuować ją w rzędzie wysokich i znaczących wartości obok pokrewnych wartości, takich jak między innymi zdrowie, życie, pokój. Sytuowanie bezpieczeństwa tak wysoko wynika z wagi i znaczenia tej wartości dla każdego człowieka. Bezpieczeństwo jednak jest wartością nieautoteliczną, „tzn. niegodną zabiegów ze względu na nią samą, natomiast wartością wyraźnie utylitarną, użytkową, tzn. będącą środkiem do osiągnięcia innych wartości, na przykład życia, zdrowia, własności itp.”¹⁰.

Bezpieczeństwo jest naczelną potrzebą człowieka, która staje się zarazem podstawową potrzebą państwa i systemów międzynarodowych, a jej brak wywołuje niepokój i poczucie zagrożenia¹¹. Istnieje więc przekonanie, że bezpieczeństwo jest wypadkową działań zachodzących w wymiarze indywidualnym połączonych z działalnością władz i sprawnie działających służb¹².

PAŃSTWO I JEGO FUNKCJE

Wraz z postępującym rozwojem cywilizacyjnym świata zmieniły się poglądy na temat charakteru, funkcji, przeznaczenia i organizacji państwa¹³. Według K. Wojtaszczyka „każde współczesne państwo spełnia siedem funkcji: wewnętrzną, zewnętrzną, gospodarczo-organizatorską, socjalną, adaptacyjną, regulacyjną oraz innowacyjną”¹⁴.

⁷ E. Moczuk, *Spoleczne poczucie bezpieczeństwa. Studium socjologiczne i kryminologiczne na podstawie badań mieszkańców województwa podkarpackiego* (rps), Rzeszów 2005, s. 130–216.

⁸ *Encyklopedia PWN*, <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/potrzeba;3961121.html>.

⁹ J. Szydł, *Bezpieczeństwo jako wartość. Refleksja aksjologiczna i etyczna*, [w:] *Zarządzanie bezpieczeństwem*, red. P. Tyrała, Kraków 2000, s. 47, 48.

¹⁰ *Ibidem*, s. 48.

¹¹ R. Zięba, *Instytucjonalizacja bezpieczeństwa europejskiego. Koncepcje — struktury — funkcjonowanie*, Warszawa 2004, s. 27 n.

¹² M. Lisicki, *Zarządzanie bezpieczeństwem publicznym*, Warszawa 2011, s. 23.

¹³ A. Korczyński, *Bezpieczeństwo wewnętrzne Rzeczypospolitej Polskiej*, <http://adam-korcz.w.interiowo.pl/wewn.pdf>, s. 7.

¹⁴ K. Wojtaszczyk, *Kompedium wiedzy o państwie współczesnym*, Warszawa 2000, s. 22–24.

Z racji tematyki tego opracowania przedstawię w skrócie tylko funkcję wewnętrzną i socjalną, które wzajemnie się uzupełniają w kwestii ochrony i zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego.

Funkcja wewnętrzna sprowadzana jest przez wielu badaczy do zapewnienia porządku i bezpieczeństwa wewnątrz kraju, co można osiągnąć przez odpowiednie działanie organów administracji państwa¹⁵. Funkcja socjalna sprowadza się do aktywności organów administracji państwa w obszarach polityki socjalnej, takich jak między innymi ochrona zdrowia.

Pojęcie bezpieczeństwa wewnętrznego zostało wprowadzone do porządku prawnego stosunkowo niedawno, między innymi przepisami Konstytucji RP¹⁶, w myśl których nałożono na Radę Ministrów obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa wewnętrznego państwa, przy czym nie określono materialnej treści samego pojęcia.

Bezpieczeństwo wewnętrzne — w znacznym uproszczeniu — oznacza stabilność i harmonijność danego organizmu bądź sytemu¹⁷ lub stan stabilności i równowagi wewnętrznej¹⁸.

Bezpieczeństwo wewnętrzne (państwa) określane jest jako stan struktur społecznych, politycznych i ekonomicznych wewnątrz państwa i takie ich kształtowanie, aby poprzez swoje stabilne i harmonijne funkcjonowanie zapewniały poczucie pewności jego obywatelom oraz stwarzały odpowiednie warunki do realizacji aspiracji tego państwa¹⁹.

Każde państwo ustala zbiór wartości wewnętrznych, które powinny być chronione przed zagrożeniami, i przyjmuje odpowiedni do rodzaju zagrożeń zespół środków zabezpieczających owe wartości²⁰. Niewątpliwie jedną z najważniejszych wartości dla każdego z nas jest zdrowie.

OCHRONA ŻYCIA I ZDROWIA

Począwszy od starożytności aż do czasów współczesnych w rozwoju świata, nie było i nie ma ważniejszego, bardziej żywotnego problemu niż problem zdrowia. Nie ma konieczności ani potrzeby przekonywania do tego twierdzenia.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ Dz.U. 1997 Nr 78, poz. 483, ze. zm.

¹⁷ Zob. J. Stańczyk, *Współczesne pojmowanie bezpieczeństwa*, Warszawa 1996, s. 18.

¹⁸ J. Symonides, *Problemy pokoju i bezpieczeństwa międzynarodowego we współczesnym świecie*, Wrocław 1984, s. 45.

¹⁹ Por. W. Fehler, *O pojęciu bezpieczeństwa państwa*, [w:] *Bezpieczeństw państwa i narodów w procesie integracji europejskiej*, red. W. Śmiałek, J. Tymanowski, Toruń 2002, s. 72. S. Zalewski, *Bezpieczeństwo wewnętrzne RP w dobie członkostwa w NATO. Aspekt społeczny i instytucjonalny*, [w:] *Międzynarodowe i wewnętrzne aspekty członkostwa Polski w NATO*, red. W. Fehler, J. Tymanowski, Toruń 1999, s. 70.

²⁰ R. Zięba, *Bezpieczeństwo narodowe*, [w:] *Bezpieczeństwo narodowe i międzynarodowe*, Warszawa 1997, s. 11.

Wszakże zdrowie jest tym, bez czego życie człowieka traci wszelki sens i obraca się w permanentne cierpienie²¹.

Życie i zdrowie ludzkie to wartości silnie z sobą związane, wymagające wyjątkowej ochrony ze względu na swoją wartość niezależną od innych dóbr prawnie chronionych. Uznanie zdrowia za dobro o szczególnym znaczeniu wydaje się stanowić pochodną uznania życia ludzkiego za wartość nadrzędną²².

Konieczność ochrony tych wartości pozostaje poza dyskusją, ponieważ są to dobra uznawane powszechnie za uniwersalne. Obowiązek zapewnienia ochrony tych wartości spoczywa na państwie, a w szczególności na podmiotach realizujących zadania z zakresu administracji publicznej²³.

Oczywistym założeniem każdego państwa cywilizowanego jest ochrona życia — jako biologicznej egzystencji człowieka. Państwo, jako władza publiczna lub system władz publicznych i jego instytucji (w tym samorząd)²⁴, jest *ex definitione* strukturą przeznaczoną do trwania i rozwijania się w oparciu o żyjące społeczeństwo. Zapewnienie „ochrony życia” wpisane jest więc w samą istotę państwa²⁵.

Jedynie państwo i jego administracja dysponuje odpowiednią organizacją i koniecznym władztwem, aby między innymi interweniować w wypadkach stanów nadzwyczajnych, chronić i zapobiegać patologiom społecznym — brak dostępu do ochrony zdrowia można uznać za taką patologię; zapewnić przynajmniej na poziomie podstawowym pomoc socjalną oraz ochronę zdrowia²⁶, a więc szeroko pojęte bezpieczeństwo.

Władza publiczna nastawiona jest oczywiście na realizację pożądaných przez obywatela potrzeb, jednakże w myśl zasady pomocniczości²⁷, władza ta powinna uzupełniać to, czego jednostka nie może własnymi siłami i z własnej inicjatywy osiągnąć²⁸.

Przynajmniej od kilku lat traci na znaczeniu przekonanie, że dzięki rządowi zniknie ubóstwo, a ludzie będą zdrowi²⁹. Sytuacja taka ma miejsce dlatego, że w dobie kryzysu gospodarczego i ograniczonych możliwości finansowych państwa co-

²¹ I. Murawow, *Zdrowie dobrem społecznym: mit czy rzeczywistość?*, [w:] *Zdrowie dobrem społecznym. Materiały międzynarodowego sympozjum*, red. I. Murawow, A. Nowak, Radom 2010, s. 9.

²² A. Rabeiga, *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniach podmiotów administrujących w sferze opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009, s. 5, 11.

²³ *Ibidem*, s. 5.

²⁴ H. Izdebski, M. Kulesza, *Administracja publiczna. Zagadnienia ogólne*, Warszawa 2004, s. 22.

²⁵ P. Sarnecki [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. 1, red. L. Garlicki, Warszawa 1999, s. 2.

²⁶ A. Błaś [w:] A. Błaś, J. Boć, J. Jeżewski, *Administracja publiczna*, Wrocław 2003, s. 43–44.

²⁷ Zob. więcej o zasadzie pomocniczości: Pius XI, *Quadragesimo anno*, „Znak” 1982, nr 7, s. 707–708.

²⁸ A. Pakuła, *Bezpieczeństwo publiczne jako dobro wspólne (kilka uwag i refleksji)*, [w:] *Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach terenowej administracji publicznej*, red. A. Chajbowicz, T. Kocowski, Wrocław 2009, s. 33, 34.

²⁹ W. Kwaśnicki, *Zasady ekonomii rynkowej*, Wrocław 2001, s. 46–47.

raz trudniej jest państwu (administracji publicznej) zapewnić minimum dóbr i minimum świadczeń³⁰, a samo wpisanie uprawnień (potrzeb socjalnych) do konstytucji nie musi oznaczać poprawy sytuacji człowieka, dlatego że prawa te nie przekładają się automatycznie w prosty sposób na poprawę jego życia³¹. Jednak jednostka sama nie jest w stanie sobie zapewnić bezpieczeństwa czy opieki medycznej dlatego musi istnieć i opierać swój byt o państwo, które nie jest może może dobrem samym w sobie, ale za to jest złem koniecznym, na którym musimy polegać³².

PUBLICZNE PRAWO PODMIOTOWE

Szukając źródła możliwości rozwiązywania problemów zdrowotnych obywateli, powinniśmy pochylić się nad zagadnieniem publicznego prawa podmiotowego, które pomoże nam rozstrzygnąć, czy obywatel ma prawo oczekiwać świadczeń zdrowotnych od państwowej służby zdrowia, a tym samym, czy może liczyć na to, że jego bezpieczeństwo zdrowotne zostanie zapewnione.

Rozpatrując układ stosunków między jednostką a państwem, W. Wróblewski przedstawił prawo podmiotowe jako korzyść poręczoną przez porządek prawny, która należy się tej jednostce i może być przez nią dochodzona. W zależności od tego, czy należna osobie korzyść poręczona jest prawem prywatnym czy publicznym, powstałe na takiej zasadzie prawa podmiotowe należy traktować jako prywatne prawo podmiotowe lub publiczne prawo podmiotowe. Owo poręczenie oznacza możliwość dochodzenia przez jednostkę roszczeń w drodze zindywidualizowanego środka prawnego³³.

Publiczne prawo podmiotowe jako „żądanie” określił S. Kasznica, który prawa te ujął jako „możność żądania czegoś od państwa czy innego związku publicznoprawnego, o ile zachodzą warunki w tejże normie określone”³⁴. Aby katalog tych praw (zawarty w konstytucji) nie był tylko zbiorem „dyrektyw (norm) programowych” czy „uroczystych formułek konstytucyjnych”, musi znaleźć odzwierciedlenie w ustawach³⁵.

Publiczne prawo podmiotowe „jako roszczenie” skierowane do władzy państwowej lub innych związków prawnopublicznych traktował między innymi

³⁰ A. Błaś, *Zagadnienie zakresu zadań socjalnych administracji publicznej we współczesnym państwie liberalnym*, Wrocław 2015, s. 20.

³¹ W. Osiatyński, *Prawa człowieka i ich granice*, Kraków 2011, s. 227.

³² E. Faguet, *La Liberalisme*, Paris 1902, s. 440, cyt. za: A. Błaś, *Zagadnienie zakresu zadań socjalnych administracji publicznej*, s. 15.

³³ W. Wróblewski, *Roszczenia jednostki wobec administracji państwa ze szczególnym uwzględnieniem prawa wodnego i kwestii prawomocności administracyjnej*, Kraków 1906, s. 6.

³⁴ S. Kasznica, *Polskie prawo administracyjne. Pojęcia i instytucje zasadnicze*, Poznań 1947, s. 142.

³⁵ *Ibidem*.

A. Peretiatkowicz, zaznaczając, że pojęcie praw podmiotowych mogło powstać w państwie praworządnym, gdzie władza administracyjna jest skrzepowana ustawami i gdzie funkcjonują sądy administracyjne, których zadaniem jest ochrona obywatela przed naruszeniem jego praw ze strony władzy administracyjnej³⁶. Według Peretiatkowicza obywatel, powołując się na swoje prawa podmiotowe publiczne, „nie występuje przeciw państwu, jako całości porządku prawnego, tylko przeciw określonej władzy państwowej (z reguły władzy administracyjnej) domagając się od niej stosowania się do porządku prawnego, czyli do woli państwa”³⁷.

Możliwość żądania świadczeń (jeden z rodzajów publicznych praw podmiotowych) — w tym przypadku świadczeń zdrowotnych — jest jednym z podstawowych elementów gwarantujących bezpieczeństwo zdrowotne, elementów, na które wpływ obywatela jest znikomy.

W przypadku nieotrzymania pożądanego świadczenia (przypomnijmy — świadczeń mających swoje odzwierciedlenie w przepisach prawa), jednostce przysługuje środek do „zniewolenia władzy do wykonania tego świadczenia” w formie skargi do sądu administracyjnego. Uprawnienia do wniesienia skargi nabywamy wówczas, gdy nie uzyskamy od państwa „konkretnego pod względem jakościowym, jak i ilościowym ściśle określonego świadczenia”³⁸. S. Kasznica zaznacza jednak wyraźnie, że roszczenia muszą być „dostosowane do stanu zamożności społeczeństwa”, jak również „do skali jego dobrobytu” oraz „dotrzymywać kroku rozwojowi gospodarstwu społeczeństwa”. Państwo „broni się i musi się bronić przeciwko zbytniemu wybudaniu” coraz większej ilości roszczeń ze strony społeczeństwa. Roszczenia te mają zazwyczaj charakter majątkowy, a wypełnienie ich przez administrację w postaci pewnych wypłat pieniężnych pociąga za sobą zbytnie obciążenie budżetów publicznych, a tym samym przeciążenie społeczeństwa daninami publicznymi. „Taki jest skutek wielkich współczesnych reform społecznych, w pierwszym rzędzie ustawodawca w zakresie opieki społecznej [w tym opieki zdrowotnej — dop. M.P.] i ubezpieczeń, które wyposaża ogromne masy ludności w daleko idące uprawnienia podmiotowe”³⁹.

BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE

Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli zależy zarówno od pełnej dostępności i sprawności funkcjonowania służb medycznych — zwłaszcza od istnienia sprawnie działających służb zdrowia publicznego — dlatego wprowadzenie ograniczeń

³⁶ A. Peretiatkowicz, *Podstawowe pojęcia prawa administracyjnego*, Poznań 1947, s. 95.

³⁷ *Ibidem*, s. 97.

³⁸ S. Kasznica, *op. cit.*, s. 143.

³⁹ *Ibidem*, s. 144, 145.

w dostępności do świadczeń medycznych, wprowadzenie limitów na te świadczenia jest zagrożeniem bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli⁴⁰.

Ze zjawiskiem pełnej dostępności do świadczeń medycznych wiąże się zjawisko nieograniczonych potrzeb zdrowotnych pacjentów oraz zjawisko nadmiernego korzystania z tych świadczeń, w związku z tym nie tylko w Polsce, ale w większości krajów na świecie, zwłaszcza w krajach, w których zdrowie uważane jest za „towar”, istnieje tendencja do ograniczania pełnej dostępności do świadczeń zdrowotnych⁴¹.

Pożądaną przez pacjentów komfort pełnej dostępności do świadczeń medycznych⁴² według zwolenników neoliberalnej polityki gospodarczej nie musi być równoznaczny z konstytucyjną odpowiedzialnością państwa za bezpieczeństwo zdrowotne opłacane ze środków publicznych⁴³ w warunkach niedoboru tych środków. Niedobór środków publicznych na zdrowie jest zjawiskiem powszechnym, spotykanym też w krajach zamożnych, próba przeniesienia ciężaru kosztów na użytkowników (według niektórych) jest kluczem do zapewnienia pełnej dostępności do świadczeń zdrowotnych. Odmiennego zdania jest Światowa Organizacja Zdrowia, jak również Bank Światowy, które opowiadają się za utrzymaniem odpowiedzialności państwa za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli⁴⁴.

W znacznym zakresie o poczuciu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli decyduje dostępność do świadczeń medycznych, jednak nie jest ona czynnikiem wystarczającym do autentycznego zapewnienia tego bezpieczeństwa, potrzebne jest jeszcze wiele działań państwa, których celem jest tworzenie warunków do zapewnienia zdrowia wszystkim obywatelom, między innymi przez stworzenie warunków organizacyjno-prawnych do sprawnego funkcjonowania służb zdrowia publicznego⁴⁵.

⁴⁰ J. Leowski, *Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia*, „Prawo i Medycyna” 2, 2000, nr 6–7, s. 23–25.

⁴¹ *Ibidem*, s. 25.

⁴² W ramach badań statutowych prowadzonych w Zakładzie Medycyny Ratunkowej i Katastrof Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu pt. *Oczekiwania pacjentów co do jakości leczenia w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym* zaplanowano przeprowadzenie ankiet wśród pacjentów szpitalnych oddziałów ratunkowych, aby między innymi poznać potrzeby zdrowotne pacjentów, opinie na temat funkcjonowania systemu „Państwowe ratownictwo medyczne” oraz poznać uwagi, które mogą być wprowadzone w życie, tak aby zwiększyć bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Projekt badawczy jest nadal w fazie realizacji, na dzień 10 marca 2016 r. 55% pacjentów uznało (udzielając odpowiedzi w jednym z pytań w ankiecie), że publiczne prawo podmiotowe polegające na domaganiu się określonych świadczeń pozytywnych (na przykład świadczeń medycznych związanych z ochroną życia i zdrowia) jest dla nich najważniejsze.

⁴³ Forma poboru składki na ubezpieczenie zdrowotne — na świadczenia medyczne — jest bardzo istotna, jeżeli chodzi o uznanie odpowiedzialności państwa oraz uznanie żądania świadczeń zdrowotnych za publiczne prawo podmiotowe.

⁴⁴ J. Leowski, *op. cit.*, s. 25.

⁴⁵ *Ibidem*, s. 26.

Dlatego należy przyjąć, że bezpieczeństwo zdrowotne to pewność działania organów administracji rządowej, samorządowej i podległych jej służb w zakresie ochrony życia i zdrowia, ponadto bezpieczeństwo zdrowotne to proces ciągłych dążeń państwa oraz jednostki do zaspokojenia jej potrzeb zdrowotnych. Ze względu jednak na ograniczone możliwości finansowe państwa bezpieczeństwo zdrowotne jest prawem podmiotowym polegającym na zaspokojeniu przez państwo tylko tych potrzeb zdrowotnych, które wynikają z nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. Oczywiście zawężenie zakresu ochrony zdrowia nie jest pożądane przez pacjentów, gdyż w pełni nie zaspokaja ich potrzeb zdrowotnych.

NORMY PROGRAMOWE

Zgodnie z tym, co przedstawiłem, aby obywatel mógł się powołać na publiczne prawa podmiotowe i skorzystać z uprawnień, jakie mu dają, musi zaistnieć odzwierciedlenie tego prawa w konkretnych przepisach prawnych. Sytuacja ta komplikuje się jednak, gdy przepis prawa jest normą programową.

W Konstytucji RP znajdziemy wiele przepisów (norm programowych) wskazujących na odległe nieraz perspektywiczne cele czy zadania władzy publicznej odnoszące się do całokształtu ważnych problemów społecznych⁴⁶. Cechą charakterystyczną norm programowych jest to, że wskazują adresatom norm pożądane cele do zrealizowania, lecz przy tym nie wskazują konkretnych rozwiązań, aby wskazane cele osiągnąć. Realizacja wskazanych przez nie celów ma być natychmiastowa, chociaż końcowy moment osiągnięcia celu nie jest ustalony. Odpowiedzialne za realizację określonych celów w normie programowej są wszystkie organy państwowe, które obowiązane są do wykorzystania wszystkich swoich kompetencji. Jeszcze jedną — ważną z punktu widzenia pacjenta żądającego świadczeń zdrowotnych — cechą norm programowych jest to, że nie powołują do życia konkretnych roszczeń prawnych podmiotów trzecich, przede wszystkim obywateli⁴⁷, co z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli jest złą wiadomością. Norma programowa nie wskazuje zatem, jak należy się zachować po to, aby zrealizować pewien cel, lecz ukazuje tylko, jaki cel winien zostać zrealizowany⁴⁸.

Aby cele zawarte w normach programowych stały się konkretnym uprawnieniem, na które może się powołać obywatel, powinny być skonkretyzowane w przepisach szczegółowych. Konkretyzacji tej powinien dokonać parlament lub rząd w ustawach. Jeśli powstały akt władzy nie będzie odpowiadał (bez uzasadnionego

⁴⁶ P. Sarnecki, *Normy programowe w konstytucji i odpowiadające im wolności obywatelskie*, [w:] *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, Warszawa 2003, s. 252.

⁴⁷ *Ibidem*, s. 253, 254.

⁴⁸ T. Gizbert-Studnicki, A. Grabowski, *Normy programowe w konstytucji*, [w:] *Charakter i struktura norm konstytucji*, red. J. Trzeciński, Warszawa 1997, s. 97.

powodu) oznaczonej treści celu, wówczas można w trybie kontroli konstytucyjności prawa te uznać za niezgodne z ustawą zasadniczą. Natomiast brak konkretyzacji czy ich niewłaściwe urzeczywistnianie można kwestionować na drodze prawnej bądź politycznej. Większość norm o celach władzy publicznej jest celami niedających się całkowicie zrealizować — ze względu na to podlegają tylko procesowi ustawicznej realizacji, której kres jest bliżej nieokreślony⁴⁹.

ARTYKUŁ 68 KONSTYTUCJI RP JAKO ŹRÓDŁO PUBLICZNEGO PRAWA PODMIOTOWEGO

W polskim systemie prawnym punktem wyjścia do rozważań nad prawem do ochrony zdrowia powinien być art. 68 Konstytucji RP. Artykuł ten w ust. 1 nadaje każdemu prawo do ochrony zdrowia. Można by więc przyjąć, że art. 68 ust. 1 stwarza obywatelowi prawo podmiotowe⁵⁰, ponieważ wskazuje ściśle określonego adresata normy (każdy uprawniony podmiot ochrony w sytuacji zagrożenia prawa lub powstania roszczenia da się zidentyfikować), stwarza adresatowi możliwość wyboru zachowania się (spełnienia lub niespełnienia tej normy), kształtuje sytuację prawną adresata normy⁵¹.

Kolejne ustępy art. 68 są skierowane bardziej do władzy publicznej (organy państwa i organy samorządu terytorialnego) jako adresata: „władze [...] są obowiązane”, „władze [...] popierają”. Z punktu widzenia podmiotów uprawnionych do świadczeń Konstytucja RP wyróżnia cztery uprzywilejowane grupy: dzieci, kobiety ciężarne, niepełnosprawni i osoby w podeszłym wieku, w stosunku do tych grup władze publiczne zobowiązane są do zapewnienia im szczególnej opieki zdrowotnej (art. 68 ust. 2). Jednak nie precyzuje przy tym, na czym ta szczególność czy uprzywilejowanie miałyby polegać⁵².

Analizując art. 68 Konstytucji RP, można zadać pytanie, „czy prawo do zdrowia jest prawem człowieka — w takim sensie, że obywatel może się na to prawo powołać i żądać jego realizacji, czy może jest to przepis adresowany do władzy publicznej — po prostu apel, deklaracja intencji, określenie celu, który władza publiczna ma spełnić”⁵³. Albowiem przepis ten jest tak sformułowany, aby nie

⁴⁹ K. Complak, *Konstytucyjne postanowienia programowe czy normy o celach państwa?*, [w:] *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, Warszawa 2003, s. 54.

⁵⁰ J. Trzeciński, *Komentarz do artykułu 68*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz III*, Warszawa 2003, s. 3.

⁵¹ J. Trzeciński, *Konstytucyjne prawo do zdrowia na tle art. 35 Karty podstawowych praw Unii Europejskiej*, [w:] *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej*, s. 302, 303.

⁵² A. Zoll, *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8 (2), s. 8.

⁵³ J. Trzeciński, *Komentarz do artykułu 68*, s. 3.

stwarzał obywatelowi możliwości do roszczeń, żadnych praw podmiotowych, być może poza ust. 1 — jeśli go czytać w oderwaniu od pozostałych⁵⁴.

PRAKTYKA I WNIOSKI

Na zakończenie chciałbym pokazać, jak w praktyce zapewniana jest ochrona zdrowia, i odpowiedzieć na pytanie, czy obywatel może być spokojny o swoje bezpieczeństwo zdrowotne.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵⁵ jednym z zadań władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej. W ustawie tej nie znajdziemy jednak jakiegokolwiek sankcji, gdy dostęp ten nie zostanie zapewniony lub zostanie ograniczony, „zatem czy przepis ten można uznać za »prawo«, jeżeli nie został sformułowany na tyle precyzyjnie, aby obywatel mógł w zależności od jego treści regulować swoje zachowanie?”⁵⁶.

Znajdziemy za to sankcje w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. W ustawie tej zawarte jest prawo pacjenta do świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie znajdującej się w takim stanie. Mamy w tym przypadku sankcję dla podmiotu leczniczego. W tej sprawie wypowiedział się Sąd Najwyższy (wyrok SN z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07): pacjentom, którzy nie są ubezpieczeni lub są cudzoziemcami, a znajdują się w tzw. stanach nagłych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia i żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych. Podmiot leczniczy nie może też obciążyć kosztami świadczeń nagłych Skarbu Państwa ani NFZ, ale też nie ma obowiązku pokrywania we własnym zakresie związanych z tym kosztów. Obowiązki NFZ w zakresie pokrywania kosztów leczenia osób nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotnym, przez wzgląd na ustawowy przymus ratowania życia i zdrowia, SN opiera na regulach tzw. świadczeń ponadlimitowych (art. 56 k.c.). W praktyce podmiot leczniczy za ratowanie życia i zdrowia karany jest finansowo, gdyż większość ponadlimitowych świadczeń nie jest refundowana (sprawy sądowe są przewlekłe, kosztowne i nie dają gwarancji otrzymania należności, dlatego podmioty lecznicze w przeważających przypadkach nie decydują się na nie).

⁵⁴ *Ibidem*.

⁵⁵ Dz.U. 2004 Nr 210, poz. 2135 ze zm.

⁵⁶ W. Śniecikowski, *Charakter prawny świadczenia zdrowotnego jako publiczne prawo podmiotowe*, „Państwo i Prawo” 2003, nr 11, s. 64.

Polski ustawodawca przewidział także sankcje dla lekarzy w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, nakładając na lekarza obowiązki spełnienia świadczenia zdrowotnego, między innymi w razie zagrożenia życia lub zdrowia, przy czym obowiązki te mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Niespełnienie tego obowiązku przez lekarza skutkuje odpowiedzialnością karną.

Zbliżone regulacje do przedstawionych powyżej zawiera ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵⁷. Według przepisów ustawy pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Ustawodawca zastrzega jednak, że w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 kodeksu cywilnego⁵⁸. Odpowiedzialność cywilna, która jest majątkową odpowiedzialnością dłużnika (w przypadku lekarza zatrudnionego na umowę o pracę dłużnikiem powinien być szpital, a w przypadku lekarza „kontraktowego” sam lekarz), zmierza do wynagrodzenia szkody (majątkowej, a także niemajątkowej) poniesionej przez pacjenta⁵⁹. Wydaje się, że, gdyby system ochrony zdrowia był właściwie zbilansowany finansowo i właściwie zarządzany, to byłoby mniej skarg i błędów medycznych, które często są powodowane wymuszonymi oszczędnościami na świadczeniach medycznych i diagnostyce.

Kolejną kwestią pomniejszającą poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta jest brak standardów świadczeń (minimum uprawnień), jakich może on oczekiwać. Standardy medyczne opracowywane są zazwyczaj przez towarzystwa naukowe, zespoły ekspertów lub instytucje rządowe — przede wszystkim w formie zbioru zaleceń niemających charakteru prawnego, a, co za tym idzie — które nie są bezwzględnie obowiązujące⁶⁰.

W polskim porządku prawnym obowiązywały przez krótki okres standardy w formie rozporządzenia Ministra Zdrowia. Minister Zdrowia wydał rozporządzenia z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii⁶¹ z dnia 27 lutego 1998 r., oraz rozporządzenie z dnia 23 września 2010 r., z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem⁶², które zostało uchylone już po dwóch latach obowiązywania.

⁵⁷ Dz.U. 2009 Nr 52, poz. 417 ze zm.

⁵⁸ Dz.U. 1964 Nr 16, poz. 93 ze zm.

⁵⁹ W. Śniecikowski, *op. cit.*, s. 65.

⁶⁰ http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0013/30901/KS-NRL-Standardy-a-prawo-Anna-Lella_Marek-Szewczynskipdf.pdf, s. 2.

⁶¹ Dz.U. 1998 Nr 37, poz. 215, rozporządzenie uchylone 1 stycznia 2013.

⁶² Dz.U. 2010 Nr 187, poz. 1259, rozporządzenie uchylone 19 października 2012.

Z przedstawionych już przykładów można wywnioskować, że pacjent może być pełen obaw o swoje bezpieczeństwo zdrowotne. Sytuacja ta ma miejsce, zwłaszcza gdy bezpieczeństwo zdrowotne należy zawęzić tylko do świadczeń niezbędnych w nagłych przypadkach, niestety dla pacjentów (czyli w zasadzie dla każdego z nas) to zła wiadomość, gdyż nie ma podstaw prawnych do żądania (oczekiwania) pożądaných świadczeń zdrowotnych, które w większości nie tylko są niezbędne pacjentowi do ratowania zdrowia, lecz także są potrzebne do podtrzymania jego dobrostanu — nie tylko zdrowotnego.

Ponownie nasuwa się pytanie, dlaczego tak jest, że nie możemy oczekiwać dostępu do wszystkich znanych i stosowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej świadczeń opieki zdrowotnej? W odpowiedzi na to pytanie pomoże nam orzecznictwo TK i SN, w którym widać tendencję do akceptowania kryterium efektywności jako uzasadnienia ograniczenia zakresu świadczeń gwarantowanych. Między innymi SN w wyroku z 9 czerwca 2005 r. (III CK 626/04) postawiono tezę, że: „Niedobór środków na opiekę w skali ogólnej [...] wymaga ograniczenia zakresu świadczeń zdrowotnych znanych nauce i praktyce medycznej lub wyboru świadczeń najbardziej efektywnych. Świadomość braku środków na zapewnienie potrzebującym wszelkich znanych metod leczenia stanowiła motyw unormowania konstytucyjnego (ar. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP)”⁶³.

Ostatnim przykładem, potwierdzającym słuszne obawy pacjentów o swoje bezpieczeństwo zdrowotne jest działalność NFZ. Trybunał Konstytucyjny dnia 7 stycznia 2004 r. (K 14/03) orzekł, że część przepisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia⁶⁴ jest niezgodna z Konstytucją RP, i że powołany ustawą NFZ nie jest w stanie zapewnić obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a samo ustawowe ustalenie zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych czyni system dysfunkcyjnym i przez to niezdolnym do urzeczywistnienia tego, po co został powołany. Wyrok ten, mimo nowelizacji ustawy⁶⁵, wydaje się nadal aktualny, bezpieczeństwo zdrowotne rozumiane jako minimum praw (minimum świadczeń) nie jest w pełni realizowane przez jednostki ochrony zdrowia działające na zlecenie państwa. A sama likwidacja NFZ bez zmian systemowych w ochronie zdrowia na pewno nie zwiększy dostępności do świadczeń zdrowotnych, a tym samym nie zapewni bezpieczeństwa zdrowotnego.

⁶³ Dodatkowo Ministerstwo Zdrowia planuje wprowadzić kryterium dostępu do świadczeń przedłużających życie o 1 rok — uznając za nieefektywne te, które są droższe niż 100 tys. zł. Miejmy nadzieję, że kryterium to nigdy nie zostanie wprowadzone.

⁶⁴ Dz.U. Nr 45, poz. 391; Nr 73, poz. 660 ze zm.

⁶⁵ Ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia została uchylona 1 października 2014 r., a Sejm został zobowiązany uchwalić nowe regulacje prawne, dział V i n. wspomnianej już ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały poświęcone w głównej mierze organizacji oraz zasadom funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia.

NFZ, funkcjonujący obecnie jako „korporacja”, jest zabezpieczeniem dla państwa, gwarantującym, że obywatel — pacjent nie będzie mógł skutecznie dochodzić swoich publicznych praw podmiotowych w formie oczekiwanych i pożądaných świadczeń medycznych. W przypadku likwidacji NFZ i finansowania świadczeń zdrowotnych bezpośrednio z budżetu państwa pacjenci dostaną pełną legitymację do skutecznego żądania od państwa świadczeń medycznych nie na minimalnym, lecz na oczekiwanym poziomie. Sądy w Polsce nie będą mogły już orzekać, że NFZ ma ograniczony budżet. Po likwidacji państwo będzie odpowiadać całym swoim majątkiem za „nieograniczone” potrzeby zdrowotne obywateli.

CITIZENS' HEALTH SAFETY IN THE STATE INTERNAL SECURITY SYSTEM

Summary

Security constitutes an individual as well as social groups' chief need. Therefore, it establishes both the state and international systems. Its lack causes the sense of anxiety and insecurity.

Protection of life, meant as a biological existence of a man, is an obvious assumption of each and every civilized country. The state itself is a structure designed to last and develop on the basis of living society.

Consequently, life protection is thus inscribed in the very essence of the state. It is only the state along with its administration that has an appropriate structure and power in order to provide security in the broadest sense.

For the purpose of this study it was assumed that health safety is considered as the centrality of actions taken by the government administration including all the subordinate departments in order to protect life and health.

The life protection-related laws have been analyzed and checked whether the authorities, committed to support health, fulfill their duties. The conclusions can raise citizens' concerns about their health security.