



Uniwersytet
Wrocławski

Mateusz Paplicki

**Bezpieczeństwo zdrowotne obywatela
w polskim systemie
ratownictwa medycznego**

Wrocław 2020

**Bezpieczeństwo zdrowotne obywatela
w polskim systemie
ratownictwa medycznego**



Najwyższa
kategoria
naukowa A+



**UCZELNIA
BADAWCZA**
INICJATYWA DOSKONAŁOŚCI

Dostęp online: <https://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/134248>

DOI: 10.34616/23.21.004

Mateusz Paplicki

Zakład Traumatologii i Medycyny Ratunkowej Wieku Rozwojowego

Wydział Lekarski

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

ORCID ID: [0000-0002-4169-9298](https://orcid.org/0000-0002-4169-9298)

**Bezpieczeństwo zdrowotne obywatela
w polskim systemie
ratownictwa medycznego**

Wrocław 2020

Kolegium Redakcyjne

prof. dr hab. Leonard Górnicki – przewodniczący

dr Julian Jezioro – zastępca przewodniczącego

mgr Aleksandra Dorywała – sekretarz

mgr Ewa Galyga-Michowska – członek

mgr Bożena Górna – członek

mgr Tadeusz Juchniewicz – członek

Recenzenci: *prof. dr hab. Karol Kiczka, UW*; *prof. UAM dr hab. Katarzyna Kokocińska*

Wydanie publikacji dofinansowane ze środków Interdyscyplinarnej grupy roboczej ds. ratownictwa medycznego będącej częścią Interdyscyplinarnego Zespołu Badawczego, działającego na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego.

© Copyright by **Mateusz Paplicki**

Korekta: *Magdalena Wojcieszak*

Projekt i wykonanie okładki: *Karolina Drozd*

Skład i opracowanie techniczne: *Aleksandra Kumaszcza, eBooki.com.pl*

Druk: *Drukarnia Beta-druk, www.betadruk.pl*

Wydawca

E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa.

Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego

ISBN 978-83-66601-36-9 (druk)

ISBN 978-83-66601-37-6 (online)

Spis treści

WYKAZ UŻYTYCH SKRÓTÓW	11
WPROWADZENIE	13
PRZEDMIOT BADAŃ ORAZ CEL PRACY	19
ROZDZIAŁ 1. PRAWNE ASPEKTY OCHRONY ŻYCIA I ZDROWIA CZŁOWIEKA.....	23
1.1. Ewolucja praw człowieka.....	23
1.2. Prawo do życia i zdrowia jako składowe praw człowieka	31
1.2.1. Życie jako prawo człowieka.....	38
1.2.2. Zdrowie jako prawo człowieka	40
1.3. Treść prawa do ochrony życia.....	47
1.4. Treść prawa do ochrony zdrowia.....	53
1.5. Powszechna ochrona życia i zdrowia	56
1.5.1. Zakres pojęcia „ochrona zdrowia”	62
1.5.2. Zakres pojęcia „świadczenie zdrowotne”	64
1.5.3. Zakres pojęcia „promocja zdrowia”	67
ROZDZIAŁ 2. PUBLICZNE PRAWA PODMIOTOWE A PRZEPISY ARTYKUŁU 68 KONSTYTUCJI RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ	69
2.1. Prawa człowieka a prawo podmiotowe	69
2.2. Pojęcie publicznych praw podmiotowych w nauce	70
2.2.1. Rozwój instytucji publicznego prawa podmiotowego	70
2.2.2. Publiczne prawa podmiotowe w polskiej nauce	78
2.2.3. Rodzaje publicznych praw podmiotowych	82
2.3. Ochrona publicznych praw podmiotowych.....	87
2.4. Publiczne prawa podmiotowe a norma programowa	94
2.5. Normy programowe a przepisy artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.....	100
ROZDZIAŁ 3. BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE	107
3.1. Janusowe oblicza bezpieczeństwa.....	107
3.2. Bezpieczeństwo jako potrzeba oraz jako wartość	112
3.3. Bezpieczeństwo jako stan i proces	113
3.4. Współczesne interpretacje pojęcia	114
3.5. Definicja bezpieczeństwa zdrowotnego	117
3.6. Władze publiczne i ich rola w zapewnieniu bezpieczeństwa (zdrowotnego).....	124

ROZDZIAŁ 4. RATOWNICTWO MEDYCZNE A OCHRONA ŻYCIA I ZDROWIA.....	131
4.1. Zarys rozwoju ratownictwa medycznego.....	131
4.1.1. „Medycyna pola walki” jako prekursor medycyny ratunkowej..	133
4.1.2. Życie i zdrowie jako przedmiot troski medycyny ratunkowej....	149
4.1.3. Medycyna ratunkowa w warunkach cywilnych.....	149
4.2. „Ratownictwo lekarskie w wypadkach nieszczęśliwych”.....	154
4.3. Pogotowie ratunkowe jako zorganizowana pomoc medyczna.....	157
4.4. Ratownictwo medyczne w wybranych krajach.....	158
ROZDZIAŁ 5. SYSTEM PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE W PRZEPISACH USTA- WY Z DNIA 8 WRZEŚNIA 2006 R. O PAŃSTWOWYM RATOWNICTWIE MEDYCZNYM	167
5.1. Powstanie systemu ratownictwa medycznego w Polsce	167
5.2. System Państwowe Ratownictwo Medyczne jako element zapewniający bezpieczeństwo zdrowotne	179
5.3. Podmioty właściwe do wykonywania zadań systemu PRM	182
5.3.1. Organy administracji rządowej właściwe w zakresie wykonywa- nia zadań systemu	182
5.3.1.1. Minister właściwy do spraw zdrowia	182
5.3.1.2. Wojewoda	191
5.3.2. Jednostki organizacyjne systemu Państwowe Ratownictwo Me- dyczne	201
5.3.2.1. Szpitalne oddziały ratunkowe.....	201
5.3.2.2. Zespoły ratownictwa medycznego	208
5.3.2.3. Centrum urazowe.....	212
5.4. Czynniki ludzkie systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	215
5.4.1. Lekarz systemu	215
5.4.2. Pielęgniarka systemu.....	217
5.4.3. Ratownik medyczny.....	219
5.4.4. Ratownicy	223
5.4.5. Dyspozytor medyczny.....	223
5.5. Jednostki współpracujące z systemem Państwowe Ratownictwo Me- dyczne.....	225
5.6. Ratownictwo medyczne w Krajowym Systemie Ratowniczo-Gaśnic- zym	227
5.7. Powiadamianie ratunkowe	231
5.8. Standardy funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Me- dyczne.....	240
ROZDZIAŁ 6. PRAWO ADMINISTRACYJNE A OCHRONA ZDROWIA.....	249
6.1. Zdrowie w przepisach prawach administracyjnego	249
6.2. Organy administracji rządowej i samorządowej w ochronie zdrowia...	251

6.3. Administracja świadcząca na rzecz ochrony zdrowia	260
6.4. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej a koncepcja zakładu administracyjnego	263
6.5. „Służba zdrowia” a „ochrona zdrowia”	286
6.6. Rynek usług ratowniczych.....	288
6.7. Ochrona zdrowia w praktyce.....	305
ZAKOŃCZENIE	313
WYKAZ PIŚMIENICTWA	333
WYKAZ AKTÓW PRAWNYCH	364
ORZECZNICTWO.....	373
INNE ŹRÓDŁA	375

Wykaz użytych skrótów

CPR	– Centrum Powiadamiania Ratunkowego
DZ. U.	– Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej
ECTS	– Europejski System Transferu Punktów
EFTA	– Europejskie Porozumienie o Wolnym Handlu
EHCI	– Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia
EKB	– Europejska Konwencja Bioetyczna
EKS	– Europejska Karta Społeczna
EKPCz	– Europejska Karta Praw Człowieka
EMS	– Emergency Medical Service – służby ratownictwa medycznego
FUZ	– Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych
GPO	– Główny Punkt Opatrunkowy
GUS	– Główny Urząd Statystyczny
IP	– Izba Przyjęć
KSR-G	– Krajowy System Ratowniczo-Gaśniczy
LZRM	– Lotnicze Zespoły Ratownictwa Medycznego
MZ	– Ministerstwo Zdrowia
NFZ	– Narodowy Fundusz Zdrowia
NIK	– Najwyższa Izba Kontroli
NIL	– Naczelna Izba Lekarska
OSN	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego
OTK	– Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego
PCK	– Polski Czerwony Krzyż
PERM	– Państwowy Egzamin z Ratownictwa Medycznego
pkt	– punkt
poz.	– pozycja
POZ	– Podstawowa Opieka Zdrowotna
PRM	– Państwowe Ratownictwo Medyczne
PTCK	– Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża
RPO	– Rzecznik Praw Obywatelskich
SA	– Sąd Apelacyjny
SN	– Sąd Najwyższy
SOR	– Szpitalny Oddział Ratunkowy
SPZOZ	– Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

SPR	– System Powiadamiania Ratunkowego
TK	– Trybunał Konstytucyjny
TOPSOR	– Tryby Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
TUE	– Traktat z Maastricht
t. j.	– tekst jednolity
TK	– Trybunał Konstytucyjny
UE	– Unia Europejska
WHO	– Światowa Organizacja Zdrowia
WKTS	– Wojewódzkie Kolumny Transportu Sanitarnego
WSA	– Wojewódzki Sąd Administracyjny
ZRM	– Zespół Ratownictwa Medycznego
ZRM „S”	– Specjalistyczny Zespół Ratownictwa Medycznego

Wprowadzenie

Rozważania dotyczące bezpieczeństwa zdrowotnego obywatela, zarówno w aspekcie funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, jak i w aspekcie całego systemu ochrony zdrowia, stanowią złożony problem natury prawnej oraz społecznej. Ta doniosła, niezwykle trudna materia jest przedmiotem nieustannej debaty z udziałem przedstawicieli nauki, środków masowego przekazu i opinii publicznej. Wyjątkowość i szczególna potrzeba społeczna, jaką jest troska o własne zdrowie, stały się głównym powodem wyboru tematu dysertacji. Nie bez znaczenia pozostaje również fakt, iż do tej pory problematyka bezpieczeństwa zdrowotnego nie cieszyła się wystarczającym zainteresowaniem przedstawicieli doktryny. O ile w literaturze przedmiotu znajdziemy wiele opracowań dotyczących „bezpieczeństwa”, „ochrony zdrowia”, „systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne”, o tyle kwestia zapewnienia „bezpieczeństwa zdrowotnego” nie została dotychczas kompleksowo omówiona, w najlepszym wypadku uczyniono to jedynie częściowo.

Począwszy od starożytności do współczesności, w rozwoju świata nie było i nie ma istotniejszego, bardziej żywotnego problemu niż problem zdrowia. Wszakże zdrowie jest tym, bez czego życie człowieka traci wszelki sens i zmienia się w permanentne cierpienie¹. 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 powinno stanowić pochodną uznania życia ludzkiego za wartość nadrzędną². Konieczność ochrony tych wartości pozostaje poza dyskusją, ponieważ są to dobra uznawane powszechnie za uniwersalne. Obowiązek zapewnienia ochrony tych wartości spoczywa na państwie, a zwłaszcza na podmiotach realizujących zadania z zakresu administracji publicznej³. Oczywistym założeniem każdego państwa jest ochrona życia – jako biologicznej egzystencji człowieka. Zapewnienie „ochrony życia” jest wpisane więc w samą istotę państwa⁴.

¹ I. Murawow, *Zdrowie dobrem społecznym: mit czy rzeczywistość?*, [w:] I. Murawow, A. Nowak (red.), *Zdrowie dobrem społecznym. Materiały Międzynarodowego Sympozjum*, Radom 2010, s. 9.

² A. Rabiega, *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniach podmiotów administrujących w sferze opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009, s. 5 i 11.

³ *Ibidem*, s. 5.

⁴ P. Sarnecki, *Komentarz do art. 38*, [w:] L. Garlicki (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. III, Warszawa 1999, s. 2

Władza publiczna jest nastawiona na realizację pożądaných przez obywatela potrzeb, jednakże w myśl zasady pomocniczości⁵ władza ta powinna uzupełniać to, czego jednostka nie może własnymi siłami i z własnej inicjatywy osiągnąć⁶. Tylko państwo i jego administracja dysponuje odpowiednią organizacją i niezbędnym władztwem, aby m.in.: zapewnić przynajmniej na poziomie podstawowym pomoc socjalną, w tym ochronę zdrowia⁷; zapewniać szeroko pojęte bezpieczeństwo. Jednostka sama nie jest w stanie sobie zapewnić bezpieczeństwa czy opieki medycznej w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego, dlatego musi istnieć i opierać swój byt na państwie⁸. Jednak ze względu na ograniczone możliwości finansowe państwa coraz trudniej zapewnić administracji rządowej i samorządowej minimum dóbr i minimum świadczeń⁹, a same wpisanie uprawnień (potrzeb socjalnych) do konstytucji nie musi oznaczać poprawy sytuacji obywatela, ponieważ prawa te nie przekładają się automatycznie, w prosty sposób na poprawę życia człowieka¹⁰.

Szukając źródła możliwości rozwiązywania problemów zdrowotnych obywateli, należy pochylić się nad zagadnieniem publicznego prawa podmiotowego, które pomoże nam rozsądzić, czy obywatel ma prawo żądać świadczeń zdrowotnych od publicznej służby zdrowia, a tym samym czy może być pewny, że jego bezpieczeństwo zdrowotne zostanie zapewnione¹¹. Pojęcie publicznych praw podmiotowych jest świadectwem państwa prawa, dającym możliwość analizy porządku prawnego z punktu widzenia ochrony obywatela, ułatwiającym rozpoznanie układu stosunków między jednostką a państwem¹². W. Wróblewski przedstawił prawo podmiotowe jako korzyść poręczoną przez porządek prawny, która należy się jednostce i może być przez nią dochodzona¹³. Publiczne prawo podmiotowe jako „żądanie” określił S. Kasznica, który prawa te ujął jako „możność żądania czegoś od państwa, czy innego związku publiczno-prawnego, o ile zachodzą warunki w teźże normie określone”¹⁴. Aby katalog praw (zawarty w konstytucji) nie był

⁵ Zob. więcej o zasadzie pomocniczości: Pius XI, *Quadragesimo anno*, „Znak” 1982, nr 7, s. 707-708.

⁶ A. Pakuła, *Bezpieczeństwo publiczne jako dobro wspólne (kilka uwag i refleksji)*, [w:] A. Chajbowski, T. Kocowski (red.), *Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach terenowej administracji publicznej*, Wrocław 2009, s. 33-34.

⁷ A. Błaś, *Administracja publiczna w dobie globalizacji*, [w:] A. Błaś, J. Boć, J. Jeżewski, *Administracja publiczna*, Wrocław 2003, s. 43-44.

⁸ E. Faguet, *La Liberalisme*, Paris 1902, s. 440, cyt. za: A. Błaś, *Zagadnienie zakresu zadań socjalnych administracji publicznej we współczesnym państwie liberalnym*, Wrocław 2015, s. 15.

⁹ *Ibidem*, s. 20.

¹⁰ W. Osiatyński, *Prawa człowieka i ich granice*, Kraków 2011, s. 227.

¹¹ M. Paplicki, *Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli w państwowym systemie bezpieczeństwa*, Acta Universitatis Wratislaviensis, no. 3738, „Przegląd Prawa i Administracji” 2016, t. CVI, s. 249.

¹² J. Boć, A. Błaś, *Pojęcie publicznych praw podmiotowych*, [w:] J. Boć (red.), *Prawo administracyjne*, Wrocław 2010, s. 505.

¹³ W. Wróblewski, *Roszczenia jednostki wobec administracji państwa ze szczególnym uwzględnieniem prawa wodnego i kwestii prawomocności administracyjnej*, Kraków 1906, s. 6.

¹⁴ S. Kasznica, *Polskie prawo administracyjne. Pojęcia i instytucje zasadnicze*, wyd. IV uzupełnione, Poznań 1947, s. 142.

tylko zbiorem „dyrektyw (norm) programowych” czy „uroczystych formułek konstytucyjnych”, musi znaleźć odzwierciedlenie w ustawach¹⁵.

W polskim systemie prawnym punktem wyjścia do rozważań nad prawem do ochrony zdrowia powinien być art. 68 Konstytucji RP. Artykuł ten w ust. 1¹⁶ nadaje każdemu prawo do ochrony zdrowia, dlatego można przyjąć, że art. 68 ust. 1 stwarza obywatelowi prawo podmiotowe¹⁷, ponieważ wskazuje ściśle określonego adresata normy. „Każdy” należy tutaj rozumieć przede wszystkim jako „każdy obywatel”, a w pewnych sytuacjach „każdy człowiek”. Oznacza to, że konstytucja wyklucza jakiegokolwiek wyłączenia podmiotowe z zakresu jej działania zarówno ze względu na obywatelstwo poszukującego ochrony, jak i na stopień rozwoju istoty ludzkiej¹⁸. Takie definiowanie pojęcia „każdy” wymuszają także zasady prawa międzynarodowego¹⁹. Kolejne ustępy art. 68²⁰ są skierowane bardziej do władzy publicznej (organy państwa i organy samorządu terytorialnego) jako adresata: „władze (...) są obowiązane”; „władze (...) popierają”.

Janusz Trzciniński, analizując art. 68 Konstytucji RP, stawia 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”²¹.

W przepisach programowych jest zawarte minimum praw obywatela, to minimum jest odpowiednikiem minimum obowiązków ciążących na władzy publicznej²². Cechą charakterystyczną norm programowych jest to, że wskazują adresatom norm pożądane cele do zrealizowania (perspektywiczne cele czy zadania władzy publicznej odnoszące się do całokształtu ważnych problemów społecznych)²³, lecz przy tym nie wskazują

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ Art. 68 ust 1 Konstytucji RP: „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”.

¹⁷ J. Trzciniński, *Komentarz do art. 68*, [w:] L. Garlicki (red.), *op. cit.*, s. 3.

¹⁸ Por. A. Zoll, *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, „Prawo i Medycyna” 2000, t. 8 (2), s. 8 oraz J. Trzciniński, *Komentarz do art. 68...*, s. 3.

¹⁹ *Ibidem*, s. 3.

²⁰ „Ust. 2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

Ust. 3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

Ust. 4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.

Ust. 5. Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży”.

²¹ J. Trzciniński, *Komentarz do art. 68...*, s. 3.

²² J. Trzciniński, M. Wiącek, *Komentarz do art. 68*, [w:] L. Garlicki, M. Zubik (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. II, Warszawa 2016, s. 728.

²³ P. Sarnecki, *Normy programowe w konstytucji i odpowiadające im wolności obywatelskie*, [w:] L. Garlicki, M. Szmyt (red. nauk.), *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, Warszawa 2003, s. 252.

konkretnych rozwiązań, aby wskazane cele osiągnąć. Realizacja tych celów ma być natychmiastowa, chociaż końcowy moment ich osiągnięcia nie jest ustalony, a odpowiedzialnymi za realizację określonych celów w normie programowej są wszystkie organy państwowe²⁴.

Autorzy Ogólnego Komentarza nr 3 do przepisów Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, odnosząc się do art. 10 tego Paktu, podkreślają, że „obowiązkiem każdego z państw, które podpisały się pod Paktem, jest zapewnienie wszystkim mieszkańcom przynajmniej niezbędnego minimum w zakresie każdego z dóbr odpowiadających uznanym w tym traktacie prawom”²⁵. Odnosząc dyspozycję tego artykułu 10 do art. 12 ust. 1²⁶ tego Paktu, należy uznać, że zapewnienie niezbędnego minimum w zakresie opieki zdrowotnej to bezwzględny obowiązek dla państw będących członkami Paktu. Państwo, wywiązując się z tego obowiązku, powinno mieć na uwadze ilość środków, jakie ma do dyspozycji. Na podstawie dokumentu²⁷ Światowej Organizacji Zdrowia z 2008 r. państwa członkowskie mają obowiązek zapewnić niezbędne minimum dla każdego z praw uznanych w Pakcie. Jeżeli chodzi o prawo do zdrowia, niezbędne minimum obejmuje „prawo dostępu do świadczeń, dóbr i usług zdrowotnych na równych, niedyskryminujących nikogo zasadach, a zwłaszcza grupom szczególnie narażonym lub marginalizowanym; dostęp do niezbędnego minimum pożywienia, które jest wystarczająco odżywcze i bezpieczne; dostęp do schronienia, mieszkania i infrastruktury sanitarnej i wystarczającą ilość bezpiecznej wody pitnej; niezbędne leki; sprawiedliwą dystrybucję wszystkich świadczeń, dóbr i usług zdrowotnych”²⁸.

Uznanie przez państwo prawa do ochrony zdrowia polega na powstrzymaniu się od odmowy lub ograniczenia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej²⁹. Realizację prawa do ochrony zdrowia można osiągnąć za pomocą działań progresywnych polegających na niezwłocznym podjęciu przez państwo środków prawnych tak, aby doprowadzić do natychmiastowego rezultatu oraz praw o porównywalnym pierwszeństwie, a w stosunku do realizacji innych zobowiązań tak szybko, jak to możliwe, aby podstawowe prawo człowieka, jakim jest prawo do podstawowej opieki medycznej, było zapewnione. Żadne z podstawowych praw człowieka ani nie może być zawieszane, ani uznane w węższym zakresie przez którekolwiek z państw³⁰. Korzystanie z prawa do

²⁴ *Ibidem*, s. 253 i 254.

²⁵ W. Galewicz, *Zdrowie jako prawo człowieka*, „Diametros” 2014, t. 42, s. 79.

²⁶ Państwa – Strony niniejszego Paktu uznają prawo każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego.

²⁷ WHO, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, *The Right to Health*, Fast Sheet No. 31, Geneva 2008, za: W. Galewicz, *op. cit.*, s. 79.

²⁸ *Ibidem*, s. 80.

²⁹ R. Tabaszewski, *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Lublin 2016, s. 96.

³⁰ Zob. art. 5 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r. (Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169).

ochrony zdrowia może być ograniczone przez państwo tylko w tym zakresie, jaki przewiduje ustawa, i jedynie w stopniu, w jakim jest to zgodne z istotą tych praw³¹.

Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli w głoszonych przez J. Leowskiego poglądach zależy od pełnej dostępności i sprawności funkcjonowania służb medycznych³². Ze zjawiskiem pełnej dostępności do świadczeń medycznych wiąże się zjawisko nieograniczonych potrzeb zdrowotnych pacjentów, dlatego nie tylko w Polsce, ale w większości krajów na świecie, zwłaszcza w krajach, gdzie zdrowie uważane jest za „towar”, istnieje tendencja do ograniczania pełnej dostępności do świadczeń zdrowotnych³³.

Niedobór środków publicznych na zdrowie jest zjawiskiem powszechnym, spotykanym też w krajach zamożnych, według niektórych próba przeniesienia ciężaru kosztów na użytkowników jest kluczem do zapewnienia pełnej dostępności do świadczeń zdrowotnych. Przeciwnego stanowiska jest Światowa Organizacja Zdrowia oraz Bank Światowy, które postulują utrzymanie odpowiedzialności państwa za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli³⁴.

Ze względu jednak na ograniczone możliwości finansowe państwa jest niezbędne w pierwszej kolejności zapewnienie tylko „minimum” świadczeń ratujących życie i zdrowie. Do zapewnienia tego minimum został powołany w 2006 r. system Państwowe Ratownictwo Medyczne. To od prawidłowego działania tego systemu zależy, czy w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego nasze życie i zdrowie będą chronione, a nasze bezpieczeństwo zdrowotne zagwarantowane. Z tego powodu w niniejszej rozprawie powziąłem próbę analizy czynników wpływających na jakość funkcjonowania tego systemu, jak również ograniczających jego prawidłowe działanie. System PRM nie będzie sprawnie funkcjonował, jeżeli inne elementy systemu ochrony zdrowia: świadczeniodawcy, świadczeniobiorcy, podmioty nadzorujące, kontrolujące i regulujące ten system nie zaczną ze sobą współpracować na rzecz bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, a administracja rządowa i samorządowa nie zaczną się wywiązywać z obowiązków wynikających z przepisów prawa.

³¹ J. Tobin, *The Right to Health in International Law*, Oxford 2012, s. 181.

³² J. Leowski, *Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 6-7, s. 23-25.

³³ *Ibidem*, s. 25.

³⁴ *Ibidem*.

Przedmiot badań oraz cel pracy

Niniejsze opracowanie to rezultat pracy doktorskiej napisanej pod tym samym tytułem pod kierunkiem Pana Profesora Tadeusza Kocowskiego, któremu jestem bardzo wdzięczny za pomoc i współpracę.

Przedmiotem badań tej pracy była organizacja systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zakres pojęciowy bezpieczeństwa zdrowotnego obywatela oraz granica ochrony, jakie to pojęcie wyznacza. Zagadnienia związane z powyższą tematyką były rozpatrywane w kontekście zadań, jakie przepisy prawa nałożyły na administrację rządową i samorządową w zakresie prawa do ochrony zdrowia. Przedstawiona została również geneza systemu PRM oraz analiza czynników wpływających na funkcjonowanie tego systemu. Ponadto w pracy została zaprezentowana analiza regulacji prawnych obowiązujących w dniu 31 grudnia 2017 r., związanych z systemem ochrony zdrowia, które bezpośrednio wpływają na funkcjonowanie systemu PRM oraz na bezpieczeństwo zdrowotne obywatela. Zostały również przedstawione propozycje możliwości zmian w zakresie ochrony zdrowia, jak również w zakresie funkcjonowania administracji zwanej „administracją świadcząca”.

Aby praca była adekwatna do obecnej rzeczywistości, uaktualniłem obowiązujące regulacje prawne na dzień 1 września 2020 r. oraz dodałem aktualne statystyki dotyczące opisywanych problemów.

Celem pracy była analiza normatywnych gwarancji bezpieczeństwa zdrowotnego obywatela. Ze względu na brak definicji legalnej terminu „bezpieczeństwo zdrowotne” za cel pracy również obrano próbę zdefiniowania tego pojęcia oraz określenia odpowiedzialności państwa za to bezpieczeństwo. Ważnym zadaniem było także przedstawienie ewolucji systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne będącego głównym podmiotem zapewniającym bezpieczeństwo zdrowotne. Została również podjęta próba nadania starym pojęciom prawa administracyjnego nowego znaczenia tak, aby móc zaproponować nowe rozwiązania organizacyjne i prawne. Ich wprowadzenie może się przyczynić do usprawnienia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, a przez to wpłyną pośrednio na wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego obywatela.

Osiągnięcie założonego celu wymagało zrealizowania celów szczegółowych, do których zaliczyłem:

- określenie granic prawnej ochrony życia i zdrowia wyznaczonych zarówno przez krajowy, jak i międzynarodowy porządek prawa;

- zbadanie instytucji publicznego prawa podmiotowego do żądania świadczeń medycznych oraz określenia, kto ma ewentualnie te świadczenia zapewnić;
- określenie charakteru normatywnego art. 68 Konstytucji RP;
- przedstawienie systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, wychodząc od historii „medycyny pola walki”, która to historia przełożyła się w sposób pośredni na obszar regulacji prawnych tego systemu w zakresie zapewnienia ochrony życia i zdrowia w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego.
- określenie zakresu pojęciowego terminu bezpieczeństwo zdrowotne oraz wyznaczenie granic prawnej jego ochrony;
- określenie roli państwowego ratownictwa medycznego w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego;
- wskazanie przepisów prawa administracyjnego regulujących system ochrony zdrowia, a warunkujących bezpieczeństwo zdrowotne;
- przedstawienie realizacji przepisów prawa mających zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne zarówno przez administrację rządową, jak i samorządową;
- przedstawienie propozycji zmian przepisów prawa, które umożliwiłyby reorganizację systemu ochrony zdrowia i wpłynęłyby na bezpieczeństwo zdrowotne.

Powyższe cele wymagały odpowiedzi na poniższe pytania badawcze. Pytania te obejmowały przede wszystkim kwestie prawnej ochrony życia i zdrowia, aspektów funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz pozostałych elementów systemu ochrony zdrowia. Odnosiły się również do realizacji obowiązków prawnych administracji publicznej do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego. Pytania badawcze sformułowane były następująco:

1. Czy regulacje prawa międzynarodowego dają podstawy do ochrony życia i zdrowia i jaki jest zakres tej ochrony?
2. Jakie są obowiązki administracji rządowej i samorządowej w zakresie ochrony zdrowia?
3. Jakie uprawnienia wynikają z treści art. 68 Konstytucji RP?
4. Czy obywatel posiada publiczne prawo podmiotowe do żądania wszystkich dostępnych świadczeń medycznych? Kto ma ewentualnie te świadczenia zapewnić?
5. Czy w Polsce powinien obowiązywać system świadczeń zdrowotnych zwany „ochroną zdrowia” czy „służbą zdrowia”?
6. Co powinno być domeną współczesnej administracji publicznej?
7. Czy należałoby samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej zezwolić na udzielanie świadczeń medycznych odpłatnie?
8. Co należy zrobić, aby zwiększyć zakres bezpieczeństwa zdrowotnego?

9. Jak wygląda organizacja i jakie są cele systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne?
10. Czy dla ochrony dobra publicznego, jakim jest zdrowie publiczne, należy ograniczyć swobodę działalności gospodarczej prywatnych dysponentów zespołów ratownictwa medycznego?
11. Czy skład osobowy Zespołów Ratownictwa Medycznego wpływa na bezpieczeństwo zdrowotne obywateli?
12. Czy dla racjonalizacji kosztów systemu ochrony zdrowia zadania nałożone na Zespoły Ratownictwa Medycznego nie powinny być przekazane innemu podmiotowi, np. jednostkom Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego?
13. Czy system ochrony zdrowia w Polsce jest wydolny i jak ta wydolność wpływa na system Państwowe Ratownictwo Medyczne?
14. Jaki należy rozumieć termin bezpieczeństwo zdrowotne?
15. Czy system Państwowe Ratownictwo Medyczne zapewnia bezpieczeństwo zdrowotne?

Rozdział 1

Prawne aspekty ochrony życia i zdrowia człowieka

1.1. Ewolucja praw człowieka

Ewolucja praw człowieka postępowała w sposób nieciągły. Na problem nieciągłości ewolucji praw człowieka zwrócił uwagę R. Kuźniar, wskazując, że jest to cecha specyficzna tego procesu³⁵.

Prawa człowieka mają swoje źródło w nowożytnej doktrynie politycznej, zwłaszcza w rozważaniach myślicieli zaliczanych do XVII i XVIII-wiecznej szkoły praw natury. Siedemnastowieczni filozofowie uważani za reprezentantów tego nurtu, np. Hugo Grocjusz czy John Locke, do praw przynależnych człowiekowi zaliczali: prawo do życia, wolności, własności, oporu przeciwko uciskowi³⁶. Niektórzy jednak badacze wskazują jeszcze na wcześniejsze „ślady” praw człowieka. Kodeks Hammurabiego (XVIII w. p.n.e.)³⁷ stanowił, iż władza jest po to, aby strzec sprawiedliwości, aby chronić słabych przed złymi uczynkami silnych³⁸. W Kodeksie Hammurabiego znajdują się pierwsze regulacje dotyczące ochrony życia i zdrowia, a nawet wartości życia – w dosłownym znaczeniu³⁹.

³⁵ R. Kuźniar, *Prawa człowieka. Prawo, instytucje, stosunki międzynarodowe*, wydanie trzecie uzupełnione, Warszawa 2000, s. 19.

³⁶ M. Sadowski, *Prawa człowieka – kilka uwag*, „Wrocławskie Studia Erazmiańskie. Studia Erasmiiana Wratislaviensia” 2010, z. IV, M. Sadowski, P. Szymaniec (red.), *Prawa człowieka – idea, instytucje, krytyka*, s. 10 i 11.

³⁷ Kodeks Hammurabiego należy do najwspanialszych w dziejach ludzkości, zachowanych pomników prawa, nawet przy traktowaniu go wyłącznie w kategoriach funkcjonowania wymiaru sprawiedliwości. Nie ma w sobie równego pod względem zakresu, koncepcji i rozmachu w całej starożytności, także klasycznej i porównywany być może dopiero z *Corpus iuris civilis* Justyniana Wielkiego, [za:] M. Stępień, *Kodeks Hammurabiego*, Warszawa 1996, s. 67.

³⁸ R. Kuźniar, *op. cit.*, s. 19 i n.

³⁹ Życie oraz jego ochrona było wyceniane w ilości srebra np.: § 209: Jeżeli obywatel córkę obywatela uderzył i sprawił, że płód swój poroniła, 10 szekli srebra za płód jej zapłaci (zapłaci ok. 158 zł).

§ 210. Jeśli kobieta ta zmarła, córkę jego zabiją.

§ 211. Jeżeli sprawił, że córka muškêna w (wyniku) uderzenia płód swój poroniła, 5 szekli srebra zapłaci (zapłaci ok. 79 zł).

§ 212. Jeśli kobieta ta zmarła, ½ miny srebra zapłaci (zapłaci ok. 940 zł).

§ 213. Jeśli niewolnicę obywatela uderzył i sprawił, że płód swój poroniła, 2 szekle srebra zapłaci.

§ 214. Jeżeli niewolnica ta zmarła, ⅓ miny srebra zapłaci.

§ 215. Jeśli lekarz obywatelowi operację ciężką nożem z brązu wykonał, obywatela uzdrowił lub łuk brwiowy obywatela nożem z brązu otworzył i oko obywatela uzdrowił, 10 szekli srebra weźmie (weźmie 158 zł).

Mimo tego, że Kodeksu Hammurabiego w obecnym rozumieniu prawa nie można uznać za Kodeks Praw⁴⁰, to o jego wartości świadczy jego rzeczywista funkcja w tamtej epoce, jego odbiór, rola społeczna oraz praktyczne znaczenie dla babilońskiego wymiaru sprawiedliwości⁴¹. Kodeks Hammurabiego to zbiór wyroków sędziowskich, które w swej formie są wyrokami lub raczej sentencjami wyroków sądowych, niedopuszczającymi, w przeciwieństwie do autentycznych przepisów, żadnej interpretacji czy wykładni, bowiem same są już wykładnią prawa zwyczajowego. Przepisy Kodeksu są bardzo precyzyjne i odnoszą się do konkretnej sprawy; wiążą karę bezpośrednio z danym przypadkiem, a nie kategorią zdarzenia⁴².

Kodeks Hammurabiego zapoczątkował ewolucję praw człowieka, to początek tej drogi, drogi, która, jak już wspomniałem, odbywała się w sposób nieciągły. Ewolucja kluczowego pod względem funkcjonalnym prawa z katalogu praw i wolności człowieka – prawa do życia – rozpoczęta na przełomie XVIII w. p.n.e. była kontynuowana w XIII w. p.n.e.⁴³ Właśnie wtedy żydowski prorok Mojżesz w roli pośrednika w nadaniu Prawa Boga Jahwe u stóp świętej góry Synaj ogłosił zbiór praw – „dziesięć słów” znanych powszechnie jako Dekalog.

Wśród praw, które przekazał Bóg Mojżeszowi, było sformułowanie lakonicznie, ale o przełomowym znaczeniu⁴⁴: nie zabijaj!⁴⁵ To i inne prawa zawarte w Dekalogu stały się istotą religii Izraela w tym sensie, że dzieło Mojżesza niosło w sobie całą jej przyszłość. W ciągu następnych wieków dzieło to stale podejmowano i zestawiano z nowymi sytuacjami. Ustalone tam prawa dzięki Biblii zyskiwały na znaczeniu, a związane z nim prawodawstwo wywierało wpływ na kształtowanie się zasad prawnych wielu późniejszych, europejskich cywilizacji⁴⁶. Pojawienie się normy zakazującej zabijania miało

§ 216. Jeżeli (to) muškenum, 5 szekli srebra weźmie (weźmie 79 zł).

§ 217. Jeżeli (to) niewolnik obywatela, pan niewolnika lekarza 2 szekli srebra da (da 34 zł).

Przy założeniu, że: „szekel” = ok. 8,4 g, „mina” = 0,5 kg, 1 kg srebra na dzień 20 kwietnia 2020 r. kosztował ok. 1855 zł. Wyliczone według: 447 USD/kg srebra, [w:] <https://zloto.bullionvault.pl/wykres-cen-srebra.do> [dostęp 20.04.2020], 1 USD = 4,15 zł, Tabela nr 076/A/NBP/2020 z dnia 2020-04-20, <https://rss.nbp.pl/kursy/TabRss.aspx?n=2020/a/20a076> [dostęp. 20.04.2020].

Muškenum – grupa ludności nie zaliczana do wolnych ani niewolników, będąca jednak zależna ekonomicznie od monarchy.

Przeliczenie starożytnej wartości srebra na dzisiejszą wartość zapewne nie jest miarodajne, należałoby w rachunkach tych uwzględnić siłę nabywczą ówczesnego pieniądza, której nie znam. Porównanie to może wydawać się dużym nadużyciem, ale obliczenia te zrobiłem celowo, aby zobrazować, jak życie ludzkie były nisko cenione – że w ogóle było wyceniane.

⁴⁰ Szerzej o tym, czy dzieło Hammurabiego można nazwać „kodeksem” [w:] M. Stępień, *op. cit.*, s. 59 i n.

⁴¹ *Ibidem*, s. 61.

⁴² *Ibidem*, s. 62.

⁴³ R. Grabowski, *Prawo do ochrony życia w polskim prawie konstytucyjnym*, Rzeszów 2006, s. 19.

⁴⁴ *Ibidem*, s. 20.

⁴⁵ Zob. szerzej: W. Tyloch, *Mojżesz*, [w:] J. Keller, W. Tyloch, E. Słuszkiewicz, T. Żbikowski, E. Szymański, *Od Mojżesza do Mahometa*, Warszawa 1979, s. 58.

⁴⁶ *Ibidem*, s. 28 i 59.

ogromne znaczenie, gdyż było przełomem w postrzeganiu wartości życia ludzkiego. Dekalog wprowadzając prawną ochronę życia, stworzył fundament do rozwoju idei prawnej ochrony ludzkiego życia⁴⁷.

Kolejny etap ewolucji praw człowieka przypada na starożytność, dopiero wtedy rozpoczęto kolejne dyskusje na temat człowieka i jego praw. Pierwszymi, którzy mówili o naturalnej wolności i równości ludzi, byli greccy sofisci i stoicy⁴⁸. To oni twierdzili, że prawo naturalne obejmuje wszystkich ludzi⁴⁹ i stoi wyżej w hierarchii praw niż prawo stanowione⁵⁰.

Jednym z najbardziej znanych myślicieli antycznych zaliczanych do sofistów⁵¹, który zwracał uwagę na prawa ludzkie, zwłaszcza na sprawiedliwość, był Arystoteles ze Stagiry (384-322 p.n.e.). Stagiryta nie podejmował w szerszym zakresie problemów związanych z prawami człowieka. Prowadził on bardziej badania nad idealnym modelem państwa i nad prawem⁵². Według Arystotelesa prawo jest zespołem norm regulujących postępowanie istot rozumnych. Prawo naturalne reguluje postępowanie wszystkich ludzi, prawo stanowione jedynie stosunki między ludźmi wolnymi, równymi i pełnoprawnymi. Fundamentem prawa natury jest dążenie do szczęścia, a człowiek dążący do szczęścia musi podążać ku państwu. Według Arystotelesa „(...) ludzie wolni z natury stworzeni zostali do szczęścia, które można osiągnąć dzięki posiadaniu czasu wolnego, a ten daje im praca niewolników”⁵³.

Do grona sofistów, którzy poświęcili wiele uwagi idei prawa natury, możemy zaliczyć także Antyfona (V w. p.n.e.), który z prawa natury wywodził postulat powszechnej równości i wolności wszystkich ludzi, a także wzywał do buntu przeciwko prawu stanowionemu, jeżeli stoi w sprzeczności z prawem natury. Jako podstawowe prawo

⁴⁷ R. Grabowski, *op. cit.*, s. 21.

⁴⁸ Zob. koncepcje prawa natury według sofistów i stoików, [za:] R.A. Tokarczyk, *Filozofia prawa w perspektywie prawa natury*, wyd. 2, Białystok 1997, s. 64 i n.

⁴⁹ J. Wilk, B. Walczak, *Elementy aksjologii Unii Europejskiej*, (red. nauk.) L. Gęsiak, Kraków 2009, s. 80.

⁵⁰ Z uwagi na kluczowe zagadnienie relacji wzajemnych między prawem natury i prawem stanowionym wyróżnia się niekiedy trzy epoki. Pierwsza epoka obejmuje szeroki przedział czasu – od pogańskiej starożytności poprzez chrześcijańskie średniowiecze aż do około XVII wieku. W epoce tej prawo natury harmonijnie łączono z prawem stanowionym i w zasadzie jednakowo oba doceniano. Druga epoka rozciąga się głównie na XVII i XVIII stulecie. Był to okres przewagi prawa natury nad prawem stanowionym, pełnego zaufania do rozumu ludzkiego, od którego oczekiwano rozwiązań na drodze spekulatywnych podstawowych zagadnień organizacji życia społecznego. Epoka trzecia – epoka ścierania się pozytywizmu prawniczego z koncepcjami prawa natury, obejmuje wiek XIX aż do dzisiaj. Doktryny pozytywizmu prawniczego, mimo wielu dzielących je różnic, zgodnie odrzucają prawo natury, opowiadając się za wyjaśnieniem istoty prawa jako zmiennego historycznie faktu społecznego, [za:] R.A. Tokarczyk, *Filozofia prawa...*, s. 146.

⁵¹ Sofisci to nauczyciele z V i IV w. p.n.e. przygotowujący uczniów do życia publicznego.

⁵² E. Stylianidis, *Wpływ antycznej cywilizacji greckiej na rozwój praw człowieka*, [w:] B. Banaszak (red.), *Prawa człowieka. Geneza, koncepcja, ochrona*, Wrocław 1993, s. 122.

⁵³ R.A. Tokarczyk, *Filozofia prawa...*, s. 68 i n.

natury⁵⁴ wskazywał zachowanie życia ludzkiego oraz unikanie nienaturalnej śmierci⁵⁵. „Antyfon, wiążąc problem ochrony życia z ideą prawa natury, zdawał sobie sprawę z faktu, iż ze względu na odrębność prawa naturalnego od prawa stanowionego, ochrona życia nie może zostać faktycznie zabezpieczona”⁵⁶.

W poglądach Hippiasza z Elidy (IV w. p.n.e.) zaznacza się sprzeczność między prawem natury a prawem stanowionym. To drugie, charakteryzujące się zmiennością, skłania w trosce o byt państwowy i gatunek ludzi, należy uzgodnić prawo stanowione z nakazami prawa natury. Prawem natury według Hippiasza był tryb życia zgodny z naturalnymi potrzebami człowieka, odznaczający się troską o zachowanie własnego życia poprzez podtrzymanie więzi społecznych, przy czym prawo stanowione narzucone człowiekowi nie przystaje do tych potrzeb⁵⁷.

Przywołane doktryny dowodzą, że idea ochrony jednostki i dóbr dla niej najcenniejszych, w tym przede wszystkim życia wywodzi się z czasów starożytnych. Współczesne systemy ochrony praw człowieka bazują w tym względzie na dorobku tamtych czasów⁵⁸.

Popularyzatorami greckiej myśli byli rzymscy myśliciele, szczególnie Cynceron i Seneka, jak też rzymscy prawnicy, którzy do prawa natury dodali przekonanie, że źródłem pierwotnej suwerenności jest lud, przelewający swą władzę na cesarza⁵⁹. W nauce Cyncerona (106-43 r. p.n.e.) szczególną uwagę zwraca koncepcja państwa i praworządności, pierwsza przeszła nawet do stałego arsenалу pojęć burżuazyjnej nauki o państwie. Dla Cyncerona państwo było moralną społecznością, zbiorowiskiem ludzi związanych wzajemnymi prawami i obowiązkami, była to *res populi*, sprawa i dobro obywateli. W koncepcji praworządności urzędnicy, którzy powołani są do rządzenia państwem, kierują się prawem, można słusznie stwierdzić, „że urzędnicy – to mówione prawo, a prawo – to niemi urzędnicy”⁶⁰. Seneka Młodszy (4 r. p.n.e. – 65 r. n.e.) żywił niesłychany kult rozumu ludzkiego, uważał, że wartość życia ludzkiego wyraża rozum człowieka. „Rozum – mówi Seneka – nie jest niczym innym, jak częścią ducha bożego, wszczepioną w ciało ludzkie”⁶¹.

⁵⁴ R.A. Tokarczyk uznaje za główną treść prawa natury: „(...) skłonność natury człowieka do ochrony własnego życia i zachowania jego integralności w celu realizacji swej istoty duchowej i fizycznej”, a samo: „(...) prawo natury jest faktem racjonalno-psychicznym wysnuwanym z doświadczenia ludzkiego – doświadczenia ludzkiej natury”, [za:] R.A. Tokarczyk, *Filozofia prawa...*, s. 136-138.

⁵⁵ Por. H. Olszewski, M. Zmierzczak, *Historia doktryn politycznych i prawnych*, wyd. II, Poznań 2001, s. 23; R.A., Tokarczyk, *Filozofia prawa...*, s. 66.

⁵⁶ G.L. Seidler, *Myśl polityczna starożytności*, Kraków 1961, s. 146.

⁵⁷ R. Tokarczyk, *Klasyki praw natury*, Lublin 1988, s. 26 i 27.

⁵⁸ R. Grabowski, *op. cit.*, s. 25.

⁵⁹ R. Kuźniar, *op. cit.*, s. 19 i n.

⁶⁰ G.L. Seidler, *op. cit.*, s. 217.

⁶¹ *Ibidem*, s. 221.

Po upadku myśli antycznej ideę prawa natury kontynuowała średniowieczna filozofia chrześcijańska. Doktryna Tomasza z Akwinu (1225-1274) pozostała tą interpretacją prawa natury myśli średniowiecznej, która cieszyła się największą popularnością⁶². Akwinata twierdził, że władza nie nadaje praw, ponieważ są one nieodłączną częścią natury człowieka, którą został obdarzony przez Stwórcę. Prawo naturalne kieruje zarówno rozumem, jak i wolą człowieka, zaś natura ukierunkowuje człowieka ku właściwemu mu celowi zgodnemu (wyznaczonemu) z zasadami prawa naturalnego. Zasady te obowiązują powszechnie, są niezienne i jednakowe dla wszystkich⁶³. Wskazując treść prawa natury, Tomasz z Akwinu wyróżniał trzy rodzaje skłonności ludzkich i trzy rodzaje wynikających z nich nakazów prawnonaturalnych. Po pierwsze, z naturalnej skłonności człowieka do ochrony siebie wynika zakaz samobójstwa i zabójstwa oraz nakaz troski o zdrowie ciała i duszy. Po drugie, człowiek dzieli ze światem zwierząt skłonność płciową i pragnienia przedłużenia gatunku. Po trzecie, człowiek jako istota rozumna posiada skłonność do poznawania i mówienia prawdy oraz życia we wspólnocie⁶⁴.

W średniowieczu król Jan bez Ziemi w 1215 r. ogłosił *Magna Charta Libertatum* (*Wielką Kartę Swobód*), dokument, który „(...) stopniowo i selektywnie zapoczątkowuje respektowanie praw człowieka – pewnych praw, pewnych ludzi”⁶⁵ i jest uznawany za początek procesu kodyfikacji praw człowieka⁶⁶. W Karcie tej możemy odnaleźć pierwsze zapisy na temat swobód obywatelskich i konstytucyjnych ograniczeń władzy królewskiej. Postanowienia te dotyczyły: gwarancji przeciw arbitralnemu pozbawieniu wolności i własności oraz arbitralnemu opodatkowaniu⁶⁷. Prawa te przysługiwały tylko wyższym stanom społecznym, złożonym z ludzi wolnych⁶⁸.

Polska należała do nielicznych krajów ówczesnej Europy, w których kwestia praw obywatelskich była nie tylko przedmiotem refleksji doktrynalnej, ale także częścią praktyki życia publicznego w państwie. Szczególnie istotna wydaje się doktryna Pawła Włodkowica, wyrażona w traktatach zaprezentowanych w obronie racji stanu podczas soboru w Konstancji (1414–1418). Doktryna Włodkowica opierała się na powszechnych prawach, opartych na godności ludzkiej, immanentnie związanych z powinnościami ludzkimi, zwłaszcza z nakazem miłości do bliźniego, który obejmował obowiązek tolerancji wobec pogan. Włodkowic bywa zwany ojcem tolerancji religijnej, ojcem samostanowienia

⁶² R.A. Tokarczyk, *Filozofia prawa*, s. 78.

⁶³ R. Kuźniar, *op. cit.*, s. 20.

⁶⁴ R. Tokarczyk, *Klasyfikacja praw...*, s. 136.

⁶⁵ R. Kuźniar, *op. cit.*, s. 21.

⁶⁶ T. Jurczyk, *Geneza rozwoju praw człowieka*, „Homines Hominibus” 2009, t. 1 (5), s. 32.

⁶⁷ R. Szawłowski, *Prawa człowieka a Polska*, Londyn 1982, s. 13.

⁶⁸ P. Bała, A. Wielomski, *Prawa człowieka i ich krytyka. Przyczynek do studiów o ideologii czasów ponowoczesnych*, Warszawa 2008, s. 22.

i można go zaliczyć do grona ojców prawa natury⁶⁹. Przytaczana doktryna wyprzedziła epokę, w której została ogłoszona, wpłynęła na praktykę tolerancji, z której zasłynęło nieco później polskie państwo na tle ówczesnych standardów europejskich dzięki m.in. głośnej deklaracji króla Zygmunta Augusta: „Nie jestem królem waszych sumień” – występującej w odmiennej wersji Stefana Batorego⁷⁰.

Renesans przyniósł afirmację człowieka, wobec czego odrodzenie się teorii prawa natury stało się nieuchronne. Prawo natury przestało być częścią prawa boskiego, nabrało za to świeckiego charakteru, przeciwnie do średniowiecza, kiedy było jego częścią⁷¹. W okresie tym podjęto próbę stworzenia społeczeństwa, w którym dobro jednostki było najważniejsze⁷².

Filozofowie, tacy jak Hugo de Groot, zwany Grocjuszem (1583-1645), Thomas Hobbes (1588-1679), Samuel von Pufendorf (1632-1694) czy John Locke (1632-1704), to główne postacie tzw. szkoły prawa natury. O ciągłości w rozwoju idei, a następnie praktyki ochrony praw człowieka możemy mówić od momentu pojawienia się tej szkoły. Ów moment to niemal pół wieku XVII stulecia, poprzedzony narodzinami kapitalizmu, licznymi przeobrażeniami w sferze nauki, sztuki, myśli społecznej, w sposobie rządzenia państwem⁷³.

Szkoła prawa natury w założeniach opierała się na empiryzmie i racjonalizmie, człowiek w rozumie upatrywał narzędzie do poznania obiektywnej prawdy i rozwiązania każdego problemu. Społeczeństwo było atomistycznym zbiorem troszczących się o swe potrzeby, prawa i wolności jednostek, które były w stanie zapewnić sobie bezpieczeństwo⁷⁴. Filozofowie ci do praw przynależnych człowiekowi zaliczali: prawo do życia (zajmujące czołowe miejsce w dziełach wszystkich filozofów), wolności, własności, oporu przeciwko uciskowi⁷⁵. Prawa te z czasem stały się kanonem liberalnej koncepcji praw człowieka.

Jeden z najwybitniejszych myślicieli prawno-politycznych wszystkich czasów, uchodzący za ojca szkoły prawa natury, Hugo de Groot, holenderski filozof, zawarł w swoim najslawniejszym dziele *De iure belli ac pacis (O prawie wojny i pokoju)*⁷⁶ doniosłe tezy i prawa będące podwaliną publicznego prawa międzynarodowego⁷⁷. Państwowy i mię-

⁶⁹ T. Jasudowicz, *Administracja wobec praw człowieka*, Toruń 1996, s. 12.

⁷⁰ R. Kuźniar, *op. cit.*, s. 21.

⁷¹ W. Osiatyński, *Filozofia i historia praw człowieka*, [w:] A. Rzepliński (red.), *Prawa człowieka a polica. Problemy teorii i praktyki*, Legionowo 1994, s. 21.

⁷² T. Jurczyk, *op. cit.*, s. 32.

⁷³ Zob. R. Kuźniar, *op. cit.*, s. 21.

⁷⁴ R. Wojtyś, *Szkoła prawa natury – od Hugona Grocjusza do Johna Locke’a*, Wrocław 2007, s. 50.

⁷⁵ M. Sadowski, *op. cit.*, s. 11.

⁷⁶ Rozpowszechnionym w kilkuset edycjach, w kilkunastu językach.

⁷⁷ R. Tokarczyk, *Klasyki praw...*, s. 171.

dzynarodowy porządek miały definiować cztery zasady⁷⁸: 1) obowiązek dotrzymywania umów (*promissum implendorum obligatio*), 2) zakaz naruszania cudzej własności (*alieni abstinentia*), 3) obowiązek naprawienia szkody wyrządzonej z własnej winy (*damni culpa dati reperatio*), 4) zasadę karalności przestępców (*poenae inter homines meritum*). W doktrynie Grocjusza ważne miejsce zajmują także zalecenia dotyczące humanizacji życia międzynarodowego. Humanitaryzm ma być obowiązującą zasadą konfliktów wojennych. Ofiarami wojny nie mogą być kobiety, dzieci czy ludzie bezdomni⁷⁹.

Zdaniem Grocjusza prawo natury zostało oderwane od treści moralnych i religijnych, zracjonalizowane, związane ściśle z nieulegającą zmianom naturą człowieka. Prawo to jest tak dalece niezmiennie, „że nawet wszechmocny Bóg nie mógłby zmienić jego zasad, tak samo jak nie mógłby sprawić, aby dwa i dwa nie równało się czterem”⁸⁰. Nakazy i zakazy prawa natury wynikają stąd, że pewne działania są dobre lub złe same przez się, a nie dlatego, że za takie ogłosił je Bóg w swoim objawieniu. Grocjusz za źródło poznania prawa natury uznawał społeczną naturę człowieka⁸¹. Skłonność społeczna człowieka skłania go do współżycia z innymi ludźmi w sposób pokojowy i zorganizowany odpowiednio do właściwości ludzkiego umysłu⁸². Naturalne jest więc dążenie do życia w ramach wspólnoty państwowej⁸³, przy jednoczesnym zachowaniu instynktu samozachowawczego, nakazującego człowiekowi unikania śmierci⁸⁴.

Thomas Hobbes dowodził, że prawo, dzięki mocy kształtowania rzeczywistości społecznej, posiada wartość kształtującą formy współżycia ludzkiego oparte na powszechnym bezpieczeństwie⁸⁵. Prawo natury w ujęciu Hobbesa zabrania człowiekowi czynić tego, co jest niszczące dla jego życia, oraz nakazuje dbać w możliwie najlepszy sposób o życie własne⁸⁶, jak i innej osoby, zakazując czynienia drugiemu tego, czego nie chcemy, aby uczyniono nam⁸⁷.

Według Hobbesa państwo to zło konieczne, które ratuje ludzi od zła jeszcze większego, jakim jest stan anarchii i powszechnego zagrożenia życia i zdrowia. „Wprawdzie

⁷⁸ Por. *ibidem*, s. 181. Autorzy badający życie i twórczość Grocjusza w niewielkim stopniu odmiennie definiują pierwszą zasadę, zob. J. Baszkiewicz, *Historia doktryn politycznych i prawnych, Część II. Czasy nowożytne 1500-1800*, Wrocław 1965, s. 178.

⁷⁹ Zob. J. Justyński, *Historia doktryn polityczno-prawnych*, Toruń 2004, s. 224, a także L. Dubel, *Historia doktryn politycznych i prawnych do schyłku XX wieku*, wyd. 3, Warszawa 2009, s. 198.

⁸⁰ J. Baszkiewicz, *Historia doktryn politycznych...*, s. 175.

⁸¹ *Ibidem*.

⁸² L. Dubel, *op. cit.*, s. 196.

⁸³ J. Justyński, *op. cit.*, s. 223.

⁸⁴ R. Wojtyszyn, *op. cit.*, s. 49.

⁸⁵ R. Tokarczyk, *Klasyki praw...*, s. 194.

⁸⁶ M. Maneli, *Historia doktryn polityczno-prawnych*, t. II. *Czasy nowożytne (Wiek XVI-XVII)*, Warszawa 1968, s. 175.

⁸⁷ E. Kundera, *Leksykon myślicieli politycznych i prawnych*, wyd. 3 uzupełn. i zmien., (red.) E. Kundera, M. Maciejewski, Warszawa 2009, s. 120.

z powstaniem państwa ludzie tracą przyrodzoną im naturalną wolność, w zamian zyskują jednak bezpieczeństwo, możliwość życia w społeczeństwie zorganizowanym, szanującym stan posiadania i prawo własności, gdzie postępowanie ludzi wyznaczone jest przez normy obowiązującego prawa państwowego⁸⁸.

Poglądy Johna Locke'a na prawa człowieka stały się częścią osiemnastowiecznych konstytucji oraz wywarły ogromny wpływ na konstytucjonalizację prawa do życia, bodaj największy na koncepcję twórców Konstytucji Stanów Zjednoczonych. Dały również podwaliny teoretyczne do ustroju Anglii⁸⁹. Społeczeństwo (państwo) według Locke'a jest niezbędne dla obywateli, aby mogli oni korzystać w spokoju i bezpieczeństwie ze swoich podstawowych praw naturalnych, a mianowicie prawa do życia, wolności i własności⁹⁰. Państwo było powoływane w wyniku umowy społecznej. Konstrukcja umowy społecznej ustanawiającej państwo składała się z dwóch aktów. W pierwszym w wyniku zgody powszechnej (u Locke'a wymaga jedności) jednostki powołują społeczeństwo, a w drugim decyzją większości społeczeństwo zawiera umowę o powołaniu rządu – tym samym tworząc państwo. W przypadku rozwiązania drugiego aktu – umowy z władzą, nie niweczy się powstania społeczeństwa, które jest starsze niżeli państwo, podobnie jak starsza od państwa i społeczeństwa jest jednostka. Rozwiązanie umowy może nastąpić na skutek przekroczenia przez rząd uprawnień powiernika ochrony suwerennych praw naturalnych społeczeństwa, wtedy lud zyskuje prawo do „rewolucji” i zmiany istniejącej władzy⁹¹.

Państwo jako stróż naturalnych praw podmiotowych jednostek powinno: zapewniać bezpieczeństwo osobiste obywateli; nie naruszać indywidualnej sfery wolności osobistej i ekonomicznej; umożliwić jednostce swobodę działalności gospodarczej, polityczną, a także kulturalną. Dzięki umowie społecznej państwo zyskało prawo do stanowienia praw pozytywnych oraz ich egzekwowania za pomocą siły przymusu, jeżeli tylko prawa te nie są sprzeczne z naturalnymi prawami jednostki⁹².

Zbliżony pogląd co do istoty i zadań państwa miał Samuel von Pufendorf. Ten zwolennik władzy absolutnej podkreślał, że najwyższym celem państwa jest zapewnienie powszechnego spokoju i bezpieczeństwa⁹³. Dla Pufendorfa prawo natury było zbiorem nakazów i zakazów podyktowanych przez rozum. Uważał on, że prawo natury nakazuje jednostce chronić jej życie i mienie, dodatkowo natura nakazuje traktować nam innych

⁸⁸ L. Dubel, *op. cit.*, s. 217.

⁸⁹ Zob. szerzej: Z. Kędzia, *Burżuazyjna koncepcja praw człowieka*, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1980, s. 34.

⁹⁰ *Ibidem*, s. 34.

⁹¹ Por. J. Justyński, *op. cit.*, s. 229; H. Olszewski, M. Zmierzak, *op. cit.*, s. 141.

⁹² Por. H. Olszewski, M. Zmierzak, *op. cit.*, s. 141.

⁹³ *Ibidem*, s. 127.

ludzi jako bliźnich i równych oraz zakazuje działania na szkodę społeczeństwa⁹⁴. Poglądy Pufendorfa wpłynęły na rozwój koncepcji kontraktualizmu w Europie, dały podwaliny współczesnej demokracji, znalazły żywą recepcję na gruncie amerykańskim, pomagając w sformułowaniu Deklaracji Praw Człowieka⁹⁵.

Zapoczątkowany Wielką Kartą Swobód proces kodyfikacji praw człowieka był kontynuowany przez: *Petycję o prawa* (*Petition of Rights*, 1628) i *Kartę Praw* (*Bill of Rights*, 1688)⁹⁶, które stały się źródłem współczesnych praw i wolności człowieka. *Petycja o prawa* zakazywała uwięzienia kogokolwiek bez podstawy prawnej. Przepisy petycji obejmowały swym zasięgiem wszystkie osoby w państwie, zerwały one z zasadą nadawania praw określonej grupie osób, miały więc charakter powszechnie obowiązujący. Proces ochrony jednostki przed bezprawnymi działaniami organów państwowych rozpoczęty w 1628 r. zwińczyło przyjęcie ustawy *Habeas Corpus Act*, w 1679 r. wprowadzającej mechanizm sądowej kontroli działalności władzy wykonawczej. Kolejne zwiększanie swobód obywatelskich przy jednoczesnym ograniczeniu władzy królewskiej przyniosła w 1688 r. *Karta Praw*⁹⁷.

Pod koniec XVIII wieku wśród mieszkańców kolonii północnoamerykańskich pojawiły się tendencje niepodległościowe, które doprowadziły do powstania wielu państw. Podstawą ustroju tych państw były uchwalone konstytucje, przy czym dopiero konstytucja Wirginii zawierała regulacje chroniące prawa człowieka. Integralną częścią Konstytucji była uchwalona 29 czerwca 1776 r. *Karta Praw*, w której zawarte postulaty i ogólne zasady przybrały postać szczegółowych przepisów, umożliwiających realizację zagwarantowanych tam praw. Do katalogu tych praw zaliczono w szczególności prawo: wolności i niezależności; równości, prawo do korzystania z życia, prawo do zdobywania i posiadania własności oraz prawo do bezpieczeństwa. Konstytucja Wirginii nie tylko stała się wzorem dla innych konstytucji stanowych, ale także dla francuskiej Deklaracji Praw Człowieka i Obywatela z 1789 r., jak również dla innych tego typu aktów europejskich⁹⁸.

1.2. Prawo do życia i zdrowia jako składowe praw człowieka

Z uwagi na wieloaspektowość problematyki ochrony życia i zdrowia ludzkiego problem ten należy rozpatrywać m.in. na płaszczyźnie nauk społecznych, w której mieści się

⁹⁴ Por. szerzej E. Kundera, *op. cit.*, s. 125-126; L. Dubel, *op. cit.*, s. 202 i n.; R. Tokarczyk, *Klasyki praw...*, s. 204 i n.

⁹⁵ Na temat Deklaracji w dalszej części pracy. Zob. R. Wojtyszyn, *op. cit.*, s. 55.

⁹⁶ R.R. Ludwikowski, *Prawo konstytucyjne porównawcze*, Toruń 2000, s. 435.

⁹⁷ Saturin, *Ustrój państwowy i stronnictwa polityczne w Europie zachodniej. Anglia*, t. II, tłum. A. Krasnowolski, Warszawa 1905. s. 19 i n., cyt. za: R. Grabowski, *op. cit.*, s. 35-36.

⁹⁸ Zob. R. Małajny, *Konfesyjne przesłanki uchwalenia amerykańskiej Karty Praw*, „Prawa Człowieka” 1994, z. 1, s. 11 i n.

prawo⁹⁹. Nie można wykluczyć konieczności posiłkowania się aktami prawnymi i opracowaniami naukowymi zaliczanymi tradycyjnie do takich gałęzi prawa, jak prawo międzynarodowe, prawo medyczne, filozofia prawa czy historia doktryn politycznych i prawnych¹⁰⁰.

Problem ochrony życia i zdrowia był i jest analizowany głównie na płaszczyźnie praw człowieka, etyki, medycyny, teologii¹⁰¹. Ze względu na to, że prawa człowieka obok funkcji ideologicznej, integrującej społeczeństwo są również narzędziem ochrony szeroko rozumianych praw osoby ludzkiej¹⁰², dlatego zagadnienie ochrony życia i zdrowia należy zacząć rozpatrywać od praw człowieka, do których zaliczamy również te prawa. Wszystkie prawa, uprawnienia wywodzą się z praw człowieka, za których zaspokojenie odpowiada każdy z nas, państwo, a także społeczność międzynarodowa.

W nauce prawa pojęcie praw człowieka jest rozumiane w niejednakowy sposób¹⁰³. Według H. Wańkiewicz prawa człowieka są przysługującymi człowiekowi szczególnego rodzaju prawami podmiotowymi¹⁰⁴, a więc uprawnieniami o charakterze prawnym, które spośród innych praw podmiotowych wyróżnia to, kto stanowi podmiot uprawnienia i obowiązków. Podmiotem uprawnionym jest każdy obywatel, a podmiotem obowiązku – państwo, działające za pośrednictwem swoich organów¹⁰⁵. W przypadku niektórych praw człowieka podmiot uprawniony jest zarazem podmiotem obowiązku, każda jednostka ludzka musi respektować prawa innych jednostek. Odnosi się to w szczególności do prawa do życia – uprawniony ma obowiązek zarówno wobec innych jednostek (zakaz zabójstwa), jak i w stosunku do samego siebie (zakaz samobójstwa) respektować prawo do życia¹⁰⁶.

Prawa człowieka są postrzegane jako szczególnego rodzaju prawa podmiotowe, a to zobowiązuje państwo do realizacji wynikających z nałożonych przez przepisy prawa zobowiązań wobec obywateli (np. zapewnienie prawa do ochrony zdrowia). W. Osiatyński uznaje prawa człowieka jako powszechne prawa moralne o charakterze podstawowym, przynależne każdej jednostce w kontaktach z państwem¹⁰⁷. Głównie na państwie oraz społeczności międzynarodowej spoczywa odpowiedzialność za realizację praw człowieka¹⁰⁸. Prawa te mają charakter powszechny, podstawowy, nie oznacza to jednak, że są absolutne¹⁰⁹. Są to prawa co do istoty indywidualne, równe i niezbywalne, konieczne

⁹⁹ R. Grabowski, *op. cit.*, s. 9.

¹⁰⁰ *Ibidem*.

¹⁰¹ *Ibidem*, s. 11.

¹⁰² M. Sitek, *Prawa (potrzeby) człowieka w ponowoczesności*, Warszawa 2016, s. 1.

¹⁰³ T. Jurczyk, *op. cit.*, s. 30.

¹⁰⁴ O prawach podmiotowych w dalszej części pracy.

¹⁰⁵ Zob. H. Wańkiewicz, *Prawa człowieka a prawa rodziny*, „Chrześcijanin w Świecie” 1985, nr 4, s. 40.
H. Wańkiewicz, *Prawa człowieka, pojęcie, historia*, „Chrześcijanin w Świecie” 1978, nr 63/64, s. 23 i n.

¹⁰⁶ K. Motyka, *Prawa człowieka. Wprowadzenie. Wybór źródeł*, Lublin 2004, s. 17.

¹⁰⁷ W. Osiatyński, *Wprowadzenie do pojęcia praw człowieka*, [w:] *Szkoła Praw Człowieka. Teksty wykładów*, Warszawa 1996, s. 14.

¹⁰⁸ T. Jurczyk, *op. cit.*, s. 31.

¹⁰⁹ D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, wyd. 2 wydanie popr. i uzupełn., Warszawa 2009, s. 29 i n.

i zawsze wyływające z przyrodzonej każdemu człowiekowi godności osobistej¹¹⁰. Podobnie uważa A. Łopatka, dla którego prawa człowieka wynikają z jego przyrodzonej godności, nadając jednostce uprawnienia, których jednostki nie można pozbawić, ponadto jednostka nie może się ich zrzec, a państwo musi je respektować¹¹¹. Godność człowieka oznacza, „że jednostka ludzka jest wyróżniona jako najważniejsza i wzorcowa wartość dla innych wartości oraz ich ostateczny sprawdzian”¹¹². Podmioty, które posiadają władztwo, nie mogą podejmować (czy też zaniechać) jakichkolwiek działań naruszających godność człowieka¹¹³.

Według *Encyklopedii PWN* prawa człowieka to „zespół podstawowych, niezbywalnych i uniwersalnych praw przysługujących człowiekowi, bez względu na rasę, kolor skór, płeć, język, religię, poglądy, pochodzenie narodowe lub społeczne, majątek, urodzenie, stan zdrowia i inne; nieodłącznie związane z naturą człowieka”¹¹⁴. B. Banaszak dodaje, że prawa te są niezbywalnym prawem jednostki, podobnie jak: prawo do życia, własność, wolność osobista, równość czy bezpieczeństwo¹¹⁵. Encyklopedia międzynarodowego prawa publicznego definiuje prawa człowieka jako „uprawnienia, wolności, środki ochrony oraz świadczenia, których respektowanie właśnie jako praw, zgodnie ze współcześnie akceptowanymi wolnościami, wszyscy ludzie powinni móc się domagać od społeczeństwa, w którym żyją”¹¹⁶.

Prawa człowieka są zawsze i wszędzie ważne, wskazują na to, co się człowiekowi należy na mocy¹¹⁷ przepisów prawa. Państwo oraz przepisy prawa jawią się jako strażnik wartości podstawowych dla porządku społecznego. Prawo jest instrumentem publicznym, służącym do regulowania stosunków między jednostkami. Instytucje publiczne, zwłaszcza instytucje państwowe, mają tylko jeden cel, tj. ochronę uprawnień poszczególnych jednostek¹¹⁸.

Prawa człowieka, a właściwie wiedza o nich, lokują się pomiędzy filozofią a etyką, prawem i naukami politycznymi¹¹⁹. Nie ulega wątpliwości, iż prawnicza koncepcja tych uprawnień ma charakter wtórny wobec koncepcji filozoficznej. Poszczególne treści praw

¹¹⁰ *Ibidem*, s. 30.

¹¹¹ A. Łopatka, *Jednostka, jej prawa człowieka*, Warszawa 2002, s. 13.

¹¹² K. Complak, *Zasada ochrony godności człowieka normatywnym nakazem obowiązującym prawodawców i organy stosujące prawo*, [w:] L. Wiśniewski (red.), *Wolność i prawa jednostki oraz ich gwarancje w praktyce*, Warszawa 2006, s. 7.

¹¹³ Zob. więcej na temat godności zob. *ibidem*, s. 7 i n.

¹¹⁴ A. Krupa (red.), *Encyklopedia PWN*, Warszawa 2003, s. 458.

¹¹⁵ B. Banaszak, *Prawo konstytucyjne*, Warszawa 2004, s. 446.

¹¹⁶ *Encyclopedia of Public International Law*, vol. 8, Human Rights and the Individual in International Law. Internationals Economics Relation, Amsterdam-New York-Oxford 1985, s. 268.

¹¹⁷ J. Tischner, *Prawa człowieka z katolickiej perspektywy*, [w:] *Szkoła Praw Człowieka. Teksty wykładów*, Warszawa 1998, z. 1. s. 30.

¹¹⁸ Zob. H. Izdebski, *Elementy teorii i filozofii prawa*, Warszawa 2011, s. 141-143.

¹¹⁹ A. Wilk, B. Walczak, *op. cit.*, s. 79.

człowieka mają wpływ na treści konkretnych praw, znajdujących się w różnych dziedzinach prawa materialnego i procesowego, np. prawa cywilnego, karnego czy administracyjnego¹²⁰. Prawa człowieka stanowią dziedzinę prawa konstytucyjnego i międzynarodowego, której zadaniem jest obrona w sposób zindywidualizowany praw jednostki. Według R. Kuźniara większe znaczenie dla ochrony praw człowieka ma ustawodawstwo krajowe, gdyż jest bliżej tych praw¹²¹. „Czyjeś prawo” ustalone w akcie normatywnym nadaje komuś roszczenie do świadczenia¹²² ze względu na normy prawne, które w funkcjonalny sposób wiążą wolności, uprawnienia i kompetencje, tworząc sytuację prawną jakiegoś podmiotu¹²³.

Prawa człowieka, pierwotnie funkcjonujące jako maksymy moralne, idee i postulaty, przez objęcie ich prawem pozytywnym zyskały charakter praw podstawowych, opartych na prawie i przymusie państwowym. Istotną rolę jako regulatora na tym polu ma publiczne prawo międzynarodowe¹²⁴, które narzuca koncepcję praw człowieka, ponieważ ustanawia minimalny katalog praw i wolności, jaki musi być zapewniony przez wszystkie państwa – kontrahentów ochrony międzynarodowej, ustala zasady, warunki oraz tryb odstępowania od wymogów minimalnych¹²⁵.

Prawa człowieka stale ulegają rozszerzeniu o coraz to nowe sfery życia¹²⁶. Francuski prawnik K. Vasak¹²⁷ w końcu lat 70. XX w. dokonał systematyki praw człowieka, dzieląc je na poszczególne generacje, z uwzględnieniem ewolucji praw człowieka i ich

¹²⁰ P. Piotrowska, J. Szczerbowski, *Wpływ przemian kulturowych na kształtowanie się norm prawa cywilnego. Kilka refleksji na przykładzie prawa spadkowego wspólnoty autonomicznej Katalonii*, [w:] B. Sitek, G. Dammacco, J.J. Szczerbowski (red.), *Prawo do życia w wielokulturowej Europie.. Materiały V Międzynarodowej Konferencji Praw Człowieka, Olsztyn 30-31 maja 2005*, t. 2, Olsztyn-Bari 2007, s. 273 i n.

¹²¹ R. Kuźniar, *op. cit.*, s. 12.

¹²² M. Augustyniak, *Pojęcie, istota oraz geneza wolności i praw człowieka*, [w:] M. Chmaj (red.), *Wolności i prawa człowieka w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2006, s. 12.

¹²³ A. Redelbach, *Prawa naturalne – prawa człowieka – wymiar sprawiedliwości. Polacy wobec Europejskiej Konwencji Praw Człowieka*, Toruń 2000, s. 93.

¹²⁴ Według Ministerstwa Spraw Zagranicznych: Prawo międzynarodowe publiczne jest zbiorem norm regulujących stosunki między suwerennymi państwami oraz międzyrządowymi organizacjami międzynarodowymi, takimi jak Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) wraz z organizacjami wyspecjalizowanymi np. Światową Organizacją Zdrowia (WHO). Normy prawa międzynarodowego określają prawa i obowiązki nałożone na członków społeczności międzynarodowej, przy czym obowiązująca w prawie międzynarodowym zasada równości państw wobec prawa gwarantuje im taki sam zakres przywilejów i immunitetów. Głównym źródłem praw i obowiązków są umowy międzynarodowe (konwencje), zawierane dobrowolnie między państwami, ale mogą one również wypływać z norm zwyczajowych bądź zasad ogólnych prawa. W prawie międzynarodowym mówi się także o istnieniu norm obowiązujących bezwzględnie, niezależnie od zgody państw. Należą do nich m.in. zakazy: ludobójstwa, niewolnictwa czy dyskryminacji rasowej. Głównym celem prawa międzynarodowego jest zapewnienie pokojowego współistnienia narodów i ludów, dążących do ogólnego rozwoju, [w:] http://www.msz.gov.pl/pl/polityka_zagraniczna/prawo_miedzynarodowe/ [dostęp 20.04.2020].

¹²⁵ D. Karkowska, *Prawa pacjenta...*, s. 29 i n.

¹²⁶ T. Jurczyk, *op. cit.*, s. 42.

¹²⁷ M. Sitek, *op. cit.*, s. 31.

przesłanek ideowych¹²⁸. Podział ten nie oznacza w żadnym wypadku gradacji poszczególnych generacji; wszystkie one są co do swojej rangi takie same, wzajemnie się uzupełniają i przenikają, dzięki czemu służą stworzeniu uniwersalnego i wszechstronnego pojęcia praw człowieka¹²⁹. Prawnik ten systematykę tego prawa oparł na trzech wartościach rewolucji francuskiej, tj. wolności, równości i braterstwie. Z pierwszą generacją praw człowieka, zwaną też prawami podstawowymi czy fundamentalnymi, koresponduje „wolność”, „równość” dotyczy praw ekonomicznych, socjalnych i kulturowych, zaś „braterstwo” to fundament praw solidarnościowych czy praw zbiorowości¹³⁰.

Według Vasaka prawa człowieka pierwszej generacji to prawa tzw. podstawowe (fundamentalne), przysługujące każdemu człowiekowi niezależnie od sytuacji ekonomicznej czy głoszonych przez tę jednostkę poglądów. Prawa te mają charakter praw indywidualnych i są niezależne od stanu prawnego obowiązującego w danym państwie. Prawa pierwszej generacji zostały zdefiniowane i zapisane w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 1948 r.¹³¹ oraz w Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych ONZ z 1966 r.¹³² Do grupy tych praw zaliczamy m.in. prawo: do życia, bierne i czynne prawo wyborcze, prawo do przemieszczania się czy też możliwość złożenia skargi na organy państwa¹³³.

Prawa drugiej generacji gwarantują bezpieczeństwo socjalne¹³⁴, nakładając na państwo obowiązki ekonomiczne i socjalne wobec obywatela. Do grupy tych praw zaliczamy m.in. prawo do ochrony zdrowia, prawo do pracy i wynagrodzenia, prawo do edukacji, prawo do świadczeń socjalnych¹³⁵. Prawa te zostały uznane w prawie międzynarodowym w Pakcie Praw Ekonomicznych, Socjalnych i Kulturalnych ONZ z 1966 r.

Podczas gdy normy prawa międzynarodowego, dotyczące praw pierwszej i drugiej generacji, stanowią już pewien zamknięty system, to prawa trzeciej grupy, określane jako prawa kolektywne czy też solidarnościowe, znajdują się wciąż w fazie tworzenia¹³⁶. Prawa trzeciej generacji za względu na to, że są prawami solidarnościowymi, przysługują nie tylko jednostkom, ale również całym zbiorowościom. Do grupy praw trzeciej

¹²⁸ Zob. K. Vasak, *A 30-year struggle – The sustained efforts to give force of law to the Universal Declaration of Human Rights*, „The UNESCO Courier” 1977, no. 30, s. 29.

¹²⁹ M. Nowak, *Trzy generacje praw człowieka. Ich znaczenie w świetle przesłanek ideowych i historycznych oraz w świetle ich genezy*, [w:] B. Banaszak (red.), *op. cit.*, s. 105 i n.

¹³⁰ *Ibidem*, s. 107 i 112.

¹³¹ Zob. tekst Deklaracji: http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf [dostęp 20.04.2020].

¹³² Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167.

¹³³ M. Nowak, *op. cit.*, s. 107 i 112.

¹³⁴ Na temat bezpieczeństwa socjalnego, prawa do życia czy ochrony zdrowia w dalszej części pracy.

¹³⁵ M. Sitek, *op. cit.*, s. 32.

¹³⁶ M. Nowak, *op. cit.*, s. 106 i 107.

generacji zaliczamy m.in. prawo do: demokracji, pokoju, samostanowienia czy prawo do prowadzenia działalności gospodarczej¹³⁷.

Kategoryzacja praw człowieka przyjęta przez Vasaka jest dziś w powszechnym użyciu. Uznaje się za obowiązkowe ich przestrzeganie przez organy władzy publicznej oraz inne instytucje praw pierwszej generacji. Prawa drugiej i trzeciej generacji są przestrzegane tylko w miarę możliwości, mogą być czasowo zawieszane, np. prawo do zgromadzeń ze względu na bezpieczeństwo publiczne¹³⁸.

Ścisły związek praw człowieka z prawem do ochrony zdrowia zarysowuje się wraz z rozwojem nowych koncepcji praw człowieka i ich kolejną „generacją”, czy też nowym poziomem tych praw, jakimi są na przykład prawa socjalne¹³⁹. Zdrowie i prawa człowieka stanowią komplementarne metody określania i udoskonalenia stanu ludzkiej pomysłowości¹⁴⁰. Prawa człowieka są odzwierciedleniem potrzeb człowieka, które tymi prawami są gwarantowane. Potrzeba będąca zarazem prawem każdego człowieka do ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego jest zaliczana do fundamentalnych praw człowieka. Prawo do ochrony zdrowia jest ściśle powiązane z prawem do życia¹⁴¹. Prawo to, według Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia¹⁴² (Konstytucja WHO)¹⁴³, jest definiowane jako możliwość (uprawnienie) do korzystania z najwyższego dostępnego poziomu zdrowia bez względu na rasę, religię, przynależność polityczną oraz warunki ekonomiczne i społeczne. Konstytucja WHO podkreśla również, że zdrowie zależy od współpracy jednostki i państwa, a zdrowie wszystkich obywateli jest podstawą pokoju i bezpieczeństwa. Prawo to zostało potwierdzone w licznych aktach prawa międzynarodowego czy krajowego¹⁴⁴.

Jak wskazuje I. Malinowska, obok terminu prawa człowieka często używa się także pojęć „prawa podstawowe” – to prawa zagwarantowane w konstytucji oraz „prawa obywatelskie” – to uprawnienia obywatela danego państwa, wyprowadzone z przepisów

¹³⁷ M. Sitek, *op. cit.*, s. 32 i 33.

¹³⁸ *Ibidem*, s. 33.

¹³⁹ Zob. K. Vasak, *op. cit.*, s. 28-32.

¹⁴⁰ J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 35.

¹⁴¹ M. Sitek, *op. cit.*, s. 41, 115 i n.

¹⁴² Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. (Dz. U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477 ze zm.).

¹⁴³ Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) powstała 7 kwietnia 1948 r. Organizacja ta działa w ramach Organizacja Narodów Zjednoczonych, jej główna siedziba znajduje się w Genewie. Polska jest krajem członkowskim WHO od początku jej istnienia. Biuro WHO w Polsce utworzone zostało w lipcu 1992 r. Głównym partnerem Biura WHO w Polsce jest Ministerstwo Zdrowia. Celem WHO jest budowanie lepszej, zdrowszej przyszłości dla ludzi na całym świecie. Pracownicy WHO pracują w ponad 150 krajach, współpracują z rządami i innymi partnerami w celu zapewnienia najwyższego możliwego stanu zdrowia wszystkim ludziom, <http://www.euro.who.int/en/countries/poland> oraz <https://www.who.int/about/who-we-are> [dostęp 20.04.2020].

¹⁴⁴ Szczegółowe regulacje zostaną omówione w dalszej części pracy.

prawa w sensie przedmiotowym (normy postępowania, których jest przestrzeganie obarczone przymusem państwowym), służące do ochrony jego interesów¹⁴⁵.

Pojęcie praw człowieka po raz pierwszy użyto w akcie normatywnym w 1776 r. w Karcie Praw Wirginii, od tamtego czasu był kształtowany współczesny zakres i treść tego prawa¹⁴⁶. W prawie unijnym dopiero Traktatem z Maastricht (TUE)¹⁴⁷ częściowo usystematyzowano oraz poświęcono więcej uwagi prawom człowieka. Do 1992 r. regulacje traktatów założycielskich oraz prawa stanowionego dotyczące praw człowieka były nieliczne, a ochrona tych praw była możliwa głównie dzięki orzecznictwu Trybunału Sprawiedliwości¹⁴⁸. W art. 6 TUE oraz art. 2 nowego TUE m.in. wyeksponowano prawa człowieka do rządów prawa (państwo prawa) czy ochrony praw socjalnych¹⁴⁹. W Unii Europejskiej art. 41 Karty Praw Podstawowych wzbogacono zakres praw człowieka oraz efektywność tej ochrony, nadając prawo do dobrej administracji¹⁵⁰. Przepis ten zobowiązuje instytucje, organy i agencje do bezstronnego i rzetelnego załatwienia każdej sprawy w szczególności: do pisemnego indywidualnego przedstawienia swojej sprawy w każdym z języków (traktatowych UE) i otrzymania odpowiedzi w tymże języku; otrzymania uzasadnienia wydanych przez organy lub instytucje UE decyzji oraz naprawienie wyrażonej obywatelowi przez te struktury lub funkcjonariuszy szkody¹⁵¹. Według W. Szpringera współczesna ochrona praw człowieka¹⁵² napotyka na duże perturbacje z powodu

¹⁴⁵ I. Malinowska, *Prawa człowieka i ich ochrona międzynarodowa*, Warszawa 1996, s. 5 i n.

¹⁴⁶ M. Jabłoński, S. Jarosz-Żukowska, *Prawa człowieka i systemy ich ochrony. Zarys wykładu*, Wrocław 2010, s. 19.

¹⁴⁷ Traktat z dnia 7 lutego 1992 r. o Unii Europejskiej (Dz. U. C 191 z 29.7.1992) – wersja pierwotna. Zob. Traktat podpisany w Amsterdamie dnia 2 października 1997 r. zmieniający Traktat o Unii Europejskiej: Traktat między Królestwem Belgii, Królestwem Danii, Republiką Federalną Niemiec, Republiką Grecką, Królestwem Hiszpanii, Republiką Francuską, Irlandią, Republiką Włoską, Wielkim Księstwem Luksemburga, Królestwem Niderlandów, Republiką Austrii, Republiką Portugalską, Republiką Finlandii, Królestwem Szwecji, Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej (Państwami Członkowskimi Unii Europejskiej) a Republiką Czeską, Republiką Estońską, Republiką Cypryjską, Republiką Łotewską, Republiką Litewską, Republiką Węgierską, Republiką Malty, Rzeczpospolitą Polską, Republiką Słowenii, Republiką Słowacką dotyczący przystąpienia Republiki Czeskiej, Republiki Estońskiej, Republiki Cypryjskiej, Republiki Łotewskiej, Republiki Litewskiej, Republiki Węgierskiej, Republiki Malty, Rzeczypospolitej Polskiej, Republiki Słowenii i Republiki Słowackiej do Unii Europejskiej, podpisany w Atenach w dniu 16 kwietnia 2003 r. (Dz. U. z 2004 r. Nr 90, poz. 864).

¹⁴⁸ Wyrok TS z dnia 17 grudnia 1970 r., w sprawie nr 11/70 *Internationale Handelsgesellschaft* ECR 1970, 1125. Por. W. Czaplinski. R. Ostrihansky, P. Saganek, A. Wyrozumska, *Prawo Wspólnot Europejskich. Orzecznictwo*, wyd. 2 z suppl., Warszawa 2005.

¹⁴⁹ Zob. J. Sozański, *Prawa człowieka w Unii Europejskiej (po Traktacie Lizbońskim)*, wyd. 2, Warszawa-Poznań 2010, s. 17, 54 i n.

¹⁵⁰ Dużo szersze regulacje normujące prawa jednostki czyni Kodeks Dobrej Administracji (zwany też Europejskim Kodeksem Dobrej Praktyki Administracji), który został przyjęty przez Parlament Europejski 6 września 2001 r. Kodeks formalnie nie jest aktem o generalnej mocy wiążącej, lecz stanowi zalecenie dla instytucji (organów) WE i UE oraz ich pracowników, [w:] J. Sozański, *op. cit.*, s. 59 i n. Zob. Kodeks: <https://www.ombudsman.europa.eu/pl/resources/code.faces#/page/1> [dostęp 20.04.2020].

¹⁵¹ J. Sozański, *op. cit.*, s. 58 i 59.

¹⁵² M. Sitek, *op. cit.*, s. 13.

małej funkcjonalności systemu stosowania prawa, nadmiernej jurydyzacji, braku systematycznej oceny skutków regulacji, słabej jakości przepisów prawnych, kryzysu systemu kontroli społecznej, czy też braku odpowiedniej wiedzy prawniczej¹⁵³.

1.2.1. Życie jako prawo człowieka

Kongres Kontynentalny, wzorując się na konstytucji Wirginii, uchwalił dnia 4 lipca 1776 r. dokument powszechnie znany jako *Deklaracja Niepodległości (Jednomyślna deklaracja trzynastu Stanów Zjednoczonych Ameryki)*¹⁵⁴. Deklaracja oprócz potwierdzenia „prawd oczywistych” (np. że wszyscy ludzie stworzeni są równymi) podkreśliła znacząco prawo do życia, umieszczając je w wąskiej grupie praw, których zabezpieczenie jest powodem istnienia i głównym celem państwa¹⁵⁵. *Deklaracja Niepodległości*, jak i *Karta Praw Wirginii*, nadały realny kształt ideom – jedną z nich była idea prawnej ochrony życia ludzkiego, która w Europie jeszcze nie była dostrzegana. Przełomem, jakiego dokonali Amerykanie, było wykorzystanie postulatów filozofów związanych z ideą prawa naturalnego do stworzenia fundamentu ustroju nowo powstałego państwa. Dopiero autorzy *Deklaracji Niepodległości* wprowadzili do powszechnego użytku pojęcie „prawa człowieka”¹⁵⁶.

Rodowodu konstytucyjnego prawa do ochrony życia należy również szukać w umowach międzynarodowych¹⁵⁷. Próżno jednak szukać ochrony tego prawa w konstytucjach europejskich z XIX wieku. Przyczyny tej należy upatrywać w tym, że wzorzec katalogu praw człowieka, francuska Deklaracja Praw Człowieka, wśród wartości, które chroniła, nie zapewniała ochrony życia ludzkiego¹⁵⁸.

Pierwsza połowa XX wieku również nie przyniosła działań systemowych, nieliczne tylko kraje za sprawą Ligi Narodów wprowadziły prawo do ochrony życia do swoich konstytucji. Przełom w zapewnieniu powszechnego, kompleksowego systemu ochrony praw człowieka nastąpił dopiero w drugiej połowie XX wieku dzięki stworzeniu systemów Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) oraz Rady Europy¹⁵⁹. Podstawą działania ONZ była podpisana dnia 26 czerwca 1945 r. w San Francisco Karta Narodów

¹⁵³ Por. W. Szpringer, *System stanowienia prawa w Polsce. Zielona Księga*, Warszawa 2013, s. 47 i 48.

¹⁵⁴ Tekst Deklaracji Niepodległości, [w:] K. Motyka, *op. cit.*, s. 66.

¹⁵⁵ R. Grabowski, *op. cit.*, s. 41 i n.

¹⁵⁶ M. Chmaj, *Wolności i prawa człowieka w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, wyd. II, Warszawa 2008, s. 17.

¹⁵⁷ K. Wójtowicz, *Common law*, [w:] H. Rota (red.), *Główne kultury prawne współczesnego świata*, Warszawa 1995, s. 87 i n.

¹⁵⁸ W. Skrzydło, *Wstęp*, [w:] *Konstytucja Francji*, wstęp i tłum. W. Skrzydło, Warszawa 1997, s. 63-66.

¹⁵⁹ A. Bisztyga, *Ochrona praw człowieka w systemie Rady Europy*, [w:] B. Banaszak, A. Bisztyga, K. Complak, M. Jabłoński, R. Wieruszewski, K. Wójtowicz, *System ochrony praw człowieka*, Kraków 2003, s. 117

Zjednoczonych¹⁶⁰. Mimo tego, że w Karcie zawarto deklaracje popierania praw człowieka i zachęcania do poszanowania tych praw i podstawowych wolności jako cel funkcjonowania Narodów Zjednoczonych, nie zdefiniowano treści tych praw, pozostawiając to zadanie samej organizacji¹⁶¹.

Na skutek działań podjętych przez ONZ wyłoniono wiele dokumentów składających się na Międzynarodową Kartę Praw Człowieka, do których zaliczamy¹⁶²: Powszechną Deklarację Praw Człowieka podpisaną w Paryżu dnia 10 grudnia 1948 r.¹⁶³, Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych¹⁶⁴ oraz Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych¹⁶⁵ otwarte do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r. oraz dwa Protokoły Fakultatywne: ustanawiające prawo do wnoszenia indywidualnej petycji (1966 r.) i w sprawie zniesienia kary śmierci (1989 r.). W ostatnim z tych Protokołów, wśród rozbudowanego katalogu praw i wolności publicznych znalazło się także prawo do życia. Prawo to powinno być chronione przez ustawę, nikt nie może być samowolnie pozbawiony życia. Większość konstytucji państw członkowskich ONZ, przyjętych w drugiej połowie dwudziestego wieku, zawierała katalog praw zawarty w Deklaracji¹⁶⁶. ONZ od 1965 do 2008 r. przyjął z zakresu praw człowieka jeszcze kilka Konwencji oraz Protokołów Fakultatywnych do Konwencji¹⁶⁷. Katalog praw człowieka, nakreślony przez ONZ, jest bardzo szeroki i zróżnicowany, obejmuje sprawy dotyczące np.: likwidacji wszelkich form dyskryminacji rasowej (od roku 1965); likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet (od roku 1979); zakazu tortur oraz innego okrutnego,

¹⁶⁰ Dz. U. z 1947 r. Nr 23, poz. 90. Karta Narodów Zjednoczonych, Statut Międzynarodowego Trybunału Sprawiedliwości i Porozumienie ustanawiające Komisję Przygotowawczą Narodów Zjednoczonych. Polska ratyfikowała Kartę w dniu 16 października 1945 r., a dokument ratyfikacyjny został złożony Rządowi Stanów Zjednoczonych Ameryki w dniu 24 października 1945 r. i w tym dniu Karta weszła w życie w stosunku do Polski.

¹⁶¹ N. Baranowska, T. Chłopecki, *Kilka słów o kształtowaniu się praw człowieka w okresie XVIII-XX*, [w:] J. Mazurkiewicz (red.), *Księga dla naszych kolegów. Prace prawnicze poświęcone pamięci doktora Andrzeja Ciska, doktora Zygmunta Masternaka i doktora M. Zagrosika*, Wrocław 2013, s. 55.

¹⁶² *Ibidem*.

¹⁶³ Deklaracja stała się wzorem dla regulacji międzynarodowych, regionalnych czy krajowych, a zawarty w niej katalog często niemal w całości przenoszono do konstytucji. Przepisy Deklaracji stanowią, że źródłem praw człowieka nie jest państwo, lecz prawo naturalne, dlatego rola państwa ogranicza się tylko do potwierdzenia tych praw i zagwarantowania im ochrony, a nie realizacji tych praw. Dzięki Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka rozpoczął się proces popularyzacji praw człowieka: <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/onz/1948.html>, [dostęp 20.04.2020]. Por. R.R Ludwikowski, *op. cit.*, s. 25 i 26; R. Grabowski, *op. cit.*, s. 49; B. Mikołajczyk, Światowe, europejskie i krajowe inicjatywy na rzecz osób starszych [w:] *Osoby starsze w przestrzeni życia społecznego*, Katowice 2014, s. 95 i 96.

¹⁶⁴ Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169.

¹⁶⁵ Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167.

¹⁶⁶ R. Grabowski, *op. cit.*, s. 51 i n.

¹⁶⁷ Szczegółowe tytuły Konwencji, terminy ich przyjęcia, daty wejścia w życie w Polsce są opublikowane na stronie internetowej Ministerstwa Spraw Zagranicznych: https://www.msiz.gov.pl/pl/polityka_zagraniczna/prawa_czlowieka/prawa_czlowieka_w_ujeciu_nz/konwencje_onz, [dostęp 20.04.2020].

niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (od roku 1984) czy praw osób niepełnosprawnych (od roku 2006).

Obok Konwencji przyjętych przez państwa członkowskie ONZ została także uzgodniona Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności¹⁶⁸ (dalej jako Europejska Konwencja Praw Człowieka – EKPCz) przyjęta w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2, ratyfikowana przez Polskę w 1992 r. Stronami Konwencji są wszystkie państwa członkowskie Rady Europy (obecnie 47 członków). Konwencja ta zawiera wiele praw i wolności zbieżnych z Konwencjami ONZ¹⁶⁹.

1.2.2. Zdrowie jako prawo człowieka

Począwszy od starożytności po współczesność, nie ma ważniejszego problemu niż zdrowie. Próba określenia tego terminu również ma długą historię. Według Hipokratesa zarówno zdrowie, jak i choroba zależą od równowagi między tym, co nas otacza. T. Jefferson mawiał, że zdrowie jest warte więcej niż życie i wykształcenie, Wergiliusz uważał, że jest największym bogactwem, a Marquez twierdził, że od złego zdrowia gorsza jest jedynie zła sława¹⁷⁰. Mimo, że zdrowie jest najwyższą wartością, samo zdrowie nie może być prawem, może jednak, a nawet powinno, być przedmiotem prawa¹⁷¹.

Potrzebę prawnej ochrony zdrowia zaczęto dostrzegać dopiero od 1946 r. za sprawą Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia. We wstępie do Konstytucji WHO określono zdrowie jako stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego. Stwierdzono również, że nie tylko jednostka ludzka ma prawo do zdrowia, ale całe narody. Jednostki (społeczności) muszą mieć możliwość zaspokojenia swoich potrzeb zdrowotnych, tą możliwość mają zapewnić państwa. Zdrowie jest pojęciem pozytywnym, a nie tylko brakiem choroby czy niepełnosprawności, ze względu na to, że zdrowie wpływa na jakość życia¹⁷², zdrowie należy postrzegać jako zasób życiowy, a nie cel życia. Korzystanie z najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw istoty ludzkiej niezależnie od warunków ekonomicznych czy społecznych.

¹⁶⁸ Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284.

¹⁶⁹ Tekst Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności wraz z protokołami dodatkowymi: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19930610284/O/D19930284.pdf> [dostęp 20.04.2020]. W Konwencji zawarte są m.in. takie prawa jak np.: (art. 2) prawo do życia; (art. 3) zakaz tortur; (art. 4) zakaz niewolnictwa i pracy przymusowej; (art. 5) prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego; (art. 6) prawo do rzetelnego procesu sądowego; (art. 9) wolność myśli, sumienia i wyznania; (art. 14) zakaz dyskryminacji.

¹⁷⁰ A. Mokrzycka, *Prawo do ochrony zdrowia. Konstytucyjny priorytet czy źródło dylematów w ochronie zdrowia?*, Kraków 2014, s. 9.

¹⁷¹ W. Galewicz, *op. cit.*, s. 57.

¹⁷² Zob. M. Dercz, *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2005, s. 12 i n.

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka do praw człowieka zalicza nie tylko życie, ale również zdrowie, przy czym regulacje Deklaracji nie mówią o prawie do zdrowia, ale prawie do stopy życiowej zapewniającej zdrowie i dobrobyt. Dobrobyt, a w szczególności zdrowie mają być osiągnięte poprzez opiekę lekarską i konieczne świadczenia socjalne. Prawo do opieki lekarskiej powinno być na najwyższym poziomie, skoro musi „zapewnić zdrowie”¹⁷³.

Światowa Organizacja Zdrowia, zobowiązana przez przepisy jej Konstytucji, dąży do tego, aby osiągnąć przez wszystkie narody możliwie najwyższy poziom zdrowia. Cel ten ma zostać osiągnięty m.in. poprzez: kierowanie i koordynowanie organizacjami, które mogą zostać uznane za właściwe w dziedzinie międzynarodowej pracy z zakresu zdrowia; pomaganie i dostarczanie rządów odpowiedniej pomocy technicznej służącej wzmocnieniu ich służby zdrowia; prowadzenie badań, dostarczanie informacji na polu zdrowia, ujednolicanie metod diagnostycznych; ustanawianie międzynarodowych standardów w odniesieniu do żywności, produktów biologicznych i farmaceutycznych, a także utrzymywanie własnej struktury administracyjnej, technicznej, epidemiologicznej, które przyczynią się do osiągnięcia pożądanego celu.

W zakresie ochrony zdrowia Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych w szczególności zakazuje nierówności w dostępie do publicznych świadczeń medycznych, jednocześnie nie określając, jakie świadczenia medyczne mają być publicznie dostępne. Regulacje Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych¹⁷⁴ uznają prawo każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego. Aby osiągnąć pełnię wykonania tego prawa, państwa powinny podejmować środki konieczne do: a) zapewnienia zmniejszenia wskaźnika martwych urodzeń i śmiertelności niemowląt oraz do zapewnienia zdrowego rozwoju dziecka; b) poprawy higieny środowiska i higieny przemysłowej we wszystkich aspektach; c) zapobiegania chorobom epidemicznym, endemicznym, zawodowym i innym oraz ich leczenia i zwalczania; d) stworzenia warunków, które zapewniłyby wszystkim pomoc i opiekę lekarską na wypadek choroby.

Nieadekwatność dotychczasowych modeli zdrowotnych i systemów ochrony zdrowia, które nie były w stanie sprostać narastającym problemom zdrowotnym i społeczno-ekonomicznym, skłoniło Światową Organizację Zdrowia, aby 19 maja 1977 r. przyjąć

¹⁷³ W. Galewicz, *op. cit.*, s. 60.

¹⁷⁴ Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych nie tylko wyznaczał najwyższe standardy medyczne, ale głównie standardy prawne w dziedzinach określonych w jego nazwie, łącznie z prawem do godnej pracy i do życia na godziwym poziomie, prawem do ochrony socjalnej, edukacji i korzystania w pełni z wolności kulturowej i postępu naukowego, J. Kondratiewa-Bryzik, *Początek prawnej ochrony życia ludzkiego w świetle standardów międzynarodowych*, Warszawa 2009, s. 77.

rezolucję – zdrowie dla wszystkich¹⁷⁵. W rezolucji podjęto próbę zainicjowania działań rządów państw, organizacji międzynarodowych, jak i samej WHO, które zapewniłyby wszystkim ludziom na świecie do 2000 r. poziom zdrowia, zapewniający im społeczne i ekonomicznie produktywne życie¹⁷⁶. Aby osiągnąć taki poziom zdrowia, jednostka powinna mieć pełny dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej, a poprzez nią do pozostałych poziomów systemu ochrony zdrowia¹⁷⁷.

Organizacja Narodów Zjednoczonych w dniach 6-12 września 1978 r. w Ałma-Acie dokonała ponownej rewizji stanu zdrowotnego ludności świata i postanowiła o kontynuowaniu strategii z 1977 r. Ponadto uznała, że kluczową kwestią do realizacji jest również rozwój i doskonalenie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)¹⁷⁸. Podczas odbytego w tych dniach Światowego Zgromadzenia Zdrowia przyjęto Deklarację, potwierdzono pilną potrzebę działania poprzez wszystkie rządy, a także przez światową społeczność w celu ochrony i promocji zdrowia wszystkich ludzi. Deklaracja odwołuje się do Konstytucji WHO z 1946 r., zasadniczo podtrzymuje szeroką definicję zdrowia z preambuły, potwierdza, że zdrowie jest fundamentalnym prawem człowieka, a osiągnięcie najwyższego poziomu zdrowia jest najważniejszym celem społecznym w skali światowej, za którego realizację odpowiada nie tylko sektor ochrony zdrowia, ale także inne sektory społeczne i gospodarcze.

W dokumencie tym potwierdzono, że kluczowym ogniwem zaspokajającym podstawowe potrzeby zdrowotne¹⁷⁹ obywateli ma być podstawowa opieka zdrowotna stanowiąca pierwszy element stałego procesu zdrowotnego. Do podstawowych zadań POZ Deklaracja zalicza m.in. reagowanie na główne problemy zdrowotne w społeczeństwie poprzez dostarczanie świadczeń leczniczych, rehabilitacyjnych, promocyjnych czy prewencyjnych. Wymienione zadania wymagają zaangażowania wszystkich odpowiednich sektorów i aspektów państwowego i społecznego rozwoju. WHO, aby dokonać urzeczywistnienia swojego konstytucyjnego celu, tj. „osiągnięcia przez wszystkich ludzi

¹⁷⁵ Rezolucja WHA 30.43. Rezolucja wydana przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia (WHA – organ decyzyjny WHO). Zob. <http://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/en/> [dostęp 20.04.2020].

¹⁷⁶ Por. M.J. Wysocki, M. Miller, *Paradygmat Lalonde'a. Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, nr 57, s. 507.

¹⁷⁷ D. Cianciara, *Zarządzać zdrowiem albo robić rachunki umieralności – oto jest pytanie zdrowia publicznego w Polsce*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2013, nr 67 (4), s. 743.

¹⁷⁸ Termin podstawowa opieka zdrowotna (POZ) został po raz pierwszy użyty w roku 1920 w dokumentach strategicznych Ministerstwa Zdrowia Wielkiej Brytanii. POZ stała się odrębnym i szczególnym zadaniem systemu ochrony zdrowia wobec obywateli w miejscu ich zamieszkania, zob. J. Baranowski, A. Windak, *Optimalizacja polskiego systemu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej*, Ernst&Young Usługi Finansowe Audyt, Warszawa 2012, s. 10.

¹⁷⁹ Za potrzeby zdrowotne uznaje się stwierdzone przez fachowy personel medyczny odchylenia w stanie zdrowia ludności. W literaturze przedmiotu potrzeby zdrowotne dzieli się na potrzeby wyrażone, niewyrażone i rzeczywiste. Potrzeby rzeczywiste to suma potrzeb wyrażonych (ujawnionych) i niewyrażonych, M. Sygit, *Zdrowie publiczne*, wyd. 2, Warszawa 2017, s. 576 i 577.

najwyższego możliwego poziomu zdrowia”, potwierdziła w 1981 r. (tworzoną już od 1977 r.) strategię „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000”¹⁸⁰. Według M. Sygita rozpoznanie potrzeb zdrowotnych ludności jest fundamentalną sprawą w związku z podejmowaniem niezbędnych działań organizacji opieki zdrowotnej, na przykład określających, ilu ma być lekarzy zatrudnionych w pionie lecznictwa specjalistycznego, ile ma być łóżek szpitalnych na poszczególnych oddziałach szpitalnych itp.¹⁸¹

Kryzys ekonomiczny, jaki nastąpił wkrótce po ogłoszeniu Deklaracji oraz strategii, zweryfikował szybko realizację tych założeń. Większość krajów rozwiniętych nie zrealizowała w pełni założeń funkcjonowania POZ i nie zaakceptowała zasady, aby to społeczność decydowała o kształcie opieki zdrowotnej. Pod koniec XX wieku zaczęto wprowadzać mechanizmy funkcjonowania POZ na zasadach rynkowych. Mimo licznych prób reaktywacji strategii „zdrowie dla wszystkich” pojęcie to stało się głównie tylko sloganem niemożliwym do osiągnięcia, niemniej jednak zwrot ten przyczynił się do rozwoju idei równości i sprawiedliwości społecznej w obszarze ochrony zdrowia¹⁸².

Utworzenie w 1976 r. Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych nie przyniosło oczekiwanych wyników z zakresu przestrzegania praw uznanych w Pakcie. Przyczyn tej nieskuteczności upatrywano w braku organu nadzoru, w związku z tym w maju 1986 r. został utworzony Komitet Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych składający się z 18 ekspertów wybieranych przez Radę Społeczno-Gospodarczą spośród kandydatów zgłaszanych przez państwa¹⁸³. Polskim ekspertem w Komitecie był m.in. od 2005 r. prof. A. Rzepliński, którego zastąpił w 2009 r. prof. Z. Kędzia¹⁸⁴, pełniący w latach 2013-2015 funkcję przewodniczącego Komitetu, a na kadencję 2017-2020 został ponownie wybrany jako ekspert¹⁸⁵.

Do zadań ekspertów Komitetu należy głównie analiza sprawozdań państw, a także opracowywanie Ogólnych Komentarzy. I tak w 2000 r. Komitet wydał Ogólny Komentarz nr 14 do art. 12 „Prawo do najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia”. Komitet na temat zdrowia wypowiedział się również w komentarzach: nr 3 z 1990 r.; nr 19 z 2008 r. oraz nr 20 z 2009 r. Z informacji zawartych w komentarzach wyłania się ogólny zarys teorii prawa do zdrowia¹⁸⁶. Według ekspertów Komitetu prawo do zdrowia nie może być rozumiane wyłącznie jako prawo do opieki zdrowotnej, ponieważ obejmuje ono jeszcze wiele innych czynników warunkujących zdrowie, m.in. takich jak: zdrowe pożywienie, zdrowe mieszkanie, zdrowe środowisko. Należy podkreślić, że prawo do

¹⁸⁰ D. Cianciara, *op. cit.*, s. 743.

¹⁸¹ M. Sygit, *Zdrowie publiczne...*, 2017, s. 577.

¹⁸² *Ibidem*, s. 743.

¹⁸³ R. Wieruszewski, *ONZ-owski system ochrony praw człowieka*, [w:] B. Banaszak *et al.*, *op. cit.*, s. 89.

¹⁸⁴ J. Kondratiewa-Bryzik, *op. cit.*, s. 80.

¹⁸⁵ Informacje Ministerstwa Spraw Zagranicznych.

¹⁸⁶ W. Galewicz, *op. cit.*, s. 66 i 67.

zdrowia zależy od zaspokojenia wielu potrzeb społeczno-ekonomicznych, nie tylko świadczeń zdrowotnych, ale też innych świadczeń społecznych, których zaspokojenie jest warunkiem osiągnięcia pełni zdrowia¹⁸⁷. W skład prawa do zdrowia wchodzi zarówno pewne wolności, jak i uprawnienia. Do wolności autorzy Komentarza zaliczyli: prawo do kontrolowania swojego zdrowia i ciała, w tym również wolność w sferze reprodukcji i wolność seksualną, wolność od zabiegów i badań medycznych wykonywanych bez uzyskania świadomej zgody. Zaś podstawowym uprawnieniem jest prawo do systemu ochrony zdrowia, który zapewnia ludziom równe możliwości korzystania z najwyższego możliwego do osiągnięcia poziomu zdrowia¹⁸⁸.

W Międzynarodowym Pakcie Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych podkreśla się, że aby prawo do zdrowia było faktycznie realizowane, musi być spełnionych wiele warunków determinujących zdrowie¹⁸⁹. Pierwszy warunek określono jako *osiągalność*, każde państwo w zależności od swoich możliwości finansowych powinno zapewnić dostateczną ilość środków, dóbr oraz świadczeń mieszczących się w zakresie prawa do zdrowia, które będą wystarczające, aby zaspokoić potrzeby zdrowotne swoich mieszkańców. *Dostępność* wszystkich środków, dóbr oraz świadczeń będących przedmiotem prawa do zdrowia dla wszystkich osób, podlegających pod jurysdykcję danego państwa, bez dyskryminacji którejkolwiek z nich jest drugim warunkiem. Autorzy Komentarza nr 14 powszechną dostępność definiują jeszcze szerzej niż tylko brak dyskryminacji, lecz również jako brak ograniczeń fizycznego dostępu do wszystkich dóbr i świadczeń wchodzących w zakres prawa do zdrowia. Z kolei na dostępność ekonomiczną składa się osiągalność po przystępnej cenie dóbr czy świadczeń wchodzących w zakres prawa do zdrowia. Ostatnią cechą dostępności powszechnej jest dostępność do informacji zgodna z zasadą poufności, obejmująca prawo do poszukiwania i otrzymywania, a także przekazywania informacji związanych ze zdrowiem. Trzecią niezbędną cechą, jaką powinny posiadać dobra, usługi czy świadczenia składające się na prawo do zdrowia, jest *akceptowalność* elementów składających się na to prawo, dostosowanych zarówno do zasad etyki, jak i kulturowych norm świadczeniodawców oraz świadczeniobiorców. Ostatnią cechą elementów prawa do zdrowia powinna być *dobra jakość*, charakteryzująca się na przykład odpowiednim wyposażeniem szpitali czy wysokim poziomem personelu medycznego¹⁹⁰.

Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych nie zobowiązuje państwa strony Paktu do natychmiastowej realizacji zawartych w nim praw, ze względu na ograniczone możliwości finansowe niektórych państw, niepozwalające wywiązać się z wymaganych obowiązków. Realizacja praw człowieka, w tym prawa do

¹⁸⁷ J. Kondratiewa-Bryzik, *op. cit.*, s. 80.

¹⁸⁸ *Ibidem*.

¹⁸⁹ R. Tabaszewski, *op. cit.*, s. 211.

¹⁹⁰ W. Galewicz, *op. cit.*, s. 70 i 71.

opieki zdrowotnej, powinna być realizowana w tempie dostosowanym do posiadanych zasobów. Takie ogólne sformułowanie zasady realizacji obowiązków nałożonych na państwa/strony paktu doprowadziło do sytuacji odkładania w czasie, czy też niewywiązywania się z realizacji zobowiązań zawartych w Pakcie. Po dostrzeżeniu tego problemu zaczęto dookreślać sens przepisów (w Komentarzach do) Paktu. Tak więc realizacja praw powinna odbywać się niezwłocznie za pomocą podjęcia odpowiednich kroków, m.in. takich jak: odpowiednie decyzje ustawodawcze czy też odpowiednie zmiany administracyjne, gospodarcze, społeczne, a na wypadek naruszania uchwalonych ustaw należy wprowadzić odpowiednie zmiany w sądownictwie¹⁹¹. Realizacja podjętych zobowiązań nie powinna być odkładana na bliżej nieokreśloną przyszłość, a posiadane zasoby – środki krajowe, jak i środki z pomocy międzynarodowej – powinny być maksymalnie wykorzystane.

„Prawo do zdrowia” jest zbiorem praw skoncentrowanych na jednym wspólnym dobru, jakim jest zdrowie. Tak samo jak wszystkie prawa człowieka, prawo do zdrowia nakłada na państwa trzy rodzaje obowiązków. Obowiązek *szanowania* prawa do zdrowia poprzez powstrzymanie się przez państwo od jego naruszenia, np. powstrzymanie się przez państwo od działań szkodzących zdrowiu, takich jak: zanieczyszczenie wody, powietrza i gleby, używanie lub testowanie broni chemicznej i biologicznej. Obowiązek *ochrony* przez państwo przed naruszeniem tego prawa ze strony osób trzecich. Aby spełnić ten obowiązek, państwo powinno wdrożyć przepisy lub podjąć inne adekwatne środki zapewniające równy dostęp do opieki zdrowotnej i do innych usług zdrowotnych, świadczonych przez trzecie strony, dbając przy tym, aby prywatyzacja sektora zdrowotnego nie stanowiła zagrożenia dla osiągalności, dostępności, akceptowalności i dobrej jakości obiektów, dóbr i świadczeń służących zdrowiu, również aby wykonawcy zawodów medycznych oraz inni pracownicy opieki zdrowotnej spełniali wymagane kryteria. Wykonywanie¹⁹² przez państwo czynności niezbędnych do jego realizacji to tzw. obowiązek *wypełniania* prawa do zdrowia przez państwo¹⁹³.

Działania państwa z tego zakresu powinny polegać na dostarczeniu dóbr i świadczeń na rzecz zdrowia wszystkim tym, którzy nie są w stanie sami ich sobie zapewnić, ułatwianiu dostępu do korzystania z tego prawa wszystkim jednostkom i grupom społecznym oraz wspieraniu działań służących zdrowiu ludności¹⁹⁴. Autorzy Ogólnego

¹⁹¹ *Ibidem*.

¹⁹² Wykonywanie zadań przez państwo może wykonane przez organy publiczne lub być przekazane organizacjom pozarządowym, jak często ma to miejsce w zakresie pomocy społecznej. Zob. więcej na ten temat, [w:] J. Blicharz, *Zagadnienie prawnej możliwości przekazywania wykonywania zadań administracji publicznej organizacjom pozarządowym*, Acta Universitatis Wratislaviensis no 2819, „Przegląd Prawa i Administracji” 2005, t. LXIX, s. 23 i n.

¹⁹³ W. Galewicz, *op. cit.*, s. 76.

¹⁹⁴ *Ibidem*, s. 76 i n.

Komentarza nr 3 do przepisów regulujących działalność Komitetu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych dochodzą do wniosku, że zapewnienie niezbędnego minimum z zakresu opieki zdrowotnej to bezwzględny obowiązek dla państw będących członkami Paktu. Państwo wywiązując się z tego obowiązku, powinno mieć na uwadze ilość środków, jakie ma do dyspozycji. Na podstawie dokumentu¹⁹⁵ Światowej Organizacji Zdrowia z 2008 r. państwa członkowskie mają obowiązek zapewnić niezbędne minimum dla każdego z praw uznanych w Pakcie. Jeżeli chodzi o prawo do zdrowia, niezbędne minimum obejmuje sprawiedliwy dostęp i dystrybucję wszystkich świadczeń, dóbr i usług zdrowotnych na równych, niedyskryminujących nikogo zasadach, w szczególności grupom marginalizowanym lub szczególnie narażonym. Państwo powinno ponadto zapewnić minimum bezpiecznego i odżywczego pożywienia, wystarczającą ilość wody pitnej czy niezbędne leki, dostęp do schronienia, mieszkania i infrastruktury sanitarnej¹⁹⁶.

Aby minimalny poziom opieki zdrowotnej nie był tylko celem perspektywicznym ze względu na ograniczone możliwości finansowe niektórych państw, to zapewnienie minimum opieki zdrowotnej powinno być celem, któremu państwa powinny przyznawać pierwszeństwo. Państwo powinno dążyć do zapewnienia odpowiedniego poziomu zdrowia (przynajmniej na poziomie minimalnym) kosztem niespełnienia innego rodzaju celów, za których realizację odpowiada państwo, np. rozrywka czy kultura nie mogą być urzeczywistniane nawet z najmniejszym uszczerbkiem dla podstawowego prawa, jakim jest prawo do zdrowia¹⁹⁷. Dla obywateli-pacjentów zaspokojenie minimum potrzeb zdrowotnych jest koniecznym warunkiem, aby móc korzystać z innych potrzeb, jakie może zapewnić państwo, dla państwa zapewnienie minimalnego poziomu potrzeb zdrowotnych powinno być najpilniejszym celem. W związku z powyższym można uznać, że bezpieczeństwo zdrowotne to minimum uprawnień zdrowotnych: minimum świadczeń, minimum dóbr¹⁹⁸.

Najwyższy Sąd w Indiach w sprawie *Paschim Banga Khet Mazdoor Samity v. State of West Bengal* opisanym w „Special Rapporteur”¹⁹⁹ musiał rozstrzygnąć, czy brak urządzeń niezbędnych do ratowania życia w nagłej konieczności stanowi naruszenie prawa do życia. Zgodnie z jego orzeczeniem obowiązkiem państwa jest zapewnić wystarczający dostęp do takich urządzeń. Państwo powinno zadbać o to, aby ośrodki

¹⁹⁵ WHO, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, *The Right to Health, Fast Sheet No. 31*, Geneva 2008.

¹⁹⁶ W. Galewicz, *op. cit.*, s. 80.

¹⁹⁷ *Ibidem* s. 81.

¹⁹⁸ O bezpieczeństwie zdrowotnym w dalszej części pracy.

¹⁹⁹ Implementation of general assembly resolution 60/251 of 15 March 2006 entitled „Human rights council”. *Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Paul Hunt*, UN Human Rights Council, 17 January 2007. Zob. https://digitallibrary.un.org/record/591658/files/A_HRC_4_28-EN.pdf, [dostęp 20.04.2020]

podstawowej opieki zdrowotnej były wyposażone w urządzenia umożliwiające pomoc w nagłej konieczności. Sąd przyznał, że zapewnienie dostępu do takich urządzeń wymaga dużych nakładów, niemniej stwierdził, że „państwo nie może uchylić się od tego konstytucyjnego obowiązku, powołując się na niedostatek środków finansowych”. Wydaje się słuszny pogląd, że jeżeli państwo nie ma wystarczających środków, aby spełnić spoczywające na nim bezpośrednio obowiązki, to powinno liczyć na pomoc międzynarodową, a jeżeli ona nie nadejdzie albo będzie za mała, to należy ograniczyć realizację potrzeb niższego rzędu, np. ograniczyć remonty dróg publicznych.

1.3. Treść prawa do ochrony życia

Proklamacja prawa do życia i zdrowia w aktach prawa międzynarodowego wymaga następnie skutecznej implementacji, która powinna uwzględnić przy tym aktualne realia i poglądy, wartości akceptowane w danym czasie przez społeczeństwo, a oparte na ramach wyznaczonych w Konstytucji²⁰⁰. W polskiej tradycji prawnej i w świetle całości przyjętych w Polsce regulacji prawnych życie ludzkie jest chronione w wielu regulacjach prawnych, m.in.²⁰¹ przez przepisy prawa cywilnego, np. art. 23 k.c.²⁰² czy karnego, np. art. 148 k.k.²⁰³. Wynika to głównie z faktu, że państwo jako struktura polityczna określonego społeczeństwa jest *ex definitione* strukturą przeznaczoną do trwania i rozwijania się dzięki żyjącemu społeczeństwu. Zatem zapewnienie ochrony życia jest wpisane w samą istotę państwa²⁰⁴.

Poziom oraz zakres realizacji prawa do ochrony życia jest miarą demokratycznego państwa²⁰⁵. Przepisy Konstytucji w artykule 38 nakładają na organy państwowe obowiązek podjęcia działań eliminujących czy przynajmniej minimalizujących wszelkie zagrożenia życia²⁰⁶. Należy jednocześnie pamiętać, że ochrona prawa do życia wynika

²⁰⁰ J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego*, Warszawa 2013, s. 64.

²⁰¹ Z. Kędzia, *Prawo do życia*, [w:] R. Wieruszewski (red.), *Prawa człowieka. Model prawny*, Wrocław-Warszawa-Kraków 1991, s. 194.

²⁰² Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1145, dalej k.c.), art. 23: „Dobra osobiste człowieka, jak w szczególności zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek, tajemnica korespondencji, nietykalność mieszkania, twórczość naukowa, artystyczna, wynalazcza i racjonalizatorska, pozostają pod ochroną prawa cywilnego niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach”.

²⁰³ Cały rozdział XIX – Przepięstwa przeciwko życiu i zdrowiu, ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, dalej k.k.), art. 148. § 1; „Kto zabija człowieka, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 8, karze 25 lat pozbawienia wolności albo karze dożywotniego pozbawienia wolności”.

²⁰⁴ P. Sarnecki, *Komentarz do art. 38*, [w:] L. Garlicki, M. Zubik (red.), *op. cit.*, t. 2, s. 196.

²⁰⁵ B. Przybyszewska-Szter, *Wolność i prawa osobiste*, [w:] M. Chmaj (red.), *Wolność i prawa człowieka w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2008, s. 99.

²⁰⁶ B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2009, s. 213.

również z ogólnych zasad konstytucji²⁰⁷, wynikających zwłaszcza z art. 1 i 2 Konstytucji, które mówią, że Rzeczpospolita Polska jest dobrem wszystkich obywateli oraz jest demokratycznym państwem prawnym urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej. Trybunał Konstytucyjny, opierając się na zasadzie (demokratycznego państwa prawa) wynikającej z art. 1 Konstytucji RP, stwierdza, że tylko ludzie mogą być podmiotem praw i obowiązków stanowiących w takim państwie. Przez to, że podstawowym przymiotem człowieka jest życie, to pozbawienie tego życia unicestwia jednocześnie człowieka jako podmiot praw i obowiązków. Trybunał ponadto podkreśla, że naczelną wartością demokratycznego państwa prawa jest człowiek i dobra dla niego najcenniejsze. A najcenniejszym dobrem dla każdego z nas jest życie, dlatego wartość ta w demokratycznym państwie prawa musi pozostawać pod ochroną konstytucyjną w każdym stadium jego rozwoju²⁰⁸. Zdaniem P. Sernackiego prawodawca ma stać na straży prawnej ochrony życia, chociaż prawo to nie jest prawem absolutnym, dlatego w pewnych sytuacjach reglamentowanych, takich jak ochrona konieczna czy działania zbrojne, pozbawienie innego człowieka życia nie podlega karze²⁰⁹.

Wśród obowiązujących konstytucji państw europejskich można wyróżnić trzy podstawowe modele podejścia ustrojodawcy do zagadnienia normowania kwestii ochrony życia²¹⁰:

- pierwszy model polega na przyjęciu w konstytucji ogólnej ochrony życia, model stosowany ten jest m.in. w Polsce, Belgii, Estonii, Finlandii, Grecji, Hiszpanii, Macedonii, Niemczech Rosji i Szwajcarii.
- w drugim modelu ustawodawca nie normuje wprost kwestii prawnej ochrony życia, wskazując za podstawę określenia statusu prawnego jednostki rozwiązania prawnomiędzynarodowe, z sytuacją taką mamy do czynienia w Austrii, Szwecji, Bośni i Hercegowinie, lub pozostawiając ustawodawcy określenie ram prawnej ochrony – Dania, Francja, Niderlandy, Norwegia, Luksemburg, Włochy, Wielka Brytania.
- trzeci model polega na ochronie życia człowieka już od fazy poczęcia, na poziomie konstytucyjnym stosuje go Andora, Chorwacja, Czechy, Irlandia, Portugalia, Słowacja²¹¹.

Polska należy do grona państw europejskich, w których konstytucyjna ochrona życia ma najdłuższe tradycje, sięgające dwudziestolecia międzywojennego. Konstytucja

²⁰⁷ M. Różyński, *Prawo do życia w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku*, „Polski Rocznik Prawa Człowieka i Prawa Humanitarnego” 2015, nr 6, s. 260.

²⁰⁸ Orzeczenie TK z dnia 28 maja 1997 r., OTK ZU 1997, nr 2, poz. 19.

²⁰⁹ P. Sarnecki, *Komentarz do art. 38...*, s. 199 i n.

²¹⁰ J. Kondratiewa-Bryzik, *op. cit.*, s. 229.

²¹¹ J. Bujny, *op. cit.*, s. 87.

Rzeczpospolitej Polskiej z dnia 17 marca 1921 r.²¹² zalicza się do grupy najstarszych europejskich ustaw zasadniczych chroniących prawo do życia²¹³, obok Konstytucji Finlandii z dnia 17 lipca 1919 r.²¹⁴ i Konstytucji Republiki Czechosłowackiej z dnia 29 lutego 1920 r.²¹⁵ Z konstytucji wydanych w kilku pierwszych latach po II wojnie światowej prawo do życia jest jedynie w Ustawie Zasadniczej RFN (art. 2 ust. 2 zd. 1). Prawo to nie jest natomiast znane ani konstytucji Francji z 29 IX 1946 r., ani konstytucji Włoch z 27 XII 1947 r.²¹⁶

Konstytucja RP z 1921 r. stanowiła swoimi regulacjami (art. 95 zd. 1), że Rzeczpospolita Polska zapewnia na swoim obszarze zupełną ochronę życia, wolności i mienia wszystkim bez różnicy pochodzenia, narodowości, języka, rasy lub religii. O ile ustawy wyraźnie nie wymagają obywatelstwa polskiego i zostanie spełniony warunek wzajemności, to cudzoziemcy na równych prawach z obywatelami Państwa Polskiego mogą korzystać z tych samych praw oraz mają równe z nimi obowiązki²¹⁷.

W opinii autorów podejmujących się analizy artykułu 95 Konstytucji RP z 1921 r. przepis ten chronił podstawowe prawa jednostki poprzez nałożenie na państwo obowiązku ich ochrony. Zdaniem A. Paszkudzkiego obowiązek ten państwo winno realizować poprzez podjęcie celowych działań władz administracyjnych i organów bezpieczeństwa²¹⁸. Podobnie wypowiedział się T. Dwernicki, według którego artykuł 95 omawianej ustawy zasadniczej zobowiązuje organy państwowe do ochrony jednostki przed narażeniem życia ze strony innych jednostek poprzez zapewnienie ładu i represji karnej oraz obowiązek powstrzymania się od „bezprawnych zamachów na życie obywateli”²¹⁹. Przepis ten został umieszczony w rozdziale piątym, zatytułowanym „Powszechnne obowiązki i prawa obywatelskie”. Pomimo tytułu sugerującego, iż dotyczył on jedynie obowiązków i praw obywatelskich, zawierał także obszerny zbiór praw i wolności człowieka²²⁰.

²¹² Ustawa z dnia 17 marca 1921 r. Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej (Dz. U. z 1921 r. Nr 44, poz. 267 ze zm.).

²¹³ R. Grabowski wskazuje dodatkowo na pozycję prawną jednostki, jej prymat nad zbiorowością w Konstytucji RP z 1921 r., [w:] R. Grabowski, *op. cit.*, s. 71 i n.

²¹⁴ Konstytucja Finlandii z dnia 17 lipca 1919 r., [w:] *Nowe konstytucje*, przełożone pod kierunkiem Dra Juliana Makowskiego, Warszawa 1925, s. 83 i n.

²¹⁵ Konstytucja Republiki Czechosłowackiej z dnia 29 lutego 1920 r., [w:] *Nowe konstytucje...*, s. 273 i n.

²¹⁶ P. Sarnecki, *Komentarz do art. 38...*, s. 196 i n.

²¹⁷ Zob. J. Boć, *Konstytucje Rzeczpospolitej 1997, 1952, 1935, 1921, 1791*, Wrocław 2001, s. 30. W publikacji tej znajdziemy nie tylko treść cytowanego art. 95, ale też pełne zestawienia wszystkich artykułów konstytucji składających się na tytuł publikacji.

²¹⁸ A. Paszkudzki, *Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej z dnia 17 marca 1921. Komentarz*, Warszawa-Lwów 1926, s. 102 i 103. cyt. za: R. Grabowski, *op. cit.*, s. 73.

²¹⁹ T. Dwernicki, *Prawa i obowiązki obywatelskie*, [w:] M. Rostworowski (red.), *Nasza Konstytucja, Cykl wykładów urządzonych staraniem dyrekcji Szkół Nauk Politycznych w Krakowie od 12 do 25 maja 1922 r.*, s. 159. cyt. za: R. Grabowski, *op. cit.*, s. 73.

²²⁰ R. Grabowski, *op. cit.*, s. 72.

Mimo tych wszystkich obowiązków wynikających z art. 95 Konstytucji RP z 1921 r. nałożonych na organy państwa, praktyczne znaczenie normy przytaczanego artykułu w odniesieniu do ochrony życia było żadne. Do takiego wniosku doszedł R. Grabowski po analizie orzecznictwa sądów polskich z lat 1921-1935. Według autora nie odnotowano żadnego przypadku przywołania artykułu 95 ustęp 1 Konstytucji RP z 1921 r. w kontekście ochrony życia, z czego można wnioskować, że norma ta nie odegrała większej roli w praktycznej ochronie życia ludzkiego. Stan ten był zapewne rezultatem braku przepisów ustawowych, mających za zadanie konkretyzację norm konstytucyjnych. A przepisy artykułu 95 ustęp 1 służyły raczej kształtowaniu poglądów w kwestii konstytucyjno-prawnej ochrony życia ludzkiego niż praktycznej ochronie prawa do życia²²¹. Kolejna Konstytucja²²² z dnia 23 kwietnia 1935 r.²²³ niestety nie sformułowała już w tak stanowczy sposób prawa do życia, określając tylko, że zapewnia człowiekowi nietykalność osobistą (art. 68 ust. 2). Również Konstytucja Rzeczypospolitej Ludowej z 22 lipca 1952 r.²²⁴ nie zawierała takich prawnych gwarancji²²⁵.

Ingerowanie w zdrowie może pozbawić życia²²⁶ ze względu na to, że wartości te są wzajemnie zależne, działania chroniące życie chronią także zdrowie i odwrotnie – ochrona zdrowia przyczynia się do ochrony życia²²⁷. Obecnie prawo do zdrowia zawiera się w następujących sferach prawa do życia: „w zakazie umyślnego pozbawienia zdrowia jednostki przez funkcjonariuszy organów władzy państwowej i osoby trzecie

²²¹ *Ibidem*, s. 88 i 89.

²²² R. Grabowski podjął się analizy i zestawienia przepisów ustaw zasadniczych państwa członkowskich ONZ i dowiódł, że od proklamowania Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka w 1948 r. prawo do ochrony życia stało się nieodłącznym elementem konstytucyjnych katalogów praw i wolności człowieka. Grabowski wymienił grupę państw członkowskich ONZ, które gwarantują prawną ochronę życia. Grupa ta obejmuje 124 państwa, przy czym wyliczenia te należy traktować jako niepełne (zaznacza autor) z uwagi na niedostępność konstytucji Brunei, Republiki Środkowoafrykańskiej, Gambii, Gwinei, Myanmar, Sao Tome i Principe oraz Tanzanii. W ustawie zasadniczej prawnej ochrony życia nie wymieniają 52 państwa należące do ONZ. Nie oznacza to jednak, że w państwach tych życie ludzkie nie jest objęte ochroną. Do grupy tych państw zaliczamy: Austrię, Belgię, Danię, Francję, Grecję, Holandię, Islandię, Lichtenstein, Luksemburg, Monako, Norwegię, Szwecję i Włochy. W powyższych wyliczeniach nie zostały wzięte pod uwagę państwa, które regulacje z zakresu ochrony życia wprowadziły do swoich konstytucji przed 10 grudnia 1948 r., do grupy tej należy zaliczyć: Irlandię, Japonię, Stany Zjednoczone Ameryki. Pod uwagę nie została wzięta także Wielka Brytania oraz Bhutan, które nie posiadają konstytucji pisanej. Prawo to występuje również w konstytucjach Portugalii z 2 IV 1976, Hiszpanii z 27 XII 1978, Rumunii z 21 XI 1991. Prawa tego nie znają konstytucje m.in. Szwajcarii z 18 IV 1999, nie występuje również w tzw. bloku konstytucyjnym Francji za to znane jest większości państw postkomunistycznych. Por. R. Grabowski, *op. cit.*, s. 52 i n. oraz P. Samecki, *Komentarz do art. 38...*, s. 196 i n.

²²³ Dz. U. z 1935 r. Nr 30, poz. 227.

²²⁴ T. j. Dz. U. z 1976 r. Nr 7, poz. 36.

²²⁵ M. Różyński, *op. cit.*, s. 258.

²²⁶ Zob. R. Tabaszewski, *op. cit.*, s. 116 i 117.

²²⁷ A. Rabiega, *op. cit.*, s. 13.

(aspekt protekcji), a także w nakazie ustanowienia skutecznych mechanizmów ustawodawczych pozwalających jednostce zachować swój zdrowostan (aspekt prewencji)²²⁸.

Aspekt prewencji prawa do zdrowia przejawia się w określonych obowiązkach aparatu państwowego. Na podstawie art. 2 EKPCz jednostka dostała promesę, że państwo poweźmie odpowiednie środki (stworzy wydolny system opieki zdrowotnej), aby zabezpieczyć zdrowie i życie osób jej podległych, w tym zapewni maksymalne określone standardy²²⁹ w dziedzinie ochrony zdrowia, a także bezpieczeństwa osobistego jednostki.

Aspekt protekcji przejawia się w bezwzględnym zakazie pozbawienia drugiego człowieka życia, w tym jego podstawowego faktora, którym jest zdrowie²³⁰. Jednostka, na podstawie art. 2 EKPCz, uzyskiwała również gwarancje do powstrzymania się przez państwo od działań mogących odebrać życie bądź zdrowie w postaci użycia siły i innych środków przymusu przez funkcjonariuszy władzy państwowej²³¹.

Prawo do prawnej ochrony życia przysługuje każdej jednostce objętej oddziaływaniem art. 38 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.²³², artykuł ten zobowiązuje władzę publiczną do podejmowania działań służących ochronie życia. Dopiero ta Konstytucja wprost określiła, że Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia²³³. Do obowiązku tego, oprócz działań ustawodawczych, należy zaliczyć również obowiązek władzy publicznej powołania do życia różnych formacji policyjnych, służących ochronie życia ludzkiego²³⁴. Aby „prawo do prawnej ochrony życia” nie miało tylko wymiaru wertykalnego, prawodawca oraz inne organy powołane do stanowienia prawa bądź sankcjonowania pewnych reguł postępowania mogą stworzyć odpowiednie przepisy prawne nakładające obowiązki na określoną grupę osób lub określone sytuacje, w których sformułowany zostanie nakaz podejmowania działań chroniących życie, zakaz naruszeń tego dobra, a na końcu sankcje karne za naruszenie nakazów. Ze względu na charakter programowy²³⁵ art. 38 posiada on pewne samoistne znaczenie normatywne. Przede wszystkim normy tworzone na podstawie tego przepisu powinny zapewnić ochronę życia, a sytuacja braku ochrony życia musi być czymś wyjątkowym. W świetle tego artykułu nie jest zasadniczo dopuszczalna żadna interpretacja

²²⁸ R. Tabaszewski, *op. cit.*, s. 117.

²²⁹ O standardach w ochronie zdrowia w dalszej części pracy.

²³⁰ R. Tabaszewski, *op. cit.*, s. 117.

²³¹ *Ibidem*.

²³² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm.).

²³³ Orzeczenie TK z dnia 23 marca 1999 r., K 2/98.

²³⁴ P. Sarnecki, *Komentarz do art. 38...*, s. 3.

²³⁵ O normach programowych w dalszej części pracy.

przepisów niższego rzędu dopuszczająca działania przeciwne niż działania chroniące życie ludzkie²³⁶.

Analizowany artykuł 38 Konstytucji RP z 1997 r. jest sformułowany bardzo ogólnie²³⁷, a milczenie w sprawie granic ochrony życia jest zabiegiem celowym, pozostawiając szczegółowe regulacje tej kwestii przepisom ustawowym. Nieostre sformułowanie treści art. 38 było spowodowane potrzebą osiągnięcia kompromisu między zwolennikami zagwarantowania ochrony życia od chwili poczęcia do naturalnej śmierci a zwolennikami bardziej otwartej formuły²³⁸. Ustrojodawca postanowił, że rozstrzygnie tę sporną i delikatną materię uchwaloną 7 stycznia 1993 r. ustawą o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży²³⁹.

Prawna ochrona życia nie oznacza zakazu kary śmierci i nie narzuca ustawodawcy w tym względzie żadnych ograniczeń. Polska, ratyfikując Szósty Dodatkowy Protokół do Europejskiej Karty Praw Człowieka, zobowiązała się do niestosowania kary śmierci w czasie pokoju²⁴⁰. Skoro konstytucja nie dopuszcza stosowania kary śmierci, nie dopuszcza również podjęcia działań mogących skrócić życie określanych mianem eutanazji (biernej *sensu largo* – podjęte działania czy ich zaniechanie wynikające z współczucia dla chorego, doprowadzające do umyślnego pozbawienia życia człowieka, czy czynnej *sensu stricte* – podjęte przez lekarza świadome i czynne działania, które doprowadziły do skrócenia życia cierpiącego, nieuleczalnego, hospitalizowanego pacjenta)²⁴¹.

Przyspieszenie zgonu człowieka, nawet na jego żądanie, w przypadku choroby nierokującej nadziei wyzdrowienia, powodującej cierpienie, nie może prowadzić do ograniczenia czy zaniechania posługi medycznej. Niedopuszczalne jest zmuszanie przez prawo lekarzy do podejmowania tego typu czynności, które mogą być nawet żądaniem pacjenta. Nakaz podejmowania takich kroków godziłby w godność człowieka, w tym przypadku lekarza²⁴².

W Polsce po raz pierwszy przewidziano sankcje karne za tzw. zabójstwo eutanazyjne dopiero w kodeksie karnym z 1997 r. w art. 150. Osoba, która zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. W wyjątkowych wypadkach sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.

²³⁶ P. Sarnecki, *Komentarz do art. 38...*, s. 4-5.

²³⁷ S. Bułajewski, *Prawo do życia w świetle Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, „Studia Elckie” 2011, nr 13, s. 272.

²³⁸ W. Skrzydło, *Komentarz do art. 38*, [w:] *idem, Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, wyd. 6, Warszawa 2009, s. 43-44.

²³⁹ Dz. U. z 1993 r. Nr 17, poz. 78 ze zm.

²⁴⁰ B. Banaszak, *Konstytucja...*, s. 216.

²⁴¹ S. Bułajewski, *op. cit.*, s. 279.

²⁴² P. Sarnecki, *Komentarz do art. 38...*, s. 7.

Współczesne poglądy oraz działania niektórych państw odbiegają znacząco od rekomendacji, jakie wiele lat temu przedstawił Parlament RE. Z Rekomendacji Zgromadzenia Parlamentu RE 779 z 1976 r. wynika wyraźnie, że: „Lekarz (...) nie ma prawa – nawet w przypadkach, które wydają mu się beznadziejne – do rozmyślnego przyspieszenia naturalnego procesu umierania (pkt 7)”. Z kolei Rekomendacja 1418 z czerwca 1999 r. potwierdza „zakaz świadomego pozbawienia życia osób terminalnie chorych lub umierających”, powołując się na wymogi art. 2 EKPC oraz „uznając”, iż pragnienie śmierci osoby terminalnie chorej lub umierającej w żadnym razie nie stanowi jakiegokolwiek roszczenia prawnego o śmierci z ręki drugiej osoby” i „nie może stanowić usprawiedliwienia prawnego dla dokonania działań mogących powodować śmierć”²⁴³. W wielu krajach Europy Zachodniej możemy się spotkać z coraz częstszymi poglądami, że uśmiercenie nieuleczalnie chorych na ich żądanie powinno być zalegalizowane, aby mogło być bezkarne. Krajem, który zalegalizował eutanazję, jest np. Holandia²⁴⁴.

Zakres przedmiotowy art. 38 jest związany z art. 68 Konstytucji RP z 1997 r. Z treści art. 38 można wyprowadzić wniosek o pierwszeństwie ochrony życia przed ochroną zdrowia. Mogą jednak zaistnieć przepisy ustawowe rozwijające gwarantowane w konstytucji prawo do ochrony zdrowia, jednocześnie naruszające prawną ochronę życia²⁴⁵. „(...) Możliwość kwalifikowania przez organ ubezpieczenia zdrowotnego niektórych usług publicznej służby zdrowia jako obojętnych dla zdrowia i przez to uzasadniających bierność organów w przypadku podejmowania działań ratujących życie osobie, której stan zdrowia – nawet w przypadku przedłużenia życia – nie ulegnie poprawie”²⁴⁶.

1.4. Treść prawa do ochrony zdrowia

Uznanie przez państwo prawa do ochrony zdrowia polega na powstrzymaniu się od odmowy lub ograniczenia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej²⁴⁷. Realizację prawa do ochrony zdrowia można osiągnąć za pomocą działań progresywnych polegających na niezwłocznym podjęciu środków prawnych przez państwo tak, aby doprowadzić do natychmiastowego efektu oraz praw o porównywalnym pierwszeństwie, a w stosunku do realizacji innych zobowiązań tak szybko, jak to możliwe, aby podstawowe prawo człowieka, jakim jest prawo podstawowej opieki medycznej, było zapewnione.

²⁴³ T. Jasudowicz, *Prawo do życia*, [w:] B. Gronkowska, T. Jasudowicz, M. Balcerzak, M. Lubiszewski, R. Mizerski, *Prawa człowieka i ich ochrona*, Toruń 2005, s. 246-247.

²⁴⁴ S. Bułajewski, *op. cit.*, s. 280.

²⁴⁵ B. Banaszak, *Konstytucja...*, s. 214-215.

²⁴⁶ W. Maciejko, Głosa do wyroku WSA w Warszawie z 30 sierpnia 2006 r., VII SA/WA 997/06, ZNSA 2007, Nr 4, s. 126.

²⁴⁷ R. Tabaszewski, *op. cit.*, s. 96.

Żadne z podstawowych praw człowieka ani nie może być zawieszane, ani uznane w węższym zakresie przez którekolwiek z państw²⁴⁸. Korzystanie z prawa do ochrony zdrowia może być ograniczone przez państwo tylko w tym zakresie, jaki przewiduje ustawa, i jedynie w stopniu, w jakim jest to zgodne z istotą tych praw²⁴⁹.

Na podstawie pkt 11 cz. I Europejskiej Karty Społecznej (EKS)²⁵⁰ każdy ma prawo do korzystania ze wszelkich środków umożliwiających mu osiągnięcie możliwie najlepszego stanu zdrowia. W celu zapewnienia skutecznego wykonywania prawa do ochrony zdrowia Strony²⁵¹ zobowiązują się (art. 11) podjąć, bądź bezpośrednio, bądź we współpracy z organizacjami publicznymi lub prywatnymi, stosowne środki zmierzające do: wyeliminowania, tak dalece jak to możliwe, przyczyn chorób; zapewnienie ułatwień z zakresu poradnictwa oraz oświaty, dla poprawy stanu zdrowia i rozwijania indywidualnej odpowiedzialności w sprawach zdrowia oraz zapobieganie, tak dalece jak to możliwe, chorobom epidemicznym, endemicznym i innym. Karta ponadto w art. 13 umożliwia każdej osobie, która nie posiada dostatecznych zasobów i która nie jest zdolna do zapewnienia ich sobie z innych źródeł, korzystanie z pomocy społecznej i medycznej. Karta dopuszcza wzmocnioną ochronę dla określonych kategorii osób: dzieci, młodocianych, kobiet i osób starszych²⁵².

Drugie zdanie art. 35 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej²⁵³ art. 9 oraz 168 TFUE²⁵⁴ potwierdzają, że przy określaniu i realizowaniu wszystkich polityk i działań Unii Europejskiej zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego.

Działanie Unii, które uzupełnia polityki krajowe, jest nakierowane na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Działanie to obejmuje zwalczanie epidemii poprzez wspieranie badań nad ich przyczynami, sposobami ich rozprzestrzeniania się oraz zapobiegania im, jak również informacji i edukacji zdrowotnej, a także monitorowanie poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, wczesne ostrzeżenie w przypadku takich zagrożeń oraz ich zwalczanie.

²⁴⁸ Zob. art. 5 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych.

²⁴⁹ J. Tobin, *op. cit.*, s. 181.

²⁵⁰ Sporządzona w Turynie dnia 18 października 1961 r. (Dz. U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67).

²⁵¹ Polska ratyfikowała EKS 10 czerwca 1997 r. z zastrzeżeniem o nieratyfikowaniu zobowiązania (art. 4) zapewniającego pracownikom godziwy poziom życia.

²⁵² R. Tabaszewski, *op. cit.*, s. 127.

²⁵³ Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej podpisana 7 grudnia 2000 r. w Nicei (Dz. Urz. C 326/2 z 26.10.2012 r.), dalej k.k.p.

²⁵⁴ Zob. Wersje skonsolidowane Traktatu o Unii Europejskiej i Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej – Traktat o Unii Europejskiej (wersja skonsolidowana) – Protokoły – Załączniki – Deklaracje dołączone do Aktu końcowego konferencji międzyrządowej, która przyjęła Traktat z Lizbony podpisany w dniu 13 grudnia 2007 r. – Tabele ekwiwalencyjne (Dz. Urz. UE C 326, 26/10/2012 P. 0001 – 0390).

Zgodnie z przepisem art. 35 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej każdy ma prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych. Przy określaniu i realizowaniu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony ludzkiego zdrowia.

Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny²⁵⁵ (często używana jest nazwa Europejska Konwencja Bioetyczna – EKB) w art. 3 zapewniła równy dostęp do opieki medycznej o właściwej jakości²⁵⁶. Konwencja ponadto poszerzyła i pogłębiła komponent prawa do ochrony zdrowia o wymiar świadczeń diagnostycznych, profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych zgodny z jej potrzebami zdrowotnymi²⁵⁷, służący podtrzymaniu lub polepszeniu stanu zdrowia jednostki albo złagodzenia jej cierpień²⁵⁸.

Prawo dostępu do opieki zdrowotnej wymaga, aby koszty opieki zdrowotnej nie stanowiły zbyt dużego obciążenia dla jednostki, dlatego koszty te – przynajmniej częściowo – powinny być ponoszone przez społeczeństwo jako całość²⁵⁹. W UE obecnie funkcjonują dwa systemy modelowe: system solidarystyczny – stanowiący, że dostęp do opieki zdrowotnej stanowi prawo każdego obywatela w zależności od jego potrzeb zdrowotnych i jest niezależny od poziomu dochodów, a także system wolnorynkowy – uzależniający dostęp do opieki zdrowotnej od zamiaru i możliwości obywatela do płacenia za świadczenia zgodnie z oczekiwanym przez niego poziomem usług zdrowotnych²⁶⁰.

Często się zdarza, że potrzeby zdrowotne pacjenta nie są zaspokajane ze względu na ograniczone możliwości finansowe tego pacjenta. Pacjenci nie mogą być pozostawieni sami sobie, gdy nie mogą podołać zasadzie ekwiwalentności świadczeń, dlatego „administracja publiczna”, tj. administracja rządowa i samorządowa, powinna współpartycypować²⁶¹ w ponoszeniu kosztów świadczeń medycznych. M. Guziński przedstawia administrację publiczną jako wydzieloną funkcję państwa i samorządu terytorialnego, polegającą na wykonywaniu zadań publicznych określonych w przepisach powszechnie obowiązujących. Kierując się kryterium zasięgu działania, wydziela terenową administrację publiczną obejmującą administrację rządową działającą w terenie

²⁵⁵ Zob. tekst Konwencji: <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/re/1997.html> [dostęp 20.04.2020]. Zawarta 4 kwietnia 1997 r. w Oviedo. Polska jeszcze nie ratyfikowała Konwencji mimo jej podpisania w 1999 r.

²⁵⁶ O jakości w ochronie zdrowia w dalszej części pracy.

²⁵⁷ O potrzebach zdrowotnych w dalszej części pracy.

²⁵⁸ R. Tabaszewski, *op. cit.*, s. 131.

²⁵⁹ *Ibidem*, s. 134.

²⁶⁰ A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, wyd. I, Warszawa 2009, s. 192 i n.

²⁶¹ O efektach próby współpartycypacji w dalszej części pracy.

i administrację samorządu terytorialnego²⁶². Na administracji publicznej nowe zjawiska cywilizacyjne wyznaczają nowe zadania, budzą nowe potrzeby (nie tylko zdrowotne) i oczekiwania społeczne²⁶³, które na podstawie przepisów prawa administracja ta powinna zrealizować. Ze względu na to, że oczekiwania społeczne są coraz większe, administracja publiczna musi być racjonalna i zaspokajać tylko te potrzeby (potrzeby zdrowotne), które są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie. Racjonalność państwa nie jest ukierunkowana na zysk, tak jak racjonalność przedsiębiorstwa, mimo to oczekiwania społeczne generujące coraz większe potrzeby sprawiają²⁶⁴, że państwo musi realizować interes obywatela, uwzględniając przy tym interes publiczny²⁶⁵.

Uprawnienia zdrowotne zawarte w systemie praw człowieka nie zostały *expressis verbis* wyodrębnione i należy je odczytywać *juncto* z prawami socjalnymi²⁶⁶. Podobnie jak w ustawodawstwie polskim – powoływanie się np. na art. 35 k.p.p. może zostać skutecznie dochodzone przez jednostkę jedynie w tym zakresie i w takim stopniu, w jakim została ona urzeczywistniona w ustawodawstwie krajowym. Charakter programowy²⁶⁷ art. 35 k.p.p. pozbawia tej normy waloru bezpośredniej skuteczności²⁶⁸.

1.5. Powszechna ochrona życia i zdrowia

O początkach powszechnej ochrony zdrowia możemy mówić od czasów reform stanisławowskich²⁶⁹, których założeniem było objęcie opieką lekarską jak największej liczby mieszkańców Rzeczypospolitej bez względu na ich pochodzenie czy status majątkowy. Głównym celem reformy było sytuowanie dyplomowanych lekarzy w szpitalach i powierzenie im kontroli nad personelem medycznym, którego wiedza fachowa nie zawsze była na najwyższym poziomie. Założono także, aby w miastach wojewódzkich funkcjonowali doktorzy medycyny, którzy mając do pomocy felcerów, będą nadzorować także powiaty pod względem zagrożenia epidemiologicznego²⁷⁰ (zagrożenie związane z występowaniem większej od spodziewanej liczby przypadków choroby, urazów lub

²⁶² M. Guziński, *Działania terenowej administracji publicznej w zakresie bezpieczeństwa publicznego w świetle ustawy prawo zamówień publicznych*, [w:] A. Chajbowicz, T. Kocowski (red.), *Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach terenowej administracji publicznej*, Wrocław 2009, s. 293.

²⁶³ A. Piekara, *Jakość administracji w Polsce. Zarys współczesnej problematyki*, Warszawa 2010, s. 7.

²⁶⁴ Zob. H. Izdebski, M. Kulesza, *Administracja publiczna zagadnienia ogólne*, wyd. 3 rozszerzone, Warszawa 2004, s. 14 i n.

²⁶⁵ O interesie publicznym w dalszej części pracy.

²⁶⁶ R. Tabaszewski, *op. cit.*, s. 160.

²⁶⁷ O normach programowych w dalszej części pracy.

²⁶⁸ R. Tabaszewski, *op. cit.*, s. 159.

²⁶⁹ Okres panowania króla Polski Stanisława Augusta Poniatowskiego w latach 1764-1795 określano mianem „czasów stanisławowskich”.

²⁷⁰ A. Abramski, *Lekarze, cyrulicy, szarlatani. Stan medycyny w Polsce stanisławowskiej (1764-1795)*, Katowice 1992, s. 11.

innych zdarzeń związanych ze zdrowiem w danej populacji lub określonej okolicy w określonym przedziale czasowym)²⁷¹.

Do szpitala mógł być przyjęty każdy obywatel – majątny za odpłatnością, ubogi zaś bezpłatnie na podstawie zaświadczenia wystawionego przez plebana i magistrat albo dwóch wiarygodnych świadków²⁷². Za panowania króla Stanisława Augusta Poniatowskiego nastąpił wzrost zainteresowania państwa problemami człowieka, w tym również ochroną zdrowia ludzkiego. Działanie to było motywowane nie tylko ideałami humanitaryzmu ani modnymi doktrynami społecznymi. Zaczęto wówczas dostrzegać korzyści płynące zarówno dla państwa, jak i obywateli²⁷³, w wyniku czego ochrona zdrowia i życia człowieka stawała się nie tylko przywilejem, ale i obowiązkiem²⁷⁴. Konkretyzację tego przywileju rozpoczął sejm delegacyjny, który w 1768 r., powołując Komisję Dobrego Porządku, chciał dokonać reform z zakresu opieki zdrowotnej, które jednak na skutek konfederacji barskiej i innych wydarzeń politycznych nigdy nie weszły w życie²⁷⁵. Dopiero sejm rozbiorowy w 1775 r. poprzez uchwalenie „Konstytucji Szpitalnej”²⁷⁶ zdołał dokonać częściowych reform w ochronie zdrowia oraz przyczynił się do początków tworzenia administracji ochrony zdrowia²⁷⁷. Administracja ta przybrała formę dwóch Komisji Szpitalnych: Koronnej i Litewskiej. W Komisjach zasiadali biskupi, senatorowie świeccy i przedstawiciele stanu rycerskiego. Powołano też lustratorów, osobno dla każdego województwa, których zadaniem było prowadzenie kontroli aktów prawnych oraz funduszy szpitalnych²⁷⁸.

Dyplomowani lekarze usytuowani w szpitalach sprawowali kontrolę nad personelem medycznym, którego poziom wiedzy fachowej – jak już wspomniano – nie zawsze był na najwyższym poziomie. Weryfikacja uprawnień do wykonywania zawodu oraz kwalifikacja personelu medycznego do szpitali były zadaniem wyznaczonym na podstawie Konstytucji Kolegium Doktorów. Intencją ustawy było także, aby w miastach wojewódzkich zostały założone duże szpitale generalne, które miały nadzorować lub

²⁷¹ Por. znaczenie terminu epidemia w *Słowniczku terminów epidemiologicznych*, <http://www.przegled.epidemiol.pzh.gov.pl/slowniczek-terminow-epidemiologicznych> [dostęp 20.04.2020] oraz R. Beaglehole, R. Bonita, T. Kjellström, *Podstawy epidemiologii*, tłum. pod red. N. Szeszeni-Dąbrowskiej, Łódź 1996, s. 1 i n.

²⁷² W. Piotrowski, *Polska medycyna oświecenia*, Jawor 1997, s. 158.

²⁷³ A. Abramski, *op. cit.*, s. 87-88.

²⁷⁴ *Ibidem*, s. 27.

²⁷⁵ Zob. T. Srogosz, *Problemy sanitarno-zdrowotne w działalności administracji Rzeczypospolitej w okresie stanisławowskim*, Łódź 1993, s. 122.

²⁷⁶ Wszystkie decyzje sejmu w ówczesnym czasie były nazywane „konstytucją”. Zob. Z. Podgórska-Kławe, *Szpitale warszawskie 1388-1945*, Warszawa 1975, s. 87-90 oraz *eadem*, *Od hospicjum do współczesnego szpitala. Rozwój historyczny problematyki szpitalnej w Polsce do końca XIX wieku*, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź 1981, s. 53-54.

²⁷⁷ J. Starościak, *Tradycje polskiego prawa organizacji służby zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 1952, R. 67, nr 5, s. 157 i n.

²⁷⁸ W. Piotrowski, *op. cit.*, s. 157.

czasami przejmować szpitale parafialne, „niespełniające zadań na miarę epoki”²⁷⁹. Do zadań lekarzy ze szpitali generalnych należało również nadzorowanie aptek prowadzonych przez aptekarza w tym szpitalu, jak i pozostałych aptek w województwie. Finansami szpitala zarządzał prokurator, który co miesiąc przedstawiał do podpisu doktorowi i kapelanowi registr wydatków i dochodów²⁸⁰.

Konstytucja Szpitalna dostrzegła problem ubóstwa i związanego z nim żebractwa, co skutkowało pojawieniem się regulacji w tej sprawie. Ubodzy niezdolni do pracy mieli zostać przeniesieni do szpitali generalnych, a zdrowi wyznaczani byli do robót publicznych. Obowiązek kierowania żebraków do szpitali bądź robót publicznych został nałożony na starostów i władze miejskie. W wyniku obrad czwartej sesji Komisji z dnia 25 maja 1776 r. opracowano uniwersał w sprawie żebraków. Ze względu na znaczną liczbę żebraków wprowadzono zasadę terytorialną, tzn. nie wolno było żebrać osobom spoza danej parafii oraz nie wolno było żebrać bez wydania pozwolenia na żebranie, które wydawał m.in. lekarz lub cyrulik w większych miastach, a na wsiach pleban. Ubodzy niezdolni do pracy otrzymywali stosowne zaświadczenie oraz tabliczki, zdolnych karano i kierowano do robót publicznych²⁸¹.

Postanowienia Konstytucji Szpitalnej były odzwierciedleniem rzeczywistości społecznej Rzeczypospolitej, stanowiąc ambitną próbę zakreślenia celów opieki społecznej i zdrowotnej. Przyczyny prawno-finansowe, tj. brak wyposażenia Komisji we władzę sądowniczą i fundusze, nie pozwoliły zrealizować na niższych szczeblach najważniejszego celu, do jakiego Komisje te zostały powołane, tzn. przeprowadzenia lustracji i uporządkowania funduszy szpitalnych. To było powodem, że w 1780 r. Komisje szpitalne decyzją Rady Nieustającej zostały zlikwidowane, a zakres ich obowiązków przekazany do komisji dobrego porządku nadzorowanych przez Departament Policji Rady Nieustającej²⁸².

Okres Rady Nieustającej (1775-1788), dzięki stabilizacji politycznej, sprzyjał pracy nad modernizacją Rzeczypospolitej. W kwestiach ochrony zdrowia dużą rolę w rozwiązywaniu problemów odgrywał urząd marszałkowski. Działalność Rady skupiła się w głównej mierze na zabezpieczeniu przeciwepidemicznym ziem Rzeczypospolitej oraz na rozwiązywaniu problemu niedoboru kadr medycznych. Okres istnienia Rady Nieustającej owocował wieloma opracowaniami (tzw. „listami”), które przedstawiały konkretne sposoby rozwiązania złej sytuacji w opiece zdrowotnej. Opracowania te, choć nie wszystkie zostały zauważone przez naczelne magistratury i wdrożone w życie przez Sejm Czteroletni, stanowiły podłoże do dalszych działań²⁸³.

²⁷⁹ T. Srogosz, *op. cit.*, s. 130-131.

²⁸⁰ *Ibidem*, s. 131.

²⁸¹ *Ibidem*, s. 132 i n.

²⁸² *Ibidem*, s. 146.

²⁸³ *Ibidem*, s. od 153 do 217.

Najobszerniejszy w okresie stanisławowskim traktat, dotyczący zagadnień demograficznych, był dziełem J. Wybickiego. „Listy patriotyczne”²⁸⁴, bo o nich mowa, ukazały się w 1777 r., a za sprawą objaśniającego artykułu J. Głowackiego doprowadziły do pojmowania poprawy zdrowotnej jako integralnej części polityki populacyjnej państwa²⁸⁵. Propozycje Wybickiego polegały m.in. na wyznaczeniu i utrzymaniu lekarzy na prowincjach, a w celu zwiększenia liczby fachowych kadr najlepiej byłoby stworzyć w kraju szkołę lekarską lub umożliwić chętnym studia lekarskie za granicą²⁸⁶.

Bardziej szczegółowy program reformy opieki zdrowotnej przedstawił nieznany autor artykułu z 1785 r.²⁸⁷ Autor ten interesował się problemami zdrowotnymi najniższych grup społecznych, dążąc do tego, aby w każdym powiecie byli lekarze i apteka²⁸⁸. Dzięki tym propozycjom reforma Akademii Krakowskiej prowadzona przez Komisję Edukacyjną zaproponowała ulokowanie lekarza i apteki w promieniu 3 mil²⁸⁹.

Nieznany autor w swoim projekcie reformy proponował ponadto wprowadzenie zakazu wydawania leków bez recepty doktora lub felczera, ustalił ceny urzędowe medykamentów, a ze względu na wysoką cenę i rzadkość stosowania niektórych leków w aptece powiatowej należało przechowywać tylko te często stosowane. Powiatowy lekarz miał rewidować apteki przynajmniej raz na pół roku, a sprzedaż leków w innych sklepach miała być zakazana. Do lekarza powiatowego miało również należeć wydawanie zezwoleń na prowadzenie praktyki felczerskiej i cyrulicznej, wydawanie ekspertyz sądowych, a w przypadku chorób mało poznanych lub nieznanymi – prowadzenie badań naukowych. W projekcie znaczącą rolę przypisano kolegiom medycznym, które zaprojektowano jako urzędy zdrowia rozlokowane w głównych miastach, co ułatwiałoby załatwianie spraw oraz szybsze konsultacje, szczególnie w razie wystąpienia epidemii. Urzędy zdrowia, oprócz wydawania zezwoleń na prowadzenie praktyki medycznej i egzaminowania aptekarzy, miały również gromadzić informacje o ochronie zdrowia w innych krajach europejskich, aby przenieść obce wzorce na rodzimy grunt. Nadzór nad zagadnieniami medycznymi w skali całej Rzeczypospolitej miała sprawować Komisja Edukacji, choć według autora bardziej odpowiedni byłby Departament Policji. Do zadań Komisji należeć miało m.in.: zatrzymanie importu do Polski leków rozprowadzanych przez tępiących w innych krajach olejarzy, zachęcanie do zakładania łaźni we wszystkich miejscowościach, wydanie

²⁸⁴ J. Wybicki, *Listy patriotyczne*, oprac. K. Opalek, Wrocław 1995.

²⁸⁵ Zob. J. Głowacki, *Zwiększenie zaludnienia i poprawa zdrowotności w „Listach patriotycznych” Józefa Wybickiego na tle dążeń XVIII-wiecznej Europy*, „Acta Universitatis Lodziensis”, Folia Historica 1990, nr 37, s. 81 i n.

²⁸⁶ J. Wybicki, *op. cit.*, s. 248.

²⁸⁷ Autor NN, *Rady jednego obywatela względem zachowania zdrowia obywateli krajowych, a przeto pomnożenia ludności w Polsce*, „Pamiętnik Historyczno-Polityczny” 1785, R. 4, cz. 7, s. 614-625, cyt. za: T. Srogosz, *op. cit.*, s. 218.

²⁸⁸ *Rady jednego obywatela...*, s. 616.

²⁸⁹ T. Srogosz, *op. cit.*, s. 219.

zakazu spożywania zarażonego czy zepsutego mięsa (zgniłe pokarmy są przyczyną szerzenia się ospy) i trzymania bydła w budynkach mieszkalnych; nakazanie wynoszenia w ciągu 4 godzin zmarłych z mieszkań podczas upalnych dni. W zakończeniu projektu autor podkreśla korzyści z utrzymania zdrowia zarówno dla całej gospodarki, jak również dla każdego mieszkańca Rzeczypospolitej z osobna. Stan gospodarki przedstawia się źle, gdyż stan zdrowia siły roboczej jest zły²⁹⁰.

Przed Sejmem Czteroletnim nasiliły się tendencje reformatorskie w ochronie zdrowia. Liczne projekty kierowane często bezpośrednio z prowincji do naczelnych władz przybierały konkretną postać²⁹¹. Propozycje, przedmiot i zakres tych projektów był bardzo zbliżony do tego, który już przedstawiłem, dlatego zainteresowanych szczegółami odsyłam do fachowej literatury²⁹².

System powszechnej (wojskowej) ochrony zdrowia w XIX i XX w.²⁹³ był determinowany w głównej mierze działaniami wojennymi odbywającymi się na ziemiach polskich²⁹⁴. Sposób zaspokajania potrzeb zdrowotnych społeczeństwa przed 1989 r. był oparty „na arbitralnych decyzjach niekontrolowanych organów państwowych”²⁹⁵. Dnia 1 stycznia 1997 r. weszła w życie ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym²⁹⁶, na podstawie której placówki służby zdrowia zostały przekształcone w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, powołano również jednostki o charakterze samorządowym i niepublicznym. Zmieniono także system

²⁹⁰ *Rady jednego obywatela...*, s. 618-625.

²⁹¹ T. Srogosz, *op. cit.*, s. 219.

²⁹² Zob. F. Giedroyc, *Dawne projekta Collegium Medicum w Warszawie*, „Krytyka Lekarska” 1897, t. 1; L. Kostrzeński, *Materiały do historii aptek wielkopolskich*, t. I, Warszawa 1929, s. 17; A. Berdecka, I. Turnau, *Życie codzienne w Warszawie okresu Oświecenia*, Warszawa 1969, s. 64-78;; G. Bałtruszajtys, *Z badań nad Komisjami Boni Ordinis. Płocka Komisja Boni Ordinis*, „Czasopismo Prawno-Historyczne” 1975, t. 27, s. 2; M. Sosińska-Trawińska, *Zalecenia lecznicze w chorobach dzieci zawarte w wybranych czasopiśmiech nielekarskich XVIII wieku w Polsce*, „Archiwum Historii Medycyny” 1983, t. 46, nr 3, s. 285-294; E. Borkowska-Bagińska, *Zbiór praw sadowych Andrzeja Zamojskiego*, Poznań 1986.

²⁹³ Zainteresowanych problematyką ochrony zdrowia odsyłam do przedmiotowej literatury np.: E. Grabowski, *Ubezpieczenia społeczne w państwach współczesnych*, Warszawa 1911; H. Bunsch-Konopka, *Historia ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 1980; J. Sadowska, *Kasy Chorych w Polsce 1920-1933*, Łódź 2002; B. Urbanek, *Problematyka opieki nad chorym na ziemiach polskich w XIX i początek XX stulecia*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Życie codzienne w XVIII-XX wieku i jego wpływ na stan zdrowia ludności*, Wrocław 2003, s. 501; A. Cwiakała-Małys, P. Łagowski, *Ewolucyjny obraz przekształceń systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Acta Universitatis Wratislaviensis no 3515, „Przegląd Prawa i Administracji” 2013, nr 93, s. 89.

²⁹⁴ Ta tematyka ze względu na rozdział o ratownictwie medycznym, bezpośrednio powiązany z „medycyną pola walki”, będzie przedstawiona w dalszej części pracy.

²⁹⁵ M. Skawińska, *Analiza funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej (na przykładach Szwecji, Wielkiej Brytanii, Polski i Niemiec)*, „Studia Medyczne” 2009, nr 13, s. 73.

²⁹⁶ Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 153 ze zm. zmieniona ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1398).

finansowania opieki zdrowotnej²⁹⁷ z budżetowego na ubezpieczeniowy. Przeniesiono realizację obowiązków i odpowiedzialność z budżetu państwa i przedstawicieli administracji rządowej w terenie na utworzone struktury regionalnych Kas Chorych. Kasy Chorych zapewniały dostęp do świadczeń medycznych, działając przy tym nie dla zysku. Kasy jako reprezentanci ubezpieczonych stały się nabywcami usług medycznych od świadczeniodawców, czuwając równocześnie nad kosztami tych usług oraz ich jakością²⁹⁸.

Przekonanie, że placówki medyczne same utrzymają się z umów i kontraktów zawartych z Kasami Chorych, wpłynęło na to, że w 1998 r. jednostki samorządu terytorialnego przejęły majątek podległych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Szybko jednak okazało się, że większość powiatów jako organy założycielskie tych szpitali nie jest w stanie współpartycypować w kosztach funkcjonowania tych podmiotów. Wprowadzona decentralizacja struktury Kas Chorych doprowadziła do zróżnicowania polityk zdrowotnych wobec ubezpieczonych, co przełożyło się na nierówne traktowanie pacjentów. Zabrakło rozwiązań prawnych, które ujednoliciłyby politykę Kas Chorych. Kasy Chorych nie podołały spełnieniu oczekiwań społecznych²⁹⁹ pokładanych w systemie ochrony zdrowia³⁰⁰, dlatego ustawą z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia³⁰¹ zlikwidowano 16 regionalnych Kas Chorych i powołano Narodowy Fundusz Zdrowia w celu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych i ich finansowania oraz refundacji leków w ramach posiadanych środków finansowych. Według M. Skawińskiej zastąpienie Kas Chorych Narodowym Funduszem Zdrowia jest niewystarczającym działaniem, aby poprawić publiczne leczenie. Dopiero autentyczna konkurencja w leczeniu, możliwa dzięki temu, że dysponent naszych pieniędzy zacznie podpisywać umowy nie tylko z placówkami państwowymi, ale także prywatnymi, może doprowadzić do zniwelowania rozbieżności między tym, co jest, a tym, czego oczekują pacjenci³⁰². Aby lepiej zrozumieć zależności i mechanizmy zachodzące w powszechnej ochronie zdrowia, należy najpierw wyjaśnić zakres pojęciowy terminów określających tę tematykę.

²⁹⁷ Zob. na temat form i metod finansowania opieki zdrowotnej np. U. Prasznic, *Finansowanie ochrony zdrowia*, [w:] J. Jończyk (red.), *Opieka zdrowotna. Materiały V Kolokwium Ubezpieczenia Społecznego*, Wrocław, wrzesień 1989, Wrocław 1989, s. 106 i n.

²⁹⁸ J. Koźmiński, *Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych*, „Polityka Społeczna” 2000, nr 7, s. 2.

²⁹⁹ M. Skawińska, *op. cit.*, s. 74.

³⁰⁰ System ochrony zdrowia obejmuje ogół działań, urządzeń, norm prawnych i instytucji, reguł finansowania, których celem jest poprawa sytuacji zdrowotnej społeczeństwa lub niedopuszczenie do jej pogorszenia, zob. U. Prasznic, *op. cit.*, s. 105.

³⁰¹ Dz. U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391 ze zm.

³⁰² M. Skawińska, *op. cit.*, s. 74.

1.5.1. Zakres pojęcia „ochrona zdrowia”

Termin „ochrona zdrowia” posiada szeroki wydźwięk na gruncie polskiego ustawodawstwa. Występuje zarówno w ustawach ustrojowych³⁰³ określających podstawy i zakres funkcjonowania organów i instytucji publicznych, jak i w ustawach prawa materialnego określających konkretne kompetencje i formy działania tychże organów i instytucji³⁰⁴. Zadania publiczne realizowane w ramach „ochrony zdrowia” obejmują zarówno zapewnienie „opieki zdrowotnej”³⁰⁵ poprzez udzielenie świadczeń medycznych w ramach tej opieki i promocję zdrowia, jak również eliminowanie zagrożeń dla zdrowia (w związku z obowiązkiem zwalczania np. chorób epidemicznych oraz zapobiegania degradacji środowiska)³⁰⁶. Wynika z powyższego, że termin „ochrona zdrowia” opiera się na kilku aspektach, spośród których szczególnie znaczenie ma promocja zdrowia oraz opieka zdrowotna zapewniana przez udzielanie świadczeń medycznych.

Śród ustaw prawa materialnego, stosujących termin „ochrona zdrowia”, w pierwszej kolejności należy wskazać ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego³⁰⁷, która podejmuje próbę zdefiniowania terminu „ochrona zdrowia” poprzez odniesienie się do jednego z obszarów zdrowia człowieka, właściwego dla jej zakresu przedmiotowego, tj. terminu „ochrona zdrowia psychicznego”. W art. 2 ustawy stanowi się, że ochrona zdrowia psychicznego obejmuje realizację zadań dotyczących w szczególności:

- 1) promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym,
- 2) zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,
- 3) kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

³⁰³ Ustawy te omówione będą w dalszej części pracy. Do grupy ustaw ustrojowych należy również ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1220), która określa zadania ministra właściwego do spraw zdrowia jako jednego z organów administracji publicznej (art. 33 ust. 1).

³⁰⁴ M. Dercz, *Samorząd terytorialny...*, s. 26.

³⁰⁵ Opieka zdrowotna to troska o stan zdrowia człowieka, grupy czy nawet całego społeczeństwa. Zob. na temat opieki zdrowotnej: A. Malaka, *Opieka zdrowotna a rehabilitacja inwalidów*, [w:] J. Jończyk (red.), *op. cit.*, s. 125 i n.

³⁰⁶ M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Warszawa-Poznań 2001, s. 11.

³⁰⁷ T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 685.

Próbie określenia zakresu omawianego pojęcia podejmuje również ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych³⁰⁸.

Ochrona zdrowia według art. 3 powołanej ustawy jest realizowana przez kształtowanie polityki zdrowotnej, ekonomicznej i społecznej, do której należy:

- 1) ochrona prawa osób niepalących do życia w środowisku wolnym od dymu tytoniowego, pary z papierosów elektronicznych i substancji uwalnianych za pomocą nowatorskich wyrobów tytoniowych;
- 2) promocja zdrowia przez propagowanie stylu życia wolnego od nałogu palenia papierosów, używania innych wyrobów tytoniowych oraz palenia papierosów elektronicznych;
- 3) działalność wychowawcza i informacyjna;
- 4) tworzenie warunków ekonomicznych i prawnych zachęcających do ograniczenia używania tytoniu;
- 5) informowanie o szkodliwości palenia tytoniu na opakowaniach wyrobów tytoniowych;
- 6) obniżanie norm dopuszczalnych zawartości substancji szkodliwych w wyrobach tytoniowych;
- 7) leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych od tytoniu.

Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi³⁰⁹ w art. 2 wymienia zadania w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi, jednakże nie używa wprost terminu „ochrona zdrowia”.

Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy³¹⁰, gdzie np. w rozdziale VI zatytułowanym *Profilaktyczna ochrona zdrowia* od art. 226 i n. są wymienione obowiązki, a także zadania pracodawcy oraz pracownika w zakresie ochrony zdrowia pracownika.

Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy³¹¹ w art. 1 wskazuje jako cel ustawy ochronę zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków środowiska pracy i sposobem jej wykonywania oraz sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, w tym kontroli zdrowia pracujących.

Jak z powyższego wynika, „ochrona zdrowia” opiera się na kilku aspektach³¹², spośród których wiodącymi są świadczenia zdrowotne (opieka zdrowotna) oraz promocja zdrowia. Terminy te jako terminy prawne poparte przepisami prawa wyznaczają obowiązki dla administracji publicznej z zakresu ochrony zdrowia.

³⁰⁸ T. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2182.

³⁰⁹ T. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2277.

³¹⁰ T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320.

³¹¹ T. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1175.

³¹² Zob. J. Nosko, *Promocja zdrowia i ochrona zdrowia jako zadania własne samorządu terytorialnego*, cz. 1, „Zdrowie Publiczne 2000”, nr 4, s. 149 i n.

1.5.2. Zakres pojęcia „świadczenie zdrowotne”

Drugim z istotnych aspektów „ochrony zdrowia” jest „świadczenie zdrowotne”. Termin ten jest często używany w wielu ustawach, funkcjonując tam zazwyczaj w oderwaniu od szerszego terminu „ochrony zdrowia”³¹³. Pierwowzór tego pojęcia był zawarty w art. 3 już nieobowiązującej ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Przywołany artykuł za świadczenia zdrowotne uznawał działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności związane z:

- 1) badaniem i poradą lekarską;
- 2) leczeniem;
- 3) badaniem i terapią psychologiczną;
- 4) rehabilitacją leczniczą;
- 5) opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem;
- 6) opieką nad zdrowym dzieckiem;
- 7) badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną;
- 8) pielęgnacją chorych;
- 9) pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi;
- 10) opieką paliatywno-hospicyjną;
- 11) orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia;
- 12) zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne;
- 13) czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji;
- 14) czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Powyższe enumeratywne przedstawienie pozwala tylko na zorientowanie się, jakie są typy świadczeń zdrowotnych, gdyż użyta formuła „w szczególności” nie jest wyczerpująca³¹⁴, np. szczepienia ochronne, zwalczanie chorób zakaźnych są unormowane w odrębnych przepisach³¹⁵. Dana czynność może zostać uznana za świadczenie zdrowotne tylko wtedy, gdy będzie wykonana profesjonalnie (zawodowo) przez podmiot uprawniony

³¹³ M. Dercz, *Samorząd terytorialny...*, s. 34

³¹⁴ M. Dercz, *Komentarz do art. 3*, [w:] M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2010, s. 42.

³¹⁵ Zob. ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1239); ustawę z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 59); rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 753).

(art. 3 i 4 oraz 10 pkt 1 u.z.o.z.). Wskazane czynności w art. 3 w pkt 1-14 muszą być realizowane w jednym z celów wskazanych w tym przepisie (dla zachowania, ratowania, przywracania i poprawiania zdrowia). Świadczenia zdrowotne więc wynikają z działań medycznych oraz z procesu leczenia³¹⁶. Świadczeń zdrowotnych mogą udzielać podmioty lecznicze³¹⁷, osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny oraz w ramach grupowej praktyki lekarskiej bądź grupowej praktyki pielęgniarskiej lub lekarskiej.

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej została zastąpiona ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³¹⁸, która to ustawa w art. 2 ust. 1 pkt 10³¹⁹ powtórzyła definicję „świadczenia zdrowotnego” za uchyloną u.z.o.z., bez wyszczególnienia typów świadczeń zdrowotnych.

Definicję omawianego pojęcia znajdziemy również w art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³²⁰. Definicja ta pojmuje „świadczenie zdrowotne” jako działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania.

Należy podkreślić, że na użyte w art. 68 Konstytucji RP pojęcie „świadczenie opieki zdrowotnej” składa się pojęcie „świadczenie zdrowotne”³²¹ oraz inne świadczenia unormowane w art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. takie jak:

- świadczenie opieki zdrowotnej – świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące (pkt 34);
- świadczenie gwarantowane – świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie (pkt 35);
- świadczenie specjalistyczne – świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (pkt 36);
- świadczenie zdrowotne rzeczowe – związane z procesem leczenia leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne (pkt 37);

³¹⁶ J. Nosko, *Pojęcie świadczenia zdrowotnego w świetle uregulowań prawnych*, „Zdrowie Publiczne” 1999, nr 10, s. 361.

³¹⁷ Zob. art. 4 ust.1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 295), dalej u.d.l. Więcej na temat podmiotu leczniczego w dalszej części pracy.

³¹⁸ T. j. Dz. U. 2020 r. poz. 295.

³¹⁹ Świadczenie zdrowotne – działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

³²⁰ T. j. Dz. U. 2020 r. poz. 1398.

³²¹ M. Dercz, *Komentarz do art. 3...*, s. 43.

- świadczenie towarzyszące – zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia żywienie oraz usługi transportowe (pkt 38);
- świadczenie wyskoscjaliczyczne (pkt 39) – świadczenie opieki zdrowotnej lub procedurę medyczną spełniające łącznie następujące kryteria:
 - a) udzielenie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanych umiejętności osób udzielających świadczenia,
 - b) koszt jednostkowy świadczenia jest wysoki.

Kolejne rodzaje „świadczeń zdrowotnych” zawierają także ustawy regulujące zawody medyczne:

- art. 2 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry³²² uznaje, że wykonywanie zawodu lekarza wiąże się z udzielaniem świadczeń zdrowotnych takich jak w szczególności: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitacja chorych, udzielanie porad lekarskich, a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich, prowadzenie prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia oraz nauczanie zawodu lekarza.
- w art. 4 i 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej³²³ przyjęto, że świadczenia zdrowotne są to w szczególności świadczenia polegające na: rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta; rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta; planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem; samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych; realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji; orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych; edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia; rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej; kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka; prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej; przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego; podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby

³²² T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 514.

³²³ T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 562.

ręcznego zbadania macicy; sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego; badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji; realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji; samodzielny udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych; profilaktyce chorób kobiecych i patologii położniczych; rozpoznawaniu u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza; sprawowaniu opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą; prowadzeniu działalności edukacyjno-zdrowotnej z zakresu przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa oraz z zakresu przygotowywania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia.

1.5.3. Zakres pojęcia „promocja zdrowia”

Filozofia zdrowia i życia, w której centralne miejsce zajmuje promocja zdrowia, kształtowała się na przestrzeni wielu lat³²⁴. Programowym dokumentem dla „promocji zdrowia” jest tzw. Karta Ottawska przyjęta na pierwszej Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w dniach 17-21 listopada 1986 r. w Ottawie. Najbardziej znaną definicją promocji zdrowia jest definicja Światowej Organizacji Zdrowia z 1986 r., która za termin ten uznaje proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie, jego poprawę i utrzymanie. Postanowienia Karty Ottawskiej uznają za promocję zdrowia działania zmierzające do spełnienia przynajmniej dwunastu uwarunkowań dobrego samopoczucia: utrzymanie koncepcji psychofizycznej stosownie do wieku i płci, możliwość pełnego korzystania z praw i swobód obywatelskich, uzyskanie odpowiedniego wykształcenia, możliwość zatrudnienia, odpowiednie warunki pracy, dobre warunki mieszkaniowe, możliwość oszczędzania, możliwość komunikacji i łączności z innymi ludźmi, możliwość regeneracji sił, wypoczynku i rozrywki, odpowiednie odżywienie i zaopatrzenie w żywność, dostępność odpowiedniej odzieży, poczucie bezpieczeństwa³²⁵.

Artykuł 11 pkt 2 Europejskiej Karty Społecznej nakłada na państwa – sygnatariuszy obowiązek zapewnienia ułatwień w zakresie edukacji w zakresie poprawy stanu

³²⁴ M. Dercz, *Samorząd terytorialny...*, s. 28.

³²⁵ Por. *ibidem*, s. 29-30 oraz rozważania J. Blicharz nad zapewnieniem poczuciem bezpieczeństwa przez państwo dzięki przez państwo nad różnymi sferami życia obywateli, zob. J. Blicharz, *Idea „absolutnego bezpieczeństwa” a problem wolności obywateli w demokratycznym państwie*, [w:] A. Błaś, J. Boć (red.), *Stan i kierunki rozwoju nauk administracyjnych*, Wrocław 2014, s. 72.

zdrowia oraz rozwijania indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie. Działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu (zgodnie z przepisem art. 2 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej) promocja zdrowia.

Według art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii³²⁶ działalność wychowawcza, edukacyjna, informacyjna i profilaktyczna obejmuje promocję zdrowia psychicznego oraz promocję zdrowego stylu życia. Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych w art. 3 pkt 2 wskazuje, że promocja zdrowia to propagowanie stylu życia wolnego od nałogu palenia papierosów, używania innych wyrobów tytoniowych oraz palenia papierosów elektronicznych.

Z kolei art. 7 ust. 4 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego nakłada na ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia obowiązek określenia w drodze rozporządzenia³²⁷, sposobu organizowania prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym.

Im skuteczniejsza będzie promocja zdrowia, tym mniejsza będzie istniała potrzeba udzielania świadczeń zdrowotnych³²⁸.

³²⁶ T. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 852.

³²⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458).

³²⁸ M. Dercz, H. Izdebski, *op. cit.*, s. 23.

Rozdział 2

Publiczne prawa podmiotowe a przepisy artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej

2.1. Prawa człowieka a prawo podmiotowe

Mając zarysowane elementy struktury praw człowieka³²⁹, należy przystąpić do omawiania zagadnienia prawa podmiotowego pojętego jako konstrukcja służąca ochronie poszczególnych praw człowieka³³⁰. Prawami podmiotowymi nazywa się „złożone sytuacje prawne wyznaczone jakimś podmiotom przez obowiązujące normy ze względu na uznane przez prawodawcę społecznie uzasadnione interesy tych podmiotów (...). Pojęcie interesu jest (...) pojęciem aksjologicznym; aby ustalić, na czym polega interes jakiegoś podmiotu, trzeba odwołać się do określonego systemu wartości”³³¹. Niekiedy za prawo podmiotowe uważa się opartą na obowiązującej normie sytuację prawną, w której podmiotem prawa jest jednostka, a podmiotem zobowiązanym – państwo. Przy takim ujęciu prawa (wolności) osobiste byłyby sprowadzone do zakazu ingerencji organów państwa w pewne sfery działań podmiotów prawa; prawa socjalne, gospodarcze i kulturalne byłyby uprawnieniami do określonego rodzaju świadczeń ze strony państwa na rzecz jednostek³³².

Możliwości pewnego postępowania przez podmiot administrowany A. Marszałek określiła jako publiczne prawo podmiotowe³³³. Według P. Przybysza dla opisanie relacji między obywatelem a administracją działającą władczo stworzono publiczne prawa podmiotowe. Możliwości przeciwstawienia się jednostki administracji działającej władczo stawiało podmiot administrowany w jednej z trzech sytuacji, składających się na tzw. triadę Bernatzika, tj. administrowany mógł mieć interes faktyczny³³⁴, interes prawny lub

³²⁹ Zdaniem M. Piechowiaka za prawa człowieka należy uznać zespół praw podmiotowych wynikających z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka, których celem jest rozwój osoby ludzkiej, zob. M. Piechowiak, *Filozofia praw człowieka. Prawa człowieka w świetle ich międzynarodowej ochrony*, Lublin 1999, s. 183.

³³⁰ *Ibidem*, s. 183.

³³¹ A. Redelbach, S. Wronkowska, Z. Ziemiński, *Zarys teorii państwa i prawa*, Warszawa 1993, s. 153.

³³² M. Piechowiak, *op. cit.*, s. 183.

³³³ A. Marszałek, *Koncepcja publicznych praw podmiotowych*, http://lexplay.pl/artukul/prawo_administracyjne/koncepcja_publicznych_praw_podmiotowych1 [dostęp 20.04.2020].

³³⁴ P. Przybysz, *Publiczne prawa podmiotowe*, [w:] M. Wierzbowski (red.), *Prawo administracyjne*, wyd. 10, Warszawa 2011, s. 137.

publiczne prawo podmiotowe. Interes faktyczny zachodzi w sytuacji (obecnej lub przyszłej), gdy konkretna osoba odniesie bezpośrednią korzyść na skutek działań lub zaniechań organu administracji. Z racji tego, że interes faktyczny nie jest prawnie chroniony, odmowa jego uwzględnienia jest dopuszczana. Interes prawny jest kwalifikowanym przez przepisy prawa interesem faktycznym. Przepisy prawa nakazują organowi administracji rozpatrzenie interesu prawnego obywatela i uwzględnienie go w miarę możliwości. Jeżeli organ administracji wskaże okoliczności uzasadniające, to może odmówić uwzględnienia interesu prawnego – w szczególności jeśli wskaże interes społeczny stojący na przeszkodzie uwzględnieniu interesu prawnego obywatela³³⁵.

Interes prawny wzmocniony o kategorię roszczenia, jakie przez to prawo nabywa jednostka w stosunku do administracji publicznej, nazywamy publicznym prawem podmiotowym³³⁶. Roszczenie nabywa podmiot dzięki instrumentom wskazanym przez prawo. Prawo publiczne podmiotowe może zaistnieć dopiero wtedy, kiedy dana dziedzina życia (ochrona zdrowia) jest objęta regulacją administracyjnoprawną³³⁷. Według W. Jakimowicza podstawy publicznych praw podmiotowych, tak jak podstawy praw człowieka, należy poszukiwać w prawach podstawowych, przyrodzonych człowiekowi, a norma prawna jest tylko uzewnętrznieniem tego prawa³³⁸.

2.2. Pojęcie publicznych praw podmiotowych w nauce

2.2.1. Rozwój instytucji publicznego prawa podmiotowego

Pojęcie publicznych praw podmiotowych³³⁹ jest świadectwem troski państwa o obywateli, dla których prawo to jest uprawnieniem, a obowiązek jego zrealizowania spoczywa na państwie i jego organach. Głównym zadaniem publicznego prawa podmiotowego jest możliwość analizy porządku prawnego z punktu widzenia ochrony obywatela lub innego podmiotu (np. osoby prawnej), ułatwiającym zorientowanie niezbędne do tworzenia aktów normatywnych, umożliwiającym ogólną ocenę prawodawstwa

³³⁵ P. Przybysz, *Publiczne prawa...*, s. 137 i n.

³³⁶ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne*, wyd. 6, Warszawa 2014, s. 317 i 318.

³³⁷ M. Wierzbowski, Z. Cieślak, J. Jagielski, J. Lang, M. Szubiakowski, A. Wiktorowska, *Prawo administracyjne*, Warszawa 2003, s. 125.

³³⁸ W. Jakimowicz, *Publiczne prawa podmiotowe*, Kraków 2002, s. 38 i n.

³³⁹ Według J. Bocia i A. Błasia: „publiczne prawa podmiotowe oznaczają taką sytuację prawną obywatela (jednostki zbiorowej), w obrębie, której obywatel ten (jednostka zbiorowa), opierając się na chroniących jego interesy prawne normach prawnych może skutecznie żądać czegoś od państwa lub może w sposób niekwestionowany przez państwo coś zdziałać”, J. Boć, A. Błaś, *Publiczne prawa podmiotowe [w:] Prawo administracyjne*, J. Boć (red.) Kolonia Limited, Wrocław 2010, s. 505.

i praktyki co do nasycenia ich elementami demokracji (państwa faszystowskie odrzuciły całkowicie koncepcję praw podmiotowych)³⁴⁰.

Ukształtowanie pozycji jednostki jako obywatela, a nie poddanego, wynikało z faktu podporządkowania państwa (władzy publicznej) prawu³⁴¹. Proces ten został zapoczątkowany w XIX wieku, przede wszystkim w Niemczech i Austrii, w procesie walki o państwo prawne. W początkowej fazie wysunięty przez doktrynę państwa prawnego postulat praw jednostki był czymś w rodzaju hasła bojowego, które to hasło w miarę jego realizacji na gruncie prawa pozytywnego przerodziło się w poprawną budowę praw jednostki wobec władzy³⁴². Niemiecki filozof prawa F.J. Stahl uznaje, że każde państwo powinno dążyć do tego, aby być państwem prawnym³⁴³, które za pomocą przepisów prawa musi określić zarówno drogi i granice własnej działalności, jak i sferę swobody obywateli oraz niezłomnie ich chronić³⁴⁴. Idea państwa prawa przechodziła poważną ewolucję prowadzącą do sposobu pojmowania państwa i jego roli w życiu człowieka. Termin „państwo prawne” pojawił się dopiero w XIX wieku. Istotą „państwa prawnego” nie było tylko to, żeby państwo posługiwało się wyłącznie prawem, czy żeby władza podlegała tylko prawu³⁴⁵. Również istotą zakresu pojęcia „państwo prawne” nie jest to, aby państwo to polegało wyłącznie na zachowaniu formy prawa, ale na tym, że prawo miało mieć pewną, gwarantowaną określoną treść. Szczególną cechą państwa prawnego jest to, że wszystkie cele jednostek czy grup społecznych są uwzględnione. Takie państwo gwarantowało wolność jednostki³⁴⁶, a prawo miało być równe dla wszystkich, wszystkim przysługiwały te same gwarancje korzystania ze sfery wolności. Współczesna idea państwa prawnego³⁴⁷ jest rozwinięciem wątków dziewiętnastowiecznych połączonych z doświadczeniami wyniesionymi po dwudziestowiecznych reżimach totalitarnych, których to działania uzmysłowiły, że państwo nigdy nie może być omnipotentne³⁴⁸. Uznana

³⁴⁰ *Ibidem*.

³⁴¹ M. Maciołek, *O publicznym prawie podmiotowym*, „Samorząd Terytorialny” 1992, nr 1-2, s. 3.

³⁴² F. Longchamps, *Z rodowodu prawa podmiotowego*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Wrocławskiego, Seria A” 1961, Nr 34, s. 123.

³⁴³ Istotą „państwa prawnego” nie jest tylko to, żeby państwo posługiwało się wyłącznie prawem, czy żeby władza podlegała tylko prawu.

³⁴⁴ F.J. Stahl, *Philosophie des Rechts*, II 2, Heidelberg 1833, s. 137 cyt. za: F. Longchamps, *Poglądy nauki niemieckiej i austriackiej na publiczne prawa podmiotowe*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Wrocławskiego, Seria A” 1960, Nr 21, s. 35.

³⁴⁵ Zob. M. Zmierzak, *Kształtowanie się koncepcji państwa prawnego (na przykładzie niemieckiej myśli polityczno-prawnej)*, [w:] S. Wronkowska (red.), *Polskie dyskusje o państwie prawa*, Warszawa 1995, s. 11.

³⁴⁶ Wolność osobistą, wolność sumienia i wyznania, wolność słowa, stowarzyszeń, zrzeczeń, ale także swobodę działalności gospodarczej.

³⁴⁷ W dzisiejszych warunkach konstytucyjnych w Polsce terminy „państwo prawne” oraz „państwo prawa” można używać zamiennie. Pogląd taki wyraził J. Nowacki, zob. J. Nowacki, *Rządy prawa. Dwa problemy*, Katowice 1995, s. 15 i n.

³⁴⁸ Zob. M. Zmierzak, *O pojmowaniu państwa prawa – perspektywa historyczna*, [w:] G. Ulicka, S. Wronkowska (red.), *Spory wokół teorii i praktyki państwa prawa*, Warszawa 2011, s. 15 i n.

współcześnie³⁴⁹ za klasyczną koncepcję państwa prawa przedstawiona wizja K. Starnowskiej obejmuje następujące elementy:

- a) oparcie państwa i władzy państwowej na konstytucji;
- b) relacje między państwem a obywatelem określają prawa zasadnicze takie jak prawa człowieka i prawa obywatela;
- c) występuje trójpodział władzy na władzę ustawodawczą, wykonawczą i sądową;
- d) podstawą i granicą wszelkiego działania (państwa) władzy ustawodawczej jest konstytucja, zaś władzy wykonawczej ustawy i rozporządzenia;
- e) wobec prawa wszyscy są równi;
- f) gwarancje ochrony prawnej zapewniają niezawisłe sądy;
- g) funkcjonariusze państwa podlegają odpowiedzialności karnej odszkodowawczej;
- h) sprecyzowane zasady w orzecznictwie – proporcjonalność, przewidywalność i obliczalność ingerencji państwa ukierunkowują pojęcia państwa prawa³⁵⁰.

Dążenia państwa do tego, aby być państwem prawnym, ukształtowały teorię publicznych praw podmiotowych, które stały się miernikiem przedmiotowego porządku prawnego i tym samym regulowały życie społeczne, a zwłaszcza stosunek państwa do obywateli poprzez wymuszanie na państwie (a ściślej na władzy publicznej i samorządowej)

³⁴⁹ Obecne funkcjonowanie państwa prawa obiega od wypracowanych koncepcji z racji konfliktu wartości i interesów między zainteresowanymi stronami (państwem a obywatelem). Ujawnia się potrzeba zdefiniowania na nowo roli państwa, procesy globalizacji wywołały efekt w postaci erozji tradycyjnych funkcji państwa i zostało ono zmuszone do włączenia się w proces *governance*. Zob. R. Herbut, *Zmiana roli państwa – instytucjonalny kontekst funkcjonowania rządów prawa*, [w:] G. Ulicka, S. Wronkowska (red.), *Sporo wokół teorii i praktyki państwa prawa*, Warszawa 2011, s. 137-141.

Zdaniem J. Supernata *governance* jest koncepcją dotyczącą relacji pomiędzy rządem i społeczeństwem, termin „administracja publiczna” przestał już być jedynym terminem opisującym służbę społeczeństwu przez świadczenie usług. Koncepcja ta wyjaśnia proces kształtowania i realizacji polityki społecznej. *Governance* stawia ważne pytania dotyczące tego, co rząd powinien robić i jak może to robić lepiej, realizując koncepcję nowego publicznego zarządzania. Na przestrzeni ostatnich lat rząd jest zbyt odległy od obywateli i społeczeństwa, a jego organy i pracownicy nieefektywni. Koncepcję tę charakteryzuje rosnąca gotowość wykorzystywania nowych metod przygotowywania i realizacji polityki społecznej z zachowaniem świadczenia usług publicznych pod kontrolą rządową (w tym usług w sektorze ochrony zdrowia), zob. J. Supernat, *Administracja publiczna, governance i nowe publiczne zarządzanie*, „Administracja. Teoria – Dydaktyka – Praktyka” 2008, nr 1 (10), s. 5 i n.; *idem*, *Administracja publiczna, governance i nowe publiczne zarządzanie*, [w:] J. Blicharz, J. Boć (red.), *Prawna działalność instytucji społeczeństwa obywatelskiego*, Wrocław 2009, s. 139 i n., zob. również: *idem*, *Good Governance and Public Administration*, [w:] R. Grzeszczak (red.), *Challenges of Good Governance in the European Union*, Baden-Baden 2016, s. 49-61. Zob. też A. Skrabia, *Governance, the state, and the market: what is going on?*, „International Journal of Policy and Administration” 2000, vol. 13(2), s. 245 i n.; I. Niżnik-Dobosz (red.), *Zastosowanie idei public governance w prawie administracyjnym*, Warszawa 2014.

³⁵⁰ K. Stern, *Das Staatsrecht der BRD*, Bd. 1, München 1984 albo starsze wydanie: *idem*, *Der Rechtsstaat*, Kreisfeld 1971, s. 7. i n. cyt. za: I. Lipowicz, *Polska wizja państwa prawa. Dylematy przebudowy państwa według reguł państwa prawa – aspekt publicznoprawny*, [w:] G. Ulicka, S. Wronkowska (red.), *op. cit.*, s. 65.

respektowania ustanowionego przez to państwo porządku prawnego, dzięki kontroli działania władzy publicznej za pośrednictwem sądów³⁵¹.

Pojęcie publicznych praw podmiotowych związanych z pojęciem państwa prawnego przechodziło różne etapy. U schyłku XIX wieku pierwszą rozwiniętą teorię publicznych praw podmiotowych przedstawił G. Jelinek. Zdaniem Jelinka założeniem każdego prawa podmiotowego jest istnienie obiektywnego porządku prawnego. Autor rozważał, czy jest możliwe obiektywne prawo normujące organizację państwa i stosunki między nim a jego członkami, tj. czy w ogóle jest możliwe do zaakceptowania prawo publiczne w sensie przedmiotowym, skoro samo państwo jest twórcą całego porządku prawnego. Twierdząca odpowiedź na to pytanie rozstrzygnęła długotrwały spór o afirmację publicznego prawa podmiotowego, uwydatniając przy tym pewien znamieny związek pojęciowy: „warunkiem poddania państwa prawu jest uznanie drugiego podmiotu i jego praw podmiotowych”³⁵². W kwestii pojęcia prawa podmiotowego Jelinek przyjął pogląd łączący teorię woli z teorią interesu. Jego zdaniem interes jest elementem materialnym prawa podmiotowego, a wola – elementem formalnym. „Prawo podmiotowe jest to władztwo woli ludzkiej, uznane i chronione przez porządek prawny, skierowane ku pewnemu dobru lub interesowi”³⁵³. W dalszej części swojego wywodu autor przedstawia kryterium (na podstawie właściwości samego prawa podmiotowego) określające, kiedy prawo podmiotowe jednostki jest publicznym prawem podmiotowym, a jest nim wtedy, kiedy polega wyłącznie na możliwości wprowadzenia w ruch norm prawnych w interesie indywidualnym³⁵⁴. Funkcja ochronna prawa w warunkach dobrej administracji cechuje się realizacją prawnie chronionych interesów jednostki³⁵⁵, pozostając w zgodzie z interesem społecznym (interesem publicznym)³⁵⁶.

Koncepcji interesu publicznego nie można poddawać rozważaniom w całkowitym oderwaniu od interesów jednostkowych. Powszechnie zakłada się, że nie może istnieć dobro ogólne, gdzie nie byłoby miejsca na tak znaczący element, jak wzgląd na jednostkę.

³⁵¹ Zob. M. Stahl, *Publiczne prawo podmiotowe*, [w:] Z. Duniewska, B. Jaworska-Dębska, R. Michalska-Badziak, E. Olejniczak-Szałowska, M. Stahl, *Prawo administracyjne. Pojęcia, instytucje, zasady w teorii i orzecznictwie*, Warszawa 2000, s. 55 i n.

³⁵² G. Jelinek, *System der subjektiven öffentlichen Rechte*, wyd. 1, Freiburg im Breisgau 1892, s. 8-10, cyt. za: F. Longchamps, *Poglądy nauki...*, s. 56.

³⁵³ G. Jelinek, *System...*, wyd. 2, Freiburg im Breisgau 1905 s. 44, cyt. za: F. Longchamps, *Poglądy nauki...*, s. 57.

³⁵⁴ *Ibidem*, s. 58.

³⁵⁵ Należy podkreślić, że realizacja interesu indywidualnego w postaci świadczeń z zakresu ochrony zdrowia niezbędnych do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego nie stoi w sprzeczności z interesem społecznym/publicznym, gdyż interes publiczny w postaci ochrony zdrowia publicznego nie będzie mógł być zrealizowany, gdy interes indywidualny w postaci niezbędnych świadczeń zdrowotnych nie będzie zaspokojony.

³⁵⁶ B. Kozička, M. Pszczyński, *Praworządność a interes indywidualny i interes społeczny – dylematy imperium et libertas*, [w:] J. Supernat (red.), *Między tradycją a przyszłością w nauce prawa administracyjnego. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Janowi Bociowi*, Wrocław 2009, s. 391.

Nie jest też tak, że interes publiczny jest sumą interesów indywidualnych, mimo że częścią wspólną tych interesów jest ochrona jednostki. Chociaż nie zawsze mamy do czynienia z pełnym wpisaniem się interesu danej jednostki w interes publiczny, nie musi to wcale oznaczać konfliktu pomiędzy tymi interesami. Występująca czasami pewna dysharmonia między tymi interesami nie przesądza o tym, że mogą one też funkcjonować na równoległych płaszczyznach, pozostając względem siebie całkowicie obojętne, nie będąc jednocześnie ze sobą w żadnym konflikcie i realizując interesy w pełni tożsame. Wielokrotnie w swoim orzecznictwie Trybunał Konstytucyjny, poszukując treści pojęcia interesu publicznego, odwoływał się do wartości ujętych przez ustawodawcę w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP i orzekał, że interes publiczny pełni rolę ogólnego wyznacznika granic wolności i praw jednostki. Zapewnienie interesu publicznego polega na gwarancji co najmniej jednej z sześciu wartości: bezpieczeństwa prawnego; porządku publicznego; ochrony środowiska; ochrony zdrowia publicznego; ochrony moralności publicznej; wolności i praw innych osób³⁵⁷.

Pod pojęciami interes publiczny oraz interes indywidualny kryją się różne konkretne interesy państwa, grup społecznych czy poszczególnych osób, jednak na gruncie przepisów kodeksu postępowania administracyjnego³⁵⁸, w szczególności art. 7 k.p.a. nie różnicuje się wagi poszczególnych interesów, traktując je jako równorzędne. Organy administracji publicznej w swoim działaniu powinny znaleźć równowagę między istniejącym interesem publicznym a interesem indywidualnym³⁵⁹ oraz zaspokoić interes indywidualny, jeśli nie narusza to interesu publicznego³⁶⁰. Zdaniem J. Bocia w polskim prawie administracyjnym interes publiczny (społeczny)³⁶¹ występuje w kilku podstawowych kontekstach, począwszy od wydania przez organ administracyjny generalnego aktu prawnego poprzez wpływ interesu społecznego na odpowiednią treść decyzji, czy też wydanie decyzji przez naczelny organ administracji państwowej uchylającej lub zmieniającej niewadliwą decyzję ostateczną, jeżeli nie można w inny sposób usunąć stanu zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego (art. 161 § 1 k.p.a.). Ostatnią przesłanką podejmowania pewnych zespołów niejednorodnych czynności administracyjnych, zmierzających do realizacji interesu publicznego są działania administracji wdrażane w sposób kompleksowy, które zgodnie z prawem przedmiotowym są niezbędne do wykonania

³⁵⁷ A. Wilczyńska, *Interes publiczny w prawie stanowionym i orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego*, „Przegląd Prawa Handlowego” 2009 t. 6, s. 48-55.

³⁵⁸ Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 256) – dalej k.p.a.

³⁵⁹ B. Kozicka, M. Pszczyński, *op. cit.*, s. 395.

³⁶⁰ Wyrok NSA z dnia 11 czerwca 1981 r., SA 820/81, ONSA z 1981 r., z. 1, poz. 57.

³⁶¹ A. Duda stwierdził: „W obecnej sytuacji polityczno-ustrojowej – tj. w państwie prawnym – pojęcia interesu społecznego i interesu publicznego są znaczeniowo tożsame i nie są równoznaczne z pojęciem interesu państwa – A.S. Duda, *Interes prawny w polskim prawie administracyjnym*, Warszawa 2008, s. 24.

określonych uprawnień czy obowiązków obywateli, realizowanych z mocy prawa czy decyzją administracyjną³⁶².

Prawodawca ustanawia normy prawa (prawo przedmiotowe), stwarzając zainteresowanemu podmiotowi podstawę (prawo podmiotowe, uprawnienie) do roszczenia, by ten interes był zaspokojony³⁶³. Przez pojęcie roszczenie, według Jedlinka, można rozumieć konkretne i aktualne żądanie, zwrócone do określonej osoby, wynikające z prawa podmiotowego. Autor na gruncie określonego prawa pozytywnego rozróżniał jeszcze roszczenie publiczno-prawne w znaczeniu materialnym (odpowiadające prawom publicznym w znaczeniu materialnym) i w znaczeniu formalnym, tj. takie, które bez względu na to, jaki interes wchodzi w grę, z mocy prawa pozytywnego mają być oceniane według norm prawa publicznego, w szczególności podlegają sądom prawa publicznego³⁶⁴.

Kolejny przedstawiciel nauki niemieckiej, O. Mayer, wprowadził pojęcie publicznych praw podmiotowych jako jeden z istotnych elementów do swego pionierskiego systemu prawa administracyjnego. Ujął on publiczne prawo podmiotowe jako „moc nad częścią władzy publicznej, przyznana uprawnionemu dla jego korzyści”³⁶⁵. W tworzonych definicjach administracji i prawa administracyjnego zawarł przesłanki potrzebne do zbudowania tego pojęcia, a rozważając dwustronną moc normy prawnej w prawie administracyjnym (słynny aksjomat państwa prawnego), przedstawił filozofię publicznych praw podmiotowych³⁶⁶, która spotkała się z krytyką, gdyż była to teoria postulowana, nieodpowiadająca całkiem rzeczywistości ówczesnych Niemiec³⁶⁷.

W przeddzień pierwszej wojny światowej ukazała się publikacja, która według F. Longchamps'a była chyba najbardziej dojrzałym wyrazem ówczesnych zapatrywań na publiczne prawa podmiotowe³⁶⁸. Definicja O. Bühlera cechowała się troską o uściślenie kryteriów sytuacyjnych, brzmiała następująco: „Publiczne prawo podmiotowe to taka sytuacja prawna poddanego wobec państwa, w której może on – na podstawie czynności prawnej lub wiążącej normy prawnej, wydanej dla ochrony jego interesów indywidualnych i na którą może on się powołać wobec administracji – czegoś domagać się od państwa albo coś w stosunku do państwa działać”³⁶⁹. Bühler w przytoczonej publikacji dokonuje analizy orzecznictwa sądów administracyjnych, na podstawie której przedstawia skrótowo publiczne prawo podmiotowe, tylko jako pełną ochronę sytuacji jednostki

³⁶² J. Boć, *Pojęcie administracji*, [w:] J. Boć (red.), *Prawo...*, s. 22.

³⁶³ E. Iserzon, J. Starościan, *Kodeks postępowania administracyjnego. Komentarz*, Warszawa 1970, s. 44.

³⁶⁴ G. Jellinek, *System...*, s. 59, cyt. za: F. Longchamps, *Poglądy nauki...*, s. 58.

³⁶⁵ O. Mayer, *Deutsches Verwaltungsrecht*, wyd. 2, Berlin 1914, s. 107, cyt. za: F. Longchamps, *Poglądy nauki...*, s. 66.

³⁶⁶ *Ibidem*, s. 65.

³⁶⁷ *Ibidem*, s. 67.

³⁶⁸ O. Bühler, *Die subjektiven öffentlichen Rechte*, Leipzig 1914 s. 224, cyt. za: F. Longchamps, *Poglądy nauki...*, s. 71.

³⁶⁹ *Ibidem*, s. 71.

w prawie pozytywnym. Uczony uważał, że ograniczenie sądownictwa do ochrony praw podmiotowych jest jednoznaczne z rozróżnieniem między stosowaniem prawa a uznaniem administracyjnym³⁷⁰. Można przyjąć, że publikacja Bühlera sprowadzała problem publicznych praw podmiotowych z górnych regionów doktryn i teorii na grunt ustaw administracyjnych i orzeczeń sądowych³⁷¹.

F. Longchamps³⁷² przytacza jedyną i niedoszlą próbę definicji ustawowej pojęcia publicznych praw podmiotowych, którą dał art. 10 projektu wirtemburskiej ordynacji administracyjnej z 1931 r.: „Prawo jednostki istnieje wtedy, gdy może ona z mocy prawa publicznego żądać od władzy publicznej albo od osoby trzeciej określonego działania, znoszenia lub zaniechania”³⁷³. Wydarzenia 1933 r. doprowadziły do tego, że ideolodzy hitlerowskiej doktryny prawnej, upatrując głównego zła czasów weimarskich w liberalizmie i w „dualizmie państwa i społeczeństwa”, zaatakowali pojęcia legalności administracji oraz pojęcie publicznych praw podmiotowych, zaprzeczając istnieniu tego ostatniego³⁷⁴.

W okresie po drugiej wojnie światowej nauka prawa administracyjnego³⁷⁵ w zachodnich Niemczech musiała się zmierzyć z jednej strony z postulatem powrotu do państwa prawnego, z drugiej ze świadomością tego, że nowa organizacja państwa daleka jest od liberalizmu, w którego atmosferze dojrzewały kiedyś pojęcia państwa prawnego³⁷⁶. E. Forsthoff przedstawił rozwiązanie problemu organizacji państwa tak, aby mogło być uznane za państwo prawne. Rozwiązaniem tym jest rozbudowanie materialnego prawa administracyjnego: „(...) tylko związanie materialnymi zasadami prawnymi może dziś zapewnić niezbędny zakres swobody indywidualnej w połączeniu ze sprawiedliwością społeczną i uzasadnić państwo jako państwo prawne”³⁷⁷.

W Austrii, podobnie jak w Niemczech, pojęcie publicznych praw podmiotowych rozwijało się w miarę gruntowania się doktryny i urzędzeń państwa prawnego. Zaznaczmy jednak, że w dziedzinie prawa administracyjnego instytucje prawne kształtowały się

³⁷⁰ *Ibidem*, s. 72.

³⁷¹ F. Longchamps, *Poglądy nauki...*, s. 72.

³⁷² *Ibidem*, s. 77.

³⁷³ Art. 10, Verwaltungsrechtsordnung für Württemberg (projekt z uzasadnieniem), 1931.

³⁷⁴ F. Longchamps, *Poglądy nauki...*, s. 78.

³⁷⁵ Przedmiotem nauki prawa administracyjnego jest świat norm i ich wykładni, a także stosunków prawnych. Nauka ta zajmuje się administracją rzeczywistą, jaka jest, a więc światem faktów społecznych i odnośnych ocen. Nauka administracji zajmuje się administracją publiczną oraz jej optymalizacją służącą do osiągnięcia celów państwowych. Przez administrację publiczną rozumie się zespół działań, czynności i przedsięwzięć organizatorskich i wykonawczych, prowadzonych na podstawie ustawy i w określonych prawem formach na rzecz realizacji interesu publicznego przez różne, organy i instytucje, [za:] H. Izdebski, M. Kulesza, *op. cit.*, s. 12-13 oraz 93.

³⁷⁶ F. Longchamps, *Poglądy nauki...*, s. 80.

³⁷⁷ E. Forsthoff, w przedmowie do 1. wydania 1949, *Lehrbuch des Verwaltungsrechts. Bd. I: Allgemeiner Teil*, 1. Aufl. München 1950, cyt. za: F. Longchamps, *Poglądy nauki...*, s. 81.

tu na ogół wcześniej i w szerszej skali, i że z czasem niektóre z nich doszły do doskonałości prawnej, nieosiągniętej w krajach niemieckich. Ukoronowaniem urzędów państwa prawnego był Trybunał administracyjny powołany do życia ustawą z 1875 r., który z nieznacznymi zmianami funkcjonuje do dziś³⁷⁸.

Jeden z twórców austriackiej szkoły prawa administracyjnego, E. Bernatzik, zajął się pojęciem publicznych praw podmiotowych, przede wszystkim na tle orzecznictwa Trybunału. Bernatzik, rozważając stosunek publiczno-prawny, rozróżnił trzy sytuacje jednostki wobec państwa: „prawo podmiotowe (dające roszczenie o czynność określonej treści), interes prawny (dający tylko roszczenie o wydanie decyzji) i interes faktyczny (niebędący żadnym roszczeniem)³⁷⁹. Zróżnicowaniem tym Bernatzik (w kontekście dwóch pierwszych przypadków) stworzył pewną odrębną teorię publicznych praw podmiotowych i ich granic, która przyjęła się w orzecznictwie Trybunału wiedeńskiego i w nauce austriackiej na dziesiątki lat. Teoria ta miała także wpływ na polskie prawo pozytywne, np. do dziś obowiązujące pojęcie strony w postępowaniu administracyjnym³⁸⁰. Inny przedstawiciel szkoły austriackiej, H. Kelsen, odrzucił rozróżnienie prawa publicznego i prywatnego jako nieuzasadnione teoretycznie³⁸¹, z kolei pod pojęciem prawa podmiotowego widział tylko „zdanie prawne w jego stosunku do tej osoby, od której decyzji została uzależniona wola państwa co do skutku bezprawia, wyrażona w zdaniu prawnym”³⁸².

W nauce, praktyce i ustawodawstwie austriackim „(...) słów «interes prawny i interes prawnie chroniony» używało się ponadto w tym samym znaczeniu jako synonimów, [uznając], że prawna ochrona tego interesu polega na przyznaniu jego posiadaczowi przez konkretny przepis prawa administracyjnego, z którego wynika obowiązek lub możliwość władzy załatwienia sprawy, uprawnień do dokonania w jego interesie przez władze administracyjne prawnych czynności procesowych”³⁸³.

Po pierwszej wojnie światowej w Austrii ugruntowały się ostatecznie elementy państwa prawnego. Podobnie jak w Niemczech, pojęcie publicznych praw podmiotowych stało się w nauce powszechne. Obraz panujących zapatrywań na to pojęcie dał R.H. Herrneitt, którego definicję można zaliczyć do tradycyjnej: „(...) przez publiczne prawo podmiotowe rozumie się uprawnienie, tj. nadanie przez porządek prawny pewnej mocy,

³⁷⁸ F. Longchamps, *Poglądy nauki...*, s. 84-85.

³⁷⁹ E. Bernatzik, *Rechtsprechung und materielle Rechtskraft*, 1886, cyt. za: F. Longchamps, *Poglądy nauki...*, s. 85.

³⁸⁰ F. Longchamps, *Poglądy nauki...*, s. 85.

³⁸¹ H. Kelsen, *Hauptprobleme der Staatsrechtslehre*, Tübingen 1911, s. 255, 532, 659 i n., cyt. za: F. Longchamps, *Poglądy nauki...*, s. 89.

³⁸² *Ibidem*, s. 88.

³⁸³ W. Klonowicki, *Strona w postępowaniu administracyjnym*, t. 23, Lublin 1938, s. 35-36.

która przysługuje państwu albo związkowi publicznemu w państwie, jako takiemu albo jednostce na mocy jej uczestnictwa w tego rodzaju związku”³⁸⁴.

„Doktryna hitlerowska” nie znalazła reprezentanta w austriackiej nauce prawa publicznego. Po drugiej wojnie światowej nauka austriacka w kwestii publicznych praw podmiotowych nawiązała do poglądów tradycyjnych. L. Adamovich potwierdził, że publiczne prawa podmiotowe są wyłącznym kryterium skargi do trybunału oraz (nie wyłącznym) kryterium w postępowaniu administracyjnym³⁸⁵.

2.2.2. Publiczne prawa podmiotowe w polskiej nauce

Publiczne prawa podmiotowe są konstrukcją teoretyczną, za pomocą której można przedstawić kwestię stosunku między państwem a podmiotami znajdującymi się na zewnątrz, stanowią one również klucz do analizy relacji między administracją publiczną a obywatelem. W Polsce temat publicznych praw podmiotowych przez całe dziesięciolecie był zakazany, dopuszczano jedynie opracowania będące wynikiem badań prawno-porównawczych dotyczące publicznych praw podmiotowych w systemie państw Europy Zachodniej (prezentowane już prace F. Longchamps)³⁸⁶.

Polscy teoretycy prawa administracyjnego, konstruując koncepcję publicznych praw podmiotowych, opierali się w głównej mierze na dorobku doktryny kręgu niemieckojęzycznego³⁸⁷. 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 należy osobie korzyść poręczona jest prawem prywatnym czy publicznym, to powstałe na takiej zasadzie prawa podmiotowe można teoretycznie traktować jako prywatne prawo podmiotowe lub publiczne prawo podmiotowe. Owo poręczenie oznacza możliwość dochodzenia przez jednostkę roszczeń w drodze zindywidualizowanego środka prawnego³⁸⁸. Wróblewski nie neguje faktu istnienia zindywidualizowanego roszczenia prawnego, twierdzi jednak, że sąd administracyjny nie dochodzi ściśle indywidualnego interesu, lecz tylko tego interesu, który polegać może dla jednostki na zachowaniu przez władzę administracyjną istotnych form postępowania i przepisów ustawy. Wynika to z faktu, że w prawie publicznym jednostka jest traktowana przez władzę administracyjną jedynie jako podmiot obowiązku, czynnik potrzebny dla osiągnięcia celu publicznego, a całą

³⁸⁴ R.H. Herrnritt, *Grundlehren des Verwaltungsrechts*, Tübingen 1921, s. 70-73, cyt. za: F. Longchamps, *Poglądy nauki...*, s. 90.

³⁸⁵ L. Adamovich, *Handbuch des österreichischen Verwaltungsrechts*, wyd. 5, Wien 1954, s. 126 i n., cyt. za F. Longchamps, *Poglądy nauki...*, s. 93 i 94.

³⁸⁶ J. Zimmermann, *Przedmowa*, [w:] W. Jakimowicz, *Publiczne prawa...*, 2002, s. 21.

³⁸⁷ M. Maciołek, *op. cit.*, s. 4.

³⁸⁸ W. Wróblewski, *op. cit.*, s. 6.

podstawę materialną swojego indywidualnego interesu czerpie z aktu władzy publicznej dokonanego do zaspokojenia potrzeb publicznych³⁸⁹.

Koncepcja Wróblewskiego, mimo tego, że nie neguje konieczności ochrony indywidualnych interesów obywateli, to wyłącza dopuszczalność wyodrębnienia w prawie administracyjnym praw podmiotowych przysługujących jednostkom wobec państwa. Zaakceptowanie takiego poglądu wiązałoby się z uznaniem, że ochrona interesu publicznego determinuje ochronę interesu indywidualnego, a dla ochrony interesu indywidualnego wystarczającą jest ochrona obiektywnego porządku prawnego. Według W. Jakimowicza stanowisko takie należy uznać za błędne ze względu na niewystarczającą ochronę porządku prawnego³⁹⁰.

Miejsce jednostki w państwie i poziom wzajemnych relacji obu tych podmiotów określił także czołowy polski teoretyk, zwolennik koncepcji publicznych praw podmiotowych W.L. Jaworski. Uważał on, że pojęcie prawa podmiotowego jest wynikiem nowożytnego sposobu myślenia w dziedzinie prawa – gdzie najostrzej przeciwstawiano „podmiot” „przedmiotowi”. Tym „przedmiotem” jest zaprowadzony przez państwo porządek prawny. Prawo podmiotowe jest to wyraz opanowania przez „ja” prawa przedmiotowego. „Ja” stara się opanować świat zewnętrzny (m.in. prawo przedmiotowe), stara się uczynić go swoim. Aby „ja” mogło opanować świat zewnętrzny, musi zaistnieć element przymusu (sankcja prawna), „moje” prawo odpowiada „mojej” normie, normie, dzięki której „ja” rozporządza pewną dozą przymusu państwowego dla siebie. „Ja” oznacza nie tylko osobę fizyczną, ale i wszystkie fikcje tej osoby fizycznej, a więc i osoby prawne, w szczególności państwo. Przy tym założeniu nie tylko jednostka może mieć prawo podmiotowe wobec państwa, ale i państwo może mieć prawo podmiotowe wobec jednostki³⁹¹.

W.L. Jaworski w dalszym wywodzie na temat praw podmiotowych dowodzi, że definicje, które odbiegają od przyjętego przez niego modelu, są tylko uplastycznieniem tego pojęcia i nie mają prawniczego znaczenia, liczba praw podmiotowych nie jest zamknięta, a wrodzonych praw podmiotowych nie ma, staną się prawem podmiotowym dopiero, gdy postulowane prawo podmiotowe zaistnieje³⁹². Autor zaznacza także, że tylko norma, która zawiera w sobie skutek prawny, nadaje się do przetworzenia na prawo podmiotowe. Skutkiem prawnym jest zaś „kara, egzekucja, stwierdzenie, że pewne orzeczenie, że pewien akt nie egzystuje, jest nieważny, nieskuteczny itd. Ten, któremu służy prawo podmiotowe, ma wskutek tego skargę albo ekscypcję, może wnieść zażalenie lub zaskarżenie, doniesienie”³⁹³. Wskazanie osoby, która może wnieść np. skargę czy

³⁸⁹ *Ibidem*, s. 23-32.

³⁹⁰ Zob. W. Jakimowicz, *Publiczne prawa...*, 2002, s. 53.

³⁹¹ W.L. Jaworski, *Nauka prawa administracyjnego. Zagadnienia ogólne*, Warszawa 1924, s. 107-111.

³⁹² Zob. *ibidem*, s. 111.

³⁹³ *Ibidem*, s. 116.

zażalenie, jest najważniejszym elementem prawa podmiotowego dla prawnika. Dla laika prawo podmiotowe jest takim pojęciem, którym w życiu posługujemy się ciągle³⁹⁴, mimo tego, że zazwyczaj nie wiemy, iż istnieje takie prawo i że możemy, a nawet powinniśmy z niego korzystać, aby osiągać zamierzone cele. Ze względu na to, że „(...) łatwiejsze jest zbudowanie systemu wedle jakiegoś kryterium, zaczerpniętego z prawa podmiotowego, niż wedle jakiegoś kryterium, zaczerpniętego z prawa przedmiotowego”³⁹⁵.

Inny polski badacz, T. Hilarowicz, powołujący się na poglądy niemieckiego badacza, H. Kelsena³⁹⁶, określa publiczne prawo podmiotowe jako dwustronne zobowiązanie: władzy państwowej w stosunku do jednostki oraz zobowiązanie jednostki w stosunku do władzy państwowej do pewnego zachowania, na żądanie jednej ze stron w granicach prawa przedmiotowego publicznego³⁹⁷. Z publicznym prawem podmiotowym jednostki mamy do czynienia, gdy prawo przedmiotowe nadaje uprawnienie do żądania pewnego zachowania się władzy państwowej. W sytuacji gdy jednostce nie przysługuje prawo do żądania pewnego zachowania się władzy mimo tego, że prawo przedmiotowe zobowiązuje władzę państwową do pewnego zachowania się, nie mamy wtedy do czynienia z publicznym prawem podmiotowym³⁹⁸.

Do naruszenia publicznych praw podmiotowych obywatela dochodzi m.in. w sytuacji, gdy władza administracyjna odmawia udzielenia jednostce korzyści wynikającej z treści tego prawa³⁹⁹ czy zakazuje jednostce korzystania z jego treści. O odmowie udzielenia korzyści z prawa (jako podstawie skargi przed Najwyższym Trybunałem Administracyjnym – obecnie Naczelnym Sądem Administracyjnym) możemy mówić tylko wtedy, gdy treść tej korzyści wynika z istniejącego już prawa podmiotowego⁴⁰⁰. Nie możemy za to mówić o odmowie udzielenia korzyści z prawa wtedy, gdy korzyść ta

³⁹⁴ *Ibidem*, s. 117.

³⁹⁵ *Ibidem*.

³⁹⁶ H. Kelsen, *op. cit.*, s. 663, cyt. za: T. Hilarowicz, *Najwyższy Trybunał Administracyjny i jego kompetencja*, Warszawa 1925, s. 159.

³⁹⁷ T. Hilarowicz, *op. cit.*, s. 159.

³⁹⁸ *Ibidem*. Sytuacja taka zachodzi np. w sytuacji art. 68 Konstytucji RP. Władza publiczna zobowiązana jest do zapewnienia ochrony życia i zdrowia, jednakże obywatel na podstawie tego przepisu nie może żądać konkretnych świadczeń zdrowotnych zapewniających tą ochronę.

³⁹⁹ Wydaje mi się, że można mówić tu o korzyści np. leczniczej.

⁴⁰⁰ Przykładem takiej sytuacji może być korzyść nadana przez przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 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.

Publiczne prawo podmiotowe w postaci korzyści w formie świadczeń zwrotnych przewidzianych ustawą nie jest negowane przez administrację, jednakże z braku wystarczających środków finansowych na zaspokajanie wszystkich świadczeń zdrowotnych nie zawsze jest realizowane. W tym przypadku władza administracyjna nie zaprzecza istnieniu publicznego prawa podmiotowego jako takiego, ale odkłada udzielenie tego prawa poprzez skierowanie pacjenta do czekania w kolejce. O tym problemie w dalszej części pracy.

dopiero ma nadać pewne prawo podmiotowe. Z sytuacją taką mamy do czynienia w przypadku udzielenia zezwolenia. Udzielenie zezwolenia ma charakter prawotwórczy, nadaje jednostce pewne prawo podmiotowe, które jeszcze nie istnieje, dlatego odmówienie udzielenia tego zezwolenia nie może być uważane za naruszenie prawa podmiotowego⁴⁰¹.

Publiczne prawo podmiotowe jako „żądanie” określił także S. Kasznica, który prawa te określił jako „możność żądania czegoś od państwa czy innego związku publiczno-prawnego, o ile zachodzą warunki w tejże normie określone”⁴⁰². Kasznica rozróżnił trzy rodzaje praw publicznych: prawa wolnościowe, prawa polityczne i prawa do pozytywnych świadczeń ze strony państwa. Wszystkie konstytucje kontynentalne XIX wieku poświęciły jeden rozdział tym prawom. Umieszczanie takiego szerokiego katalogu praw podmiotowych było związane z chęcią pokazania odstąpienia od wszelkich ograniczeń praw wolnościowych z czasów państwa policyjnego. Aby katalog tych praw nie był tylko zbiorem „dyrektyw (norm) programowych” czy „uroczystych formułek konstytucyjnych”, musi znaleźć odzwierciedlenie w ustawach⁴⁰³.

Treść praw wolnościowych jest negatywna, „zastrzegają one jednostce roszczenie, aby państwo nie wdzierало się w sferę wolności przysługującej jej”⁴⁰⁴. Do sfery praw wolnościowych należy zaliczyć m.in.: wolność fizyczną wyrażoną w nietykalności osobistej czy mieszkania; wolność gospodarczą, np. nietykalność własności, wolność zarobkowania czy zawodu; wolność wiary i sumienia; wolność zrzeszania się⁴⁰⁵.

Prawa polityczne przysługują zarówno osobom prawa publicznego, jak i jednostkom. Dają one możliwość współdziałania przy tworzeniu organów państwa i związków publiczno-prawnych, pozwalają również na wywieranie bezpośredniego lub pośredniego wpływu na wykonywanie władzy państwowej. Gminie dają one np. prawo do wydawania statutów miejscowych czy prawo do tworzenia swoich organów w drodze wyborów. Jednostkom przysługuje m.in. prawo wyborcze do ciał parlamentarnych i do organów związków samorządowych, prawo piastowania urzędów publicznych, prawo udziału w sądownictwie w charakterze sędziego przysięgłego czy ławnika⁴⁰⁶.

Najistotniejszym publicznym prawem podmiotowym z punktu widzenia pacjenta jako osoby żądającej świadczeń zdrowotnych od państwa jest prawo do pozytywnych świadczeń. Do przykładów tego prawa możemy zaliczyć nie tylko prawo do żądania świadczeń zdrowotnych, ale także świadczeń socjalnych – prawo do zasiłku w czasie choroby. W przypadku nieotrzymania pożądaných świadczeń (przypomnijmy, świadczeń

⁴⁰¹ Por. T. Hilarowicz, *op. cit.*, s. 153.

⁴⁰² S. Kasznica, *op. cit.*, s. 142.

⁴⁰³ *Ibidem*, s. 142.

⁴⁰⁴ *Ibidem*.

⁴⁰⁵ *Ibidem*, s. 143.

⁴⁰⁶ *Ibidem*.

mających swoje odzwierciedlenie w przepisach prawa), to jednostce przysługuje środek do „zniewolenia władzy do wykonania tego świadczenia” w formie skargi do sądu administracyjnego. Uprawnienie do wniesienia skargi nabywamy wówczas, gdy nie użyjemy od państwa „konkretnego pod względem jakościowym, jak i ilościowym ściśle określonego świadczenia”⁴⁰⁷. Kasznica zaznacza jednak wyraźnie, że roszczenie musi być „dostosowane do stanu zamożności społeczeństwa”, musi być dostosowane „do skali jego dobrobytu” oraz „dotrzymywać kroku rozwojowi gospodarstwu społeczeństwa”. Rzeczą naturalną według badacza jest to, że państwo „broni się i musi się bronić przeciwko zbytniemu wybijaniu” coraz większej liczby roszczeń ze strony społeczeństwa. Roszczenia te mają zazwyczaj charakter majątkowy, a wypełnienie tego roszczenia przez administrację w postaci pewnych wypłat pieniężnych pociąga za sobą zbytnie obciążenie budżetów publicznych, a tym samym przeciążenie społeczeństwa podatkami. „Taki jest skutek wielkich współczesnych reform socjalnych, w pierwszym rządzie ustawodawca w zakresie opieki społecznej [w tym opieki zdrowotnej – M.P.] i ubezpieczeń, które wyposaża ogromne masy ludności w daleko idące uprawnienia podmiotowe”⁴⁰⁸.

2.2.3. Rodzaje publicznych praw podmiotowych

Pojęcie publicznych praw podmiotowych nie jest tożsame na gruncie nauki prawa administracyjnego i prawa cywilnego. Ze względu na to, że publiczne prawa podmiotowe charakteryzują się innymi cechami⁴⁰⁹ zdeterminowanymi przez odmienną naturę prawa prywatnego od publicznego, pełnią one inną rolę w prawie administracyjnym niż w prawie cywilnym⁴¹⁰. W prawie cywilnym prawa podmiotowe służą do zabezpieczenia interesu podmiotu uprawnionego, wyznaczając obowiązki innych osób do nienaruszenia

⁴⁰⁷ *Ibidem*.

⁴⁰⁸ *Ibidem*, s. 144-145.

⁴⁰⁹ Według J. Zimmermanna na gruncie prawa administracyjnego publiczne prawa podmiotowe wyróżniają się następującymi cechami:

1. łągodzą nierównorzędność podmiotów stosunku administracyjnoprawnego i dotyczą wyłącznie relacji między państwem a obywatelem, a nie relacji między samymi obywatelami;
2. umożliwiają realizację interesu publicznego organom administracji publicznej, jak również obywatelom;
3. determinują zachowanie organu wobec podmiotu, od, którego zachowania organ nie może się uchylić;
4. mają charakter osobisty co do zasady nie podlegają sukcesji i nie można się powoływać na publiczne prawa podmiotowe osoby trzeciej;
5. nie są zbywalne, nie można ich się zrzec, nie ma przymusu z ich korzystania, mają charakter potencjalny, dopóki nie będą wykonywane;
6. są zawsze związane z obowiązującą normą prawną – należącą do prawa administracyjnego, dlatego nie można mówić o publicznym prawie podmiotowym ewentualnym lub hipotetycznym;
7. są oparte na normie prawnej należącej do prawa administracyjnego, którą można wyodrębnić i do końca ustalić, [za:] J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 318-319.

⁴¹⁰ *Ibidem*, s. 274.

sfery możliwości postępowania uprawnianego podmiotu. W nauce prawa cywilnego występują różne klasyfikacje praw podmiotowych, najczęstszym podziałem jest podział na prawa podmiotowe bezwzględne (skuteczne przeciwko każdej osobie) i względne (skuteczne przeciw określonej osobie)⁴¹¹.

Możliwość dochodzenia przed sądem roszczenia o zaspokojenie swojego publicznego prawa podmiotowego zobowiązuje do zbadania, czy dana sytuacja prawna stwarza nam publiczne prawo podmiotowe i jakiego rodzaju jest to prawo. Kulesza nawiązując do klasycznych dawnych prac polskich uczonych, m.in. T. Bigi⁴¹², wyróżnił następujące rodzaje publicznych praw podmiotowych⁴¹³:

1. prawo podmiotowe polegające na roszczeniu o wydanie aktu (decyzji administracyjnej) o oznaczonej treści, np. pozwolenie na budowę;
2. prawo podmiotowe polegające na żądaniu od organu określonego prawem zachowania się, np. wydania decyzji (ale nie decyzji o oznaczonej treści – formalne (procesowe) prawo podmiotowe, np. prawo do sądu;
3. prawo podmiotowe polegające na domaganiu się określonych świadczeń pozytywnych (np. świadczeń medycznych związanych z ochroną życia i zdrowia), a nie decyzji (lub nie tylko decyzji);
4. prawo podmiotowe treści negatywnej, polegające na roszczeniu do administracji o zaniechanie ingerencji w sferę uznanej uprzednio wolności lub przyznanego statusu prawnego, np. zakaz cofnięcia już wydanego pozwolenia budowlanego;
5. prawo podmiotowe do współdziałania z administracją w rozstrzygnięciu spraw publicznych, np. roszczenie organizacji społecznej do współdziałania organów administracji publicznej w sprawie przeciwdziałaniu zagrożeniom środowiska.

Katalog czy też lista publicznych praw podmiotowych nie jest zamknięta – nie ma też wrodzonych publicznych praw podmiotowych, gdyż możemy domagać się tylko prawa przedmiotowego, które można przetworzyć na prawo podmiotowe o określonej treści, a podstawy tego prawa daje prawo przedmiotowe tworzone przez państwo⁴¹⁴.

Biorąc pod uwagę przedmiot materii, której publiczne prawa podmiotowe dotyczą, możemy wyróżnić cztery dziedziny tych praw⁴¹⁵: a) prawa wolnościowe, np. wolność wyboru, wolność zrzeszania; b) prawa polityczne, np. prawo wyboru Prezydenta RP, Sejmu, Senatu, prawo do udziału w wymiarze sprawiedliwości (poprzez wybór ławników);

⁴¹¹ Zob. A. Wolter, *Prawo cywilne. Zarys części ogólnej*. Warszawa 1967, s. 108; E. Gniewek, P. Machnikowski, *Zarys prawa cywilnego*, Warszawa 2014; Z. Radwański, A. Olejniczak, *Prawo cywilne – część ogólna*, Warszawa 2013.

⁴¹² Zob. np. T. Bigo, *Prawo administracyjne*, cz. 1..., s. 60 i n.

⁴¹³ M. Kulesza (red.), *Materiały do nauki prawa administracyjnego (z orzecznictwa sądowego)*, Warszawa 1985, s. 125-140.

⁴¹⁴ M. Stahl, *Publiczne prawo podmiotowe*, [w:] Z. Duniewska et al., *op. cit.*, s. 80 i n.

⁴¹⁵ J. Boć, A. Błaś, *Publiczne prawa podmiotowe...*, s. 507.

c) prawa do świadczeń państwa, np. prawo do świadczeń zdrowotnych, prawo do nauki z zakresu szkoły podstawowej, prawo bezrobotnego do zasiłku, prawo ubezpieczonego do świadczeń z tytułu określonego ubezpieczenia; d) prawa osobowe, np. prawo do rejestracji narodzonego dziecka.

Według A. Peretiatkowicza uznanie publicznego prawa podmiotowego jako „roszczenia” skierowanego do władzy państwowej lub innych związków prawnopublicznych mogło powstać w państwie praworządym, gdzie władza administracyjna jest skrepowana ustawami i gdzie funkcjonują sądy administracyjne, których zadaniem jest ochrona obywatela przed naruszeniem jego praw ze strony władzy administracyjnej⁴¹⁶. 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) domagającej się od niej stosowania się do porządku prawnego, czyli do woli państwa”⁴¹⁷.

Pojęcie prawa podmiotowego jako „roszczenie”, „żądanie” czy „skarga” negował K. Opalek, który uważał, że ujęcie takie jest zbyt syntetyczne, gdyż w takim znaczeniu nie jest używane w nauce prawa, dlatego byłby mały pożytek z tak pojmowanego pojęcia⁴¹⁸. Opalek w dalszej części swoich rozważań o prawie podmiotowym stwierdza, że „prawo podmiotowe nie jest niczym wyjątkowym, stanowi relikw burżuazyjnej ideologii prawa natury i nie jest potrzebne do budowania porządku prawnego (...)”⁴¹⁹, choć samo pojęcie powinno zostać opracowane przez poszczególne działy nauki prawa⁴²⁰. Pogląd ten Opalek wywodził z założenia, że „skoro nie ma istotnych sprzeczności między interesem państwa (interesem społecznym) a interesem jednostki (niezbędne w klasowym społeczeństwie burżuazyjnym) służące ochronie praw jednostki, prawa te bowiem i potrzeby najszerszej i na miarę wszelkich dostępnych możliwości organizatorskich są zaspakajane przez socjalistyczne państwo”⁴²¹. Państwo socjalistyczne jest zdeterminowane układem sił klasowych i politycznych (choć jest suwerenne), dlatego nie może dobrowolnie ustanawiać praw i obowiązków obywatelskich. Tylko państwo jako globalna organizacja obejmująca cały naród jest powołane do oficjalnego i powszechnie wiążącego ustanowienia, co w danym kraju jest podstawowym prawem i obowiązkiem obywatelskim, a także ono decyduje o przekształceniu treści (socjalistycznej) koncepcji praw człowieka

⁴¹⁶ A. Peretiatkowicz, *Podstawowe pojęcia prawa administracyjnego*, wyd. 2 przejrzane i uzupełnione, Poznań 1947, s. 95.

⁴¹⁷ *Ibidem*, s. 97.

⁴¹⁸ Zob. K. Opalek, *Prawo podmiotowe. Studium z teorii prawa*, Warszawa 1957, s. 253-254.

⁴¹⁹ *Ibidem*. Zob. W. Jakimowicz, *Publiczne prawa...*, 2002, s. 64.

⁴²⁰ K. Opalek, *op. cit.*, s. 439.

⁴²¹ M. Maciołek, *op. cit.*, s. 6 i 7.

oraz międzynarodowych postanowień prawnych dotyczących praw człowieka w podstawowe prawa obywatelskie⁴²².

W przywołanym już skrypcie po redakcją M. Kuleszy⁴²³ pt. *Materiały do nauki prawa administracyjnego*⁴²⁴ potraktowano pojęcie publicznych praw podmiotowych jako element konstrukcyjny systemu prawa administracyjnego. Procesu tego dokonano na podstawie tez orzeczeń sądowych, wybranych i ułożonych pod kątem zilustrowania podstawowych pojęć i konstrukcji prawa administracyjnego. Prawo publiczne podmiotowe jest zdefiniowane w tym skrypcie jako efekt objęcia danej sfery zachowania się jednostki regulacją administracyjną, a wyłączone źródło praw podmiotowych stanowią przepisy prawa powszechnie obowiązującego⁴²⁵. Prawo podmiotowe jest to zaś możliwość żądania od administracji oznaczonego zachowania się, przy ustalonym stanie faktycznym (władza związana) – jest to korelat określonego prawnie obowiązku administracji⁴²⁶.

Analiza współczesnych poglądów na publiczne prawo podmiotowe ukazuje dużą zbieżność z koncepcjami publicznych praw podmiotowych z XIX czy pierwszej połowy XX wieku. Oczywiście istnieje nowe podejście do niektórych zagadnień, zwłaszcza pomniejsza się podstawową metodę ochrony tych praw, tj. konieczność uruchamiania aparatu sądowego w celu ochrony publicznego prawa podmiotowego. Również odchodzi się od uznania wyłącznie materialnoprawnego charakteru tych praw i tworzy się kategorię proceduralnych (formalnych) praw podmiotowych, polegających na możliwości spowodowania przez jednostkę wszczęcia postępowania administracyjnego i doprowadzenia w ten sposób do wydania aktu administracyjnego, bez przesądzenia o jego treści⁴²⁷. Jednak sprowadzanie publicznego prawa podmiotowego tylko do możliwości wszczęcia postępowania administracyjnego skutkującego wydaniem aktu administracyjnego, bez przesądzenia o jego treści (gwarancji treści), sprowadza to prawo do pojęcia interesu prawnego, które to pojęcie jest „słabszym” prawem⁴²⁸, ponieważ nie daje gwarancji co do treści aktu, jaką może dać publiczne prawo podmiotowe – daje ono „pewność pożądaną reakcji państwa, nie tylko pewność do uzyskania aktu, ale prawo do uzyskania aktu o oczekiwanej i pożądaną treść”⁴²⁹. Publiczne prawo podmiotowe jest zatem na ostatnim miejscu na linii zetknięcia obywatela i administracji publicznej, jest interesem

⁴²² A. Łopatka, *Socjalistyczna a burżuazyjna koncepcja praw i obowiązków obywatelskich*, [w:] J. Łętowski (red.), *Prawa obywatelskie i administracja państwa. Polska – Austria*, Wrocław 1983, s. 21.

⁴²³ M. Kulesza, (red.) *Materiały...*

⁴²⁴ M. Maciołek, *op. cit.*, s. 7.

⁴²⁵ M. Kulesza, (red.) *Materiały...*, s. 121.

⁴²⁶ *Ibidem*.

⁴²⁷ P. Przybysz, *Publiczne prawa...*, s. 128.

⁴²⁸ Z kolei interes prawny jest „silniejszy” od interesu faktycznego ze względu na swoje oparcie w prawie, zob. J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 313.

⁴²⁹ *Ibidem*.

prawnym wzmocnionym o kategorię roszczenia (skonkretyzowane roszczenia), jakie przez to prawo nabywa obywatel w stosunku do administracji publicznej (państwa)⁴³⁰.

Należy podkreślić, że obywatelowi przysługuje roszczenie wobec państwa, ale dochodzone w postępowaniu administracyjnym i to roszczenie musi mieć inny charakter niż cywilnoprawny⁴³¹. Roszczenie jest zatem instrumentem służącym realizacji publicznego prawa podmiotowego, instrumentem umożliwiającym domaganie się od państwa zachowania zgodnego z treścią prawa podmiotowego. Należy podkreślić, że publiczne prawo podmiotowe bez roszczenia nie istnieje, w przeciwieństwie do prywatnego prawa podmiotowego, które pozbawione roszczenia pozostaje nadal prawem podmiotowym – np. w sytuacji, gdy na jego treść złożą się wyłącznie uprawnienia naturalne⁴³².

Publiczne prawo podmiotowe pozbawione „roszczenia” przestaje być prawem podmiotowym i może być co najwyżej rozpatrywane w kategoriach interesu prawnego. A więc roszczenie w prawie administracyjnym przesądza o bycie publicznego prawa podmiotowego, jednakże te pojęcia nie są tożsame, ponieważ roszczenie administracyjne jest instrumentem realizacji tego prawa. Roszczenie to może wynikać jedynie z norm prawa administracyjnego ze względu na fakt, że publiczne prawo podmiotowe dotyczy relacji, w których przynajmniej jedna ze stron jest jednostką zbiorową powołaną do realizacji celu publicznego. Istnieje także pogląd, że źródłem prawa podmiotowego nie jest norma prawna, ale przyrodzone prawa człowieka, a prawo pozytywne jest jedynie instrumentem wprowadzającym te prawa w życie⁴³³.

Podmiot posiadający publiczne prawo podmiotowe (obywatel, jednostka samorządu terytorialnego, a według niektórych koncepcji też państwo⁴³⁴) ma prawo do samodzielnego wyznaczenia obowiązków administracji publicznej w określonym zakresie⁴³⁵. Państwo w ujęciu prawniczym⁴³⁶ jest całością norm prawnych⁴³⁷, któremu przysługuje wyłącznie roszczenie do obywatela tylko wtedy, gdy jego działania są poddane własnemu porządkowi prawnemu⁴³⁸.

Żądanie strony (roszczenie) ma aspekt zarówno materialny, jak i formalny, gdyż wynika nie tylko z prawa materialnego, ale również z norm procesowych (w przypadku formalnego prawa podmiotowego), ponadto jest skierowane na realizację określonego

⁴³⁰ *Ibidem*.

⁴³¹ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 18 października 1982 r., I SA 736/82, ONSA 1982, nr 2, poz. 97.

⁴³² W. Jakimowicz, *Publiczne prawa...*, 2002, s. 221.

⁴³³ Zob. wyrok NSA z 18 października 1982 r., I SA 736/82, ONSA 1982, nr 2, poz. 97.

^w Jakimowicz, *Publiczne prawa...*, 2002, s. 38 i n.

⁴³⁴ Zob. więcej: *ibidem*, s. 198 i n.

⁴³⁵ Zob. J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 316 i n.

⁴³⁶ O pojęciu państwa zob. W.L. Jaworski, *op. cit.*, s. 181-186.

⁴³⁷ *Ibidem*, s. 183-184.

⁴³⁸ Por. G. Jellinek, *Ogólna nauka o państwie*, Warszawa 1921, s. 65-74.

materialnego żądania strony, dochodzonego w ściśle określony formalnie sposób. Jakimowicz podkreśla, iż pomimo tego, że jednostce przysługuje tylko formalne prawo podmiotowe, to i tak jej roszczenie ma aspekt materialny, gdyż pozwala tej jednostce na skuteczne domaganie się, aby w ściśle określony formalnie sposób został zrealizowany nałożony przez normy prawa materialnego na organ administracji obowiązek określonego zachowania (np. formalne roszczenie obywatela o prawidłowe działanie administracji w ramach uznania). W przypadku tak pojmowanego roszczenia może zaistnieć również roszczenie państwa⁴³⁹ wobec podatnika, np.⁴⁴⁰ zobowiązanie podatkowe realizowane w drodze proceduralnej określonej w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa⁴⁴¹.

P. Przybysz stawia tezę, „(...) że takie pojęcia, jak «osobowość publicznoprawna» czy «publiczne prawa podmiotowe» utraciły walor paradygmatu nauki prawa administracyjnego. Stosunkowo niewielkie zainteresowanie tymi pojęciami może zatem wynikać z ich ograniczonej przydatności do opisu i eksplikacji zjawisk dotyczących administracji publicznej oraz prawa administracyjnego»⁴⁴². Publiczne prawa podmiotowe, mimo archaicznego pochodzenia, są doskonałym narzędziem do opisanego relacji między pacjentem a państwem, gdyż ukazują, że państwo jako dysponent wszelkich dóbr nie jest w stanie zapewnić realizacji publicznego prawa podmiotowego do świadczeń pożądanых przez pacjenta⁴⁴³.

2.3. Ochrona publicznych praw podmiotowych

Ochrona publicznych praw podmiotowych wynika wprost z istoty tych praw, gdyż pojęcie to stworzono właśnie po to, aby na jego podstawie można było skonstruować możliwość wniesienia skargi do sądu administracyjnego. Pojęcie publicznych praw podmiotowych łączy się zatem z sądownictwem administracyjnym tak samo, jak pojęcie interesu prawnego łączy się z jurysdykcyjnym postępowaniem administracyjnym. Pojęcia te stworzono dla ustalenia zakresu ochrony obywatela odpowiednio przed sądem administracyjnym i przed organem administracyjnym⁴⁴⁴. Trzeba jednak wyraźnie podkreślić, „że pomimo oparcia legitymacji do wniesienia skargi sądowej na konstrukcji

⁴³⁹ Zob. więcej na ten temat [w:] W. Jakimowicz, *Publiczne prawa podmiotowe państwa*, „Państwo i Prawo” 2001, t. 10, s. 49 i n.

⁴⁴⁰ W. Jakimowicz, *Publiczne prawa...*, 2002, s. 221-222.

⁴⁴¹ T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1325.

⁴⁴² P. Przybysz, *Tradycyjne pojęcie prawa administracyjnego – potrzeba i sposób ich dalszego używania*, [w:] J. Zimmermann (red.), *Koncepcja systemu prawa administracyjnego. Zjazd Katedr Prawa Administracyjnego, Zakopane 24-27 wrzesień 2006 r.*, Warszawa 2007, s. 58.

⁴⁴³ Na ten temat więcej w dalszej części pracy.

⁴⁴⁴ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 320-321.

interesu prawnego i wprowadzenia kryterium zgodności z obiektywnym porządkiem prawnym jako kryterium kontroli sądowej (art. 1 § 2 ustawy z dnia 25 lipca 2002 r. Prawo o ustroju sądów administracyjnych⁴⁴⁵), podmiot, którego publiczne prawa podmiotowe zostały naruszone, uzyskuje nadal przed tym sądem pełną ochronę. Naruszenie publicznego prawa podmiotowego przez organ administracji publicznej jest bowiem zawsze jednocześnie naruszeniem obiektywnego porządku prawnego⁴⁴⁶.

„Ponadto publiczne prawa podmiotowe, będące kwalifikowanym interesem prawnym [który wynika z określonego przepisu prawnego odnoszącego się wprost do sytuacji danego podmiotu – M.P.], w sposób oczywisty wystarcza do uzyskania możliwości wniesienia skargi do sądu administracyjnego. Zarzut naruszenia publicznego prawa podmiotowego rodzi bowiem interes prawny w uzyskaniu orzeczenia sądowego w tej kwestii⁴⁴⁷. W związku ze stałym rozszerzaniem przedmiotowego zakresu sądowniczo-administracyjnej kontroli administracji publicznej tak, aby niezależnie od formy prawnej tej działalności (aktu administracyjnego czy też aktu normatywnego) naruszenie prawa przedmiotowego i publicznego prawa podmiotowego spotkały się z pożądanymi skutkami dla podmiotu wnoszącego skargę⁴⁴⁸.

Jedynym podmiotem w polskim systemie prawa administracyjnego, który swoją działalność opiera na kryterium ochrony prawa podmiotowego, jest Rzecznik Praw Obywatelskich zwany ombudsmanem⁴⁴⁹, który w 1987 r. został powołany jako instytucja niezawisła, niezależna od innych organów państwowych i odpowiadająca jedynie przed Sejmem na zasadach określonych w ustawie. Granice i możliwości ombudsmana wyznacza ustawa, której nie może on przekroczyć, oraz system polityczny ograniczający wolności obywatelskie⁴⁵⁰.

Ombudsman pełni jedynie funkcję subsydiarną w polskim systemie ochrony prawa, funkcja ta jest wtórna wobec uprawnień przysługujących podmiotom, których publiczne prawa podmiotowe zostały naruszone⁴⁵¹. Zakres przedmiotowy kompetencji Rzecznika obejmuje wszystkie prawa i wolności obywatelskie. Źródło określenia tych praw i wolności jest nieistotne, byleby tylko można było wskazać akt normatywny (Konstytucję, ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe itd.), który każdy bez wyjątku

⁴⁴⁵ T. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2167.

⁴⁴⁶ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 321.

⁴⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁴⁸ J. Boć, A. Błaś, *Publiczne prawa podmiotowe ...*, s. 508, zob. również N. Banaszak, *Skuteczność działania Rzecznika Praw Obywatelskich – podstawowe problemy*, „Studia Lubuskie” 2009, t. V.

⁴⁴⁹ Zob. więcej na temat Rzecznika Praw Obywatelskich: M. Zubik (red.), *Księga XX-lecia Rzecznika Praw Obywatelskich w Polsce*, Warszawa 2008 oraz R. Balicki, *Rzecznik Praw Obywatelskich*, [w:] B. Banaszak, A. Preisner (red.), *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, Warszawa 2002, s. 789 i n.

⁴⁵⁰ T. Zieliński, *Ombudsman – możliwości i granice skutecznego działania*, „Państwo i Prawo” 1994, z. 9 (583), s. 4-5.

⁴⁵¹ J. Boć, A. Błaś, *Publiczne prawa podmiotowe...*, s. 508.

są w zainteresowaniu Rzecznika⁴⁵². Ombudsman musi czuwać nad zgodnością zachowań (lub braku ich – zasada wczesnego ostrzegania, której celem jest zapobieganie naruszeniom praw i wolności w przyszłości) władz publicznych z prawem pozytywnym. Rzecznik powinien być pozytywistą i w swych działaniach proobywatelskich bronić powinien litery prawa, dlatego nie może odwoływać się do niepisanych norm prawa natury (owe go *ius*), gdyż stałby się ideologiem poszukującym podstawy swego działania poza ramami prawa pozytywnego⁴⁵³. Wnioski kierowane do organów administracji publicznej, sądów, prokuratury, Trybunału Konstytucyjnego (każdy ma prawo do wystąpienia do Rzecznika Praw Obywatelskich z wnioskiem o pomoc w ochronie praw i wolności naruszonych działaniem władz publicznych (art. 80 Konstytucji), wnioski o wszczęcie postępowania przed właściwymi organami, czy też prawo składania określonych środków zaskarżenia, to katalog środków ochrony publicznych praw podmiotowych będący w dyspozycji Rzecznika, ograniczony jedynie zakresem właściwości organów, sądów i innych instytucji, do których mogą być one kierowane⁴⁵⁴. Innymi sposobami ochrony publicznych praw podmiotowych są⁴⁵⁵: możliwość wystąpienia ze skargą do Trybunału Konstytucyjnego w razie naruszenia podstawowych praw i wolności (art. 79 Konstytucji RP) oraz prawo do wynagrodzenia szkody wyrządzonej przez niezgodne z prawem działania władzy publicznej (art. 77 ust. 1 Konstytucji RP).

Należy zaznaczyć, że skarga konstytucyjna ustanowiona w art. 79 Konstytucji RP⁴⁵⁶ służy ochronie praw podstawowych określonych w ustawie zasadniczej, nie służy ochronie praw w ogóle – ponieważ one doznają ochrony na podstawie art. 45 ust. 1 Konstytucji RP w postępowaniu przed sądami zwykłymi, administracyjnymi i Sądem Najwyższym⁴⁵⁷. W związku z tym, że TK może badać zgodność ratyfikowanych umów międzynarodowych z Konstytucją, można uznać, że konstytucyjne wolności lub prawa użyte w art. 79 ust. 1 obejmują także prawa człowieka i obywatela uregulowane w podstawowych aktach prawa międzynarodowego, m.in. w przytaczanej już Powszechnej

⁴⁵² M. Zubik, *Rzecznik Praw Obywatelskich (po 20 latach istnienia urzędu)*, „Państwo i Prawo” 2008, t. 11, s. 8.

⁴⁵³ *Jako rzecznik bronię litery prawa. Z rzecznikiem praw obywatelskich prof. Tadeuszem Zielińskim rozmawiają Bogdan Szlachta i Stefan Wilkanowicz*, „Znak” 1992, nr 450 (11), s. 11 i n.

⁴⁵⁴ M. Maciołek, *op. cit.*, s. 15.

⁴⁵⁵ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 321.

⁴⁵⁶ Każdy, którego konstytucyjne wolności lub prawa zostały naruszone, ma prawo, na zasadach określonych w ustawie, wnieść skargę do Trybunału Konstytucyjnego w sprawie zgodności z Konstytucją ustawy lub innego aktu normatywnego, na podstawie którego sąd lub organ administracji publicznej orzekł ostatecznie o jego wolnościach lub prawach albo o jego obowiązkach określonych w Konstytucji. Przepisu tego nie stosuje się wobec cudzoziemców, którzy poszukują ochrony przed prześladowaniem mogą dochoǳić swoich praw na podstawie ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 35) czy wiążących RP umów międzynarodowych.

⁴⁵⁷ Z. Czeszejko-Sochacki, *Skarga konstytucyjna w prawie polskim*, „Przeǳąd Sejmowy” 1998, t. 1 (24), s. 35.

Deklaracji Praw Człowieka, Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych, Międzynarodowym Pakcie Praw Gospodarczych, Socjalnych i Kulturalnych czy w Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Możliwość powołania się na jedno z pożądaných praw wymienionych aktów może mieć zwłaszcza miejsce, gdy jednocześnie to prawo jest uregulowane w Konstytucji RP⁴⁵⁸. Co do zasady, wszystkie wolności i prawa określone w Konstytucji, ale nie tylko w niej, podlegają (subsydiarnie) ochronie w drodze skargi konstytucyjnej, co pozwala zachować zasadę nadrzędności konstytucji, wyrażonej w art. 8 ust. 1 ustawy zasadniczej⁴⁵⁹.

Ustalenie, które prawa i wolności są chronione skargą konstytucyjną, jest złożone, a wskazania zawarte w art. 79 ust. 1 mało precyzyjne⁴⁶⁰. Regulacje dotyczące praw i wolności mają charakter mieszany: część jest zintegrowana w rozdziale II Konstytucji, ale również część z nich jest rozproszona w tekście⁴⁶¹. L. Kieres podkreśla, że skarga konstytucyjna służy wyłącznie ochronie podstawowych (konstytucyjnych) praw lub wolności ustalonych w Konstytucji RP⁴⁶².

Według A. Łabno mieszana formuła regulacji nie przesądza o zakresie ochrony tych praw w drodze skargi, gdyż o dopuszczalności skargi konstytucyjnej nie decyduje konkretne miejsce zredagowania tego prawa, tylko fakt naruszenia praw i wolności uregulowanych w Konstytucji⁴⁶³. Ze względu na istnienie dwóch kategorii praw i wolności, a mianowicie na takie, których w myśl art. 81 Konstytucji (tzw. praw II generacji⁴⁶⁴) można dochodzić tylko „w granicach określonych w ustawie” (przeważnie ich konstytucyjne gwarancje przybierają postać norm programowych), oraz takie, do których nie stosuje się ograniczenia określonego w art. 81.

Złożona wydaje się kwestia dopuszczalności zastosowania skargi konstytucyjnej do ochrony praw tzw. praw II generacji objętych art. 81 Konstytucji, ponieważ decyzją ustawodawcy prawa te mogą być dochodzone wyłącznie „w granicach określonych w ustawie” (przeważnie ich konstytucyjne gwarancje przybierają postać norm programowych)⁴⁶⁵. Prawa, o których mowa, dzielą się na dwie kategorie, a mianowicie na takie,

⁴⁵⁸ J. Trzcziński, *Komentarz do art. 79*, [w:] L. Garlicki (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. I, Warszawa 1999, s. 11.

⁴⁵⁹ Z. Czeszejko-Sochacki, *op. cit.*, s. 36.

⁴⁶⁰ A. Łabno, *Skarga konstytucyjna w Konstytucji III RP*, [w:] B. Banaszek, A. Preisner (red.), *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, Warszawa 2002, s. 766-767.

⁴⁶¹ *Ibidem*, s. 768.

⁴⁶² L. Kieres, *Skarga konstytucyjna jako instrument ochrony interesu przedsiębiorcy*, [w:] R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel (red.), *System prawa administracyjnego*, t. 8B. *Publiczne prawo gospodarcze*, Warszawa 2013, s. 789.

⁴⁶³ *Ibidem*, s. 767-768.

⁴⁶⁴ Przytoczony artykuł dotyczy m.in. takich praw i wolności, jak minimalna wysokość wynagrodzenia, bezpieczne i higieniczne warunki pracy czy ochrona konsumentów przed działaniami zagrażającymi ich zdrowiu.

⁴⁶⁵ A. Łabno, *Skarga konstytucyjna...*, s. 768.

których w myśl art. 81 Konstytucji można dochodzić tylko „w granicach określonych w ustawie” (przeważnie ich konstytucyjne gwarancje przybierają postać norm programowych), oraz takie, do których nie stosuje się ograniczenia określonego w art. 81⁴⁶⁶. W konsekwencji do ochrony praw objętych art. 81 Konstytucji nie jest dopuszczalne zastosowanie środków ochrony prawno-konstytucyjnej, czyli skargi konstytucyjnej⁴⁶⁷.

Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 8 maja 2000 r. podkreśla, że ustalenie treści oraz zakresu praw określonych art. 81 Konstytucji jest pozostawione swobodzie ustawodawcy, co wyklucza ustalenie wzorca konstytucyjnego tych praw i wolności na podstawie treści konkretnych postanowień Konstytucji RP wskazanych w omawianym artykule⁴⁶⁸. Podobnie wypowiada się L. Wiśniewski: „Skarga (konstytucyjna) zorientowana jest na ochronę podstawowych praw zawartych w konstytucji, po wyczerpaniu wszystkich innych środków. Jej podstawą materialnoprawną nie mogą być ogólne sformułowania o celach państwa⁴⁶⁹. W innym postanowieniu Trybunał Konstytucyjny stwierdza, że skarga konstytucyjna służy wprawdzie do ochrony „konstytucyjnych praw podmiotowych⁴⁷⁰, ale „nie chodzi tu o jakiegokolwiek prawo konstytucyjne, a jedynie o takie, które nie zostało wyłączone z zakresu przedmiotowego skargi na podstawie art. 79 ust. 2 lub art. 81 Konstytucji RP⁴⁷¹. Późniejsze postanowienia TK nie tylko że potwierdzają wcześniejsze tezy, ale sugerują wręcz podział konstytucyjnych praw podmiotowych na takie, które posiadają gwarancje instytucjonalne, oraz na te, które zostały ich pozbawione⁴⁷². M. Bernaczyk zastanawia się, czy w świetle powołanych orzeczeń „(..) Trybunał odmawia prawom określonym w art. 56, 65 ust 4 i 5, art. 66, 69, 71, 75, 76 charakteru publicznych praw podmiotowych, czy też zakłada, że z woli ustrojodawcy zostały one «zaledwie» pozbawione ochrony prawnej⁴⁷³. W dalszej części pracy Bernaczyk zastanawia się również nad postacią „zindywidualizowanego roszczenia” w przypadku konstytucyjnych publicznych praw podmiotowych. Uznając, że prawa „roszczeniowego” wynikającego z normy konstytucyjnej nie można sprowadzać do formalnej kwalifikacji za pomocą art. 81, nie można również utożsamiać roszczenia wyłącznie ze skargą konstytucyjną ze względu na to, że jej wąskie ujęcie wyklucza możliwość domagania się realizacji

⁴⁶⁶ Wyrok TK z dnia 09 maja 2000 r., SK 22/99.

⁴⁶⁷ A. Łabno, *Skarga konstytucyjna...*, s. 768.

⁴⁶⁸ *Ibidem*, s. 766.

⁴⁶⁹ Posiedzenie KK ZN z 8 lutego 1995 r., „Komisja Konstytucyjna Zgromadzenia Narodowego. Biuletyn z XIII, s. 33-34, cyt. za: Z. Czeszejko-Sochacki, *op. cit.*, s. 36.

⁴⁷⁰ M. Bernaczyk, *Pojęcie publicznych praw podmiotowych w świetle Konstytucji RP*, [w:] M. Jabłoński (red.), *Wolność i prawa jednostki w Konstytucji RP*, t. I. *Idee i zasady przewodnie konstytucyjnej regulacji wolności i praw jednostki w RP*, Warszawa 2010, s. 245.

⁴⁷¹ Zob. postanowienie TK z dnia 3 listopada 1998 r., Ts 116/98, OTK 1999, Nr 1, poz. 10, s. 86.

⁴⁷² Zob. pkt III.4 uzasadnienia wyroku TK z dnia 19 lutego 2001 r., SK 14/00, OTK 2001, Nr 2, poz. 31 cyt. za: M. Bernaczyk, *op. cit.*, s. 245.

⁴⁷³ M. Bernaczyk, *op. cit.*, s. 245.

ściśle określonego zachowania zgodnego z treścią określonego publicznego prawa podmiotowego⁴⁷⁴.

Jeszcze większe problemy interpretacyjne powodują przepisy statuujące prawa socjalne, o których art. 81 Konstytucji RP milczy, a które ustanawiając określone prawo jednostki, nakładają zarazem określone zadania na władze publiczne⁴⁷⁵. Problemy interpretacyjne przynosi także art. 68 Konstytucji RP. W procesie interpretacji tego przepisu pojawiają się wątpliwości, które postanowienia tego artykułu kreują prawo podmiotowe jednostki (obywatela), a które jedynie ustanawiają dla władzy publicznej obowiązki (ich realizacja jest pozostawiona do swobody wykonawcy, odłożona w czasie). Realizacji tych praw jednostka nie będzie mogła egzekwować w drodze roszczenia procesowego, w tym skargi konstytucyjnej⁴⁷⁶.

Według M. Piechoty ze względu na to, że w Konstytucji RP z 1997 r. mamy do czynienia z podziałem praw i wolności człowieka i obywatela na prawa podstawowe i socjalne, to od tego, do jakiej grupy zaliczamy nasze pożądane prawo, zależy sposób dochodzenia do tego prawa. Prawa podstawowe zawarte w Konstytucji są bezpośrednim źródłem konstytucyjnych praw podmiotowych, a w przypadku ich nieotrzymania mogą być dochodzone przed sądem. Odmiennie charakteryzują się prawa socjalne (w tym prawo do ochrony zdrowia), ze względu na to, że prawa te co do zasady mają charakter norm programowych, same w sobie nie mogą być podstawą roszczeń, w tym szczególnie podstawą skargi konstytucyjnej⁴⁷⁷.

Z powodu nakładania się zakresów treściowych poszczególnych praw konstytucyjnych charakterystyka określonego prawa jako prawa podstawowego lub socjalnego jest trudnym zadaniem. Wskazówką interpretacyjną w tym zakresie jest art. 2 Konstytucji RP, który stanowi, że „Rzeczpospolita Polska jest demokratycznym państwem prawnym, urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej”. Na zasadę demokratycznego państwa prawa składają się konstytucyjne prawa podstawowe, natomiast sprawiedliwość społeczną mają zapewnić prawa socjalne. W ten sposób ustawodawca konstytucyjny wskazał pewien kierunek realizacji konstytucyjnych praw podstawowych poprzez prawa socjalne⁴⁷⁸.

⁴⁷⁴ *Ibidem*.

⁴⁷⁵ Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 16 stycznia 2007 r. (U 5/06) zwrócił uwagę na zróżnicowany charakter normatywny redakcji art. 70 Konstytucji (prawo do nauki).

⁴⁷⁶ S. Jarosz-Żukowska, *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, [w:] M. Jabłoński (red.), *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, Wrocław 2014, s. 671.

⁴⁷⁷ M. Piechota, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia jako prawo socjalne i prawo podstawowe*, „Roczniki Administracji i Prawa. Teoria i Praktyka” 2012, r. XII, s. 93.

⁴⁷⁸ *Ibidem*.

Sprawą oczywistą jest fakt, że Konstytucja RP kształtuje jedynie w sposób generalny program socjalnych zadań państwa, który szczegółowo powinien zostać sprecyzowany przez ustawy zwykłe, zaś kierunki działań zapewniających te prawa, czy też poziom tych praw zależy od polityki rządzącej w danym momencie partii politycznej⁴⁷⁹. Problem ten wynika z faktu, że dopóki w konstytucji bezpośrednio nie będzie zamieszczonych przepisów gwarantujących (m.in. zasadę bezpośredniego obowiązywania przepisów konstytucji; gwarancję w stosunkach między obywatelami a organami władzy publicznej oraz między podmiotami prawa prywatnego zawartych w niej praw i wolności), to będzie konieczne sprecyzowanie w ustawie zwykłej „kto, komu co i w jakim trybie postępowania ma świadczyć”⁴⁸⁰.

Dla podmiotu, który chce skorzystać z dostępnych praw i wolności wyrażonych w konstytucji, rzeczą istotną jest ustalenie charakteru normatywnego przepisów stanowiących o tych prawach, ponieważ od rodzaju normy zależy rodzaj środków ochrony tych praw. Prawa socjalne, ekonomiczne, jak i kulturalne (ze względu na formę normatywnego ujęcia) przybierają w konstytucji postać: „a) praw podmiotowych jako wymagalne roszczenie o określone świadczenie, np. do bezpłatnej szkoły publicznej, do bezpłatnego leczenia w publicznej służbie zdrowia (...), b) obowiązków władzy publicznej i innych osób w zakresie zagwarantowania uprzednio wymienionych praw podmiotowych; ustanowione są one w jednym artykule, łącznie z prawem podmiotowym albo prawa podmiotowe i obowiązki władz są rozdzielane w dwóch rozdziałach, c) odrębnych zadań formułowanych wyłącznie wobec władz publicznych, mających na celu zapewnienie warunków materialnego i kulturowego bytu całego społeczeństwa lub grup społecznych, wymagających szczególnej troski, które to zadania mają zastąpić potrzebę formułowania w konstytucji praw podmiotowych”⁴⁸¹.

Z punktu widzenia interesów obywateli oraz zasad techniki legislacyjnej sposób formułowania norm konstytucyjnych określających obowiązki władz publicznych i innych osób, w celu zapewnienia realizacji możliwości korzystania z tych praw, stanowi optymalną sytuację dla każdej ze stron⁴⁸². Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 8 maja 2000 r. podkreśla, że „nałożony na ustawodawcę obowiązek urzeczywistnienia wyrażonych w Konstytucji gwarancji socjalnych w drodze stosowanych regulacji normatywnych nie oznacza obowiązku maksymalnej rozbudowy systemu świadczeń. Obowiązek ten musi być natomiast rozumiany jako nakaz urzeczywistnienia poprzez regulacje ustawowe treści prawa konstytucyjnego w taki sposób, aby z jednej strony uwzględniało istniejące potrzeby, z drugiej

⁴⁷⁹ L. Wiśniewski, *Pojęcie i konstrukcja praw socjalnych*, [w:] *idem* (red.), *Podstawowe prawa jednostki i ich ochrona sądowa*, Warszawa 1997, s. 169.

⁴⁸⁰ *Ibidem*, s. 171-172.

⁴⁸¹ L. Wiśniewski, *Pojęcie i konstrukcja...*, s. 171.

⁴⁸² *Ibidem*.

możliwości ich zaspokojenia. Granice tych możliwości są wyznaczone przez inne podlegające ochronie wartości konstytucyjne takie, jak np. równowaga budżetowa, które mogą w pewnym zakresie pozostawać w opozycji do rozwiązań ustawowych zmierzających do maksymalizacji gwarancji socjalnych⁴⁸³. W związku z powyższym ochrona praw socjalnych, w tym prawa do ochrony zdrowia, powinna się przejawiać w takim ukształtowaniu rozwiązań ustawowych, które będą stanowić optimum realizacji treści prawa konstytucyjnego. Nie ma też żadnej wątpliwości, że bez względu na intensywność oddziaływania czynników, które mogą ograniczać dążenie do zaspokojenia uzasadnionych potrzeb socjalnych, ustawowa realizacja konstytucyjnego prawa socjalnego nie powinna nigdy uplasować się poniżej minimum wyznaczonego przez istotę danego prawa⁴⁸⁴.

Takim minimum wyznaczonym przez istotę prawa w zakresie ochrony zdrowia powinno być zagwarantowanie obywatelowi świadczeń zdrowotnych niezbędnych do ratowania życia i zdrowia w nagłych przypadkach, tj. określenie granic „bezpieczeństwa zdrowotnego”.

Według Trzecińskiego prawa i wolności zawarte w rozdziale II Konstytucji na poziomie minimum tych praw mogą być podstawą skargi konstytucyjnej. Naruszenie wolności i praw polega na tym, że to ustawa lub inny akt normatywny naruszają prawa jednostki, a nie konkretna decyzja organu administracji ani nie orzeczenie sądu, przy czym jednostka nie mogłaby wnieść skargi, gdyby pośrednio nie kwestionowała decyzji kształtującej jej decyzję prawną lub orzeczenia sądu. Składający skargę formalnie skarży ustawę lub inny akt normatywny, to w rzeczywistości czyni to jednak ze względu na niekorzystny dla siebie wyrok sądu, u którego podstaw wydania leży ustawa lub inny akt normatywny⁴⁸⁵.

2.4. Publiczne prawa podmiotowe a norma programowa

Aby móc zacząć rozważania na temat prawnych możliwości ochrony zdrowia oraz możliwości dochodzenia swoich praw z tą ochroną związanych, należy pokrótce przedstawić źródła prawa, które tę ochronę nam zapewniają. Ze względu na brak jednoznaczności pojęcia „źródła prawa”⁴⁸⁶ istnieje wiele sporów w nauce prawa, w tym również

⁴⁸³ Wyrok TK z dnia 9 maja 2000 r., SK 22/99.

⁴⁸⁴ *Ibidem*.

⁴⁸⁵ J. Trzeciński, *Komentarz do art. 79...*, s. 10 i 11.

⁴⁸⁶ Zob. m.in. na ten temat piszą: W. Gromski, *Źródła prawa*, [w:] U. Kalina-Prasznic (red.), *Encyklopedia prawa*, Warszawa 2000, s. 1311; H. Rot, *Wstęp do nauk prawnych*, Wrocław 1988, s. 78; S. Kaźmierczyk, Z. Pulka, *Wstęp do prawoznawstwa*, Wrocław 1999, s. 123-126; W. Skrzydło, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Kraków 1998, s. 81-89; Z. Ziemiński, *Teoria prawa*, Warszawa-Poznań 1977, s. 76-77; J. Nowacki, Z. Tobor, *Wstęp do prawoznawstwa*, Katowice 1999, s. 109-112; A. Michalska, S. Wronkowska, *Zasady tworzenia prawa*, Poznań 1983, s. 13-16; A. Redelbach, S. Wronkowska, Z. Ziemiński, *op. cit.*, s. 179 i n.; S. Wronkowska, Z. Ziemiński, *Zarys teorii prawa*, Poznań 1997, s. 141.

prawa administracyjnego⁴⁸⁷. Aby mogło zaistnieć oczekiwane przez obywateli prawo do ochrony zdrowia, „administrowanie” przez organy administracyjne musi nastąpić w drodze konstytuowania obowiązujących norm prawnych⁴⁸⁸ tak, aby te normy dały możliwość działania organom administracji w obszarze ochrony zdrowia. Administracja publiczna może sama dla siebie tak formułować dyrektywy działania, aby móc mieć możliwość bieżącego reagowania na zjawiska życia społecznego i reagowania *ad hoc* na różne pojawiające się zdarzenia⁴⁸⁹ i oczekiwania, jakie przynosi rozwój cywilizacji. Administracja na wszystkie te zjawiska musi odpowiadać swą działalnością prawotwórczą⁴⁹⁰, jak również teoria prawa administracyjnego jest zobowiązana do uwzględniania tej problematyki przy tworzeniu prawa⁴⁹¹. Przepisy prawa tworzone⁴⁹² w przewidzianym trybie przez powołane do tego organy państwowe (lub samorządowe)⁴⁹³ mają określić taki zespół norm prawnych, których realizacja bądź ich zaniechanie może doprowadzić do spełnienia pożądanego celu, jakim jest np. bezpieczeństwo zdrowotne.

W teorii prawa rozróżnia się trzy podstawowe sposoby pojmowania źródeł prawa: materialne, formalne oraz poznawcze⁴⁹⁴. W niniejszej pracy posługuję się pojęciem źródeł prawa w znaczeniu formalnym, które jest tworzone przez hierarchiczny układ normatywny obejmujący Konstytucję, ustawy oraz akty podstawowe o różnej mocy prawnej (powszechnie obowiązujące wszystkie podmioty w danym państwie, względnie kierowane do określonej grupy adresatów)⁴⁹⁵. Konstytucja RP jest aktem najwyższej mocy prawnej, dlatego może normować każdą materię, niezależnie od tego, czy była ona już przedmiotem regulacji w aktach niższego rzędu, a także niezależnie od treści tych regulacji. Część

⁴⁸⁷ Z. Duniewska, *Źródła prawa administracyjnego*, [w:] Z. Duniewska *et al.*, *op. cit.*, s. 144; M. Kulesza, „*Źródła prawa*” i *przepisy administracyjne w świetle nowej Konstytucji*, „*Państwo i Prawo*” 1998, z. 2, s. 14-15; *idem*, *Przepisy administracyjne w „zamkniętym systemie źródeł prawa”*, „*Samorząd Terytorialny*” 2000, nr 9, s. 3 i n.

⁴⁸⁸ Norma prawna to usankcjonowana przez kompetentny organ władzy (np. przez parlament, prezydenta) w należyтым trybie, wynikająca z przepisów prawnych reguła, która wyznacza skonkretyzowane warunki postępowania określonym adresatom. Zob. różne ujęcia normy prawnej: J. Wróblewski, *Przepisy i normy prawne*, [w:] W. Lang, J. Wróblewski, S. Zawadzki, *Teoria państwa i prawa*, Warszawa 1980, s. 312-313. J. Sługocki, *Prawo administracyjne*, Kraków 2003, s. 19.

⁴⁸⁹ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 76.

⁴⁹⁰ A. Błaś, *Dyskusja*, [w:] Z. Duniewska *et al.*, *op. cit.*, s. 151.

⁴⁹¹ J. Starościak, *Źródła prawa administracyjnego*, [w:] J. Starościak (red.), *System prawa administracyjnego*, t. I, Wrocław 1977, s. 86 i 87.

⁴⁹² Prawo to zespół norm postępowania określonych podmiotów (adresatów), norm o charakterze abstrakcyjno-generalnym (ogólnym), norm ustanowionych lub uznanych przez państwo, których realizacja jest chroniona przymusem państwowym – J. Oniszczuk, *Prawo, jego tworzenie i systematyka (wybrane zagadnienia)*, Warszawa 1999, s. 14 i 21.

⁴⁹³ J. Szreniawski, *Prawo administracyjne. Część ogólna*, Lublin 1994, s. 81.

⁴⁹⁴ J. Sługocki, *Prawo administracyjne*, Kraków 2003, s. 19.

⁴⁹⁵ R. Raszewska-Skałeczka, *Miejsce statutu i regulaminu zakładu administracyjnego w systemie źródeł prawa. Kwestie wybrane*, *Acta Universitatis Wratislaviensis* no 3052, „*Przegląd Prawa i Administracji*” 2008, t. LXXVII, s. 264.

przepisów Konstytucji jest sformułowana na tyle precyzyjnie, że nie wymaga konkretyzacji – inne nie mogą być stosowane samoistnie⁴⁹⁶ – dla przełożenia ich na konkretne uprawnienia rodzące po stronie osób trzecich obowiązek określonego postępowania, z reguły jest konieczna ich konkretyzacja w aktach niższego rzędu, w szczególności w ustawach⁴⁹⁷. Samo jednak proklamowanie praw jednostki w akcie normatywnym nie przesądza o tym, że prawa te będą przestrzegane i objęte gwarancją realizacji przez podmioty zobowiązane do zapewnienia tych praw⁴⁹⁸. W polskiej Konstytucji, jak i w konstytucjach innych państw⁴⁹⁹, znajdziemy wiele przepisów⁵⁰⁰ (norm programowych⁵⁰¹)

⁴⁹⁶ A. Ostrzyżek, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, „Prawo i Medycyna” 2005, t. 4, s. 70.

⁴⁹⁷ Zob. P. Tuleja, *Źródła polskiego prawa konstytucyjnego*, [w:] P. Tuleja (red.), *Prawo konstytucyjne*, wyd. 2, Warszawa 1997, s. 3 i n.

⁴⁹⁸ Konstytucyjna gwarancja drogi sądowej, wynikająca z ogólnej zasady art. 45 ust. 1 (prawo do sądu) w przypadku naruszenia praw i wolności jednostki; instytucja skargi konstytucyjnej; wniosek do Rzecznika Praw Obywatelskich. Zob. A. Ostrzyżek, *op. cit.*, s. 70.

⁴⁹⁹ Niemiecki Trybunał Konstytucyjny orzekł, że prawo konstytucyjne nie składa się wyłącznie z przepisów ustawy zasadniczej, ale także z pewnych podstawowych założeń i przewodnich idei, mimo braku ich skonkretyzowania w poszczególnych artykułach Ustawy Zasadniczej. Zasadą taką była (i jest), na przykład, zasada państwa prawnego.

Konstytucja Portugalii wyznacza konkretne powinności organów władzy publicznej do realizacji określonej grupy praw obywateli, jak na przykład prawie do pracy, pomocy społecznej, ochrony zdrowia. Składnikiem gwarantującym realizację tych praw jest Trybunał Konstytucyjny, który w razie niewypełnienia przez te organy ciężących na nich obowiązków stwierdza niekonstytucyjność przez zaniechanie.

Zob. K. Complak, *Konstytucyjne postanowienia programowe czy normy o celach państwa?* [w:] L. Galiński, A. Szmyt (red. nauk.), *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, Warszawa 2003, s. 50 i 51.

⁵⁰⁰ Ze względu na to, że Konstytucja obejmuje szeroki zakres spraw normowanych (m.in. pozycja jednostki w państwie, ustroj i kompetencje organów, elementy ustroju gospodarczego), jej przepisy wyrażają różnego rodzaju normy: normy merytoryczne, kompetencyjne, programowe, zasady prawa, zob. S. Wronkowska, *O niektórych osobliwościach konstytucji i jej interpretacji*, [w:] M. Smolak (red.), *Wykłady Konstytucji. Aktualne problemy i tendencje*, Warszawa 2016, s. 27.

⁵⁰¹ Norma prawna jest to reguła zachowania, która daje odpowiedź na pytanie: kto (hipoteza – określa adresata normy), w jakich warunkach, jak powinien się zachować (dyspozycja – określa pożądany rodzaj zachowania nakazanego, zakazanego lub dozwolonego wymaganego od adresata normy) i co się dzieje w przypadku niewykonania nakazu czy zakazu podanego w sposobie żadanego zachowania (sankcja – określa rodzaj dolegliwości, jaki prawodawca przewidział dla każdego, kto nie zastosował się do treści dyspozycji (nie spełnił nakazu lub zakazu). Zob. Z. Salamonowicz, *Wstęp do prawoznawstwa*, Szczepno 2003 oraz L. Morawski, *Wstęp do prawoznawstwa*, Toruń 2002.

Normy prawne zawsze wyrażają treść obowiązującego prawa, a przepisy prawne są jedynie formą wyrażania tej treści (przepisy prawne są wyodrębnioną przez prawodawcę gramatyczną jednostką językową tekstu prawnego, np. artykuł, paragraf, ustęp). Przepis prawny to narzędzie, za pomocą którego prawodawca przekazuje adresatom wiadomości o normach, [w:] J. Helios, W. Jedlecka, *Podstawowe pojęcia prawa i prawoznawstwa dla ekonomistów*, Wrocław 2015, s. 33 i 34.

Biorąc pod uwagę sposób określenia adresata, normy można podzielić na:

- a) *generalne* – w których adresat jest zdefiniowany przez wskazanie jego cech, a zatem nazwą generalną (np. „Każdy, kto ukończył lat 18, powinien posiadać dowód osobisty”).
- b) *indywidualne* – wskazują adresata za pośrednictwem nazwy indywidualnej, np. Marek Kowalski. Ze względu na jednorazowość lub wielokrotność zastosowania normy wyróżniamy:
 - a) *abstrakcyjne* – odnoszą się do zachowań powtarzalnych. Mają one wielokrotne zastosowanie, gdyż warunki wykorzystania normy są tak wyznaczone w hipotezie, że mogą mieć miejsce

wskazujących na odległe nieraz, perspektywiczne cele czy zadania władzy publicznej odnoszące się do całokształtu ważnych problemów społecznych⁵⁰². Cechą charakterystyczną norm programowych jest to, że wskazują adresatom norm pożądane cele do zrealizowania, lecz przy tym nie dają konkretnych rozwiązań, aby cele te osiągnąć, im cel jest ogólniejszy, tym podmiot wykonujący ma większą swobodę przy jego urzeczywistnieniu. 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 są obowiązane do wykorzystania wszystkich swoich kompetencji. Paweł Sarnecki opisuje jeszcze jedną – ważną z punktu widzenia pacjenta żądającego świadczeń zdrowotnych – cechę norm programowych, a mianowicie to, że normy programowe nie powołują do życia konkretnych roszczeń prawnych podmiotów trzecich, przede wszystkim obywateli⁵⁰³, co z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli jest złą wiadomością. Norma programowa nie wskazuje, jak należy się zachować po to, aby zrealizować pewien cel, ukazuje tylko, jaki cel (wyznaczony przez normodawcę, a nie wybrany przez adresatów norm) winien zostać zrealizowany⁵⁰⁴.

Przedstawiona powyżej charakterystyka norm programowych nie oznacza braku wiążącego charakteru przepisów tak sformułowanych⁵⁰⁵. Istnieje bowiem zgoda co do ich w pełni normatywnego charakteru, związane jest to m.in. z tym, że tylko niewielka część przepisów ustawy zasadniczej nadawałaby się do bezpośredniego zastosowania⁵⁰⁶. Z tego powodu, 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 czy rząd w ustawach. Jeśli powstały akt władzy nie będzie odpowiadał (bez uzasadnionego powodu) oznaczonej

nieskończoną liczbę razy, np. „Każda osoba wezwana w charakterze świadka ma obowiązek stawić się i złożyć zeznania”.

- b) *normy konkretne* to takie normy, których realizacja powoduje ich umorzenie, mają one jednokrotne zastosowanie. Okoliczności zastosowania tej normy są tak określone w hipotezie, iż mogą zaistnieć tylko raz, np. „Wzywa się Marka Kowalskiego do stawienia się w charakterze świadka w dniu 9 maja 2017 r. w Sądzie Rejonowym w Złotoryi”.

W prawie konstytucyjnym współczesnych państw coraz mocniej nabiera znaczenie tzw. *norm programowych*, co według J. Helios i W. Jedleckiej związane jest zapewne ze wzrostem znaczenia funkcji społecznych państw. zob. J. Helios, W. Jedlecka, *op. cit.*, s. 30 i n.

⁵⁰² P. Sarnecki, *Normy programowe w konstytucji...*, s. 252.

⁵⁰³ *Ibidem*, s. 253-254.

⁵⁰⁴ T. Gizbert-Studnicki, A. Grabowski, *Normy programowe w konstytucji*, [w:] J. Trzciniński (red.), *Charakter i struktura norm konstytucji*, Warszawa 1997, s. 97.

⁵⁰⁵ S. Jarosz-Żukowska, *Koncepcja „Minimum prawa obywatelskiego” wyrażonego w normie programowej – uwagi na tle art. 68 Konstytucji RP*, [w:] R. Balickiego, M. Masternak-Kubiak (red.), *W służbie dobru wspólnemu. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Januszowi Trzcinińskiemu*, Warszawa 2012, s. 212.

⁵⁰⁶ K. Complak, *Konstytucyjne postanowienia...*, s. 59.

treści celu, wówczas można w trybie kontroli konstytucyjności prawa te uznać za niezgodne z ustawą zasadniczą. Zaś brak konkretyzacji czy ich niewłaściwe urzeczywistnienie można kwestionować na drodze prawnej bądź politycznej. Organy władzy sądowniczej (zwłaszcza organy sądownictwa administracyjnego) obowiązane są przy wyrokowaniu opierać się lub przynajmniej uwzględniać postanowienia konstytucji o celach państwa⁵⁰⁷. K. Complak porusza jeszcze jeden ciekawy aspekt związany z celem konstytucji mówiącym o zapewnieniu każdemu bezpłatnej opieki zdrowotnej. Autor pisze o tym celu jako o celu, do którego państwo cały czas się zbliża, z uwagi na zmieniającą rzeczywistość ich realizacja stawia każdorazowo na nowo zagadnienie stopnia ich urzeczywistnienia. Większość norm o celach władzy publicznej jest celami niedającymi się całkowicie zrealizować – podlegają one tylko procesowi ustawicznej realizacji⁵⁰⁸.

Problem braku możliwości spełnienia w pełni celów zawartych w normach programowych wynika z dwóch trudności. Po pierwsze, prawa (cele) formułowane przez nauki społeczne są sporne ze względu na ich bardzo ogólny charakter. Ogólny ich wymiar nie stanowi podstawy konkretyzacji oczekiwanych celów. Rzeczywistość społeczna, uwarunkowania społeczne, potrzeby społeczne, w tym potrzeby zdrowotne, stanowią trudność zarówno dla ustawodawcy, jak i dla organu publicznego, mającego zapewnić określone potrzeby – cele zawarte w normach programowych. Przepisy określające cele nie są określane w języku opisowym jako pewne, empirycznie identyfikowalne stany rzeczy, tylko zazwyczaj formułowane są za pomocą wyrażen wartościujących („produktywne zatrudnienie”, „bezpieczeństwo publiczne”) – problem ten zapewne dotyczy także „bezpieczeństwa zdrowotnego”. Ponadto częstokroć nie są określone jako finalne stany rzeczy, lecz raczej jako pewne tendencje czy idee regulatywne, które nigdy nie mogą być spełnione w stopniu doskonałym („dobrobyt”, „ochrona praw człowieka” „pełnia zdrowia”), przez co nie istnieją bezsporne kryteria pozwalające na jednoznaczne stwierdzenie, czy i w jakim stopniu taki cel został spełniony. W związku z tym normy programowe mogą być spełniane w mniejszym lub większym stopniu⁵⁰⁹, co w przypadku np. stopnia zapewnienia świadczeń zdrowotnych może być zagrożeniem dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

W literaturze przedmiotu poddano również analizie możliwość skonstruowania roszczenia⁵¹⁰ przeciwko władzy publicznej o zapewnienie praw socjalnych (w tym prawa

⁵⁰⁷ *Ibidem*, s. 53.

⁵⁰⁸ *Ibidem*, s. 54.

⁵⁰⁹ T. Gizbert-Studnicki, A. Grabowski, *op. cit.*, s. 100-101.

⁵¹⁰ Według M. Błachuta niemożność określenia zachowań nakazanych i zakazanych na podstawie norm programowych przesądza o tym, że prawo podmiotowe na podstawie tych norm nie powstaje. Zob. M. Błachut, *Pojęcie prawa podmiotowego w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2002, t. IX, s. 182.

do ochrony zdrowia) na podstawie norm programowych zawartych w Konstytucji RP⁵¹¹. Tomasz Gizbert-Studnicki i Andrzej Grabowski podkreślają, że nie kwestionują, iż zredagowanie artykułów ustawy zasadniczej w normy programowe czyni z nich tylko zobowiązania *prima facie* dla organów władzy publicznej, a nie definitywne. Norma taka nie stanowi podstawy do żadnych „pozytywnych” roszczeń obywateli względem państwa. Jednak należy przyjąć, że norma ta daje podstawę do roszczeń obywateli o charakterze „negatywnym”, gdy państwo lub jego organy (adresaci norm programowych) podejmują działania utrudniające lub uniemożliwiające realizację danego celu, wyrażonego przez normę programową. Dzieje się tak, bowiem normy te „oprócz wyrażonych w nich *explicite* obowiązków realizacji lub dążenia do osiągnięcia pewnych celów, nakładają także *implicite* obowiązek przeciwdziałania zachowaniom utrudniającym lub uniemożliwiającym ich osiągnięcie”⁵¹².

Janusz Trzciniński dodaje, że realizacja obowiązków nałożonych na adresatów norm programowych stwarza jednocześnie po stronie obywatela prawa podmiotowe (roszczenie) co najmniej w takim zakresie, w jakim prawa te są odzwierciedleniem obowiązków władzy publicznej, a więc „na poziomie minimum tych praw lub – jak kto woli – na poziomie istoty”⁵¹³. Do naruszenia przez ustawodawcę norm programowych, w które ubrane są niektóre prawa ekonomiczne i socjalne (art. 68 Konstytucji RP – prawo do ochrony zdrowia), może dojść w trzech przypadkach:

- „1. ustawodawca niewłaściwie zinterpretował przepis konstytucji wyznaczający określony cel czy zadanie władzy publicznej, a w szczególności uchwalając ustawę, zastosował takie środki, które nie mogły doprowadzić do realizacji tego celu i w ten sposób właśnie naruszył konstytucyjne wolności i prawa;
2. ustawodawca uchwalając ustawę, ogranicza obywatela w taki sposób, że narusza istotę wolności lub prawa. Zakaz takich ograniczeń jest zawarty w art. 31 ust. 3 Konstytucji;
3. może zaistnieć i taka sytuacja, że ustawodawca reguluje jakieś prawo lub wolności, lecz na poziomie poniżej minimum prawa (minimum wyznaczonego przez istotę prawa)”⁵¹⁴.

Podstawą skargi konstytucyjnej według J. Trzcinińskiego byłoby naruszenie minimum praw obywatela⁵¹⁵ stanowiących równocześnie minimum obowiązków organów

⁵¹¹ M. Bernaczyk, *op. cit.*, s. 277.

⁵¹² T. Gizbert-Studnicki, A. Grabowski, *op. cit.*, s. 111-112.

⁵¹³ J. Trzciniński, *Glosa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 lipca 2002 r. (sygn. akt I KZP 17/02)*, „Przegląd Sejmowy” 2002, t. 5(52), Warszawa 2002, s. 132.

⁵¹⁴ J. Trzciniński, *Komentarz do art. 79...*, s. 10.

⁵¹⁵ Jaki powinien być minimalny poziom świadczeń (minimum praw obywatela) i jaki minimalny poziom obowiązków organów władzy publicznej w zakresie ochrony zdrowia, określe przy okazji omawiania zagadnienia szacowania potrzeb zdrowotnych obywatela.

władzy publicznej, które można wyinterpretować z treści omawianych postanowień Konstytucji. Według A. Łabno teza ta jest trudna do zaakceptowania z powodu zakazu stosowania wzorca konstytucyjnego dla dochodzenia tych praw⁵¹⁶.

Ze względu na to, że obowiązujący tekst Konstytucji nasycono obszernym katalogiem praw człowieka i obywatela, „klauzulami odsyłającymi do norm i wartości spoza systemu prawa, zasadami prawa, normami programowymi, zwrotami wartościującymi”⁵¹⁷, rola sądownictwa konstytucyjnego przestała się ograniczać „do prostej kontroli hierarchicznej zgodności norm, a stała się rolą strażnika pozycji jednostki w państwie, chroniącego ją przed niebezpieczeństwami grożącymi ze strony władzy ustawodawczej”⁵¹⁸.

Realizowanie norm programowych stwarza wiele trudności, ponieważ wymaga pogodzenia kolidujących ze sobą zasad, a najtrudniejszą do rozstrzygnięcia kwestią jest odpowiednie wyważenie pomiędzy kryteriami prawnymi a pozaprawnymi⁵¹⁹. Organy administracji świadczącej muszą realnie ocenić swoje możliwości w realizacji oczekiwanych świadczeń i dokonać sprawiedliwego podziału tych dóbr. W związku z tym organy te nie zawsze są w stanie zapewnić oczekiwane przez pacjenta świadczenia zdrowotne.

2.5. Normy programowe a przepisy artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej

Treścią konstytucyjnego prawa do zdrowia jest zapewnienie człowiekowi określonych gwarancji ochrony jego zdrowia jako zasadniczego dobra ludzkiego. Analizy prawa do zdrowia nie można wykonać w oderwaniu od innych praw i wolności określonych w II rozdziale Konstytucji RP pt. „Wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela” (art. 30-86)⁵²⁰.

Analizy tej można dokonać na dwóch zasadniczych płaszczyznach – materialnej, wyrażonej w art. 68 Konstytucji RP, ale również na płaszczyźnie egzystencjalnej, polegającej na ochronie całego ciała ludzkiego i jego osobowości. Zakotwiczenie zdrowotnych praw znajduje się w zasadzie wyrażonej w art. 5 Konstytucji RP, zgodnie z którą RP zapewnia wolności i prawa człowieka i obywatela oraz ich bezpieczeństwo. Uściślanie powyższych gwarancji w sensie formalnym zawiera się w art. 45 ust. 1 oraz art. 77-79

⁵¹⁶ A. Łabno, *Skarga konstytucyjna...*, s. 769.

⁵¹⁷ S. Wronkowska, *op. cit.*, s. 16.

⁵¹⁸ *Ibidem*.

⁵¹⁹ T. Gizbert-Studnicki, A. Grabowski, *op. cit.*, s. 113.

⁵²⁰ K. Complak, *Wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela*, [w:] M. Haczkowska (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2014, s. 47.

Konstytucji RP, co stanowi warunek *sine qua non* możliwości zrealizowania gwarancji wyrażonej w art. 37 Konstytucji RP⁵²¹.

W polskim systemie prawnym punktem wyjścia do rozważań nad prawem do ochrony zdrowia powinien być art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Artykuł 68 Konstytucji RP w ust. 1⁵²² nadaje każdemu prawo do ochrony zdrowia. Przepis ten stwarza po stronie każdego człowieka podmiotowe prawo do ochrony zdrowia. Prawo to posiada więc konstytucyjne gwarancje, nie zostało ono nadane adresatom przez władzę państwową, ale wynika z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka, do którego przestrzegania i zapewniania władza państwowa jest zobowiązana⁵²³. Prawo do ochrony zdrowia z art. 68 ust. 1 jest prawem człowieka – nie jest jedynie prawem obywatelskim, dlatego nie ogranicza się wyłącznie do żadnej innej kategorii – pracujących czy ubezpieczonych⁵²⁴.

Zgodnie z systemową wykładnią prawa postanowienia art. 68 powinny być czytane i wykładane w związku ze sobą, co oznacza, że postanowienie, iż każdy ma prawo do ochrony zdrowia (ust. 1), należy czytać łącznie z postanowieniami pozostałych ustępów: „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (ust. 2); władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku (ust. 3), władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska (ust. 4); władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży (ust. 5)”. Mimo tego⁵²⁵, że postanowienia ustępów 2-5 dopełniają postanowienia ust. 1, to jednakże w sumie nie wyczerpują treści pojęcia ochrona zdrowia⁵²⁶.

Norma art. 68 ust. 1 powinna być ponadto odczytywana w ścisłym związku z art. 38 Konstytucji: „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia”, ponieważ tą normą objęci są zarówno obywatele polscy, jak i cudzoziemcy znajdujący się pod władzą Rzeczypospolitej Polskiej, a także wszystkie istoty ludzkie od momentu poczęcia, aż do naturalnej śmierci⁵²⁷. Zakładając, że art. 68 stanowi jedną jednostkę redakcyjną, to należy zwrócić uwagę na adresatów poszczególnych postanowień

⁵²¹ R. Tabaszewski, *op. cit.*, s. 163.

⁵²² Art. 68 ust. 1: Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.

⁵²³ A. Zoll, *op. cit.*, s. 7-8.

⁵²⁴ B. Banaszak, *Konstytucja...*, s. 351.

⁵²⁵ J. Trzeński, *Konstytucyjne prawo do zdrowia na tle art. 35 Karty podstawowych praw Unii Europejskiej*, [w:] L. Garlicki, A. Szmyt (red.), *op. cit.*, s. 302 i 303.

⁵²⁶ A. Mokrzycka, *op. cit.*, s. 82.

⁵²⁷ A. Zoll, *op. cit.*, s. 8.

tego artykułu⁵²⁸. Artykuł 68 ust. 1 nie ma charakteru deklaratywnego, lecz jest to norma prawna, z której wynikają określone obowiązki w stosunku do władzy publicznej, a użyty zwrot „każdy” należy tutaj rozumieć przede wszystkim „każdy obywatel”, a w pewnych sytuacjach „każdy człowiek”. Oznacza to, że Konstytucja wyklucza jakiegokolwiek wyłączenia podmiotowe z zakresu jej działania zarówno ze względu na obywatelstwo poszukującego ochrony, jak i na stopień rozwoju istoty ludzkiej⁵²⁹. Takie definiowanie pojęcia „każdy” wymuszają także zasady prawa międzynarodowego⁵³⁰ – jednakże obowiązek zapewnienia przez władze publicznego równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (art. 68 ust. 1 i ust. 2 zd. pierwsze) może być ograniczony dla cudzoziemców w stosunku do obywateli polskich.

Należy jednak pamiętać o obowiązujących nas normach prawa międzynarodowego, w tym także prawa zwyczajowego, jak również o wszystkich normach prawnych i moralnych, nie zezwalających na pozostawienie osoby bezpośrednio zagrożonej utratą życia lub ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu bez pomocy medycznej⁵³¹.

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 wyróżnia cztery uprzywilejowane grupy: dzieci, kobiety ciężarne, niepełnosprawni i osoby w podeszłym wieku, w stosunku do tych grup władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia im szczególnej opieki zdrowotnej (art. 68 ust. 3). Jednak Konstytucja przy tym nie precyzuje, na czym ta szczególność czy uprzywilejowanie miałyby polegać⁵³².

Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej dla wszystkich obywateli ma być równy, a określenie warunków i zakresu udzielania tych świadczeń (art. 68 ust. 2 zd. drugie) jest upoważnieniem ustawodawcy zwykłego. Ustawodawca może swobodnie określać zakres i warunki tych świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jednak warunki i zakres powszechnie dostępnych świadczeń zależą od kondycji majątkowej państwa i obywateli⁵³³. Problem równości pojawia się dopiero w kontekście niewystarczających zasobów finansowych, gdy dochodzi do regramentacji⁵³⁴.

J. Trzciński, analizując art. 68 konstytucji, stawia 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

⁵²⁸ J. Trzciński, M. Wiącek, *op. cit.*, s. 727.

⁵²⁹ Por. A. Zoll, *op. cit.*, s. 8 oraz J. Trzciński, M. Wiącek, *op. cit.*, s. 728.

⁵³⁰ *Ibidem*.

⁵³¹ A. Zoll, *op. cit.*, s. 8.

⁵³² *Ibidem*.

⁵³³ *Ibidem*, s. 8 i 9.

⁵³⁴ A. Mokrzycka, *op. cit.*, s. 82.

prostu apel, deklaracja intencji, określenie celu, który władza publiczna ma spełnić⁵³⁵. Na tak postawione pytanie autor odpowiada, że przepis jest tak sformułowany, aby obywatel nie mógł wysuwać żadnych roszczeń, żadnych praw podmiotowych, być może poza ust. 1 – jeśli by go czytać w oderwaniu od pozostałych⁵³⁶.

Jak zauważył TK w sprawie K 2/98⁵³⁷, z art. 68 ust. 1 Konstytucji należy wywieść podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia oraz obiektywny nakaz podejmowania przez władze publiczne odpowiednich działań, które są niezbędne do należytej ochrony i realizacji tego prawa. Według D.E. Lacha przepisów art. 68 ust. 1 i 2 nie można traktować jako źródła publicznego prawa podmiotowego obywateli, a jedynie jako normę programową⁵³⁸. Formuła art. 68 nie przekreśla jednak całkowicie szans na dochodzenie swoich praw na podstawie tego przepisu. W przepisach programowych jest zawarte minimum praw obywatela, to minimum praw obywatela jest odpowiednikiem minimum obowiązków ciążących na władzy publicznej⁵³⁹.

Treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest jakiś nieokreślony stan „zdrowia” poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukształtowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności⁵⁴⁰. Norma art. 68 ust. 1 Konstytucji nie przesądza konstrukcji systemu ochrony zdrowia jako całości czy też poszczególnych jego elementów. Swoboda ustawodawcy w kształtowaniu charakteru prawnego tego systemu może wynikać z innych konstytucyjnych zasad lub wartości, np. zasada równowagi budżetowej⁵⁴¹. Równowaga budżetowa pozostaje w opozycji o rozwiązań ustawowych zmierzających do maksymalizacji gwarancji socjalnych. Z tego powodu kształtowanie rozwiązań ustawowych winno stanowić optimum realizacji treści tego konstytucyjnego prawa. Ustawowa realizacja konstytucyjnego prawa socjalnego nie powinna nigdy uplasować się poniżej minimum wyznaczonego przez istotę danego prawa, powinna natomiast dążyć do zaspokojenia uzasadnionych potrzeb socjalnych⁵⁴² (potrzeb zdrowotnych).

⁵³⁵ J. Trzeciński, M. Wiącek, *op. cit.*, s. 728.

⁵³⁶ *Ibidem*.

⁵³⁷ Wyrok TK z dnia 23 marca 1999 r., K 2/99.

⁵³⁸ D.E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011, s. 16.

⁵³⁹ J. Trzeciński, M. Wiącek, *op. cit.*, s. 733.

⁵⁴⁰ Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03.

⁵⁴¹ Zob. np. na temat równowagi budżetowej: A. Hanusz, *Równowaga budżetowa a zasady prawa*, „Państwo i Prawo” 2015, t. 9.

Zasadę równowagi budżetowej najczęściej definiuje się jako postulat dobrego funkcjonowania gospodarki budżetowej, gdzie do zrównoważenia budżetu dochodzi, gdy wydatki stałe, podobnie jak w gospodarce prywatnej, są zaspokajane stałymi dochodami. Por. J. Harasimowicz, *Finanse i prawo finansowe*, Warszawa 1977, s. 57; N. Gajl, *Finanse i prawo finansowe*, Warszawa 1980, s. 105; A. Branny, [w:] E. Chojna-Duch, H. Litwińczuk (red.), *Prawo finansowe*, Warszawa 2007, s. 70; D. Cyman, [w:] A. Drwiłło (red.), *Podstawy finansów i prawa finansowego*, Warszawa 2014, s. 328; S. Głabiński, *Wykład nauki skarbowej*, Lwów 1894, s. 484.

⁵⁴² Wyrok TK z dnia 8 maja 2000 r., SK 22/99.

Realizacja prawa do ochrony zdrowia przez władze publiczne powinna być zatem efektywna tak, aby prawo to nie było iluzoryczne bądź czysto potencjalne. Zaś świadczenia finansowane ze środków publicznych mają być dostępne dla obywateli: „przy czym nie chodzi o dostępność jedynie formalną, deklarowaną przez przepisy prawne o charakterze „programowym”, ale o dostępność rzeczywistą, stanowiącą realizację określonego w ust. 1 art. 68 Konstytucji prawa do ochrony zdrowia (*verba legis*: „(...) władze publiczne (...) zapewniają (...)). Sformułowanie Konstytucji jest kategoriyczne i ma charakter gwarancyjny”⁵⁴³.

Na gruncie art. 68 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji nie jest możliwe skonstruowanie jakiegś materialnej definicji pojęcia „ochrona zdrowia”. W szczególności nie jest możliwe precyzyjne dookreślenie rodzajów bądź kategorii świadczeń mieszczących się w zakresie prawa gwarantowanego przez art. 68. Ciężar gwarancji konstytucyjnych został przerzucony na płaszczyznę proceduralną. W związku z tym newralgicznego znaczenia nabiera prawidłowe określenie przez ustawodawcę sfery organizacyjnej, związanej z dokładnym, jednoznacznym i funkcjonalnym skonstruowaniem systemu ochrony zdrowia. Systemu, w którym nastąpi: podział kompetencji instytucji realizujących zadania publiczne w sferze ochrony zdrowia; prawidłowe określenie zasad ich funkcjonowania zapewniających niezbędną transparentność działań; skuteczne ich nadzorowanie czy jednoznaczne i czytelne zasady ponoszonej odpowiedzialności⁵⁴⁴.

Należy również zaznaczyć, że treść art. 68 ust. 2 Konstytucji nie narzuca ustawodawcy konkretnego modelu systemu ochrony zdrowia. Wolą ustrojodawcy nie jest konieczność funkcjonowania w ramach ogółu świadczeniodawców tylko tzw. publicznej służby zdrowia (finansowanie budżetowe), czy też tylko całkowicie rynkowego systemu ochrony zdrowia (tzw. samofinansowanie). Z punktu widzenia zarówno jednostki, jak i Państwa nie jest dopuszczalne pozostawienie tylko rynkowego modelu ochrony zdrowia, który niekoniecznie może być zainteresowany zapewnieniem minimum praw – minimum świadczeń medycznych – gwarantujących bezpieczeństwo zdrowotne, które to powinien zapewnić publiczny system ochrony zdrowia.

Konieczne jest również uwzględnienie przez ustawodawcę zwykłego dyrektyw wynikających z rozpatrywanych łącznie norm art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji, które nakładają na władze publiczne obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych⁵⁴⁵ finansowanych ze środków publicznych. Zakres świadczeń, do których obywatele mają prawo, został zaliczony do materii ustawowych. Osoba opłacająca przymusową składkę na ubezpieczenie zdrowotne „w zamian” powinna otrzymać

⁵⁴³ Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03.

⁵⁴⁴ *Ibidem*.

⁵⁴⁵ Świadczenie zdrowotne jest to świadczenie mające na celu zachowanie życia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczenie.

zapewnienie ustawowe zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych jednym z rodzaju dostępnych z katalogu świadczeń zdrowotnych. Ustawa powinna wprowadzić dostatecznie jasne i jednoznaczne kryteria formalne, według których będzie następować ustalenie zakresu należnych świadczeń w ramach odpowiedniej, określonej procedury. Zakres świadczeń może przybrać postać „koszyka” świadczeń gwarantowanych bądź – od strony negatywnej – świadczeń, które musiałyby być finansowane ze środków własnych pacjenta⁵⁴⁶. W zdaniu odrębnym⁵⁴⁷ B. Zdziennicki zaznacza, że stworzenie koszyka podstawowych świadczeń jest niemożliwe, dlatego musi istnieć tylko koszyk negatywny, wykluczający ponadstandardowe usługi. Ten sam sędzia podkreśla również, że szczególne znaczenie dla funkcjonowania państwa ma stan równowagi budżetowej i kondycja finansów publicznych, które ograniczają możliwość zapewnienia wystarczających środków finansowych tak, aby zasada „krótkiej kołdry”⁵⁴⁸ nie miała wpływu na ograniczenie dostępności do świadczeń medycznych na najwyższym poziomie.

⁵⁴⁶ Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03.

⁵⁴⁷ Do wyroku TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03.

⁵⁴⁸ Zasada ta mówi o tym, że gdy przesuniemy środki finansowe na jedną dziedzinę medycyny, np. onkologię, to zabraknie ich na innej dziedzinie medycyny.

Rozdział 3

Bezpieczeństwo zdrowotne

3.1. Janusowe oblicza bezpieczeństwa

Zgodnie z poglądami J. Bocią bezpieczeństwo jest dobrem wspólnym, dobrem, którego jedynym konsumentem jest człowiek⁵⁴⁹. A. Chajbowicz dodaje, że bezpieczeństwo, porządek, życie i zdrowie są wartościami najwyższej sytuacji w skali oczekiwań społecznych i osobistych, których zagwarantowanie jest warunkiem prawidłowego rozwoju życia społecznego, politycznego, ekonomicznego oraz indywidualnego poszczególnych obywateli⁵⁵⁰. Dla każdego z nas bezpieczeństwo jest czymś innym, zaś proces postrzegania bezpieczeństwa jest ciągły i ewoluuje wraz z człowiekiem. Na różnych etapach naszego życia mamy różne potrzeby, dotyczą nas różne zagrożenia – różne nasze wartości, które są zagrożone. Według wyników badań przeprowadzonych przez B. Kwiatkowską nie istnieją wyraźne różnice w rozumieniu bezpieczeństwa pomiędzy kobietami i mężczyznami. Istotne natomiast okazały się różnice w postrzeganiu bezpieczeństwa w zależności od wieku badanych. Dla młodych ludzi bezpieczeństwo jest niezbędnym warunkiem realizacji życiowych celów i pragnień. Wynika to z faktu, że nagłe, nieprzewidziane sytuacje mogą stać się przeszkodą w ich planach i zmusić do skoncentrowania wysiłków na przeciwdziałaniu i przywracaniu normalnego (dotychczasowego) stylu życia kosztem rezygnacji z rozwiązania istotnych dla nich aktualnie problemów. Dla ludzi starszych (tendencja nasila się po ukończeniu 45. roku życia) problem bezpieczeństwa zawęża się przede wszystkim do bezpieczeństwa socjalnego i troski o los bliskich im osób⁵⁵¹.

Niejednokrotnie bezpieczeństwo jest oznaczane poprzez negowanie tego, czym owo bezpieczeństwo nie jest (ujęcie negatywne), a nie jest – zgodnie z denotacją słownikową⁵⁵² – zagrożeniem lub zagrożeniami. Etymologiczny rodowód pojęcia „bezpieczeństwo”

⁵⁴⁹ J. Boć, *O bezpieczeństwie wewnętrznym*, [w:] A. Chajbowicz, T. Kocowski (red.), *Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach terenowej administracji publicznej*, Wrocław 2009, s. 20.

⁵⁵⁰ A. Chajbowicz, *Bezpieczeństwo a pojęcia zbliżone*, [w:] A. Chajbowicz, T. Kocowski (red.), *op. cit.*, s. 37.

⁵⁵¹ Zob. Badania ankietowe objęły 250 dorosłych respondentów z różnych regionów kraju reprezentujących społeczność lokalną. Zob. B. Kwiatkowska, *Problemy bezpieczeństwa w samorządowej kampanii wyborczej*, „Zeszyty Naukowe SGSP” 1999, nr 22/99, s. 5-13.

⁵⁵² Np. *Słownik współczesnego języka polskiego*, red. A. Sikorska-Michalak, O. Wojniłko, Warszawa 1998; *Słownik języka polskiego PWN*, red. L. Drabik, A. Kubiak-Sokół, E. Sobol, Warszawa 2007.

wywodzi się od łacińskiego słowa *securitas – sine cura* – co oznacza brak pieczy, trosk, stan wolny od zmartwień i niepokojów; w takim brzmieniu pojęcie to przetrwało do dnia dzisiejszego w kilku językach europejskich, np. angielskim – *security* czy francuskim – *securité*⁵⁵³.

Identyfikowanie bezpieczeństwa z brakiem zagrożeń prowadzi do wyróżnienia rozmaitych typów oraz ich rodzajów, wydobywania i eksponowania coraz to nowych, futurystycznych, wręcz wyimaginowanych zagrożeń. Z. Traczyk do tych zagrożeń zalicza m.in. zagrożenia klimatyczne, pożarowe – zaliczanych do losowych czynników fizykochemicznych, poprzez zagrożenia biologiczno-egzystencjalne właściwe dla przetrwania w świecie organizmów żywych (zapewnienie żywności, zdrowotności), a kończąc na czynnikach wynikających z wzajemnej inwazyjności ludzi w życie⁵⁵⁴.

Nie należy jednak dogmatyzować wpływu zagrożeń na stan bezpieczeństwa, gdyż obok zagrożeń *sensu stricto* pojawiają się „wyzwania rozwojowe, które można rozwiązywać zanim dojdzie do rozwiniętych zagrożeń bezpieczeństwa”⁵⁵⁵. Postrzeganie zagrożeń, jak i wyzwań zależy od indywidualnej wrażliwości i subiektywnych ocen postrzegającego⁵⁵⁶, a to oznacza, że możliwe są różne punkty widzenia tego samego problemu (zjawiska)⁵⁵⁷.

Niejednokrotnie (zgodnie z denotacją słownikową⁵⁵⁸) bezpieczeństwo jest oznaczane poprzez negowanie tego, czym ono nie jest: zagrożeniem lub zagrożeniami (ujęcie negatywne). Negatywne ujęcie bezpieczeństwa jako brak zagrożeń w obecnych czasach jest zastępowane często przez definicję pozytywną (ujęcie pozytywne). W pozytywnym znaczeniu bezpieczeństwo jest to stan niezagrożenia, spokoju⁵⁵⁹, pewność przetrwania i rozwoju⁵⁶⁰, szansy na doskonalenie⁵⁶¹, pewność istot biologicznych i społecznych⁵⁶².

⁵⁵³ E. Nowak, M. Nowak, *Zarys teorii bezpieczeństwa narodowego. Zarządzanie bezpieczeństwem*, Warszawa 2011, s. 13.

⁵⁵⁴ Zob. Z. Traczyk, *Sektor obywatelski i inne obszary bezpieczeństwa*, [w:] M. Lisiecki (red.), *Zarządzanie bezpieczeństwem – wyzwania XXI wieku*, Warszawa 2008, s. 293; M. Lisiecki, *Zarządzanie bezpieczeństwem publicznym (prawo i administracja, bezpieczeństwo wewnętrzne, podręcznik akademicki)*, Warszawa 2011, s. 23.

⁵⁵⁵ K. Łastawski, *Pojęcie i główne wyznaczniki bezpieczeństwa narodowego i międzynarodowego*, [w:] W. Fehler (red.), *Współczesne bezpieczeństwo*, Toruń 2003, s. 13.

⁵⁵⁶ *Ibidem*.

⁵⁵⁷ S. Kwiatkowski, A. Kwiatkowska-Drożdż, *O bezpieczeństwie obywateli i zarządzaniu kryzysowym*, Tyczyn 2005, s. 22.

⁵⁵⁸ Zgodnie z denotacją słownikową, np. *Słownik współczesnego języka polskiego*, Warszawa 1998, *Słownik języka polskiego PWN*, Warszawa 2007.

⁵⁵⁹ *Ibidem*.

⁵⁶⁰ R. Zięba, *Kategoria bezpieczeństwa w nauce o stosunkach międzynarodowych*, [w:] D.B. Bobrow, E. Haliżak, R. Zięba (red.), *Bezpieczeństwo narodowe i międzynarodowe u schyłku XX wieku*, Warszawa 1997, s. 5.

⁵⁶¹ Zob. *Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego*, Warszawa 2002, s. 13.

⁵⁶² M. Cieślarczyk, *Model i wymiary bezpieczeństwa*, „Zeszyty Naukowe Akademii Obrony Narodowej” 1999, nr 3(36), s. 41.

To nowe – pozytywne definiowanie bezpieczeństwa zostało wyartykułowane dopiero w latach 90. naszego wieku, znajdując swój punkt odniesienia nie w zagrożeniach, lecz w pewności. Pozytywne definiowanie bezpieczeństwa – jako pewność istot biologicznych i społecznych – jest propagowana (m.in.) przez J. Kukułkę, dla którego bezpieczeństwo daje się (należy) postrzegać poprzez trzy współzależne wymiary („tzn. płaszczyzny i sfery, na których pojawiają się wyzwania, szanse i zagrożenia”⁵⁶³), a mianowicie: podmiotowy, przedmiotowy i procesualny⁵⁶⁴.

Bezpieczeństwo w wymiarze podmiotowym jest postrzegane jako „pewność istnienia i przetrwania (...) potwierdzającym się brakiem poważnych zagrożeń dla egzystencjalnych interesów”⁵⁶⁵. W wymiarze przedmiotowym, bezpieczeństwo jest „pewnością niezbędnych warunków rozwoju i aktywności”⁵⁶⁶. Warunki te, odnośnie do narodu, państwa czy społeczeństwa oznaczają, że mogą one cieszyć się stanem swego posiadania oraz dostrzegają sens utrzymania swojej autonomii w zmieniających się okolicznościach⁵⁶⁷. Z kolei w wymiarze „procesualnym, a więc perspektywicznym, bezpieczeństwo (...) oznacza pewność funkcjonowania i rozwoju poszczególnych jednostek oraz zbiorowości (...). Czują się one pewnie, kiedy ich przyszłość jest przewidywalna oraz kiedy są (...) przeświadczone o możliwości jej kontrolowania i korygowania, a więc o realnej perspektywie maksymalizowania swych interesów”⁵⁶⁸.

J. Stańczyk zwraca uwagę na wielopłaszczyznowość, wieloaspektowość oraz złożoność pojęcia bezpieczeństwa. Podkreśla również, iż kryterium przedmiotowe bezpieczeństwa (do którego zalicza bezpieczeństwo militarne, ekonomiczne, ekologiczne, zdrowotne⁵⁶⁹ i inne) jest na tyle szerokie, że można (należy) je rozwijać w oddzielnych opracowaniach⁵⁷⁰. J. Kukułka dodaje, że analizowanie przedmiotowego aspektu bezpieczeństwa w oderwaniu od podmiotu byłoby trudne, jeżeli w ogóle możliwe⁵⁷¹. Obok definiowania bezpieczeństwa w ujęciu podmiotowym (bezpieczeństwo personalne, narodowe i międzynarodowe J. Stańczyk rozróżnia jeszcze bezpieczeństwo w ujęciu przestrzennym (bezpieczeństwo lokalne, subregionalne, regionalne i globalne)⁵⁷².

⁵⁶³ M. Cieślarczyk, *Model i wymiary...*, s. 41.

⁵⁶⁴ Zob. J. Kukułka, *Narodziny nowych koncepcji bezpieczeństwa*, [w:] *Bezpieczeństwo międzynarodowe w Europie Środkowej po zimnej wojnie*, Warszawa 1994, 40 i n.

⁵⁶⁵ *Ibidem*.

⁵⁶⁶ *Ibidem*, s. 43.

⁵⁶⁷ *Ibidem*.

⁵⁶⁸ *Ibidem*.

⁵⁶⁹ W nawiązaniu do powyższego w niniejszej pracy skupię się na zbadaniu i analizie przedmiotowego aspektu bezpieczeństwa, a dokładnie bezpieczeństwa zdrowotnego w odniesieniu do obywatela.

⁵⁷⁰ J. Stańczyk, *Współczesne pojmowanie bezpieczeństwa*, Warszawa 1996, s. 11.

⁵⁷¹ J. Kukułka, *Kształtowanie nowego ładu międzynarodowego*, [w:] D.B. Borow, E. Halizak, R. Zięba (red.), *Bezpieczeństwo narodowe i międzynarodowe u schyłku XX wieku*, Warszawa 1997, s. 349 i n.

⁵⁷² Zob. J. Stańczyk, *Współczesne pojmowanie bezpieczeństwa...*, s. 11 i n.

W kwestii pojmowania bezpieczeństwa nastąpiły znaczące przewartościowania, daleko wykraczające poza sferę militarną⁵⁷³. „Okazuje się, że straty (w tym straty ludzkie) ponoszone przez człowieka w okresie pokoju są wcale nie mniejsze od strat powodowanych przez niejedną wojnę”⁵⁷⁴. Według danych przedstawianych przez autora opracowania⁵⁷⁵ co roku na świecie podczas wypadków przy pracy 110 mln osób odnosi różnego rodzaju obrażenia, a 180 tys. (osób) ginie. W Polsce wskutek wypadków, zatruc, ciężkich chorób (głównie odtytoniowych) traci życie przedwcześnie ponad 100 tys. osób rocznie (ponad 270 na dobę)⁵⁷⁶. Należy zaznaczyć, że „absolutne” bezpieczeństwo jest w praktyce niemożliwe do osiągnięcia – bezpiecznym co najwyżej się bywa w następstwie ciągłego procesu⁵⁷⁷ zachodzącego w strukturach państwa czy w wyniku działań obywatela.

Ciągłej ewolucji ulega treść pojęcia bezpieczeństwa oraz skala wartości podlegających jego ochronie⁵⁷⁸. Proces ten jest dynamiczny, a każda epoka historyczna wypełnia go sobie właściwą treścią⁵⁷⁹. W tej chwili jesteśmy świadkami takiego przewartościowania znaczenia treści pojęcia bezpieczeństwa. Treść pojęcie bezpieczeństwa jest wieloznaczna, ponieważ wybór zdarzeń, ich analiza i wnioski składające się na ocenę bezpieczeństwa są w istocie procesem subiektywnym⁵⁸⁰.

Przedstawienie jednej uniwersalnej definicji bezpieczeństwa jest kłopotliwe, ponieważ termin ten jest niejednoznaczny i w dużym zakresie zależy od rodzaju nauki, na gruncie której jest rozpatrywany⁵⁸¹. Zakres pojęciowy tego terminu jest wielowymiarowy, obejmuje szeroki obszar wielu dziedzin życia, co skutkuje wielością zagrożeń, jakie mogą wystąpić i determinować owo pojęcie, z tego powodu często do terminu „bezpieczeństwo” dodaje się przymiotniki (osobiste, publiczne, energetyczne, narodowe, międzynarodowe, powszechne, państwowe, ekonomiczne, zdrowotne itp.) w celu precyzyjnego określenia dziedziny (obszaru) tego pojęcia⁵⁸².

Bezpieczeństwo również można rozpatrywać w wymiarze ponadindywidualnym (publicznym), obejmuje ono swoim zasięgiem wszystkie dziedziny życia zbiorowego

⁵⁷³ Coraz częściej podzielany jest pogląd Richarda Ullmana o potrzebie szerokiego, odmilitaryzowanego postrzegania i badania bezpieczeństwa [w:] J. Kukułka, *Kształtowanie nowego ładu...*, s. 349.

⁵⁷⁴ T. Szopa, *Wprowadzenie w problematykę bezpieczeństwa*, [w:] *Bezpieczeństwo człowieka we współczesnym świecie / Instytut Problemów Współczesnej Cywilizacji*, z. VI, Warszawa 1998, s. 7.

⁵⁷⁵ *Ibidem*, s. 8.

⁵⁷⁶ *Ibidem*.

⁵⁷⁷ S. Kwiatkowski, A. Kwiatkowska-Drożdż, *op. cit.*, s. 21.

⁵⁷⁸ M. Pietraś, *Pozimnowojenny paradygmat bezpieczeństwa in statu nascendi*, „Sprawy Międzynarodowe” 1997, nr 2, s. 32 i n. cyt. za: J. Barcik, *Europejska polityka bezpieczeństwa i obrony. Aspekty prawne i polityczne*, Bydgoszcz-Katowice 2008, s. 20.

⁵⁷⁹ *Ibidem*.

⁵⁸⁰ S. Kwiatkowski, A. Kwiatkowska-Drożdż, *op. cit.*, s. 22.

⁵⁸¹ E. Moczek, *Spoleczne poczucie bezpieczeństwa. Studium socjologiczne i kryminologiczne na podstawie badań mieszkańców województwa podkarpackiego*, Rzeszów 2005, s. 130-216.

⁵⁸² C. Tatarczuk, *Bezpieczeństwo – potrzeba nadrzędna codziennie*, [w:] M. Grzybowski, J. Tomaszewski (red.), *Bezpieczeństwo w administracji i biznesie*, Gdynia 2007, s. 23-24.

(społecznego), analogicznie jak w przypadku jego indywidualnego wymiaru. Przyczynia się to do możliwości wyodrębnienia poszczególnych obszarów bezpieczeństwa publicznego. Poza bez wątpienia najbardziej ewidentnymi jego przejawami w postaci zapewnienia spokoju i porządku publicznego (stan faktyczny wewnątrz państwa, który umożliwia normalne współzycie jednostek w organizacji państwowej)⁵⁸³, ochrony w sytuacjach klęsk naturalnych, ochrony granic, bezpieczeństwa samego państwa i jego instytucji publicznych, należy wskazać jeszcze na nie mniej ważne obszary tego bezpieczeństwa, takie jak⁵⁸⁴: prawne; finansowe; ekologiczne; gospodarcze; energetyczne; konsumenckie; produkcyjno-technologiczne; komunikacyjne (informacyjne, informatyczne); transportowe (przewozowe); infrastrukturalno-przestrzenne (w tym budowlane); socjalne; zdrowotne; sanitarno-epidemiologiczne; fitosanitarne; pracy; edukacyjno-wychowawczo-kulturowe; sumienia i wyznania oraz myślenia; prywatności (w tym wizerunku i danych osobowych); własności (w tym przemysłowej i intelektualnej). Powyższy katalog według A. Pakuły nie jest kompletny, ma jedynie zwrócić uwagę na wieloaspektowość i złożoność treściową (przedmiotową) pojęcia bezpieczeństwa⁵⁸⁵.

Podobny problem z ustawową definicją bezpieczeństwa zauważa J. Filaber, która wskazuje, że „ustawodawca w przepisach prawa nie poprzestaje tylko na wskazaniu pojęcia bezpieczeństwa publicznego, lecz wskazuje również na pojęcia do niego zbliżone, tj. na: bezpieczeństwo obywateli, bezpieczeństwo państwa, bezpieczeństwo wewnętrzne, bezpieczeństwo zewnętrzne i inne jego rodzaje”. Równocześnie autorka dodaje, że brak przyjętych jednolitych kryteriów dotyczących wyróżnienia pojęć tego terminu nie powoduje, że przepisy prawa są czytelniejsze⁵⁸⁶.

Definiowanie bezpieczeństwa lub modyfikowanie już istniejących definicji należy opierać na założeniach, że⁵⁸⁷: a) bezpieczeństwo ma charakter liniowy, czyli istnieje całe spektrum elementów bezpieczeństwa, od najbardziej prostych, najsłabszych, aż po elementy bardzo złożone i najmocniejsze, b) bezpieczeństwo ma charakter zróżnicowany, a więc zależy od bardzo wielu czynników, często nieuświadomianych przez jednostkę, grupę społeczną czy społeczeństwo. Dodatkowo należy przyjąć, że bezpieczeństwo (tak

⁵⁸³ B. Kowalczyk, *Między bezpieczeństwem wewnętrznym a ochroną jednostki (na wybranym przykładzie)*, [w:] A. Chajbowicz i T. Kocowski (red.), *Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach terenowej administracji publicznej*, Wrocław 2009, s. 255.

⁵⁸⁴ Por. A. Pakuła, *Bezpieczeństwo publiczne...*, s. 31.

⁵⁸⁵ *Ibidem*, s. 31.

⁵⁸⁶ Zob. J. Filaber, *Pojęcie bezpieczeństwa publicznego w prawie administracyjnym (wybrane uwagi)*, „Wrocławskie Studia Erazmiańskie. Zeszyty Studenckie. Studia Erasmiana Wratislaviensia. Acta Studentium” 2009, s. 260.

⁵⁸⁷ F. Skvrnda, *Socialny fenomen bezpecnosti v socasnej spolecnosti (K problematike vyzier v oblasti narodnej a medzinarodnej bezpecnosti)*, „Policajna Teoria a Prax” 2003, nr 1 cyt. za: E. Moczuk, *Bezpieczeństwo w społeczności lokalnej w opiniach uczniów szkół gimnazjalnych*, [w:] M. Grzybowski, J. Tomaszewski (red.), *Bezpieczeństwo w administracji i biznesie*, Gdynia 2007, s. 121.

jak i zdrowie) nie jest dane raz na zawsze, ponieważ istnieją czynniki mogące wpływać na to bezpieczeństwo⁵⁸⁸.

3.2. Bezpieczeństwo jako potrzeba oraz jako wartość

Bezpieczeństwo jest nierozzerwalnie związane z życiem i rozwojem człowieka, dlatego jest jedną z najważniejszych jego potrzeb i wartości. Pojęcia te są ludzkości znane od bardzo dawna, termin „potrzeba” jest stosowany w psychologii, zaś „wartość” jest kategorią socjologiczną.

Przez termin „potrzeba” można rozumieć „stan organizmu, który odczuwa pewien brak lub nadmiar, powstały w wyniku zakłócenia optimum życiowego”⁵⁸⁹. Jednostka, czy też Państwo, poprzez 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” jest rozumiany jako coś, co ludzie cenią i do czego dążą. Według J. Szmyda⁵⁹⁰ bezpieczeństwo to wartość bezspornie fundamentalna i należy sytuować ją w rzędzie wysokich i znaczących wartości obok pokrewnych wartości, takich jak m.in.: 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, np. życia, zdrowia, własności itp.”⁵⁹¹

Według amerykańskich uczonych zajmujących się potrzebami człowieka – A. Masłowa oraz C. Alderfera – bezpieczeństwo, podobnie jak potrzeby fizjologiczne (jedzenie, picie, oddychanie itd.), jest jedną z podstawowych potrzeb⁵⁹². A. Masłow „sformułował teorię, wg której potrzeby człowieka tworzą pewną stałą hierarchię decydującą o kolejności ich zaspokojenia, potrzeby zajmujące wyższą pozycję w hierarchii aktualizują się dopiero wtedy, gdy zostaną zaspokojone potrzeby niższego szczebla”⁵⁹³. Podstawowe potrzeby ludzi według C. Alderfera to potrzeba egzystencji obejmująca potrzebę fizjologiczną i potrzebę bezpieczeństwa, poprzez wyższą potrzebę stosunków społecznych, kończąc na

⁵⁸⁸ *Ibidem*.

⁵⁸⁹ *Encyklopedia PWN*, <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/potrzeba;3961121.html> [dostęp 20.04.2020].

⁵⁹⁰ J. Szmyd, *Bezpieczeństwo jako wartość. Refleksja aksjologiczna i etyczna*, [w:] P. Tyrała (red.), *Zarządzanie bezpieczeństwem*, Kraków 2000, s. 47 i 48.

⁵⁹¹ *Ibidem*, s. 48.

⁵⁹² A. Masłow potrzeby człowieka dzieli na podstawowe i wyższego rzędu. Do podstawowych zalicza potrzeby fizjologiczne i potrzebę bezpieczeństwa. Do potrzeb wyższego rzędu należą: potrzeba miłości, więzi i przynależności; potrzeba szacunku (zaufania, poczucia własnej wartości, kompetencji, poważania; potrzeba samorealizacji (posiadania celów, wykorzystania swoich możliwości), ale także potrzeba transcendentnej, [za:] A. Masłow, *Motywacja i osobowość*, Warszawa 1990, s. 100.

⁵⁹³ E. Nowak, M. Nowak, *op. cit.*, s. 14.

potrzebie rozwoju osobowego⁵⁹⁴. Potrzeba rozwoju-samorealizacji według hierarchii A. Masłowa również jest zaspokajana (na końcu) po zaspokojeniu potrzeb niższego rzędu. Podobnie polski badacz R. Zięba⁵⁹⁵ traktuje bezpieczeństwo jako naczelną potrzebę człowieka czy grup społecznych, która to potrzeba staje się zarazem podstawową potrzebą państwa i systemów międzynarodowych, a jej brak wywołuje niepokój i poczucie zagrożenia⁵⁹⁶.

W podobny sposób bezpieczeństwo postrzega J. Kukułka, w ocenie którego potrzeba bezpieczeństwa wynika z obiektywnych warunków bytowania, wzajemnych relacji ludzi i grup społecznych dążących do jej zaspokojenia. Niekiedy potrzeba, godząc w interesy innych ludzi, grup społecznych, a nawet państwa, może powodować konflikty wymagające kompromisowego rozwiązania⁵⁹⁷. Aby nie dochodziło do sytuacji, w której jednostka ma niezaspokojone potrzeby, w tym potrzeby zdrowotne, państwo powinno poprzez administrację rządową i samorządową dążyć do rozpoznawania oraz zaspokojenia wszystkich potrzeb obywateli.

3.3. Bezpieczeństwo jako stan i proces

Definiując stan bezpieczeństwa, należy najpierw wrócić do znaczenia etymologicznego bezpieczeństwa (przypomnijmy), które powszechnie jest uznawane jako stan: spokoju, pewności, wolności od zagrożeń, strachu lub ataku⁵⁹⁸. *Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego* definiuje bezpieczeństwo jako stan, który daje poczucie pewności i gwarancje jego zachowania oraz szansę na doskonalenie⁵⁹⁹.

Bezpieczeństwo jako stan⁶⁰⁰ należy rozpatrywać na podstawie analiz obiektywnych czy subiektywnych aspektów zagrożeń⁶⁰¹. Obecnie nie odnosimy bezpieczeństwa już

⁵⁹⁴ *Ibidem*, s. 15.

⁵⁹⁵ R. Zięba, *Instytucjonalizacja bezpieczeństwa europejskiego. Koncepcje – struktury – funkcjonowanie*, Warszawa 2004, s. 27 i n.

⁵⁹⁶ C. Tatarczuk, *op. cit.*, s. 24.

⁵⁹⁷ J.J. Wiatr, *Metody behawioralne w nauce o polityce*, [w:] K. Opalek (red.), *Metodologiczne i teoretyczne problemy nauk politycznych*, Warszawa 1975, s. 124-129, cyt. za: K. Łastawski, *op. cit.*, s. 12-13.

⁵⁹⁸ W. Pokruszyński, *Teoretyczne aspekty bezpieczeństwa*, Józefów 2010, s. 9.

⁵⁹⁹ Zob. *Słownik terminów z zakresu...*, s. 13.

⁶⁰⁰ Według M. Cieślarczyka „stan” określany jest jako „coś”, co jest w danym miejscu i w danej chwili. To „coś”, choć nierzadko jest jeszcze niewidoczne, to jednak już jest, już się zaczęło, [w:] M. Cieślarczyk, *Teoretyczne i metodologiczne podstawy badania problemów bezpieczeństwa i obronności państwa*, Siedlce 2011, s. 138.

⁶⁰¹ Stan ten może przybrać – według szwajcarskiego politologa D. Freia – następujące postacie:

- „stan braku bezpieczeństwa wówczas, gdy występuje rzeczywiście duże zagrożenie, a postrzeganie tego zagrożenia jest prawidłowe;
- stan obsesji występuje wtedy, kiedy nieznacznie zagrożone jest postrzegane jako duże;
- stan fałszywego bezpieczeństwa występuje wówczas, gdy zagrożenie jest poważne, a postrzegane jako niewielkie;
- stan bezpieczeństwa występuje wtedy, kiedy zagrożenie zewnętrzne jest nieznaczne, a jego postrzeganie jest prawidłowe”. W. Pokruszyński, *Teoretyczne aspekty bezpieczeństwa. Podręcznik akademicki*, Józefów 2010, s. 9.

tylko do stanu braku zagrożeń i poczucia zagrożenia podstawowych dla obywateli wartości. Znawcy tego zagrożenia (tematu) proponują i mówią m.in. o bezpieczeństwie ekologicznym, ekonomicznym, energetycznym, socjalnym, zdrowotnym i wielu innych⁶⁰².

W naukach społecznych bezpieczeństwo, w najogólniejszym znaczeniu, obejmuje zaspokojenie takich potrzeb, jak: istnienie, przetrwanie, niezależność, spokój, posiadanie, pewność rozwoju czy również zaspokojenie potrzeb zdrowotnych⁶⁰³.

Wielu badaczy definiuje⁶⁰⁴ bezpieczeństwo jako proces. Charakteryzują oni bezpieczeństwo jako proces, w którym stan bezpieczeństwa i jego organizacja podlegają permanentnym, dynamicznym zmianom. Proces zmian jest inicjowany równocześnie przez jednostki, społeczności lokalne, państwo, instytucje narodowe, organizacje międzynarodowe, które uczestniczą w tworzeniu pożądanego stanu bezpieczeństwa. „Innymi słowy, bezpieczeństwo oznacza ciągłą działalność jednostek, społeczności lokalnych, państwa lub organizacje międzynarodowe w tworzeniu pożądanego stanu bezpieczeństwa”⁶⁰⁵. Bezpieczeństwo powinno być i jest najczęściej traktowane jednocześnie jako stan i proces⁶⁰⁶. Bezpieczeństwo z racji tego, że nie jest dane raz na zawsze, jest ciągłym procesem⁶⁰⁷, nad którym musimy stale pracować, wciąż musimy do niego dążyć, nadal go zaspokajać.

3.4. Współczesne interpretacje pojęcia

Termin i najnowsze pojmowanie bezpieczeństwa robią swoistą „karierę”⁶⁰⁸, jest on jednym z bardziej powszechnych i stosowanych pojęć w życiu indywidualnym i społecznym, a także w edukacji, nauce i polityce⁶⁰⁹. Jednocześnie tak szerokie zastosowanie tego terminu już nie przystaje do jego tradycyjnej denotacji przedstawionej wcześniej, ponieważ według J. Stańczyka⁶¹⁰ do jego treści można zaliczyć „prawie wszystko”. Ta

⁶⁰² T. Zacharuk, *Bezpieczeństwo edukacyjne osób niepełnosprawnych*, [w:] M. Cieślarczyk, A. Filipek, A.W. Świdorski, J. Ważniewska (red.), *Pokonać kryzys – żyć bezpiecznie*, Siedlce 2010, s. 295.

⁶⁰³ C. Tatarczuk, *op. cit.*, s. 23-24.

⁶⁰⁴ Por. J. Dębowski, E. Jarmoch, A. Świdorski (red.), *Bezpieczeństwo człowieka a proces wsparcia społecznego*, Siedlce 2007, *op. cit.*, s. 22; W. Pokruszyński, *op. cit.*, s. 9 oraz M. Cieślarczyk, *Teoretyczne i metodologiczne...*, s. 138.

⁶⁰⁵ W. Pokruszyński, *op. cit.*, s. 9.

⁶⁰⁶ T. Szubrycht (red.), *Leksykon bezpieczeństwa morskiego*, Gdynia 2008, s. 17; A. Skrabacz, *Organizacje pozarządowe wobec wyzwań i zagrożeń bezpieczeństwa narodowego Polski w XXI wieku*, Warszawa 2006, s. 33-34.

⁶⁰⁷ A. Klafkowski, *Przedmowa*, [w:] J. Stefanowicz (red.), *Bezpieczeństwo współczesnych państw*, Warszawa 1984, s. 7.

⁶⁰⁸ T. Zacharuk, *op. cit.*, s. 295.

⁶⁰⁹ J. Kunikowski, *Bezpieczeństwo, kryzysy i zagrożenia w życiu współczesnego człowieka*, [w:] M. Cieślarczyk, A. Filipek, A.W. Świdorski, J. Ważniewska (red.), *op. cit.*, s. 56.

⁶¹⁰ J. Stańczyk, *Paradygmat bezpieczeństwa narodowego*, [w:] J. Stefanowicz (red.), *Między tożsamością a wspólnotą. Współczesne wyznaczniki polityki zagranicznej państw europejskich*, Warszawa 1996, s. 76, cyt. za: J. Barcik, *Europejska polityka...*, s. 22.

płynność granic pojęcia bezpieczeństwa wynika po części (m.in.) z faktu, że może być ono postrzegane w różnych aspektach⁶¹¹: (w zależności od badacza wyróżnia się) subiektywnym i obiektywnym, ale także obiektywno-subiektywnym, czyli organizacyjnym. Duża dynamika zmian wynikających z szybkiego rozwoju społeczeństwa czy otaczającej nas rzeczywistości, wciąż pojawiające się nowego typu zagrożenia wymuszają badania nad bezpieczeństwem w różnych aspektach⁶¹².

R. Zięba wyróżnia aspekt obiektywny, który przedstawia jako realny brak zagrożeń dla posiadanych wartości, oraz aspekt subiektywny jako brak obaw (strachu), że wartości te będą zaatakowane⁶¹³. Obok dwóch już przedstawionych aspektów bezpieczeństwa, inny znawca problematyki bezpieczeństwa, A. Skrabacz, wyróżnia jeszcze trzeci – obiektywno-subiektywny, na który, według Autora, składają się „wszystkie działania podejmowane przez pojedynczego człowieka, grupy społeczne, instytucje i organizacje – zarówno państwowe, jak i te, które należą do tzw. III sektora⁶¹⁴, służące zapewnieniu bezpieczeństwa w wymiarze personalnym i strukturalnym”⁶¹⁵.

Według opinii obywateli bezpieczeństwo jest rozumiane jako⁶¹⁶:

1. „stan świadomości człowieka, w którym czuje się on wolny od jakichkolwiek zagrożeń, pociągający za sobą uczucie spokoju i komfortu”;
2. „życie bez zagrożenia, niczym niezakłócone współistnienie człowieka z innymi ludźmi i środowiskiem przyrodniczym”;
3. „stan bez lęku i niepokoju o siebie i innych”;
4. „pewność jutra”;
5. „brak zagrożenia utraty zdrowia, mienia i życia: pełny komfort psychiczny umożliwiający realizację życiowych marzeń i celów”;
6. „sytuację, w której człowiekowi nic nie zagraża, a w nagłych, nieprzewidzianych sytuacjach może liczyć na pomoc i wsparcie innych”;
7. „określone czynniki i działania powołanych do tego instytucji, które gwarantują przeciętnemu obywatelowi dobre samopoczucie i pewność jutra”.

⁶¹¹ Zob. R. Zięba, *Pojęcie i istota bezpieczeństwa państwa w stosunkach międzynarodowych*, „Sprawy Międzynarodowe” 1989, nr 10, s. 51-52.

⁶¹² M. Grzybowski, J. Tomaszewski (red. nauk.), *Bezpieczeństwo w administracji i biznesie*, Gdynia 2007, s. 7.

⁶¹³ Zob. R. Zięba, *Pojęcie i istota bezpieczeństwa...*, s. 51-52.

⁶¹⁴ A. Skrabacz, *Pozarządowe formy organizacji bezpieczeństwa narodowego*, [w:] R. Jakubczak, J. Flis (red.), *Bezpieczeństwo narodowe Polski w XXI wieku. Wyzwania i strategie*, Warszawa 2011, s. 536.

⁶¹⁵ Terminy te opisano szerzej [w:] R. Rosa (red.), *Filozofia bezpieczeństwa personalnego i strukturalnego*, Warszawa 1993 cyt. za: M. Cieślarczyk, *Teoretyczne i metodologiczne...*, s. 136.

⁶¹⁶ B. Kwiatkowska, *Problemy bezpieczeństwa w samorządowej kampanii wyborczej*, „Zeszyty Naukowe SGSP” 1999, nr 22, cyt. za: M. Lisiecki, B. Kwiatkowska-Basałaj, *Pojęcie bezpieczeństwa oraz prognostyczny model jego zapewnienia*, [w:] P. Tyrała (red.), *Zarządzanie bezpieczeństwem*, Kraków 2000, s. 56.

Marian Cieślarczyk, opierając się na poglądach P.B. Bocka, M. Borkowitza, J. Kukułki, W. Sankiewicza, J. Stefanowicza, D. Rotfelda, W. Wrygha i R. Zięby, stwierdza w głównej mierze za B. Balcerowiczem, że bezpieczeństwo można traktować jako⁶¹⁷:

- naczelną potrzebę państwa i innych podmiotów życia społecznego;
- cel działalności (funkcjonowania) państwa;
- stan, w którym brak jest zagrożeń podstawowych wartości państwa i narodu;
- poczucie pewności państwa i innych podmiotów w środowisku międzynarodowym oraz w bliższym i dalszym otoczeniu;
- stan równowagi między zagrożeniami a potencjałem obronnym;
- zdolność narodu do ochrony jego wartości przed zagrożeniami;
- stan i proces społeczny, zmierzający do ciągłego samodoskonalenia (ulepszenia) środków i mechanizmów zapewniających bezpieczeństwo⁶¹⁸.

Powyższa charakterystyka terminu bezpieczeństwo ukazuje wieloznaczność tego pojęcia, co prowadzi do tego, że nie ma jednej jego definicji. Jednak pewne treści (w zależności od badacza czy potrzeby badawczej) powtarzają się – jeśli nie w samych definicjach, to w ich rozwinięciu czy w objaśnieniach⁶¹⁹.

Mimo tego, że bezpieczeństwo dla każdego z nas jest czymś innym, co wynika m.in. z faktu, że każdy z nas ma inne potrzeby i wartości, które chce chronić, to generalnie dla każdego z nas bezpieczeństwo pełni jedną z trzech funkcji charakteryzujących to pojęcie. Są to⁶²⁰:

- funkcja zapewnienia podmiotowi bytu, czyli prolongaty jego trwania;
- funkcji zapewnienia mu nienaruszalnego przetrwania;
- funkcji zapewnienia swobodnego rozwoju.

Chodzi więc o to, aby stworzyć taki system bezpieczeństwa, dzięki któremu podmiot (człowiek, grupa społeczna) będzie mógł zaspokajać swoje potrzeby, osiągać zakładane cele oraz realizować interesy – nie tylko „tu i teraz”, ale także w przyszłości⁶²¹.

Przedstawiona analiza terminu bezpieczeństwo wydaje się konieczna przed próbą zdefiniowania pojęcia bezpieczeństwo zdrowotne. Z dotychczas przedstawionych informacji na temat „bezpieczeństwa” można wysunąć dwa główne spostrzeżenia, które mają również istotny wpływ na zakres pojęciowy terminu bezpieczeństwo zdrowotne. Po pierwsze – bezpieczeństwo, niezależnie jakiego by nie było rodzaju, jest pożądane przez społeczeństwo. Po drugie – społeczeństwo oczekuje, że to bezpieczeństwo zostanie zaspokojone przez państwo. W zależności od tego, jakie w danej chwili

⁶¹⁷ M. Cieślarczyk, *Model i wymiary...*, s. 42-43.

⁶¹⁸ *Ibidem*.

⁶¹⁹ *Ibidem*.

⁶²⁰ M. Cieślarczyk, *Teoretyczne i metodologiczne...*, s. 145.

⁶²¹ *Ibidem*.

są najmniej zaspokojone potrzeby, takie też bezpieczeństwo (np. socjalne, zdrowotne, sanitarne) będzie pożądaną do zaspokojenia i oczekiwane od państwa.

Tak jak już pisałem, dla każdego z nas zdrowie jest najważniejsze, bez zdrowia inne rzeczy schodzą na dalszy plan, dlatego w dalszej części pracy będę chciał określić, czym jest bezpieczeństwo zdrowotne, przeanalizować stan prawny pod kątem możliwości zapewnienia tego bezpieczeństwa oraz określić rolę i zdolności państwa do jego zapewnienia.

3.5. Definicja bezpieczeństwa zdrowotnego

Bezpieczeństwo zdrowotne polega na powstrzymaniu się od odmowy udzielenia niezbędnych świadczeń służących ochronie życia i zdrowia w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego. Państwo powinno uznać, że ma obowiązek sfinansowania niezbędnych świadczeń, pacjenci powinni mieć jednak świadomość, że nie mogą oczekiwać wszystkich poświadanych świadczeń zdrowotnych.

Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli zależy m.in od pełnej dostępności i sprawności funkcjonowania służb medycznych, zwłaszcza od istnienia sprawnie działających służb zdrowia publicznego, dlatego wprowadzenie ograniczeń w dostępności do świadczeń medycznych, wprowadzenie limitów na te świadczenia jest zagrożeniem dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli⁶²². 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, gdzie zdrowie uważane jest za „towar” (klienci – pacjenci, którzy mają wystarczające środki finansowe, mogą sobie kupić od świadczeniodawców świadczenia zdrowotne zapewniające im ochronę zdrowia), istnieje tendencja do ograniczania pełnej dostępności do świadczeń zdrowotnych⁶²³.

Pożądaną przez pacjentów komfort pełnej dostępności do świadczeń medycznych⁶²⁴ według zwolenników neoliberalnej polityki gospodarczej nie musi być równoznaczny z konstytucyjną odpowiedzialnością państwa za bezpieczeństwo zdrowotne opłacane ze

⁶²² J. Leowski, *op. cit.*, s. 23-25.

⁶²³ *Ibidem*, s. 25.

⁶²⁴ 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 m. in. 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 (np. świadczeń medycznych związanych z ochroną życia i zdrowia) jest dla nich najważniejsze.

środków publicznych⁶²⁵ 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 stanowiska jest Światowa Organizacja Zdrowia, jak również Bank Światowy, które opowiadają się za utrzymaniem odpowiedzialności państwa za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli⁶²⁶.

W znacznym zakresie o poczuciu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli decyduje dostępność do świadczeń medycznych, jednak dostępność ta nie jest czynnikiem wystarczającym do autentycznego zapewnienia tego bezpieczeństwa, potrzeba jeszcze wiele działań państwa, których celem jest tworzenie warunków do zapewnienia zdrowia wszystkim obywatelom, m.in. poprzez stworzenie warunków organizacyjno-prawnych dla sprawnego funkcjonowania służb zdrowia publicznego⁶²⁷.

Należy dlatego 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 zdrowotnych⁶²⁸.

Uważam, że należy bezwzględnie podkreślić, iż publiczne prawo podmiotowe obywatela do żądania wszystkich świadczeń zdrowotnych nie istnieje, polski porządek prawny tylko zapewnia świadczenia zdrowotne w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego, dlatego możemy mówić jedynie o publicznym prawie podmiotowym do świadczeń zdrowotnych w sytuacji, gdy będziemy w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Analizę przepisów prawa, potwierdzającą tę tezę, przedstawię w dalszej części pracy.

Były prezes Narodowego Funduszu Zdrowia planował dokonać zmian w taki sposób, aby określić w ustawie maksymalny czas czekania w kolejce na świadczenia zdrowotne. Po przekroczeniu tego czasu i nieotrzymaniu pożądanego świadczenia w publicznej jednostce ochrony zdrowia pacjent miałby refundowany przez NFZ koszt

⁶²⁵ 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.

⁶²⁶ J. Leowski, *op. cit.*, s. 25.

⁶²⁷ *Ibidem*, s. 26.

⁶²⁸ M. Paplicki, *Bezpieczeństwo zdrowotne...*, s. 250-252.

nieotrzymanego świadczenia w prywatnym podmiocie leczniczym. Pomysł ten jest bardzo dobry, wprowadzenie go zmieniłoby prawną sytuację pacjenta do żądania wszystkich oczekiwanych świadczeń zdrowotnych, dopiero wtedy publiczne prawo podmiotowe obywatela do żądania wszystkich świadczeń zdrowotnych rzeczywiście by zaistniało.

Bezpieczeństwo zdrowotne nie doczekało się jeszcze legalnej definicji w polskim porządku prawnym. J. Czapska argumentuje, że brak normatywnej definicji „bezpieczeństwa” jako pojęcia ogólnego w języku prawnym jest stanem dobrym, a nawet pożądanym, gdyż nie narzuca przez organy państwa własnej definicji bezpieczeństwa. Brak definicji legalnej terminu bezpieczeństwo nie doprowadza do rozbieżności interpretacyjnych, co w stosowaniu przepisów prawnych obejmujących sferę bezpieczeństwa nie tworzy konfliktów⁶²⁹. Czapska podkreśla również, że istota bezpieczeństwa to stan bez zagrożeń, a granice tego, co bezpieczne, określa ustawodawca, decydując, jaki stan jest niebezpieczny i jakiej wymaga reakcji państwa. W związku z tym, że ustawodawca posługuje się również klauzulami generalnymi, to określenie granic „bezpieczeństwa” jest możliwe tylko do pewnego stopnia. Kolejnym argumentem, który przemawia przeciw definicji legalnej „bezpieczeństwa”, jest konieczność interpretowania tego pojęcia w związku z ogólnym kierunkiem aksjologicznym przyjętym w konstytucji, jak również nie może być interpretowane *in abstracto* w oderwaniu od innych podstawowych zasad i wartości konstytucyjnych⁶³⁰.

Może się wydawać, że zakres pojęciowy terminu „bezpieczeństwo zdrowotne” jest łatwy do określenia. Stan polskiej służby zdrowia ze względu na ograniczony zasób pieniężny szybko nie ulegnie poprawie, do tego ustawodawstwo polskie⁶³¹ gwarantujące ochronę życia i zdrowia tylko w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego narzuca definicję legalną pojęcia bezpieczeństwa zdrowotnego. Według Czapskiej zdefiniowanie pojęcia bezpieczeństwa (w tym bezpieczeństwa zdrowotnego) mogłoby niepotrzebnie petryfikować stan rzeczy (albo wiedzy) istniejący w momencie przyjęcia definicji legalnej. Z poglądem tym należałoby się nie zgodzić, ponieważ zdefiniowanie pojęcia „bezpieczeństwo zdrowotne”, określenie granic ochrony tego pojęcia dałoby pacjentom informację co do świadczeń medycznych, jakie im może dać i zagwarantować publiczna służba zdrowia, oraz zdjęłoby z administracji rządowej i samorządowej presję pacjentów żądających wszystkich dostępnych świadczeń zdrowotnych.

Brak ustawowej definicji pojęcia bezpieczeństwo zdrowotne został uzupełniony w literaturze przedmiotu. I. Bernatek-Zagała za bezpieczeństwo zdrowotne pojmując „realizację konstytucyjnego prawa do: ochrony zdrowia, do opieki zdrowotnej i do

⁶²⁹ J. Czapska, *Bezpieczeństwo obywateli. Studium z zakresu polityki prawa*, Kraków 2004, s. 30.

⁶³⁰ *Ibidem* s. 30 i 31.

⁶³¹ Szczegóły w dalszej części pracy.

bezpieczeństwa ekologicznego, te pojęcia pozostają bowiem w ścisłym ze sobą związku logicznym i należą do katalogu praw podstawowych. Przyjmuję bowiem, iż nie jest możliwe zapewnienie realizacji polityki ochrony zdrowia z pominięciem zagadnień związanych z opieką zdrowotną na wypadek utraty zdrowia⁶³².

Bezpieczeństwo zdrowotne według M. Borkowskiego „jest to stan i proces polegający na stworzeniu, nadzorowaniu i kontrolowaniu dostępnymi środkami, przede wszystkim środkami prawnymi i technicznymi, warunków umożliwiających człowiekowi istnienie i funkcjonowanie w systemie i środowisku pozwalającym na zachowanie jego dobrostanu”⁶³³.

Za narzędzia do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego, rozumianego jako element składowy bezpieczeństwa socjalnego, P. Romaniuk uznaje system zdrowotny oraz państwową politykę zdrowotną, zaś rolą wymienionych narzędzi jest zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych będących na odpowiednim: poziomie jakościowym; stadium zaawansowania technologicznego, gwarantującego możliwie najlepszy efekt leczniczy, profilaktyczny lub rehabilitacyjny. Osiągnięcie takich celów jest możliwe dzięki systemowi zdrowotnemu, którego rolą jest zapewnienie środków materialnych niezbędnych do sfinansowania ich kosztów⁶³⁴.

Inny badacz – T. Holecki – nie formułuje samego terminu bezpieczeństwo zdrowotne, ale określa instytucje chroniące życie i zdrowie obywateli oraz wszelkie ich działania przyczyniające się do eliminowania różnego rodzaju zagrożeń, które uznać należy za działające w obszarze bezpieczeństwa zdrowotnego państwa. Do instytucji tych zalicza naczelne i centralne organy administracji rządowej, terenowe organy administracji rządowej oraz jednostki samorządów terytorialnych wszystkich szczebli wraz z podległymi organizacyjnie strukturami, których rolą jest realizacja zadań w obszarze bezpieczeństwa, m.in. takich jak: zadania legislacyjne, organizacyjne, kontrolne, rzadziej wprost usługowe lub służbowe⁶³⁵.

Na związek zdrowia i bezpieczeństwa zwrócono uwagę w raporcie z 2004 r., sporządzonym podczas Panelu Wysokiego Szczebla z zakresu Zagrożeń, Wyzwań i Zmian, działającego przy Sekretarzu Generalnym ONZ, podkreślając, że zdarzenie lub proces,

⁶³² I. Bernatek-Zagula, *Bezpieczeństwo zdrowotne – prawne podstawy dbałości o stan zdrowotny społeczeństwa*, [w:] L. Grochowski, A. Letkiewicz, A. Misiuk (red.), *Nauka o bezpieczeństwie. Istota, przedmiot badań i kierunki rozwoju. Studia i materiały*, t. 2, Szczytno 2011, s. 388 i 389.

⁶³³ M. Borkowski, *Prawne podstawy bezpieczeństwa zdrowotnego człowieka. Wybrane zagadnienia prawa żywnościowego*, [w:] M. Borkowski, A. Wesołowska (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne człowieka. Wybrane problemy*. Gdańsk 2013, s. 67.

⁶³⁴ P. Romaniuk, *Organizacja bezpieczeństwa państwa w perspektywie zagrożeń zdrowotnych*, [w:] T. Holecki (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli w kontekście europeizacji zjawisk społecznych*, Poznań 2013, s. 7.

⁶³⁵ T. Holecki, *Kompetencje administracji publicznej, służb, inspekcji i straży wobec populacyjnych zagrożeń zdrowotnych*, [w:] T. Holecki (red.), *op. cit.*, s. 21.

który prowadzi do śmierci lub zmniejsza szanse życiowe, osłabia państwo jako jednostkę systemu międzynarodowego. Należy zaznaczyć, że bezpieczeństwa zdrowotnego nie należy rozpatrywać tylko z perspektywy globalnej, międzynarodowej, ale również (czy może nawet przede wszystkim) należy ujmować w aspekcie lokalnym⁶³⁶, subregionalnym, regionalnym, ponadregionalnym – obszaru kraju, gdyż tylko państwo posiada odpowiednie środki i odpowiednie instrumenty, aby bezpieczeństwo zdrowotne zapewnić. Osłabienie bezpieczeństwa obywatela oznacza równocześnie osłabienie bezpieczeństwa państwa. Komisja ONZ ds. Bezpieczeństwa Jednostki uznała, że osiągnięcie bezpieczeństwa jednostki nie jest możliwe bez dobrego stanu zdrowia, bowiem głównym zadaniem bezpieczeństwa jest ochrona ludzkiego życia. Mimo braku definicji legalnej terminu bezpieczeństwa zdrowotnego w ramach ONZ i w prawie międzynarodowym ugruntowała się już pozycja tego terminu, jak też konieczność zapewnienia tego bezpieczeństwa. Zauważono, że brak bezpieczeństwa zdrowotnego może wywoływać skutki dla ekonomicznej oraz politycznej stabilności. Jeśli rozpatrujemy bezpieczeństwo w wymiarze globalnym – wtedy możemy mówić o bezpieczeństwie zdrowia publicznego, zaś w wymiarze krajowym – o bezpieczeństwie zdrowotnym, które dotyczy nie tyle zbiorowości całej populacji, co poszczególnej jednostki, dlatego i skutki ekonomiczne czy polityczne mogą mieć też wymiar krajowy lub globalny⁶³⁷.

Niedoskonałości całego systemu ochrony zdrowia, działanie w systemie podmiotów prywatnych, których to niekoniecznie nadrzędnym celem jest zaspokajanie potrzeb społeczności lokalnej w zakresie ochrony zdrowia⁶³⁸, stawia pacjenta w niekomfortowej pozycji. Utrudniony dostęp do świadczeń medycznych oraz niski ich poziom prowadzi do rozwoju prywatnej opieki zdrowotnej, na którą wydajemy już około 24 mld zł rocznie⁶³⁹. Kwoty wydatków na ochronę zdrowia będą rosły z roku na rok, wynika to z faktu bogacenia się społeczeństwa⁶⁴⁰, wzrostu świadomości wspomnianych potrzeb zdrowotnych czy także problemów demograficznych, z jakimi w niedalekiej przyszłości przyjdzie nam się zmierzyć.

⁶³⁶ W aspekcie lokalnym – na poziomie gminy przy okazji omawiania projektu rozporządzenia o ratownictwie lekarskim w wypadkach nieszczęśliwych omawiane zostało funkcjonowanie ratownictwa medycznego. W projekcie tym zakładano zorganizowanie pomocy medycznej osobom jej potrzebującym przez najniższy szczebel administracji samorządowej, uznając, że pomoc ta będzie najbardziej efektywna i najlepiej zapewni bezpieczeństwo zdrowotne.

⁶³⁷ J. Barcik, *Międzynarodowe...*, s. 214 i n.

⁶³⁸ Por. M. Pawłowska, *Działalność lecznicza*, [w:] M. Miemiec (red.), *Materiałne prawo administracyjne*, Warszawa 2013, s. 126-127.

⁶³⁹ *Jak efektywnie inwestować publiczne pieniądze?*, Rekomendacje Biznesu, Warszawa 2015, s. 3. http://konfederacja.lewiatan.pl/legislacja/wydawnictwa/_files/publikacje/2015/jak_efektywnie_inwestowac_3_.pdf [dostęp 20.04.2020].

⁶⁴⁰ *Ibidem*.

Skoro więc jest przewidywany wzrost środków w systemie ochrony zdrowia, to w interesie pacjenta jest, aby środki te przyczyniły się do poprawy jego dobrostanu zdrowotnego. Jedną z dróg zwiększenia efektywności wydatkowania środków publicznych (również przy ograniczonej ilości tych środków) jest wprowadzenie konkurencji między płatnikami⁶⁴¹. Przez konkurencję między płatnikami rozumie się konkurencję o uczestnika systemu (pacjenta), którego decyzja o wyborze danego płatnika pociąga za sobą korzyść finansową dla niego w postaci określonego wkładu pieniężnego mogącego przybrać formę dotacji, składki czy podatku⁶⁴².

W Polsce funkcje płatnika pełni Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)⁶⁴³, który poprzez zawieranie umów na świadczenie usług zdrowotnych z konkretnymi podmiotami ochrony zdrowia przekazuje środki budżetowe przeznaczone na działanie systemu opieki zdrowotnej. NFZ jako monopolista pełni jedynie funkcję nabywcy usług w imieniu pacjentów, przy szczątkowej wiedzy o cenach i kosztach⁶⁴⁴. Brak konkurencji po stronie płatnika działa na niekorzyść pacjenta, płatnik nie jest zobowiązany do spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego w określonym terminie oraz nie ponosi odpowiedzialności wobec pacjenta za jakość kontraktowanych świadczeń⁶⁴⁵.

Nie wnikając głębiej w szczegóły, należy zasygnalizować potrzebę zmian w systemie ochrony zdrowia, której można dokonać m.in. poprzez zapewnienie konkurencji między płatnikami. Doświadczenia krajów, takich jak np. Holandia, Niemcy, Szwajcaria (o najlepiej funkcjonującej konkurencji między płatnikami), upewniają o słuszności tego kierunku zmian, bowiem w tych krajach odnotowuje się najwyższe wskaźniki z zakresu monitorowania opieki zdrowotnej. Od czasu pierwszej publikacji w 2005 r. Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia (EHCI)⁶⁴⁶ przytoczone kraje zajmują najwyższe lokaty. Holandia jest jedynym krajem, który nieprzerwanie (od pierwszej publikacji) lokuje się w pierwszej trójce krajów ujętych w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia⁶⁴⁷. Według EHCI z 2014 Polska zajęła 31. miejsce, Holandia ponownie pierwsze.

⁶⁴¹ J. Rutecka, B. Więckowska, *Rynkowa polityka społeczna*, [w:] M. Grewiński, A. Karwacki (red.), *Innowacyjna polityka społeczna*, Warszawa 2015, s. 138.

⁶⁴² B. Więckowska, *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, Warszawa 2010, s. 9. [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Konkurencja_mi%C4%99dzy_p%C5%82atnikami_w_sektorze_ochrony_zdrowia/\\$FILE/Healthcare_Konkurencja.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Konkurencja_mi%C4%99dzy_p%C5%82atnikami_w_sektorze_ochrony_zdrowia/$FILE/Healthcare_Konkurencja.pdf) [dostęp 20.04.2020].

⁶⁴³ Działający na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

⁶⁴⁴ A. Hnatyszyn-Dzikowska, *Konkurencja między płatnikami w opiece zdrowotnej. Ujęcie teoretyczne*, „*Ekonomia i Prawo*” 2013, t. XII, nr 2, s. 294.

⁶⁴⁵ B. Więckowska, *op. cit.*, s. 62.

⁶⁴⁶ Ranking opracowywany jest na podstawie ogólnodostępnych danych statystycznych, ankiet wypełnianych przez pacjentów oraz niezależnych badań, prowadzonych przez prywatną firmę Health Consumer Powerhouse.

⁶⁴⁷ A. Björnbergs, *Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia*, Raport 2012, Health Consumer Powerhouse, s. 7. https://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/EHCI/PL_Index-EHCI-2012.pdf [dostęp 20.04.2020].

Należy więc rozważyć możliwość przejmowania i wdrażania wzorców systemowych od krajów, które potrafią skutecznie rozwiązywać problemy związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, uzyskując dobre rezultaty w ochronie zdrowia swych obywateli (pacjentów).

Przyczyn tak niskiej oceny publicznego systemu ochrony zdrowia należy upatrywać w wydatkach na ten system. W Polsce wydatki te są jednymi z najniższych spośród krajów Unii Europejskiej oraz Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce na jedną osobę (łącznie środki publiczne i prywatne) wyniosły w 2015 r. mniej niż na Węgrzech, bowiem 1 259 €, co lokowało nasz kraj na ostatnich miejscach wśród innych krajów. Najmniej wydatkują: Bułgaria 1108 €, Łotwa 1030 €, Rumunia 816 €, a najwięcej: Luksemburg 6023 €, Niemcy 4003 € oraz Holandia 3983 €. Państwa członkowskie UE w 2015 r. przeznaczyły (łącznie środki publiczne i prywatne) na ochronę zdrowia średnio 9,9% PKB. Od 2013 r. ta liczba pozostaje mniej więcej bez zmian. Największy udział odnotowano w Niemczech i Szwecji (po 11,1%), następnie we Francji 11,0% oraz Holandii 10,8%. Dla Polski wartość ta wynosiła zaledwie 6,3%. Dla porównania w Stanach Zjednoczonych wydatki na zdrowie w 2015 r. wynosiły 16,9% PKB⁶⁴⁸.

Od kilku lat niski poziom wydatków publicznych w Polsce – ok. 4,5% PKB – odbija się na skuteczności i efektywności polskiego systemu ochrony zdrowia, a przez to na kondycji zdrowotnej polskich obywateli. Pokazują nam to kolejne rankingi przygotowywane przez firmę HCP. W rankingu za 2016 rok gorzej od Polski sklasyfikowano Albanię, Bułgarię, Czarnogórę i Rumunię, a w 2017 roku wyprzedziliśmy tylko Litwę, Grecję, Bułgarię i Rumunię⁶⁴⁹.

We wstępie do raportu szwedzkiej firmy HCP za 2017 rok możemy przeczytać: „Pomimo bardzo dobrej edukacji kadr medycznych oraz długiej tradycji opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, Polska nie osiąga dobrych wyników [w] rankingach. (...) Przyczyny takiego stanu rzeczy nie są oczywiste. Rządzący [Polską] skupiają się w ostatnich latach na sprawach innych niż optymalne zarządzanie krajem – na walce z wolnymi mediami, upolitycznianiu sądownictwa, niewpuszczaniu emigrantów czy zakazywaniu aborcji. (...) Polskie społeczeństwo i kadry medyczne tego kraju zasługują na więcej”⁶⁵⁰.

⁶⁴⁸ OECD/EU, *Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU cycle, Paris 2016*, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en#, s. 115 i 116 [dostęp 20.04.2020].

⁶⁴⁹ T. Kobosz, *EHCI 2017: Dwa szczebelki w górę*, <https://www.medexpress.pl/ehci-2017-dwa-szczebelki-w-gore/69371> [dostęp 20.04.2020].

⁶⁵⁰ Cyt. za: T. Kobosz, *op. cit.*

Celem poprawy efektywności wydatkowania środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną warto wprowadzić do systemu ochrony zdrowia jeszcze jednego płatnika (w Holandii jest kilku płatników, którzy konkurują ze sobą o pacjenta jakością udzielanych świadczeń) tak, aby wymóc konkurencję między płatnikami o jak najlepsze jakościowo usługi medyczne (niekoniecznie najtańsze, jak ma to obecnie miejsce), które przyczynią się do skuteczniejszego ratowania życia i zdrowia.

3.6. Władze publiczne i ich rola w zapewnieniu bezpieczeństwa (zdrowotnego)

Odpowiedzialność państwa za bezpieczeństwo zdrowotne została uwzględniona w większości, jeżeli nie we wszystkich konstytucjach narodowych⁶⁵¹. Według Janusza Trzczińskiego art. 1 Konstytucji RP określa państwo dobrem wspólnym wówczas, gdy o państwie, o jednostce, a przede wszystkim o relacji pomiędzy tymi podmiotami i że relacja ta nie redukuje się do płaszczyzny wolności, praw i obowiązków jednostki i przyczyn oraz metod ich ograniczenia⁶⁵². „Dobro wspólne” w orzecznictwie sądów administracyjnych występuje obok innych zasad i norm konstytucyjnych, takich jak: ochrona bezpieczeństwa obywateli, ochrona własności i prawa dziedziczenia, ochrona środowiska na zasadzie zrównoważonego rozwoju kraju i zapewnienia bezpieczeństwa, obowiązek podatkowy⁶⁵³.

Pojęcie dobro wspólne, jak pisał Antoni Kość⁶⁵⁴: „(...) nie jest (...) nigdy stanem doskonałym, lecz ciągle określonym celem. (...) Jego konkretyzacja zależy od potrzeb i oczekiwań obywateli w zakresie zagwarantowania społecznego pokoju, ładu, wolności i bezpieczeństwa wewnętrznego każdego obywatela oraz zewnętrznej suwerenności państwa”⁶⁵⁵. Dobrem wspólnym będzie również bezpieczeństwo zdrowotne, którego pełne osiągnięcie będzie stanem doskonałym, stanem oczekiwanym przez obywateli celem. Powinien on zostać skonkretyzowany przez państwo, gdyż obywatel będący w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego nie jest w stanie zapewnić sobie sam ochrony. Podstawowym zadaniem każdego państwa powinno być tworzenie, a następnie stałe

⁶⁵¹ M. Węgrzyn, *Dostępność do świadczeń medycznych w zreformowanym systemie ochrony zdrowia*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Bezpieczeństwo socjalne*, Katowice 2003, s. 121.

⁶⁵² J. Trzcziński, *Rzeczpospolita Polska dobrem wspólnym wszystkich obywateli*, [w:] J. Góral, R. Hauser, J. Trzcziński (red.), *Sądownictwo administracyjne gwarantem wolności i praw obywatelskich 1980-2005*, Warszawa 2005, s. 453 i 454.

⁶⁵³ R. Hauser, *Wykładnia przepisów konstytucji w orzecznictwie sądów administracyjnych. Zagadnienia wybrane*, [w:] M. Smolak (red.), *Wykładnia Konstytucji. Aktualne problemy i tendencje*, Warszawa 2016, s. 70.

⁶⁵⁴ M. Dybowski, *Cele prawowite w klauzuli imitacyjnej a dobro wspólne w polskim porządku konstytucyjnym*, [w:] M. Smolak (red.), *op. cit.*, s. 161.

⁶⁵⁵ A. Kość, *Podstawy filozofii prawa*, Lublin 2001, s. 144.

doskonalenie systemu bezpieczeństwa tak, aby system bezpieczeństwa nadążał za coraz większymi, zmieniającymi się potrzebami obywateli zarówno w okresie względnej stabilności, jak i zmiennych zagrożeń zewnętrznych i wewnętrznych⁶⁵⁶. Zdaniem A. Borkowskiego „(...) należy zaznaczyć, że wykonywanie zadań publicznych w imię dobra wspólnego nie może pozostawać w oderwaniu od realizacji podstawowych publicznych praw podmiotowych obywateli”⁶⁵⁷.

Obywatele czują się bezpieczni wtedy, kiedy mogą podejmować działania, rozwijać się i rozwiązywać problemy, które niesie codzienność, są w stanie zabezpieczyć przyszłość własną i swoich dzieci. Stan bezpieczeństwa może mieć wymiar obiektywny lub subiektywny. Wymiar obiektywny jest praktycznie niemożliwy do osiągnięcia, gdyż ani jednostka, ani społeczność nie mogą stwierdzić, że udało się całkowicie wyeliminować zagrożenia wpływające na bezpieczeństwo – wyeliminować sytuacje ryzyka z życia jednostek i społeczności. Wymiar subiektywny wynika z przeświadczenia (słusznego lub błędnego), że nic człowiekowi nie grozi. Poczucie to wynika z faktu zaspokojenia potrzeby (bezpieczeństwa) przez innego człowieka, grupę⁶⁵⁸ czy też państwo. Według K. Wojtaszczyka „każde współczesne państwo spełnia siedem funkcji: wewnętrzną, zewnętrzną, gospodarczo-organizatorską, socjalną, adaptacyjną, regulacyjną oraz innowacyjną”⁶⁵⁹.

Atrybuty właściwe dla postępu cywilizacyjnego dają o sobie znać na poziomie organizacji prawnej administracji publicznej, która to powinna dać wyraz wobec przemian cywilizacyjnych i zagrożeń wynikających z tych przemian, nadążając za potrzebami administrowania, a czasami wyprzedzać popyt na wykonywanie administracji publicznej⁶⁶⁰.

Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego jest realizowane głównie dzięki dwóm wzajemnie się uzupełniającym funkcjom, do których powołane jest państwo, funkcji wewnętrznej i funkcji socjalnej, które to funkcje stanowią jednocześnie element bezpieczeństwa publicznego.

Bezpieczeństwo publiczne jest dobrem powszechnym⁶⁶¹. Zapewnienie bezpieczeństwa publicznego (bezpieczeństwa wewnętrznego, bezpieczeństwa zdrowotnego itp.) jest zadaniem publicznym dobitnie wyrażonym przez porządek prawny, mający

⁶⁵⁶ R. Rojek, *Bezpieczeństwo publiczne w Polsce – wnioski z badań*, Warszawa 2010, s. 8.

⁶⁵⁷ A. Borkowski, *Dobro wspólne przesłanka współdziałania podmiotów publicznych i prywatnych w obszarze gospodarki komunalnej*, Acta Universitatis Wratislaviensis No 3555, „Przegląd Prawa i Administracji” 2014, t. XCVIII, s. 15.

⁶⁵⁸ J. Supińska, *Dylematy polityki społecznej*, Warszawa 2014, s. 127-128.

⁶⁵⁹ K. Wojtaszczyk, *Kompendium wiedzy o państwie współczesnym*, Warszawa 2000, s. 22-24.

⁶⁶⁰ P. Lisowski, *Organizacja prawna administracji publicznej wobec przemian cywilizacyjnych*, [w:] J. Zimmermann, P.J. Suwaj (red.), *Wpływ przemian cywilizacyjnych na prawo administracyjne i administrację publiczną*, Warszawa 2013, s. 47.

⁶⁶¹ Zob. C. Znamierowski, *Elita, ustrój, demokracja*, Warszawa 2001, s. 99-100.

swoje odzwierciedlenie w normach konstytucyjnych i ponadnarodowych⁶⁶². W powszechnym odczuciu bezpieczeństwo publiczne jest bez wątpienia kojarzone głównie (jeżeli nie wyłącznie) ze spokojem i porządkiem publicznym⁶⁶³, których zapewnienie należy do wyspecjalizowanych służb publicznych, przede wszystkim policji, straży pożarnej⁶⁶⁴, czy też jednostek systemu ratownictwa medycznego. Dążenie do ochrony lub nawet sama ochrona są pojęciowo utożsamiane z bezpieczeństwem publicznym. W tym więc sensie bezpieczeństwo publiczne oznacza najogólniej stan gotowości właściwych organów administracji publicznej do przeciwdziałania zagrożeniom oraz do bezzwłocznego i skutecznego powstrzymania działań godzących w dobro państwa, porządek publiczny oraz życie, zdrowie i mienie obywateli⁶⁶⁵.

Funkcja wewnętrzna (bezpieczeństwo wewnętrzne) jest przez wielu badaczy sprowadzana do zapewnienia porządku i bezpieczeństwa wewnątrz kraju, co można osiągnąć poprzez odpowiednie działanie organów administracji państwa⁶⁶⁶. Funkcja socjalna sprowadza się do aktywności organów administracji państwa w obszarach polityki socjalnej takich jak m.in. ochrona zdrowia.

Pojęcie bezpieczeństwa wewnętrznego do porządku prawnego zostało wprowadzone stosunkowo niedawno, m.in. przepisami Konstytucji RP⁶⁶⁷, 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 systemu⁶⁶⁸ lub stan stabilności i równowagi wewnętrznej⁶⁶⁹. Bezpieczeństwo wewnętrzne (państwa) jest określane 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 państwa⁶⁷⁰.

⁶⁶² K. Kiczka, *Aspekty prawne bezpieczeństwa publicznego*, Acta Universitatis Wratislaviensis, no. 3738, „Przegląd Prawa i Administracji” 2016, t. CVI, Wrocław 2016, s. 41.

⁶⁶³ Zob. więcej na ten temat: J. Filaber, *op. cit.*, s. 244.

⁶⁶⁴ A. Pakuła, *Bezpieczeństwo publiczne...*, s. 29 i n.

⁶⁶⁵ Cyt. za: J. Jeż, *Bezpieczeństwo publiczne*, [w:] U. Kalina-Prasznik (red.), *Encyklopedia prawa*, wyd. IV, Warszawa 2007, s. 56.

⁶⁶⁶ *Ibidem*, s. 22-24.

⁶⁶⁷ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm.).

⁶⁶⁸ Zob. J. Stańczyk, *Współczesne pojmowanie bezpieczeństwa...*, s. 18.

⁶⁶⁹ J. Symonides, *Problemy pokoju i bezpieczeństwa międzynarodowego we współczesnym świecie*, Wrocław 1984, s. 45.

⁶⁷⁰ Por. W. Fehler, *O pojęciu bezpieczeństwa państwa*, [w:] W. Śmiałek, J. Tymanowski (red.), *Bezpieczeństw państwa i narodów w procesie integracji europejskiej*, Toruń 2002, s. 72; S. Zalewski, *Bezpieczeństwo*

Bezpieczeństwo socjalne od zarania ludzkości jest przedmiotem tęsknot i różnorodnych zabiegów społecznych. Bezpieczeństwo socjalne w naukach prawnych jest przedstawiane w kontekście zabezpieczenia społecznego oraz standardów socjalnego zabezpieczenia jednostki⁶⁷¹. Bezpieczeństwo socjalne jest utożsamiane przez wielu badaczy z zaspokojeniem potrzeb bytowych (społecznych), a więc wolnością od braku lub niedostatku środków utrzymania⁶⁷², najbardziej istotnych dla każdej jednostki⁶⁷³. Bezpieczeństwo to zajęło czołową pozycję wśród wartości i potrzeb współczesnego cywilizowanego obywatela, na trwałe wpisując się w katalog podstawowych praw obywatelskich ustrojów demokratycznych i powodując, że państwo i jego struktury są współodpowiedzialne za poziom bezpieczeństwa socjalnego narodu⁶⁷⁴.

Przeobrażenia współczesnego świata wyznaczają również administracji publicznej nowe cele i zadania, które z czasem przybierają postać nowych form działania. Obok funkcji policyjnej i reglamentacyjnej ujawniła się funkcja świadcząca⁶⁷⁵. Funkcja ta jednak pod wpływem przemian społeczno-gospodarczych, a zwłaszcza mechanizmów rynkowych traci na zainteresowaniu⁶⁷⁶. Dla dobra administrowanych wydaje się, że bezpieczeństwo zdrowotne⁶⁷⁷ nie musi być poddane mechanizmom rynkowym, tylko powinno być domeną współczesnej świadczącej administracji publicznej. Ochrona życia i zdrowia w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego nie może podlegać mechanizmom rynkowym dlatego, że ci, których nie stać by było na zapłacenie za świadczenia zdrowotne ratujące życie czy zdrowie, muszą mieć też zapewnioną przez państwo opiekę zdrowotną w takiej sytuacji, czyli muszą mieć zagwarantowane bezpieczeństwo zdrowotne.

wewnętrzne RP w dobie członkostwa w NATO. *Aspekt społeczny i instytucjonalny*, [w:] W. Fehler, J. Tymanowski (red.), *Międzynarodowe i wewnętrzne aspekty członkostwa Polski w NATO*, Toruń 1999, s. 70.

⁶⁷¹ I. Sierpowska, *Bezpieczeństwo socjalne jako dobro publiczne*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy” 2015, nr 16(3), s. 45.

⁶⁷² Por. M. Książkowski, *System zabezpieczenia społecznego w krajach nordyckich*, Warszawa 1988, s. 31; R. Pacud, *Standard bezpieczeństwa socjalnego jako kategoria normatywno-wzorcową polityki zabezpieczenia społecznego*, „Polityka Społeczna” 2002, nr 9, s. 14. Zob. również B. Jagusiak, *Bezpieczeństwo socjalne współczesnego państwa*, Warszawa 2015.

⁶⁷³ K. Zamorska, *Prawa społeczne jako program przebudowy polityki społecznej*, Wrocław 2010, s. 26.

⁶⁷⁴ L. Dziewięcka-Bokun, *Bezpieczeństwo socjalne jako podstawa pokoju społecznego*, [w:] J. Supernat (red.), *Między tradycją a przyszłością w nauce prawa administracyjnego. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Janowi Bociowi*, Wrocław 2009, s. 131.

⁶⁷⁵ Na ten temat w dalszej części pracy.

⁶⁷⁶ Zob. I. Sierpowska, *Pomoc społeczna jako administracja świadcząca. Studium administracyjno-prawne*, Warszawa 2012, s. 11.

⁶⁷⁷ Bezpieczeństwo zdrowotne jako ochrona zdrowia na minimalnym poziomie gwarantującym ochronę życia i zdrowia w nagłym przypadku powinno być zapewnione każdemu obywatelowi niezależnie od jego możliwości finansowych (pozycji społecznej/socjalnej), dlatego nie może być poddane mechanizmom rynkowym działającym dla zysku.

Bezpieczeństwo zdrowotne może być szczególnie zagrożone w „sytuacji kryzysowej” będącej rodzajowo odmienną od stanów nadzwyczajnych uregulowanych w art. 228⁶⁷⁸ Konstytucji RP⁶⁷⁹. K. Kiczka wyjaśnia, że sytuacja kryzysowa to sytuacja będąca następstwem zdarzenia prowadzącego do zerwania lub znacznego naruszenia więzów społecznych (wzajemnej aprobaty, przychylności czy przyjaźni). Zakłócenie to powinno być na tyle istotne, aby zdeorganizować funkcjonowanie instytucji publicznych i aby było dopuszczalne zastosowanie rygorów ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym⁶⁸⁰. W związku z możliwością zaistnienia sytuacji kryzysowych organy państwa powinny być przygotowane do zapobiegania skutkom sytuacji kryzysowej poprzez odpowiednie zarządzanie kryzysowe. Kiczka dodaje, że zarządzanie kryzysowe jest elementem zapewnienia bezpieczeństwa narodowego, polega na opracowaniu planów i programów opisujących metody działań w zakresie zapobiegania i „przejmowania kontroli” na sytuacjami kryzysowymi. Kryzysowe zarządzanie polega również na odpowiednim reagowaniu adekwatnym do rozwoju sytuacji mogącym mieć charakter zarówno prewencyjny, jak i organizatorski czy porządkowy, często prowadzący do „odtworzenia infrastruktury” i zapewnieniu jej prawidłowego funkcjonowania⁶⁸¹.

Zdaniem M. Miemca należałoby się zastanowić, czy stan wyjątkowy powinien być uregulowany w konstytucji. Bowiem sytuacja taka może prowadzić do sytuacji, gdy pod hasłem „zagrożenia ponadustawowe” są podejmowane znaczne ograniczenia wolności obywatelskich, obowiązujące przez dłuższy czas lub na stałe⁶⁸².

Należy pamiętać, że bezpieczeństwo jest jednocześnie celem i uzasadnieniem administrowania, nie może być jednak aksjomatycznym pretekstem do sprawowania władzy publicznej zarówno na etapie stanowienia prawa, jak i w fazie jego stosowania czy przestrzegania⁶⁸³. Między innymi z racji rozmiarów i zasięgu normowania gałęzią prawa najintensywniej odnoszącą się do problematyki bezpieczeństwa jest prawo administracyjne. Dominującą rolę w tym zakresie mają unormowania prawa materialnego,

⁶⁷⁸ W sytuacjach szczególnych zagrożeń, jeżeli zwykłe środki konstytucyjne są niewystarczające, może zostać wprowadzony odpowiedni stan nadzwyczajny: stan wojenny (art. 229 Konstytucji RP), stan wyjątkowy (art. 230 ust. 1 Konstytucji RP) lub stan klęski żywiołowej (art. 232 ust. 1 Konstytucji RP). O wpływie stanu wyjątkowego oraz stanu klęski żywiołowej na wolny rynek usług w dalszej części pracy.

⁶⁷⁹ K. Kiczka, *Administracja publiczna a bezpieczeństwo wewnętrzne*, [w:] A. Chajbowicz, T. Kocowski (red.), *Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach terenowej administracji publicznej*, Wrocław 2009, s. 73.

⁶⁸⁰ T. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1398.

⁶⁸¹ Zob. K. Kiczka, *Administracja publiczna a bezpieczeństwo...*, s. 73 i n.

⁶⁸² Zob. M. Miemieć, *Stany nadzwyczajne (stan wojenny, stan wyjątkowy, stan klęski żywiołowej) w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, Acta Universitatis Wratislaviensis, no. 3738, „Przegląd Prawa i Administracji” 2016, t. CVI, s. 22.

⁶⁸³ P. Lisowski, *Pojęcie bezpieczeństwa w obowiązującym systemie prawa – kilka refleksji na temat normatywizacji problematyki bezpieczeństwa*, Acta Universitatis Wratislaviensis, no. 3738, „Przegląd Prawa i Administracji” 2016, t. CVI, s. 52.

choć wątek bezpieczeństwa wyraźnie też odnajdziemy w ustrojowej części prawa administracyjnego⁶⁸⁴.

Bezpieczeństwo publiczne, a ściślej rzecz ujmując jego ochrona, to niewątpliwie jedno z najbardziej tradycyjnych sfer aktywności władzy publicznej, przede wszystkim zaś władzy wykonawczej, czyli administracji publicznej. Administracji, która w demokratycznym państwie prawnym wykonuje przede wszystkim zadania publiczne przewidziane w obowiązującym porządku prawnym i ponoszącej z tego tytułu stosowną odpowiedzialność. Zapewnienie bezpieczeństwa publicznego to jedno z podstawowych zadań tej administracji, realizacji których domagać może się jednostka⁶⁸⁵.

Dbanie o ludzkie zdrowie powinno stanowić pole zasadniczej aktywności wszystkich przedstawicieli wchodzących w skład systemu organów władzy publicznej. Pośród rozlicznych zadań państwowych można również wyróżnić grupę obowiązków dotyczących bezpieczeństwa osobistego jednostki. Podstawowym substratem bezpieczeństwa osobistego jest bezpieczeństwo w aspekcie korzystania jednostki z jej dobrostanu zdrowotnego. Aby jednostka mogła korzystać z tego dobrostanu gwarantowanego art. 68 Konstytucji RP, na podstawie tego samego artykułu władza publiczna jest zobowiązana do stworzenia instytucjonalnych gwarancji realizacji prawa do ochrony zdrowia oraz prowadzenia właściwej polityki zdrowotnej⁶⁸⁶.

Zadania powierzone wspólnotom lokalnym i regionalnym są sprowadzane do dwóch płaszczyzn – pozytywnej (zobligowanie do działania) i negatywnej (powstrzymanie się od ingerencji w przedmiotową sferę). W zakresie obowiązków ochrony zdrowia ludzkiego część zadań wynikających z ustaw wykonuje w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność (art. 16 ust. 2 Konstytucji RP) w ujęciu pozytywnym – m.in. tworząc prozdrowotne warunki do życia, zarządzania systemem ochrony zdrowia oraz finansowania określonych działań z tego zakresu; w ujęciu negatywnym – jednostki samorządu terytorialnego mogą tworzyć akty prawa miejscowego, limitujące bądź korygujące zakres przyznanych jednostkom praw i wolności⁶⁸⁷.

Celem art. 68 Konstytucji RP, w pierwszej kolejności, jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego poprzez całkowite ograniczenie lub eliminację potencjalnych zagrożeń dla zdrowia. W tym ujęciu można mówić o prawie do zdrowia, które będąc skutecznym *erga omnes*, przybiera postać uprawnień o charakterze bezwzględny⁶⁸⁸. Trybunał Konstytucyjny uznał, że „konstytucyjne prawo obywateli do ochrony zdrowia

⁶⁸⁴ *Ibidem*, s. 50 i n.

⁶⁸⁵ T. Kocowski, M. Gruszka, *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym a bezpieczeństwo zdrowotne obywateli na ratunek. Ratunek dla ratowników*, „Menedżer Zdrowia” sierpień 2011, nr 6, s. 50 i n.

⁶⁸⁶ R. Tabaszewski, *op. cit.*, s. 173.

⁶⁸⁷ A. Rabiega, *op. cit.*, s. 113.

⁶⁸⁸ R. Tabaszewski, *op. cit.*, s. 180.

(...) nie może być rozumiane jako całkowite zdjęcie z obywateli troski o ochronę zdrowia, zwolnienie ich z przezorności, zapobiegliwości i oszczędności oraz przeniesienia na państwo całkowitego ryzyka niekorzystnych dla obywatela zdarzeń. Wysiłek państwa może się koncentrować – i nie będzie to sprzeczne z konstytucją – przede wszystkim na zapobieganiu, a jeżeli już się zdarza, to na rekompensowaniu skutków takich zdarzeń, które są na tyle dotkliwe dla obywatela, że zawodna okazała się jego własna przezorność i zapobiegliwość⁶⁸⁹.

Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego jest prawem podmiotowym ze względu na to, że przepisy prawa nakładają obowiązek udzielenia świadczeń medycznych ratujących życie. Z odmienną sytuacją mamy do czynienia, gdy będziemy chcieli skorzystać z prawa do ochrony zdrowia w innej sytuacji niż zagrażająca życiu. W takiej sytuacji przepisy prawa nie gwarantują nam natychmiastowego dostępu do świadczeń medycznych zapewniających nam zdrowie, w związku z tym prawa do ochrony zdrowia w sytuacji innej niż zagrażająca życiu czy zdrowiu nie możemy uznać za publiczne prawo podmiotowe, gdyż nasze żądanie świadczeń medycznych skierowane do organów publicznych jest mało skuteczne – tzn. możemy otrzymać to świadczenie medyczne, ale dopiero za kilka lat, jak np. w przypadku plastyki stawu biodrowego czy operacji zaćmy. Minimum prawa do ochrony zdrowia jest zagwarantowane przez ustawodawstwo polskie wtedy, gdy mamy do czynienia z sytuacją zagrażającą życiu. W takiej sytuacji przepisy prawa⁶⁹⁰ nakładają na wszystkich świadczeniodawców obowiązek udzielenia świadczeń medycznych ratujących życie⁶⁹¹. Ze względu na to, że prawo do zdrowia wyrażone w art. 68 ust. 1 Konstytucji jest normą programową⁶⁹², taki charakter omawianego przepisu nie nadaje się do bezpośredniego użycia w procesie stosowania prawa w relacji organ administracji – obywatel, wyłączając możliwość jego skutecznego powołania jako materialnoprawnej podstawy skargi kasacyjnej⁶⁹³. Podstawą roszczeń obywatela może być dopiero niezapewnienie tego minimum prawa do ochrony zdrowia ludzkiego. Z sytuacją taką mamy do czynienia, gdy przyjęte przepisy nie będą gwarantowały zapewnienia tego „minimum” prawa, wyznaczonego przez jego istotę, lub gdy ustawodawca zastosował do realizacji celów wskazanych w przepisie niewłaściwe lub niewystarczające środki⁶⁹⁴. Ze względu na to, że obywatel może mieć roszczenie do państwa o zapewnienie minimum prawa do ochrony zdrowia – minimum, które pomoże ochronić, życie i zdrowie – rolą państwa jest bezwzględne zapewnienie tego minimum.

⁶⁸⁹ Orzeczenie TK z dnia 19 listopada 1996 r., K 7/95, OTK ZU nr 6/1996, poz.49.

⁶⁹⁰ Przepisy te są omawiane w dalszej części pracy.

⁶⁹¹ O tym w dalszej części pracy.

⁶⁹² Zob. również wyrok SN z dnia 26 stycznia 2005 r., IV CK 414/04.

⁶⁹³ Zob. wyrok NSA z dnia 20 listopada 2008 r., II OSK 1408/07.

⁶⁹⁴ Zob. J. Trzeciński, *Konstytucyjne prawo do zdrowia...*, s. 302-305 oraz *idem*, *Komentarz do art. 68...*, s. 6.

Rozdział 4

Ratownictwo medyczne a ochrona życia i zdrowia

4.1. Zarys rozwoju ratownictwa medycznego

Próby ratowania życia podejmowano od zarania dziejów, pierwsze przekazy o udzielaniu pierwszej pomocy medycznej pochodzą sprzed kilku tysięcy lat. W pismach przedstawicieli medycyny starożytnej, m.in. Hipokratesa i Pliniusza, znajdziemy wielokrotnie takie instrukcje⁶⁹⁵. Zainteresowanie ochroną własnego zdrowia jest rzeczą naturalną, zaczerpniętą ze świata natury. Człowiek pierwotny, żyjąc blisko zwierząt, widział, że liżą sobie rany po to, żeby przyspieszyć ich gojenie⁶⁹⁶.

Pierwsze informacje o ratowaniu ludzi – podstawowe sposoby udzielania pierwszej pomocy⁶⁹⁷ – znajdziemy w Starym Testamencie, m.in. w Księdze Rodzaju: „(...) wtedy to Pan Bóg ulepił człowieka z prochu ziemi i tchnął w jego nozdrza tchnienie życia, wskutek czego stał się człowiek istotą żywą”⁶⁹⁸. W innym przekładzie Księgi Rodzaju zwanej Pierwszą Księgą Mojżesza przeczytamy też o tym, jak Pan Bóg ukształtował człowieka i tchnął w jego nozdrza dech życia⁶⁹⁹.

W II Księdze Królewskiej znajdziemy opis działania proroka Eliasza (ok. 586 r. p.n.e.), który „rozciągnął się na dziecku, położył twarz swoją na jego twarzy, oczy swoje na jego oczach, dłonie swoje na jego dłoniach – i pochylony nad nim pozostawał, tak iż się rozgrzało ciało chłopca. (...) Wtedy chłopiec ziewnął siedem razy i otworzył oczy”⁷⁰⁰.

⁶⁹⁵ R. Dmowski, *Zarys dziejów ratownictwa medycznego*, [w:] S. Jaczyński, A. Araucz-Boruc, G. Wierzbicki (red.), *Bezpieczeństwo – Edukacja – Wychowanie*, t. II, *Edukacja i wychowanie dla bezpieczeństwa w przeszłości i współcześnie*, Siedlce 2015, s. 199.

⁶⁹⁶ M. Goniewicz, *Pierwsza pomoc. Podręcznik dla studentów*, Warszawa 2011, s. 11.

⁶⁹⁷ Zgodnie z art. 3 pkt 7 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 882) pierwsza pomoc to zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186) oraz produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

⁶⁹⁸ *Stary Testament, Księga Rodzaju*, rozdz. II werset 7, [w:] *Biblia. Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu w przekładzie z języków oryginalnych*, A. Jankowski (red.), Poznań 2009, s. 23.

⁶⁹⁹ I Księga Mojżeszowa 2:7, <http://biblia-online.pl/Biblia/Warszawska/1-Ksiega-Mojzeszowa/2/1>, [dostęp 20.04.2020].

⁷⁰⁰ *Stary Testament, II Księga Królewska*, rozdz. IV werset 34 i 35, [w:] *Biblia...*, s. 396.

Podobny przeprowadzony przez Eliasza opis ratowania dziecka wdowy z Sarepty koło Sydonu, które przestało oddychać⁷⁰¹, znajdziemy w I Księdze Królewskiej.

Metodę ożywiania, zwaną obecnie metodą usta-usta od wieków nazwano sposobem Eliasza. Z biegiem lat podjęto próbę zastąpienia tej metody poprzez wdmuchiwanie powietrza do płuc za pomocą tak zwanych miechów i dmuchaw. Rozwój cywilizacyjny i związane z nim coraz większe zagrożenia zdrowotne wymusiły zwiększenie oraz usprawnienie sposobów udzielania pierwszej pomocy. Udoskonalenie mechanicznej wentylacji pozwoliło na stworzenie dzisiejszych aparatów do sztucznego oddychania, które są tylko udoskonalonymi pomysłami ludzi żyjących wiele wieków wcześniej⁷⁰².

Najwięcej miejsca w literaturze poświęcono ratowaniu życia topielcom⁷⁰³. Im też został poświęcony pierwszy w Polsce zapis dotyczący zorganizowanej pomocy medycznej. W 1604 r. starosta sandomierski Hieronim Gostomski ufundował w Sandomierzu nad Wisłą klasztor i szpital niosący pomoc ofiarom Wisły⁷⁰⁴.

Pierwszym aktem wydanym w języku polskim, który nadał ratownictwu status prawny, był ogłoszony we Wrocławiu w 1775 r. przez króla pruskiego, Fryderyka II, „Edykt prędkiego ratowania przez nagłe przypadki zaginionych w wodzie albo jakimkolwiek sposobem o utratę życia przewidzianych osób”. Między innymi w Edyktie tym znajdziemy paragraf, który zobowiązywał każdego człowieka do udzielania pomocy poszkodowanemu. We wspomnianym dokumencie znajdziemy ponadto pierwszy (w języku polskim) opis metody udzielania pomocy tzw. metodą Eliasza⁷⁰⁵.

Opis metody usta-usta w 1783 r. ogłosił na terenie Królestwa Polskiego lekarz nadworny króla Stanisława Augusta Poniatowskiego Franciszek Kurcysz, który w swojej książce pt. *O ratowaniu w przypadkach nagłych* zalecił stosowanie tej metody w przypadku osób utopionych⁷⁰⁶. Mimo tego, że metoda usta-usta była uważana przez wielu lekarzy za najskuteczniejszą, to ze względów estetycznych i zdrowotnych nie mogła znaleźć pełnego uznania⁷⁰⁷.

Na terenie Królestwa Polskiego w 1839 r. wydano specjalne przepisy, na podstawie których resuscytacja⁷⁰⁸ uzyskała podstawę prawną⁷⁰⁹. Przepisy te zostały wydane

⁷⁰¹ *Stary Testament, I Księga Królewska*, rozdz. XVII wersety od 17 do 21, [w:] *Biblia...*, s. 384.

⁷⁰² M. Witkowski, *Ogólny rys ratownictwa wodnego na świecie i w Polsce*, [w:] Z. Wiatr (red.), *Ogólnopolskie Sympozjum Wodnego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego*, Poznań 1976, s. 6.

⁷⁰³ Więcej na temat ewolucji metod ożywiania stosowanych w ratownictwie wodnym np. w: I. Tabaczek-Bejster, *Organizacje zajmujące się ratownictwem wodnym na ziemiach polskich (do 1969 r.)*, Rzeszów 2010, s. 23-40.

⁷⁰⁴ M. Witkowski, *op. cit.*, s. 6.

⁷⁰⁵ I. Tabaczek-Bejster, *op. cit.*, s. 42.

⁷⁰⁶ M. Sech (red.), *Resuscytacja – teoria i praktyka ożywiania*, Warszawa 1968, s. 10.

⁷⁰⁷ I. Tabaczek-Bejster, *op. cit.*, s. 27.

⁷⁰⁸ Resuscytacja to podstawowy zespół czynności w celu przywrócenia u poszkodowanego oddechu, krążenia i świadomości.

⁷⁰⁹ I. Tabaczek-Bejster, *op. cit.*, s. 43.

przez Radę Lekarską Królestwa Polskiego w formie podręcznika⁷¹⁰ (jednego z pierwszych na świecie).

We wstępie do tych przepisów znajdziemy informacje, że ze względu na to, iż „nie rzadkie są przypadki pozornej śmierci, tudzież zdarzenia życia zagrażające, jak najprędzej a dzielnej wymagające pomocy, w której koniecznie przyzwać trzeba spieszenie lekarza”⁷¹¹. W związku z wystąpieniem uprawdopodobnionych zagrożeń Rada Lekarska stworzyła przepisy służące opisowi, jak mają być ratowani w 16 prawdopodobnych przypadkach⁷¹². Stworzono przepisy po to, aby „upowszechnić sposoby skutecznego w takich razach postępowania”, gdyż oczekiwanie na przybycie lekarza powiększa z każdą chwilą niebezpieczeństwo osób nagłą śmiercią zagrożonych⁷¹³. Powstałe w 1839 r. przepisy rozpowszechniające wiedzę na temat ratowania życia i zdrowia wydają się być zaczątkiem dzisiejszego obowiązku udzielania pierwszej pomocy, który jest wyrażony w przepisach kodeksu karnego⁷¹⁴ i kodeksu wykroczeń⁷¹⁵.

4.1.1. „Medycyna pola walki” jako prekursor medycyny ratunkowej

Dzisiejsza medycyna ratunkowa oraz organizacja systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne wzięła się głównie z doświadczeń medycyny praktykowanej na polu walki⁷¹⁶. Jest to związane z faktem, że przez wieki była głównie wykorzystywana tylko w wojsku, a pole bitwy było jedynym miejscem szkolenia dla lekarzy.

Medycyna ratunkowa często jest nazywana medycyną pola walki. Kampanie wojenne, które były swego rodzaju rozległymi i krwawymi poligonami doświadczalnymi,

⁷¹⁰ A. Janikowski (red. przepisów), *Wiadomości o ratowaniu osób w stanie pozornej śmierci będących albo nagłą utratą życia zagrożonych, ułożone w sposób dla każdego przystępny*, Rada Lekarska Królestwa Polskiego (Roztrząszone i przyjęte na posiedzeniu ogólnym Komissyi Rządowej Spraw Wewnętrznych, Duchowych i Oświecenia Publicznego), Warszawa 1839.

⁷¹¹ *Ibidem*, s. 3.

⁷¹² „1) Utonieni. 2) Powieszoni lub uduszeni przez ściśnienie szyi. 3) Zagorzali czyli zaczadzeni. 4) Uduszeni różnemi innemi gazami szkoliwemi. 5) Zarznięci. 6) Od pioruna rażeni. 7) Mdlejący lub apoplexyą tknięci. 8) Mający wielką chorobę. 9) Mocno potłuczeni. 10) Oparzeni. 11) Udławieni. 12) Otruci. 13) Pokąsani przez pszczoły lub osy. 14) Pokąsani przez żmije. 15) Pokąsani przez zwierzęta wściekle. 16) Na czarną krostę chorujący”, [za:] *ibidem*, s. 4.

⁷¹³ *Ibidem*, s. 3-4.

⁷¹⁴ Art. 162 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, *Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu groźącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.*

⁷¹⁵ Art. 93 § 1 ustawy z dnia 20 maja 1971 r. – Kodeks wykroczeń (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 821), *Prowadzący pojazd, który, uczestnicząc w wypadku drogowym, nie udziela niezwłocznej pomocy ofierze wypadku, podlega karze aresztu albo grzywny.*

⁷¹⁶ Zob. A. Podlasin, *Taktyczne ratownictwo medyczne*, Warszawa 2015; P. Makowiec, M. Czerwiński, *Podstawy ratownictwa taktycznego*, Warszawa 2014.

stwarzały warunki do rozwoju chirurgii, jak też i innych dziedzin medycyny⁷¹⁷. Próby pomocy medycznej mają długą tradycję, tak długą jak rozwiązywanie sporów na drodze konfliktów zbrojnych, które doprowadzały i doprowadzają nadal do powstawania poszkodowanych tej pomocy potrzebujących. Przed wiekami regułą było, że bitwy trwały kilka godzin i kończyły się przeważnie przed zachodem słońca. „O zmroku na poboju nadciągały formacje sanitarne i pracowały do rana. Zdarzały się jednak wypadki, że bitwy toczyły się do samego zmroku. Wówczas ranni musieli spędzić całą noc bez ratunku i bez jakichkolwiek wygód”⁷¹⁸.

Rozwój medycyny pola walki – medycyny ratunkowej – ma długą tradycję sięgającą czasów starożytnego Egiptu. Najstarsze źródła dotyczące wojskowej służby zdrowia sięgają kilku tysięcy lat przed naszą erą i odnoszą się do państwa egipskiego. W skład armii egipskiej, oprócz lekkiej i ciężkiej piechoty, wchodził również kapłan w charakterze lekarza. Byli oni specjalistami z reguły od pojedynczych chorób, którzy bezpłatnie leczyli wojowników, za co dostawali uposażenie od państwa. Leczenie odbywało się w szpitalach polowych, które rozmieszczano zawsze po lewej stronie obozu, tak aby potrzebujący pomocy mogli je łatwo znaleźć⁷¹⁹.

Drugim krajem starożytnego Wschodu, który przodował w rozwoju wojskowej służby zdrowia, były Indie. Lekarze również byli częścią indyjskich sił zbrojnych. W obozach stawiano namiot lekarza, posiadający widoczny znak, do którego w czasie walk przynoszono rannych. Namiot ten stawał się w istocie rzeczy punktem opatrunkowym. W państwach najwyżej rozwiniętych, np. jak Cejlon, urządzano specjalne szpitale wojskowe, w których chirurdzy hinduscy leczyli na zdumiewająco wysokim poziomie⁷²⁰.

Medycyna wojskowa starożytnego Rzymu przeszła liczne przemiany, począwszy od samopomocy i pomocy koleżeńskiej mającej charakter pomocy medycznej. Następnie bardziej doświadczeni w opatrywaniu ran żołnierze z biegiem czasu zdobywali rangę „lekarzy”. W czasie drugiej wojny punickiej (218-201 p.n.e.) pojawili się w armii tzw. „lekarze ran”, którzy współtowarzyszyli walczącym⁷²¹.

⁷¹⁷ A. Wybieralski, *Dominique Jean Larrey (1766-1842). W 200 rocznicę Jego urodzin*, „Archiwum Historii Medycyny” 1966, t. XXIX, s. 313.

⁷¹⁸ S. Wojtkowiak, J. Talar, W. Majewski, F. Piotrowski, *Zarys dziejów wojskowej służby zdrowia*, Warszawa 1974, s. 63.

⁷¹⁹ *Ibidem*, s. 11.

⁷²⁰ Zob. opis technik i sposobów postępowania z rannymi np. „Rany opatrywano z wielką czystością i starannością. Znano sporo, ponad setkę, narzędzi chirurgicznych. Celem usuwania ciał obcych z głębi ran posługiwano się magnesem. (...) Rany umiejętnie zaszywano nićmi lub używano w tym celu specjalnego gatunku żuków, które zaciskały ranę swymi szczękami, po czym ukręcano im tułów, a głowę z zaczepionymi kurczowo szczękami pozostawiała przy ranie aż do zabliznienia się (sposób podobny do obecnie stosowanych klamerek). Lekarze hinduscy umieli zszywać skaleczone jelita”, [za:] S. Wojtkowiak *et al.*, *op. cit.*, s. 14.

⁷²¹ *Ibidem*, s. 21.

Wojskowa służba zdrowia w roli instytucji państwowej pojawiła się prawdopodobnie za cesarza Augusta, sprzyjał temu rozkwit medycyny w państwie oraz zaprowadzenie stałej, licznej armii. Przy każdym legionie czy na większym okręcie znajdował się lekarz⁷²². Lekarze ci byli umundurowani (lekki ubiór wojskowy, na głowie hełm, a u prawego boku krótki miecz) i posiadali stopnie starszych oficerów. Uposażenie ich było wysokie i dorównywało starszym oficerom, niektórych z nich za zasługi nagradzano przyznaniem ziemi na własność. Nosili oni przy sobie podręczny zestaw chirurgiczny, zawierający noże, szczypce, nożyce, zgłębniki oraz pudełko metalowe z opatrunkami i lekami. Zwiększony zakres udzielania pomocy rannym i chorym nie pozwolił lekarzom na równoczesne zajmowanie się sprawami zaopatrzenia sanitarnego. Po raz pierwszy w dziejach do dostarczania i przechowywania leków, narzędzi lekarskich i materiałów opatrunkowych zostali wyznaczeni specjaliści urzędnicy, tworzący w ramach wojskowej służby zdrowia pion zaopatrzenia sanitarnego⁷²³.

W czasach starożytnego Rzymu również stworzono pierwsze wojskowe jednostki sanitarne, których zadaniem było zbieranie i ewakuacja rannych z pola walki po pomyślnym przebiegu bitwy. W przypadku niepomyślnego przebiegu walk ranni stawali się łupem wrogów lub pozostawali na miejscu bitwy, gdzie umierali z powodu upływu krwi, głodu lub pragnienia. Prawdopodobnie za czasów Juliusza Cezara wydzielono w obozach odrębne pomieszczenia dla rannych i chorych, coś w rodzaju dzisiejszych izb chorych, które od czasów cesarza Augusta stały się normą we wszystkich stałych obozach. Za czasów cesarstwa zaczęto organizować szpitale wojskowe składające się z grupy namiotów, mogące pomieścić do dwustu rannych. Od I w. n.e. zaczęto budować wielkie lazarety wojskowe umieszczane na granicach imperium, mające po kilkadziesiąt metrów długości i szerokości, których zarządzanie nie leżało w rękach lekarzy, lecz oficerów administracji i dowódców⁷²⁴.

W epoce średniowiecza⁷²⁵, zwłaszcza w Europie zachodniej, zdobycze nauki i kultury starożytnej (także w dziedzinie medycyny) uległy w dużym stopniu zniszczeniu lub zostały zapomniane, zaginęły w mrokach dziejów⁷²⁶. Zwłaszcza w krajach, gdzie dominowało chrześcijaństwo w obrządku łacińskim, nie rozwijano nauk przyrodniczych, a panujący światopogląd religijny był niekorzystny dla rozwoju medycyny. Uczeni średniowiecza głównie przepisywali prace autorów starożytnych, nie posuwając badań przyrodniczych naprzód. Daleko idące przemiany organizacyjne wojska, wyrażające się

⁷²² *Ibidem*, s. 21.

⁷²³ *Ibidem*, s. 24.

⁷²⁴ *Ibidem*, s. 25.

⁷²⁵ Obszar dawnego imperium rzymskiego rozpadł się w średniowieczu na trzy zasadnicze ośrodki: Bizancjum, świat arabski i Europę zachodnią (łacińską), [za:] *ibidem*, s. 25.

⁷²⁶ F. Giedroyc, *Służba zdrowia w dawnym Wojsku Polskiem*, Warszawa 1927, s. 41.

w przejściu do armii typu milicyjno-rycerskiego oraz niski poziom średniowiecznej medycyny nie sprzyjały rozwojowi wojskowej służby zdrowia. Rozwój medycyny w krajach arabskich do VIII w. miał głównie charakter odtwórczy po cywilizacji starożytnej⁷²⁷. Stosunek ten zmienił się od VIII do X w., kiedy to zaczęto troszczyć się o rozwój nauki i kultury, a pozostałości po cywilizacji starożytnej zaczęto traktować z szacunkiem. Ze względu na prowadzony ożywiony handel z Indiami, Chinami i Europą Arabowie potrafili zwiększyć liczbę leków z nieprzekraczającej w starożytności liczby 500 do 2 tysięcy. Wojskowa służba zdrowia była na dobrym poziomie dzięki pracującym tam lekarzom, którzy byli zobowiązani do udzielania pomocy wszystkim cierpiącym. W armii działały szpitale stałe i polowe przewożone nie na wozach, lecz na wielbłądach. Szpitale posiadały apteki obsługiwane przez aptekarzy, które wraz ze szpitalem podążały za obszarem walk. Wraz z powstaniem aptek wprowadzono specjalne spisy leków z określeniem ich składu, dawkowania, przyrządzenia i przechowywania⁷²⁸.

Szcątkowa pozostałość z dawnego imperium rzymskiego do XV w. przetrwała w postaci Cesarstwa Bizantyjskiego. Bizantyjczycy od dawnych Greków i Rzymian przejęli kulturę, jak i organizację wojska i wojskowej służby zdrowia, którą w pewnym stopniu rozwinęli. Pierwsze w dziejach specjalne drużyny przeznaczone do wywożenia rannych z pola bitwy zostały utworzone za panowania cesarza Maurycjusza (VI w.). W odległości około 200 kroków za główną wojskową jednostką podążało 8-18 konnych nieuzbrojonych żołnierzy⁷²⁹, których zadaniem było zbieranie rannych, porzuconej broni oraz przeciwdziałanie plądrowaniu. Patrole te oraz sposób przewożenia rannych przetrwał prawie 400 lat. Żołnierze ci dzięki zamocowanemu po prawej stronie siodła podwójnego strzemionu lub drabince wciągali rannego na konia, a za każdego uratowanego rannego dostawali nagrodę⁷³⁰.

W armiach Europy zachodniej we wczesnym średniowieczu nie było zawodowych lekarzy, a rannym na polu bitwy spieszyły z pomocą kobiety świeckie lub zakonnice z pobliskich klasztorów. Pogląd, że duchownym nie przystoi wykonywać zabiegów krwawych, ogłosił sobór biskupów katolickich w 1215 i 1228 r., a sobór z 1241 r. zabronił wprost mnichom udzielania pomocy medycznej na polu walki. Rycerze tym sposobem zostali skazani na polu walki na samopomoc, a po przywiezieniu do zamków na pomoc kobiet.

Braki kadrowe lekarzy były uzupełniane dzięki szkołom medycznym. Pierwszą uczelnią kształcąca lekarzy na poziomie wyższym była szkoła w Salerno, której

⁷²⁷ Lekarze arabscy nie wzbogacili znacząco medycyny większą liczbą dzieł oryginalnych.

⁷²⁸ S. Wojtkowiak *et al.*, *op. cit.*, s. 31-35.

⁷²⁹ Do początków XX w. noszowi nie byli szkoleni w zakresie zachowania się na polu walki, dlatego rannych wynosili dopiero podczas przerw w walce, zob. A. Konopka, *Bezpieczeństwo sanitarne wojsk. Polskie formacje wojskowe w Rosji (1914-1917)*, Białystok 2011, s. 34.

⁷³⁰ S. Wojtkowiak *et al.*, *op. cit.*, s. 35 i 36.

początki datuje się na VII w., a główny jej rozkwit przypada na IX w. To właśnie z tej szkoły wyszli znakomici chirurdzy, którzy w pracach swoich poświęcili dużo uwagi leczeniu ran wojennych. W XI-XIV w. w Bolonii, Montpellier, Paryżu, Pradze i Krakowie powstały pierwsze uniwersytety, które na wydziałach medycznych zaczęły kształcić lekarzy. Ich kadra akademicka oraz studenci często nabierali doświadczenia w leczeniu chorych i rannych podczas udziału w wyprawach wojennych. Dzięki tym wyprawom lekarze mogli się przyczynić do ulepszenia środków transportu medycznego – stali się oni wynalazcami ulepszonych wozów sanitarnych, a nabyte doświadczenie chirurgiczne wykorzystywali w zakładanych szpitalach⁷³¹.

W epoce średniowiecza w Polsce, podobnie jak w Europie Zachodniej, nie stworzono wojskowych zakładów leczniczych. Jednak przez to, że polskim siłom zbrojnym w średniowieczu dokuczały te same choroby, co ludności cywilnej, wojsko posługiwało się pierwszymi powstającymi szpitalami ogólnymi, które w czasie wojny były zajmowane przez żołnierzy⁷³². Pierwszym szpitalem w Polsce był szpital przy kościele pw. Panny Marii we Wrocławiu (1108 r.), kolejnym był szpital cystersów w Jędrzejowie (1152 r.) i szpital maltański w Poznaniu (1170 r.). Ówczesne szpitale były raczej zakładami opiekuńczymi niż leczniczymi z tego względu, że lecznictwo w nich spoczywało tylko na barkach zakonników. Medycyna średniowiecza wprawdzie kładła podwaliny pod późniejszą organizację służby zdrowia, to jednak stała dość nisko i nie wykazywała silniejszych tendencji rozwojowych⁷³³.

Na początku XVI wieku zainicjowana przez Marcina Lutra reformacja spowodowała zmianę wyznania dużej liczby ludzi, jak również stała się przełomem w organizacji opieki nad chorymi i ubogimi. Uchwalona w 1525 r. pierwsza ordynacja o ubogich nakazywała władzom miejskim przejście odpowiedzialności za działalność instytucji opiekuńczych od Kościoła katolickiego⁷³⁴.

Poważny zwrot w rozwoju służby zdrowia (nie tylko wojskowej) nastąpił w okresie Odrodzenia. Powszechnie panujący w średniowieczu prymitywizm i teologiczny stosunek do nauk medycznych w epoce tej zaczął ulegać systematycznej zmianie. Rozwój anatomii i chirurgii często przeczył przekazanym przez starożytnych Greków informacjom. Dzięki odkryciu prawa krążenia krwi nastąpił rozwój fizjologii. Od XVII w. zaczęto dopuszczać myśl, że przyczyną zaraźliwości pewnych chorób są twory żywe. Rozkwit badań chemicznych przyniósł narodziny chemii leków. Wraz z dotarciem

⁷³¹ *Ibidem*, s. 37-38.

⁷³² S. Rudzki, *Zarys historii szpitalnictwa wojskowego w Polsce*, „Lekarz Wojskowy” 1927, R. VIII, T. IX, nr 5, s. 380.

⁷³³ S. Wojtkowiak *et al.*, *op. cit.*, s. 45-53.

⁷³⁴ P. Domagała, N. Nowakowska, P. Kaszubowska, K. Kretowicz, A. Gaworska-Krzemińska, *Opieka nad chorymi w nowożytnym Gdańsku*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2014, t. 22 (4), s. 521.

prochu z Chin do Europy zmianie uległa w tym czasie również technika wojenna. W XIV w. skonstruowano pierwsze armaty i ręczną broń palną, w XV w. powstały pierwsze granaty ręczne, a w XVII w. granaty artyleryjskie. Wszystko to doprowadziło do rewolucji w sztuce wojennej i rewolucji w nauce o ranach i ich leczeniu⁷³⁵.

Wraz z rozwojem armii nastąpił rozwój zasad organizacji służby zdrowia. Za czasów panowania Stefana Batorego wydano zarządzenia taktyczno-sanitarne, mające na celu pomoc rannym oraz właściwą ewakuację (prawdopodobnie był to pierwszy spisany przepis prawa mówiący o zasadach transportu sanitarnego). W transporcie rannych na wozach taborowych uczestniczył chirurg, którego zadaniem oprócz leczenia była także troska o znalezienie schronienia, gdzie można by ich opatrywać i leczyć, powstawały w ten sposób prowizoryczne lazarety⁷³⁶.

Z inicjatywy Stefana Batorego w 1582 r. w Warszawie powstał pierwszy szpital dla żołnierzy, w którym inwalidzi wojenni mogli być otoczeni należytą opieką. Po śmierci władcy szpital podupadł, a od 1638 r. w jego budynku mieścił się arsenał⁷³⁷. Założone w końcu XVI i XVII wieku szpitale wojskowe miały głównie charakter przytułków i pochodziły najczęściej z prywatnego nadania w postaci fundacji szpitalnych. Dla chorych i kalekich żołnierzy ośrodki takie zorganizowano m.in. w Jazłowcu, Zebrzydowicach czy Kamieńcu Podolskim⁷³⁸.

Powstały w 1786 r. regulamin służby obozowej i garnirowanej zawiera paragraf omawiający zasady ewakuacji sanitarnej⁷³⁹: „Transport z Obozu do Szpitala, gdyby wiele było chorych czy rannych, do sta lub więcej głów wynosić powinien, do których oddana będzie Eskorta, złożona z 3 oficerów Subalternów, z Sztandarowych, czyli Podchorążych, 2 felczerów z liczbą proporcjonalną Unter Officerów y Żołnierzy, którzy będą mieć starania o transportowanych w drodze, a po oddaniu ich do Szpitala zaraz do Wojska powrócą. Do takowego transportu Komisaryat Wojskowy wszelkie uczynić powinien opatrzenie w Koniach, Wozach, Żywności y Furażu”.

Mimo wielu wypowiedzi dowódców wojskowych na temat konieczności usprawnienia transportu sanitarnego, do końca istnienia Rzeczypospolitej nie podjęto konkretnych poczynań w celu wyposażenia wojska w wozy specjalnie przygotowane do przewożenia chorych i rannych żołnierzy. W miejscu stacjonowania dywizji małopolskiej w 1791 r. utworzono pierwszy w Polsce lazaret obozowy (polowy) na 300 łóżek, wkrótce powstały kolejne. Lazarety te wykazywały dużą sprawność i odegrały pożyteczną

⁷³⁵ S. Wojtkowiak *et al.*, *op. cit.*, s. 54-55.

⁷³⁶ *Ibidem*, s. 83.

⁷³⁷ S. Rudzki, *op. cit.*, s. 382.

⁷³⁸ W. Giermaziak, M. Prymlewicz, *Etapy rozwoju medycyny wojskowej na przykładzie historii Szpitala Ujazdowskiego*, „Lek w Polsce” 2015, nr 05 (288), s. 56.

⁷³⁹ Cyt. za S. Wojtkowiak *et al.*, *op. cit.*, s. 83.

rolę podczas wojny polsko-rosyjskiej w 1772 r. Swoją efektywność lazarety zawdzięczały odpowiedniemu personelowi, wozom do transportu chorych i aptekom⁷⁴⁰.

Epoka Oświecenia przyniosła medycynie zwiększenie liczby i podniesienie poziomu personelu leczącego, udoskonalenie form organizacyjnych, powstanie pierwszych szkół wojskowo-lekarskich oraz postępy w chirurgii i higieny wojskowej. Okres szybkiego postępu ekonomicznego, związanego z rozwojem przemysłu i przechodzeniem do produkcji maszynowej, który przyszedł wraz z końcem XVIII w., przyczynił się do przejścia do medycyny racjonalistycznej. Zaczęto stosować odpowiednie środki lecznicze nie ze względu na tradycję, lecz dlatego, że lepiej zrozumiano proces choroby i skuteczne działanie leków. Zwrócono większą uwagę na choroby zakaźne, uznając, że wymagają one rzetelnych badań klinicznych i przeciwdziałania sanitarnego⁷⁴¹. Od 1803 r. rozpoczęto u ludności zaboru pruskiego pierwsze szczepienia przeciw ospie. W Wojsku Polskim dopiero po zaleceniu dowództwa III Korpusu Wielkiej Armii z dnia 2 IV 1808 r. wprowadzono obowiązkowe szczepienia, a w powszechnym wymiarze obowiązkowe szczepienia ludności wprowadziła Rada Ministrów Księstwa Warszawskiego dnia 11 II 1811 r.⁷⁴²

Organizacja wojskowej służby zdrowia w Polsce do początków XIX w. ograniczała się do obsadzenia i ustalenia liczby podstawowych stanowisk chirurgów w pułkach i batalionach⁷⁴³. Mimo tego, że polska wojskowa służba zdrowia tego okresu polegała na „doraźnym improwizowaniu”⁷⁴⁴, to jednak z biegiem czasu pod wpływem francuskiej wojskowej służby zdrowia zaczęła przybierać bardziej zorganizowany charakter, funkcjonujący głównie w formie lazaretów. Pojęcie lazaret nie odpowiadało w całej rozciągłości określeniu szpital wojskowy – w znaczeniu stałego wojskowego zakładu leczniczego. Lazaretem określano w ogólności zbiorowiska chorych żołnierzy, których trzeba było leczyć i żywić⁷⁴⁵.

Dziewiętnastowieczne wojsko dokonywało przewozu rannych na zarekwirowanych chłopskich lub folwarcznych wozach, które co najwyżej były wymoszczone słomą. Równoległe w tym samym czasie Wielka Armia dysponowała już specjalistycznymi karetkami pomysłu D. Larreya, które były przystosowane do wygodnego przewozu poszkodowanych w pozycji leżącej. Przewozu rannych na dalsze odległości dokonywano etapami wzdłuż głównych dróg wojennych. Etapy były równe dziennemu przemarszowi

⁷⁴⁰ Cyt. za: S. Wojtkowiak *et al.*, *op. cit.*, s. 84.

⁷⁴¹ *Ibidem*, s. 99.

⁷⁴² S. Konopka, *O początkach szczepień ospy krowiej na ziemiach polskich*, „Archiwum Historii Medycyny” 1972, nr 35, z. 4, s. 303, cyt. za: J. Krzyś, *Służba zdrowia wojsk Polskich w latach 1806-1807*, Grudziądz 2011, s. 9.

⁷⁴³ J. Krzyś, *Służba zdrowia...*, s. 9.

⁷⁴⁴ *Ibidem*, s. 26.

⁷⁴⁵ *Ibidem*, s. 25.

czy przejazdowi zwykłych wozów, wynosiły około 30 kilometrów. Z góry ustalano miejsca postojów i noclegów. Gdy stan rannego pogarszał się w drodze, pozostawiano go w najbliższym szpitalu znajdującym się przy osiach ewakuacyjnych⁷⁴⁶. Większe transporty organizowano na kształt konwojów z chirurgiem i ułanami eskorty do pomocy⁷⁴⁷.

O potrzebie wprowadzenia ambulansów w wojsku polskim oraz o tym, jak ten ambulans ma wyglądać i funkcjonować, przeczytamy w liście dra med. Michała Bergonzoniego do Dyrektora Wojny gen. dyw. ks. Józefa Poniatowskiego⁷⁴⁸, który pisał: „Trzeba także urządzić na tyłach każdego legionu ambulans, obsadzony przez chirurga, szefa farmaceutę obok podwładnych oficerów służby zdrowia /w proporcji odpowiednio do warunków/, kilka wozów dla przewożenia sienników, kołder, prześcieradeł, leków, niezbędnych przedmiotów, instrumentów chirurgicznych, dużych namiotów etc. etc. według planu, który powinien być dany zależnie od warunków przez wyższych oficerów służby zdrowia (...)”.

Postulaty doktora Bergonzoniego wynikały m.in. z faktu, że w Wojsku Polskim do 1831 r. nie było nawet sanitariuszy noszowych. Ciężej rannych dostarczali na pola opatrunkowe towarzysze broni – „brat brata ratował” – przenoszono ich na rękach, ewentualnie na karabinach czy improwizowanych noszach. Aby odnieść jednego rannego, musiało opuścić szeregi nawet od sześciu do ośmiu żołnierzy. Specjalne oddziały sanitariuszy noszowych, tzw. „infirmierzystów” powstały dopiero w Wojsku Polskim na mocy okólnika wydanego przez Wydział Lekarski Komisji Rządowej Wojny z dnia 15 czerwca 1831 r. Z przedstawionych punktów tego okólnika dowiemy się, że infirmierzyści będą wypełniać rozkazy sztabslekarza, który ma dozór nad zbieraniem z placu boju rannych swego pułku, czy też jak powinny być zbudowane nosze używane do transportu rannych⁷⁴⁹.

Wpływ francuskiej koncepcji zabezpieczenia medycznego pola walki stał się podwaliną taktyki sanitarnej także doby obecnej⁷⁵⁰. Napoleońska Francja pod koniec XVIII i na początku XIX wieku była terenem ciągłych wojen, dlatego aby ograniczyć straty ludzkie powodowane chorobami i ranami, dążono do zwiększenia operatywności wojskowej służby zdrowia. System pomocy rannym w czasie działań wojennych stworzył Pierre Percy, który główne zasady funkcjonowania tego systemu oparł na:

⁷⁴⁶ Dzisiaj również uszkodzonego transportuje się do najbliższego szpitala referencyjnego.

⁷⁴⁷ J. Krzyś, *Służba zdrowia...*, s. 21-22.

⁷⁴⁸ M. Bergonzoni, *List dra med. Michała Bergonzoniego do Dyrektora Wojny gen. dyw. ks. Józefa Poniatowskiego o zapalności na choroby zakaźne w Wojsku Polskim*, AGAD KR sek. IV, vol. 51, s. 29, cyt. za: J. Krzyś, *Służba zdrowia...*, s. 26.

⁷⁴⁹ Zob. A. Czarnecka, *Z historii medycyny wojskowej. Przyczynek do dziejów ewakuacji wojskowo-medycznej w początkach ubiegłego stulecia*, „Lekarz Wojskowy” 1972, nr 2, 1972, s. 180 i n.

⁷⁵⁰ J. Krzyś, *Służba zdrowia...*, s. 18.

- 1) udzielaniu definitywnej pomocy medycznej poprzez maksymalne zbliżenie pomocy chirurgicznej do pola bitwy,
- 2) zaopatrzeniu wszystkich rannych podczas batalii i wstępne ich leczenie w doraźnych punktach zbiórki rannych przeznaczonych do ewakuacji,
- 3) następowym leczeniu rannych i ogółu chorych w lazaretach tyłowych, usytuowanych wzdłuż wyznaczanych osi ewakuacyjnych⁷⁵¹.

Pierwszy z postulatów Percy'ego był realizowany przez ruchomy korpus konnych chirurgów, którym podczas zaopatrywania i leczenia ran towarzyszyły ruchome lekkie ambulanse. Duża manewrowość służby zdrowia korpusów miała fundamentalne znaczenie dla szybkości udzielanej pomocy medycznej. Percy przyczynił się również do rozwiązania problemu wnoszenia rannych z pola bitwy. Dotychczas ranni wnoszeni byli przez towarzyszy broni, a po bitwie zbierali ich przygodnie wyznaczeni żołnierze. Percy do tej czynności chciał wyznaczyć przeszkolonych sanitariuszy noszowych, umundurowanych w specjalne uniformy, których rekrutowano z żołnierzy mniej wartościowych, np. z powodu braku palców. Z jego inicjatywy doszło dnia 25 kwietnia 1800 r. do porozumienia austriacko-francuskiego, na mocy którego szpitale wojskowe jako azyle ludzkiej niedoli stawały się nietykalne⁷⁵².

Wojny napoleońskie ze względu na ich taktykę przynosiły liczne straty ludzkie. Nie było wtedy jeszcze Konwencji Genewskiej⁷⁵³, ranni ginęli bądź niezaopatrzeni, bądź trafiali w ręce wroga, co skutkowało dużymi, niepotrzebnymi stratami liczbowymi oddziałów. Wspominamy już Percy zapoczątkował porozumiewanie się między walczącymi armiami co do nietykalności personelu sanitarnego i udzielania pomocy bez względu na narodowość rannego żołnierza⁷⁵⁴.

Mimo wzrastających strat wśród żołnierzy w wyniku działań wojennych podejmowano liczne kroki, aby rozwój i dokonany postęp w ochronie zdrowia przełożyć na ograniczenie strat ludzkich. Począwszy od XVII do początku XIX wieku, stan sanitarny armii europejskiej był bardzo zły. Z pośród ponad 4 mln żołnierzy uczestniczących w wojnach napoleońskich (1792-1815) na polu walki poległo „tylko” 150 tys., a ok. 2 mln zmarło z różnych powodów w szpitalach. Europejskie wojny z lat 1733-1865 pochłonęły ok. 8 mln istnień ludzkich, w tym z powodu chorób i ran od 3 do 4 mln, w związku

⁷⁵¹ J. Krzyś, *Wkład Percy'ego do rozwoju wojskowej służby zdrowia*, „Lekarz Wojskowy” 1982, t. 58, nr 1-2 (1), s. 102-103.

⁷⁵² *Ibidem*, s. 103-104.

⁷⁵³ Por. Konwencję w sprawie polepszenia losu rannych wojskowych w armiach w polu będących, Genewa, 22 sierpnia 1864 r., <https://www.polskieradio24.pl/39/156/Artykul/2358232,Pierwsza-Konwencja-Genewska-%e2%80%93-przelom-w-prawie-miedzynarodowym> [dostęp 20.04.2020], oraz konwencje o ochronie ofiar wojny, podpisane w Genewie dnia 12 sierpnia 1949 r. (Dz. U. z 1956 r. Nr 38, poz. 171).

⁷⁵⁴ A. Wybieralski, *op. cit.*, s. 315.

z czym zaczęto mocno zwracać uwagę na bezpieczeństwo sanitarne wojsk⁷⁵⁵. W drugiej połowie XIX wieku nastąpił znaczący rozwój medycyny i służby zdrowia przy jednoczesnym rozwoju technik wojennych (znaczący postęp w dziedzinie broni palnej oraz środków wybuchowych), które pierwszy z wymienionych rozwojów niwelowały, a wręcz potęgowały straty bojowe⁷⁵⁶. Bezpieczeństwo sanitarne wojsk⁷⁵⁷ nie tylko wpływa na bezpieczeństwo militarne, ale w pośredni sposób wpływało i wpływa na bezpieczeństwo zdrowotne ludności cywilnej. Zdrowi żołnierze mogli lepiej bronić ludności cywilnej, a medyczne służby wojskowe – również leczyć ludność cywilną. „Bez medycyny naprawdę humanistycznej nie można będzie uczynić świat lepszym miejscem bytu dla rodzaju ludzkiego, a samych ludzi szczęśliwymi”⁷⁵⁸.

Próby ograniczenia strat wśród żołnierzy przyczyniły się do powstania pierwszych ruchomych szpitali, tzw. „lotnych ambulansów”. Ich pomysłodawca, francuski chirurg wojskowy Jean Larrey, przez lotne ambulanse rozumiał ruchomy szpital, a nie szybki pojazd do przewożenia rannych w naszym rozumieniu tego słowa. Zgrabne i lekkie karetki sanitarne były tylko wyposażeniem nowej jednostki taktyczno-lekarskiej⁷⁵⁹. Powstanie ruchomych szpitali wynikało z konieczności udzielenia szybkiej pomocy medycznej od momentu powstania urazu. Takiej pomocy rannym do tej pory nie udało się zapewnić przed upływem 24 godzin, a niekiedy znacznie dłużej. W skład załogi „lotnego ambulansu” najczęściej wchodziło trzech lekarzy, z których dwóch zazwyczaj pełniło czynności farmaceutów, kilkunastu pomocników, 12 sanitariuszy – kawalerzystów i 25 żołnierzy pełniących rolę sanitariuszy pieszych. Do tego stanu osobowego należy jeszcze doliczyć 25 ludzi obsługujących 20 lekkich pojazdów i 4 ciężkie, które były ruchomym sprzętem ambulansu. Sumaryczny stan osoby każdego ambulansu wynosił więc 113 ludzi⁷⁶⁰.

Szybkość poruszania się oddziału zapewniały pojazdy 2- i 4-kołowe, obite od wewnątrz materacami, wykończone skórą i miękko zawieszane na resorach, były mocne

⁷⁵⁵ A. Konopka, *Bezpieczeństwo sanitarne...*, s. 18.

⁷⁵⁶ *Ibidem*, s. 20.

⁷⁵⁷ Pojęcie bezpieczeństwa sanitarnego wojsk to termin określający „stan szeroko rozumianej sytuacji sanitarno-epidemiologicznej i socjalno-bytowej żołnierzy, zarówno w warunkach pokojowych (w koszarach i w polu), jak i w warunkach wojennych, oraz stan i praktyczną realizację ochrony zdrowia wojsk”. *Ibidem*, s. 18. System bezpieczeństwa sanitarnego wojsk, tak jak i każdy inny system bezpieczeństwa, zależy od warunków społecznych i politycznych w danym czasie, poziomu nauk medycznych, stanu gospodarki i warunków życia społeczeństwa, a także przyjętego systemu organizacyjnego odpowiadającego za dany rodzaj bezpieczeństwa (np. systemu organizacyjnego: ochrony zdrowia czy sił zbrojnych). Aby omawiany system mógł spełniać swoje zadanie pod koniec XVII wieku pojawiło się przekonanie o konieczności posiadania przez siły zbrojne dobrze wykształconego personelu medycznego, wyspecjalizowanego w dziedzinie chirurgii polowej oraz chorób wewnętrznych. Por. *Ibidem*, s. 18-19.

⁷⁵⁸ M. Kacprzak, *Motto*, cyt. za: W. Lisowski, *Tradycja medycyny polskiej przyszłość wytyczająca*, „Lekarz Wojskowy” 1981, nr 9-10 (V), s. 526.

⁷⁵⁹ A. Wybieralski, *op. cit.*, s. 314.

⁷⁶⁰ *Ibidem*, s. 315.

i lekkie, można było do nich wsuwać nosze na specjalnych wózkach, co dawało możliwość przewożenia od 2 do 4 rannych w zależności od ich wielkości. Ekipa ambulansu podlegała szczegółowemu regulaminowi, a jej zadaniem było zbieranie rannych i po udzieleniu im pomocy przewiezieniu ich do szpitala pierwszej linii. Były to pierwowzory współczesnych karettek przewozowych⁷⁶¹.

Wkład Larreya da się jeszcze zauważyć na polu organizacji współczesnego systemu udzielania pomocy wobec osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Współczesna medycyna, jak i przepisy prawa uwzględniają wprowadzone przez Lerreya rozróżnienie w udzielaniu pierwszej pomocy na pomoc przedlekarską i kwalifikowaną pierwszą pomoc⁷⁶².

Z dzieła Ignacego Fijałkowskiego⁷⁶³, lekarza I dywizji wojska polskiego i jednocześnie naczelnika urzędu zdrowia administracji wojskowej Księstwa Warszawskiego, dowiadujemy się o usiłowaniu ulepszenia w Polsce transportu rannych. Fijałkowski, aby udogodnić transport rannych, zaproponował następujące wskazówki: „Utrzęsienia uniknąć można:

1. jeżeli zapewnić choremu wygodne leżenie, stąd wielu na jednym wozie mieścić nie można,
2. powoli jechać,
3. wybrać wedle możliwości dobrą drogę,
4. jeżeli lektyk lub wiszących łóżek do tego użyjemy⁷⁶⁴.

Dnia 2 lutego 1831 r. księżę Radziwiłł, wódz naczelny, powierzył stanowisko lekarza sztabu generała w armii czynnej prof. Karolowi Kaczkowskiemu. Kaczkowski pokazał po raz pierwszy swój talent organizacyjny, znakomicie przygotowując pomoc dla rannych podczas bitew pod Wawrem, Grochowem, Białołąką i Olszańką w lutym 1831 r.⁷⁶⁵

Kaczkowski powołał frontowe linie pomocy lekarskiej dla rannych. Pierwszą linię stanowili batalionowi lekarze, którzy opatrywali rannych już na polu walki. Drugą linię stanowiły konne ambulanse polowe, ustawione poza zasięgiem artylerii. W ambulansach tych lekarze pułkowi przeprowadzali mniej skomplikowane operacje. Siedmioosobowy zespół lekarzy z trzeciej linii przeprowadzał w tymczasowych szpitalach polowych skomplikowane zabiegi operacyjne⁷⁶⁶.

⁷⁶¹ *Ibidem*, s. 316.

⁷⁶² *Ibidem*.

⁷⁶³ Zob. I. Fijałkowski, *Początki chirurgii*, Wrocław 1811.

⁷⁶⁴ Cyt. za: L. Zembrzusi, *Rys dziejów chirurgii wojennej Polski*, Warszawa 1919, s. 69.

⁷⁶⁵ W. Stembrowicz, *Nieco o dziejach wojskowej służby zdrowia w Polsce w okresie Królestwa Kongresowego i wojny polsko-rosyjskiej 1830-1831. Skróty referatu*, [w:] *Przełomy z w historii. XVI Powszechny Zjazd Historyków Polskich, Wrocław 15-18 wrzesień 1999 roku, Pamiętniki*, t. III, cz. 4, Toruń 2001, s. 130.

⁷⁶⁶ E. Grzelak, B. Wróblewski, *Organizacja szpitali wojskowych w czasach Księstwa Warszawskiego i Królestwa Kongresowego*, „Biuletyn Wojskowej Akademii Medycznej” 1967, t. 11, z. 4, s. 26-32.

W trakcie bitwy grochowskiej zastosowano już zasady segregacji rannych. Opatrzeni, lżej ranni najczęściej wracali na pole walki, ciężej rannych odnoszono do ambulansów, skąd po założeniu opatrunków przetrucano do szpitali⁷⁶⁷. Transportem rannych według pomysłu Kaczkowskiego miała się zająć osobna, składająca się z nieuzbrojonych oddziałów służba „(..) brankardierów, mających wyłącznie zadanie przenoszenia narychmiast rannych za linię bojową. Ułatwia to ich opatrzenie, ale zarówno oszczędza żołnierzom przykrego widoku i oczyszcza pole walki”⁷⁶⁸.

Kaczkowski stał się też prekursorem „zdrowia publicznego”. Wydał zalecenia, aby żołnierze utrzymywali czystość ciała, odpowiednio się odżywiali, nie jedli rzeczy niedogotowanych i nieświeżych, zabronił picia wody z rowów i moczarów, podał schemat leczenia cholery. Wszystkich tych zaleceń miał pilnować dozór zdrowia składający się z oficerów, kapelanów i lekarzy⁷⁶⁹. Kierowany doświadczeniami z lutowych walk oraz potrzebą pomocy rannym, których wciąż przybywało ze względu na działania wojenne, w dniu 2 lipca 1831 r. wydał *Okólnik do P.P. lekarzy wojskowych*, w którym opisuje w punktach powinności lekarzy w niesieniu pomocy⁷⁷⁰: „a) w Marszu; b) w Obozie; c) w Boju; d) Co do Ambulansów i e) Co do szpitalów polowych i stałych prócz stolicy”.

Z punktów tych dowiemy się m.in., że w ambulansach (ruchomych bazach szybkiej pomocy chirurgicznej) dyżury powinni mieć lekarze wyznaczeni przez lekarza dyrygującego ambulansem, ambulans powinien mieć oznaczone swe stanowisko białą chorągiewką. Do głównych zadań ambulansu, prócz operacji, które na polu walki się nie mogły odbyć, należy jeszcze wszystkich z pola bitwy przywiezionych obejrzeć, a gdy będzie taka potrzeba, opatrzenie powtórzyć lub poprawić⁷⁷¹. Do zadań ambulansów należało również dostarczanie wojsku materiałów chirurgicznych, jak i leków na żądanie⁷⁷².

W zakończeniu okólnika Kaczkowski pisze, że wykonanie wszystkich podanych przepisów (pierwszych dotyczących organizacji pomocy medycznej „chorych nagłego ratunku potrzebujących”) dobro służby wymaga. W związku z tym, że każdy z Lekarzy ma serce i myśli prawego Polaka, które złączone z uczuciami do ludzkości i zrozumieniem własnych obowiązków, są rękojmią ścisłego zastosowania się do podanych przepisów. Zaś na tych opieszających w obowiązkach surowa odpowiedzialność na nich spadnie⁷⁷³.

Podczas powstania w 1863 r. w Polsce zaznaczył się postęp w ratowaniu rannych, który przede wszystkim objawił się w usiłowaniu udzielenia możliwie racjonalnej pomocy już na polu bitwy. Zaczęto zwracać uwagę na jakość wykonanych zabiegów, na staranność

⁷⁶⁷ W. Stembrowicz, *op. cit.*, s. 131.

⁷⁶⁸ Cyt. za: K. Kaczkowski, *Wspomnienia*, t. I, Lwów 1876, s. 243.

⁷⁶⁹ M. Ropek, *Karol Kaczkowski jako lekarz i obywatel kraju*, Warszawa 1983, s. 63-64.

⁷⁷⁰ Zob. L. Zembruski, *op. cit.*, s. 90-94.

⁷⁷¹ *Ibidem*, s. 93.

⁷⁷² W. Stembrowicz, *op. cit.*, s. 130.

⁷⁷³ Ostatni akapit okólnika, zob. L. Zembruski, *op. cit.*, s. 94.

w nałożeniu opatrunku i opanowaniu krwawienia czy unieruchomieniu złamanej kończyny. Przypisywano też doniosłe znaczenie należytemu transportowi rannych⁷⁷⁴.

Organizacja szpitali w trakcie powstania styczniowego⁷⁷⁵ była przedsięwzięciem bardzo trudnym, ponieważ nie było bezpiecznych miejsc, do których nie mogłyby dostać się wojska carskie, dlatego tworzono prowizoryczne lazarety, mieszczące się przeważnie w dworach szlacheckich, chatach chłopskich, pomieszczeniach klasztornych czy innych zabudowaniach. Szpitale powstańcze znajdowały się pod stałą opieką cywilnych władz polskich, które dbały o ich zaopatrzenie w środki opatrunkowe, leki i żywność. Na terenie Królestwa Polskiego i przyległych jej zaborów znajdowało się około dwóch tysięcy punktów opatrunkowych i leczniczych, z czego około dwustu szpitali dłużej działających. Dzięki ogromnemu poświęceniu służby zdrowia udzielono w tych miejscach pomocy medycznej ponad trzem tysiącom rannym. Okrucieństwa zaborcy przyniosły niespotykane dotąd straty wśród personelu medycznego. Według niepełnych danych z grona lekarzy, medyków i sanitariuszy 35 poległo lub zmarło od ran, 6 stracono z wyroku sądu, ponad 20 skazano na katorgę, a 108 poszło na zesłanie na Syberię. Polska wojskowa służba zdrowia, mimo tragicznych doświadczeń w okresie powstań narodowych, miała wiele sukcesów: zapoczątkowano nowożytnie metody taktyki sanitarnej i ewakuacji rannych żołnierzy, w okresie tym powstały pierwsze kobiece organizacje zajmujące się opieką nie tylko nad żołnierzami, ale również nad ofiarami wojny wśród ludności cywilnej⁷⁷⁶.

Z chwilą wybuchu I wojny światowej⁷⁷⁷ w 1914 r. polskie społeczeństwo w zaborze rosyjskim doszło do przekonania, że jednym z jego obowiązków jest zorganizowanie pomocy dla rannych. Gdy w sierpniu 1914 r. pełnomocnik rosyjskiego Czerwonego Krzyża Guczkow po przyjeździe swym do Warszawy wystąpił z propozycją współdziałania Polaków w akcjach ratunkowych dla rannych, propozycja ta znalazła grunt pod te działania dobrze przygotowany. Zaraz w pierwszych dniach po wybuchu wojny został powołany do życia Polski Komitet Pomocy Sanitarnej, którego głównym zadaniem było zakładanie i nadzorowanie lazaretów. Działania nadzorcze powołanej jednostki przyczyniły się do opracowania wzoru karty, na której lekarz leczący rannego był obowiązany notować najważniejsze dane z jego stanu zdrowia miejscowego i ogólnego. Celem tworzenia kart było to, aby pacjenci transportowani ze szpitali tymczasowych w drodze i po przybyciu do szpitali stałych należycie byli dalej opatrywani i leczeni, dzięki informacjom na karach takich wypisanych⁷⁷⁸.

⁷⁷⁴ L. Zembrzusi, *op. cit.*, s. 123.

⁷⁷⁵ Wybuchło 22 stycznia 1863 r. W Królestwie Polskim i trwało do jesieni 1864 r.

⁷⁷⁶ Z. Jezierski, *Pomoc medyczna w polskich powstaniach narodowych XIX wieku*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Życie codzienne w XVIII-XX wieku i jego wpływ na stan zdrowia ludności*, Wrocław 2003, s. 372-374.

⁷⁷⁷ Od 28 lipca 1914 do 11 listopada 1918 r.

⁷⁷⁸ L. Zembrzusi, *op. cit.*, s. 163-172.

Trwająca na ziemiach polskich wojna z 1919 r.⁷⁷⁹, przebywanie na terytorium polski wojsk niemieckich, jeńców wojennych, reemigracje ludności z Niemiec i z Rosji stworzyły warunki do wybuchu na nowo przytłumionych dotąd chorób zakaźnych. Aby działania mające na celu zahamowanie i niedopuszczenie do rozprzestrzenienia epidemii chorób zakaźnych były skuteczne, musiały być kierowane centralnie przez państwo. Aby to osiągnąć, należało powołać odpowiednie państwowe instytucje i przeznaczyć odpowiedni budżet oraz rozszerzyć akcje zwalczania chorób zakaźnych na całe społeczeństwo. Nowo utworzone Ministerstwo Zdrowia Publicznego zajęło się głównie stworzeniem bazy normatywnej do zwalczania chorób zakaźnych. Ministerstwo ujednoliciło warunki prawne opieki zdrowotnej na ziemiach polskich oraz prawo sanitarne za pomocą ogłoszonych ustaw⁷⁸⁰: ustawa z dnia 19 lipca 1919 r. o przymusowym szczepieniu ochronnym przeciwko ospie⁷⁸¹, ustawa z dnia 25 lipca 1919 r. w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych chorób, występujących nagminnie⁷⁸², zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 19 lipca 1919 r.⁷⁸³

Chaos powstały na początku II wojny światowej⁷⁸⁴ doprowadził do rozproszenia lekarzy, co stanowiło problem dla walczącej polskiej armii. Z czasem w szpitalach zostały zorganizowane zakonspirowane komórki prowadzone przez lekarzy, pielęgniarki oraz niższy personel medyczny. W związku ze wzmożeniem walki partyzanckiej wzrosła liczba rannych, a więc i wzrosło zapotrzebowanie na lekarzy, leki i środki opatrunkowe. Aby sprostać oczekiwaniom, służba zdrowia Armii Krajowej i Gwardii Ludowej (później Armii Ludowej) współpracowały ze sobą; stworzono Wydział Sanitarny Gwardii Ludowej⁷⁸⁵, który zapewniał pomoc lekarską w akcjach w Warszawie, wysyłał lekarzy do rannych partyzantów w oddziałach nieposiadających własnej pomocy lekarskiej, dostarczał leki, środki opatrunkowe itd. Szkolił ponadto gwardzistów z zakresu pomocy i samopomocy medycznej⁷⁸⁶.

W zabezpieczeniu medycznym dywizji piechoty w wojnie obronnej (1939 r.) zasadniczym etapem ewakuacji medycznej był Główny Punkt Opatrunkowy (GPO),

⁷⁷⁹ Wojna polsko-rosyjska 1919-1921 r.

⁷⁸⁰ E. Więckowska, *Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do walki z chorobami zakaźnymi – organizacja, cel i zadania (1919-1923)*, [w:] A. Felchner, B. Płonka-Syroka (red.), *Historia medycyny wojskowej na przestrzeni dziejów*, Wrocław 1977, s. 53 i 54.

⁷⁸¹ T. j. Dz. U. z 1934 r. Nr 13, poz. 113.

⁷⁸² Dz. U. z 1919 r. Nr 67, poz. 402 ze zm.

⁷⁸³ Dz.Pr.P.P. z 1919 r. Nr 63, poz. 371 ze zm.

⁷⁸⁴ Trwająca od 1 września 1939 do 2 września 1945 r.

⁷⁸⁵ W 1944 r. Wydział został zreorganizowany i przemieniony na Centralny Wydział Sanitarny przy Sztapie Głównym Armii Ludowej.

⁷⁸⁶ Zob. M. Buraczewski, M. Łukasiewicz, L. Pawlewicz, *Służba zdrowia Gwardii Ludowej, Armii Ludowej i Armii Krajowej*, [w:] *Medycyna Walcząca. Ogólnopolskie sympozjum studenckich kół naukowych akademii medycznych poświęconych polskiej służbie zdrowia na frontach II wojny światowej*, Wrocław 1969, s. 21 i n.

zakładany na rozkaz szefa sanitarnego dywizji w odległości 5-8 km od linii frontu. Zasadą funkcjonowania GPO było operowanie rannych przed upływem 24 godzin. Zakres pracy (w GPO) obejmował: kontrolę i uzupełnianie dotychczasowej pomocy lekarskiej; segregację rannych na podstawie karty ewakuacyjnej; podwiązanie naczyń, amputację kończyn, trwałe unieruchomienie w złamaniach; toaletę chirurgiczną rannych oraz przygotowywano do ewakuacji do szpitali na zaplecze. Przy transporcie rannych na małe odległości używano transportu konnego, a przy większych odległościach i tam, gdzie drogi były dobre, zaczęto używać sanitarnego transportu samochodowego⁷⁸⁷ (prawdopodobnie pierwsze ambulanse). Główne Punkty Opatrunkowe można uznać za prekursorów dzisiejszych Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych.

Doświadczenia lekarzy zdobyte w czasie niesienia pomocy poszkodowanym na polu bitwy zaowocowały późniejszymi publikacjami, przyczyniając się do rozwoju chirurgii, ale także do zdobywania wiedzy na temat postępowania z ciężko poranionymi ludźmi. Ze względu na dużą w XIX i XX wieku umieralność ludzi w fabrykach, kopalniach, pożarach, konfliktach zbrojnych, spowodowaną złamaniami, potłuczeniami, zamrażeniami, porażeniem pioruna, otruciami itd., uświadomiono sobie potrzebę istnienia zorganizowanej pierwszej pomocy. Od posiadanych umiejętności i właściwych kompetencji ratowników zależała czyjaś możliwość na przerwanie nagłego zagrożenia, uniknięcie kalectwa czy trwałego uszczerbku na zdrowiu. Dlatego szukano rozwiązań wprowadzonych już na polach bitew, które najlepiej zabezpieczają zdrowie i życie poszkodowanych. Pozyskana wiedza oraz doświadczenie „medycyny pola walki” za pomocą wydawanych podręczników stały się jedną z form kształtowania procesu rozwoju wiedzy z zakresu ratownictwa medycznego⁷⁸⁸.

Z inicjatywy Komisji Lekarskiej grupa warszawskich lekarzy w ciągu zaledwie kilku dni dokonała przekładu i streszczenia podręcznika niemieckiego chirurga Georga Strohmeyera, wydając go jako krótki *Rys zasad chirurgii wojennej*. Dnia 12 marca 1863 r. książkę rozesłano lekarzom. Z tej publikacji zasady udzielania pierwszej pomocy uczyły się również setki kobiet – samarytanek powstańczych⁷⁸⁹. W warszawskim „Tygodniku Lekarskim” tego samego roku rozpoczęto w odcinkach druk prac na temat leczenia ran wojennych, który to druk stał się pomocny mniej doświadczonym lekarzom powstańczym⁷⁹⁰.

⁷⁸⁷ S. Suchorski, *Rola Głównego Punktu Opatrunkowego w zabezpieczeniu medycznym dywizji piechoty w wojnie obronnej w roku 1939*, „Lekarz Wojskowy” 1981, nr 9-10 (V), s. 534 i n.

⁷⁸⁸ I. Utrata, *Ratownictwo – pierwsza pomoc XIX wieku według Polskiej bibliografii lekarskiej Stanisława Konopki*, [w:] B. Urbanek (red.), *Zawód ratownika medycznego na ziemiach Polskich w XIX i XX wieku*, Warszawa 2012, s. 103-104.

⁷⁸⁹ Z. Jezierski, *op. cit.*, s. 368.

⁷⁹⁰ E. Sięnkowski, *Śłużba zdrowia w powstaniu styczniowym*, [w:] *Pamiętniki XII krajowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny*, Łódź 1981, s. 175-177.

W 1899 r. ukazała się publikacja pt. *Kilka słów o pomocy w nagłych wypadkach po wsiach rolnych i miasteczkach*, uzmysławiająca czytelnikom niezwykle istotną rolę pomocy doraźnej. Ignacy Edward Maresz – autor tej publikacji – stwierdził, że nagłe wypadki zagrażające zdrowiu i życiu człowieka wymagają natychmiastowej interwencji. Autor dokonał klasyfikacji wypadków na „nagminne i sporadyczne”. Do „nagminnych” zaliczają się klęski żywiołowe (np. pożar, powódź), głód, epidemie czy wojnę. Rządy krajów rozwiniętych nad tymi zdarzeniami starały się zapanować, zabezpieczając ludzkość poprzez wydawanie odpowiednich rozporządzeń, zapewnienie środków zaradczych i udzielanie pomocy. Autor za przykład takich przepisów podał rozporządzenie rządowe dotyczące pożarów, w którym były zawarte przepisy ostrzegawcze o watach obywatelskich oraz o gaszeniu pożaru. Wypadki dotyczące pojedynczych ludzi uznał za „sporadyczne”. Mareszek uważał, że w większych miejscowościach rozwiniętych przemysłowo funkcjonowały przepisy z zakresu ratownictwa medycznego oraz były zapewnione środki ratunkowe i właściwie przeszkolony personel, gorzej przedstawiała się sytuacja w małych miasteczkach⁷⁹¹.

Ogromną rolę w rozwoju wojskowych służb medycznych, a w szczególności w zwróceniu uwagi na bardzo istotną wagę czynnika czasu, jaki upływa od chwili zaistnienia urazu do momentu podjęcia kwalifikowanej interwencji lekarskiej, wniosła Komisja Traumatologii Amerykańskiego Kolegium Chirurgów w swoich opracowaniach⁷⁹².

W okresie I wojny światowej czas od momentu powstania urazu do interwencji lekarskiej wynosił 12-18 godzin. Podczas II wojny światowej nadal występowało obciążenie wysoką śmiertelnością okołourazową mimo skrócenia czasu na interwencję lekarską do 6-12 godzin. Podczas wojny koreańskiej zaczęto intensyfikować działania skracające czas od urazu do interwencji lekarskiej. Korpus Medyczny Armii USA zdecydował się na pominięcie batalionowych stacji ratunkowych i transport rannych żołnierzy bezpośrednio z pola walki do tworzonych ruchomych szpitali chirurgicznych, co pozwoliło na skrócenie czasu „uraz – zabieg chirurgiczny” do 2-4 godzin i pozwoliło zmniejszyć śmiertelność do średniej 2,4%. W wojnie wietnamskiej udoskonalono tę taktykę, transportując rannych bezpośrednio do szpitali chirurgicznych korpusu z pominięciem ruchomych jednostek szpitalnych. Dzięki temu czas od zaistnienia urazu do specjalistycznej interwencji lekarskiej na specjalistycznym bloku operacyjnym wyniósł 60-80 min, co pozwoliło na obniżenie śmiertelności w tej grupie pacjentów do średniej 1,7%⁷⁹³.

⁷⁹¹ I.E. Maresz, *Kilka słów o pomocy w nagłych wypadkach po wsiach rolnych i miasteczkach*, Warszawa 1899, s. 5-10.

⁷⁹² J. Jakubaszko, *Założenia organizacyjne systemu zintegrowanego ratownictwa medycznego*, [w:] J. Jakubaszko (red.), *Ratownik medyczny*, wyd. 2, Wrocław 2010, s. 2.

⁷⁹³ *Ibidem*.

4.1.2. Życie i zdrowie jako przedmiot troski medycyny ratunkowej

Rozwijające się społeczeństwa, wzrastające tempo życia, nowoczesne technologie zużywające coraz większe zasoby energetyczne, naruszające przy tym często równowagę świata przyrody, wyzwalały coraz szersze i coraz bardziej specyficzne zagrożenia zdarzeniami masowymi i katastrofami. Analiza tych zagadnień wymusza nowe nakazy organizacyjne na współczesnych społeczeństwach, których prawem jest również pełne bezpieczeństwo obywatelskie, a w nim bezpieczeństwo zdrowotne w sytuacji nagłego zagrożenia życia pojedynczej osoby lub większej liczby osób w zdarzeniu masowym. Aby sprostać tym potrzebom, rozwinięto i doskonalono się stosunkowo nowy dział medycyny i ochrony zdrowia, jakim jest medycyna ratunkowa i jej wykonawczy system organizacyjny – Państwowe Ratownictwo Medyczne⁷⁹⁴. Zasadniczym celem medycyny ratunkowej i jej systemu jest osiągnięcie jak najwyższych kwalifikacji i doskonałości organizacyjnej tak, aby można było jak najszybciej podjąć specjalistyczne procedury medycyny ratunkowej wobec pacjenta w nagłym zagrożeniu zdrowotnym. Jest to niezbędne, aby dać szansę pacjentowi przeżycia najtrudniejszego okresu zagrożenia, a następnie doprowadzić go do dalszego leczenia specjalistycznego⁷⁹⁵.

Do zadań medycyny ratunkowej należy również⁷⁹⁶:

- pomniejszenie liczby „zgonów do uniknięcia”;
- pomniejszenie liczby i rozmiarów „inwalidztwa do uniknięcia”;
- ograniczenie ciężkości bólu i cierpienia powodowanych nagłym zagrożeniem zdrowotnym;
- racjonalizowanie czasu i kosztów leczenia;
- danie społeczeństwu poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego i bezpieczeństwa obywatelskiego.

4.1.3. Medycyna ratunkowa w warunkach cywilnych

W czasie pokoju militarne doświadczenia Amerykanów stały się podstawą tworzenia cywilnego modelu medycznych służb ratunkowych, który oznacza pominięcie

⁷⁹⁴ J. Jakubaszko, M. Gruszka, *Organizacja i możliwości ratownictwa medycznego w zabezpieczeniu potrzeb społecznych*, [w:] *Katastrofy – organizacja badań i specyfika ekspertyz a potrzeby społeczne i wymiaru sprawiedliwości*, Warszawa 2010, s. 77.

⁷⁹⁵ J. Jakubaszko, M. Gruszka, *Medycyna ratunkowa – ratownictwo medyczne a bezpieczeństwo publiczne*, A. Chajbowicz, T. Kocowski (red.), *Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach nowej administracji publicznej*, Wrocław 2009, s. 51 i n.

⁷⁹⁶ Zob. *System Ratownictwa Medycznego w Województwie Dolnośląskim – Analiza stanu na rok 2008, Kierunki zmian*, s. 2-3, https://drive.google.com/file/d/19NzSeJ0LIp1_uH7FO03b1NWRw1-8rWKU/view?usp=sparing [dostęp 20.04.2020] oraz *Medycyna Ratunkowa w Województwie Dolnośląskim – Raport z realizacji programu modernizacji w latach 2008-2010 r. Analiza stanu na rok 2009. Kierunki zmian*, https://drive.google.com/file/d/1e9kbwJoQTzdi7rxZCqg1_16RT_qepxxo/view?usp=sparing [dostęp 20.04.2020].

pośrednich stacji ratunkowych i transport ofiar wypadku bezpośrednio do rejonowych szpitalnych oddziałów ratunkowych. Model ten dopracowano w latach 70. XX wieku w wielu stanach Ameryki Północnej. Z doświadczeń tych skorzystało wiele krajów europejskich, takich jak: Niemcy, Wielka Brytania, Belgia czy Szwecja. Od momentu wprowadzenia w RFN w latach 70. regionalnej sieci szpitalnych centrów ratunkowych śmiertelność z powodu wypadków drogowych zmalała tam o 25%. Przyczyniło się to do uratowania życia 4 tys. ludzi rocznie i jednoczesny przyrost dochodu narodowego o 220 mln dolarów w wyniku powrotu tych osób do aktywności zawodowej⁷⁹⁷.

Według danych z Niemiec z 1998 r., uwzględniających liczbę rannych w wypadkach drogowych, „koszt” jednej ofiary śmiertelnej Niemcy wycenili na około 700 tysięcy marek. Wzrost efektywności niemieckiej służby ratowniczej pozwolił skrócić czas leczenia i zaoszczędzić około miliona dni intensywnej terapii. Podobnie przedstawia się sytuacja w USA, roczne obciążenia budżetu bezpośrednio powiązanego z leczeniem obrażeń i tzw. koszty pośrednie (utrata dni pracy, utrata potencjalnych lat życia, odszkodowania i renty) wynoszą 75-100 mld dolarów⁷⁹⁸.

Według J. Lipińskiego⁷⁹⁹ w Polsce co roku ulega wypadkom 3 miliony ludzi, 300 tys. z nich wymaga natychmiastowego specjalistycznego leczenia. Na skutek wypadków umiera 30 tys. ludzi, a 90 tys. zostaje w mniejszym lub większym stopniu okaleczonych na całe życie. Organizacja ratownictwa medycznego, w szczególności w przypadkach dużej liczby ofiar, wymaga dlatego współpracy i gotowości do niesienia pomocy całego systemu ratowniczego w jak najszybszym czasie⁸⁰⁰. Działania⁸⁰¹ te muszą być skoordynowane i prowadzone przez poszczególne służby jednocześnie, w celu uratowania jak największej liczby osób w różnego rodzaju sytuacjach, m.in.: katastrofach lądowych, klęskach żywiołowych, katastrofach, awariach technicznych, zdarzeniach masowych⁸⁰².

⁷⁹⁷ J. Jakubaszko, *Założenia organizacyjne...*, s. 2.

⁷⁹⁸ W. Gaszyński, *Intensywna terapia i wybrane zagadnienia medycyny ratunkowej. Repetytorium*, Warszawa 2008, s. 115.

⁷⁹⁹ J. Lipiński, *Program zwalczania skutków ciężkich mnogich obrażeń ciała*, Warszawa 1997, cyt. za: A. Ferenc, *Zintegrowany system ratowniczy w Polsce*, wyd. I, Warszawa 2006, s. 31.

⁸⁰⁰ M. Nepelski, *Gwarancje zarządzania kryzysowego. Wybrane zagadnienia*, Szczytno 2014, s. 43.

⁸⁰¹ W działaniach ratowniczych z dużą liczbą ofiar stosuje się segregację medyczną – triage zapoczątkowaną przez przywołanego już chirurga Larreya, który na polu bitwy zaczął dzielić rannych pod kątem pierwszeństwa udzielania pomocy. Taka segregacja po wielu modyfikacjach stała się fundamentem medycyny katastrof i medycyny ratunkowej. Segregacja medyczna – triage – prowadzona jest według systemu S.T.A.R.T. (*simple triage and rapid treatment* – prosta segregacja i szybkie leczenie). W systemie tym wyróżniamy cztery kolory przyznawane poszkodowanym w zależności od stopnia poniesionych obrażeń. Rozróżnienie to stosuje się również w SOR-ach: 1. czerwony – transportować/leczyć w pierwszej kolejności; 2. żółty – transportować/leczyć w drugiej kolejności; 3. zielony transportować/leczyć jako ostatni; 4. czarny – używa się do osób, u których stwierdzono zgon – brak oddechu i tętna. Zob. J. Ciećkiewicz, *Triage – segregacja medyczna*, [w:] J. Ciećkiewicz (red.), *Ratownictwo medyczne w wypadkach masowych. Medycyna katastrof w zarysie*, Wrocław 2010, s. 23-29.

⁸⁰² Szerzej na ten temat J. Ciećkiewicz, *Planowanie zabezpieczenia medycznego na wypadek katastrofy*, [w:] J. Ciećkiewicz (red.), *op. cit.*, s. 12-22.

Skalę potrzeb ratowniczych można oszacować na podstawie strat poniesionych w wyniku katastrof. Codzienne zagrożenia, m.in. wypadki drogowe, powodują znaczne straty – według Światowej Organizacji Zdrowia w 2000 r. na drogach zginęło na świecie 1,26 miliona osób⁸⁰³, co daje około 3500 osób dziennie, zaś od 20 do 50 mln osób doznało ciężkich obrażeń ciała wymagających długotrwałego oraz kosztownego leczenia⁸⁰⁴. W Polsce 41% ofiar wypadków weszło w XXI wiek z ponad trzygodzinnym okresem oczekiwania od zdarzenia na rozpoczęcie specjalistycznego leczenia szpitalnego. Ma to bezpośredni wpływ na wskaźnik śmiertelności pourazowej:

- 17 ofiar śmiertelnych na 100 000 mieszkańców, podczas gdy będące w czołówce pod względem bezpieczeństwa ruchu drogowego kraje europejskie (Norwegia, Wielka Brytania, Szwecja) osiągnęły poziom 6,
- 12,5 ofiary śmiertelnej na 100 wypadków drogowych, podczas gdy w krajach Unii Europejskiej wskaźnik ten wynosi trochę ponad 3⁸⁰⁵.

Z informacji umieszczonych na stronie internetowej⁸⁰⁶ Instytutu Transportu Samochodowego wynika, że na świecie od momentu wynalezienia samochodu ponad 100 lat temu, w wyniku wypadków drogowych zginęło prawie 30 milionów ludzi. WHO przewiduje, że do roku 2020 wypadki drogowe staną się najczęstszą przyczyną przedwczesnej śmierci. W Afryce w 1998 r. wirus HIV/AIDS zabił mniej dzieci, niż zmarło w wyniku wypadków drogowych. Według statystyk w ciągu 10-20 lat liczba ludzi tracących życie w wypadkach drogowych może osiągnąć rocznie poziom od 1 do 1,3 miliona osób. W Polsce dziennie w wypadkach ginie średnio 10 osób, a 160 zostaje rannych. W 2007 r. Polska była na drugim miejscu w całej UE pod względem liczby zabitych na drogach. Straty materialne społeczeństwa z tytułu wypadków drogowych, mierzone wielkością niewytworzonego dochodu narodowego, przewyższają kwotę wydatków budżetu naszego państwa na opiekę zdrowotną i pomoc społeczną. Z tytułu wypadków drogowych rocznie straty Polski wynoszą ok. 2% produktu krajowego brutto (PKB), a kwota 1 mln złotych to koszt społeczny jednej zabitej osoby.

Według danych Policji w Polsce w 2016 r. zgłoszono 33 664 wypadki drogowe, w wyniku których 3026 osób poniosło śmierć, a rannych zostało 40 766 osób (w tym

⁸⁰³ K. Dorosz, *System zarządzania kryzysowego a narodowy system ratowniczy – nowe uwarunkowania*, [w:] J. Konieczny (red.), *Ratownik medyczny problemy edukacyjne i organizacyjno-prawne*, Inowrocław-Poznań 2006, s. 328.

⁸⁰⁴ M. Goniewicz, *Ratownictwo medyczne na miejscu wypadku drogowego. Zintegrowany system szkolenia służb i podmiotów ratowniczych udzielających pomocy na miejscu wypadku drogowego jako element poprawy bezpieczeństwa ruchu drogowego w Polsce*, Lublin 2013, s. 31.

⁸⁰⁵ A. Ryś, *Czy ratownictwo medyczne jest potrzebne?* [w:] J. Jakubaszko, A. Ryś (red.), *Ratownictwo medyczne w Polsce. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, wyd. 1, Kraków 2002, s. 15.

⁸⁰⁶ Zob. <https://www.its.waw.pl/10084,pl,Pomoc-ofiarom-wypadkow-drogowych.html>; https://aids.gov.pl/hiv_aids/450-2-2/ oraz <http://jedz-bezpiecznie.pl/Statystyki,Wypadki-drogowe-w-Polsce,Pelniejszy-obraz-sytuacji-na-polskich-drogach-w-2019-roku,2019,14012020> [dostęp 20.04.2020].

ciężko 12 109)⁸⁰⁷. W statystykach dostępnych na stronach internetowych⁸⁰⁸ Policji można zaobserwować spadek liczby zgonów będących następstwem wypadku drogowego. Przyczyn spadku liczby zgonów można dopatrywać się we wprowadzeniu regulacji prawnych związanych z ratownictwem medycznym.

W 1976 r. było 39 942 wypadków drogowych, w wyniku których 5878 osób poniosło śmierć, a 47 009 osób zostało rannych. W 1986 r. było 37 133 wypadków drogowych, w wyniku których 4667 osób poniosło śmierć, a 43 150 osób zostało rannych. W 1996 r. było 57 911 wypadków drogowych, w wyniku których 6359 osób poniosło śmierć, a 71 419 osób zostało rannych. W 2002 r. było 53 559 wypadków drogowych, w wyniku których 5827 osób poniosło śmierć, a 67 498 osób zostało rannych. Po roku obowiązywania pierwszych regulacji prawnych związanych z ratownictwem medycznym⁸⁰⁹ wprowadzonych w 2001 r. można zauważyć, że spadła liczba osób, które poniosły śmierć w następstwie wypadków, mimo tego że liczba tych wypadków od 1976 r. wzrosła prawie o 40%.

W 2006 r., gdy uchwalono ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁸¹⁰, było 46 876 wypadków drogowych, w wyniku których 5243 osób poniosło śmierć, a 59 123 osób zostało rannych. Po 10 latach od funkcjonowania tej ustawy przy spadku liczby wypadków o prawie 30% liczba ofiar śmiertelnych zmalała niemal o 75%.

Przyczyn spadków ofiar śmiertelnych można upatrywać w rozwoju medycyny ratunkowej (zabiegi niegdyś „nadzwyczajne” stają się „obowiązkowymi”)⁸¹¹, w sprawnych działaniach służb ratownictwa medycznego, opartych na koncepcji „łańcucha ratunkowego”, oraz zasadzie „złotej godziny”, jak również w regulacjach prawnych organizujących system ratownictwa medycznego. Skuteczność medycyny ratunkowej (uratowane życie ludzkie, przyrost dochodu narodowego) przyczyniły się do rozwoju medycyny ratunkowej w Polsce i na świecie.

O możliwości przeżycia pacjenta decydują ściśle powiązane ze sobą sekwencje zdarzeń, tzw. ogniwa łańcucha ratunkowego: pierwsza pomoc, kwalifikowana pierwsza pomoc, kwalifikowany transport, szpitalny oddział ratunkowy (SOR), specjalistyczne leczenie szpitalne i rehabilitacja. Poszczególne ogniwa „łańcucha ratunkowego” mają zapewnić pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia życia profesjonalną pomoc. Bezpośredni wpływ

⁸⁰⁷ E. Symon, *Wypadki drogowe w Polsce*, Warszawa 2017, s. 2.

⁸⁰⁸ <http://statystyka.policja.pl/st/ruch-drogowy/76562,Wypadki-drogowe-raporty-roczne.html> [dostęp 20.04.2020].

⁸⁰⁹ O regulacjach tych w dalszej części pracy. W 1999 r. Ministerstwo Zdrowia uruchomiło program „Zintegrowane ratownictwo medyczne”. Jedną z przyczyn wprowadzenia programu był fakt, że w Polsce występowała duża śmiertelność związana z obrażeniami ciała doznanymi w wypadkach komunikacyjnych, wynosząca 12,6 zgonów na 100 poszkodowanych, gdzie wskaźnik ten w Europie określano na 4,5/100.

⁸¹⁰ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

⁸¹¹ W. Noszczyk, *Przedmowa*, [w:] M. Sych, *Resuscytacja. Teoria i praktyka żywienia*, Warszawa 1995, s. 6.

na przeżycie poszkodowanego po ciężkim urazie jest czas, tzw. „złota godzina”, w którym zostanie poszkodowanemu udzielona pomoc. Termin „złota godzina” odnosi się do pierwszych 60 minut, począwszy od momentu zadziałania urazu do czasu udzielenia specjalistycznego (najczęściej chirurgicznego) leczenia, które powinien taki pacjent otrzymać w SOR. Pacjenci z ciężkimi obrażeniami ciała leczeni od początku w sposób fachowy przez wyszkolony personel i przetransportowani do szpitala mają największe szanse na przeżycie. Szacuje się, że 85% ofiar śmiertelnych z powodu urazów mogłoby być uratowanych pod warunkiem otrzymania właściwej pomocy medycznej w okresie „złotej godziny”, zwanej także godziną szansy. Każde kolejne 30 minut zwłoki w udzieleniu pomocy trzykrotnie zwiększa śmiertelność pacjentów po urazach. Obecnie próbuje się również stosować pojęcie „złotej godziny” w przypadku innych stanów nagłych, takich jak np.: zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, stan astmatyczny, stan padaczkowy⁸¹².

Stan nagłego zagrożenia może zaistnieć z różnych przyczyn u każdego pacjenta, tj.: u osoby wcześniej zdrowej; podczas ostrej lub przewlekłej choroby, po zabiegu chirurgicznym czy po urazach. Co roku o 5% powiększa się liczba hospitalizacji związanych z nagłymi zagrożeniami zdrowotnymi, tak że obecnie stanowią one przyczynę ponad 40% nagłych przyjęć do szpitali w Wielkiej Brytanii. Najczęstszą przyczyną hospitalizacji, będącą wynikiem stanów nagłych, jest: zawał serca, udar mózgu, niewydolność krążeniowa, zaostrzenie astmy oskrzelowej, zaostrzenie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc oraz samookaleczenia. Najprościej można podzielić stany nagłe w zależności od układu, którego funkcjonowanie zostało zaburzone: krążeniowe 29%; oddechowe 26%; neurologiczne 21%; ze strony przewodu pokarmowego 13%⁸¹³.

Medycyna ratunkowa musi być ciągle doskonalsza, aby mogła podołać wymaganiom stawianym przez pacjentów. Z biegiem czasu zmieniają się wyzwania, następuje rozwój techniki i wiedzy medycznej. Wiele było w historii wydarzeń, które poprzez swoje tragiczne skutki zmieniały oblicze ratownictwa medycznego. Aby sprostać potrzebom oraz oczekiwaniom społecznym w ratownictwie medycznym, pojawiły się nowe zawody i specjalności, np. zawód ratownika medycznego – bezpośrednio ukierunkowany na ratowanie ludzi w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia, jak również pojawienie się specjalizacji lekarskiej z medycyny ratunkowej⁸¹⁴.

Ze względu na powyższe potrzeby zaczęto projektować kompleksowe rozwiązania prawne powołujące systemy ratownictwa medycznego zarówno w Polsce, jak i na świecie.

⁸¹² W. Gaszyński, *op. cit.*, s. 115-116.

⁸¹³ J. Jakubaszko (red.), *Medycyna ratunkowa. Nagłe zagrożenia zdrowotne pochodzenia wewnętrzznego*, wyd. 2, Wrocław 2014, s. 3-4.

⁸¹⁴ A. Trzos, *Lekarz ratunkowy czy ratownik medyczny? Rola i zadania w nowoczesnym systemie ratownictwa przedszpitalnego*, [w:] J. Konieczny (red.), *Ratownik medyczny, problemy edukacyjne i organizacyjno-prawne*, Inowrocław-Poznań 2006, s. 169.

Miały one rozwiązać problemy organizacyjne związane ochroną życia i zdrowia w sytuacjach nagłego zagrożenia, wprowadzały obowiązek planowania koordynacji takich działań. Stały się podstawą do codziennej działalności ratownictwa, ale także punktem wyjścia do planowania postępowania na wypadek zdarzeń masowych i katastrof⁸¹⁵.

4.2. „Ratownictwo lekarskie w wypadkach nieszczęśliwych”

Należy zaznaczyć, że rozwiązań prawnych w organizacji systemu zapobiegawczego-interwencyjnego w sytuacjach nagłych zdarzeń medycznych szukano już w latach 20. XX wieku. Prezydent Rzeczypospolitej na podstawie art. 44 ust. 6 Konstytucji⁸¹⁶ i ustawy z dnia 2 sierpnia 1926 r. o upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy (DzURP. Nr 78, Poz. 443) przedstawił *Projekt rozporządzenia o ratownictwie lekarskim w wypadkach nieszczęśliwych*⁸¹⁷.

Niektóre z tych postulowanych rozwiązań organizacyjnych znalazło częściowo odzwierciedlenie w dzisiejszym porządku prawnym dotyczącym ratownictwa medycznego. Zaproponowany ponad 90 lat temu w projekcie sposób organizacji systemu pomocy w wypadkach nieszczęśliwych (dzisiaj stany nagłego zagrożenia zdrowotnego), tj. zejście do najniższego szczebla samorządu terytorialnego, jest wręcz wizjonerskim rozwiązaniem, które w Polsce jest obecnie rozważane ze względu na trwające prace nowelizujące nad ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz ustawą o obronie cywilnej.

Zgodnie z uzasadnieniem do projektu powodów sporządzenia tego aktu było kilka⁸¹⁸: nadzwyczajnie szybki rozwój życia sportowego i powszechny obowiązek wychowania fizycznego, potrzeby przemysłu oraz nowoczesne sposoby lokomocji, a szczególnie prowadzenie wojny, wysuwały konieczność należytego postawienia sprawy ratownictwa lekarskiego w wypadkach nieszczęśliwych. W kraju istniało w tamtym czasie, obok kolejowych organizacji ratowniczych, kilka społecznych organizacji pogotowia ratunkowego. Były to organizacje o znaczeniu lokalnym lub o specjalnym zadaniu, podczas gdy potrzeby tamtego czasu domagały się powszechnego zaprowadzenia organizacji ratowniczych we wszelkich osiedlach ludzkich w trybie pilnym. Projekt rozporządzenia zakładał również przekazanie organizacji ratownictwa powszechnego konkretnym podmiotom. Podkreślono fakt, że Polski Czerwony Krzyż, na którym ciąży obowiązek propagowania ratownictwa i zaspokojenia dotyczących zapotrzebowań na wypadek wojny, nie może być brany pod uwagę z powodu jednostronności jego zadań, a w szczególności przez wzgląd

⁸¹⁵ J. Ciećkiewicz, *Planowanie zabezpieczenia...*, s. 12.

⁸¹⁶ Ustawa z dnia 17 marca 1921 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej.

⁸¹⁷ Zob. *Projekt rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia (...) o ratownictwie lekarskim w wypadkach nieszczęśliwych*, „Polska Gazeta Lekarska” 1928, nr 14, s. 252 i n.

⁸¹⁸ *Ibidem*.

na ogromne koszty, jakie niezawodnie pociągnęłyby za sobą powołanie do tej pracy przez Czerwony Krzyż licznej bardzo administracji. Zaproponowano dlatego powierzenie rozwinięcia ratownictwa lekarskiego w sensie organizacji ogólnokrajowej samorządom gminnym, powołanym do organizowania i udzielania pomocy lekarskiej na podstawie art. 3 pkt 6 zasadniczej ustawy sanitarnej z 19 lipca 1919 r.

Zorganizowanie tego systemu pomocy osobom jej potrzebującym powierzono gminom miejskim i wiejskim, które powinny zorganizować u siebie „gminne pogotowie ratunkowe”. Organizację pogotowia w miastach zależała od liczby mieszkańców i ewentualnych stosunków, np. od rozwoju ruchu samochodowego, prowadzenia pewnych robót itp. Argumentowano, że inne są wymagania ratownicze miasta milionowego, a inne miasta liczącego 100 000, względnie 50 000, 10 000 lub 5000 mieszkańców.

Planowano, aby w dużych miastach pogotowie posiadało własną klinikę, w mniejszych miastach pogotowie będzie działało na bazie szpitali, a na wsiach – „ośrodków zdrowia”, instytucji ześrodkowujących całokształt pracy sanitarno-społecznej, wliczając w to i lecznictwo. Pogotowie miejskie i wiejskie miało być zobowiązane – poza wykonaniem ratownictwa i propagowaniem go – do zakładania „stacji ratowniczych” we wszelkich osiedlach ludzkich na swoim obszarze. Zakładano, że stacja taka nie będzie powodować kosztów, gdyż sprzęt i wyposażenie zapewnią sobie sami obywatele według otrzymanych przy szkoleniu wskazówek (np. nosze zbudują sobie dani obywatele), kosztem miało być tylko wyszkolenie pewnej liczby osób w zabiegach i działalności ratowniczej. Uznano również, że koszty pogotowia wiejskiego będą minimalne, o ile ono będzie mieć oparcie w „ośrodku zdrowia”.

Trudności finansowe ówczesny ustawodawca przewidział tylko w miastach (karetki, personel, środki ratownicze itp.), gdzie wszakże mogły być przewyżnione przez współdziałanie miasta z czynnikami społecznymi, ewentualnie i rządowymi⁸¹⁹. Stały nadzór nad organizacjami pogotowia planowano powierzyć komunalnej władzy nadzorczej, z zastrzeżeniem prawa kontroli przez Rząd. Obowiązek uruchomienia i prowadzenia organizacji ratowniczych pod nazwą „Pogotowie ratunkowe”, spoczywał na gminach miejskich i wiejskich w rozmiarach odpowiadających ich potrzebom. Obowiązek ten miał również ciążyć na wszelkich zakładach i przedsiębiorstwach przemysłowych, których działalność była połączona z niebezpieczeństwem życia i zdrowia pracowników lub społeczeństwa, oraz na organizacjach sportowych, szkołach, instytucjach, wreszcie na organizacjach społecznych pomocy lekarskiej. Z obowiązku zakładania własnego pogotowia były zwolnione gminy, zakłady i przedsiębiorcy, w których już funkcjonowały społeczne lub inne pogotowia ratunkowe.

⁸¹⁹ Współczesna współpartycypacja w kosztach ochrony zdrowia i promocji z innych ustaw zostanie omówiona w rozdziale o bezpieczeństwie zdrowotnym.

Głównym zadaniem pogotowia ratunkowego miało być udzielanie pierwszej pomocy lekarskiej w wypadkach nieszczęśliwych, jak również propagowanie ratownictwa i szkolenie jak największej liczby osób w danej miejscowości względem danego zakładu, przedsiębiorstwa przemysłowego, członków towarzystwa sportowego, personelu uczniów danej szkoły, instytucji w zabiegach ratowniczych, poza tym tworzenie filii pogotowia pod nazwą „stacji ratowniczych” na danym obszarze administracyjnym, względnie na terenie swojej działalności, tak aby ostatecznie każde osiedle ludzkie posiadało swoją stację ratowniczą.

Założono, że podstawową jednostką komunalnej organizacji ratownictwa w wypadkach nieszczęśliwych będą „stacje ratownicze”, liczące co najmniej cztery osoby, wyszkolone w zabiegach ratowniczych i sporządzaniu najprostszych sprzętów ratowniczych (noszy, szyn itp.); „stacje” zakładane są przez „gminne pogotowia ratunkowe”, te zaś łączą się w „powiatową organizację pogotowia ratunkowego”, te w organizację wojewódzką, a wojewódzkie w ogólnokrajową.

Komunalne organizacje pogotowia ratunkowego, w zależności od uznania władzy nadzorczej, mogą działać samoistnie lub wraz z zakładami szpitalnymi, a w gminach wiejskich z ośrodkami zdrowia, instytucjami ześrodkowującymi całokształt pracy sanitarno-społecznej, wliczając w to i lecznictwo, dla danej gminy lub związku gmin tworzącego „okręg sanitarny”. Warunki, na jakich powinny być urządzone i prowadzone pogotowia ratunkowe, zależnie od potrzeb danej jednostki administracyjnej lub instytucji przemysłowej, społecznej i innych, określają przepisy szczegółowe.

Koszty tworzenia i prowadzenia komunalnych organizacji pogotowia ratunkowego ponosi dana gmina miejska lub związek gmin wiejskich, grupujących się wokół danego ośrodka zdrowia powiatowego związku komunalnego⁸²⁰. Szczegółowo sprecyzowano, że gmina dostarcza pomieszczenia, ponosi koszty opału, oświetlenia, sprzętów, materiałów pisarskich (z wyjątkiem druków specjalnych) i obsługi niefachowej, natomiast powiatowy związek komunalny opłaca personel lekarski, instruktorski i dostarcza przyborów ratowniczych, opatrunków, lekarstw, instrumentów oraz druków specjalnych.

Ustawodawca dał gminom możliwość pokrycia powyższych kosztów, upoważniając je do pobierania za interwencje ratownicze opłat według taks, zatwierdzonych przez wojewódzką władzę administracji ogólnej, zaś koszty urządzenia i prowadzenia pogotowia ratunkowego zakładów i przedsiębiorstw przemysłowych ponosił przedsiębiorca.

Nadzór stały nad komunalnymi organizacjami pogotowia ratunkowego powierzono właściwej komunalnej władzy nadzorczej z zastrzeżeniem dla organów sanitarnych

⁸²⁰ Dla przeprowadzenia poszczególnych zadań, wchodzących w zakres działania samorządu terytorialnego, mogły powstawać powiatowe związki komunalne tworzone na podstawie Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o związkach międzykomunalnych (Dz. U. z 1928 r. Nr 39, poz. 386 ze zm.).

administracji ogólnej prawa kontroli co do przestrzegania postanowień niniejszego rozporządzenia, co do celowości urządzenia i działalności danych organizacji oraz co do stawiania wniosków w tym względzie właściwej komunalnej władzy nadzorczej. W stosunku do miasta stołecznego Warszawy nadzór wykonywał Minister Spraw Wewnętrznych.

Do powiatowej władzy administracji ogólnej miał należeć stały nadzór nad organizacjami pogotowia ratunkowego instytucji i przedsiębiorstw państwowych oraz instytucji społecznych o charakterze publiczno-prawnym i nad urządzeniami ratowniczymi zakładów i instytucji prywatnych. Zarządzający (kierujący) pogotowiem winien organowi, wykonującemu kontrolę, udzielić wszelkich wymaganych wyjaśnień, a władzy nadzorczej udostępnić na żądanie dane statystyczne. W przypadku gdy gmina miejska lub wiejska albo powiatowy związek komunalny, pomimo wezwania przez władzę nadzorczą, nie wstawiła do budżetu lub nie uchwaliła poza nim wydatku, który jest obowiązana pokryć w myśl niniejszego rozporządzenia, czyniła to władza nadzorcza.

Jeżeli gmina miejska lub wiejska albo powiatowy związek komunalny pomimo wezwania nie wykonywał swych obowiązków, wynikających z niniejszego rozporządzenia, w granicach swego budżetu, lub wykonywał je nienależycie, władza nadzorcza czyniła to na ich koszt, jednocześnie mając prawo wydawania przepisów co do źródeł pokrycia odnośnie do wydatków.

Przepisy przywoływanego projektu rozporządzenia nigdy nie zostały wprowadzone w życie. Rolę instytucji zapewniającej ochronę zdrowia w przypadkach nagłych zapewniało powstające pogotowie ratunkowe.

4.3. Pogotowie ratunkowe jako zorganizowana pomoc medyczna

Pierwsze w Polsce, a drugie w Europie⁸²¹ pogotowie ratunkowe rozpoczęło swoją działalność 6 czerwca 1891 r. w Krakowie. Powodem powołania pogotowia ratunkowego zarówno w Polsce, jak i w Wiedniu były tragiczne w liczbie ofiar skutki pożarów, co można byłoby ograniczyć, gdyby istniał zorganizowany system pomocy medycznej⁸²². Powołane pogotowie ratunkowe znajdowało się w budynku Straży Pożarnej, gdzie otrzymało własne pomieszczenia na ambulatorium, poczekalnię i pomieszczenie dla studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego⁸²³.

Do czasu II wojny światowej stacje pogotowia ratunkowego utrzymywały się ze składek społecznych, dotacji miejskich, darowizn i opłat ubezpieczalni społecznej. Były

⁸²¹ Pierwszym w Europie pogotowiem ratunkowym było powołane w 1883 r. pogotowie w Wiedniu.

⁸²² R.W. Gryglewski, M. Popławska, *Z dziejów Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego*, Kraków 2011, s. 10 i n.

⁸²³ K. Jarosławska-Kolman, D. Ślęzak, P. Żuratyński, K. Krzyżanowski, A. Kalis, *System Państwowe Ratownictwo Medyczne w Polsce*, „Zeszyty Naukowe SGSP” 2016, nr 60/4, s. 169.

to instytucje samodzielne, funkcjonujące przez całą dobę i udzielające bezpłatnej pomocy we wszystkich nieszczęśliwych wypadkach⁸²⁴.

W 1919 r. zostało utworzone Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża (PTCK) – od 1927 r. na podstawie Rozporządzenia Prezydenta RP z 1 września 1927 r.⁸²⁵ nosiło nazwę Polski Czerwony Krzyż (PCK) – udzielało ono pomocy nie tylko rannym w wyniku wojny, ale również prowadziło stacje pogotowia ratunkowego, stacje krwiodawstwa oraz wiele zakładów leczniczych, ponadto zajęło się propagowaniem i nauczaniem społeczeństwa zasad pierwszej pomocy⁸²⁶.

Od Polskiego Czerwonego Krzyża w latach 1948-1951 infrastrukturę opieki zdrowotnej (30 szpitali, 280 przychodni zdrowia oraz 177 stacji pogotowia ratunkowego) przejął rząd i przekazał pod zarząd Ministerstwa Zdrowia. Władze administracyjne podzieliły stacje pogotowia ratunkowego na: wojewódzkie, powiatowe i miejskie, w których działały zespoły wyjazdowe, a także stacjonarne ambulatoria.

Po reformie administracyjnej kraju⁸²⁷ w 1975 r. powołano samodzielne jednostki budżetowe (Wojewódzkie Kolumny transportu Sanitarnego – WKTS) w każdym województwie, podlegające właściwemu wojewodzie. Zapewniały one realizację potrzeb transportowych dla całej służby zdrowia. W latach 1989-1999, w związku z brakiem uregulowań prawnych⁸²⁸, a także niewystarczającą ilością środków finansowych, funkcjonowanie tych jednostek budziło wiele zastrzeżeń. Część badaczy tematu uważa, iż w tych latach w Polsce nie było systemu ratownictwa medycznego, który byłby w stanie udzielić niezbędnych świadczeń medycznych ratujących życie i zdrowie⁸²⁹.

4.4. Ratownictwo medyczne w wybranych krajach

Niemcy

W celu lepszego przygotowania do wyzwań stawianych przez nowoczesne społeczeństwa systemy ratownictwa medycznego na świecie ulegają ciągłym przemianom⁸³⁰.

⁸²⁴ R. Dmowski, *op. cit.*, s. 208.

⁸²⁵ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 1 września 1927 r. o Stowarzyszeniu „Polski Czerwony Krzyż” (Dz. U. z 1927 r. Nr 79, poz. 688 ze zm.) oraz Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 1 września 1927 r. o ochronie znaku i nazwy Czerwonego Krzyża (Dz. U. z 1927 r. Nr 79, poz. 689).

⁸²⁶ R. Dmowski, *op. cit.*, s. 208.

⁸²⁷ Dokonanej ustawą z dnia 28 maja 1975 r. o dwustopniowym podziale administracyjnym Państwa oraz o zmianie ustawy o radach narodowych (Dz. U. z 1975 r. Nr 16, poz. 91 ze zm.).

⁸²⁸ Pierwsze informacje dotyczące działalności ratownictwa medycznego, znajdujące się w aktach prawnych wprowadzonych do polskiego porządku prawnego znajdowały się w uchylonej już z ustawie z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Z treści art. 28 tej ustawy wynikało, że świadczenia zakładu pomocy doraźnej (pogotowia ratunkowego) obejmują świadczenia zdrowotne udzielane w razie wypadku, urazu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia z zagrożeniem życia.

⁸²⁹ Zob. K. Jarosławska-Kolman *et al.*, *op. cit.*, s. 170-171.

⁸³⁰ A. Bem, *Organizacja i finansowanie ratownictwa medycznego*, Wrocław 2013, s. 158.

W zależności od kraju szczegółowa organizacja systemu ratownictwa medycznego przedstawia się różnie, np. w Niemczech system ratownictwa medycznego jest częścią publicznego systemu ochrony zdrowia, w którym za jego organizację jest odpowiedzialna administracja państwowa, lokalne landy, samodzielne miasta i społeczności lokalne⁸³¹. Każdy land (kraj związkowy⁸³²) jest oddzielnym obszarem ratowniczym, obejmującym opieką populację 200-500 tys. mieszkańców⁸³³, z oddzielnym ustawodawstwem dotyczącym opieki medycznej w stanach nagłych oraz własnymi zasadami jej finansowania. W niektórych landach wszelkie usługi ratownictwa medycznego są płatne, niezależnie od tego, kto je wykonuje. Na przykład w Bawarii czy Hamburgu płatności dokonują bezpośrednio publiczne, jak i prywatne kasy chorych, które są przez niektóre kraje związkowe wspierane z ze swoich budżetów. W landach, gdzie jednostką odpowiedzialną za przedszpitalną opiekę medyczną w sytuacji nagłego zagrożenia jest straż pożarna, koszty tej opieki są pokrywane w możliwie największym stopniu z pochodzącego z podatków budżetu straży pożarnej. Straż Pożarna jest jednostką wiodącą na terenie Niemiec, jeżeli chodzi o pomoc medyczną w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Tam, gdzie tak nie jest, władze landów zlecają wykonywanie tych zadań podmiotom prywatnym czy zorganizowanym instytucjom dobroczynnym, takim jak Niemiecki Czerwony Krzyż, Zakon Maltański czy Związek Samarytan⁸³⁴. Często landy przekazują stworzenie systemu ratownictwa medycznego powiatom, a te zlecają wykonywanie tych zadań najczęściej straży pożarnej lub organizacjom dobroczynnym lub firmom prywatnym. Podmioty świadczące usługi zdrowotne w sytuacjach nagłego zagrożenia są wybierane w konkursach organizowanych przez powiaty. Ten rodzaj współpracy pomiędzy krajem związkowym a organizacją dobroczynną lub firmą prywatną można uznać za formę partnerstwa publiczno-prywatnego, gdzie zleceniodawca publiczny ma obowiązek sprawowania nadzoru nad wykonywanymi przez podmioty niepubliczne zadaniami z zakresu ratownictwa medycznego⁸³⁵. W Niemczech wzywa się służby ratownictwa medycznego, dzwoniąc pod numer 112, który jest obsługiwany przez centra dowodzenia. Czas dotarcia jednostek ratowniczych do rannego wynosi do 10 minut, a obsadę ambulansu stanowią lekarz i ratownicy medyczni⁸³⁶.

⁸³¹ J. Kosydar-Bochenek, D. Ozga, J. Szymańska, B. Lewandowski, *System ratownictwa medycznego na świecie a system polski*, „Zdrowie Publiczne” 2012, nr 122 (1), s. 71.

⁸³² Podział na 16 (landów) niemieckich krajów związkowych został wprowadzony Ustawą zasadniczą Republiki Federalnej Niemiec. Ustawa zasadnicza Republiki Federalnej Niemiec z dnia 23 maja 1949 r., zob. tekst konstytucji: <https://www.btg-bestellservice.de/pdf/80205000.pdf> [dostęp 20.04.2020].

⁸³³ M. Sygit, *Zdrowie publiczne*, Warszawa 2010, s. 364.

⁸³⁴ A. Dragan, A. Krasnowolski, S. Woronowicz, *Organizacja służb ratownictwa medycznego w wybranych państwach*, [w:] *Opracowania Tematyczne. OT-622*, Warszawa 2013, s. 7-8. <https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/53/plik/ot-622.pdf> [dostęp 20.04.2020].

⁸³⁵ A. Dragan, A. Krasnowolski, S. Woronowicz, *op. cit.*, s. 8.

⁸³⁶ M. Sygit, *op. cit.*, 2010, s. 364.

Aby podnieść efektywność niesionej pomocy na poziomie samorządowym, organizacje świadczące usługi ratownictwa medycznego organizują się w celowe związki służb ratunkowych, działające jako spółki prawa publicznego. Spółki te są kierowane wspólnie przez przedstawiciela straży pożarnej, osobę związaną z medyczną służbą ratunkową i jednego z wiodących reprezentantów któregoś z miast lub powiatów.

W centrach dowodzenia pracują dyspozytorzy, którzy przyjmują zgłoszenia o potrzebie pomocy, a następnie koordynują i kierują adekwatnym do zgłoszenia działaniem wszystkich służb ratunkowych. Dyspozytorzy nie odpowiadają prawnie za swoje błędne decyzje. Przez to, że świadczenie usług ratownictwa medycznego jest działalnością publiczną, poszkodowany na skutek decyzji dyspozytora medycznego może podjąć kroki prawne wobec powiatu lub kraju związkowego, który, jeżeli nawet zlecił wykonywanie tych świadczeń podmiotowi prywatnemu, to i tak odpowiada za zapewnienie prawidłowego poziomu świadczenia takich usług.

Lekarze, chcący jeździć w karetkach, muszą uzyskać specjalizację lekarza pogotowia. O taką specjalizację może się ubiegać lekarz posiadający dyplom innej specjalizacji, musi on ukończyć specjalistyczny kurs (80 godzin teorii) organizowany przez lokalną izbę lekarską. Musi ponadto odbyć praktykę związaną z medycyną ratunkową w klinice, na którą składa się 6-miesięczny pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej, na oddziale dla ofiar wypadków, czy też pracując jako anestezjolog. Lekarz ten jest dodatkowo zobowiązany do wzięcia udziału w 50 wyjazdach zespołu ratunkowego, w których pod nadzorem doświadczonego lekarza medycyny ratunkowej przeprowadza dokumentowane czynności ratunkowe. Ostatnim etapem do uzyskania specjalizacji jest zdanie egzaminu przygotowanego przez izbę lekarską⁸³⁷.

Federalną ustawą z 10 lipca 1989 r. o ratownikach i sanitariuszach⁸³⁸ uregulowano te zawody w Niemczech. Określono w niej, jaki powinien być charakter pracy ratownika medycznego⁸³⁹, ustalono wymagania co do kwalifikacji zawodowych nabywanych po łącznym zdaniu państwowego egzaminu poprzedzonego 12-miesięcznym szkoleniem (1200 godzin zajęć praktycznych i teoretycznych) oraz roczną (obejmującą 1600 godzin) praktykę zawodową w stacji ratownictwa medycznego⁸⁴⁰.

⁸³⁷ A. Dragan, A. Krasnowolski, S. Woronowicz, *op. cit.*, s. 9-10.

⁸³⁸ Bundesgesetzblatt Jahrgang 1989 Teil I Nr. 35, ausgegeben am 14.07.1989, Seite 1384. Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten (Rettungsassistentengesetz – RettAssG) vom 10.07.1989. Federalny Dziennik Ustaw Część I Nr 35 z 14.07.1989, zob. https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#__bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl189s1384.pdf%27%5D__1498637502782 [dostęp 20.04.2020].

⁸³⁹ Odpowiada zadaniom pomocnika lekarza i umożliwiać ma w szczególności podjęcie na miejscu wypadku czynności ratowniczych, w tym przejęcie od lekarza działań ratujących życie – § 3 ustawy o ratownikach medycznych z 1 września 1989 r.

⁸⁴⁰ A. Dragan, A. Krasnowolski, S. Woronowicz, *op. cit.*, s. 10.

Belgia

Na uwagę zasługuje informacja, że w Belgii po raz pierwszy na świecie utworzono wspólny numer ratunkowy dla służb ratowniczych – 100 (obecnie używany jest również europejski numer 112). Ustawą z 8 lipca 1964 r. o pilnej pomocy medycznej⁸⁴¹ uregulowano funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego, poprzez m.in.: wprowadzenie licencji dla służb ratowniczych, nadzór inspektora opieki zdrowotnej z Departamentu Zdrowia nad służbą ratowniczą, wprowadzenie wymagań co do sprzętu, czy też personelu prowadzącego akcję ratunkową. Usługi ratownicze w Belgii są częściowo odpłatne: przyjazd karetki kosztuje pacjenta 42,14 euro za pierwsze 10 km, od 11 km do 20 km opłata wynosi 4,21 euro, zaś każdy następny kilometr od 21 kosztuje 3,22 euro. W tej cenie wliczone są koszty załogi oraz materiałów (leków, tlenu, kołnierzy), jedynie użycie AED⁸⁴² może podlegać opłacie 40 euro⁸⁴³. Podobnie jak w Niemczech, w Belgii również nastąpiła „integracja” ratownictwa medycznego ze strażą pożarną. Strażak nabywa uprawnienia technika medycznego po odbyciu 120 godzin przeszkolenia. Obsada ambulansu składa się z lekarza i ratownika⁸⁴⁴/pielęgniarki ratunkowej⁸⁴⁵.

Czechy

Zgodnie z nieobowiązującą już ustawą o zdrowiu publicznym⁸⁴⁶ oraz zapisami konstytucji⁸⁴⁷ to czeskie państwo było zobowiązane do zapewnienia wszystkim obywatelom opieki medycznej, a zdrowie było definiowane jako interes narodowy⁸⁴⁸. Nowe ustawodawstwo⁸⁴⁹ wprowadziło większą równowagę, ustanawiając wspólną odpowiedzialność

⁸⁴¹ Zob. tekst ustawy: <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/1964/07/08/2006000610/moniteur> [dostęp 20.04.202].

⁸⁴² Automatyczny Defibrylator Zewnętrzny – urządzeniem, które analizuje rytm serca i decyduje o konieczności defibrylacji.

⁸⁴³ D. Noiron, *System ratownictwa medycznego w Belgii*, tłum. M. Chuchla, „Na Ratunek” 2012, t. 2, s. 52.

⁸⁴⁴ W Wielkiej Brytanii technik i ratownik medyczny stanowią obsadę ambulansu. Personel ambulansu nabywa swoje uprawnienia podczas szkoleń w regionalnych szkołach pogotowia ratunkowego, w których nauka obejmuje zasady podejmowania niektórych leków, monitorowanie czynności życiowych, obsługę specjalistycznego sprzętu. Specjalizacja z medycyny ratunkowej w tym państwie trwa 5 lat. W systemie ratownictwa medycznego na podstawie kontraktów, oprócz państwowych, funkcjonują również prywatne pogotowia, [w:] M. Sygit, *op. cit.*, 2010, s. 365.

⁸⁴⁵ *Ibidem*, s. 365.

⁸⁴⁶ Ustawa z dnia 17 marca 1966 r. o zdrowiu publicznym, nr 20/1966 Sb, zob. tekst ustawy: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1966-20> [dostęp 20.04.2020].

⁸⁴⁷ Konstytucja Republiki Czeskiej z dnia 16 Grudzień 1992 r., ustawa nr 1/1993 Coll, zob. <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/konst/czechy-a.html> [dostęp 20.04.2020].

⁸⁴⁸ T. Ježek, K. Nadolny, *System ratownictwa medycznego w Czechach na przykładzie Hradec-Kralove*, „Na Ratunek” 2015, t. 5, s. 49.

⁸⁴⁹ Ustawa z dnia 06 listopada 2011 r. w sprawie usług zdrowotnych nr 372/2011 Sb, zob. tekst ustawy: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372> oraz ustawa z dnia 06 listopada 2011 r. o służbach ratownictwa medycznego nr 374/2011 Sb, zob. tekst ustawy: https://www.mediprofi.cz/33/374-2011-sb-zakon-o-zdravotnicke-zachranne-sluzbe-ve-zneni-ucinnem-k-1-7-2017-uniqueidOhwOuzC33qe_hFd_jrpTgex6V4_DjGBSWtDPQUDF-ACD-vMUnwPlw/ [dostęp 20.04.2020].

założyciela (państwa) i dysponentów ratownictwa medycznego za zdrowie pacjentów. Medyczne czynności ratunkowe w stanie zagrożenia życia i zdrowia w opiece przedszpitalnej mogą wykonywać tylko podmioty publiczne, podmioty prywatne są wykluczone z tej możliwości⁸⁵⁰.

Służby ratownictwa medycznego w Czechach zalicza się do jednostek administracji publicznej. Na podstawie ustawy z dnia 28 czerwca 2000 r. w sprawie zintegrowanego systemu ratowniczego oraz zmianie niektórych ustaw⁸⁵¹ utworzono zintegrowany system ratownictwa, do którego należy straż pożarna, policja i jednostki ratownictwa medycznego. Dyspozytorzy stacji pogotowia są urzędnikami państwowymi, których zatrudnia administracja regionu, jednakże ponoszą oni pełną odpowiedzialność za swoje decyzje. W przypadku gdy dyspozytor uzna, że zgłoszenie nie dotyczy sytuacji zagrożenia życia, może nie wysłać karetki z ratownikiem na miejsce zdarzenia, tylko przekierowuje takie połączenie do szpitalnej izby przyjęć lub sam udziela wskazówek, jak pomóc chorej osobie⁸⁵².

Szwecja

Ze względu na warunki geograficzne (duże odległości) istotną rolę w szwedzkim systemie ratownictwa medycznego odgrywa lotnictwo. Część zdarzeń na prowincjach przejmuje straż pożarna do przyjazdu karetki. Koszty funkcjonowania ratownictwa medycznego pokrywane są w większości ze składek w powszechnym systemie ubezpieczenia zdrowotnego. Pacjenci tak samo jak za wizytę u lekarza, również za transport karetką pogotowia płacą zryczałtowaną opłatę w wysokości ok. 40 SEK⁸⁵³, czyli ok. 17 zł. W karetkach prawie nie ma lekarzy, jeżdżą pielęgniarki służby ratunkowej, które muszą mieć ukończoną trzyletnią szkołę pielęgniarstwa oraz dwuletnie studium ratownictwa medycznego. W tym kraju nie ma specjalizacji lekarskiej z ratownictwa medycznego. Pacjentom przywiezionym do szpitali w nagłych sytuacjach pomocy udzielają lekarze różnych specjalizacji, głównie anestezjologzy. Zgodnie ze szwedzką ustawą o ochronie zdrowia, zarówno tą pierwszą z 1982 r.⁸⁵⁴, jak i obecną, obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2017 r.⁸⁵⁵, rady gminy i regionów są odpowiedzialne za bezpieczną i skuteczną opiekę

⁸⁵⁰ T. Jeżek, K. Nadolny, *op. cit.*, s. 49.

⁸⁵¹ Ustawa nr 239/2000 Sb, zob. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-239> [dostęp 20.04.2020].

⁸⁵² A. Dragan, A. Krasnowolski, S. Woronowicz, *op. cit.*, s. 6.

⁸⁵³ Zgodnie z tabelą nr 076/A/NBP/2020 z dnia 20.04.2020 średni kurs korony szwedzkiej 1 SEK wynosi 0,4155 zł, <http://rss.nbp.pl/kursy/TabRss.aspx?n=2020/a/20a076> [dostęp 20.04.2020].

⁸⁵⁴ Ustawa z 30 czerwca 1982 r. o opiece zdrowotnej i medycznej (SFS 1982: 763) znolizowana 4 czerwca 1992 r., zob. tekst ustawy: http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?fritext=1982%3a+763&page=2&post_id=34 [dostęp 20.04.2020]. Por. G. Ciura, *Opieka zdrowotna w Szwecji*, Biuro Studiów i Ekspertyz 1993, Informacja nr 143, s. 2.

⁸⁵⁵ Ustawa z dnia 9 lutego 2017 r. o ochronie zdrowia (SFS 2017: 30), zob. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30, [dostęp 20.04.2020].

zdrowotną o dobrej jakości. Opieka ta ma polegać m.in. na zapewnieniu odpowiedniej liczby karettek czy wspieraniu w niezbędnym zakresie finansowym i organizacyjnym uniwersytetów medycznych w realizacji badań klinicznych w dziedzinie opieki zdrowotnej i badań w dziedzinie zdrowia publicznego.

Ponadto rady gminy i regionów zadań z zakresu ochrony zdrowia od 1992 r.⁸⁵⁶ nie muszą wykonywać samodzielnie, mogą zlecić ich realizację podmiotom zewnętrznym. I tak się stało z obsługą zgłoszeń alarmowych. Szwedzkie Stowarzyszenie Władz Lokalnych i Regionalnych powołało do życia firmę⁸⁵⁷, która obsługuje na terenie kraju wszystkie zgłoszenia alarmowe oraz odpowiada za koordynację działań w nagłych sytuacjach. Ustawa z 17 czerwca 2010 r. o bezpieczeństwie pacjentów⁸⁵⁸ stworzyła centra nagłej pomocy, w których pracuje personel opieki zdrowotnej udzielający osobom dzwoniącym pomocy w formie porad i informacji⁸⁵⁹.

Stany Zjednoczone Ameryki Północnej

W Stanach Zjednoczonych funkcjonuje kilka modeli działania służb ratownictwa medycznego (EMS). Pierwszy, tradycyjny model EMS jest częścią straży pożarnej obsługującej dany rejon. W zależności od regionu ekipy EMS biorą również udział w gaszeniu pożarów, w innych tylko niosą pomoc z zakresu ratownictwa medycznego⁸⁶⁰. Model ten dominuje w rejonach miejskich w USA. W rejonach podmiejskich i wiejskich przeważają ochotnicze systemy EMS, gdyż ze względu na małą liczbę wezwań nie opłaca się utrzymywać pełnoetatowego wykwalifikowanego personelu. Funkcjonują również systemy, w których EMS nie jest częścią straży pożarnej, mimo tego zanim przyjedzie ambulans ratunkowy, strażacy mogą udzielać kwalifikowanej pierwszej pomocy, gdyż

⁸⁵⁶ Zgodnie z wprowadzonymi w 1992 r. zmianami w ustawie o opiece zdrowotnej i medycznej pacjenci otrzymali gwarancję dostępu do świadczeń medycznych poprzez możliwość wyboru dowolnego szpitala na terenie Szwecji w przypadku, gdy nie otrzymali stosownego leczenia w szpitalach znajdujących się na terenie hrabstwa, w którym mieszkają, zob. M. Moks, *Szwedzki system ochrony zdrowia – wybrane kierunki jego reformowania*, „Oeconomia Copernicana” 2010 nr 1, s. 155.

⁸⁵⁷ SOS Alarmering S.A.

⁸⁵⁸ SFS 2010: 659 zob. tekst ustawy: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659 [dostęp 20.04.2020].

⁸⁵⁹ A. Dragan, A. Krasnowolski, S. Woronowicz, *op. cit.*, s. 11-12.

⁸⁶⁰ Działania służb ratownictwa medycznego obejmują dwa zakresy. Pierwszy to podstawowe czynności podtrzymania życia (*basic life support* – BLS), drugi to zaawansowane czynności podtrzymania życia (*advanced life support* – ALS). BLS polega na ocenie podstawowych czynności życiowych oraz na udzieleniu pacjentowi pierwszej pomocy metodami nieinwazyjnymi, podaniu tlenu za pomocą maski, wstępnym zaopatrzeniu ran czy unieruchomieniu kończyn. ALS polega na udzieleniu pacjentowi zaawansowanej pomocy z zastosowaniem metod inwazyjnych, monitorowaniu pracy serca, zastosowaniu defibrylacji, kardiowersji i przeskórnej stymulacji rytmu serca, dożylnemu podaniu płynów i leków, zabiegowemu udrożnieniu dróg oddechowych. Zob. S.H. Plantz, E.J. Wipfler, *Medycyna ratunkowa*, tłum. J. Bogdański *et al.*, wyd. 2, Wrocław 2008, s. 821.

mają wśród członków załogi wozów bojowych swoich przeszkolonych odpowiednio techników ratownictwa medycznego lub ratowników medycznych⁸⁶¹.

Systemy EMS w wielu rejonach podmiejskich podlegają szpitalom rejonowym. Zespoły EMS są zatrudniane przez szpital, a ambulanse stacjonują przy SOR lub w terenie w zależności od układu geograficznego i demograficznego obszaru ich działania. Istnieje w USA również model „trzeciej służby”, niezależnej od straży pożarnej i policji, który funkcjonuje jako odrębne instytucje rządowe lub w ramach innych służb lokalnych. Model ten działa w Bostonie i podlega Departamentowi Zdrowia. Z kolei model, który jest częścią Departamentu Bezpieczeństwa Publicznego, funkcjonuje w Pittsburgu. W Kansas City w stanie Missouri w 1978 r. po raz pierwszy zastosowano tzw. „model użyteczności publicznej”, który został w XXI wieku przyjęty również przez kilka małych miast w Stanach Zjednoczonych. Pod nadzorem organów rządowych świadczenia usług w zakresie EMS świadczą prywatne instytucje ratownictwa, które zawierają umowy z miastem, w którym te usługi będą wykonywane. Za realizację warunków umów i standardów w opiece medycznej podmioty prywatne odpowiadają przed organem nadzorczym. Model prywatnego „pogotowia” funkcjonuje prawie we wszystkich rejonach USA. Komercyjne instytucje ratunkowe zajmują się płatnym transportem pacjentów na dializę czy do prywatnych gabinetów (lecznic), jak również transportem pomiędzy szpitalami. Niektóre z tych podmiotów udzielają pomocy tylko w zakresie BLS, ale są też takie, które zajmują się transportem pacjentów w stanie krytycznym i są w stanie udzielić pomocy w zakresie ALS⁸⁶².

System EMS w Stanach Zjednoczonych jest oparty na kilku aktach prawnych. Pierwszym aktem była ustawa o bezpieczeństwie na drogach, która została uchwalona 9 września 1966 r.⁸⁶³ Ustawa ta powołała do życia Departament Transportu, który został wyposażony w odpowiednie uprawnienia i fundusze na doskonalenie EMS. Ustawą tą nałożono na władze wszystkich stanów obowiązek opracowania programów bezpieczeństwa na autostradach. Opracowano pierwszy program dla sanitariuszy, a w późniejszym czasie podobny kurs dla ratowników medycznych. Kolejnym aktem jest ustawa z 16 listopada 1973 r. o organizacji systemu służb ratownictwa medycznego⁸⁶⁴, która określiła zbiór elementów składowych systemu EMS⁸⁶⁵. Dzięki tej ustawie przeznaczono bardzo

⁸⁶¹ *Ibidem*, s. 820 i n., por. M. Maślanka, *Organizacja systemu ratownictwa medycznego w Stanach Zjednoczonych na przykładzie Erie w Pensylwanii – cz. 1*, „Na Ratunek” 2007, nr 1, s. 22 i n.

⁸⁶² S.H. Plantz, E.J. Wipfler, *op. cit.*, s. 822-823.

⁸⁶³ Zob. tekst ustawy <https://www.govinfo.gov/content/pkg/STATUTE-80/pdf/STATUTE-80-Pg718.pdf> [dostęp 20.04.2020].

⁸⁶⁴ Zob. tekst ustawy <https://www.govinfo.gov/content/pkg/STATUTE-87/pdf/STATUTE-87-Pg594.pdf> [dostęp 20.04.2020].

⁸⁶⁵ 1. Zasoby ludzkie. 2. Szkolenie. 3. Łączność. 4. Transport. 5. Szpitalne oddziały ratunkowe. 6. Referencyjne oddziały specjalistyczne. 7. Instytucje bezpieczeństwa publicznego. 8. Poparcie społeczne. 9. Dostępność do usług systemu. 10. Zdolność do przekazywania pacjentów. 11. Standardowe prowadzenie

znaczne środki z budżetu federalnego na szkolenia personelu oraz zakup ambulansów ratunkowych na obszarze całego kraju. Finansowanie EMS z budżetu federalnego zostało zniesione pakietem ustaw – poprawek budżetowych⁸⁶⁶ z 13 sierpnia 1981 r.⁸⁶⁷ System EMS był finansowany ze środków poszczególnych stanów na profilaktykę zdrowotną, które mogły być używane wedle uznania każdego ze stanów⁸⁶⁸.

dokumentacji. 12. Szeroka informacja publiczna. 13. Stała ocena funkcjonowania systemu. 14. Plany zabezpieczenia katastrof. 15. Wzajemne wsparcie i współpraca w systemie. zob. Ch.N. Pozner, R. Zane, S.J. Nelson, M. Levine *International EMS Systems: The United States: past, present, and future*, "Resuscitation" 2004, nr 60, s. 240 i n.

⁸⁶⁶ Zob. więcej na ten temat: <http://vm136.lib.berkeley.edu/BANC/ROHO/projects/debt/1981reconciliationact.html> oraz <https://www.ssa.gov/policy/docs/ssb/v44n10/v44n10p3.pdf> [dostęp 20.04.202].

⁸⁶⁷ Zob. tekst ustawy Omnibus Budget Reconciliation Act of 1981 (Public Law 97-35), <https://history.nih.gov/research/downloads/PL97-35.pdf> [dostęp 20.04.2020].

⁸⁶⁸ S.H. Plantz, E.J. Wipfler, *op. cit.*, s. 820-821.

System Państwowe Ratownictwo Medyczne w przepisach ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym

5.1. Powstanie systemu ratownictwa medycznego w Polsce

Według internetowego *Słownika Języka Polskiego PWN* system to: „układ elementów mający określoną strukturę i stanowiący logicznie uporządkowaną całość”, czy „zespół wielu urządzeń, dróg, przewodów itp., funkcjonujących jako całość”⁸⁶⁹. Światowa Organizacja Zdrowia określa system ratownictwa medycznego „jako takie rozmieszczenie personelu, urządzeń i sprzętu, które zapewnia skuteczne i skoordynowane działanie systemu w zakresie prewencji i zarządzania zagrożeniami będącymi konsekwencjami nagłych zdarzeń, katastrof, klęsk żywiołowych lub podobnych wydarzeń”⁸⁷⁰. Szczegółowym zadaniem tego systemu jest zapewnienie przedszpitalnych świadczeń medycznych, realizowanych na miejscu zdarzenia i w czasie transportu oraz szpitalnych świadczeń medycyny ratunkowej realizowanych na oddziałach ratunkowych będących kontynuacją wcześniejszych działań ratowniczych⁸⁷¹. Za system ten można również uznać system organizacyjny, polegający na zwartej i skoordynowanej gotowości ludzi, zasobów i jednostek organizacyjnych uruchamianych w trybie pilnym, w celu opanowania nagłego zagrożenia zdrowotnego⁸⁷².

Proces powstawania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne odbywał się w Polsce wieloetapowo. Koncepcja obecnego systemu powstała na podstawie własnych doświadczeń (funkcjonowanie pogotowia ratunkowego, w tym WKTS)⁸⁷³, jak i została zaczerpnięta z wzorców z innych państw. Pierwszą inicjatywą mającą na celu utworzenie w pełni nowoczesnego i zintegrowanego systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne podjęto

⁸⁶⁹ <https://sjp.pwn.pl/slowniki/system.html> [dostęp 20.04.2020].

⁸⁷⁰ A. Bem, *op. cit.*, s. 159.

⁸⁷¹ *Ibidem*.

⁸⁷² J. Jakubaszko, M. Gruszka, *Medycyna ratunkowa...*, s. 56.

⁸⁷³ Do doświadczeń legislacyjnych można zaliczyć przedstawiony projekt z lat 20. XIX wieku, w którym zaproponowano wiele nowatorskich, ciekawych i obiecujących rozwiązań systemowych, z których tylko część zaadaptowano do obecnie obowiązujących przepisów. Rozwiązania zaproponowane w projekcie rozporządzenia można uznać za kompletne, ponieważ organizowały pomoc lekarską w wypadkach nieszczęśliwych. Tworzyły zorganizowany system, w którym było wiadomo, kto ma tworzyć system, kto go nadzoruje, określały elementy systemu, jak i wskazywały jego źródła finansowania.

w 1999 r.⁸⁷⁴. W 1999 r. został wprowadzony w życie program „Zintegrowanego Ratownictwa Medycznego” w latach 1999-2003. Minister Zdrowia Franciszka Cegielska w 1999 r. rozpoczęła wdrażanie programu zintegrowanego ratownictwa medycznego, na podstawie którego jesienią 2000 r. zaczęto prace nad pierwszą ustawą z zakresu ratownictwa medycznego. Dzięki tym pracom Sejm w dniu 25 lipca 2001 r. uchwalił ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁸⁷⁵. Ustawa ta nie pozwoliła stworzyć sprawnie funkcjonującego ratownictwa medycznego ze względu na nie najlepiej zorganizowany system finansów publicznych i kryzys, który dotknął tę sferę naszego państwa⁸⁷⁶. Uchwalona ustawa z 2001 r. miała też widoczne efekty w postaci zwiększonej liczby dobrze wyposażonych i coraz lepiej wyszkolonych zespołów ratowniczych, które mogły zastąpić tzw. ogólne zespoły lekarskie. Zmieniono sposób dysponowania pomocą – zgłoszenia coraz częściej zaczęli przyjmować odpowiednio wyszkoleni dyspozytorzy medyczni pracujący w nowo powstałych Centrach Powiadamiania Ratunkowego (CPR), a ciężko chorzy pacjenci coraz częściej mogli trafić do nowocześnie zorganizowanych, wyposażonych i prowadzonych przez wyszkolonych fachowców szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR)⁸⁷⁷.

Uchwalona ustawa z 2001 r. wskazywała organy odpowiedzialne za budowę systemu, nadzór nad jego funkcjonowaniem oraz zasady finansowania. Zgodnie z przyjętymi rozwiązaniami na szczeblu krajowym za budowę i nadzór nad systemem był odpowiedzialny minister właściwy do spraw zdrowia, w województwie te zadania realizował wojewoda. System ratownictwa medycznego w aspekcie organizacyjno-prawnym kończył się na etapie powiatu, gdzie czynił starostę odpowiedzialnym za organizację i nadzór nad systemem ratownictwa medycznego⁸⁷⁸. Określono po raz pierwszy zasady organizacji i funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (system PRM). Zdefiniowano również wiele podstawowych pojęć z zakresu ratownictwa medycznego, takich jak: stan nagły, pierwsza pomoc, medyczne działania ratownicze czy dysponent jednostki. Za jednostki systemu ustawa uznała szpitalne oddziały ratunkowe oraz zespoły ratownictwa medycznego (ZRM). Określono również po raz pierwszy grupy zawodowe, których zadaniem miało być podejmowanie i realizowanie medycznych czynności ratunkowych. Do tej grupy zaliczano lekarzy ratunkowych, pielęgniarki ratunkowe i ratowników medycznych, których istnienie usankcjonowano tym aktem⁸⁷⁹. Ustawa

⁸⁷⁴ Zob. K. Jarosławska-Kolman *et al.*, *op. cit.*, s. 171.

⁸⁷⁵ Dz. U. z 2001 r. Nr 113, poz. 1207 ze zm.

⁸⁷⁶ J.J. Skoczylas, *Prawo ratownicze*, wyd. 2, Warszawa 2011, s. 332.

⁸⁷⁷ A. Ryś, J. Żak, *Czy polskie ratownictwo medyczne zdąży się zmienić?* „Zdrowie i Zarządzanie” 2002, t. IV, nr 6, s. 98.

⁸⁷⁸ R. Gałązkowski, *Ratownictwo Medyczne w Polsce. Komentarz do ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, Warszawa 2007, s. 8.

⁸⁷⁹ Zawód ten mogła wykonywać osoba, która ukończyła 3-letnie wyższe studia zawodowe w zakresie ratownictwa medycznego bądź uzyskała za granicą dyplom uznany w kraju za równorzędny, lub uzyskała

dopuszczała możliwość podejmowania medycznych działań ratowniczych przez pielęgniarki w trakcie specjalizacji z pielęgniarstwa ratunkowego i lekarzy będących w trakcie specjalizacji z medycyny ratunkowej. Ustawodawca zastrzegł jednocześnie, że taka możliwość będzie istniała tylko do 31 grudnia 2009 r. Data ta przy kolejnych aktach prawnych jest cały czas przesuwana, gdyż do dziś nie udało się wyszkolić adekwatnej do potrzeb liczby lekarzy medycyny ratunkowej⁸⁸⁰.

Obawa przed zachwianiem działalności ratownictwa medycznego, spowodowana brakiem środków finansowych na ich realizację, doprowadziła do uchwalenia konieczność uchwalenia poniekąd „zastępczej” ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dnia 6 grudnia 2002 r. uchwalono ustawę o świadczeniu usług ratownictwa medycznego⁸⁸¹. Zadaniem tej nowej regulacji było przede wszystkim określenie sposobu i zasad finansowania działalności zespołów ratownictwa medycznego oraz zapewnienie środków na finansowanie działalności CPR⁸⁸².

Ustawa z dnia 6 grudnia 2002 r. zawierała wiele niejasności⁸⁸³. Wprowadziła nowe pojęcie „usług ratownictwa medycznego”, które było niedookreślone i wywołało niepotrzebny zamęt organizacyjny i pojęciowy. Jedyne wykonawczy⁸⁸⁴ do ustawy składał się z jednej strony tekstu wskazującego, jakie elementy miały być brane pod uwagę przy kalkulacji ceny jednostki rozliczeniowej w SOR i w ZRM⁸⁸⁵. Ustawa nie wprowadzała żadnych istotnych nowych rozwiązań o charakterze systemowym, spowodowała jedynie niekorzystny rozdźwięk w środowiskach objętych regulacjami tej ustawy oraz oddaliła w czasie powstanie sprawnego systemu ratownictwa w Polsce⁸⁸⁶.

Dopiero pod koniec 2005 r. zespół powołany przez Ministra Zdrowia prof. Zbigniewa Religę przeprowadził poważną dyskusję nad kształtem systemu ratownictwa medycznego, jednak z różnych względów nie zrealizował on zadania, które przed nim

tytuł ratownika medycznego na dotychczas obowiązujących zasadach w policealnych szkołach medycznych przed 30 września 2006 r.

⁸⁸⁰ S. Poździoch, *Wprowadzenie*, [w:] S. Poździoch (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2013, s. 26 i 27.

⁸⁸¹ Dz. U. z 2002 r. Nr 241, poz. 2073 ze zm. Ustawa zawierała niespełna dwie strony tekstu i liczyła tylko 8 artykułów.

⁸⁸² R. Gałązkowski, *op. cit.*, s. 9.

⁸⁸³ Obie ustawy regulowały kwestie finansowania ratownictwa medycznego w zakresie świadczeń przedszpitalnych w odmienny niemożliwy do pogodzenia sposób. O ile ustawa z 2001 r. o PRM zakładała, że pewne świadczenia były finansowane przez budżet państwa, o tyle ustawa z 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego te same świadczenia powierzała do sfinansowania Narodowemu Funduszowi Zdrowia (NFZ). Zob. J.J. Skoczylas, *op. cit.*, s. 333.

⁸⁸⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 maja 2003 r. w sprawie szczegółowych warunków finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym i zespole ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2003 r. Nr 103, poz. 961)

⁸⁸⁵ S. Poździoch, *Wprowadzenie...*, s. 3132.

⁸⁸⁶ J.J. Skoczylas, *op. cit.*, s. 332.

postawiono⁸⁸⁷. Na początku 2006 r. zespół ekspertów pod kierownictwem Jarosława Pinkasa, wiceministra zdrowia, opracował wstępny projekt ustawy, który został następnie uchwalony jako ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (ustawa o PRM)⁸⁸⁸. Wprowadzona ustawa ma za zadanie przede wszystkim usprawnić i przyspieszyć procedury ratujące życie i zdrowie, ponadto kładzie nacisk na podnoszenie kwalifikacji przez pracowników poprzez ciągłe ich doskonalenie tak, aby sprawniej nieść pomoc⁸⁸⁹.

Organy władzy publicznej, w tym organy administracji publicznej, wykonując swe zadania, działają, biorąc po uwagę treść art. 7 Konstytucji RP, na podstawie i w granicach prawa. Treść tego artykułu nawiązuje do zasady praworządności, która oznacza, że każde podejmowane działanie mieści się w granicach prawa, to znaczy jest niesprzeczne z jakimkolwiek elementem porządku prawnego. Kolejna związana z funkcjonowaniem administracji zasada, zasada legalności, oznacza, że każde działanie powinno mieć swoją podstawę prawną. Działanie to powinno być oparte na normie ustawowej, upoważniającej do podjęcia w określonej formie i w określonych warunkach działań służących realizacji określonego celu⁸⁹⁰. Obie wspomniane zasady administracja powinna realizować zawsze, zarówno w procesie stanowienia, jak i stosowania prawa. Z treści obu przytoczonych zasad wynika jeszcze jeden fakt, iż administrację publiczną w jej działaniach obowiązuje nakaz czynienia wyłącznie tego, na co pozwala jej obowiązujące prawo⁸⁹¹. Tradycyjnie rozumiana zasada praworządności oraz zasada legalności wiążą się z ustawą, wymagając od aktów władztwa państwowego zgodności z tym przejawem woli powszechnej, a to z kolei rodzi konieczność regulacji określonych materii w tym właśnie akcie normatywnym⁸⁹². Konieczność obarczania treści ustaw rozwiązaniami kompletnymi, zawierającymi także szczegóły, od których treść ustawy powinna być wolna⁸⁹³, rodzi głosy dowodzące dewaluacji systemu ustaw⁸⁹⁴.

Zamknięty system budowy źródeł prawa spowodował określone konsekwencje związane z zawartością ustaw jako aktów normatywnych, co powoduje, że wydają się one być nadmiernie rozbudowane i regulują zbyt wiele problematyki szczegółowej. Wydaje

⁸⁸⁷ R. Gałązkowski, *op. cit.*, s. 10.

⁸⁸⁸ T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 882.

⁸⁸⁹ J.J. Skoczylas, *op. cit.*, s. 333.

⁸⁹⁰ W celu ochrony życia i zdrowia ludzi w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego powołano ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

⁸⁹¹ Por. E. Olejniczak-Szałowska, *Zasada legalności i równości wobec prawa*, [w:] Z. Duniewska, B. Jaworska-Dębska, R. Michalska-Badziak, E. Olejniczak-Szałowska, M. Stahl, *Prawo administracyjne*, Warszawa 2004, s. 104-105.

⁸⁹² Por. K. Complak, *Normy pierwszego rozdziału Konstytucji RP*, Wrocław 2007, s. 109.

⁸⁹³ T. Kocowski, M. Paplicki, *Ratownictwo medyczne – czy wyłącznie państwowe?*, [w:] J. Blicharz (red.), *Prawne aspekty prywatyzacji*, Wrocław 2012, s. 194.

⁸⁹⁴ Por. J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 87.

się, że mimo wszystko niektóre materie powinny być pozostawione regulacji aktów podustawowych, oczywiście przy zachowaniu odpowiednio skonstruowanej delegacji do ich wydania i odpowiednim rozdzieleniu materii między ustawę a rozporządzenie, bądź powinny zostać przeniesione do treści innych ustaw. Na przykład edukacja w zakresie udzielania pierwszej pomocy czy kwestie szkolenia dyspozytorów i ratowników medycznych z powodzeniem mogłyby zostać przeniesione chociażby do ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty⁸⁹⁵. Tak samo niektóre treści dotyczące zawodu ratownika medycznego, obecne w rozdziale drugim, równie dobrze mogłyby materię rozporządzeń wykonawczych do ustawy. Wydaje się też zasadna uwaga dotycząca budowy rozdziałów ustawy. Rozdział II ustawy dotyczy ratowników medycznych i ratowników, zaś rozdział III – planowania i organizacji systemu, co rodzi pytanie o zasadność takiego rozwiązania. Skoro ustawa dotyczy systemu, to sprawy tego systemu powinny mieć pierwszeństwo przed częścią dotyczącą ratowników medycznych i ratowników⁸⁹⁶.

Ustawa o PRM składa się z 9 rozdziałów: Przepisy ogólne; Ratownicy medyczni i ratownicy; Planowanie i organizacja systemu; Jednostki systemu; Centra urazowe; Akcja medyczna; Finansowanie jednostek systemu; Zmiany w przepisach obowiązujących; Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe. Rozdziały są adekwatnie zatytułowane do przedstawionej materii w każdym z poszczególnych rozdziałów.

Ratowanie życia i zdrowia ludzi w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego to niewątpliwie zadanie publiczne, co zostało podkreślone w samej nazwie Państwowe Ratownictwo Medyczne. Organy państwa stworzyły ten system i są bezwzględnie zainteresowane jego prowadzeniem i efektywnym działaniem. Jednostka, realizując swe publiczne prawo podmiotowe, będzie się domagać ze strony państwa określonych świadczeń pozytywnych, polegających na udzieleniu jej przez stworzony system skutecznej pomocy wtedy, gdy znajdzie się w sytuacji zagrożenia swego życia i zdrowia⁸⁹⁷.

Należy również mieć na uwadze fakt, iż tytuł ustawy – Państwowe Ratownictwo Medyczne – nie musi obligować ustawodawcy do tworzenia systemu, którego elementami są jedynie podmioty publiczne. Nazwa ta powinna oddawać istotę systemu polegającą na tym, iż państwo odpowiada za odpowiednią jakość pomocy medycznej udzielanej każdej osobie znajdującą się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego⁸⁹⁸.

Zauważmy, że już obecnie w coraz większym stopniu w systemie ratownictwa medycznego uczestniczą niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, a samo kontraktowanie świadczeń, prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, odbywa się przy zachowaniu zasady równości podmiotów. Nasuwa się pytanie o zasadność obecnej nazwy

⁸⁹⁵ T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1327.

⁸⁹⁶ T. Kocowski, M. Gruszka, *op. cit.*, s. 51.

⁸⁹⁷ T. Kocowski, M. Paplicki, *Ratownictwo medyczne...*, s. 199.

⁸⁹⁸ O jakości w systemie PRM w dalszej części pracy.

ustawy, a w szczególności obecności w niej przymiotnika „państwowy”. Biorąc pod uwagę zasadę subsydiarności (pomocniczości)⁸⁹⁹ oraz tendencję do prywatyzacji służby zdrowia, należy w większym stopniu dopuścić do realizacji zadań systemu jednostki niepubliczne. W takiej sytuacji należałoby ponownie zdefiniować role i zadania organów administracji państwowej oraz innych państwowych jednostek organizacyjnych w tworzeniu i działaniu systemu. Organy administracji być może powinny w większym stopniu przyjąć role organizatorsko-nadzorcze, a nie wykonawcze⁹⁰⁰. W kraju będącym członkiem Wspólnoty Europejskiej określenie „państwowy” jest niepotrzebne i nieadekwatne do współczesnego modelu systemu ochrony zdrowia⁹⁰¹.

Obecny system⁹⁰² Państwowe Ratownictwo Medyczne, w ocenie zarówno osób uczestniczących w jego funkcjonowaniu, jak i korzystających z jego usług, nie jest instytucją doskonałą⁹⁰³, tylko instytucją wymagającą zmian, mających na celu poprawę jej działania. Wydaje się, że pewnej poprawy tego działania można poszukiwać, odwołując się do jednej z zasad prawa administracyjnego i organizacji administracji, zasady subsydiarności⁹⁰⁴.

Mając na uwadze konstytucyjną zasadę subsydiarności, można stwierdzić, iż najdalej idącą formą jej realizacji w przypadku zadań publicznych jest prywatyzacja tego zadania⁹⁰⁵ lub przynajmniej prywatyzacja jego wykonywania. Pojęcie zadania publicznego jest zawsze wyznaczone przez normy prawne, to samo państwo decyduje o tym, co jest, a co nie jest zadaniem publicznym⁹⁰⁶. L. Zacharko uznaje, że zadanie publiczne to takie, które służy zaspokojeniu potrzeb zbiorowych, potrzeb określonych społeczności⁹⁰⁷. Za realizację danego zadania publicznego w świetle prawa ponosi odpowiedzialność

⁸⁹⁹ Zasada subsydiarności opiera się na założeniu, że zadania, które mogą być zrealizowane przez jednostkę, nie powinny być realizowane przez państwo. W odniesieniu do działania samorządu terytorialnego zasada subsydiarności wywodzi się bezpośrednio z art. 163 Konstytucji RP.

⁹⁰⁰ T. Kocowski, M. Gruszka, *op. cit.*, s. 51.

⁹⁰¹ J. Jakubaszko, M. Gruszka, *Medycyna ratunkowa...*, s. 56.

⁹⁰² O tym, czym jest system PRM, w dalszej części pracy.

⁹⁰³ Zob. uwagi do ustawy zgłaszane wielokrotnie przez Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej.

⁹⁰⁴ Por. E. Olejniczak-Szałowska, *Zasada pomocniczości (subsidiarności)*, [w:] Z. Duniewska, B. Jaworska-Dębska, R. Michalska-Badziak, E. Olejniczak-Szałowska, M. Stahl, *Prawo administracyjne*, Warszawa 2004, s. 136-137.

⁹⁰⁵ Prywatyzacja zadań publicznych oznacza przeniesienie realizacji zadania i stanowi przejaw wszelkiego odstępstwa od wykonania zadań przez podmioty administracji publicznej, działające w formach prawa publicznego. Zob. na ten temat m.in.: K. Bandarzewski, *Prywatyzacja zadań publicznych*, [w:] J. Zimmermann (red.), *Koncepcja systemu prawa administracyjnego. Zjazd Katedr Prawa Administracyjnego, Zakopane 24-27 wrzesień 2006 r.*, Warszawa 2007, s. 331 i n.; J. Zimmermann, *Prawo administracyjne*, Kraków 2005, 143 i n.; E. Ura, E. Ura, *Prawo administracyjne*, wyd. 4. Warszawa 2002, s. 177 i n.; M. Stahl, *Instytucje zlecenia funkcji z zakresu administracji publicznej i prywatyzacja zadań publicznych*, [w:] Z. Duniewska *et al.*, *op. cit.*, s. 300 i n.

⁹⁰⁶ Zob. L. Zacharko, *Prywatyzacja zadań publicznych gminy. studium administracyjnoprawne*, Katowice 2000, s. 17.

⁹⁰⁷ *Ibidem*.

państwo lub samorząd terytorialny⁹⁰⁸, przy czym nie jest konieczne, aby wykonywanie zadań odbywało się z udziałem struktur organizacyjnych administracji publicznej⁹⁰⁹.

Administracja rządowa oraz samorząd terytorialny nie ponoszą odpowiedzialności za niezrealizowanie potrzeb zdrowotnych społeczności. J. Dobkowski uznaje, że interes publiczny występuje wtedy, gdy przynosi korzyści ogółowi, co stoi w sprzeczności z interesem indywidualnym⁹¹⁰. Tego poglądu nie można zastosować w przypadku zdrowia, zarówno w interesie indywidualnym, jak i w interesie społecznym jest zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli. Zdrowy obywatel to zdrowe, bardziej wydajne ekonomicznie i politycznie społeczeństwo. Według A. Pakuły spór o to, co jest w interesie publicznym, dzieli ludzi⁹¹¹, różnicuje poglądy polityczne, jednakże państwo czy samorząd terytorialny powinny realizować te zadania publiczne, które chce lub są korzystne dla społeczeństwa. Taka sytuacja zachodzi, jeśli mówimy o zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych ludności.

Państwo pod wpływem czynników politycznych decyduje, które zadania publiczne będzie realizowało przez swoje organy, a które będzie mogło przekazać innym podmiotom władzy publicznej, czy też podmiotom niepublicznym. W przypadku niektórych zadań publicznych (wydaje się, że zaspokojenie potrzeb zdrowotnych ludności jest takim zadaniem) zadania te stają się nie tylko lokalne, ale również regionalne czy centralne, a nawet globalne⁹¹². Ciągła presja jednostki, na rzecz których administracja publiczna wykonuje zadania, sprawia, że pojawiają się wciąż nowe problemy do rozwiązania, które prowadzą do weryfikacji i poszerzenia katalogu zadań publicznych⁹¹³.

Administracja rządowa i samorządowa realizują wiele zadań publicznych. W konfrontacji z pojawiającymi się wciąż nowymi problemami do rozwiązania, szybko zmieniającą się rzeczywistością społeczną oraz rosnącymi potrzebami społeczeństwa administracje te nie są w stanie wszystkich, przyjętych na siebie zadań publicznych wykonać.

⁹⁰⁸ Samorząd terytorialny wypełnia przestrzeń przewidzianą dla państwa na danym obszarze terytorialnie oznaczonym. Zgodnie z art. 163 ust. 1 Konstytucji RP samorząd terytorialny wykonuje zadania publiczne nie zastrzeżone przez Konstytucję lub ustawy dla organów innych władz publicznych. Zob. L. Kieres, *Samorządowy sektor gospodarczy*, [w:] R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel (red.), *System prawa administracyjnego*, t. 8B. *Publiczne prawo gospodarcze*, Warszawa 2013, s. 58 i n.

⁹⁰⁹ Zob. S. Biernat, *Prywatyzacja zadań publicznych*, Warszawa-Kraków 1994, s. 29-30.

⁹¹⁰ Zob. J. Dobkowski, *Struktura interesu społecznego a zasady rozdzielania odpowiedzialności publicznoprawnej w administracji*, [w:] E. Ura (red. nauk.), *Jednostka – Państwo – Administracja. Nowy wymiar*, Rzeszów 2004, s. 25 i n.

⁹¹¹ Por. A. Pakuła, *Interes publiczny i użyteczność publiczna jako kryterium zadań samorządu terytorialnego*, [w:] *Administracja i prawo administracyjne u progu trzeciego tysiąclecia. Materiały konferencji naukowej katedr prawa i postępowania administracyjnego*, Łódź 2000, s. 348 i n.

⁹¹² J. Dobkowski, *op. cit.*, s. 106.

⁹¹³ J. Korczak, D. Cendrowicz, *Dywersyfikacja zadań samorządu terytorialnego*, [w:] T. Bąkowski (red.), *Organizacja administracji publicznej z perspektywy powierzonych jej zadań*, Warszawa 2015, s. 130.

Wydaje się zatem, że rozwiązaniem optymalnym tego zjawiska jest uwolnienie się od wykonywania tych zadań poprzez przekazanie ich podmiotom prywatnym do wykonania⁹¹⁴.

Przekazywanie zadań publicznych podmiotom prawa prywatnego zachodzi najczęściej w dziedzinie aktywności gospodarczej, gdzie państwo lub podmioty prawa publicznego najczęściej wycofują się z aktywności na polu gospodarczym, np. ustawa z 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej wskazuje na formy aktywności realizowane na podstawie prawa prywatnego⁹¹⁵. Przekazanie zadań publicznych podmiotom prawa prywatnego może również nastąpić w ramach tzw. administracji świadczącej, czy też pełnienia funkcji służb publicznych. Przykładem przekazania zadań w sferze administracji zdrowia było przekazanie wykonywania zadań (na podstawie ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej) nie tylko przez zakłady publiczne⁹¹⁶, ale także udzielenie ich przez osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub przez osoby wykonujące grupową praktykę lekarską i pielęgniarską⁹¹⁷.

Niewątpliwie kwestia prywatyzacji wykonywania zadań publicznych, nie mówiąc o samej prywatyzacji wykonywania tych zadań, jest bardzo kontrowersyjnym problemem. Prywatyzacja, a być może początkowo prywatyzacja wykonania zadania publicznego, wbrew obiegowej opinii nie jest remedium na wszelkie niedoskonałości istniejącego systemu i zastosowanie jej nie zmieni automatycznie istniejącego stanu rzeczy. Zastosowanie jej mogłoby wszak wprowadzić konkurencję pomiędzy podmiotami realizującymi zadania systemu, a także doprowadzić do większej racjonalizacji ekonomicznej jego funkcjonowania⁹¹⁸. Termin „konkurencja” w języku polskim, obok innych możliwych znaczeń, rozumiany jest jako współzawodnictwo, rywalizacja⁹¹⁹. Konkurencja ta powinna doprowadzić do sytuacji, kiedy owo współzawodnictwo czy rywalizacja między zainteresowanymi podmiotami będą się odbywać w interesie pacjenta, czyli w celu zagwarantowania mu równych praw w dostępie do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Tak więc zapewnienie owej konkurencji nie jest celem samym w sobie – jest ona narzędziem do zwiększenia efektywności systemu ochrony zdrowia i skłonienia do racjonalnego korzystania ze świadczeń⁹²⁰. Należy ponadto podkreślić, że poprawienie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia nie wynika bezpośrednio jedynie z samego faktu komercjalizacji czy prywatyzacji publicznych

⁹¹⁴ A. Błaś, *Formy działania administracji w warunkach prywatyzacji zadań publicznych*, [w:] *Administracja i prawo administracyjne u progu trzeciego tysiąclecia. Materiały konferencji naukowej katedr prawa i postępowania administracyjnego*, Łódź 2000, s. 23.

⁹¹⁵ T. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 712. Zob. art. 2 i 3.

⁹¹⁶ O administracji świadczącej oraz zakładach administracyjnych więcej w dalszej części pracy.

⁹¹⁷ Z. Leoński, *Funkcje (zadania i kompetencje) realizowane przez podmioty prawa prywatnego (tezy referatu)*, [w:] *Administracja i prawo administracyjne...*, s. 270 i 271.

⁹¹⁸ T. Kocowski, M. Paplicki, *Ratownictwo medyczne...*, s. 200.

⁹¹⁹ B. Dunaj (red.), *Popularny słownik języka polskiego*, Warszawa 1999, s. 238.

⁹²⁰ B. Więckowska, *op. cit.*, s. 57.

zakładów opieki zdrowotnej. Zjawiska te (komercjalizacja i prywatyzacja) są konsekwencją niezaspokajanych potrzeb zdrowotnych pacjentów. Są drogą, ale nie jedyną drogą, ponieważ prywatne podmioty nie gwarantują automatycznego polepszenia się poziomu opieki nad chorymi ludźmi. Dla ograniczenia ryzyka związanego z dominacją podmiotów prywatnych nad swoimi świadczeniobiorcami – pacjentami wydaje się niezbędne utrzymanie roli państwa jako skutecznego regulatora opieki zdrowotnej⁹²¹. T. Kocowski dodaje, że zadań publicznych, służących zaspokojeniu potrzeb określonych społeczności, współcześnie nie da się zaspokoić wyłącznie poprzez wykorzystanie przedsiębiorstw publicznych i poprzez stosowanie władczych form działania. Konieczne jest więc zatem włączenie w proces ich realizacji podmiotów gospodarczych, które reprezentują różne formy organizacji i formy jej własności⁹²².

Realizacja zadań publicznych zawsze dla administracji rządowej i samorządowej stanowi sferę najbardziej istotną, ale również często zaniedbaną pod względem spełnienia oczekiwań społecznych⁹²³, m.in. dlatego istnieje możliwość⁹²⁴ zastosowania przepisów ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym⁹²⁵. Przepisy tej ustawy dają podstawę do tworzenia współpracy podmiotu publicznego i partnera prywatnego w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego, którego przedmiotem jest wspólna realizacja przedsięwzięcia oparta na podziale zadań i ryzyka pomiędzy podmiotem publicznym a partnerem prywatnym⁹²⁶.

W systemie ratownictwa od dnia 26 czerwca 2018 r.⁹²⁷ nie uczestniczą już podmioty niemające statusu państwowych bądź samorządowych jednostek organizacyjnych⁹²⁸. Dla jednostki realizującej swe publiczne prawo podmiotowe, polegające na domaganiu się określonych świadczeń pozytywnych ze strony państwa, związanych z udzieleniem skutecznej pomocy, gdy znajdują się w sytuacji zagrożenia swego życia i zdrowia, nie

⁹²¹ A. Hnatyszyn-Dzikowska, *op. cit.*, s. 295.

⁹²² T. Kocowski, *Komercjalizacja, prywatyzacja a podmioty administracji gospodarczej*, Acta Universitatis Wratislaviensis, No 3661, „Przegląd Prawa i Administracji” 2015, t. C/1, s. 287.

⁹²³ P. Blicharz, M. Gąsior, *Partnerstwo publiczno-prywatne jako sposób na spełnienie potrzeb społeczeństwa*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 596, „Ekonomiczne Problemy Usług” 2010, nr 56, s. 237.

⁹²⁴ Zob. uzasadnienie do ustawy o partnerstwie publiczno-prywatnym: <https://bip.kprm.gov.pl/ftp/kprm/dokumenty/081002u14uz.pdf> [dostęp 20.04.2020].

⁹²⁵ T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 711.

⁹²⁶ Zob. na temat partnerstwa publiczno-prywatnego m.in.: A. Cenker, *Partnerstwo publiczno-prywatne jako metoda wykonywania zadań publicznych*, Warszawa 2009; A. Kopańska, A. Bartzak, J. Siwińska-Gorzela, *Partnerstwo publiczno-prywatne. Podmioty prywatne w realizacji zadań publicznych sektora wodno-kanalizacyjnego*, Warszawa 2008; A. Kozłowska, *Rynkowe zarządzanie usługami publicznymi*, „Gazeta Samorządu i Administracji” 2005, nr 21, s. 32 i n.; G. Dziarski, *Prawo o PPP do poprawki*, „Gazeta Samorządu i Administracji” 2006, nr 5, s. VI i VIII.

⁹²⁷ Data wejścia w życie ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw.

⁹²⁸ Więcej na ten temat w dalszej części pracy.

ma znaczenia, czy żądanie to kierujemy do podmiotu państwowego, czy do podmiotu prywatnego wykonującego zadanie zlecone od organu państwowego.

Należy pamiętać, że przejście przez podmioty spoza systemu administracji publicznej wykonania przekazanych im zadań⁹²⁹ nie powoduje, że tracą one status zadań publicznych⁹³⁰, dalej takimi pozostają. Ta obawa o ewentualną zmianę jej statusu nie powinna być przeszkodą do stworzenia systemu ratownictwa medycznego, działającego równie, a może nawet bardziej efektywnie, choć niekoniecznie będącego systemem państwowym⁹³¹. Proces prywatyzacji zadań publicznych jest niewątpliwie czynnikiem racjonalizującym działania administracji publicznej, bowiem podmioty prywatne efektywniej gospodarują środkami finansowymi⁹³².

Nawet najlepiej zaplanowany system będzie działał tylko wtedy, gdy sprawne są wszystkie jego elementy. Ratownictwo medyczne to szczególny rodzaj układanki, w której wszystko działa na zasadzie kolejnych ogniw tzw. łańcucha ratunkowego⁹³³. Ogniwa muszą do siebie pasować tak, aby jak najskuteczniej ratować życie i zdrowie osób będących w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego⁹³⁴. Od kilkunastu lat można zauważyć stale rosnące zainteresowanie systemami bezpieczeństwa publicznego, w tym dotyczącymi tak ważnej sfery, jak nasze zdrowie i życie. Wiele zagrożeń związanych z postępem cywilizacyjnym, infrastrukturą, katastrofami i wypadkami komunikacyjnymi, wzrastającą średnią długością życia oraz zatruciem środowiska przyczyniają się do wielu niekorzystnych zjawisk, które mogą gwałtownie odbić się na stanie naszego zdrowia lub doprowadzić do utraty życia⁹³⁵.

⁹²⁹ Proces redukcji zadań państwa czy jednostek samorządu terytorialnego dokonuje się zazwyczaj trzema metodami:

- przekazanie zadań samorządom terytorialnym oraz samorządom zawodowym, jak również tak zwanym organizacjom pozarządowym;
- przez sprzedaż podmiotom prywatnym przedsiębiorstw i instytucji państwowych wykonywujących zadania państwowe;
- zawieranie kontraktów z prywatnymi spółkami na realizację zadań jako usług publicznych, [w:] A. Błaś, *Prywatyzacja zadań samorządu terytorialnego*, [w:] A. Błaś (red.), *Studia nad samorządem terytorialnym*, Wrocław 2002, s. 360.

⁹³⁰ Por. T. Bąkowski, *Administracyjnoprawna sytuacja jednostki w świetle zasady pomocniczości*, Warszawa 2007, s. 186.

⁹³¹ T. Kocowski, M. Paplicki, *Ratownictwo medyczne...*, s. 201.

⁹³² Por. E. Knosala, *Zadanie współczesnej administracji publicznej*, [w:] M. Baron-Wiaterek (red.), *Ustrojowo-prawne instrumenty polityki społecznej*, Gliwice 2005, s. 46; S. Pieprzny, E. Ura, M. Ura, *Umowy o partnerstwie publiczno-prywatnym jako czynnik efektywności i sprawności działań samorządu terytorialnego*, [w:] E. Ura (red.), *Sprawność działań administracji samorządowej*, Rzeszów 2006, s. 502 i n.; T. Kocowski, *Partnerstwo publiczno-prywatne w praktyce samorządu terytorialnego*, [w:] M. Stręciwiłk, A. Panasiuk (red.), *Funkcjonowanie systemu zamówień publicznych – aktualne problemy i propozycje rozwiązań. X Konferencja Naukowa, 26-27 czerwca 2017 r., Białystok*, Warszawa 2017, s. 39 i n.

⁹³³ Pojęcie to zostanie omówione w dalszej części pracy.

⁹³⁴ A. Ryś, J. Żak, *op. cit.*, s. 98.

⁹³⁵ A. Adamski, W. Jarosz, S. Lipiński, J. Łabędzki, A. Marciniak, J. Michalska, I. Naworoł, D. Nowicka, J. Zarzycki, *Ratownictwo medyczne*, [w:] S. Lipiński (red.), *Skuteczne ratownictwo. Fachowy poradnik dla służb ratowniczych*, Warszawa 2009, s. 1.

Powołany system PRM jest zintegrowany, to znaczy istnieje połączenie sił i środków wszystkich instytucji zajmujących się ratownictwem medycznym, czyli Pogotowia Ratunkowego, pogotowia wodnego, górskiego, lotnictwa sanitarnego itp. oraz służb pozamedycznych – głównie straży pożarnej i różnych grup specjalistycznych, takich jak ratownictwo górnicze, techniczne, chemiczne, ekologiczne, służby energetyczne, a także w razie potrzeby – wojsko i policja⁹³⁶. System ten stał się jednostką wykonawczą zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Nadzór nad systemem na terenie kraju sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia, natomiast planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa należy do wojewody. Działania systemu PRM i służb ratowniczych polegają na jak najszybszym dotarciu z pomocą medyczną do chorych i poszkodowanych, rozpoczęciu działań ratunkowych na miejscu zdarzenia, a następnie dostarczeniu ratowanych do wyspecjalizowanej jednostki z zapewnieniem ciągłości, spójności i skuteczności procesu leczenia, bez strat czasowych na wszystkich jego etapach zarówno przedszpitalnych, jak i szpitalnych.

Zadania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne polegają na:

- „zapewnieniu możliwości natychmiastowego wezwania pomocy z użyciem środków łączności;
- niezwłocznym przybyciu na miejsce zdarzenia zespołu ratownictwa medycznego;
- niezwłocznym podjęciu właściwych działań ratowniczych na miejscu zdarzenia;
- zapewnieniu niezwłocznego przyjęcia do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego”⁹³⁷.

Miarą skuteczności działania systemu PRM powinien być wskaźnik tzw. „zgonów do uniknięcia”, czyli nagłych zgonów, których można byłoby uniknąć w korzystniejszych warunkach organizacyjnych, w przyjaznym dla pacjenta otoczeniu przedszpitalnym i szpitalnym oraz przy lepszym przygotowaniu osób zajmujących się ratowaniem życia ludzkiego. W Polsce tego wskaźnika nie określa się administracyjnie (szacuje się go na ok. 30%), podczas gdy w krajach OECD oscyluje on wokół 5-10% (dane z 2002 r.). Podobnie liczba zgonów okołokomunikacyjnych wynosi w Polsce ok. 11,2 ofiar/100 wypadków, podczas gdy w rozwiniętych krajach europejskich jest on trzykrotnie niższy (dane z 2005 r.). Różnica w ww. wskaźnikach jest miarą dystansu, jaki dzieli stan ratownictwa medycznego w Polsce od rozwiniętych systemów ochrony zdrowia krajów UE. Poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w najwyższym stopniu zależy od

⁹³⁶ A. Ferenc, *op. cit.*, s. 32.

⁹³⁷ M. Gaca, A. Witkowski, *System Państwowego Ratownictwa Medycznego – organizacja i miejsce medycyny ratunkowej*. [w:] D. Cenajek-Musiał, I. Okulicz-Kozaryn, M. Grześkowiak (red.), *Repetitorium z medycyny ratunkowej*, Poznań 2017, s. 19.

dostępności, stanu organizacyjnego i przygotowania specjalistycznego struktur systemu ratownictwa medycznego, czy działania systemu według określonych standardów postępowania⁹³⁸.

Prawidłowa współzależność wszystkich elementów owego systemu (ludzi, urządzeń, produktów, usług czy mechanizmów procesu)⁹³⁹ powinna dać gwarancję osiągnięcia celu, dla którego system ten został utworzony.

Podstawowymi elementami systemu ratownictwa medycznego są⁹⁴⁰:

- medycyna ratunkowa będąca wyspecjalizowanym obszarem wiedzy medycznej i zarazem podstawowym działem struktur ochrony zdrowia, w którym pracują wyspecjalizowane osoby reprezentujące zawody medyczne: lekarze medycyny ratunkowej, pielęgniarki ratunkowe i ratownicy medyczni.
- Szpitalne Oddziały Ratunkowy (SOR) jako specjalistyczna, docelowa baza szpitalna przygotowana do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego⁹⁴¹. Kooperują z nimi inne jednostki szpitalne podejmujące dalsze procedury specjalistyczne, takie jak: oddziały kardiologii interwencyjnej, udarowe, obrażeń wielonarządowych, oparzeń, ostrych zatruc, chirurgii dziecięcej itd. Należy również pamiętać, że SOR stanowi platformę wielospecjalistycznych zadań dla zespołów zadaniowych wobec pacjentów w nagłym zagrożeniu zdrowotnym. Przykładem takich zespołów są: zespoły urazowe (*Trauma Team*), zespoły wieńcowe (*Coronary Team*), zespoły udarowe (*Stroke Team*) itp.⁹⁴²
- zespoły Ratownictwa Medycznego połączone z bazą szpitalną ogniwa „łańcucha ratunkowego”, które mają doprowadzić osoby w nagłym zagrożeniu zdrowotnym do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w czasie nie dłuższym niż 30 min od stwierdzenia nagłego zagrożenia zdrowia lub życia.

Według pojęcia „złotej godziny” osoba po 30 min od zaistnienia zdarzenia niepożądanego ma jeszcze 50% szans na przeżycie, o ile zostaną podjęte wobec niej właściwe

⁹³⁸ *System Ratownictwa Medycznego w Województwie Dolnośląskim...*, s. 4.

⁹³⁹ M. Furtak-Niczyporuk, B. Drop, *Efektywność organizacji systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2013, nr 168, s. 56.

⁹⁴⁰ *Stanowisko Nadzoru Krajowego Medycyny Ratunkowej oraz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej w sprawie: – Bezpieczeństwa obywatelskiego w perspektywie medycyny ratunkowej i jej zadań w ochronie zdrowia, – Wojewódzkiego Planu Działania Systemu Ratownictwa Medycznego*, [w:] *Stanowiska Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej*, Grudzień 2011, s. 15 i n.

⁹⁴¹ Zob. § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1213).

⁹⁴² J. Jakubaszko, M. Gruszka, *Medycyna ratunkowa...*, s. 54.

ratunkowe procedury okołourazowe. Wczesna interwencja chirurgiczna u pacjentów, u których doszło do urazu, służy zmniejszeniu wskaźnika śmiertelności wśród ofiar wypadków⁹⁴³. Doświadczenia kilkudziesięciu lat funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w krajach rozwiniętych potwierdzają, że taki odsetek jest osiągalny, o ile znajdzie się ona w czasie do 30 min w wyspecjalizowanym środowisku SOR, w którym zostanie rozpoczęta stabilizacja jej funkcji życiowych, a podjęcie dalszych wysokospecjalistycznych procedur leczniczych w jednostkach współpracujących z Oddziałem⁹⁴⁴ ma nastąpić w czasie nie dłuższym niż 60 min od chwili zaistnienia zagrożenia. Odsetek osób w nagłym zagrożeniu zdrowia lub życia, docierających w takim czasie do szpitalnego oddziału ratunkowego, jest jednym z przyjętych wskaźników jakości funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego⁹⁴⁵.

Na dobrze funkcjonujący system PRM składa się skuteczne działanie każdego z jego elementów. Wszystkie te elementy w ratowaniu życia i zdrowia są równie ważne jak przytaczany element czasu, który jest istotny w każdym z ogniw „łańcucha ratunkowego”⁹⁴⁶:

- zaistnienie nagłego zagrożenie życia lub zdrowia,
- wysłanie sygnału o zagrożeniu przez numer 112,
- odbiór i lokalizacja sygnału i miejsca zdarzenia w Centrum Powiadamiania Ratunkowego – CPR,
- dotarcie z pierwszą pomocą medyczną jednostek system PRM, jak i jednostek z nim współpracujących,
- transport oraz prowadzone działania ratunkowe w SOR,
- specjalistyczne leczenie w szpitalu najwyższej referencyjności.

5.2. System Państwowe Ratownictwo Medyczne jako element zapewniający bezpieczeństwo zdrowotne

Prawo jest tym instrumentem, który reguluje zarówno obszar zachowania państwa, jak i obywatela wobec państwa. Również w przypadku ratownictwa, w tym ratownictwa medycznego, przepisy prawa (ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym powołująca system PRM) regulują sposób funkcjonowania uczestników podmiotów, służb, całych systemów składających się na poszczególne ratownictwo. Prawo jest podstawowym instrumentem, które służy ochronie życia i zdrowia. Prawo

⁹⁴³ A. Trzos, K. Długosz, *Wpływ wybranych elementów czasu reakcji systemu ratownictwa medycznego na efektywność udzielania pomocy ofierze wypadku komunikacyjnego*, „Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza” 2015, nr 39, s. 176.

⁹⁴⁴ Np.: okołourazowych, okołoudarowych, okołozawałowych.

⁹⁴⁵ J. Jakubaszko, *Założenia organizacyjne...*, s. 1 i n.

⁹⁴⁶ *System Ratownictwa Medycznego w Województwie Dolnośląskim...*, s. 2.

ratownicze⁹⁴⁷ (podobnie jak prawo w ogólności) to narzędzie państwa (administracji rządowej i samorządowej) służące do zapewnienia bezpieczeństwa wewnętrznego państwa w zakresie ostrzegania i alarmowania, a także przeciwdziałania i likwidacji skutków wielu niepożądanych zdarzeń zagrażających życiu czy zdrowiu ludności⁹⁴⁸. Zgodnie z poglądami J.J. Skoczylasa prawo ratownicze należy zaliczyć do administrawistyki, która z kolei zalicza się do dogmatyki prawa, stanowiąc odrębną dyscyplinę naukową wchodzącą w skład nauk prawnych. Ze względu na to, że dominującą metodą regulacji stosunków społeczno-gospodarczych jest metoda prawno-administracyjna, a regulacje cywilistyczne i karne pełnią jedynie rolę wspomagającą, można uznać, że prawo ratownicze jest rozrastającym się działem prawa administracyjnego. Obecny rozwój społeczno-gospodarczy Polski nie pozwala „zamknąć” tzw. prawa ratowniczego w jedną główną ustawę. Zakres przedmiotowy prawa ratowniczego⁹⁴⁹ jest na tyle szeroki, że regulacje prawne jednej ustawy nie są w stanie objąć tak szerokiego zakresu ochrony. W celu skutecznego zapewnienia ochrony prawo ratownicze może pomocniczo korzystać z dorobku innych nauk prawnych, medycznych, chemicznych, fizycznych itp., tworząc teorię i praktykę działań ratowniczych w sytuacjach stanów zagrożenia życia, zdrowia, jak również zagrożenia mienia lub środowiska⁹⁵⁰.

Artykuł 5 Konstytucji RP nakłada na państwo obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa obywatelom⁹⁵¹. Organy administracji rządowej i samorządowej wypełniają ten konstytucyjny obowiązek poprzez powołanie oraz utrzymanie odpowiednich sił i środków mających na celu ochronę ludności przed różnego typu zagrożeniami wynikającymi z działania sił przyrody, jak i z działalności człowieka. Do działań ratowniczych zostały powołane etatowe i ochotnicze wyspecjalizowane jednostki, których zadaniem jest udzielanie szybkiej i niezbędnej pomocy. Do jednostek tych zaliczamy: pogotowie ratunkowe, straż pożarną, pogotowie energetyczne, pogotowie gazowe, ratownictwo

⁹⁴⁷ Por. „Prawo ratownicze to określony zespół norm prawnych regulujących szczegółowy zakres zadań i odpowiedzialności władz publicznych województw, powiatów, gmin w zakresie wykonywania działań na rzecz przeciwdziałania zagrożeniom ludzi, mienia i środowiska”. Zob. *Powszechny System Ratowniczy*, Biuro Bezpieczeństwa Narodowego, Warszawa 1994, s. 7, cyt. za: J.J. Skoczylas, *op. cit.*, s. 47. Prawo ratownicze to narzędzie państwa (administracji rządowej i samorządowej) służące do zapewnienia bezpieczeństwa wewnętrznego państwa w zakresie ostrzegania i alarmowania, a także przeciwdziałania i likwidacji skutków wielu niepożądanych zdarzeń zagrażających życiu czy zdrowiu ludności.

⁹⁴⁸ J.J. Skoczylas, *op. cit.*, s. 38.

⁹⁴⁹ Przez działania ratownicze rozumie się każdą czynność podjętą w celu ochrony życia, zdrowia, mienia lub środowiska, a także likwidację przyczyn powstania pożaru, wystąpienia klęski żywiołowej lub innego miejscowego zagrożenia, art. 2 pkt 2 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 961).

⁹⁵⁰ J.J. Skoczylas, *op. cit.*, s. 45-48.

⁹⁵¹ Artykuł 5 Konstytucji RP Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. mówi, że obowiązkiem państwa polskiego jest zapewnienie bezpieczeństwa obywatelom.

specjalistyczne (np. medyczne, górskie, wodne, chemiczne), jak również policję i inne jednostki organizacyjne⁹⁵².

Szeroko pojęte ratownictwo to zapewnianie pomocy w stanach zagrożeń w różnych obszarach zadaniowości państwa, m.in. zdrowia i życia, zdarzeń masowych i katastrof o różnym nasileniu, technicznych systemów teleinformatycznych. Ratownictwo jest jedną z kilku służb funkcjonujących w systemie bezpieczeństwa państwa⁹⁵³.

W zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego ludności istotną rolę odgrywa system Państwowe Ratownictwo Medyczne. Stworzony na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym system ma zapewnić pomoc medyczną każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. System PRM jako składowa organizacyjna struktura ochrony zdrowia jest zasadniczym ogniwem gwarantującym poczucie bezpieczeństwa obywatela w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego⁹⁵⁴.

Zapewnienie każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego opieki medycznej na najwyższym poziomie, a więc zagwarantowanie jej bezpieczeństwa zdrowotnego, czyli realizacja celu, który przyświecał utworzeniu systemu PRM, wymaga skutecznego współgrania ze sobą wszystkich elementów składających się na ten system. System PRM jest w Polsce odpowiedzialny za bezpieczeństwo w nagłych zagrożeniach zdrowotnych⁹⁵⁵. Rola oraz odpowiedzialność systemu PRM za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli wynika z faktu, że w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia tylko dobrze skonstruowany system (taki jak system PRM) można opanować skutki zdarzeń, zarówno pojedynczych, jak i mnogich czy masowych. System ten musi zapewnić łatwe rozpoznanie zagrożeń, wezwanie pomocy medycznej, szybkie dotarcie zespołów ratownictwa medycznego (ZRM), podejmowanie czynności na miejscu zdarzenia przez przeszkoloną kadrę, pilny transport do właściwych ośrodków medycznych i jak najszybsze udzielenie pomocy specjalistycznej w szpitalnym oddziale ratunkowym. Bardzo istotnym aspektem jest również integracja systemu PRM ze służbami takimi, jak np. straż pożarna czy policja, których sprawna współpraca jest gwarantem udzielenia ochrony życia i zdrowia, a tym samym zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego⁹⁵⁶.

⁹⁵² J.J. Skoczylas, *op. cit.*, s. 48.

⁹⁵³ E. Cipora, *Wstęp*, [w:] E. Cipora (red.), *Ratownictwo w Systemie Bezpieczeństwa Państwa*, Sanok 2014, s. 5.

⁹⁵⁴ J. Jakubaszko, M. Gruszka, *Organizacja i możliwości ratownictwa...*, s. 77.

⁹⁵⁵ M. Witt, M. Popow, I. Skitek-Adamczak, *Organizacja ratownictwa w Polsce – podstawy prawne*, [w:] M. Witt, A. Dąbrowska, M. Dąbrowski (red.), *Ratownictwo medyczne. Kwalifikowana pierwsza pomoc*, Poznań 2014, s. 13.

⁹⁵⁶ M. Witt, M. Popow, I. Skitek-Adamczak, *op. cit.*, s. 13.

5.3. Podmioty właściwe do wykonywania zadań systemu PRM

W ramach systemu PRM działają (art. 2 ust. 2 pkt 1, 2 i 3 ustawy o PRM) organy administracji rządowej właściwe w zakresie wykonywania zadań systemu (minister właściwy do spraw zdrowia oraz wojewoda), dyspozytornie medyczne oraz jednostki organizacyjne systemu PRM, do których zaliczamy (art. 32 ust. 1 i 2 ustawy o PRM): szpitalne oddziały ratunkowe, zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa.

Według artykułu art. 3 pkt 14a ustawy o PRM dyspozytornia medyczna to komórka organizacyjna urzędu wojewódzkiego wskazana w wojewódzkim planie działania systemu, utworzona w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrów powiadamiania ratunkowego, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, przyjmowania powiadomień o zdarzeniach oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych.

Ponadto z systemem PRM współpracują służby ustawowo powołane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wymienione w art. 15 ustawy o PRM. Z systemem (art. 39 ustawy o PRM) współdziałają również uczelnie medyczne, placówki kształcenia ustawicznego dorosłych, stowarzyszenia lekarskie o zasięgu ogólnokrajowym prowadzące działalność w zakresie medycyny ratunkowej. Współdziałanie tych podmiotów odbywa się w zakresie edukacji i przygotowywania kadr systemu, opracowywania zaleceń proceduralnych funkcjonowania systemu, inicjowania i realizacji zadań naukowo-badawczych w zakresie medycyny ratunkowej, oceny jakości systemu oraz wytyczania kierunków jego rozwoju.

5.3.1. Organy administracji rządowej właściwe w zakresie wykonywania zadań systemu

Zgodnie z art. 18 ustawy o PRM organami administracji rządowej właściwymi w zakresie wykonywania zadań systemu zgodnie z ustawą o PRM jest minister właściwy do spraw zdrowia oraz wojewoda.

5.3.1.1. Minister właściwy do spraw zdrowia

Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne na terenie kraju. Pojęcie „nadzoru” nie ma ściśle ustalonej treści. M. Szewczyk na podstawie ustaleń doktryny, rozlicznych przepisów materialnego prawa administracyjnego dochodzi do wniosku, że pod pojęciem nadzoru należy rozumieć „(...) zespół relacji prawnych, które: 1) administracja publiczna jest upoważniona do nawiązywania z podmiotami, niemającymi – przynajmniej w zakresie tych relacji – statusu podmiotów administracji, tj. nie są dysponentami władztwa administracyjnego;

2) mają być zawiązane zasadniczo w celu odsuwania zagrożeń dla normalnego toku życia zbiorowego, przeciwdziałania ich wystąpieniu lub usuwaniu skutków i wystąpienia; 3) mogą podlegać nawiązaniu, modyfikacji i ustawianiu nie tylko w ramach procedur ustawowo uregulowanych, zwłaszcza w ramach jurysdykcyjnego postępowania administracyjnego oraz administracyjnego postępowania egzekucyjnego. Dotyczy to zwłaszcza ustawowych upoważnień administracji do podejmowania czynności kontrolnych oraz aktów administracyjnych innych niż decyzje i postanowienia⁹⁵⁷. M. Miemieć dodaje, że zadaniem nadzoru jest zapewnienie realizacji prawnie określonych celów administracji publicznej oraz utrzymanie jej funkcjonowania w granicach prawa⁹⁵⁸. J. Boć za nadzór uważa „badanie działalności danego podmiotu administracyjnego (kontrola) połączone z możliwością pomocy, wpływu, a także modyfikacji tej działalności, dokonywane przez organ zwierzchni organizacyjnie bądź funkcjonalnie, w celu zapewnienia zgodności tej działalności z prawem, a w określonych przypadkach zgodności z pewnymi wartościami szczegółowymi (także określonymi w prawie)”⁹⁵⁹.

Nadzór występuje poza stosunkami zależności organizacyjnoprawnej i służbowej⁹⁶⁰. Trybunał Konstytucyjny podkreśla, że „włączając zaś instytucję nadzoru w system kontroli administracyjnej, uznaje się zazwyczaj, iż nadzór jest sprawowany wobec jednostek o dużym stopniu samodzielności, zaś sama działalność nadzorcza ma na celu głównie zabezpieczenie przestrzegania prawa, jest wykonywana *ex post* i połączona z możliwością uchylecia kontrolowanych aktów w sytuacji prawnie określonych”⁹⁶¹. K. Kiczka, powołując się na uchwałę⁹⁶² Trybunału Konstytucyjnego, podkreśla, że na gruncie teorii prawa administracyjnego nadzór i kontrola występują jako dwie samoistne, odrębne funkcje, których nie można ze sobą utożsamiać, chociaż mogą być one ze sobą ściśle powiązane szczególnie wówczas, gdy ten sam podmiot został upoważniony do kontroli i nadzoru⁹⁶³.

Eugeniusz Ochendowski przez kontrolę rozumie ustalenie istniejącego stanu rzeczy oraz stanu pożądanego, a następnie ich porównanie i zaznaczenie różnic, ustalenie przyczyn tych różnic i sformułowanie i sformułowanie zaleceń w celu usunięcia

⁹⁵⁷ M. Szewczyk, *Nadzór jako instytucja materialnego prawa administracyjnego*, „Państwo i Prawo” 1997, Nr 1, s. 19.

⁹⁵⁸ M. Miemieć, *Prewencja i weryfikacja w ramach nadzoru i kierownictwa w ujęciu tradycyjnym*, [w:] C. Kociński (red.), *Nadzór administracyjny. Od prewencji do weryfikacji*, Wrocław 2006, s. 39.

⁹⁵⁹ A. Boć, M. Miemieć, *Nadzór prawny. Nadzór w systemie organów administracji*, [w:] J. Boć (red.), *Prawo...*, s. 239.

⁹⁶⁰ K. Kiczka, *Niektóre problemy prawne nadzoru administracyjnego w obszarze działalności gospodarczej*, [w:] C. Kociński (red.), *op. cit.*, s. 189.

⁹⁶¹ Wyrok TK z dnia 7 grudnia 2005 r., Kp 3/05, OTK z 2005 r. Nr 11, poz. 131 oraz M.P. z 2005 r. Nr 80, poz. 1148.

⁹⁶² Uchwała TK z dnia 5 października 1994 r., W 1/94 (Dz. U. z 1994 r. Nr 113, poz. 551).

⁹⁶³ Zob. K. Kiczka, *Wybrane zagadnienia kontroli współdziałania podmiotów publicznych i prywatnych w sferze gospodarki komunalnej*, Acta Universitatis Wratislaviensis no. 3555, „Przegląd Prawa i Administracji” 2014, t. XCVIII, s. 51.

niepożądanych zjawisk⁹⁶⁴. Według J. Langa kontrola to porównanie tego, co jest, z tym, co powinno być, w celu ustalenia czy przewidziany stan został urzeczywistniony⁹⁶⁵.

Pojęcie „nadzoru” należy traktowane łącznie z pojęciem „kontroli”⁹⁶⁶. Nadzór bowiem jest niczym innym niż kontrolą połączoną z możliwością zastosowania władczej ingerencji wobec podmiotu poddanego oddziaływaniu nadzorczemu⁹⁶⁷. Pojęcie nadzoru jest pojęciem szerszym od pojęcia kontroli. Kontrola jest to działanie mające na celu ustalenie stanu faktycznego i porównanie go ze stanem, jaki w danej sprawie powinien być osiągnięty. W sytuacji stwierdzenia różnic pomiędzy stanem istniejącym a oczekiwanym kontrola wykazuje te różnice, ich przyczyny oraz ścieżki dojścia do sytuacji pożądanej. Nadzór natomiast zawiera w sobie kontrolę, ale poza jej elementami⁹⁶⁸ daje możliwość ingerencji w działalność podmiotu nadzorowanego i modyfikacji tej działalności w celu dostosowania tej działalności do pożądanego celu⁹⁶⁹. Podmiotem o najszerszych kompetencjach nadzorczych jest państwo, które poprzez swoje organy sprawuje nadzór⁹⁷⁰. Konstrukcja nadzoru ma zastosowanie w strukturach administracji zdecentralizowanej⁹⁷¹. M. Karpiuk uzupełnia, że nadzór i kontrola są elementami oddziałującymi zarazem na administrację samorządową, jak i rządową różnych szczebli⁹⁷².

Termin „kontrola” jest powszechnie znany i kojarzony przede wszystkim z funkcją sprawdzającą i oceniającą⁹⁷³. Ze względu na zasięg zależności organizacyjnej możemy wyróżnić kontrolę:

- „zewnętrzna – gdy podmiot kontrolujący znajduje się poza organizacyjną strukturą administracji publicznej (sprawuje ją np. prokurator, sąd),

⁹⁶⁴ Zob. E. Ochendowski, *Prawo administracyjne. Część ogólna*, Toruń 2009, s. 417-419.

⁹⁶⁵ J. Lang, *Prawo administracyjne*, (red.) M. Wierzbowski, Warszawa 2011, s. 346 i n.

⁹⁶⁶ B. Adamiak, J. Borkowski, *Kodeks postępowania administracyjnego. Komentarz*, wyd. 14, Warszawa 2016, s. 890 i n.

⁹⁶⁷ R. Lewicka, *Kontrola prawotwórstwa administracji o charakterze powszechnie obowiązującym*, Warszawa 2008, s. 125.

⁹⁶⁸ Według W. Dawidowicza elementy kontroli obejmują: skontrolowanie istniejącego stanu rzeczy; zestawienie go z odpowiednimi wzorcami lub normami oraz sformułowanie na tej podstawie stosownej oceny; w przypadku istnienia rozbieżności między stanem istniejącym a pożądanym ustalenie przyczyn tych rozbieżności; przedstawienie zaleceń mających na celu ukazanie sposobu usunięcia niepożądanych zjawisk ujawnionych przez kontrolę, [w:] W. Dawidowicz, *Zagadnienia ustroju administracji państwowej w Polsce*, Warszawa 1970, s. 34.

⁹⁶⁹ J. Nowak-Kubiak, *Komentarz do art. 117*, [w:] J. Nowak-Kubiak, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Dział VI, wydanie 1, Warszawa 2012, s. 405.

⁹⁷⁰ L. Klat-Wertelecka, *Nadzór w administracyjnym prawie materialnym (farmaceutyczny, weterynaryjny, budowlany, pedagogiczny)*, [w:] C. Kociński (red.), *op. cit.*, s. 199.

⁹⁷¹ C. Kociński, *Stosunek kierowania jako podstawa więzi między Prezesem Rady Ministrów a wojewodami*, [w:] C. Kociński (red.), *op. cit.*, s. 75.

⁹⁷² M. Karpiuk, *Zasada legalizmu jako podstawowy wyznacznik nadzoru i kontroli administracji publicznej*, [w:] M. Czuryk, M. Karpiuk (red.), *Nadzór i kontrola w systemie wykonywania administracji publicznej*, Warszawa 2010, s. 17.

⁹⁷³ J. Jagielski, *Kontrola administracji publicznej*, wyd. 3, Warszawa 2012, s. 18.

- wewnętrzną – podmiot kontrolujący występuje w obrębie tej struktury.
- Pod względem inicjowania kontroli możemy wyróżnić:
- kontrolę podejmowaną z urzędu (np. przez Najwyższą Izbę Kontroli),
- podejmowaną na wniosek (kontrola instancyjna).

Ze względu na sposób przeprowadzenia kontroli możemy wyróżnić:

- inspekcję (obserwację zachowania się ludzi),
- lustrację (ocenę stanu rzeczywistego),
- rewizję (zwykle jest to kontrola sądowa),
- wizytację (zmierzającą do oceny za pomocą bezpośredniego wglądu w całokształt działalności)⁹⁷⁴.

Według W. Dawidowicza elementy kontroli obejmują: skontrolowanie istniejącego stanu rzeczy; zestawienie go z odpowiednimi wzorcami lub normami oraz sformułowanie na tej podstawie stosownej oceny; w przypadku istnienia rozbieżności między stanem istniejącym a pożądanym ustalenie przyczyn tych rozbieżności; przedstawienie zaleceń mających na celu ukazanie sposobu usunięcia niepożądanych zjawisk ujawnionych przez kontrolę⁹⁷⁵.

Organ kontrolujący, kierując się jednym z wybranych kryteriów, do których zaliczamy m.in. legalność (zgodność z prawem), celowość, gospodarność, rzetelność, słuszność itp., gdy stwierdzi podczas kontroli nieprawidłowości, może w granicach środków określonych prawem wiążąco wpływać na działalność jednostki nadzorowanej. Dopiero gdy ustawa wskazuje środki nadzoru, którymi są możliwości władczego i jednostronnego oddziaływania na czynności organu nadzorowanego, jest możliwa interwencja w działalność podmiotu nadzorowanego. W sytuacji gdy ustawa nie przyznaje wprost wyrażonych środków nadzoru, organ nadzoru może wpłynąć na podmiot kontrolowany jedynie za pomocą środków niewładczych, starając się skłonić ten podmiot do usunięcia zauważonych nieprawidłowości⁹⁷⁶.

„Środki nadzoru” są instrumentem prawnym będącym w dyspozycji organów nadzorczych⁹⁷⁷. Klasyfikacja środków nadzoru jest sporna⁹⁷⁸, w literaturze przedmiotu dominuje podział na środki nadzoru represyjnego oraz prewencyjnego⁹⁷⁹. Środki nadzoru represyjnego, jak i prewencyjnego zyskują dopiero pełny kształt i przebieg dzięki

⁹⁷⁴ E. Matowicka, Środki kontroli decyzji administracyjnych, [w:] B. Krupa (red.), *Kontrola administracji publicznej. Zakres i procedury*, Warszawa 2013, s. 130.

⁹⁷⁵ W. Dawidowicz, *op. cit.*, s. 34.

⁹⁷⁶ Zob. więcej na temat środków nadzoru represyjnego i prewencyjnego: E. Komotowicz, *Podstawowe pojęcia teoretyczne w nauce prawa administracyjnego*, [w:] M. Chmaj (red.), *Prawo administracyjne. Część ogólna*, Warszawa 2004, s. 89-90.

⁹⁷⁷ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 181.

⁹⁷⁸ J. Boć, M. Miemiec, Środki nadzoru, [w:] J. Boć (red.), *Prawo...*, s. 248.

⁹⁷⁹ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 181.

analizie ustaw szczególnych⁹⁸⁰. W ramach nadzoru represyjnego kontrolujący może np. uchylić akt wydany przez organ nadzorowany albo zażądać jego uchylenia od organu, który go wydał, wydania zarządzenia zastępczego, jeżeli organ nadzorowany nie wywiązał się z ciążącego na nim obowiązku do wydania w określonym terminie, czy też ustanowienie nadzoru komisarycznego⁹⁸¹. Wyróżnia się również nadzór prewencyjny, który jest realizowany przed podjęciem działania przez organ nadzorowany. Do środków nadzoru prewencyjnego możemy zaliczyć m.in. uzgodnienie czy zaopiniowanie aktu organu nadzorowanego⁹⁸².

W ramach prowadzonego nadzoru (art. 20 ustawy o PRM) minister właściwy do spraw zdrowia zatwierdza wojewódzki plan działania systemu i jego aktualizacje, równocześnie może żądać od wojewody wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania systemu na terenie województwa, czy też może przeprowadzać kontrolę dysponentów jednostek⁹⁸³ na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Użyte przez ustawodawcę sformułowanie „żądać” należy interpretować jako możliwość kategorycznego domagania się lub wymagania uzyskania „wszelkich informacji”, które dotyczą funkcjonowania systemu. Uprawnienie do pozyskania wszelkich informacji jest z punktu widzenia zagwarantowania możliwości sprawowania skutecznego nadzoru nad funkcjonowaniem systemu PRM. Nieodzownym elementem sprawowania każdej formy nadzoru jest zbadanie istniejącego stanu rzeczy, a zebrane informacje pozwalają na porównanie ich z obowiązującymi wzorcami i normami, dając możliwość wydania oceny oraz sformułowania wiążących zaleceń będących istotą nadzoru⁹⁸⁴. Rola ministra właściwego do spraw zdrowia w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne oprócz funkcji nadzorczej na terenie kraju sprowadza się głównie do wydawania licznych rozporządzeń⁹⁸⁵.

⁹⁸⁰ P. Lisowski, *Nadzór nad działalnością gminną związany z samorządowymi jednostkami organizacyjnymi*, [w:] C. Kociński (red.), *op. cit.*, s. 117.

⁹⁸¹ E. Komotowicz, *op. cit.*, s. 90.

⁹⁸² J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 181.

⁹⁸³ Dysponent jednostki to podmiot leczniczy w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej (ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w którego skład wchodzi jednostka systemu PRM).

⁹⁸⁴ M. Waszkiewicz, *Komentarz do art. 20*, [w:] S. Poździej (red.), *Ustawa...*, s. 202.

⁹⁸⁵ Rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie:

1. Zakresu wiedzy i umiejętności niezbędnych do prowadzenia zajęć edukacyjnych w zakresie udzielania pierwszej pomocy, tryb ich nabywania oraz wzór zaświadczenia potwierdzającego posiadanie przygotowania do prowadzenia zajęć w zakresie udzielania pierwszej pomocy, mając na celu zapewnienie właściwej ich realizacji. Zakres ten minister właściwy do spraw zdrowia określi w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania (art. 8 ust. 5);

2. Zakresu problematyki uwzględnianej przy opracowywaniu pytań testowych Państwowy Egzamin z Ratownictwa Medycznego (PERM), uwzględniając zakres wiedzy i umiejętności, które powinien posiadać ratownik medyczny, tryb powoływania członków Komisji Egzaminacyjnej oraz wysokość wynagrodzenia dla przewodniczącego i członków Zespołów Egzaminacyjnych, wzór oświadczenia dla Członków Zespołu Egzaminacyjnego przed rozpoczęciem PERM, sposób i szczegółowy tryb przeprowadzania PERM, w tym

Minister właściwy do spraw zdrowia po otrzymaniu od wojewody założeń dotyczących finansowania zespołów ratownictwa medycznego, do dnia 6 maja roku

okres, w którym powinny być wyznaczone ich terminy uwzględniając konieczność sprawnego i efektywnego przeprowadzenia PERM, zachowania bezstronności pracy Komisji Egzaminacyjnej i Zespołów Egzaminacyjnych, nakład pracy przewodniczącego i członków Komisji Egzaminacyjnej; wysokość opłaty jaką uiszcza zgłaszający się na egzamin oraz sposób jej uiszczenia, uwzględniając koszty przeprowadzenia PERM oraz wydania dokumentu potwierdzającego złożenie PERM, szczegółowy tryb unieważniania PERM, szczegółowy sposób ustalania wyników PERM – uwzględniając konieczność sprawnego i efektywnego przeprowadzenia PERM; wzór świadectwa złożenia PERM; tryb wydawania przez dyrektora CEM duplikatu albo odpisu świadectwa złożenia PERM oraz sposób uiszczenia opłaty; tryb dokonywania przez dyrektora CEM korekty świadectwa złożenia PERM oraz sposób uiszczenia opłaty – uwzględniając konieczność prawidłowego i sprawnego wydania dokumentu potwierdzającego złożenie PERM (art. 10g);

3. Zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie lub pod nadzorem lekarza systemu, świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie lub na zlecenie lekarza – kierując się zakresem wiedzy i umiejętności nabytych w ramach kształcenia przed- i podyplomowego (art. 11 ust. 11);

4. Określenia wzoru karty indywidualnej ratownika medycznego, kierując się zakresem wiedzy i umiejętności nabytych przez ratownika medycznego oraz uwzględniając konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do tej karty oraz rzetelnego jej prowadzenia (art. 11 ust. 12);

5. Określenia formy samokształcenia, sposobu i trybu odbywania doskonalenia zawodowego przez ratowników medycznych, zakresu doskonalenia zawodowego ratowników medycznych, wzoru wniosku o wpis na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego, sposobu potwierdzania, dokumentowania i zatwierdzania poszczególnych form doskonalenia zawodowego, wzoru karty doskonalenia zawodowego – uwzględniając zapewnienie jednolitości odbywania doskonalenia zawodowego, szybkości i jednolitości postępowania oraz przejrzystości wniosku, dokumentowania oraz zatwierdzania form doskonalenia zawodowego i karty doskonalenia zawodowego (art. 12e);

6. Ramowy program kursu obejmujący założenia organizacyjno-programowe, plan nauczania zawierający rozkład zajęć, wykaz umiejętności wynikowych i treści nauczania, uwzględniając w szczególności zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy; kwalifikacje kadry dydaktycznej prowadzącej kurs, mając na celu zapewnienie odpowiedniego jej poziomu; sposób przeprowadzania egzaminu kończącego kurs, skład, tryb powoływania i odwoływania komisji egzaminacyjnej, okres ważności oraz wzór zaświadczenia o ukończeniu kursu i uzyskaniu tytułu ratownika, mając na celu uwzględnienie obiektywnych kryteriów weryfikacji wiedzy i umiejętności zdobytych podczas kursu (art. 13 ust. 8);

7. Określa szczegółowy zakres danych objętych w wojewódzkim planie działania systemu, ramowy wzór tego planu oraz zakres niezbędnych danych podlegających upublicznieniu w Biuletynie Informacji Publicznej (art. 21 ust. 17).

8. Określa minimalne funkcjonalności System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, zwany dalej „SWD PRM”; sposób utrzymania SWD PRM; sposób zarządzania SWD PRM; sposób działania systemu w sytuacji awarii SWD PRM; minimalne wyposażenie stanowisk pracy SWD PRM w dyspozytorni medycznej, w miejscu stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego, w specjalistycznym środku transportu sanitarnego wykorzystywanym przez zespół ratownictwa medycznego i na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego – mając na uwadze potrzebę zapewnienia sprawnego działania SWD PRM, realizacji zadań przez dyspozytorów medycznych, zespoły ratownictwa medycznego, wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego oraz współpracy SWD PRM z systemem teleinformatycznym w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1077), dalej u.s.p.r., (art. 24g).

9. Określi, w drodze rozporządzenia, organizację, sposób funkcjonowania oraz elementy techniczne dyspozytorni medycznej, biorąc pod uwagę podział zadań między dyspozytorami medycznymi oraz zapewnienie możliwie najkrótszego czasu oczekiwania na odbiór przez dyspozytora medycznego zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu (25b ust. 6).

poprzedzającego rok budżetowy, przedstawia ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych propozycję wysokości środków na finansowanie z budżetu państwa z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie, wraz z podziałem tych środków między poszczególne województwa. (art. 46 ust. 4)

Procedura podejmowania decyzji w kwestii nadzoru Ministra Zdrowia, jak i wojewody wynika z generalnych zapisów kodeksu postępowania administracyjnego⁹⁸⁶, natomiast szczegółowa procedura w tej materii została uregulowana w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁹⁸⁷, art. 118 ust. 1 u.d.l. daje organom kontrolującym

10. Określa formy samokształcenia, sposób i tryb odbywania doskonalenia zawodowego przez dyspozytorów medycznych, zakres doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych, wzór wniosku o wpis na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego, sposób potwierdzania dokumentowania i zatwierdzania poszczególnych form doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych, wzór karty doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych uwzględniając zapewnienie jednolitości odbywania doskonalenia zawodowego, szybkości i jednolitości postępowania oraz przejrzystości wniosku, dokumentowania i zatwierdzania form doskonalenia zawodowego i karty doskonalenia zawodowego (art. 26 ust. 5);

11. Określa: ramowe procedury: przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego; dysponowania zespołami ratownictwa medycznego – mając na względzie potrzebę jak najszybszego ustalenia istotnych elementów stanu faktycznego w trakcie przyjmowania zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu oraz zapewnienia odpowiedniego sposobu obsługi tego zgłoszenia lub powiadomienia, a także zapewnienie wysłania na miejsce zdarzenia właściwego zespołu ratownictwa medycznego (art. 27 ust. 5).

12. Określa, szczegółowy zakres zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego (art. 29 ust. 10);

13. Określa: minimalną funkcjonalność oraz minimalne wymagania techniczne, a także administrowanie „TOPSOR” – szpitalny oddział ratunkowy; warunki organizacyjno-techniczne gromadzenia, przetwarzania i pobierania danych zgromadzonych w TOPSOR – uwzględniając konieczność zapewnienia współpracy systemu informatycznego wykorzystywanego przez dysponenta jednostki z TOPSOR oraz umożliwienia powszechnej dostępności danych, przy zachowaniu odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa tych danych (art. 33a ust 12).

14. Określa szczegółowe zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych, szczegółowe warunki prowadzenia segregacji medycznej w szpitalnych oddziałach ratunkowych, szczegółowe wymagania dotyczące lokalizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych w strukturze szpitala oraz warunków technicznych, minimalne wyposażenie, organizację oraz minimalne zasoby kadrowe szpitalnych oddziałów ratunkowych (art. 34);

15. Określa, wzór graficzny systemu, będący jego oznaczeniem, sposób oznakowania jednostek systemu, kierującego akcją medyczną, osób wykonujących medyczne czynności ratunkowe oraz ratowników z jednostek współpracujących z systemem. Określa również wymagania w zakresie umundurowania członków zespołu ratownictwa medycznego (art. 38 ust. 3).

16. Określa szczegółowe wymagania organizacyjne centrum urazowego, w zakresie minimalnego wyposażenia diagnostycznego oraz technicznego, minimalne zasoby kadrowe zespołu urazowego, kryteria kwalifikacji osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w centrum urazowym, sposób postępowania z pacjentem urazowym (art. 39d);

17. Określa, w drodze rozporządzenia szczegółowe wymagania organizacyjne centrum urazowego dla dzieci, w zakresie minimalnego wyposażenia diagnostycznego oraz technicznego, minimalne zasoby kadrowe zespołu urazowego dziecięcego, kryteria kwalifikacji osoby do ukończenia 18. roku życia będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w centrum urazowym dla dzieci, sposób postępowania z pacjentem urazowym dziecięcym (art. 39h).

⁹⁸⁶ Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego.

⁹⁸⁷ W świetle art. 118 ust. 2 w ramach kontroli minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do: wizytacji pomieszczeń; obserwowania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych

prawo do przeprowadzenia kontroli pod względem zgodności działań z: prawem (pkt 1) oraz medycznym (pkt 2)⁹⁸⁸.

„Kontrola pod względem legalności obejmuje w szczególności: zgodność działania z przepisami prawa powszechnie obowiązującego (konstytucja, ustawy, ratyfikowane umowy, rozporządzenia, akty prawa miejscowego), a także aktami prawa o charakterze wewnętrznym (prawo zakładowe) oraz normami kształtującymi sytuację prawną podmiotów, ich jednostek organizacyjnych, pracowników i kontrahentów (umowy, decyzje, postanowienia, wyroki sądowe, uchwały kompetentnych organów, np. sejmik samorządowego województwa, rada powiatu, rada gminy, rada miasta itp.). W tym pojęciu mieści się również badanie, czy podejmowane działania miały właściwą podstawę prawną i mieściły się w granicach kompetencji kontrolowanego podmiotu, a także badanie, czy zaniechanie działania nie miało miejsca w sytuacji, gdy kontrolowany podmiot był zobowiązany do podjęcia określanych działań (lub odwrotnie)”⁹⁸⁹.

Do przedstawienia kontroli pod względem medycznym można się było posłużyć obowiązującym do końca 2012 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 grudnia 1992 r. w sprawie zlecenia kontroli zakładu opieki zdrowotnej⁹⁹⁰, zastąpionym obecnie obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzenia kontroli podmiotów leczniczych⁹⁹¹.

Zgodnie z § 1 uchylonego rozporządzenia jednorazowe kontrole zakładu opieki zdrowotnej pod względem medycznym mogły być zlecane, jeżeli w szczególności: zachodzi podejrzenie występowania nieprawidłowości w działalności zakładu opieki zdrowotnej pod względem medycznym; istnieje doraźna potrzeba dokonania oceny na obszarze kraju lub województwa stosowania określonych metod i sposobów postępowania medycznego służących zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia albo przestrzegania określonych wymogów postępowania medycznego; istnieje podejrzenie istotnego obniżenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych lub ograniczenia dostępności świadczeń zdrowotnych; zachodzi podejrzenie nieprawidłowego postępowania osoby wykonującej zawód medyczny lub postępowania niezgodnego z uprawnieniami zawodowymi takiej osoby.

Kontrole ciągłe zakładu opieki zdrowotnej pod względem medycznym mogły być zlecane (§ 2 ust. 1), jeżeli w szczególności: wskaźniki umieralności, zachorowalności

w sposób nienaruszający praw pacjenta; oceny uzyskanej dokumentacji medycznej; oceny informacji i dokumentacji innej niż dokumentacja medyczna; oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; oceny gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi.

⁹⁸⁸ M. Waszkiewicz, *Komentarz do art. 19*, [w:] S. Poździejch (red.), *Ustawa...*, s. 198-199.

⁹⁸⁹ M. Waszkiewicz, *Komentarz do art. 20* ..., s. 203.

⁹⁹⁰ Dz. U. z 1992 r. Nr 96, poz. 477.

⁹⁹¹ T. j. Dz. U. z 2015 r. poz. 1331.

i chorobowości znacznie odbiegają na określonym obszarze od średnich krajowych; występuje zjawisko zwiększającej się liczby skarg na działalność określonych zakładów opieki zdrowotnej; istnieje potrzeba stałej oceny realizacji zadań w zakresie opieki zdrowotnej nad określonymi grupami ludności i działalności profilaktycznej, wynikających z programów rządowych i resortowych. Ponadto kontrole (§ 2 ust. 2) mogą być zlecane również w celu oceny: wewnętrzzakładowych systemów mających zapewnić poprawę jakości i poziomu udzielanych świadczeń leczniczych; spełnienia wymagań przewidzianych dla zakładów opieki zdrowotnej ubiegających się o akredytację zakładu o wyróżniającej się jakości i poziomie udzielanych świadczeń zdrowotnych; wskaźników zdrowotnych świadczących o jakości świadczeń zdrowotnych; stosowania się do procedur medycznych, zleconych do powszechnego stosowania w zakładach opieki zdrowotnej. Powyższe zalecenia kontroli pod względem medycznym w obecnie obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzenia kontroli podmiotów leczniczych nie zostały powtórzone.

Na podstawie przepisów art. 119 u.d.l. Minister Zdrowia może zlecić przeprowadzenie kontroli: wojewodom, konsultantom krajowym⁹⁹², jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez tego ministra. Dodatkowo na podstawie odpłatnej umowy Minister może zlecić przeprowadzenie jednorazowej kontroli: organom samorządów zawodów medycznych; medycznym towarzystwom naukowym; uczelniom medycznym; instytutom badawczym; specjalistom z poszczególnych dziedzin medycyny.

Mając na uwadze przywołane przepisy ustawy o działalności leczniczej, zarówno Minister Zdrowia, jak i wojewoda mógłby podjąć konieczne i stosowne działania w zakresie nadzoru, jak i kontroli nad działalnością jednostek systemu PRM, nawet w przypadku, gdy nie było żadnych zapisów w ustawie o PRM⁹⁹³.

Nie tylko z zapisów ustawy o PRM, ale również z zapisów ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej wynika, że do kompetencji Ministra Zdrowia należy organizacja i nadzór nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne. Oznacza to, że Minister Zdrowia ma prawo (ale i obowiązek wobec osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego) do przeprowadzania wszelkich kontroli związanych z planowaniem, organizowaniem, koordynowaniem systemu ratownictwa medycznego oraz przestrzegania przepisów ustawy o PRM na terenie całego kraju. Ponadto przysługuje mu uprawnienie do wykonywania wiążących zaleceń, wskazań i wytycznych będących wynikiem kontroli⁹⁹⁴. Minister Zdrowia w niewielkim zakresie wykorzystuje uprawnienia nadzorczo-kontrolne, jakie dają mu przepisy prawa, aby

⁹⁹² O, których mowa w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 886).

⁹⁹³ M. Waszkiewicz, *Komentarz do art. 19...*, s. 199.

⁹⁹⁴ *Ibidem*, s. 200.

usprawnić system PRM. Jego działania są dopiero widoczne, gdy błędne działanie jednostek systemu doprowadzi do nagłośnienia sprawy przez media.

5.3.1.2. Wojewoda

Do zadań wojewody⁹⁹⁵ jako terenowego organu administracji rządowej w województwie należy: planowanie, organizowanie, koordynowanie oraz nadzór nad systemem PRM na terenie województwa.

Wojewoda ponadto odpowiada⁹⁹⁶ za ochronę bezpieczeństwa zdrowotnego poprzez zapewnianie współdziałania wszystkich organów administracji rządowej i samorządowej działających na obszarze województwa, kieruje ich działalnością w zakresie zapobiegania zagrożeniom życia, zdrowia lub mienia oraz zagrożeniom środowiska, utrzymania porządku publicznego, bezpieczeństwa państwa oraz zapobiegania klęskom żywiołowym i innym nadzwyczajnym zagrożeniom przy jednoczesnym zadaniu zwalczania i usuwania ich skutków, na zasadach określonych w odrębnych ustawach.

Na obszarze województwa (zgodnie z art. 21 ust. 1) system PRM działa na podstawie wojewódzkiego planu działania systemu, który sporządza wojewoda. Plan ten w razie potrzeby podlega aktualizacji.

Wojewódzki plan działania systemu PRM obejmuje w szczególności (art. 21 ust. 3 ustawy o PRM):

- a) liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa jednostek systemu PRM;
- b) obszary działania i rejony operacyjne;
- c) sposób koordynowania działań jednostek systemu;
- d) kalkulację kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego (ZRM);

⁹⁹⁵ Zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1464) Wojewoda jest: przedstawicielem Rady Ministrów w województwie; zwierzchnikiem rządowej administracji zespolonej w województwie; organem rządowej administracji zespolonej w województwie; organem nadzoru nad działalnością jednostek samorządu terytorialnego i ich związków pod względem legalności; organem administracji rządowej w województwie, do którego właściwości należą wszystkie sprawy z zakresu administracji rządowej w województwie niezastrzeżone w odrębnych ustawach do właściwości innych organów tej administracji; reprezentantem Skarbu Państwa, w zakresie i na zasadach określonych w odrębnych ustawach; organem wyższego stopnia w rozumieniu ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego.

Wojewoda nadzoruje wykorzystanie zasobu nieruchomości Skarbu Państwa w województwie, obowiązany zapewnić gospodarowanie tymi nieruchomościami w sposób zgodny z zasadami prawidłowej gospodarki.

Wojewoda kontroluje pod względem legalności, gospodarności i rzetelności wykonywanie przez organy samorządu terytorialnego zadań z zakresu administracji rządowej, realizowanych przez nie na podstawie ustawy lub porozumienia z organami administracji rządowej.

⁹⁹⁶ Na podstawie art. 22 pkt 2 na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie.

- e) sposób współpracy z organami administracji publicznej i jednostkami systemu z innych województw, zapewniający sprawne i skuteczne ratowanie życia i zdrowia, bez względu na przebieg granic województw;
- f) sposób współpracy jednostek systemu z jednostkami współpracującymi z systemem;
- g) informacje o lokalizacji centrów powiadamiania ratunkowego w rozumieniu ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego⁹⁹⁷;
- h) opis budowy systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego w celu dokonania przez przedsiębiorców telekomunikacyjnych zestawienia koniecznych łączy telekomunikacyjnych, zapewniających możliwość niezbędnych przekierowań połączeń z centrum powiadamiania ratunkowego (CPR) do właściwych jednostek organizacyjnych Policji, Państwowej Straży Pożarnej i dysponentów zespołów ratownictwa medycznego;
- i) lokalizację, teren działania i liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych, którą ustala się, przyjmując za kryterium, że jedno stanowisko przypada na każde 200 tys. mieszkańców, sposób współpracy między dyspozytorniami medycznymi, liczbę i kwalifikacje zawodowe dyspozytorów medycznych;
- j) dane dotyczące wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego, obejmujące: medianę czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia, średni i maksymalny czas trwania akcji medycznej, liczbę wyjazdów przekraczających maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia;
- k) dane dotyczące liczby pacjentów szpitalnego oddziału ratunkowego oraz izby przyjęć szpitala, liczby pacjentów urazowych oraz liczby pacjentów urazowych dziecięcych, liczby osób wykonujących zawód medyczny w jednostkach systemu;
- l) sposób organizacji i działania łączności radiowej, w tym z wykorzystaniem przydzielonych numerów identyfikacyjnych zespołów ratownictwa medycznego i dyspozytorni medycznych, zapewniający sprawną komunikację między zespołami ratownictwa medycznego, dyspozytorami medycznymi, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego a szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, izbami przyjęć szpitali, centrami urazowymi, centrami urazowymi dla dzieci, jednostkami organizacyjnymi szpitali wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego oraz jednostkami współpracującymi z systemem.

Wojewoda co roku dokonuje analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń. W wyniku analizy jest możliwe dostosowanie lokalizacji, terenu działania i liczby

⁹⁹⁷ T. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1077.

stanowisk dyspozytorów medycznych do aktualnych potrzeb systemu (art. 21 ust. 3b ustawy o PRM).

W wojewódzkim planie działania systemu PRM, po uzgodnieniu z dyrektorem właściwego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, umieszcza się ponadto (art. 21 ust. 4 ustawy o PRM):

- a) odpowiednią do potrzeb liczbę szpitalnych oddziałów ratunkowych i ich rozmieszczenie, kierując się kryterium zapewnienia odpowiedniego czasu dotarcia z miejsca zdarzenia do szpitalnego oddziału ratunkowego oraz liczbą zdarzeń;
- b) wykaz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;
- c) informację o centrum urazowym oraz centrum urazowym dla dzieci wraz ze wzmianką o zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, niezbędnych do realizacji jego zadań, jeżeli centrum urazowe lub centrum urazowe dla dzieci znajduje się na obszarze danego województwa.

Ponadto elementy planu dotyczące współpracy jednostek systemu z jednostkami współpracującymi z systemem wymagają uzgodnienia z właściwym (art. 21 ust. 5 pkt 2 ustawy o PRM):

- a) komendantem wojewódzkim Państwowej Straży Pożarnej,
- b) komendantem wojewódzkim Policji,
- c) dyrektorem Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa,
- d) komendantem oddziału Straży Granicznej, jeżeli jednostki podległe lub nadzorowane przez te organy zostały wpisane do rejestru.

W przypadku aktualizacji planu organy jednostek samorządu terytorialnego i inne podmioty są obowiązane dostarczyć, na pisemne żądanie wojewody, wszelkich informacji niezbędnych do sporządzenia projektu aktualizacji planu. Wojewoda przekazuje projekt aktualizacji planu ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w celu zatwierdzenia.

Minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie 30 dni od dnia otrzymania projektu aktualizacji planu, uzupełnia projekt aktualizacji planu o część dotyczącą lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, jak również może zgłosić zastrzeżenia do poszczególnych postanowień projektu aktualizacji planu (art. 21 ust. 10 ustawy o PRM). W przypadku zgłoszenia zastrzeżeń zmienia projekt aktualizacji planu zgodnie z zaleceniami ministra właściwego do spraw zdrowia i przesyła go ministrowi w celu zatwierdzenia, chyba że w terminie 3 dni od dnia otrzymania tych zaleceń zgłosi do nich zastrzeżenia. W terminie 3 dni od dnia otrzymania zastrzeżeń minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje je, w razie uwzględnienia – zatwierdza projekt aktualizacji planu albo zaleca wojewodzie wprowadzenie zmian w terminie nie dłuższym niż 3 dni. W przypadku zalecenia wprowadzenia zmian, o których mowa w ust. 13, wojewoda zmienia projekt

aktualizacji planu zgodnie z zaleceniami ministra właściwego do spraw zdrowia. Plan zostaje zaktualizowany z chwilą zatwierdzenia projektu aktualizacji planu. Wojewoda tekst planu w wersji zaktualizowanej, zatwierdzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia ujednolicony, podaje do publicznej wiadomości, w szczególności przez zamieszczenie w „Biuletynie Informacji Publicznej” (art. 21 ust. 11-16 ustawy o PRM).

Zatwierdzony plan jest podstawą do zawierania przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych. Wojewoda (art. 49 ust. 1 ustawy o PRM) powierza przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, zawieranie, rozliczanie i kontrolę wykonania tych umów dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ zawiera umowy na rejon operacyjny⁹⁹⁸ na podstawie planu oraz w ramach środków przewidzianych w budżecie państwa w części, której dysponentem jest wojewoda, ujętych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia (art. 49 ust. 2 ustawy o PRM). Środki na finansowanie ww. umów wojewoda przekazuje Narodowemu Funduszowi Zdrowia w formie dotacji celowej w trybie i na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych w celu zapewnienia finansowania zadań zespołów ratownictwa medycznego na terenie właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ (art. 49 ust. 3 ustawy o PRM). Do postępowania w sprawie zawarcia ww. umów, ich zawierania, rozliczania i kontroli stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 49 ust. 5 ustawy o PRM). Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, działając w porozumieniu z wojewodą, może rozwiązać umowę na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych w związku z niewywiązywaniem się lub nienależytym wywiązywaniem się zespołów ratownictwa medycznego z obowiązków wynikających z zawartej umowy (art. 49 ust. 7 ustawy o PRM).

Artykułem 23 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych⁹⁹⁹, która weszła w życie z dniem 8 marca 2020 r.; ze zmianą wprowadzoną przez art. 7 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19¹⁰⁰⁰, która weszła w życie z dniem 1 kwietnia 2020 r., dodano art. 49a ustawy o PRM, który stanowi, że w przypadku stanu

⁹⁹⁸ Rejon operacyjny – rejon działania dyspozytorni medycznej określony w wojewódzkim planie działania systemu (art. 3 pkt 14 ustawy o PRM).

⁹⁹⁹ Dz. U. z 2020 r. poz. 374.

¹⁰⁰⁰ Dz. U. z 2020 r. poz. 567.

zagrożenia epidemicznego, stanu epidemii albo w razie niebezpieczeństwa szerzenia się zakażenia lub choroby zakaźnej, które może stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego, w szczególności wystąpienia choroby szczególnie niebezpiecznej lub wysoce zakaźnej, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wojewoda może zawrzeć dodatkową umowę na finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego związanych z zabezpieczeniem wybranych miejsc lub dokonania czynności wykraczających poza zadania określone w planie, z dysponentem zespołów ratownictwa medycznego. Do tej umowy nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

Wojewódzki plan działania systemu będący dokumentem urzędowym sporządzonym przez wojewodę, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia, stał się narzędziem, dzięki któremu jest możliwe sprawne, efektywne i skutecznego działanie systemu PRM nie tylko na terenie województwa, ale w skali całego kraju¹⁰⁰¹. W 2008 r. na terenie województwa dolnośląskiego (jak i w pozostałych województwach kraju) dokonano analizy stanu oraz wyznaczono kierunki zmian w systemie ratownictwa medycznego¹⁰⁰². W 2009 r. w celu obniżenia poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków oraz innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego mieszkańców Dolnego Śląska w latach 2008-2010 dokonano ponownej analizy systemu ratownictwa medycznego¹⁰⁰³. Pierwszy Wojewódzki plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa dolnośląskiego został opublikowany dopiero w 2011 r.¹⁰⁰⁴.

Według rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne¹⁰⁰⁵ plan powinien zawierać wiele elementów wymienionych w § 2¹⁰⁰⁶.

¹⁰⁰¹ M. Waszkiewicz, *Komentarz do art. 21* [w:] S. Poździej (red.), *Ustawa...*, s. 207-208.

¹⁰⁰² Zob. System Ratownictwa Medycznego w Województwie Dolnośląskim – Analiza stanu na rok 2008, kierunki zmian, https://drive.google.com/file/d/19NzSeJ0Llp1_uH7FO03blNWRw1-8rWКУ/view?usp=sharing [dostęp 20.04.2020].

¹⁰⁰³ Zob. Medycyna Ratunkowa w Województwie Dolnośląskim – Raport z realizacji programu modernizacji w latach 2008-2010 r. Analiza stanu na rok 2009. Kierunki zmian, https://drive.google.com/file/d/1e9kbwJoQTzdi7rxZCqgl_16RT_qepxxo/view?usp=sparing [dostęp 20.04.2020].

¹⁰⁰⁴ Plan oraz jego aktualizacje znajdują się na stronie internetowej Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Oddział Ratownictwa Medycznego Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu, <https://www.duw.pl/pl/urzadz/wydzialy/wydzial-bezpieczenstwa/oddzial-ratownictwa-med/12176,Oddzial-Ratownictwa-Medycznego.html> [dostęp 20.04.2020].

¹⁰⁰⁵ Dz. U. z 2018 r. poz. 2154.

¹⁰⁰⁶ 1) informacje o jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zwanej dalej „ustawą”, centrach urazowych, centrach urazowych dla dzieci oraz jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w zakresie:

a) liczby, rodzaju, dysponentów, miejsc stacjonowania i adresów miejsc stacjonowania w poszczególnych rejonach operacyjnych zespołów ratownictwa medycznego, z określeniem obszaru działania dla każdego zespołu,

Wymienione w art. 21 ustawy o PRM elementy planu działania systemu nie stanowią zamkniętego katalogu i w razie potrzeby lista ta przez wojewodę może być

-
- b) liczby, rodzaju, dysponentów, adresów miejsca stacjonowania dodatkowych zespołów ratownictwa medycznego, z określeniem maksymalnego czasu uruchomienia zespołu,
 - c) liczby i miejsc stacjonowania lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, wraz z ich czasem działania,
 - d) liczby i rozmieszczenia szpitalnych oddziałów ratunkowych w poszczególnych powiatach,
 - e) liczby i rozmieszczenia centrów urazowych, wraz z informacją o świadczeniach opieki zdrowotnej, niezbędnych do realizacji ich zadań,
 - f) liczby i rozmieszczenia centrów urazowych dla dzieci, wraz z informacją o świadczeniach opieki zdrowotnej, niezbędnych do realizacji ich zadań,
 - g) liczby i rozmieszczenia jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, wraz z profilem tych jednostek oraz liczbą łóżek.
- 2) informacje o planowanych na kolejne lata nowych, przenoszonych lub likwidowanych jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy, zwanych dalej „jednostkami systemu”, centrach urazowych oraz centrach urazowych dla dzieci na obszarze województwa, w zakresie:
- a) planowanej daty uruchomienia, likwidacji lub przeniesienia, liczby, rodzaju, miejsc stacjonowania w poszczególnych rejonach operacyjnych zespołów ratownictwa medycznego, z określeniem obszaru działania dla każdego zespołu,
 - b) planowanej dacie uruchomienia, liczbie i rozmieszczeniu w poszczególnych powiatach szpitalnych oddziałów ratunkowych,
 - c) planowanej dacie uruchomienia, liczbie, rozmieszczeniu centrów urazowych i centrów urazowych dla dzieci.
- 3) informacje dotyczące funkcjonowania jednostek systemu, o liczbie pacjentów izby przyjęć szpitala, pacjentów urazowych, pacjentów urazowych dziecięcych, a także osób wykonujących zawód medyczny w jednostkach systemu, w zakresie:
- a) liczby wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego za rok poprzedni, w przeliczeniu na jeden zespół, obszar działania, rejon operacyjny i województwo oraz czasu dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia (liczony od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego do powrotu zespołu ratownictwa medycznego do gotowości operacyjnej), w przeliczeniu na jeden zespół, obszar działania, rejon operacyjny i województwo, obejmujące:
 - liczbę wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego,
 - medianę czasu dotarcia na miejsce zdarzenia,
 - maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia,
 - średni i maksymalny czas trwania akcji medycznej,
 - liczbę wyjazdów przekraczających maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia,
 - b) liczby pacjentów szpitalnego oddziału ratunkowego, za rok poprzedni,
 - c) liczby pacjentów izby przyjęć szpitala, za rok poprzedni,
 - d) liczby pacjentów urazowych oraz liczby pacjentów urazowych dziecięcych, za rok poprzedni,
 - e) liczby osób wykonujących zawód medyczny w jednostkach systemu, za rok poprzedni.
- 4) opis i organizację struktury systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, w zakresie:
- a) adresu dyspozytorni medycznej, rejonu działania, liczby rezerwowych stanowisk dyspozytorów medycznych, liczby i rodzaju obsługiwanych zespołów ratownictwa medycznego, liczby, rodzaju i godzin pracy stanowisk dyspozytorów medycznych,
 - b) adresu centrum powiadamiania ratunkowego,
 - c) liczby i kwalifikacji zawodowych dyspozytorów medycznych,
 - d) liczby i godzin pracy stanowisk dyspozytorów medycznych,
 - e) liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń przyjmowanych na stanowiskach dyspozytorów medycznych,

uzupełniana o kolejne elementy przyczyniające się do bardziej skutecznego ratowania życia i zdrowia w stanach nagłych¹⁰⁰⁷. Aby Wojewódzkie Plany Działania Systemu PRM

-
- f) sposobu organizacji i działania systemów łączności radiowej, ze wskazaniem rodzajów wykorzystywanych urządzeń,
 - g) sposobu prowadzenia korespondencji radiowej, z wykorzystaniem przydzielonych numerów identyfikacyjnych zespołów ratownictwa medycznego i dyspozytorni medycznych w ramach zapewnienia sprawnej komunikacji między zespołami ratownictwa medycznego, dyspozytorami medycznymi, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego a szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, izbami przyjęć szpitali, centrami urazowymi, centrami urazowymi dla dzieci, jednostkami organizacyjnymi szpitali wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego oraz jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, o których mowa w art. 15 ustawy,
 - h) sposobu współpracy dyspozytorni medycznych, wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego oraz organizacji i procedur koordynacji działań jednostek systemu, ze wskazaniem kompetencji i trybu podejmowanych działań, z uwzględnieniem zdarzeń powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób w przypadkach, o których mowa w art. 30 ustawy,
 - i) sposobu powiadamiania o zdarzeniach właściwych jednostek organizacyjnych Policji, Państwowej Straży Pożarnej przez dyspozytorów medycznych,
 - j) sposobu funkcjonowania zastępowalności dyspozytorni medycznych,
 - k) sposobu funkcjonowania systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego w przypadku awarii.
- 5) opis sposobu współpracy wojewody i dysponentów jednostek systemu z organami administracji publicznej i jednostkami systemu z innych województw, w tym jeżeli dotyczy opisu współpracy zawartego w umowach międzynarodowych, dotyczącego współpracy transgranicznej w zakresie ratownictwa medycznego, w zakresie:
- a) procedur współpracy,
 - b) kompetencji i trybu podejmowania działań,
 - c) obiegu i wymiany informacji.
- 6) informację o ujęciu w Rejestrze Jednostek Współpracujących z Systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne danych dotyczących liczby, rodzaju i rozmieszczenia jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, o których mowa w art. 15 ustawy.
- 7) opis sposobu współpracy jednostek systemu z jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne na obszarze województwa, w zakresie:
- a) procedur współpracy,
 - b) organizacji wspólnych ćwiczeń i analizy działań ratowniczych oraz procedur powiadamiania, alarmowania, dysponowania i koordynowania działań ratowniczych w przypadku zdarzeń pojedynczych i zdarzeń powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób, o których mowa w art. 30 ustawy,
 - c) kompetencji i trybu podejmowania działań,
 - d) obiegu i wymiany informacji.
- 8) kalkulację rocznych kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego za rok poprzedni, z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, sporządzaną z podziałem na rodzaje zespołów dla poszczególnych rejonów operacyjnych oraz średnio dla obszaru całego województwa, chyba że rejon operacyjny pokrywa się z obszarem województwa, przy wykorzystaniu danych dotyczących:
- a) kosztów bezpośrednich działalności zespołów ratownictwa medycznego, w zakresie:
 - kosztów osobowych,
 - kosztów eksploatacyjnych,
 - b) kosztów pośrednich działalności zespołów ratownictwa medycznego, w zakresie kosztów eksploatacyjnych, w tym kosztów administracyjno-gospodarczych funkcjonowania zespołów ratownictwa medycznego i dyspozytorni medycznych, kosztów osobowych funkcjonowania dyspozytorni medycznych.

¹⁰⁰⁷ M. Waszkiewicz, *Komentarz do art. 21...*, s. 209.

przyniosły oczekiwane efekty w formie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych¹⁰⁰⁸ obywateli w nagłych zagrożeniach zdrowia lub życia, ich materia powinna wynikać ze szczegółowej analizy potrzeb poszczególnego województwa w kontekście¹⁰⁰⁹:

- populacji i profilu demograficznego województwa w tym aktywności transgranicznej;
- rodzaju, liczby i rozmieszczenia jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia i ewentualnych planów przekształceniowych;
- specyfiki topograficznej województwa;
- potencjalnych zagrożeń ze strony środowiska naturalnego swoistych dla danego województwa;
- zagrożeń ze strony ośrodków przemysłowych ulokowanych w województwie.

Analiza powyższych czynników powinna jednoznacznie doprowadzić do określenia potrzeb województwa niezbędnych do zabezpieczenia zdrowotnego ludności w stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Oznaczone potrzeby powinny mieć odzwierciedlenie w Planie Wojewódzkim poprzez określenie m.in. niezbędnej maksymalnej liczby ośrodków szpitalnych ze szpitalnymi oddziałami ratunkowymi; centralnego dla danego rejonu szpitalnego oddziału ratunkowego; poziomie referencyjności oddziałów ratunkowych; optymalnej liczby centrów powiadamiania ratunkowego, w tym centrów dziecięcych niezbędnych do utrzymania sieci łączności wewnątrz i pomiędzy poszczególnymi Rejonami Operacyjnymi Systemu; maksymalnej liczby i rodzajów zespołów ratownictwa medycznego oraz ich rozmieszczenie w poszczególnych Rejonach Operacyjnych Systemu¹⁰¹⁰ w województwie. Granice Rejonu Operacyjnego Systemu w głównej mierze zależą od gęstości zaludnienia danego obszaru z uwzględnieniem jego topografii terenu. Rejon ten powinien zabezpieczać populację ok. 200 tys. osób i w promieniu nie większym niż 20 km¹⁰¹¹. Plan Wojewódzki powinien również określać koszty gotowości szpitalnych oddziałów ratunkowych i zespołów ratownictwa medycznego oraz szacunkową wartość usług zdrowotnych świadczonych przez te jednostki. Wyliczenia te powinny być podstawą przy planowaniu wojewódzkiego budżetu niezbędnego do zabezpieczenia potrzeb ludności

¹⁰⁰⁸ O potrzeba zdrowotnych więcej w rozdziale o bezpieczeństwie zdrowotnym.

¹⁰⁰⁹ *Stanowisko Nadzoru Krajowego Medycyny Ratunkowej...*, s. 15.

¹⁰¹⁰ Topograficznie określony obszar, na którym znajdujący się referencyjny Szpitalny Oddział Ratunkowy zabezpiecza nagłe zagrożenia zdrowotne populacji tego obszaru. Na obszarze tym SOR powinien być zintegrowany ze współpracującymi z nim innymi oddziałami, jednostkami szpitalnymi właściwymi dla ratownictwa medycznego oraz przypisanymi terytorialnie ZRM.

¹⁰¹¹ W latach 90. XX w. służby ratownicze były mocno związane terytorialnie z obszarem, który odpowiadał obszarowi powiatu sprzed 1975 r. W byłym mieście powiatowym znajdował się najczęściej szpital powiatowy z izbą przyjęć, do której trafiali wszyscy pacjenci, a w razie konieczności dopiero transportowano ich do szpitali wojewódzkich zob.: M. Gaca, A. Witkowski, *Realizacja programu medycyny ratunkowej w perspektywie województwa wielkopolskiego*, „Przewodnik Lekarza” 2007, nr 2, s. 240 i 241.

w przypadkach nagłych zagrożeń zdrowotnych oraz przy kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych jednostek systemu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Kolejnym ważnym elementem Wojewódzkich Planów Działania Systemu powinny być plany zdarzeń masowych i katastrof¹⁰¹², przewidywanych w poszczególnych Rejonach Operacyjnych Systemu¹⁰¹³. Regulacje prawne niektórych krajów, takich jak: Wielka Brytania, Niemcy, Francja i Izrael obejmują również obowiązek prowadzenia ćwiczeń planów. Tego typu ćwiczenia przez jednostki systemu powinny być prowadzone również w Polsce po to, aby np. wyniku katastrofy działania tych jednostek były możliwie jak najefektywniejsze¹⁰¹⁴.

Oprócz zadań związanych z Wojewódzkim Planem Działania Systemu¹⁰¹⁵ istnieje jeszcze wiele innych zadań wojewody¹⁰¹⁶ na terenie województwa w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Wojewoda podejmuje również działania organizacyjne

¹⁰¹² Częścią tego planu powinien być szpitalny plan zabezpieczenia katastrofy, opracowany dla jednostek szpitalnych znajdujących się w Rejonie Operacyjnym.

¹⁰¹³ *Stanowisko Nadzoru Krajowego Medycyny Ratunkowej...*, s. 15-16.

¹⁰¹⁴ M. Waszkiewicz, *Komentarz do art. 21...*, s. 215-216.

¹⁰¹⁵ Zob. art. 21 ust. 6, 7, 9, 12, 14 i 16 ustawy o PRM.

¹⁰¹⁶ A w przypadku gdy nie jest możliwe ustalenie właściwego wojewody – Wojewoda Mazowiecki m.in.:

1. Weryfikuje uprawnienia osoby chcącej dokonać czynności za pomocą konta w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (art. 10b ust 6 ustawy o PRM).

2. Weryfikuje formalnie wniosek o uzyskanie wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego oraz załączonych dokumentów oraz przekazania ich do CMKP w terminie 14 dni od złożenia wszystkich dokumentów określonych ustawą. W przypadku stwierdzenia we wniosku braków formalnych wojewoda wzywa do ich uzupełnienia, pod rygorem pozostawienia sprawy bez rozpoznania, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku. Informacje o termin i miejsce prowadzenia danego kursu przekazane wojewodzie przez podmiot wpisany na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego, wojewoda niezwłocznie przesyła do CMKP (art. 12c ust. 6, 7 i 16 ustawy o PRM).

3. Wydaje kartę doskonalenia zawodowego na wniosek ratownika medycznego (art. 12d ust. 2 ustawy o PRM).

4. Zatwierdza program kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy, po stwierdzeniu jego zgodności z ramowym programem określonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia w drodze rozporządzenia, na podstawie tego samego rozporządzenia przeprowadza weryfikację kwalifikacji kadry dydaktycznej w zakresie ich zgodności z przepisami wspomnianego rozporządzenia, ponadto wojewoda odmawia zatwierdzenia albo cofa zatwierdzenie programu kursu, jeżeli program nie spełnia wymagań określonych w rozporządzeniu lub podmiot prowadzący kurs nie zapewnia kadry dydaktycznej o kwalifikacjach określonych w przepisach rozporządzenia (art. 13 ust. 3-6 ustawy o PRM).

5. Prowadzi w postaci elektronicznej rejestr jednostek współpracujących z systemem PRM wraz z wydaniem decyzji administracyjnych o wpisie do rejestru czy wykreśleniu z rejestru jednostek współpracujących z system, zawiadamia tą jednostkę oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych o wydaniu decyzji, (art. 17 ust. 1-6a ustawy o PRM).

6. Może ustalić (w porozumieniu z dyrektorem właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, na wniosek świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie tego oddziału) harmonogram funkcjonowania jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w warunkach zwiększonej gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, uwzględniając konieczność właściwego zabezpieczenia dostępu do tych świadczeń. (art. 21a ust. 1 ustawy o PRM).

zmierzające do zapewnienia następujących parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego (art. 24 ustawy o PRM):

Przyjmuje się, że:

- 1) mediana czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca – jest nie większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;
- 2) trzeci kwartył czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca – jest nie większy niż 12 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;
- 3) maksymalny czas dotarcia nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców. Przyjmuje się ponadto, że 0,5% przypadków o najdłuższych czasach dotarcia w skali każdego miesiąca nie bierze się pod uwagę w naliczaniu parametrów określonych powyżej, z zastrzeżeniem, że przypadki te nie podlegają kumulacji pomiędzy miesiącami.

W przypadku wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej¹⁰¹⁷ lub gdy w ocenie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego skutki zdarzenia mogą spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób, wojewoda może nałożyć, w drodze decyzji administracyjnej, na podmioty wykonujące działalność leczniczą obowiązek pozostawania w stanie podwyższonej gotowości w celu przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Do wydawania tych decyzji wojewoda może upoważnić wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego (art. 30 ust. 2 i 4).

Wojewoda w ramach funkcji nadzorczych jest uprawniony do przeprowadzania kontroli¹⁰¹⁸ jednostek współpracujących z systemem PRM, dysponentów jednostek działających na obszarze województwa w trybie i na zasadach określonych w przepisach o działalności leczniczej oraz podmiotów prowadzących kursy kwalifikowanej pierwszej

7. Prowadzi ewidencję centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. Ewidencja jest prowadzona w systemie teleinformatycznym (art. 23a ust. 1 ustawy o PRM).

8. Przekazuje dane do systemu informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (art. 23b ustawy o PRM).

¹⁰¹⁷ T. j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1897.

¹⁰¹⁸ Należy również zwrócić uwagę, że wojewoda (jako organ rejestrowy) jest uprawniony do kontroli wszelkich podmiotów leczniczych, zarówno publicznych, których organem założycielskim są organy administracji rządowej i jednostki samorządu terytorialnego, jak i niepublicznych będących przedsiębiorcami albo podmiotów leczniczych utworzonych przez kościoły, stowarzyszenia i fundacje. Jednostki systemu PRM (SOR-y i ZRM) jako jednostki organizacyjne w ramach wewnętrznej struktury organizacyjnej podmiotu leczniczych podlegają kontroli wojewody, [za:] M. Waszkiewicz, *Komentarz do art. 19...*, s. 200-201.

pomocy, dodatkowo wojewoda jest uprawniony do przeprowadzania kontroli podmiotów prowadzących kursy doskonalące ratowników medycznych i kursy doskonalące dyspozytorów medycznych (art. 31). Do przeprowadzania kontroli, o której mowa powyżej, stosuje się odpowiednio przepisy o działalności leczniczej dotyczące nadzoru i kontroli.

5.3.2. Jednostki organizacyjne systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne

Zgodnie z art. 32 ust. 1 ustawy o PRM jednostkami systemu są:

- a) szpitalne oddziały ratunkowe (SOR),
- b) zespoły ratownictwa medycznego (ZRM), w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (LZRM).

Jednostki systemu PRM powinny¹⁰¹⁹ udzielać świadczeń wyłącznie w razie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zadaniem dysponentów jest zapewnienie pełnej gotowości tych jednostek (ludzi, zasobów i jednostek organizacyjnych) tak, aby w każdym czasie i w każdej sytuacji być gotowym na udzielenie pomocy w przypadku nagłego zagrożenia zdrowotnego poszkodowanego¹⁰²⁰.

Wymieniona w art. 32 ust. 1 lista jednostek systemu jest zamknięta i nie podlega żadnemu rozszerzeniu. Jednostki te muszą wchodzić w skład podmiotu leczniczego będącego samodzielny publiczny zakładem opieki zdrowotnej albo muszą być jednostką budżetową, albo spółką kapitałową, w której co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego. Dodatkowo zobowiązane są do zawarcia umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym albo w rodzaju ratownictwo medyczne. Umowy zawierane przez zespoły ratownictwa medycznego są zawierane pomiędzy dysponentem tego zespołu a wojewódzkim oddziałem NFZ, natomiast lotnicze zespoły ratownictwa medycznego zawierają umowy z Ministerstwem Zdrowia. Formalnie istniejące szpitalne oddziały ratunkowe czy zespoły ratownictwa medycznego, które nie zawarły umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie są jednostkami systemu¹⁰²¹.

5.3.2.1. Szpitalne oddziały ratunkowe

Według przepisów ustawy o PRM oraz przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego¹⁰²² Szpitalny

¹⁰¹⁹ Nie zawsze się tak dzieje. Ze względu na słabość całego systemu ochrony zdrowia pacjenci często wykorzystują ZRM czy SOR-y np. gdy nie ma kto im udzielić porady lekarskiej czy wypisać recepty na leki przyjmowane cyklicznie.

¹⁰²⁰ M. Paczkowska, *Prawo dla ratowników medycznych*, Warszawa 2016, s. 61.

¹⁰²¹ T. Filarski, *Komentarz do art. 32, [w:] S. Poździejch (red.), Ustawa...*, s. 281-282.

¹⁰²² Dz. U. z 2019 r. poz. 1213.

Oddział Ratunkowy (SOR) jest to komórka organizacyjna szpitala stanowiąca jednostkę systemu¹⁰²³, udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego¹⁰²⁴.

Oddział zazwyczaj lokalizuje się na poziomie wejścia dla pieszych i podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego do oddziału, z osobnym wejściem dla pieszych oddzielnym od trasy podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego¹⁰²⁵. Oddział posiada własne bezkolizyjne trakty komunikacyjne, niezależne od ogólnodostępnych traktów szpitalnych. Oddział winien posiadać całodobowe lotnisko lub całodobowe lądowisko¹⁰²⁶ zlokalizowane w takiej odległości, aby było możliwe przyjęcie osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

W przypadku braku możliwości technicznych spełnienia wymagań posiadania lotniska czy lądowiska dopuszcza się możliwość przekazania pacjenta przez lotniczy zespół ratownictwa medycznego (LZRM) do specjalistycznego środka transportu sanitarnego wtedy, gdy transport pacjenta do oddziału nie przekroczy 5 minut, licząc od momentu przekazania pacjenta przez LZRM.

Aby pacjent miał gwarancje właściwego zaopatrzenia medycznego¹⁰²⁷, jak i późniejszego dalszego leczenia, SOR organizuje się w szpitalu, w którym znajduje się co najmniej¹⁰²⁸:

- a) oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową, a w przypadku szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych dla dzieci – oddział chirurgii dziecięcej;
- b) oddział chorób wewnętrznych, a w przypadku szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych dla dzieci – oddział pediatrii;

¹⁰²³ A. Mickiewicz, *Państwowe Ratownictwo Medyczne*, [w:] A. Mickiewicz, M. Bujnowska, J. Żółtańska, A. Wysowska, J. Adamiak, M. Wasilewski, *Medyczne czynności ratunkowe – podręcznik dla studentów ratownictwa medycznego*, Legnica 2014, s. 14.

¹⁰²⁴ Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia (art. 3 pkt 8 ustawy o PRM).

¹⁰²⁵ Lokalizacja oddziału powinna zapewnić łatwą komunikację z oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii, zespołem operacyjnym, pracownią diagnostyki obrazowej oraz węzłem wewnątrzszpitalnej komunikacji pionowej.

¹⁰²⁶ Lądowisko powinno spełniać wymagania określone w ustawie z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1580) oraz wymagania dla lądowisk określone w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. (poz. 1213).

¹⁰²⁷ Zapewnia się całodobowy dostęp do badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym; komputerowego badania tomograficznego; badań endoskopowych, w tym: gastroskopii, rektoskopii, bronchoskopii, laryngoskopii (§ 4 ust. 4 rozporządzenia w sprawie SOR).

¹⁰²⁸ § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie SOR.

- c) oddział anestezjologii i intensywnej terapii, a w przypadku szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych dla dzieci – oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci;
- d) pracownia diagnostyki obrazowej;
- e) miejsce udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

W skład oddziału wchodzi obszary¹⁰²⁹:

- a) segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć, w którym zapewnia się przeprowadzenie wstępnej oceny osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i bezkolizyjnego transportu tych osób do innych obszarów oddziału lub do innego oddziału szpitala.
- b) resuscytacyjno-zabiegowy, w którym zapewnia się monitorowanie i podtrzymywanie funkcji życiowych; prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowo-mózgowej; prowadzenie resuscytacji okołourazowej; wykonywanie podstawowego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia urazów.
- c) wstępnej intensywnej terapii; do zadań tego obszaru należy w szczególności monitorowanie i podtrzymywanie funkcji życiowych; prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowo-mózgowej; wykonywanie pełnego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia; prowadzenie resuscytacji płynowej; leczenie bólu; wstępne leczenie zatruc.
- d) terapii natychmiastowej; obszar ten składa się z sali opatrunków gipsowych oraz sali zabiegowej, w której dokonuje się drobnych zabiegów chirurgicznych u osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
- e) obserwacji; składa się co najmniej z 4 stanowisk.
- f) konsultacyjny, w skład którego wchodzi gabinety lub boksy badań lekarskich w liczbie niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania obszaru.
- g) zaplecza administracyjno-gospodarczego.

Zgodnie z art. 33 ust. 2 ustawy o PRM w razie konieczności szpital, w którym znajduje się SOR, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci lub jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, zapewnia niezwłoczny transport sanitarny pacjenta urazowego, pacjenta urazowego dziecięcego albo osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie.

Zgodnie z zapisami art. 33a ust. 1-5 ustawy o PRM w szpitalnym oddziale ratunkowym jest prowadzona segregacja medyczna, która przeprowadzana jest przez pielęgniarkę

¹⁰²⁹ O lokalizacji poszczególnych obszarów, o ich składzie czy wyposażeniu zob. § 5 i n. rozporządzenia w sprawie SOR.

systemu, ratownika medycznego lub lekarza systemu. W wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest przydzielana jedna z kategorii w pięciostopniowej skali. Do prowadzenia segregacji medycznej wykorzystuje się system zarządzający trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym (dalej TOPSOR), w którym są przetwarzane dane osobowe, w tym dane dotyczące zdrowia pacjenta, oraz dane o liczbie osób i czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego w szpitalnym oddziale ratunkowym. Administrator zapewnia bezpieczne przetwarzanie danych, w tym kontrolę dostępu użytkowników do danych, oraz dokumentuje dokonywane przez nich zmiany. Informacja o czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych osobom jest podawana na wyświetlaczu zbiorczym umieszczonym w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć.

W wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej osoba w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest przydzielana do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielenia jej świadczeń zdrowotnych, gdzie:

- 1) kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem;
- 2) kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut;
- 3) kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut;
- 4) kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut;
- 5) kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut¹⁰³⁰.

Ponadto osoby, które zostały przydzielone do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim, mogą być kierowane z oddziału do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Zasady kierowania osób, którym przydzielono kategorii pilności oznaczone kolorem zielonym lub niebieskim, do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej są określone w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, i podane do publicznej wiadomości przez zamieszczenie na stronie internetowej tego podmiotu i wywieszenie na tablicy ogłoszeń w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć¹⁰³¹.

¹⁰³⁰ § 6 ust. 9 rozporządzenia w sprawie SOR.

¹⁰³¹ § 6 ust. 11 i 12 rozporządzenia w sprawie SOR.

Według danych z Narodowego Funduszu Zdrowia łącznie na terenie kraju¹⁰³² w 2020 r. działa 237 szpitalnych oddziałów ratunkowych¹⁰³³, w 2017 r. działało 226 SOR, w 2015 r. 229, w 2014 r. 228¹⁰³⁴, a w 2010 r. funkcjonowało 229 SOR¹⁰³⁵. Od 2012 r. następuje powolny wzrost liczby udzielanych świadczeń¹⁰³⁶ w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć¹⁰³⁷.

Szpitalne Oddziały Ratunkowe zostały stworzone, aby udzielać świadczeń zdrowotnych osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Po przedstawionych w przypisie danych¹⁰³⁸ widać, że liczba osób korzystających z SOR cały czas wzrasta. Przyczyn wzrostu liczby pacjentów należy upatrywać w tym, że pacjenci przychodzą na SOR, najczęściej nie będąc w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, przede wszystkim po recepty na stosowane stałe leki w związku ze schorzeniami

¹⁰³² W 2014 r. średnio na 1 mln ubezpieczonych w Polsce przypada 6,2 SOR, a IP na 1 mln ubezpieczonych jest 10,2. Dane NFZ.

¹⁰³³ <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/panstwowe-ratownictwo-medyczne/szpitalne-oddzialy-ratunkowe/> [dostęp 20.04.2020].

¹⁰³⁴ Główny Urząd Statystyczny, *Działalność systemu „Państwowe Ratownictwo Medyczne” w 2014 roku, w oparciu o dane pozyskane w ramach statystyki publicznej*, Warszawa, 17 grudnia 2015 r., s. 7.

¹⁰³⁵ W krajach zachodnich Unii Europejskiej tworzone są SOR-y przy szpitalach wielospecjalistycznych dla zabezpieczenia populacji 150-250 tys. ludności, [za:] J. Jakubaszko, M. Gruszka, *Medycyna ratunkowa...*, s. 53.

¹⁰³⁶ Zarządzenie nr 16/2018/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lutego 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć, zdefiniowano §2 ust. 1 pkt 7 pojęcie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym jako świadczenie opieki zdrowotnej polegające na szpitalnej wstępnej diagnostyce oraz leczeniu w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Świadczenie w szpitalnej izbie przyjęć to świadczenie opieki zdrowotnej – ambulatoryjnej pomocy doraźnej udzielone w trybie nagłym osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, które nie zakończyło się hospitalizacją w tej samej placówce (§ 2 ust. 1 pkt 8).

¹⁰³⁷ Z systemem w 2015 PRM ponadto współpracowało 168 izb przyjęć w szpitalach.

¹⁰³⁸ Świadczeń ambulatoryjnych w 2012 r. udzielono 4,17 mln, a w 2014 r. 4,51 mln, zaś w 2015 r. liczba ta przekroczyła 4,6 mln. W trybie ambulatoryjnym pomocy medycznej udzielono niemal 4,6 mln osób, o niecałe 66 tys. więcej niż w roku 2014. Większość pacjentów stanowili mężczyźni – 54,9%. Dzieci i młodzież do lat 18 stanowili 18,9%, a osoby w wieku 65 lat i więcej – 22,4%. Przyjmowani ambulatoryjnie pacjenci byli kwalifikowani do różnych poradni specjalistycznych lub były im udzielone świadczenia w zakresie ogólnym [za:] Główny Urząd Statystyczny, *Działalność systemu „Państwowe...*, s. 7.

W roku 2015 szpitalne oddziały ratunkowe dysponowały 1388 łózkami. W trybie stacjonarnym (pobyt powyżej 24 godzin) w SOR udzielono pomocy 73,8 tys. osób. Było to o 6,4% więcej niż w roku 2014. W tym z ogólnej liczby osób, którym udzielono pomocy, 5,7% stanowiły dzieci i młodzież do lat 18. Osoby w wieku co najmniej 65 lat stanowiły 38% wszystkich pacjentów. Również wrosła liczba osób leczonych w SOR w trybie „jednego dnia” (w porównaniu z zeszłym rokiem wzrost o 2,6%) i wyniosła ona 1,32 mln, [za:] Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.*, https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/6/1/zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2015.pdf, s. 138 i 139 [dostęp 20.04.2020].

przewlekłymi, czy też ze względu, że nie mogą uzyskać wizyty kontrolnej w związku z wcześniej rozpoczętym leczeniem¹⁰³⁹.

Powodów takiej sytuacji można upatrywać w niedoskonałości całego systemu ochrony zdrowia. Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli zależy również od pełnej dostępności i sprawności funkcjonowania służb medycznych – zwłaszcza od istnienia sprawnie działających służb zdrowia publicznego, dlatego wprowadzenie ograniczeń w dostępności do świadczeń medycznych, wprowadzenie limitów na te świadczenia m.in. poprzez niską wycenę świadczeń udzielanych w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ) (zbyt niski ryczałt za pacjenta) jest zagrożeniem dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli¹⁰⁴⁰. Dla pacjentów, którzy nie otrzymali pomocy w POZ, a znajdują się w potrzebie zdrowotnej, system PRM jest ostatnią szansą na otrzymanie pomocy medycznej. System PRM miał być pierwszym ogniwem w przypadku konieczności ratowania i życia w stanach nagłych, a stał się przystanią dla pacjentów, którzy z powodu niedofinansowania Podstawowej Opieki Zdrowotnej są zmuszeni do szukania pomocy m.in. na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Według Krzysztofa Wiśniewskiego niewydolność podstawowej opieki zdrowotnej, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej powoduje konieczność przeprowadzenia reformy POZ, a nie systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, który według niego działa „świetnie”¹⁰⁴¹.

W związku z tym, że do 2016 r. świadczenia medyczne udzielane w Izbie Przyjęć (IP) i SOR u tego samego świadczeniodawcy kontraktowane są przez NFZ alternatywnie, a poziom finansowania tych kontraktów¹⁰⁴² nie pokrywa rzeczywistych kosztów (NFZ pokrywa tylko ok. 1/3 wydatków SOR¹⁰⁴³), dlatego poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów było zagrożone.

Aby zwiększyć bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów i zatrzymać zamykanie SOR przez szpitale – powodowane w głównej mierze dużymi stratami dla szpitali – Prezes NFZ wydał zarządzenie¹⁰⁴⁴ Nr 110/2015/BP z dnia 31 grudnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie

¹⁰³⁹ E. Fryźlewicz-Chrapisińska, *Komentarz do art. 33*, [w:] S. Poździoch (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2013, s. 290.

¹⁰⁴⁰ J. Leowski, *op. cit.*, s. 23-25.

¹⁰⁴¹ K. Gubała, *Na styku POZ i SOR iskrzy, ale kłótnia w rodzinie nie jest potrzebna*, <https://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Na-styku-POZ-i-SOR-iskrzy-ale-klotnia-w-rodzinie-nie-jest-potrzebna,194245,8.html> [dostęp 20.04.2020].

¹⁰⁴² Minimalne i maksymalne stawki ryczałtu dobowego w SOR to 4 731-25 404 zł a IP 462 – 11 481 zł. Dane NFZ na 2014 rok.

¹⁰⁴³ J. Jakubaszko, M. Gruszka, *Medycyna ratunkowa...*, s. 54. Na ten problem również zwrócił uwagę NIK w swoim raporcie dotyczącym funkcjonowania systemu PRM, [za:] *Informacja o wynikach kontroli – Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego*, Najwyższa Izba Kontroli, Nr ewid. 149/2012/P11094/KZD, s. 11.

¹⁰⁴⁴ Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25, art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 oraz art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. Zarządzeniem określono nowy sposób wyceny świadczeń udzielanych w SOR i IP. Wprowadzono nowe, ujednoczone w całym kraju algorytmy określania ryczałtu dobowego dla SOR-ów oraz IP, uwzględniających specyfikę udzielanych tam świadczeń, jak również charakterystykę potencjału wykonawczego, tj. personel medyczny, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, a także możliwości diagnostyczno-terapeutyczne¹⁰⁴⁵.

Obecnie obowiązujące zarządzenie nr 16/2018/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lutego 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć¹⁰⁴⁶ w § 11 ust. 1 dokonuje się kalkulacji ceny jednostki rozliczeniowej w SOR z uwzględnieniem liczby pacjentów i rodzaju zrealizowanych procedur medycznych oraz potencjału wykonawczego, rozumianego jako: personel medyczny, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, a także możliwości diagnostyczno-terapeutyczne.

Zmiany warunków rozliczenia świadczeń rzeczywiście wpłynęły pozytywnie na finanse SOR-ów, jednakże nie przyczyniły się znacząco do poprawy funkcjonowania systemu PRM. Pacjenci nadal czekają w wielogodzinnych kolejkach na przyjęcie na SOR. Działaniem zmierzającym do skrócenia tego oczekiwania może być utrzymanie funkcjonowania¹⁰⁴⁷ oraz lepsze wykorzystanie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej¹⁰⁴⁸. Słuszny ponadto wydawał się pomysł¹⁰⁴⁹ wprowadzony ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁰⁵⁰ – ustawy wprowadzającej system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieć szpitali). Powinno to przyczynić się do poprawienia funkcjonowania systemu PRM i lepszego zaopatrzenia w niezbędne świadczenia medyczne pacjentów. Zakontraktowanie nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej w tym samym szpitalu, w którym funkcjonuje SOR, umożliwi odsyłanie pacjentów, którzy nie kwalifikują

¹⁰⁴⁵ <http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-warunki-zawierania-i-realizacji-umow-leczenie-szpitalne,6389.html> [dostęp 20.04.2020].

¹⁰⁴⁶ Por. <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-162018dsm,6735.html> [dostęp. 20.04.2020].

¹⁰⁴⁷ E. Fryźlewicz-Chrapisińska, *op. cit.*, s. 292.

¹⁰⁴⁸ Nocna i świąteczna opieka zdrowotna to przedłużanie świadczeń lekarskich i pielęgniarskich udzielanych w POZ pacjentom nie znajdującym się w stanie nagłym, które udzielane powinny być od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy, w godzinach od 8.00 danego dnia do 8.00 dnia następnego. Zob. Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 71/2017/DSM z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zob. <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-712017dsm,6617.html>, [dostęp 20.04.2020]

¹⁰⁴⁹ Udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej w tym samym szpitalu, w którym funkcjonuje SOR.

¹⁰⁵⁰ Dz. U. z 2017 r. poz. 844.

się do udzielenia świadczeń z zakresu medycyny ratunkowej, ale kwalifikują się do udzielenia innych świadczeń medycznych niezbędnych dla poprawy ich dobrostanu zdrowotnego¹⁰⁵¹. Z dniem 1 października 2017 r. zrezygnowano z wymogu zakontraktowania nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej w tym samym szpitalu, w którym funkcjonuje SOR, wyznaczając nowe punkty nocnej i świątecznej pomocy medycznej¹⁰⁵².

5.3.2.2. Zespoły ratownictwa medycznego

Zespoły ratownictwa medycznego to jednostki systemu, które podejmują medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych. Zespoły te zgodnie z art. 36 ustawy o PRM dzielą się na:

- a) zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny;
- b) zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

W przypadku gdy żaden z członków ZRM nie posiada zezwolenia na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym w zakresie określonej kategorii prawa jazdy oraz nie spełnia innych warunków¹⁰⁵³, to w skład ZRM może wchodzić kierowca¹⁰⁵⁴.

Zespół ratownictwa medycznego transportuje osobę w nagłym stanie zagrożenia zdrowotnego specjalistycznym środkiem transportu sanitarnego, spełniającym cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach, do najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Odmowa przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez szpitalny oddział ratunkowy lub szpital wskazany przez dyspozytora skutkuje zastosowaniem kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem tej umowy.

Lotniczy zespół ratownictwa medycznego składa się z trzech osób, w tym co najmniej z: jednego pilota zawodowego, lekarza systemu oraz ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu. LZRM jest wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach

¹⁰⁵¹ *Informacja o wynikach kontroli – Funkcjonowanie systemu ratownictwa...*, s. 11.

¹⁰⁵² Zob. *Nocna i świąteczna opieka zdrowotna*, <https://www.nfz-wroclaw.pl/default2.aspx?obj=45223;51457&des=1;2> [dostęp 20.04.2020].

¹⁰⁵³ O których mowa w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 341).

¹⁰⁵⁴ M. Zaremba, M. Pietrzyk, M. Gaca, *Dwuosobowe zespoły ratownictwa medycznego – rozsądny kompromis?*, „Na Ratunek” 2012, nr 2, s. 6.

przenoszących europejskie normy zharmonizowane oraz wymogi określone w ustawie z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze.

W 2018 r. w ramach ratownictwa medycznego świadczeń medycznych udzielało 1541 zespołów ratownictwa medycznego (413 specjalistycznych i 1128 podstawowych). W porównaniu z rokiem 2017 liczba zespołów specjalistycznych zmniejszyła się o 77, a podstawowych zwiększyła o 99¹⁰⁵⁵. Dla porównania w 2015 r. w ramach ratownictwa medycznego świadczeń medycznych udzielało 1486 zespołów (o 8 więcej niż przed rokiem i o 14 więcej niż przed rokiem 2013), w tym 898 (60%) zespołów podstawowych i 588 (40%) specjalistycznych. W ramach ratownictwa medycznego w 2015 r. zrealizowano ponad 3,1 mln wyjazdów na miejsce zdarzenia, niemal o 2% więcej niż w poprzednim roku. Przeciętnie w przeliczeniu na 1000 osób przypadały 82,4 wyjazdy ZRM¹⁰⁵⁶. W 2018 r. odnotowano ponad 3,1 mln wyjazdów/wylotów zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, tj. o 40,5 tys. mniej niż w 2017 r.

Według stanu na dzień 31.12.2018 r. liczba personelu medycznego wchodzącego w skład zespołów ratownictwa medycznego (bez względu na formę zatrudnienia, dla których było to główne miejsce pracy) wyniosła 13,8 tys. pracowników (o 0,4 tys. osób mniej w porównaniu z rokiem poprzednim). Ratownicy medyczni stanowili 73,8%, tj. 10 184 osób (o 2,9 p. proc. więcej niż w 2017 r.), pielęgniarki systemu – 10,7%, tj. 1477 osoby (o 0,7 p. proc. mniej niż w roku poprzednim), lekarze systemu – 8,9%, tj. 1228 osoby (o 1,4 p. proc. mniej niż w 2017 r.), a inne osoby – 6,6%, tj. 911 osób (o 0,8 p. proc. mniej niż w 2017 r.)¹⁰⁵⁷. W 2015 r. załogę zespołów podstawowych, specjalistycznych i lotniczych ratownictwa medycznego stanowiło 11,0 tys. ratowników medycznych, 1,8 tys. pielęgniarek systemu i 1,9 tys. lekarzy systemu, w porównaniu z rokiem 2018 znacząca spadła liczba pielęgniarek systemu i lekarzy systemu. Odnosząc się do liczebności ogółu personelu, to ratownicy medyczni stanowią coraz większą grupę osobową tego systemu. Analizując strukturę wyjazdów na miejsce zdarzenia, można dostrzec, że zdecydowanie przeważają wyjazdy do domu pacjenta. W zależności od województwa mediana tych wyjazdów wynosi od 56% do 78% ogólnej liczby wyjazdów. Najczęściej w 2018 r. zespoły ratownictwa medycznego udzielały pomocy w domu pacjenta (70,6% przypadków). Najrzadziej były wykonywane wyjazdy do pracy i szkoły – po 0,5-2% ogółu wyjazd, a wyjazdy do zdarzeń w ruchu uliczno-drogowym stanowiły od 2 do 9%¹⁰⁵⁸.

¹⁰⁵⁵ Główny Urząd Statystyczny, *Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2018 r.*, Warszawa, 7 czerwca 2019 r., s. 1.

¹⁰⁵⁶ Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.*, Warszawa 2017, s. 132 i n.

¹⁰⁵⁷ Główny Urząd Statystyczny, *Pomoc doraźna i ratownictwo...*, s. 1 i 4.

¹⁰⁵⁸ Por. Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.*, s. 134; Główny Urząd Statystyczny, *Działalność systemu „Państwowe...”, s. 4; Główny Urząd Statystyczny, Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2018 r.*, s. 1 i n.

Podane dane pokazują, że system PRM stworzony do zabezpieczenia medycznego zdarzeń w ruchu uliczno-drogowym nadrabia niedociągnięcia całego systemu ochrony zdrowia, gdyż w zdecydowanej liczbie interwencje medycznych ZRM są wykorzystywane nie do zdarzeń nagłych. Według dokonanej przez NIK analizy systemu PRM, ZRM, jak i SOR-y są w znacznym stopniu obciążane udzielaniem świadczeń zdrowotnych pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie zagrożenia zdrowotnego, głównie z powodu niedostatecznie zorganizowanej ambulatoryjnej opieki medycznej¹⁰⁵⁹.

Mimo tego, że w ciągu ostatnich lat wiele zmieniło się na lepsze, w większości jednostek pogotowia nadal są one instytucją, która nie radzi sobie z zadaniami, jakie powinny wypełniać. Świadczy o tym wciąż jeszcze widoczne ambulansach (nie tylko braki w wyposażeniu – w obecnym czasie bardzo rzadko spotykane) zatrudnienie lekarzy bez stosownej specjalizacji, wyraźne braki wykształcenia części personelu średniego i niższego¹⁰⁶⁰.

Właściciele ZRM mimo tego, że użycie przez ustawodawcę w przepisach art. 36 ust. 1 ustawy z 2016 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym sformułowania „co najmniej” oznacza, że dany zespół ratownictwa może składać się z większej liczby osób niż dwie (w przypadku zespołu podstawowego) lub niż trzy (w przypadku zespołu specjalistycznego)¹⁰⁶¹, nie korzystają z tej możliwości, a minimalna wymagana obsada personelu ZRM jest uzupełniana często ratownikami medycznymi, którzy ukończyli szkoły policealne, tylko dlatego, że są tańsi niż ci, którzy ukończyli studia wyższe. Działania te, motywowane chęcią zysku właścicieli ZRM, wydają się zagrażać bezpieczeństwu zdrowotnemu obywateli. Utrzymanie jednego ZRM typu „S” kosztuje ponad 4 tys. zł na dobę, niedużej wielkości SOR-y dostają również zbliżony ryczałt na utrzymanie większej liczby personelu oraz na udzielenie większej liczby procedur medycznych, niż może udzielić ZRM.

Dodatkowo Ministerstwo Zdrowia w 2020 r. podobnie jak w 2016 r. podejmuje próby (zapropozowane w projekcie ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw w wersji z dnia 14 października 2016 r.)¹⁰⁶² zmiany treści przepisu art. 36 ust. 1 ustawy o PRM. Zmiana ta ma polegać na pominięciu zespołów specjalistycznych ratownictwa medycznego, przy pozostawieniu zespołów podstawowych ratownictwa medycznego oraz powołaniu działających okresowo

¹⁰⁵⁹ *Informacja o wynikach kontroli – Funkcjonowanie systemu ratownictwa ...*, s. 11.

¹⁰⁶⁰ L. Brongel, K. Duda, „Złota Godzina” – *okres przedszpitalny*, [w:] L. Brongel, K. Duda (red.), *Mnogie i wielonarządowe obrażenia ciała*, wyd. I, Warszawa 2001, s. 122.

¹⁰⁶¹ Wyrok NSA z dnia 24 października 2014 r., II GSK 1349/13, s. 6.

¹⁰⁶² Zob. <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12290956/12384436/12384437/dokument249974.pdf> [dostęp 20.04.2020].

motocyklowych zespołów ratownictwa medycznego¹⁰⁶³. Nie oceniając tych zmian od strony merytorycznej, wypada stwierdzić, iż zmiana ta wyeliminuje lekarzy systemu ze składów zespołów ratownictwa medycznego. W nowych, 3-osobowych składach zespołu podstawowego nie przewidziano lekarza systemu, a jedynie ratownika medycznego oraz pielęgniarkę systemu, w których co najmniej jedna osoba posiada ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu specjalistycznego.

Pomijając fakt, czy ratownik medyczny posiadający ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu specjalistycznego potrafi zastąpić lekarza dysponującego większą wiedzą fachową, wskazać w tym miejscu należy na to, że uprawnienia i obowiązki ratownika medycznego nie są uregulowane prawnie tak, jak uprawnienia i obowiązki lekarza, co może powodować powstawanie sytuacji konfliktowych. Otwarte pozostaje pytanie: co dalej z lekarzami systemu? Zasada zaufania obywatela do państwa i stanowionego przez nie prawa opiera się na pewności prawa, dzięki której obywatel ma możliwość podejmowania decyzji o swoim postępowaniu, bazując na pełnej znajomości przesłanek działania organów państwowych¹⁰⁶⁴. Tę pewność mogą stracić lekarze specjaliści medycyny ratunkowej, których omawiany projekt nowelizacji ustawy pozbawia dotychczasowego statusu. Tym samym są podstawy, aby twierdzić, iż może zostać naruszona zasada zaufania do państwa i zachwiane ich bezpieczeństwo prawne. Lekarze ci tracą pewność nabytych praw, uzyskanych podczas robienia specjalizacji z medycyny ratunkowej, oraz utracą możliwość decydowania o swoim zatrudnieniu z chwilą pozbawienia ich prawa do zatrudnienia w Zespołach Ratownictwa Medycznego (ZRM). Wyeliminowanie lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej z jednego z elementów systemu z ZRM to nie tylko złamanie zasady zaufania obywateli do państwa i prawa, ale również ewidentne osłabienie efektywności funkcjonowania systemu w ratowaniu ludzi w nagłym zagrożeniu zdrowotnym. Z tego powodu regulacje te mogą się przyczynić do pozbawienia poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego przez obywateli, które zapewniał im sprawnie funkcjonujący system PRM¹⁰⁶⁵.

¹⁰⁶³ Według wypowiedzi wiceministra zdrowia Waldemara Kraski, opublikowanej dnia 21 stycznia 2020 r., w Polsce funkcjonuje już 8 motocyklowych zespołów ratunkowych. Zob. *Zmiany w ratownictwie medycznym od 2020 roku. Nowością specjalne zespoły ratunkowe*, <https://pulsmedycyny.pl/zmiany-w-ratownictwie-medycznym-od-2020-roku-nowoscia-specjalne-zespoły-ratunkowe-980458> [dostęp 20.04.2020].

¹⁰⁶⁴ J. Kochanowski, Wystąpienie podczas konferencji naukowej: *Język polskiej legislacji, czyli zrozumiałość przekazu a stosowanie prawa*, 7 grudnia 2012 r. <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/j%C4%99zyk-polskiej-legislacji-czyli-zrozumia%C5%82o%C5%9B%C4%87-przekazu-stosowanie-prawa-wyst%C4%85pienie-rpo-na> [dostęp 20.04.2020].

¹⁰⁶⁵ T. Kocowski, M. Paplicki, *Opinia dotycząca projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw w wersji z dnia 14 października 2016 roku*, Wrocław 15 IX 2016, s. 7 i 8, <http://www.medycynaratunkowa.wroc.pl/wp-content/uploads/2019/11/Opinia-dotycząca-projektu-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-PRM-Wydział-PRawa-Administracji-i-Ekonomii-Instytut-Nauk-Administracyjnych-2016.pdf> [dostęp 20.04.2020].

5.3.2.3. Centrum urazowe

Przepisami ustawy z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹⁰⁶⁶ powołano nową jednostkę systemu PRM – centrum urazowe. Utworzenie centrów urazowych wydaje się być jedną z najważniejszych zmian w systemie PRM, która znacząco przyczyniła się do poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Poprawa ta wynika z faktu, że do centrum urazowego trafiają osoby z najcięższymi urazami i zarazem mnogimi lub wielonarządowymi, którym pomocy medycznej udzielają lekarze najwyższej klasy, posiadający tytuł specjalisty w określonej dziedzinie¹⁰⁶⁷.

Za centrum urazowe uznajemy wydzieloną funkcjonalnie część szpitala, w którym działa szpitalny oddział ratunkowy. W części tej specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego¹⁰⁶⁸ (art. 3 pkt 11 ustawy o PRM). Szczegółowe wytyczne odnośnie do centrum urazowego¹⁰⁶⁹ wydał Minister Zdrowia rozporządzeniem z dnia 18 czerwca 2010 r. w sprawie centrum urazowego¹⁰⁷⁰, analogiczne rozporządzenie Minister Zdrowia w sprawie centrum urazowego dla dzieci wydał dnia 25 stycznia 2016 r.¹⁰⁷¹

Na podstawie art. 1 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw¹⁰⁷², od 2 grudnia 2015 r. funkcjonują w systemie centra urazowe dla dzieci. Centra te są wydzieloną funkcjonalnie częścią szpitala, w którym działa szpitalny oddział ratunkowy. W części tej specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego dziecięcego¹⁰⁷³.

Centrum urazowe przyjmuje, kompleksowo diagnozuje i wielospecjalistycznie leczy pacjenta urazowego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną z zakresu leczenia ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała. Po zakończeniu udzielania świadczeń zdrowotnych pacjent urazowy jest kierowany przez zespół urazowy ze wskazaniami co do dalszego leczenia lub rehabilitacji do innego oddziału szpitala, w którym

¹⁰⁶⁶ Dz. U. z 2009 r. Nr 122, poz. 1007.

¹⁰⁶⁷ P. Pochopiń, *Komentarz do art. 39a*, [w:] S. Poździoch (red.), *Ustawa...*, s. 326-330.

¹⁰⁶⁸ Pacjent urazowy to osoba w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała (art. 3 pkt 12 ustawy o PRM).

¹⁰⁶⁹ Szczegółowe wymagania organizacyjne, minimalne zasoby kadrowe, kryteria kwalifikacji osoby (do ukończenia 18. roku życia) będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia, sposób postępowania z pacjentem urazowym (dziecięcym).

¹⁰⁷⁰ Zob. Dz. U. z 2010 r. Nr 118, poz. 803.

¹⁰⁷¹ Zob. t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 558.

¹⁰⁷² Dz. U. z 2015 r. poz. 1887.

¹⁰⁷³ Pacjent urazowy dziecięcy to osoba do ukończenia 18. roku życia w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała (art. 3 pkt 12a ustawy o PRM).

znajduje się centrum urazowe, lub do zakładu leczniczego innego podmiotu leczniczego w celu kontynuowania leczenia lub rehabilitacji.

Centrum urazowe zabezpiecza, w zakresie świadczeń zdrowotnych wymienionych powyżej, populację nie mniejszą niż 1 mln mieszkańców, zamieszkującą obszar pozwalający na dotarcie z miejsca zdarzenia do centrum urazowego w ciągu 1,5 godziny. Centrum współpracuje z uczelnią medyczną w rozumieniu ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce¹⁰⁷⁴ lub inną uczelnią publiczną, która utworzyła lub prowadzi podmiot leczniczy prowadzący szpital.

Centrum zapewnia działanie w swojej strukturze specjalistycznych oddziałów zabiegowych i pracowni diagnostycznych¹⁰⁷⁵. Zapewnia dostęp do pracowni diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, czynnej całą dobę. Zapewnia dostęp do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza posiadającego tytuł specjalisty z dziedziny kardiologii lub torakochirurgii w czasie nie dłuższym niż 30 minut od chwili stwierdzenia okoliczności uzasadniających udzielanie takich świadczeń. Dysponuje lądowiskiem lub lotniskiem dla śmigłowca ratunkowego, zlokalizowanym w takiej odległości, aby możliwe było przyjęcie pacjenta urazowego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

Struktura, wymagania oraz sposób organizacji centrum urazowego dziecięcego jest prawie identyczny jak w centrum urazowym „dla dorosłych” z zastrzeżeniem, że wszystkie wymienione elementy są dedykowane i przygotowane do leczenia pacjenta urazowego dziecięcego¹⁰⁷⁶. Z korzyścią dla pacjenta urazowego dziecięcego w centrum urazowym dziecięcym pracują lekarze posiadający specjalizację II stopnia (w centrum urazowym lekarze muszą posiadać specjalizację I stopnia) lub tytuł specjalisty z dziedziny kardiologii lub torakochirurgii, który musi być dostępny w czasie nie dłuższym niż 30 min od chwili stwierdzenia okoliczności uzasadniających udzielanie takich świadczeń. Zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty z dziedziny chirurgii szczękowo-twarzowej w czasie nie dłuższym niż 12 godz. od chwili stwierdzenia okoliczności

¹⁰⁷⁴ T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 85.

¹⁰⁷⁵ a) oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, zapewniającego gotowość co najmniej dwóch stanowisk intensywnej terapii do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu;
b) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu;
c) pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę;
d) oddziałów, w szczególności:
– chirurgii ogólnej lub obrażeń wielonarządowych;
– ortopedii i traumatologii narządu ruchu;
– neurochirurgii lub chirurgii ogólnej z profilem neurotraumatologii;
– chirurgii naczyń lub chirurgii ogólnej z profilem chirurgii naczyń.

¹⁰⁷⁶ Zob. i por. art. 39e, 39f i 39g ustawy o PRM.

uzasadniających udzielanie takich świadczeń jest też przewagą centrum urazowego dziecięcego nad „zwykłym” centrum.

Centrum urazowe, w tym również centra urazowe dla dzieci, z założenia powinny zapewnić kompleksową diagnozę i wielospecjalistyczne leczenie na możliwie najwyższym poziomie, odpowiednie do aktualnego stanu wiedzy medycznej wobec pacjentów, którzy doznali najcięższych i bardzo groźnych uszkodzeń w zakresie struktury anatomicznej ciała człowieka albo gdy chodzi o niebezpieczne dla życia czy zdrowia zagrożenia w zakresie procesów fizjologicznych związanych z funkcjonowaniem poszczególnych narządów, organów i układów, a często w jednym i drugim zakresie. Wobec tych zadań przed Centrami stawia się bardzo duże wymagania organizacyjne, techniczne i kadrowe, jakie muszą być bezwzględnie spełnione tak, aby zapewnić kompleksową opieką zdrowotną o najważniejszych standardach, gdy chodzi o wiedzę medyczną, jak i techniczną¹⁰⁷⁷.

Aby zapewnić te najwyższe standardy świadczeń medycznych, niezbędne są środki finansowe i odpowiednio wyszkolona kadra medyczna. W Polsce, niestety, nie posiadamy odpowiedniej do potrzeb zdrowotnych liczby personelu medycznego¹⁰⁷⁸, także w systemie ochrony zdrowia jest za mało środków pieniężnych na utrzymanie potrzebnej liczby centrów urazowych. Według danych Ministerstwa Zdrowia obecnie w Polsce działa 17 centrów urazowych oraz 7 centrów urazowych dla dzieci¹⁰⁷⁹. Ta liczba wydaje się niewystarczająca, zwłaszcza że dotychczasowe centra urazowe funkcjonują tylko w dużych ośrodkach miejskich, mieszkańcy mniejszych miejscowości mogą mieć obawy o swoje bezpieczeństwo zdrowotne. Aby temu zaradzić, można by m.in. wprowadzić odpłatność za wydawanie zaświadczeń przez Naczelną Izbę Lekarską tym lekarzom, którzy po zdobyciu swojego zawodu chcą wyjechać do pracy za granicę. Lekarz, który chce pracować w państwach UE, musi otrzymać zaświadczenie z NIL, potwierdzające jego kwalifikacje zawodowe, oraz zaświadczenie dotyczące podstawy etycznej¹⁰⁸⁰. Jeżeli ustawodawca wprowadziłby

¹⁰⁷⁷ Zob. P. Pochopień, *Komentarz do art. 39a...*, s. 331 oraz S. Poździoch, *Komentarz do art. 3*, [w:] S. Poździoch (red.), *Ustawa...*, s. 88.

¹⁰⁷⁸ Mamy jeden z najniższych wskaźników ilości lekarzy czy pielęgniarek na 1000 mieszkańców. Liczba praktykujących lekarzy na 1000 osób w roku 2012 w Polsce wynosi 2,2, średnia krajów OECD wynosi 3,2 w Niemczech 4, a Grecji 6,2. Zob. *Informacja o wynikach kontroli – Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2016, s. 7-8.

¹⁰⁷⁹ Zob. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/centra-urazowe>; <https://www.gov.pl/web/zdrowie/centra-urazowe-dla-dzieci> [dostęp 20.04.2020].

¹⁰⁸⁰ Zasady uznawania kwalifikacji w Polsce reguluje ustawa z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 220). Por. Wytyczne dotyczące uznawania kwalifikacji zawodowych w UE zawarte w dyrektywie 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. U. UE L 255 z 30.9.2005 r.), <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX:02005L0036-20190415> [dostęp 20.04.2020].

Dnia 20 listopada 2013 r. Parlament Europejski i Rada wydały dyrektywę 2013/55/UE zmieniającą dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku

odpłatność za te zaświadczenia w wysokości kosztów wykształcenia takiego lekarza, to myślę, że problem z niedoborem lekarzy w Polsce zostałby częściowo rozwiązany.

5.4. Czynniki ludzkie systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne

Funkcjonowanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Zespołów Ratownictwa Medycznego czy jednostek współpracujących z systemem PRM jest oparte na elemencie osobowym tych jednostek, do którego zaliczamy: lekarzy systemu, pielęgniarki systemu, ratowników medycznych, ratowników oraz dyspozytorów medycznych, którzy dzięki odebraniu zgłoszenia alarmowego przez system powiadamiania ratunkowego uruchamiają w zależności od potrzeby jednostki systemu.

5.4.1. Lekarz systemu

Według przepisu art. 3 pkt 3 ustawy o PRM lekarzem systemu jest lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej albo lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji z dziedziny medycyny ratunkowej. Lekarzem systemu jest również lekarz:

- a) posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezyjologii i intensywnej terapii, neurologii albo lekarz po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne, lub
- b) posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, lub
- c) lekarz, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty.

Niestety, dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta ustawodawca dodał w ostatniej części tego przepisu zastrzeżenie w formie art. 57 ustawy o PRM. Przepis tego artykułu w ust. 1 pkt 2 do dnia 31 grudnia 2020 r. dopuszczał do systemu również lekarzy, którzy przepracowali 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale

wewnętrzny (tzw. „rozporządzenie w sprawie IMI”) (Dz. U. UE L 354 z 28.12.2013 r.), <http://data.europa.eu/eli/dir/2013/55/oj> [dostęp 20.04.2020].

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE weszła w Polsce w życie 18 stycznia 2016 r. Dyrektywą wprowadzono rozwiązania usprawniające uznawanie kwalifikacji zawodowych między państwami członkowskimi. Ponadto państwa członkowskie zostały zobowiązane do przeglądu istniejących barier w dostępie do zawodów, a także uchylecia niekorzystnych przepisów dotyczących uznawania kwalifikacji polskich pielęgniarek i położnych – absolwentek liceów medycznych i szkół policealnych, <https://www.biznes.gov.pl/przedsiębiorcy/biznes-w-europie/uznawanie-kwalifikacji-zawodowych-w-ue/uznawanie-kwalifikacji-w-ue> [dostęp 20.04.2020].

ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala. Lekarz, o którym mowa w art. 57 ustawy o PRM ust. 1 pkt 2, był zobowiązany rozpocząć szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny ratunkowej do dnia 1 stycznia 2018 r. W przypadku niespełnienia tego wymogu lekarz ten przestaje być lekarzem systemu.

W Polsce w 2016 r. było tylko 688 lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej i 505 lekarzy w trakcie specjalizacji z tej dziedziny na ogólną liczbę 4441 lekarzy systemu PRM¹⁰⁸¹. Przypomnijmy, że w 2018 r. było już tylko 1228 lekarzy systemu¹⁰⁸². Jest to skutek wejścia w życie wymogu rozpoczęcia od 1 stycznia 2018 r. szkolenia specjalizacyjnego z dziedziny medycyny ratunkowej oraz niechęć lekarzy do podejmowania tej trudnej specjalizacji.

Fakt ten jest niekorzystny dla pacjentów będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, gdyż – aby odpowiednio zabezpieczyć potrzeby zdrowotne takich pacjentów – jest wymagana wiedza specjalizacyjna, jaką taki lekarz nabywa wraz z uzyskaniem specjalizacji z medycyny ratunkowej. Obecna liczba lekarzy ze specjalizacją z medycyny ratunkowej w skali kraju nie jest w stanie zabezpieczyć potrzeb zdrowotnych pacjentów, co ewidentnie stwarza zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Niezbędna liczba¹⁰⁸³ lekarzy posiadających specjalizację z medycyny ratunkowej jest jednym z podstawowych warunków skutecznego i efektywnego funkcjonowania systemu PRM¹⁰⁸⁴. Ministerstwo Zdrowia od wielu lat swoimi działaniami oddalając już kilkakrotnie wymóg posiadania przez lekarza systemu specjalizacji z medycyny ratunkowej, dąży do obniżenia wymagań od lekarzy systemu, co doprowadza do obniżenia jakości udzielanych świadczeń medycznych. Działania te powinny być zaniechane, a Ministerstwo Zdrowia powinno skupić się na mechanizmach zachęcających do robienia tak ważnej z punktu pacjenta specjalizacji, np. ułatwić lekarzom posiadającym specjalizację z medycyny ratunkowej zdobywanie specjalizacji (tzw. krótka ścieżka) z innych pokrewnych specjalności lekarskich, jak anestezjologia i intensywna terapia, choroby wewnętrzne itp.¹⁰⁸⁵

¹⁰⁸¹ M. Tomczak, *Nie będzie dla nich miejsca w karetkach?*, „Gazeta Lekarska” 2016, nr 12 i 2017, nr 1, s. 13.

¹⁰⁸² Główny Urząd Statystyczny, *Pomoc doraźna i ratownictwo...*, s. 1 i 4.

¹⁰⁸³ Szacuje się, że dla prawidłowego funkcjonowania systemu PRM niezbędna jest liczba ok. 3000 lekarzy posiadających specjalizację z medycyny ratunkowej, [w:] S. Poździoch, *Komentarz do art. 3...*, s. 74.

¹⁰⁸⁴ S. Poździoch, *Komentarz do art. 57*, [w:] S. Poździoch (red.), *Ustawa...*, s. 420.

¹⁰⁸⁵ Na ten temat wielokrotnie wypowiadało się Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej w swoich opiniach i uwagach w sprawie: - Oceny projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw czy też z dnia 30 października 2012 r. - protest przeciwko poselskiemu projektowi ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 25.10.2012 r.

5.4.2. Pielęgniarka systemu

Za pielęgniarkę systemu według art. 3 pkt 6 ustawy o PRM uważa się pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty lub specjalizującą się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarkę posiadającą ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadającą co najmniej 3-letni staż pracy na oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub w pogotowiu ratunkowym.

Uprawnienia pielęgniarki systemu do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego medycznych czynności ratunkowych wynikają z § 4¹⁰⁸⁶ rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń

¹⁰⁸⁶ Pielęgniarka systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 ustawy o PRM jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego medycznych czynności ratunkowych obejmujących:

- 1) ocenę stanu pacjenta;
- 2) układanie pacjenta w pozycji właściwej dla stanu pacjenta lub odniesionych obrażeń;
- 3) podjęcie i prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
- 4) bezprzyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych;
- 5) przyrządowe przywracanie i zabezpieczanie drożności dróg oddechowych z zastosowaniem w szczególności:
 - a) rurki ustno-gardłowej;
 - b) rurki nosowo-gardłowej;
 - c) przyrządów nadgłośniowych;
 - d) konikopunkcji, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- 6) odsysanie dróg oddechowych;
- 7) podjęcie tlenoterapii czynnej lub wspomagania oddechu lub sztucznej wentylacji płuc metodami bezprzyrządowymi i przyrządowymi, z użyciem tlenu lub powietrza, w tym z użyciem respiratora;
- 8) wykonywanie intubacji dotchawiczej lub prowadzenie wentylacji nieinwazyjnej w nagłym zatrzymaniu krążenia;
- 9) wykonywanie defibrylacji manualnej na podstawie EKG lub zapisu kardiomonitora;
- 10) wykonywanie defibrylacji zautomatyzowanej;
- 11) wykonywanie przezskórnej elektrostymulacji serca w bradyarytmiach, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie;
- 12) wykonywanie kardiowersji w tachyarytmiach, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie;
- 13) wykonywanie i ocena zapisu EKG;
- 14) monitorowanie czynności układu oddechowego;
- 15) monitorowanie czynności układu krążenia metodami nieinwazyjnymi;
- 16) wykonywanie kaniulacji żył obwodowych oraz żyły szyjnej zewnętrznej;
- 17) wykonywanie dojścia doszypikowego przy użyciu gotowego zestawu, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- 18) podawanie produktów leczniczych drogą dożylną, domięśniową, podskórną, doustną, podjęzykową, wziewną, dotchawiczą, doodbytniczą oraz doszypikową (w przypadku podawania produktów leczniczych drogą doszypikową, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu);

zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego¹⁰⁸⁷ oraz załączników do rozporządzenia¹⁰⁸⁸.

Pielęgniarek systemu jest zbyt mało (1,2 tys. w 2019 r.)¹⁰⁸⁹, aby system PRM mógł funkcjonować bez zakłóceń, dlatego Ministerstwo Zdrowia powinno pochylić się również nad problemem braku tego personelu i stworzyć mechanizmy zachęcające do pracy w systemie PRM¹⁰⁹⁰. Dla poprawienia jakości udzielanych świadczeń medycznych czynności ratunkowe powinny udzielać wyłącznie pielęgniarki posiadające przygotowanie i kwalifikacje w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego. Taki stan w obecnej chwili ani w ciągu najbliższych lat nie jest możliwy do osiągnięcia. Brak kadry pielęgniarskiej ze specjalizacją z medycyny ratunkowej jest również problemem większości krajów europejskich¹⁰⁹¹.

19) odbarczenie odmy prężnej drogą nakłucia jamy opłucnowej, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;

20) oznaczanie parametrów krytycznych z użyciem dostępnego sprzętu;

21) opatrywanie ran;

22) tamowanie krwawień zewnętrznych;

23) unieruchamianie złamań, zwichnięć i skręceń;

24) unieruchamianie kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego;

25) przyjęcie porodu;

26) wykonywanie segregacji medycznej pierwotnej i wtórnej;

27) przygotowanie pacjenta do transportu i opieka medyczna podczas transportu;

28) wykonywanie pomiaru temperatury głębokiej;

29) podawanie pacjentowi produktów leczniczych zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do rozporządzenia;

30) podawanie produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny, w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.

¹⁰⁸⁷ Dz. U. z 2017 r. poz. 497.

¹⁰⁸⁸ Zob.: Załącznik nr 1 – Wykaz produktów leczniczych podawanych pacjentowi przez pielęgniarkę systemu w ramach wykonywania medycznych czynności ratunkowych.

Załącznik nr 2 – Wykaz produktów leczniczych podawanych pacjentowi przez pielęgniarki zatrudnione lub pełniące służbę w podmiotach leczniczych będących jednostkami budżetowymi, dla których podmiotem tworzącym jest minister obrony narodowej, i jednostkami wojskowymi w warunkach sytuacji kryzysowych i przy zabezpieczeniu medycznym działań jednostek podległych ministrowi obrony narodowej.

Załącznik nr 3 – Wykaz produktów leczniczych, do stosowania, których są uprawnione pielęgniarki i położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

Załącznik nr 4 – Wykaz środków pomocniczych, do stosowania, których są uprawnione pielęgniarki i położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

Załącznik nr 5 – Wykaz produktów leczniczych podawanych pacjentowi przez położną bez zlecenia lekarskiego w przypadku braku możliwości interwencji lekarskiej, gdy zwłoka w ich podaniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia życia lub zdrowia matki lub dziecka.

¹⁰⁸⁹ Główny Urząd Statystyczny, *Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2019 roku...*, s. 5.

¹⁰⁹⁰ Kilka lat temu Ministerstwo Zdrowia rozważało pomysł przekwalifikowania (m.in. poprzez dokształcenie w zakresie pielęgniarstwa) części ratowników na pielęgniarki. Co było do przewidzenia, środowisko pielęgniarskie było przeciwne temu pomysłowi, podobnie, co może dziwić, środowisko ratowników, którego spora część jest bez pracy, też była przeciwna temu pomysłowi.

¹⁰⁹¹ S. Poździoch, *Komentarz do art. 3...*, s. 78.

5.4.3. Ratownik medyczny

Ustawodawca poświęcił jeden z rozdziałów ustawy o PRM ratownikom medycznym i ratownikom. W II rozdziale przepisy prawne rozstrzygają, kto może wykonywać zawód ratownika medycznego, na czym polega wykonywanie zawodu ratownika medycznego, gdzie może wykonywać zadania zawodowe¹⁰⁹². Dowiemy się również bardzo szczegółowo, w jaki sposób ratownik medyczny może się szkolić.

O tym, jakie czynności może wykonywać ratownik medyczny, stanowi rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2019 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego¹⁰⁹³, oraz załącznik do rozporządzenia¹⁰⁹⁴,

Zawód ratownika medycznego może wykonywać osoba, która spełnia wymagania art. 10 ustawy o PRM:

- a) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- b) posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie tego zawodu;
- c) wykazuje znajomość języka polskiego w stopniu wystarczającym do wykonywania tego zawodu i złożyła oświadczenie o następującej treści: „Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu ratownika medycznego”. Wymóg złożenia oświadczenia, nie dotyczy osoby, która ukończyła studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne lub studia w zakresie ratownictwa medycznego, prowadzone w języku polskim lub publiczną szkołę policealną lub niepubliczną szkołę policealną o uprawnieniach szkoły publicznej, kształcąca w języku polskim.
- d) spełnia następujące wymagania:
 - rozpoczęła przed dniem 1 października 2019 r. studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne i uzyskała tytuł zawodowy licencjata lub magistra na tym kierunku (specjalności) lub
 - rozpoczęła po roku akademickim 2018/2019 studia wyższe przygotowujące do wykonywania zawodu ratownika medycznego, prowadzone zgodnie z przepisami

¹⁰⁹² Zob. art. 11, 11a i 11b ustawy o PRM.

¹⁰⁹³ Dz. U. z 2019 r. poz. 2478.

¹⁰⁹⁴ Zob.: Załącznik nr 1 – Medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane samodzielnie przez ratownika medycznego.

Załącznik nr 2 – Medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego na zlecenie lekarza.

Załącznik nr 3 – Świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane samodzielnie przez ratownika medycznego.

Załącznik nr 4 – Świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego na zlecenie lekarza.

wydanymi na podstawie art. 68 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, i uzyskała tytuł zawodowy licencjata oraz złożyła z wynikiem pozytywnym Państwowy Egzamin z Ratownictwa Medycznego, zwany dalej PERM, lub

- rozpoczęła przed dniem 1 marca 2013 r. naukę w publicznej szkole policealnej lub niepublicznej szkole policealnej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny albo dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny, lub
- posiada dyplom wydany w państwie innym niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, Konfederacja Szwajcarska lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strona umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzającym tytuł zawodowy ratownika medycznego i uzyskała prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z odrębnymi przepisami, lub
- posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu ratownika medycznego nabyte w państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznane w Rzeczypospolitej Polskiej¹⁰⁹⁵.

Ustawodawca powinien przenieść z ustawy o PRM treści dotyczące praktyk oraz egzaminu z ratownictwa medycznego, ponieważ umieszczenie ich w ustawie wpływa na zaburzenie jej czytelności, a także powoduje obniżenie rangi tego aktu prawnego. Wiele informacji wyszczególnionych poniżej powinno znaleźć się w rozporządzeniu, np. o organizacji i przeprowadzeniu Państwowego Egzaminu z Ratownictwa Medycznego (PERM) (art. 10b); art. 10c ust. 11 pkt 1 przedstawia wysokość wynagrodzenia w kwocie nie wyższej niż 500 złotych dla przewodniczącego oraz nie wyższej niż 300 złotych dla Członka Zespołu Egzaminującego przeprowadzającego PERM.

Przepisy ustawy o PRM, które powinny być uregulowane w rozporządzeniu, dotyczą ponadto:

- zakresu i liczby pytań testowych na PERM (art. 10d),
- przebiegu egzaminu PERM z zastrzeżeniem bardzo istotnym w ust. 3 art. 10e, aby test był rozwiązany przez osobę zdającą samodzielnie (art. 10e),

¹⁰⁹⁵ Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej.

- możliwości wnoszenia w trakcie egzaminu lub bezpośrednio po jego zakończeniu merytorycznych uwag do pytań testowych wykorzystanego podczas PERM (art. 10f),
- prawa i obowiązku stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności przez ratownika medycznego (art. 12). Pozostałe artykuły: 12a; 12b; 12c; 12d; 12e; 12f; 12g; 12h – opisują, jak ta aktualizacja wiedzy i umiejętności ma wyglądać, jak mają wyglądać kursy doskonalące, kto ma je przeprowadzać, jak się dokumentuje przebieg tego doskonalenia zawodowego czy kto ponosi koszty doskonalenia zawodowego.

Tak szczegółowe informacje zapisane w ustawie o PRM czynią ją nieczytelną. Zamknięty system budowy źródeł prawa spowodował określone konsekwencje związane z zawartością ustaw jako aktów normatywnych, co powoduje, że wydają się one być nadmiernie rozbudowane i regulować zbyt wiele problematyki szczegółowej. Mimo wszystko niektóre materie powinny być pozostawione regulacji aktów podustawowych, oczywiście przy zachowaniu odpowiednio skonstruowanej delegacji do ich wydania i odpowiednim rozdzieleniu materii między ustawę a rozporządzenie. Takie „preregulowane ustawy” nie przyczyniają się do polepszenia jakości prawa i powodują, iż stają się one nieczytelne, utrudniając w dużym stopniu rozróżnienie materii bardziej istotnych od mniej istotnych. Przeniesienie części materii zawartych dotychczas w ustawie do rozporządzeń poprawiłoby niewątpliwie czytelność tej części regulacji¹⁰⁹⁶.

Przedstawione powyżej treści omawianej ustawy nie mają wpływu na funkcjonowanie systemu PRM ani nie przyczyniają się do poprawy jego funkcjonowania. A to wszystko nie przekłada się na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta znajdującego się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

W celu poprawy czytelności ustawy o PRM, jak i poprawy sytuacji prawnej ratowników medycznej, regulacje dotyczące tej grupy zawodowej opisane w ustawie o PRM powinny znaleźć się w odrębnym akcie prawnym w randze ustawy. W 2015 r. w systemie ratownictwa medycznego pracowało 8,9 tys. ratowników medycznych ze średnim wykształceniem, natomiast ratowników z wyższym wykształceniem było 4,3 tys. (w tym 0,5 tys. ratowników medycznych z wykształceniem wyższym magisterskim)¹⁰⁹⁷. Podobnie kształtuje się sytuacja w 2018 r., gdy w systemie ratownictwa medycznego pracowało 8,7 tys. ratowników medycznych ze średnim wykształceniem. Natomiast ratowników medycznych z wykształceniem wyższym magisterskim było tyle samo – 0,5 tys. Ratownicy medyczni funkcjonujący w systemie PRM nadal w przeważającej części (58,2%) to

¹⁰⁹⁶ T. Kocowski, M. Paplicki, *Opinia dotycząca...*, s. 8.

¹⁰⁹⁷ Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.*, https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/6/1/zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2015.pdf [dostęp 20.04.2020], s. 82.

absolwenci szkół policealnych¹⁰⁹⁸, 3,6% to absolwenci studiów magisterskich, 38,2% to absolwenci studiów licencjackich. Przypomnijmy, że zdobycie uprawnień zawodowych w przypadku ratownika medycznego jest możliwe w drodze ukończenia studiów I stopnia na kierunku/specjalności ratownictwo medyczne. Jeszcze nie tak dawno dyplom ratownika medycznego można było uzyskać, kończąc 2-letnią szkołę policealną. Ostatni nabór do szkół policealnych kształcących w zawodzie ratownik medyczny odbył się w roku szkolnym 2012/2013¹⁰⁹⁹.

Wydaje się również, że kolejne nowelizacje ustawy o PRM dotyczące ratowników medycznych powinny się skupić na wyeliminowaniu z systemu PRM ratowników medycznych, którzy zdobyli tytuł ratownika medycznego po ukończeniu dwuletniej szkoły policealnej, co może dawać podstawy do kwestionowania ich kwalifikacji zawodowych zwłaszcza przez ratowników medycznych, którzy ukończyli studia wyższe I stopnia na kierunku ratownictwo medyczne. Z tego powodu ewentualna nowelizacja ustawy o PRM powinna w pierwszej kolejności dążyć do wyeliminowania najslabiej wyszkolonego personelu medycznego poprzez nakaz zatrudniania tylko ratowników medycznych po studiach wyższych¹¹⁰⁰.

Niepokoić może fakt, że dyrektorzy Pogotowia Ratunkowego nie chcą zatrudniać ratowników medycznych po studiach, świadczy o tym od kilku lat niezmiennie stała i niska liczba zatrudnionych ratowników tak dobrze wykształconych. Zarządzający pogotowiem zamiast podnosić jakość funkcjonowania systemu, wolą zatrudniać ratowników medycznych po szkołach policealnych, ponieważ koszt ich zatrudnienia jest niższy.

Niewystarczające umiejętności pracowników medycznych w stosunku do potrzeb zdrowotnych obywateli oraz nierównomierne rozmieszczenie terytorialne poszczególnych specjalistów w ochronie zdrowia są zjawiskami występującymi nie tylko w Polsce, ale i na całym świecie. Niski poziom merytoryczny nauczycieli mających realizować ścieżki edukacyjne skłoniło władze poznańskiej Akademii Medycznej do powołania w 1998 r. pierwszego w Polsce Podyplomowego Studium Medycyny Ratunkowej¹¹⁰¹. System kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego kadr medycznych powinien zapewniać nie tylko zwiększenie liczby specjalistów, ale też sprzyjać podnoszeniu jakości kształcenia, co przełoży się na podniesienie poziomu świadczonych usług zdrowotnych, które będą zaspokajać potrzeby społeczeństwa w tym zakresie¹¹⁰². Właściwe planowanie kadr

¹⁰⁹⁸ Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/9/1/zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2018.pdf [dostęp 20.04.2020], s. 34 i 35.

¹⁰⁹⁹ *Ibidem*.

¹¹⁰⁰ T. Kocowski, M. Paplicki, *Opinia dotycząca...*, s. 8.

¹¹⁰¹ M. Gaca, J. Konieczny, A. Łakomy, R. Podlewski, *Kształcenie z pierwszej pomocy w ramach Podyplomowego Studium Medycyny Ratunkowej Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*, [w:] J. Konieczny (red.), *Zarządzanie w sytuacjach kryzysowych. Rola i zadania administracji publicznej*, cz. 1, Inowrocław 2000, s. 120.

¹¹⁰² *Informacja o wynikach kontroli – Kształcenie...*, s. 7.

medycznych leży także w kręgu zainteresowań organizacji międzynarodowych takich jak WHO czy Unia Europejska¹¹⁰³.

5.4.4. Ratownicy

Ratowników nie należy mylić z ratownikami medycznymi. Ratownicy to osoby zatrudnione lub pełniące służbę w jednostkach współpracujących z systemem. Aby dana osoba mogła być uznana za ratownika, musi posiadać pełną zdolność do czynności prawnych, posiadać ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, na którym uzyskała tytułu ratownika, a stan jej zdrowia pozwala na udzielanie kwalifikowanej pierwszej pomocy (art. 13 ust. 1 ustawy o PRM).

Zakres czynności wykonywanych przez ratownika w ramach kwalifikowanej pierwszej pomocy określa art. 14 ustawy o PRM¹¹⁰⁴. Często się zdarza, że na miejscu zdarzenia pojawia się wcześniej jednostka współpracująca z systemem PRM niż jednostka systemu, dlatego odpowiedni do sytuacji poziom wiedzy i wyszkolenia ratowników może zdecydować o przeżyciu poszkodowanego.

5.4.5. Dyspozytor medyczny

Dyspozytorem medycznym może być osoba, która spełnia wymagania art. 26 ust. 2 ustawy o PRM:

- posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- posiada wykształcenie wymagane dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego;
- posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie w realizacji zadań na stanowisku dyspozytora medycznego lub w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale

¹¹⁰³ Zob.: A. Domagała, *Planowanie kadr medycznych systemu zdrowotnego – potrzeba, czy konieczność?*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2013, t. 11 (2), s. 148-158.

¹¹⁰⁴ Zakres czynności wykonywanych przez ratownika w ramach kwalifikowanej pierwszej pomocy obejmuje:

- a) resuscytację krążeniowo-oddechową, bezprzyrządową i przyrządową, z podaniem tlenu oraz zastosowaniem według wskazań defibrylatora zautomatyzowanego;
- b) tamowanie krwotoków zewnętrznych i opatrywanie ran;
- c) unieruchamianie złamań i podejrzeń złamań kości oraz zwichnięć;
- d) ochronę przed wychłodzeniem lub przegrzaniem;
- e) prowadzenie wstępnego postępowania przeciwwstrząsowego poprzez właściwe ułożenie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ochronę termiczną osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- f) stosowanie tlenoterapii biernej;
- g) ewakuację z miejsca zdarzenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- h) wsparcie psychiczne osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- i) prowadzenie wstępnej segregacji medycznej.

- anestezjologii i intensywnej terapii lub w izbie przyjęć szpitala posiadającego oddział anestezjologii i intensywnej terapii, oddział chorób wewnętrznych, oddział chirurgii ogólnej oraz oddział ortopedii lub ortopedii i traumatologii;
- nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu.

Dyspozytorzy medyczni, tak jak ratownicy medyczni, mają prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego w różnych formach kształcenia. Artykuł 27 ust. 1 ustawy o PRM określa, co należy do zadań dyspozytorów medycznych, a należy w szczególności:

- przyjmowanie powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia¹¹⁰⁵;
- przekazywanie niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy;
- przekazywanie osobie kierującej akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, niezbędnych informacji ułatwiających prowadzenie medycznych czynności ratunkowych na miejscu zdarzenia;
- zbieranie aktualnych informacji o dostępnych w rejonie operacyjnym jednostkach systemu i ich gotowości oraz przekazywanie tych informacji wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego;
- zbieranie i archiwizowanie bieżących informacji o zdarzeniach i prowadzonych medycznych czynnościach ratunkowych;
- powiadamianie o zdarzeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych lub jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, centrów urazowych lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;
- powiadamianie o zdarzeniu jednostek współpracujących z systemem, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia;
- współpraca oraz wymiana informacji z centrami zarządzania kryzysowego, o których mowa w art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym.

Rola dyspozytorów medycznych w systemie PRM jest bardzo istotna. Od ich wiedzy i doświadczenia zależy funkcjonowanie systemu jako całości, co ma bezpośredni wpływ na zdrowie i życie osoby znajdującej się w nagłym zagrożeniu zdrowotnym.

¹¹⁰⁵ Minister właściwy do spraw zdrowia określił rozporządzeniem z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1703) procedury przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego, mając na względzie potrzebę jak najszybszego ustalenia istotnych elementów stanu faktycznego w trakcie przyjmowania zgłoszenia, a także zapewnienie wysłania na miejsce zdarzenia najwłaściwszego w danym przypadku zespołu ratownictwa medycznego.

Dyspozytor medyczny jest pierwszym ogniwem skutecznego i efektywnego działania całego systemu PRM¹¹⁰⁶.

W związku z tym, że efektywna praca dyspozytora jest tak potrzebna dla zagwarantowania prawidłowego funkcjonowania służb ratunkowych, należałoby przede wszystkim usunąć niedociągnięcia w systemie łączności i występowaniu terenów bez zasięgu radiowego, doprowadzić do pełni funkcjonowania system identyfikacji i pozycjonowania dzwoniącego, jak również uzupełnić braki w zakresie map cyfrowych terenu oraz dopracować spójny system kwalifikacji i systemu kodowania wyjazdów dający istotny element ochrony pracy dyspozytorów¹¹⁰⁷.

5.5. Jednostki współpracujące z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne

Zgodnie z art. 15. ustawy o PRM jednostkami współpracującymi z systemem są służby ustawowo powołane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w szczególności:

- a) jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej;
- b) jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego;
- c) jednostki organizacyjne Policji i Straży Granicznej;
- d) jednostki podległe Ministrowi Obrony Narodowej;
- e) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górskiego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich¹¹⁰⁸;
- f) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa wodnego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych¹¹⁰⁹;
- g) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górniczego na podstawie przepisów ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. – Prawo geologiczne i górnicze¹¹¹⁰;
- h) jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa, o której mowa w ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim¹¹¹¹;

¹¹⁰⁶ P. Pochopiń, *Komentarz do art. 26*, [w:] S. Poździech (red.), *Ustawa...*, s. 228-236.

¹¹⁰⁷ *Ibidem*, s. 247.

¹¹⁰⁸ T. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1084.

¹¹⁰⁹ T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 350.

¹¹¹⁰ T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1064.

¹¹¹¹ T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 680.

- i) społeczne organizacje, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

W głównej mierze służbami współpracującymi z systemem PRM, ustawowo powołanymi do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, są jednostki ochrony przeciwpożarowej¹¹¹², pod warunkiem włączenia ich do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego¹¹¹³. Z systemem mogą ponadto współpracować społeczne organizacje ratownicze, które, w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych, są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli zostaną wpisane do rejestru jednostek współpracujących z systemem przez wojewodę w drodze decyzji administracyjnej, na swój wniosek i pod warunkiem spełnienia wymogów przepisu 17 ust. 3 ustawy o PRM¹¹¹⁴.

Wszystkie jednostki współpracujące z systemem udzielają kwalifikowanej pierwszej pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Szczegółowe regulacje dotyczące kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 maja 2007 r. w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy¹¹¹⁵ oraz rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 grudnia 2008 r. w sprawie szkoleń z zakresu kwalifikowanej pierwszej pomocy¹¹¹⁶.

¹¹¹² Zgodnie z art. 15 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej jednostkami ochrony przeciwpożarowej są: jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej; jednostki organizacyjne Wojskowej Ochrony Przeciwpożarowej; zakładowa straż pożarna; zakładowa służba ratownicza; gminna zawodowa straż pożarna; powiatowa (miejska) zawodowa straż pożarna; terenowa służba ratownicza; ochotnicza straż pożarna; związek ochotniczych straży pożarnych; inne jednostki ratownicze.

¹¹¹³ M. Mikos, *Komentarz do art. 15*, [w:] S. Poździoch (red.), *Ustawa...*, s. 182.

¹¹¹⁴ Między innymi pod warunkiem, że jednostka ta zapewnia gotowość operacyjną; dysponuje ratownikami posiadającymi ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu i uzyskaniu tytułu ratownika w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości operacyjnej czy posiada wyposażenie niezbędnego do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy.

¹¹¹⁵ Dz. U. z 2007 r. Nr 60, poz. 408. Rozporządzenie określa (art. 1): ramowy program kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, zwanego dalej „kursem”; kwalifikacje kadry dydaktycznej prowadzącej kurs; sposób przeprowadzania egzaminu kończącego kurs; skład, tryb powoływania i odwoływania komisji egzaminacyjnej; okres ważności i wzór zaświadczenia o ukończeniu kursu i uzyskaniu tytułu ratownika.

¹¹¹⁶ Dz. U. 2008 r. Nr 229 r. poz. 1537. Artykuł 1 rozporządzenia określa sposób i organizację przeprowadzenia szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz aktualizację wiedzy w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy przez: pracowników służb podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Obrony Narodowej; funkcjonariuszy, policjantów, strażaków; żołnierzy.

5.6. Ratownictwo medyczne w Krajowym Systemie Ratowniczo-Gaśniczym

Zgodnie z przywoływanym już art. 15 ustawy o PRM jednostki ochrony przeciwpożarowej¹¹¹⁷ włączone do Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego zaliczamy do jednostek współpracujących z systemem PRM. Twórcy ustawy o ochronie przeciwpożarowej¹¹¹⁸ oraz ustawy o Państwowej Straży Pożarnej¹¹¹⁹ postanowili w 1992 r. rozszerzyć zakres zadań straży pożarnych i stworzyć jednolity, skuteczny system ratowniczo-gaśniczy, który stał się kluczowym ogniwem w systemie bezpieczeństwa państwa¹¹²⁰.

Krajowy System Ratowniczo-Gaśniczy (KSR-G) powstał w 1991 r.¹¹²¹, a zaczął funkcjonować od 1 stycznia 1995 r. Powołanie do życia KSR-G było odpowiedzią na nasilające się zapotrzebowanie skoordynowania i określenia ram współpracy części służb i formacji ratowniczych współpracujących podczas zdarzeń zagrażających życiu i zdrowiu obywateli. Obok systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz Systemu Powiadomienia Ratunkowego, KRS-G jest systemowym filarem, który w trybie ciągłej gotowości do podjęcia działań ma zapewnić obywatelom jak najwyższy poziom bezpieczeństwa¹¹²². Krajowy System Ratowniczo-Gaśniczy stanowi¹¹²³ integralną część

¹¹¹⁷ Artykuł 15 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej uznaje za jednostki ochrony przeciwpożarowej:

- 1) jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej;
- 1a) jednostki organizacyjne Wojskowej Ochrony Przeciwpożarowej;
- 2) zakładowa straż pożarna;
- 3) zakładowa służba ratownicza;
- 4) gminna zawodowa straż pożarna;
- 4a) powiatowa (miejska) zawodowa straż pożarna;
- 5) terenowa służba ratownicza;
- 6) ochotnicza straż pożarna;
- 7) związek ochotniczych straży pożarnych;
- 8) inne jednostki ratownicze.

Zob. na temat roli ochotniczej straży pożarnej w wykonywaniu zadań w zakresie ochrony przeciwpożarowej, [w:] T. Kocowski, *Gmina a Ochotnicze Straże Pożarne w wykonywaniu zadań w zakresie ochrony przeciwpożarowej*, Acta Universitatis Wratislaviensis No 3798, „Prawo” 2017, t. CCCXXIII, s. 101 i n.

¹¹¹⁸ Ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 961), dalej u.o.p.

¹¹¹⁹ Ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1123).

¹¹²⁰ R. Grosset, *Rola Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego w bezpieczeństwie wewnętrznym państwa*, [w:] J. Konieczny (red.), *Zarządzanie w sytuacjach kryzysowych. Rola i zadania administracji publicznej*, cz. 2, Inowrocław 2000, s. 11.

¹¹²¹ Na podstawie art. 127 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej Komendant Główny Państwowej Straży Pożarnej został zobowiązany do zorganizowania krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego nie później niż w ciągu 3 lat od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

¹¹²² R. Radkowski, *Krajowy System Ratowniczo-Gaśniczy jako element organizacji ratownictwa i ochrony ludności w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy” 2015, nr 14 (1), s. 37-38.

¹¹²³ Zgodnie z art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej.

systemu bezpieczeństwa wewnętrznego państwa obejmującą: ratowanie życia, zdrowia, mienia lub środowiska, prognozowanie, rozpoznawanie i zwalczanie pożarów, klęsk żywiołowych lub innych miejscowych zagrożeń. System ten skupia jednostki ochrony przeciwpożarowej, inne służby, inspekcje, straże, instytucje oraz podmioty, które dobrowolnie w drodze umowy cywilnoprawnej zgodziły się współdziałać w akcjach ratowniczych. System ten jest zorganizowany w sposób zapewniający jego ciągłe funkcjonowanie na poszczególnych poziomach: powiatowym, wojewódzkim i krajowym. Poszczególni komendanci właściwi do określonego poziomu na każdym z tych poziomów są odpowiedzialni za organizację KSR-G ze swojego poziomu¹¹²⁴.

¹¹²⁴ Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 3 lipca 2017 roku w sprawie szczegółowej organizacji krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego (Dz. U. z 2017 r. poz. 1319):

1) Organizacja KRS-G przez komendanta powiatowego (miejskiego) Państwowej Straży Pożarnej, na obszarze powiatu, obejmuje w szczególności:

- a) opracowanie analiz zagrożeń oraz analiz zabezpieczenia operacyjnego;
- b) opracowanie powiatowego planu ratowniczego;
- c) ustalenie sieci podmiotów KSRG i ich obszarów chronionych;
- d) aktualizację danych dotyczących gotowości operacyjnej i podwyższonej gotowości operacyjnej;
- e) ustalenie metod powiadamiania w sytuacji wystąpienia nagłego lub nadzwyczajnego zagrożenia;
- f) przemieszczanie sił i środków KSRG do czasowych miejsc stacjonowania;
- g) ustalenie zasad powiadamiania, alarmowania i współdziałania podmiotów podczas działań ratowniczych;
- h) wdrożenie systemu dysponowania sił i środków do działań ratowniczych.

2) Organizacja KSRG przez komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej, na obszarze województwa, obejmuje w szczególności:

- a) opracowanie analiz zagrożeń oraz analiz zabezpieczenia operacyjnego;
- b) opracowanie wojewódzkiego planu ratowniczego;
- c) ustalanie obszarów chronionych dla specjalistycznych grup ratowniczych oraz dla podmiotów KSRG przewidzianych do realizacji zadań poza terenem własnego działania;
- d) aktualizację danych dotyczących gotowości operacyjnej odwodów operacyjnych na obszarze województwa oraz w ramach pomocy transgranicznej;
- e) dysponowanie sił i środków specjalistycznych grup ratowniczych i odwodów operacyjnych na obszarze województwa;
- f) ustalanie zasad powiadamiania i współdziałania podmiotów na obszarze województwa podczas działań ratowniczych.

3) Organizacja KSRG przez Komendanta Głównego Państwowej Straży Pożarnej, na obszarze kraju, obejmuje w szczególności:

- a) aktualizację danych dotyczących gotowości operacyjnej centralnego odwodu operacyjnego i podmiotów przewidzianych do współdziałania na obszarze kraju i poza jego granicami;
- b) dysponowanie sił i środków centralnego odwodu operacyjnego na obszarze kraju i poza granice kraju;
- c) opracowanie zasad powiadamiania i współdziałania podmiotów na obszarze kraju podczas działań ratowniczych;
- d) opracowanie zasad organizowania działań ratowniczych;
- e) opracowanie zasad ewidencjonowania zdarzeń;
- f) opracowanie zasad organizacji i funkcjonowania systemów teleinformatycznych, w tym na potrzeby kierującego działaniem ratowniczym;
- g) opracowanie zasad organizacji łączności alarmowania;
- h) powiadamiania, dysponowania oraz współdziałania na potrzeby działań ratowniczych;

Ratownictwo medyczne, jak i ratownictwo ekologiczne stało się nieodzownym elementem KSR-G¹¹²⁵. Ratowanie życia i zdrowia ludzi stanowi najistotniejsze spośród zadań nałożonych na podmioty KSR-G i jest nieodłącznym elementem każdej dziedziny ratownictwa. Działalność ratownicza podmiotów KSR-G, w szczególności w sytuacji braku możliwości jego skutecznej realizacji przez jednostki systemu PRM, musi zatem obejmować również ratownictwo medyczne¹¹²⁶. Wejście w życie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o PRM przyniosło zupełnie nowy etap realizacji zadań z ratownictwa medycznego w KSR-G w Polsce. Państwowa Straż Pożarna została, razem z jednostkami ochrony przeciwpożarowej włączonymi do KSR-G, zaliczona do jednostek współpracujących z systemem PRM. Działania z zakresu ratownictwa medycznego podejmowane przez strażaka określono jako kwalifikowana pierwsza pomoc, a strażacy zyskali prawo do ubiegania się o tytuł ratownika¹¹²⁷.

Uważa się¹¹²⁸, że ratownictwo medyczne w KSR-G na zawsze wpisało się w misję strażaków (zawodowych, jak i ochotników) i stanowi nieodłączny element każdego rodzaju ratownictwa (bez względu na to, czy jest to tzw. miejscowe zagrożenie – wypadek komunikacyjny lub budowlany, awaria urządzeń infrastruktury miejskiej, katastrofa naturalna, czy też pożar), którego realizacji dokonują wyszkoleni strażacy-ratownicy poprzez¹¹²⁹:

- niesienie pomocy medycznej w przypadku wystąpienia nagłych zagrożeń życia lub zdrowia;
- zapewnienie spójności i koordynacji działań ratowniczych;

-
- i) opracowanie zasad współpracy podczas działań ratowniczych z nadawcami programów radiowych i telewizyjnych oraz z wolontariuszami;
 - j) opracowanie zasad wsparcia psychologicznego osób uczestniczących w działaniach ratowniczych;
 - k) opracowanie zasad tworzenia przez podmioty KSR-G wspólnych zespołów ratowniczych;
 - l) opracowanie zasad organizowania ćwiczeń ratowniczych;
 - m) opracowanie zasad podwyższania gotowości operacyjnej;
 - n) opracowanie zasad analizowania zdarzeń;
 - o) opracowanie zasad organizacji krajowych baz sprzętu specjalistycznego i środków gaśniczych.

¹¹²⁵ http://www.straz.gov.pl/panstwowa_straz_pozarna/krajowy_system_ratowniczo_gasniczy [dostęp 20.04.2020].

¹¹²⁶ Zob. *Zasady Organizacji Ratownictwa Medycznego w Krajowym Systemie Ratowniczo-Gaśniczym*, Warszawa lipiec 2013 r. s. 3 i n. W dokumencie tym przedstawiono zasady i sposób funkcjonowania jednostek KSR-G w obrębie ratownictwa medycznego. Określono standardy organizacji ratownictwa medycznego oraz udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy osobom będącym w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez ratowników podmiotów KSR-G a także podmiotów z nim współpracujących na mocy stosownych porozumień.

¹¹²⁷ M. Witt, M. Goniewicz, *Kształcenie strażaków Państwowej Straży Pożarnej w zakresie ratownictwa medycznego w Polsce*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2011, nr 5, s. 120.

¹¹²⁸ M. Witt, *Ratownictwo medyczne w Krajowym Systemie Ratowniczo-Gaśniczym w Polsce*, [w:] J. Koniczny (red.), *Ratownictwo w Polsce. Lata 1990-2010*, Warszawa-Poznań-Inowrocław 2010, s. 285.

¹¹²⁹ Wytyczne do organizacji ratownictwa medycznego w Krajowym Systemie Ratowniczo-Gaśniczym, Komenda Główna Państwowej Straży Pożarnej, Krajowe Centrum Koordynacji Ratownictwa i Ochrony Ludności oraz Biuro Szkolenia, Warszawa, lipiec 2004, s. 5.

- dokumentowanie przebiegu działań ratowniczych oraz analizę ich efektywności;
- szkolenie i popularyzację prawidłowych zachowań ratowniczych;
- przestrzeganie zasad etyki i humanitaryzmu.

Jednoznaczna definicja, w jakich sytuacjach strażacy-ratownicy zobowiązani są do prowadzenia działań z zakresu ratownictwa medycznego, została określona w § 11 ust. 3 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 grudnia 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad organizacji krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego¹¹³⁰.

Do sytuacji tych zaliczamy:

- brak kwalifikowanej pomocy medycznej, gdy personel służby zdrowia nie dotarł do miejsca zdarzenia;
- brak możliwości wykorzystania personelu służby zdrowia na miejscu zdarzenia, gdy dostęp do poszkodowanych jest możliwy tylko dla strażaków-ratowników przy wykorzystaniu sprzętu specjalistycznego;
- gdy zdarzenie ma cechy nagłego zagrożenia z dużą liczbą poszkodowanych, którego skutki przekraczają możliwości ich opanowania w ramach rutynowej działalności i właściwych terytorialnie służb medycznych.

W dokumencie pt. „Zasady Organizacji Ratownictwa Medycznego w Krajowym Systemie Ratowniczo-Gaśniczym” zatwierdzonym przez Komendanta Głównego Państwowej Straży Pożarnej w lipcu 2013 r. potwierdzono, że ratownictwo medyczne jest nieodzownym elementem KSR-G, i wyszczególniono, w jakich przypadkach podmioty KSRG je podejmują. W ramach KSR-G strażacy ratownicy mogą realizować zadania z zakresu ratownictwa medycznego w formie pomocy przedlekarskiej w warunkach przedszpitalnych¹¹³¹, według zakresu przedmiotowego i podmiotowego określonego w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 3 lipca 2017 r. w sprawie szczegółowej organizacji krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego¹¹³². Rozporządzenie z dnia 3 lipca 2017 r. zastąpiło wcześniej obowiązujące rozporządzenie z 18 lutego 2011 r.¹¹³³. Zgodnie z § 17 rozporządzenia z dnia 3 lipca 2017 r. działania KSR-G z zakresu ratownictwa medycznego obejmuje planowanie, organizowanie i realizację medycznych działań ratowniczych¹¹³⁴. Działania te obejmują w szczególności:

¹¹³⁰ Dz. U. z 1999 r. Nr 111, poz. 1311.

¹¹³¹ Ratownictwo medyczne dzieli się na ratownictwo realizowane w warunkach przedszpitalnych i szpitalnych oraz przedlekarskie i lekarskie, przy czym podział ten określa zakres możliwości i zobowiązań podmiotów realizujących działania ratownicze, [za:] D. Marczyński, R. Grosset, *Organizacja ratownictwa medycznego w krajowym systemie ratowniczo-gaśniczym*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2000, t. II, nr I, s. 24.

¹¹³² Dz. U. z 2017 r. poz. 1319.

¹¹³³ Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad organizacji krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego (Dz. U. z 2011 r. Nr 46, poz. 239).

¹¹³⁴ § 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 3 lipca 2017 r. w sprawie szczegółowej organizacji krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego określa działania ratownicze jako: walkę z pożarami, ratownictwo techniczne, chemiczne, ekologiczne i medyczne.

- rozpoznanie u osób poszkodowanych stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz prowadzenie segregacji pierwotnej i udział w segregacji wtórnej;
- zastosowanie technik i sprzętu niezbędnych do ratowania życia i zdrowia w zależności od rodzaju, skali i miejsca zdarzenia oraz liczby osób poszkodowanych;
- zapewnienie ciągłości realizowanego przez podmioty KSR-G procesu ratowania osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego na miejscu zdarzenia, w tym współpraca z jednostkami systemu PRM w czasie realizacji medycznych działań ratowniczych przed przeprowadzeniem segregacji wtórnej, również w punkcie lub obszarze pomocy medycznej;
- określenie sposobu postępowania ze sprzętem medycznym.

Ze względu na regulacje ustawy o PRM i ustawy o ochronie przeciwpożarowej można stwierdzić, że w Polsce istnieją „dwa ratownictwa medyczne”¹¹³⁵. Powołane dwoma ustawami podmioty wykonujące zadania ratownictwa medycznego mają ze sobą współdziałać, jednak nie określono, na jakich zasadach i kto te zasady ma określić, a następnie egzekwować lub kontrolować¹¹³⁶.

W związku z istnieniem dwóch systemów odpowiedzialnych za ratownictwo medyczne należałoby się zastanowić, czy utworzenie systemu PRM było w ogóle zasadne? Czy też nie powinno się dążyć do połączenia tych służb, skoro nawet CPR obsługują dwa systemy, a wystarczyłby jeden w ramach racjonalizacji kosztów systemu bezpieczeństwa wewnętrznego państwa. Szukając odpowiedzi na tak postawione pytania, wydaje się, że wzorem niektórych krajów zachodnich należałoby rozbudować zakres działań dotyczących ratownictwa medycznego w jednostkach KSR-G, przy jednoczesnym przekazaniu środków z systemu PRM dedykowanych ZRM, które w tej sytuacji powinny ulec likwidacji.

5.7. Powiadamianie ratunkowe

Ciągłemu rozwojowi cywilizacyjnemu towarzyszy stały wzrost liczby interwencji służb ratunkowych. W celu poprawy bezpieczeństwa publicznego jest konieczne współdziałanie i wypracowanie odpowiednich procedur przez służby zaangażowane w akcje ratunkowe, zachowanie ciągłości i spójności prowadzonych przez nie działań wymusza

¹¹³⁵ W ramach systemu PRM, którego głównym zadaniem jest ratowanie życia i zdrowia w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (zob. art. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym) i KSR-G, którego również ratowanie życia i zdrowia ludzi stanowi najistotniejsze spośród zadań (zob. art. 2 pkt 4. ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej).

¹¹³⁶ S. Ręclawowicz, J.A. Wrzesiński, *Krajowy System Ratowniczo-Gaśniczy w systemie bezpieczeństwa wewnętrznego Państwa*, Acta Universitatis Wratislaviensis no. „Przegląd Prawa i Administracji” 2016, t. 3738 CVI, s. 340.

na tych służbach tworzenie między sobą sprawnie funkcjonujących systemów wymiany informacji¹¹³⁷.

Tworzenie systemu powiadamiania ratunkowego w Polsce ma długą historię, która ze względu na liczne zmiany w kształtowaniu modelu tego systemu jeszcze się nie zakończyła. Proces budowy systemu powiadamiania ratunkowego został zapoczątkowany koniecznością¹¹³⁸ wprowadzenia postanowień Dyrektywy Nr 2002/22/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europy z dnia 7 marca 2002 r. w sprawie usługi powszechnej i związanych z sieciami i usługami łączności elektronicznej praw użytkowników (dyrektywa o usłudze powszechnej)¹¹³⁹, którą zobowiązała Państwa Członkowskie Unii Europejskiej, w tym od dnia 1 maja 2004 r. Polskę, do zapewnienia właściwego odbierania i zajmowania się wywołaniami jednego europejskiego numeru alarmowego 112 w sposób najlepiej odpowiadający krajowej organizacji systemów alarmowych i mieszczący się w granicach technologicznych możliwości sieci. Państwa członkowskie wymagają, aby przedsiębiorstwa prowadzące publiczne sieci telekomunikacyjne udostępniały władzom zajmującym się ratownictwem informacje o miejscu przebywania osoby dzwoniącej, w stopniu technicznie możliwym, w odniesieniu do wywołań jednego europejskiego numeru alarmowego „112”¹¹⁴⁰.

Wprowadzenie przedmiotowej Dyrektywy było spowodowane chęcią zapewnienia dodatkowego bezpieczeństwa przez istnienie tego numeru na poziomie europejskim, szczególnie w czasie, gdy obywatele podróżują przez inne państwa członkowskie¹¹⁴¹. Stworzenie warunków prawnych, technicznych i organizacyjnych, umożliwiających abonentom publicznych sieci telekomunikacyjnych korzystanie z jednego europejskiego numeru alarmowego 112 w sytuacjach wymagających pomocy świadczonej przez służby ratunkowe, a służbom ratunkowym sprawny odbiór zgłoszeń kierowanych do tego numeru, zaczęto od ustalenia¹¹⁴² (przepisem art. 129 ust. 1 ustawy¹¹⁴³ z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne¹¹⁴⁴), z dniem 1 stycznia 2005 r., numeru „112” jako wspólnego numeru alarmowego dla wszystkich służb ustawowo powołanych do niesienia pomocy.

¹¹³⁷ Ł. Szarpak, *Centrum Powiadamiania Ratunkowego elementem systemu bezpieczeństwa publicznego*, „Zeszyty Naukowe WSOWL” 2011, nr 3 (161), s. 389.

¹¹³⁸ Komisja Wspólnot Europejskich wszczęła wobec Polski w dniu 15 grudnia 2006 r. postępowanie przewidziane Traktatem o Unii Europejskiej, w związku z niewywiązaniem się przez Polskę z określonego Dyrektywą nr 2002/22/WE obowiązku zapewnienia służbom ratunkowym dostępu do informacji o lokalizacji osób dzwoniących na numer 112 z telefonów komórkowych, [za:] *Wprowadzenie*, [w:] *Informacja o wynikach kontroli – Funkcjonowanie numeru alarmowego 112 na terenie Polski*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2010, s. 6.

¹¹³⁹ Dz. U. UE L 108/51 z 24.4.2002 r.

¹¹⁴⁰ Art. 26 ust. 2 i 3 Dyrektywy Nr 2002/22/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europy.

¹¹⁴¹ Pkt 12 wstępu Dyrektywy Nr 2002/22/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europy.

¹¹⁴² *Wprowadzenie*, [w:] *Informacja o wynikach...*, s. 4.

¹¹⁴³ Między innymi artykuł 78 tej ustawy reguluje sposób funkcjonowania numeru alarmowego 112.

¹¹⁴⁴ T. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2460.

Funkcjonowanie tego numeru od dnia 1 stycznia 2007 r. zawdzięczamy obowiązującemu w tamtym czasie (do dnia 10 lutego 2009 r.) art. 25 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o PRM. Numer alarmowy 112¹¹⁴⁵ do 10 lutego 2009 był obsługiwany przez centra powiadamiania ratunkowego (dalej centra), działające w urzędach wojewódzkich. Centra te były obowiązane przyjmować zgłoszenia kierowane na ten numer i przekierowywać je do jednostek Policji, Państwowej Straży Pożarnej (dalej PSP) lub pogotowia ratunkowego. Minister właściwy do spraw wewnętrznych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określił w drodze rozporządzenia¹¹⁴⁶ szczegółową organizację centrów powiadamiania ratunkowego, ich liczbę oraz sposób rozmieszczenia, mając na uwadze realizację zadań centrów, potrzeby systemu oraz krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego. Centra te miały być zlokalizowane w miastach będących siedzibą wojewody, z wyjątkiem województwa mazowieckiego i warmińsko-mazurskiego, gdzie określono inne lokalizacje.

Wojewoda powierzał, w drodze porozumienia (do dnia 31 grudnia 2010 r.), wykonywanie zadań tych centrów (w tym zadania związane z obsługą numeru alarmowego 112) innym podmiotom, w szczególności jednostkom organizacyjnym PSP lub jednostkom samorządu terytorialnego (art. 61 ustawy o PRM¹¹⁴⁷). Działalność centrów była finansowana z budżetu państwa, z tej części, której dysponentem był wojewoda. Centra i pracujący w nich dyspozytorzy medyczni mieli prawo na podstawie przepisu art. 28¹¹⁴⁸ ustawy o PRM uzyskać od przedsiębiorcy telekomunikacyjnego, w czasie rzeczywistym, dane dotyczące:

- a) numeru telefonu, nazwiska i adresu osoby dokonującej zgłoszenia o zdarzeniu za pomocą telefonu stacjonarnego lub dane abonenta, z którego zakończenia sieci operatora zostało zainicjowane połączenie alarmowe; uprawnienie to obejmowało następujące dane osobowe abonenta: jego imię i nazwisko lub nazwę oraz adres i numer telefonu;
- b) lokalizacji osoby dokonującej zgłoszenia o zdarzeniu za pomocą telefonu komórkowego.

¹¹⁴⁵ Zgodnie z art. 25 ustawy o PRM, uchylonym z dniem 10 lutego 2009 r. przez art. 4 ust. 2 i 8 ustawy zmieniającej z dnia 5 grudnia 2008 r.

¹¹⁴⁶ Rozporządzenie z dnia 17 września 2007 r. w sprawie szczegółowej organizacji centrów powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2007 r. Nr 178, poz. 1263). Rozporządzenie weszło w życie z dniem 12 października 2007 r. i obowiązywało do dnia 10 lutego 2009 r. Przepisem art. 4 pkt 2 ustawy zmieniającej z grudnia 2008 r., z dniem 10 lutego 2009 r. został uchylony przepis art. 25 ust. 3 ustawy o PRM, stanowiący podstawę do wydania tego rozporządzenia.

¹¹⁴⁷ Przepis art. 61 uchylony z dniem 10 lutego 2009 r. przez art. 4 pkt 8 ustawy zmieniającej z dnia 5 grudnia 2008 r.

¹¹⁴⁸ Przepis ten został z dniem 1 sierpnia 2008 r. zmieniony przez art. 2 ustawy z dnia 11 stycznia 2008 r. o zmianie ustawy Prawo telekomunikacyjne i ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2008 r. Nr 17, poz. 101 ze zm.), a następnie uchylony – z dniem 10 lutego 2009 r. – przez art. 4 pkt 4 ustawy zmieniającej z dnia 5 grudnia 2008 r.

Sposób przyjmowania zgłoszeń kierowanych do numeru alarmowego 112 był zorganizowany w sposób zapewniający bieżące współdziałanie z jednostkami systemu PRM oraz jednostkami ochrony przeciwpożarowej określonymi w art. 15 ustawy o ochronie przeciwpożarowej. Przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy o ochronie przeciwpożarowej oraz niektórych innych ustaw¹¹⁴⁹ zmieniono sposób funkcjonowania numeru alarmowego 112, który stał się jednym z zadań nowo utworzonego „systemu powiadamiania ratunkowego”.

Artykuł 14a¹¹⁵⁰ ustawy o ochronie przeciwpożarowej stanowił, że system powiadamiania ratunkowego (SPR) integruje Krajowy System Ratowniczo-Gaśniczy (KSR-G)¹¹⁵¹ i system Państwowe Ratownictwo Medyczne w zakresie realizacji następujących zadań:

- a) bieżącej analizy zasobów ratowniczych;
- b) przyjmowania zgłoszeń alarmowych oraz obsługi numeru alarmowego 112;
- c) kwalifikacji zgłoszeń;
- d) podejmowania działań zgodnie z określonymi procedurami, a w szczególności:
 - dysponowania sił ratowniczych i zespołów ratownictwa medycznego;
 - koordynowania oraz monitorowania działań ratowniczych i medycznych czynności ratunkowych;
 - powiadamiania o zdarzeniu szpitalnego oddziału ratunkowego lub, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;
 - inicjowania procedur reagowania kryzysowego.

Do 1 stycznia 2014 r. na terenie województwa zadania systemu powiadamiania ratunkowego wykonywano na podstawie rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 31 lipca 2009 r. w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego i wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego¹¹⁵² oraz rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 lutego 2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego i wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego¹¹⁵³.

¹¹⁴⁹ Dz. U. z 2009 r. Nr 11 poz. 59.

¹¹⁵⁰ Obowiązującego od dnia 10 lutego 2009 r. Artykuł ten został uchylony przez ustawę z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego.

¹¹⁵¹ Funkcjonowanie Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego regulują przepisy rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 grudnia 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad organizacji krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego (Dz. U. z 1999 r. Nr 111, poz. 1311 ze zm.).

¹¹⁵² Dz. U. z 2009 r. Nr 130, poz. 1073.

¹¹⁵³ Dz. U. z 2011 r. Nr 50, poz. 262.

W rozporządzeniu tym wydanym na podstawie przepisu art. 14e ustawy o ochronie przeciwpożarowej¹¹⁵⁴ zostały określone: szczegółowa organizacja, sposób funkcjonowania oraz realizacji zadań CPR-ów i WCPR-ów, ramowe procedury obsługi zgłoszeń przychodzących na numery alarmowe oraz kwalifikacje wymagane od operatorów tych numerów, sposób i organizacja przeprowadzania szkolenia operatorów numerów alarmowych, zakres, forma, sposób tworzenia i przekazywania informacji niezbędnych do funkcjonowania SPR, kryteria do określenia liczby, lokalizacji i terenu działania centrum powiadamiania ratunkowego oraz liczby stanowisk dyspozytorów medycznych i stanowisk operatorów numerów alarmowych przy jednoczesnym uwzględnieniu potrzeb SPR, w zakresie jego sprawnego funkcjonowania. Materie, które regulowały te rozporządzenia zostały zamieszczone w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego¹¹⁵⁵, a rozporządzenia uchylone.

Dotychczasowa analiza aktów prawnych bezpośrednio dotyczących systemu powiadamiania ratunkowego przysparza trudności w interpretacji ich przepisów. Według opinii Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji regulacje w zakresie tematyki powiadamiania ratunkowego są niejasne i mało czytelne. Umieszczenie problematyki powiadamiania ratunkowego w ramach ustawy o ochronie przeciwpożarowej i, co za tym idzie, braku precyzyjnej korelacji pomiędzy zakresem przedmiotowym ustawy o ochronie przeciwpożarowej a regulacją odnoszącą się do powiadamiania ratunkowego. Należy dodać, że ustawa o ochronie przeciwpożarowej, od momentu wprowadzenia nowelizacji z dnia 5 grudnia 2008 r., obok kwestii m.in. ochrony przeciwpożarowej, bezpieczeństwa budynków w tym zakresie, bezpieczeństwa wyrobów z zakresu ochrony przeciwpożarowej, zaczęła nakładać wiele nowych obowiązków na inne podmioty, w tym takie, które nie mają bezpośredniego związku z ochroną przeciwpożarową. Podmiotami tymi są: dyspozytorzy medyczni, wojewodowie, starostowie, operatorzy telekomunikacyjni czy Policja¹¹⁵⁶.

Należy dodać, że przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw¹¹⁵⁷, a konkretnie art. 24a do 24h¹¹⁵⁸. stworzono system Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, zwany dalej SWD PRM.

¹¹⁵⁴ Przepis art. 14e ustawy o ochronie przeciwpożarowej, dodany przez art. 1 ust. 4 ustawy zmieniającej z dnia 5 grudnia 2008 r.

¹¹⁵⁵ T. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1077.

¹¹⁵⁶ Zob. Uzasadnienie ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, <http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/765BC7A0CEFBF895C1257C1B00487F3F/%24File/1892-uzasadnienie.docx>, s. 1 i n. [dostęp 20.04.2020].

¹¹⁵⁷ Dz. U. z 2018 r. poz. 1115.

¹¹⁵⁸ Przepisy te regulują m.in. kwestie dotyczące nadzoru, utrzymania i funkcjonowania SWD PRM.

Artykuł 3 pkt 15 ustawy o PRM określa SWD PRM jako system teleinformatyczny umożliwiający przyjmowanie zgłoszeń alarmowych z centrów powiadamiania ratunkowego, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, oraz powiadomień o zdarzeniach, dysponowanie zespołami ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, prezentację położenia geograficznego miejsca zdarzenia, pozycjonowanie zespołów ratownictwa medycznego oraz wsparcie realizacji zadań przez zespoły ratownictwa medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.

Zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego system powiadamiania ratunkowego, zwany dalej „systemem”, składa się z centrów powiadamiania ratunkowego, zwanych dalej „centrami”, tworzących jednolity system do obsługi zgłoszeń alarmowych¹¹⁵⁹, kierowanych do numerów alarmowych 112, 997, 998 i 999, umożliwiający przekazanie zgłoszenia alarmowego w celu zaangażowania właściwych zasobów ratowniczych. Z systemem PR współpracują Policja, Państwowa Straż Pożarna i dysponenci zespołów ratownictwa medycznego, w celu podjęcia działań ratowniczych w związku z otrzymanym zgłoszeniem alarmowym, przy wykorzystaniu systemu teleinformatycznego i sieci teleinformatycznej na potrzeby obsługi numerów alarmowych. Również z systemem powiadamiania ratunkowego współpracują podmioty, których numery telefoniczne są obsługiwane w ramach systemu. System działa na zasadzie wzajemnej zastępowalności centrów w razie miejscowej awarii systemu teleinformatycznego bądź jego przeciążenia.

Na terenie kraju minister właściwy do spraw administracji publicznej odpowiada za planowanie i organizację systemu, za jego nadzór i koordynację jego funkcjonowanie. Zapewnia ponadto upowszechnianie wiedzy o numerach alarmowych oraz publikuje na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw administracji publicznej statystyki dotyczące funkcjonowania systemu.

Do zadań wojewody należy tworzenie centrum i oddziałów centrum. Wojewoda, mając na względzie zapewnienie skuteczności działania systemu, określa lokalizację i szczegółową organizację centrum z uwzględnieniem kwestii finansowych, społecznych i terytorialnych.

Centra wchodzi w strukturę urzędu wojewódzkiego, chyba że wojewoda powierzył organizowanie i prowadzenie centrum staroście lub prezydentowi miasta na prawach powiatu, służbie, inspekcji lub straży wchodzącej w skład zespolonej administracji

¹¹⁵⁹ W ramach systemu mogą być obsługiwane również numery 991, 992, 993, 994 i 987 oraz numery alarmowe podmiotów, do których zadań należy ochrona życia, zdrowia, bezpieczeństwa i porządku publicznego, mienia lub środowiska.

wojewódzkiej. Do zadań centrum należy obsługa zgłoszeń alarmowych, z wyłączeniem systemów sygnalizacji pożarowej¹¹⁶⁰, w szczególności:

- 1) odbiór zgłoszenia alarmowego;
- 2) powiązanie zgłoszenia alarmowego z danymi teleadresowymi miejsca zgłoszenia oraz jego pozycją geograficzną;
- 3) wybór odpowiedniej grupy podmiotów, do której zostaną skierowane zgromadzone dane o zgłoszeniu alarmowym;
- 4) przekazanie, gdy zachodzi taka potrzeba, zgromadzonych danych drogą elektroniczną z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego, a w uzasadnionych przypadkach wraz z przekierowaniem połączenia telefonicznego, zgodnie z kwalifikacją zgłoszenia, do Policji, Państwowej Straży Pożarnej, dysponentów zespołów ratownictwa medycznego lub do podmiotów, których numery telefoniczne są obsługiwane w ramach systemu;
- 5) wymiana danych o zgłoszeniach alarmowych przetwarzanych w systemie teleinformatycznym (...) z Policją, Państwową Strażą Pożarną, dysponentami zespołów ratownictwa medycznego lub innymi podmiotami, których numery telefoniczne są obsługiwane w ramach systemu (art. 8 ust. 1).

Do zadań centrum należy też przez 3 lata ewidencjonowanie i przechowywanie danych o zgłoszeniach alarmowych, wykonywanie analiz związanych z funkcjonowaniem systemu na obszarze obsługiwanym przez centrum oraz tworzenie statystyk w zakresie liczby, rodzaju oraz czasów realizacji zgłoszeń alarmowych; współpraca oraz wymiana informacji z centrami zarządzania kryzysowego, z Policją, Państwową Strażą Pożarną, dysponentami zespołów ratownictwa medycznego oraz podmiotami, których numery telefoniczne są obsługiwane w ramach systemu.

Swoje zadania Centrum może wykonywać dzięki nieodpłatnemu uzyskaniu za pośrednictwem centralnego punktu systemu powiadamiania ratunkowego¹¹⁶¹ informacji dotyczących lokalizacji zakończenia sieci, z którego zostało wykonane połączenie do numeru alarmowego 112 albo innego numeru alarmowego, danych dotyczących abonenta oraz danych przestrzennych i związanych z nimi usług, udostępnianych za pośrednictwem systemu teleinformatycznego stworzonego na podstawie przepisów ustawy z dnia 17 maja 1989 r. – Prawo geodezyjne i kartograficzne umożliwiające dostęp do danych przestrzennych¹¹⁶².

Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego, Policja i Państwowa Straż Pożarna zapewniają warunki techniczne i organizacyjne umożliwiające przyjęcie zgłoszeń

¹¹⁶⁰ O których mowa w ustawie z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej.

¹¹⁶¹ O którym mowa w art. 78 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. – Prawo telekomunikacyjne.

¹¹⁶² Art. 40 ust. 3e ustawy z dnia 17 maja 1989 r. – Prawo geodezyjne i kartograficzne (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 276).

alarmowych kierowanych z centrum za pośrednictwem systemu teleinformatycznego¹¹⁶³ w celu podjęcia działań ratowniczych w związku z otrzymanym zgłoszeniem alarmowym. Do obsługi zgłoszeń alarmowych są zatrudniani operatorzy numerów alarmowych w liczbie zapewniającej sprawną obsługę tych zgłoszeń.

Właściwy minister do spraw administracji publicznej finansuje z budżetu państwa, z części, której jest dysponentem: utrzymanie, rozbudowę i modyfikację systemu teleinformatycznego i centralnego punktu systemu powiadamiania ratunkowego, połączenia centrów z publiczną siecią telekomunikacyjną; szkolenia operatorów numerów alarmowych; upowszechnianie wiedzy o numerach alarmowych.

Właściwy minister do spraw wewnętrznych finansuje z budżetu państwa, z części, której jest dysponentem: utrzymanie, rozbudowę i modyfikacje sieci teleinformatycznej na potrzeby obsługi numerów alarmowych; podłączenie do sieci teleinformatycznej na potrzeby obsługi numerów alarmowych dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, Policji i Państwowej Straży Pożarnej; podłączenie urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia do sieci teleinformatycznej na potrzeby obsługi numerów alarmowych oraz utrzymanie łącza z tą siecią. Zadania, za które odpowiadają wojewodowie, są finansowane z budżetu państwa, z części, których są dysponentami, w szczególności: budowa, rozbudowa, utrzymanie i funkcjonowanie centrów, w tym obsługa zgłoszeń alarmowych.

Dostawcy publicznie dostępnych usług telefonicznych zapewniają:

- swoim użytkownikom końcowym, w tym korzystającym z aparatów publicznych, bezpłatne połączenia z numerami alarmowymi;
- kierowanie połączeń telefonicznych do numerów alarmowych 112, 997, 998 i 999 do właściwego terytorialnie centrum powiadamiania ratunkowego oraz połączeń telefonicznych do innych numerów alarmowych do właściwych terytorialnie jednostek służb ustawowo powołanych do niesienia pomocy, krótkich wiadomości tekstowych (sms) do numeru alarmowego 112 do właściwego terytorialnie centrum powiadamiania ratunkowego (art. 20 ust. 1 u.s.p.r.).

Dostawca publicznie dostępnych usług telefonicznych, który nie wykonuje obowiązku zapewnienia bezpłatnych połączeń z numerami alarmowymi, podlega karze pieniężnej w wysokości do 3% przychodu ukaranego przedsiębiorcy telekomunikacyjnego. Karę pieniężną nakłada Prezes Urzędu Komunikacji Elektronicznej w drodze decyzji (art. 21 ust. 1 u.s.p.r.).

¹¹⁶³ System teleinformatyczny łączy się i wymienia dane z systemami teleinformatycznymi Policji, Państwowej Straży Pożarnej oraz dysponentów zespołów ratownictwa medycznego przez sieć teleinformatyczną na potrzeby obsługi numerów alarmowych (art. 13 ust. 1).

Bez wątpienia system powiadamiania ratunkowego poprawił dostępność do usług powiadamiania alarmowego oraz zmniejszył czas reakcji służb ratunkowych od momentu zgłoszenia zdarzenia, a to wszystko przyczyniło się do zwiększenia efektywności działania służb ratunkowych i do poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Należy jednak zwrócić uwagę, że mimo znaczącego postępu w stworzeniu narzędzi wspomagających działania służb ratunkowych istnieje jeszcze wiele problemów organizacyjnych systemu powiadamiania ratunkowego¹¹⁶⁴. Wiele takich problemów do rozwiązania wskazała Najwyższa Izba Kontroli, która oceniając funkcjonowanie systemu powiadamiania ratunkowego w okresie od 1 stycznia 2009 do 24 października 2011 r., oceniła negatywnie działania podejmowane na rzecz wdrożenia systemu powiadamiania ratunkowego. Mimo wdrożenia ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego z 2013 r. wiele uwag NIK nadal jest aktualnych, spora część tych uwag dotyczy działań Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, a w szczególności: braku spójnej koncepcji systemu powiadamiania ratunkowego; nieokreślonej strategii finansowania systemu powiadamiania ratunkowego w wieloletniej perspektywie; nieokreślenia przejrzystej struktury zarządzania projektem; dodatkowo nie określono długofalowej polityki utrzymania sieci Ogólnopolskiej Sieci Teleinformatycznej na potrzeby obsługi numeru alarmowego 112¹¹⁶⁵.

NIK podkreśla ponadto, że żadne z funkcjonujących centrów powiadamiania ratunkowego, na skutek opóźnień w realizacji projektów informatycznych i teleinformatycznych, nie osiągnęło pełnej zakładanej funkcjonalności. O powadze tego problemu może świadczyć treść raportu z funkcjonowania systemu powiadamiania ratunkowego w 2016 r.¹¹⁶⁶, którego analiza potwierdza tylko te uwagi. Z raportu przygotowanego w 2017 r. wynika, że jednym z najbardziej znaczących postępów w usprawnieniu SPR było zrobienie milowego kroku w historii powiadamiania ratunkowego, czyli osiągnięcie przez niego docelowego modelowego funkcjonowania – tj. zapewnienie elektronicznej komunikacji operatorów numerów alarmowych w CPR z dyspozytorami Policji i PSP. Szkoda tylko, że osiągnięcie tego celu udało się tak późno.

Dotychczasowe doświadczenia z funkcjonowania numeru 112 pokazują, że operatorzy tego numeru borykają się z bardzo istotnym problemem, którego skala często może doprowadzić do zaburzenia ich pracy. Spośród wszystkich zgłoszeń skierowanych

¹¹⁶⁴ P. Guła, *Komentarz do art. 25*, [w:] S. Poździej (red.), *Ustawa...*, s. 224.

¹¹⁶⁵ Zob. *Informacja o wynikach kontroli – Przygotowanie systemu ochrony ludności przed klęskami żywiołowymi oraz sytuacjami kryzysowymi*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2013, s. 18 i n.

¹¹⁶⁶ *Raport z funkcjonowania systemu powiadamiania ratunkowego w 2016 r.*, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, <https://www.gov.pl/attachment/806f8a44-246a-49d5-931e-674cf5fff533> [dostęp 20.04.2020], s. 3.

na numer alarmowy 112: w 2018 r.¹¹⁶⁷ tylko 25% było zasadne (w 2015 r.¹¹⁶⁸ było zasadne tylko 18%); w 2018 r. aż 33% było zgłoszeń anulowanych przed ich odbiorem przez operatora numerów alarmowych (w 2015 roku 37%); a w 2018 r. 42% były to zgłoszenia fałszywe, złośliwe lub niezasadne (w 2015 r. 45%) – informacje o tych zgłoszeniach nie zostały przekazane do podmiotów ratunkowych.

Mając na uwadze powyższe, bardzo istotna wydaje się dla funkcjonowania SPR edukacja obywateli na temat funkcjonowania oraz zastosowania numeru 112 tak, aby niepotrzebnie nie angażować czasu dyspozytorów oraz nie blokować linii telefonicznych tym, którzy tej pomocy potrzebują. MSWiA od wielu lat taką edukację prowadzi, jednak wydaje się zasadne, aby intensywność przekazywania tej wiedzy była bardziej skuteczna, by uświadomić społeczeństwu, że korzystając z numeru alarmowego 112 można jedynie w sytuacjach związanych z zagrożeniem życia i bezpieczeństwa¹¹⁶⁹. Jeżeli udałoby się wyedukować społeczeństwo na tyle skutecznie, aby na numer 112 dzwoniły tylko osoby wymagające interwencji służb ratunkowych, to pięciokrotnie można by zmniejszyć liczbę dyspozytorów medycznych, a tym samym obniżyć znacząco koszty funkcjonowania systemu powiadamiania ratunkowego.

5.8. Standardy funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne

Działanie poszczególnych elementów systemu PRM podlega ocenie zarówno merytorycznej, jak i społecznej. Aby system PRM mógł być uznany za skuteczny, powinien podlegać ciągłej modyfikacji i doskonaleniu tak, żeby podejmowane działania ratownicze były szybkie, racjonalne, a przede wszystkim efektywne. Racjonalność systemu PRM zależy w dużej mierze od warunków należytego finansowania systemu, ale także i od racjonalnego wydatkowania posiadanych środków finansowych. Skuteczność systemu to efektywność jego działań w zakresie ratowania zdrowia i życia jak największej liczby osób znajdujących się w sytuacji nagłego zagrożenia życia i zdrowia¹¹⁷⁰. Zdaniem D. Rutkowskiego jednym z problemów systemu ochrony zdrowia jest brak racjonalnego zarządzania środkami finansowymi. Problem ten prowadzi do zadłużania publicznych podmiotów opieki zdrowotnej, co przekłada się na trudności w dostępie do

¹¹⁶⁷ *Raport z funkcjonowania systemu powiadamiania ratunkowego w 2018 r.*, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, <https://www.gov.pl/attachment/Od139266-6ec9-4993-8978-7ba356d64791> [dostęp 20.04.2020], s. 17 i n.

¹¹⁶⁸ *Raport z funkcjonowania systemu powiadamiania ratunkowego w 2015 r.*, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, <https://www.gov.pl/attachment/f0f60cd6-1cc9-4940-84ac-53bdb5f4718a> [dostęp 20.04.2020], s. 5.

¹¹⁶⁹ *Raport z funkcjonowania systemu powiadamiania ratunkowego w 2016 r...*, s. 9.

¹¹⁷⁰ T. Kocowski, M. Gruszka, *op. cit.*, s. 4.

świadczeń opieki zdrowotnej, wyrażone długością oczekiwania pacjentów na te świadczenia, jak również trudnościami czy brakiem dostępu do drogich leków i technologii¹¹⁷¹.

Skuteczność systemu ratownictwa medycznego (jak i całego systemu ochrony zdrowia) „(...) jest wypadkową dwóch czynników, tj. poziomu rekognicji i realizacji zobowiązań pozytywnych nałożonych na aparat administracyjny danego państwa oraz stopnia intensywności, z jaką występują ograniczenia i dopuszczalne wyjątki uzasadniające limitowanie prawa do zdrowia, wyrażonej w dyskrecjonalnej władzy krajowej, czyli tzw. marginesie uznania”¹¹⁷². Koncepcja marginesu uznania (oceny)¹¹⁷³ powstała ze względu na problemy związane ze stosowaniem praw człowieka w oparciu o Europejską Konwencję Praw Człowieka na poziomie regionalnym¹¹⁷⁴. W literaturze przedmiotu, jak i w orzecznictwie margines oceny jest dookreślany terminami takimi, jak: koncepcja, doktryna, teoria, technika czy narzędzie¹¹⁷⁵. Przyjmuje się, że źródłem dla koncepcji marginesu oceny jest uznanie administracyjne podlegające ocenie sądów¹¹⁷⁶. Koncepcja ta zyskała na popularności nie tylko w Europejskim Trybunale Praw Człowieka w Strasburgu, ale także wśród innych organów międzynarodowej ochrony praw i wolności jednostki, w tym m.in. Komitecie Praw Człowieka ONZ czy Międzynarodowym Trybunale Sprawiedliwości. Aplikacja tej koncepcji przez sądy międzynarodowe zwraca uwagę na zależność, że im większa liczba państw będących stroną umowy, tym większych możliwości należy się spodziewać dla stosowania koncepcji marginesu oceny¹¹⁷⁷. Koncepcja marginesu oceny nie znajduje zastosowania do praw uznanych za absolutne – praw niederogowalnych, takich jak prawo do życia, zakaz tortur czy zakaz karania bez podstawy prawnej¹¹⁷⁸.

Uprawnienia jednostki mogą więc zostać uszczuplone w sytuacji wprowadzenia stanów nadzwyczajnych¹¹⁷⁹ (możliwość taką przewiduje art. 15 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka przyjętej w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r.), czy też w wyniku

¹¹⁷¹ Zob. D. Rutkowski, *Efektywność wykorzystywania nakładów na ochronę zdrowia w Polsce*, [w:] M. Konarski, M. Woch (red.), *Opieka zdrowotna w systemie władzy publicznej w Polsce*, Warszawa 2013, s. 57 i n.

¹¹⁷² R. Tabaszewski, *op. cit.*, s. 134-135.

¹¹⁷³ Za margines oceny można uznać pewien zakres swobody władz krajowych w stosowaniu konwencji (EKPCz) w zależności od konkretnych warunków [za:] M.A. Nowicki, *Słownik Europejskiej Konwencji Praw Człowieka*, Warszawa 2009.

¹¹⁷⁴ A. Płoszka, *Koncepcja marginesu oceny w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka – zarys problematyki*, [w:] A. Garnuszek, P. Sosnowski (red.), *Rola Trybunałów i Doktryny w Prawie Międzynarodowym*, Warszawa 2010, s. 336.

¹¹⁷⁵ Por. A. Płoszka, *op. cit.*, s. 338-339 oraz m.in. A. Wiśniewski, *W sprawie koncepcji marginesu oceny w orzecznictwie strasburskim*, „Państwo i Prawo” 2008, nr 12, s. 101 i n.; M.A. Nowicki, *Wprowadzenie do interpretacji EKPCz*, „Europejski Przegląd Sądowy” 2010, nr 1, s. 8 i n.

¹¹⁷⁶ Zob. szerzej L. Garlicki (red.), *Sądownictwo administracyjne w Europie Zachodniej*, Warszawa 1990.

¹¹⁷⁷ A. Płoszka, *op. cit.*, s. 351-352.

¹¹⁷⁸ *Ibidem*, s. 346.

¹¹⁷⁹ Zagadnienie to będzie omawiane w dalszej części pracy.

zaistnienia zdarzeń wymuszających na administracji rządowej czy samorządowej podjęcie określonych działań w sytuacjach, gdy dochodzi do: zagrożenia bezpieczeństwa publicznego, działań mobilizacyjnych, katastrofy czy klęski elementarnej. Szeroki margines uznania przysługuje również państwu, jeżeli chodzi o dopuszczenie do świadczeń medycznych osób nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotnym, jak również jeżeli chodzi o prawo do opieki medycznej o „odpowiedniej” jakości. Państwo używając narzędzia, którym jest margines oceny, powinno zachować równowagę pomiędzy interesem jednostki (która powinna mieć realny dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej), a interesem całego społeczeństwa¹¹⁸⁰.

O poziomie stopnia skuteczności danego prawa (niezależnie od przyjętych koncepcji, liberalnej bądź socjalnej) decyduje stopień jego akceptacji przez członków danej wspólnoty, stąd tak ważna dla zapewnienia jak najważniejszego poziomu skuteczności prawa do zdrowia jest promocja zdrowia, wyrażająca się w edukacji zdrowotnej oraz w szacunku jednostki dla zdrowia własnego¹¹⁸¹, jak i zdrowia drugiego człowieka¹¹⁸². Stały rozwój ratownictwa medycznego jest konieczny z punktu widzenia zarówno ratowania osób w stanie życia i zdrowia, jak i budowania systemu bezpieczeństwa publicznego¹¹⁸³.

Zastosowanie parametru „jakości” w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne dałoby pacjentom gwarancję efektywnego i skutecznego działania tego systemu, co pozwoliłoby na wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta, które to bezpieczeństwo ma zapewnić ten system. Pojęcie jakości przeszło znaczną ewolucję. Cyceron (106-43 p.n.e.) określenie *qualitas* – jakość – scharakteryzował jako właściwość, własność przymiotu¹¹⁸⁴. Jako stopień doskonałości pojęcie to przedstawił Platon (427-347 p.n.e.)¹¹⁸⁵, zaś dla Arystotelesa (384-322 p.n.e.) jakość to podstawowa kategoria myśli i rzeczywistości, która sprawia, że rzecz jest rzeczą¹¹⁸⁶.

Współcześnie jakość określa się m.in. jako to wszystko, co można poprawić¹¹⁸⁷, zdolności wyrobu lub usługi do zaspokojenia ludzkich oczekiwań¹¹⁸⁸, stopień spełnienia oczekiwań klienta (pacjenta)¹¹⁸⁹, ideał bez żadnych wad, do którego należy dążyć, lecz

¹¹⁸⁰ R. Tabaszewski, *op. cit.*, s. 140 i n.

¹¹⁸¹ O próbie edukacji zdrowotnej i jej wpływu na efektywność systemu ochrony zdrowia w dalszej części pracy.

¹¹⁸² J. Hołda *et al.*, *Prawa człowieka. Zarys wykładu*, Warszawa 2011, s. 65-69.

¹¹⁸³ Ł. Szarpak, *Organizacja ratownictwa medycznego w Polsce*, wyd. I, Warszawa 2012, s. 16.

¹¹⁸⁴ T. Borys, *Elementy teorii jakości*, Warszawa 1980, s. 15.

¹¹⁸⁵ A. Kiliński, *Jakość*, Warszawa 1979, s. 13.

¹¹⁸⁶ *Nowa encyklopedia powszechna PWN*, t. 3, Warszawa 1996, s. 121.

¹¹⁸⁷ L. Wasilewski, *Refleksje nad zarządzaniem jakością. W pułapkach definicji*, „Problemy Jakości” 1998, nr 1, s. 2.

¹¹⁸⁸ J.J. Dahlgaard, K. Kristensen, G.K. Kanji, *Podstawy zarządzania jakością*, tłum. L. Wasilewski, Warszawa 2004, s. 22.

¹¹⁸⁹ J. Łunarski, *Zarządzanie jakością*, Rzeszów 1998, s. 11.

który nie daje się osiągnąć¹¹⁹⁰. Doskonałość produktu lub usługi¹¹⁹¹, zgodność z wymaganiami¹¹⁹² czy różnica między oczekiwaniami klienta w stosunku do usługi a subiektywną oceną tej, którą otrzymał – to też ujęcia jakości¹¹⁹³. Jakość leczenia pacjentów nie jest dziełem przypadku, jest wynikiem wysiłku osób odpowiedzialnych za system ochrony zdrowia, którzy swoje działanie muszą dostosować do określonego obiektu (produktu, procesów, organizacji, zjawiska) tak, aby spełnić oczekiwania podmiotu doznającego¹¹⁹⁴.

Na gruncie nauk medycznych używa się określenia, które wprowadził w 1990 r. H. Schipper – jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia – *health related quality of life* (HRQL). Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia rozumiana jest jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia przeżywany przez chorego¹¹⁹⁵.

Ocena stanu zdrowia jest nie tylko i wyłącznie domeną chorego, ale również udziałem osób leczących – lekarza, pielęgniarki czy innych pracowników służby zdrowia. Między innymi od prawidłowego postępowania personelu medycznego zależy stan zdrowia. Sposób postępowania klinicznego wpływa na jakość i na wyniki postępowania terapeutycznego oraz na stan zdrowia pacjenta¹¹⁹⁶. Usługi medyczne o określonej jakości wpływają na uzyskanie oczekiwanej jakości życia. Potrzeby i oczekiwania pacjentów¹¹⁹⁷ (co do systemu i jakości) urzeczywistniają się w chwili choroby. Jakość życia pacjentów zależy od ich stanu zdrowia. Zadaniem medycyny ratunkowej jest ratowanie życia. Postęp w medycynie spowodował, że u coraz większej liczby pacjentów ratuje się życie, ale niekiedy uratowanie życia sprowadza się do skazania chorego na wieloletnią wegetację: leżenie w łóżku, potrzebę ciągłego nadzoru i opieki, odczuwanie dolegliwości bólowych, uzależnienie od aparatury medycznej. Ratowanie życia, z wykorzystaniem najnowszej wiedzy i techniki medycznej, jest wyzwaniem polegającym na zapewnieniu pacjentowi należnego komfortu życia, na doprowadzeniu uratowanego życia do tego, aby było one możliwie znośne, a nawet szczęśliwe¹¹⁹⁸. Dlatego tak istotne jest wprowadzenie standardów oraz najwyższej jakości postępowania w procesie leczenia.

Próby odpowiedzi na pytanie, czym jest jakość w ochronie zdrowia, oraz próby określenia, jaki wskaźnik najlepiej oceniłby jakość funkcjonowania systemu Państwowe

¹¹⁹⁰ E. Skrzypek, *Jakość i efektywność*, Lublin 2002, s. 16.

¹¹⁹¹ R. Karszewski, *TQM. Teoria i praktyka*, Toruń 2001, s. 19.

¹¹⁹² Zob. P.B. Crosby, *Quality is Free: The Art of Making Quality Certain*, New York 1979, s. 13-15 oraz *idem*, *Running Things: The Art of Making Things Happen*, New York 1986, s. 99.

¹¹⁹³ T. Knowles, *Zarządzanie hotelarstwem i gastronomią*, tłum. G. Górską, Warszawa 2001, s. 345.

¹¹⁹⁴ M. Urbaniak, *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Warszawa 2004, s. 13.

¹¹⁹⁵ *Ibidem*, s. 6.

¹¹⁹⁶ *Ibidem*, s. 7-8.

¹¹⁹⁷ J.M. Myszewski, *Po prostu jakość. Podręcznik zarządzania jakością*, Warszawa 2009, s. 80.

¹¹⁹⁸ S. Kowalik, A. Ratajska, A. Szmaus, *W poszukiwaniu nowego wymiaru jakości życia związanego ze stanem zdrowia*, [w:] L. Wołowicka (red.), *Jakość życia w naukach medycznych. QOL in medical sciences*, Poznań 2001, s. 17.

Ratownictwo Medyczne, dokonano w Zakładzie Medycyny Ratunkowej i Katastrof Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w ramach prowadzonych tam badań¹¹⁹⁹. Zadanie realizowano na dwóch Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych we Wrocławiu. W ramach badań przedstawiono pacjentom ankietę składającą się z pytań, które w głównej mierze przyczyniły się do przeanalizowania zarówno funkcjonalności SOR, jak i systemu PRM, a także zbadania, czym jest jakość w ochronie zdrowia, oraz wskazania przez pacjentów, jaki wskaźnik najlepiej oceniłby jakość systemu PRM.

Według przeprowadzonych badań dla większości pacjentów jakość w ochronie zdrowia jest zapewniona wtenczas, gdy wykwalifikowany oraz przyjazny personel będzie zaspokajał wszystkie potrzeby zdrowotne pacjentów tak, aby zapobiegać i leczyć ból, a na każdym etapie leczenia będzie w pełni informował o sposobie leczenia pacjenta. Badacze również zaproponowali ankietowanym dziesięć wskaźników¹²⁰⁰, które oceniłyby jakość systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Według ankietowanych pacjentów najlepszym wskaźnikiem oceniającym jakość systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne jest wskaźnik: odsetek osób w nagłym zagrożeniu zdrowia lub życia docierających w czasie do 30 minut do SOR od zgłoszenia na numer 112. Jeden z ankietowanych pacjentów napisał, że według niego najlepszy wskaźnik to: umieralność „czekających w kolejce”. Według autorów badania miarą skuteczności działania systemu PRM powinien być wskaźnik tzw. „zgonów do uniknięcia” (wskaźnik ten był też drugim z kolei wskazanym przez pacjentów).

Wskaźnik tzw. „zgonów do uniknięcia” został już omówiony w niniejszym opracowaniu, należy jednak jeszcze dodać, że „wskaźnik umieralności” obowiązywał w polskim porządku prawnym w przytaczanym już rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 grudnia 1992 r. w sprawie zlecenia kontroli zakładu opieki zdrowotnej. W rozporządzeniu tym w § 2 ust. 1 pkt 1 jednym z powodów kontroli

¹¹⁹⁹ W ramach zadania badawczego ST-921 zespół w składzie: M. Paplicki, M. Kwiaton, L. Styka, K. Niewińska, G. Chourasia, M. Kozakiewicz, J. Godziński, zrealizował badania pt. *Oczekiwanie pacjenta co do jakości leczenia w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym*.

Częściowe wyniki zadania badawczego zostały wykorzystane w pracy: M. Paplicki, R. Susło, M. Kwiaton, J. Drobnik, L. Styka, K. Niewińska, G. Chourasia, J. Godziński, *Oczekiwanie pacjenta co do jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych*, [w:] J. Jakubaszko (red.), *Postępy medycyny ratunkowej 2019*, Wrocław 2019, s. 11 i n.

¹²⁰⁰ 1. „zgony do uniknięcia”;

2. odsetek osób w nagłym zagrożeniu zdrowia lub życia docierających w czasie do 30 minut do SOR od zgłoszenia na numer 112;

3. liczba oddziałów ratunkowych/1 mln populacji;

4. liczba zabezpieczonych personelowo łóżek w SOR/100 000 populacji;

5. odsetek hospitalizacji;

6. liczba błędów medycznych;

7. liczba dziecięcych oddziałów ratunkowych/1 mln populacji;

8. długość oczekiwania w SOR na kontakt z lekarzem/decyzję leczniczą;

9. liczba lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej /100 000 populacji;

10. liczba centrów urazowych/1 mln populacji.

zakładu opieki zdrowotnej był znacznie odbiegający na określonym obszarze od średnich krajowych wskaźniki umieralności.

Poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w najwyższym stopniu zależy od dostępności, stanu organizacyjnego i przygotowania specjalistycznego struktur systemu ratownictwa medycznego czy działania systemu według określonych standardów postępowania¹²⁰¹. Z brakiem standardów określających jakość opieki zdrowotnej spotykają się nie tylko pacjenci Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, ale również pacjenci innych działów systemu ochrony zdrowia. Brak standardów świadczeń medycznych (minimum uprawnień), jakich może oczekiwać pacjent, jest kolejną kwestią pomniejszającą poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta. 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, nie są bezwzględnie obowiązujące¹²⁰². Należy podkreślić, że zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹²⁰³ pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Tworząc standardy medyczne, dokonuje się wyboru procedur pod względem ich skuteczności klinicznej, aktualny stan prawny w zakresie kompetencji pracowników zawodów medycznych, czy też np. obowiązującego wyposażenia ambulansu¹²⁰⁴.

Zgodnie z art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej Minister właściwy do spraw zdrowia mógł określić, w drodze rozporządzenia, standardy postępowania i procedury medyczne wykonywane w zakładach opieki zdrowotnej w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych. Minister właściwy do spraw zdrowia skorzystał tylko dwa razy z tego uprawnienia, wydając rozporządzenia z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii¹²⁰⁵ z dnia 27 lutego 1998 r. oraz rozporządzenie z dnia 23 września 2010 r. z zakresu opieki okołoporodowej

¹²⁰¹ J. Jakubaszko, M. Gruszka, *Medycyna ratunkowa...*, s. 52.

¹²⁰² A. Lella, M. Szewczyński, „Standardy medyczne” – charakter prawny, https://drive.google.com/file/d/INeQCO_rQP0p5_jK45fPM_j7lWFi-47Xwv/view?usp=sparing, s. 2 [dostęp 20.04.2020].

¹²⁰³ T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 849.

¹²⁰⁴ Zob. M. Pietrzyk, A. Witkowski, M. Gaca, G. Bręborowicz, *Zastosowanie aktualnych standardów położniczych przez ratowników medycznych w wybranych nieprawidłowościach w przebiegu nagłego porodu pozaszpitalnego*, „Polish Journal of Emergency Medicine” 2014, t. 7, nr 14, s. 18 i. n.; M. Pietrzyk, A. Witkowski, M. Gaca, G.H. Bręborowicz, *Zastosowanie aktualnych standardów położniczych w odbieranym przez ratownika medycznego nagłym porodzie pozaszpitalnym*, „Polish Journal of Emergency Medicine” 2013, t 6, nr 12, s. 104 i. n.; M. Pietrzyk, M. Gaca, *Przyjęcie nagłego porodu pozaszpitalnego przez zespół ratownictwa medycznego – porodowa lista kontrolna*, „Emergency Medical Service. Ratownictwo Medyczne” 2015, t. 2, z. 1, s. 89 oraz A. Witkowski, M. Pietrzyk, M. Gaca, *Resuscytacja ciężarnej – wskaźniki dla zespołu podstawowego*, „Na Ratunek” 2013, nr 1, s. 12 i n. O standardach w opiece zdrowotnej również pisze D. Karkowska, *Komentarz do art. 6*, [w:] D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2012, s. 108 i n.

¹²⁰⁵ Dz. U. z 1998 r. Nr 37, poz. 215, rozporządzenie uchylone 1 stycznia 2013 r.

sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem¹²⁰⁶, które zostało już uchylone po 2 latach obowiązywania.

Zdaniem M. Safjana¹²⁰⁷ brak określenia standardów jakości usług gwarantowanych naruszają konstytucyjną zasadę równości wyrażoną w art. 32 Konstytucji RP¹²⁰⁸. W judykaturze spotykamy się z rozbieżnym orzecznictwem odnośnie do standardów opieki zdrowotnej. Początkowo wskazywano, iż pacjent powinien mieć zapewnione najlepszy standard metod leczenia, technik i środków medycznych¹²⁰⁹. Sąd Najwyższy wyrokiem z dnia 1 grudnia 1998 r. argumentował, że przy ocenie poprawności podejmowanej interwencji medycznej należy się odwołać do kryterium przeciętnego poziomu jakości świadczonych usług medycznych¹²¹⁰. Z poglądem tym nie zgadzają się m.in. T. Dukiet-Nagórska¹²¹¹, J. Bujny¹²¹², czy też M. Safjan¹²¹³, który argumentuje, iż poziom udzielanych świadczeń nie może abstrahować od realiów i sierniężnej rzeczywistości polskiej ochrony zdrowia, dlatego wymagany standard powinno się ustalać, biorąc pod uwagę poziom i jakość świadczeń oferowanych w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, przy założeniu nakazującego zachowanie pewnego koniecznego minimum poziomu jakości świadczeń medycznych, poniżej którego może zaistnieć naruszenie postanowień Konstytucji RP¹²¹⁴. Zdaniem T. Dukiet-Nagórskiej za opracowanie standardów postępowania przemawia zarówno wzgląd na bezpieczeństwo pacjenta, jak i na bezpieczeństwo personelu medycznego, który stosując standard postępowania determinowany aktualny stanem wiedzy,

¹²⁰⁶ Dz. U. 2010 r. Nr 187, poz. 1259, rozporządzenie uchylone w dniu 19 października 2012 r.

¹²⁰⁷ Zob. M. Safjan, *System ochrony zdrowia po orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego – uwarunkowania kolejnej reformy służby zdrowia, Sprawozdanie z seminarium „Prawa i Medycyna”*, Warszawa, 2 kwietnia 2004, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 2, s. 12.

¹²⁰⁸ Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny.

Zob. na ten temat przykładową literaturę: M. Chmaj, *Równość wobec prawa i zakaz dyskryminacji*, [w:] M. Chmaj (red.), *Konstytucyjne wolności i prawa w Polsce. Zasady ogólne*, t. I, Kraków 2002, s. 126 i n.; L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2004, s. 90 i n.; J. Nowacki, *Sprawiedliwość a równość w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego*, [w:] M. Kudeja (red.), *W kręgu zagadnień konstytucyjnych*, Katowice 1999, s. 102 i n.; A. Łabno, *Zasada równości i zakaz dyskryminacji*, [w:] L. Wiśniewski (red.), *Wolności i prawa jednostki oraz ich gwarancje w praktyce*, Warszawa 2006, s. 42 i n.

¹²⁰⁹ Wyrok SN z dnia 28 października 1983 r., II CR 358/85, OSP 1984, z. 9, poz. 187.

¹²¹⁰ Wyrok SN z dnia 1 grudnia 1998 r., III CKN 741/98, OSNC 1999, nr 6, poz. 112.

¹²¹¹ Zob. T. Dukiet-Nagórska, *Prawnkarne konsekwencje niepodjęcia interwencji lekarskiej lub udzielenia świadczenia zdrowotnego w sposób niewłaściwy na skutek niedostatku środków finansowych w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 6-7, s. 18-19.

¹²¹² Zob. J. Bujny, *op. cit.*, s. 111.

¹²¹³ Zob. M. Safjan, *Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 1, s. 21 oraz *idem*, *Ustawa zasadnicza i standardy medyczne*, „Rzeczpospolita” z dnia 15 stycznia 2001 r.

¹²¹⁴ A. Zemke-Górecka, *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja*, Warszawa 2010, s. 168 i n.

zapewnia właściwy proces leczenia, a z siebie znosi odpowiedzialność za nienależyte i niestaranne postępowanie¹²¹⁵. Ustalony wzorzec postępowania umożliwiłby organowi kontrolującemu porównanie stanu badanej rzeczy z wzorcem¹²¹⁶.

Mimo upływu ponad 11 lat od momentu uchwalenia ustawy o PRM minister do spraw zdrowia nie wywiązał się z nałożonego na niego przez art. 43 ustawy o PRM obowiązku i nie ogłosił standardów postępowania zespołu ratownictwa medycznego i kierującego akcją medyczną, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie medycyny ratunkowej. Minister właściwy do spraw zdrowia ma również za zadanie ustalenie kolejności udzielania pomocy poszczególnym osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (segregacji medycznej), ich transportu i udzielania wsparcia psychicznego tym osobom (art. 43 ust. 2 ustawy o PRM).

Dopiero rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego wprowadziło rozwiązania usprawniające kolejność udzielania pomocy poszczególnym osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, którymi według ustawodawcy dla osób zgłaszających się samodzielnie są: § 6 ust. 6 pkt 1 i 2 – pobieranie w automacie biletowym biletu z oznaczeniem indywidualnego numeru oraz czasu przybycia do oddziału; są niezwłocznie poddawane segregacji medycznej, w przebiegu której ich stan zdrowia jest oceniany pod względem ustalenia priorytetu udzielania im świadczeń zdrowotnych i przypisania do jednej z kategorii pilności § 6 ust. 9 (opisanych w części pracy dotyczącej funkcjonowania SOR) – oznaczający czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w zależności od przypisanej kategorii.

Rozwiązanie to należy uznać za dobry kierunek zmian, jednakże wymóg stosowania maksymalnego czasu oczekiwania pacjenta na lekarza został oddalony przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego¹²¹⁷ do dnia 1 stycznia 2021 r.¹²¹⁸ Sytuacja ta sprawia, że pacjenci mogą nadal czuć obawy o należytą jakość oraz szybkość udzielonej pomocy medycznej.

¹²¹⁵ T. Dukiet-Nagórska, *Reguły ostrożnego postępowania (standardy postępowania) w publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 3, s. 9.

¹²¹⁶ Zob. K. Żukowski, *Glosa do wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 5 października 1982, Sygn. Akt II SA 969/82*, Orzecznictwo Sądów Polskich 1985, z. 9, s. 426, cyt. za: K. Kiczka, *Administracyjne akty kwalifikujące w działalności gospodarczej*, Wrocław 2006, s. 41.

¹²¹⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 1145.

¹²¹⁸ Do § 15 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1213) po pkt 3 dodano pkt 3a, który oddala spełnienie wymagań z § 6 ust. 6 i 9 do dnia 1 stycznia 2021 r.

Rozdział 6

Prawo administracyjne a ochrona zdrowia

6.1. Zdrowie w przepisach prawach administracyjnego

W prawie administracyjnym zdrowie jest traktowane jako niemajątkowe prawo osobiste. Stanowisko takie jest prezentowane w prawie ustrojowym, jak i normach prawa procesowego¹²¹⁹. Prawo administracyjne to takie przepisy, za pomocą których państwo stwarza warunki wszechstronnego rozwoju społeczeństwa¹²²⁰ w treści „przedmiotu” tych norm. Przedmiot treści norm prawa administracyjnego materialnego jest bardzo szeroki, począwszy od pomocy społecznej¹²²¹, przez budownictwo, po ochronę zdrowia. Materialne prawo administracyjne stanowi najbardziej rozległą gałąź tego prawa, gdzie możliwość zachowania zdrowia traktuje się jako uprawnienie osobiste, a w zakresie bezpośredniej bądź pośredniej możliwości protekcji, prewencji i promocji zdrowia dotyczy całego społeczeństwa¹²²².

W odniesieniu do aspektu indywidualnego analizowanego prawa do zdrowia przepisy prawa administracyjnego posługują się raczej pojęciem „stan zdrowia”. Pojęcie to pojawia się w art. 131 ust. 2 pkt 4 Konstytucji RP, precyzując sytuację, w której Marszałek Sejmu zastępuje prezydenta ze względu na jego stan zdrowia. Odniesienie *sensu stricto* do zdrowia zawierają liczne ustawy prawa materialnego¹²²³, których regulacje ze względu na

¹²¹⁹ Wyrok NSA z dnia 7 czerwca 2000 r., III SA 1216/99.

¹²²⁰ A. Okolski, *Wykład prawa administracyjnego oraz prawa administracyjnego obowiązującego w Królestwie Polskim*, t. 1, Warszawa 1880, s. 14-15.

¹²²¹ J. Zimmermann, *Aksjomaty prawa administracyjnego*, Warszawa 2013, s. 23.

¹²²² R. Tabaszewski, *op. cit.*, s. 189-190.

¹²²³ Np.: – ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi;

– ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej;

– ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 685);

– ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych;

– ustawa z dnia 13 września 1996 r. o utrzymaniu czystości i porządku w gminach (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1439);

– ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 426);

– ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;

– ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. – Prawo ochrony środowiska (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1219);

– ustawa z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 293).

„stan zdrowia” mogą limitować lub modyfikować zakres przyznanych jednostce uprawnień, odmówić ich przyznania¹²²⁴, a nawet nałożyć na obywatela określone obowiązki¹²²⁵. Nie jest dopuszczalne limitowanie prawa do ochrony zdrowia ze względu na przesłankę „ograniczonych zasobów pozostających do dyspozycji państwa”, niemożność zrealizowania minimum prawa do ochrony zdrowia może powodować naruszenie innych praw człowieka, w tym prawa do życia i prawa do integralności cielesnej¹²²⁶.

Zdrowie jest również jednym z zasadniczych składowych sytuacji prawno-administracyjnej danej jednostki. Gwarancje z zakresu możliwości wystąpienia negatywnej zmiany tego statusu zawiera Kodeks postępowania administracyjnego¹²²⁷, przewidujący wyjątkowe sytuacje, kiedy jest możliwe odstępianie od zasad ogólnych za względu na „niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia ludzkiego”¹²²⁸. Do tych sytuacji możemy zaliczyć m.in. odstępianie przez organ od zasady czynnego udziału stron w postępowaniu (art. 10 k.p.a.); rozstrzygnięcie zagadnienia wstępnego we własnym zakresie (art. 100 § 2 k.p.a.); podejmowanie niezbędnych czynności w czasie zawieszenia postępowania (102 k.p.a.); nadanie decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności (art. 108 k.p.a.); wznowienie postępowania administracyjnego (art. 145 § 2 k.p.a.) w celu uniknięcia zagrożenia dla życia i zdrowia; jeżeli w inny sposób nie jest możliwe usunięcie takiego stanu, to zmiana lub uchylenie decyzji ostatecznej przez ministra ze względu na zagrożenie zdrowia ludzkiego (art. 161 k.p.a.). Normy materialnego prawa administracyjnego zawierają ponadto ograniczenia lub zakazy z uwagi na takie przesłanki, jak np.: „zdrowia i dobra ludzi”, „zdrowia i warunków życia”, „życia i zdrowia” oraz „zdrowia i bezpieczeństwa”¹²²⁹. Przykładem może być art. 96 ust. 1 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska, który daje możliwość Sejmikowi województwa w drodze uchwały wprowadzenia „ograniczeń lub zakazów” w zakresie eksploatacji instalacji, w których następuje spalanie paliw, w celu zapobieżenia negatywnemu oddziaływaniu na zdrowie ludzi lub na środowisko.

Na poziomie krajowym oraz regionalnym istnieje pilna potrzeba doprecyzowania poszczególnych elementów prawa do zdrowia tak, aby jednostka mogła realizować w sposób wolny i nieskrępowany swoje potrzeby zdrowotne. Potrzeby rozumiane jako dostęp do świadczeń medycznych o odpowiedniej jakości warunkujące jej zdrowie i życie, które niezapewnione będą jedynie prawem mglistym, wieloznacznym i postulowanym¹²³⁰.

¹²²⁴ Np. dotyczy to możliwości limitacji dostępu do wykonywania określonego zawodu, uzyskania licencji i zezwoleń niezbędnych do uruchomienia i prowadzenia działalności leczniczej.

¹²²⁵ Zob. J. Boć, *Prawo administracyjne normujące sytuacje prawne obywatela*, [w:] J. Boć (red.), *Prawo...*, s. 441-443.

¹²²⁶ R. Tabaszewski, *op. cit.*, s. 213.

¹²²⁷ Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego,

¹²²⁸ R. Tabaszewski, *op. cit.*, s. 190.

¹²²⁹ *Ibidem*.

¹²³⁰ *Ibidem*, s. 214.

Zdefiniowanie i zweryfikowanie potrzeb zdrowotnych powinno być podstawą do wyznaczenia kierunku dalszego działania tak, aby skonstruować właściwy organizacyjnie systemu opieki zdrowotnej, który były w stanie sprostać nieograniczonym potrzebom zdrowotnym przy ograniczonej ilości środków¹²³¹.

6.2. Organy administracji rządowej i samorządowej w ochronie zdrowia

Zdaniem TK to na władzy ustawodawczej spoczywa obowiązek wypełniania treści konstytucyjnych terminów „ochrona” i „opieka”. Prawo do ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP należy uznać za typowe prawo socjalne w wąskim tego słowa znaczeniu, tzn. prawo do pewnych świadczeń materialnych ze strony władz publicznych, zaś prawo do ochrony zdrowia stanowi podstawę roszczeń skierowanych do władz publicznych (administracji rządowej i samorządowej), nie jest zaś podstawą do ingerencji w stosunki prawne między podmiotami prawa prywatnego (np. pracodawcą i pracownikiem)¹²³².

Zakres pomocy i udzielanych obywatelowi świadczeń określają przepisy ustaw regulujących tę problematykę. Określają one, kto, na jakiej podstawie prawnej i w jakim zakresie jest uprawniony do otrzymywania świadczeń medycznych i jakie jednostki uprawnione są do jej otrzymywania w ramach stworzonego systemu publicznej służby zdrowia. Świadczenie tych usług przez podmioty prywatne za odrębną odpłatnością na jednostkowe życzenie podmiotu zainteresowanego nie może być zaliczane do kategorii świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, regulowanych przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹²³³. Prawo do tego typu świadczeń, na zasadach określonych w ustawie, mają przede wszystkim osoby objęte powszechnym, obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Z tego prawa korzystają także i inne osoby wymienione szczegółowo w przepisach art. 2 ustawy¹²³⁴.

¹²³¹ M. Węgrzyn, *Uwarunkowania systemowe restrukturyzacji publicznych podmiotów leczniczych w Polsce*, Wrocław 2013, s. 18.

¹²³² Wyrok TK z dnia 24 lutego 2004, K 54/02 (Dz. U. z 2004 r. Nr 40, poz. 374).

¹²³³ T. Kocowski, M. Paplicki, *Forma podmiotu leczniczego...*, s. 116.

¹²³⁴ Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo:

- osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym;
- inne niż ubezpieczeni osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, spełniające kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1507), co do których nie

Ochrona zdrowia oznacza konieczność działań prewencyjnych państwa i jednostek samorządu terytorialnego, celem których jest niedopuszczenie do występowania zdarzeń mogących zagrażać zdrowiu jednostek. Tak więc ochrona zdrowia stała się nie tylko sprawą jednostki, zainteresowanej swoją sytuacją zdrowotną i podejmującej różnorodne działania profilaktyczne, mające pozwolić jej na unikanie chorób czy kalectwa, ale także zapewnienie sobie względnie dobrego samopoczucia. Jednostka nie jest w stanie sama (być może poza nielicznymi przypadkami) zorganizować sobie, a przede wszystkim sfinansować ewentualnych koniecznych świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z chorób, kalectwa czy innych zdarzeń losowych negatywnie wpływających na aktualny stan jej zdrowia¹²³⁵

W Polsce do 1998 r. obowiązywała centralistyczna polityka zdrowotna¹²³⁶, która nie wytrzymała konkurencji ze zmieniającym się obliczem stanu zdrowotności społeczeństwa. Centralistyczne kierownictwo było pozbawione często podstawowej diagnozy stanu zdrowotnego i znajomości rzeczywistych potrzeb¹²³⁷. Kiedy na początku 1999 r. weszła w życie ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym¹²³⁸, powzięto duże nadzieje, że nowo tworzona polityka zdrowotna będzie wychodzić rzeczywistym potrzebom zdrowotnym obywateli. Wprowadzona ustawa m.in. spowodowała zastąpienie budżetowego systemu finansowania opieki zdrowotnej przez system ubezpieczeniowo-budżetowy¹²³⁹. „Zmiana zasad finansowania i organizacji udzielania świadczeń miała na celu poprawienie poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego oraz

stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych,

- osoby, które nie ukończyły 18. roku życia a posiadają obywatelstwo polskie lub które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu i posiadają obywatelstwo polskie lub które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach.

¹²³⁵ T. Kocowski, M. Gruszka, *op. cit.*, s. 1.

¹²³⁶ „Polityka zdrowotna oznacza różne formy interweniowania w naturalny przebieg zdarzeń wywołujących skutki zdrowotne. Podejmując problem wyborów systemowych odnosimy je do decyzji i działań kształtujących system zdrowotny i określających podstawowe reguły jego funkcjonowania” [za:] C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź-Kraków-Warszawa 1996, s. 287 i n.

¹²³⁷ R. Grudniewski, A.K. Agrawal, E. Jaruzelska, M. Kulczycka, *Pacjent i świadczeniodawca w reformach polskiej służby zdrowia*, [w:] B. Płonka-Syroka, T. Srogosz (red.), *Zdrowie i choroba jako problem społeczny. Medycyna w kontekście działań Państwa*, t. 9, Wrocław 2005, s. 175.

¹²³⁸ Dalej: u.p.u.z., Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 153 ze zm. Ustawa została uchylona 1 kwietnia 2003 r.

¹²³⁹ Zob. więcej na ten temat: S. Golinowska, *System ochrony zdrowia po trzech latach jego reformowania – raport syntetyczny*, [w:] S. Golinowska, Z. Czepulis-Rutkowska, M. Sitek, A. Sowa, C. Sowada, C. Włodarczyk, *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Warszawa 2002.

realizację konstytucyjnych uprawnień obywateli w zakresie opieki zdrowotnej”¹²⁴⁰. Rozwiązania wprowadzone w u.p.u.z. zmierzały do wyraźnego oddzielenia funkcji: państwa (zachowującego kompetencje prawodawcze); jednostek samorządu terytorialnego, którym powierzono funkcje organizatorów opieki zdrowotnej; kas chorych finansujących świadczenia medyczne; dostawców usług medycznych¹²⁴¹.

Utworzone kasy chorych¹²⁴² mogły same, w miarę suwerennie, tworzyć regionalną politykę zdrowotną. Podstawowym zadaniem państwa było budowanie na nowo i określanie kierunku zdrowia publicznego. Zadania tego podjęły się wszystkie zainteresowane instytucje. Artykuł 4 ust. 6 u.p.u.z. stanowił, że kasy chorych realizują swoje zadania, współdziałając z innymi instytucjami działającymi na rzecz ochrony zdrowia, instytucjami ubezpieczeń społecznych, organami jednostek samorządu terytorialnego, administracji rządowej i samorządowej. Artykuł 31 b. ust. 2 u.p.u.z. wskazuje źródła finansowania programów polityki zdrowotnej nie tylko z środków kasy chorych, ale również finansowane przez Ministerstwo Zdrowia ze środków budżetu państwa, jak i z innych źródeł.

Samorząd terytorialny w Polsce niemal od początku był zaangażowany w ochronę zdrowia obywateli¹²⁴³. Wprowadzona reforma administracji publicznej¹²⁴⁴ wymusiła konieczność zmian strukturalnych i organizacyjnych w różnych sektorach życia publicznego, w tym między innymi pomocy medycznej¹²⁴⁵. Reforma ta doprowadziła do powstania trzech szczebli władz samorządowych (gmina, powiat i województwo), a na każdy z tych szczebli zostało nałożone zadanie realizacji potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych, w:

- ustawie o samorządzie gminnym z 8 marca 1990 r.¹²⁴⁶, w art. 7 ust. 1 stanowiącym, że zaspokojenie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych. Wśród 22 zadań własnych jest ochrona zdrowia (art. 7 ust. 1 pkt 5);

¹²⁴⁰ B. Owcorz-Cydzik, *Organizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1990-2005 – zasady kształtowania rynku świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym*, [w:] A. Frączkiewicz-Wronka (red.), *Ochrona zdrowia w regionie. Aspekty organizacyjne i prawne*, Katowice 2005, s. 167.

¹²⁴¹ B. Owcorz-Cydzik, *op. cit.*, s. 168.

¹²⁴² Zob. art. 4 ust. 1 i 2 mówiący o tym, że „kasa chorych” to instytucja ubezpieczenia zdrowotnego, utworzona w celu zapewnienia ubezpieczonym świadczeń określonych ustawą, ponadto gromadzi ona środki finansowe, zarządza nimi oraz zawiera umowy ze świadczeniodawcami.

¹²⁴³ P. Pieprzyk, *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia – szanse, możliwości i zagrożenia*, [w:] M. Łyszczak, M. Węgrzyn, D. Wasilewski (red.), *Przekształcenia jako reakcja na nową dynamikę rynku ochrony zdrowia*, Wrocław 2012, s. 46.

¹²⁴⁴ Ustawa z dnia 13 października 1998 r. Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz. U. z 1998 r. Nr 133, poz. 872 ze zm.).

¹²⁴⁵ P. Stachowiak, *Administracja publiczna wobec zagrożeń w komunikacji drogowej*, [w:] J. Konieczny (red.), *Zarządzanie w sytuacjach kryzysowych. Rola i zadania administracji publicznej*, Inowrocław 2000, cz. 2, s. 177.

¹²⁴⁶ T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 713.

- ustawa o samorządzie powiatowym z 5 czerwca 1998 r.¹²⁴⁷, w której w art. 4 ust. 1 przytoczonych jest 24 zadań, w tym zadanie dotyczące promocji i ochrony zdrowia (art. 4 ust. 1 pkt 2);
- ustawa o samorządzie województwa z 5 czerwca 1998 r.¹²⁴⁸, w której art. 14 ust. 1 przytoczonych jest 17 zadań, w tym zadanie mówiące o promocji i ochronie zdrowia (art. 14 ust. 1 pkt 2).

Wprowadzenie od 1 stycznia 1999 r. powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zmieniło zasadniczo zakres i tryb realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia wykonywanych przez jednostki samorządu terytorialnego¹²⁴⁹. Podjęta reforma doprowadziła do wydzielenia ze struktur administracyjnych państwa zarządzania funduszami przeznaczonymi na ochronę zdrowia. Podstawą finansowania jednostek świadczących usługi medyczne (zarówno podmioty publiczne, jak i prywatne) stał się kontrakt zawierany przez płatnika (kasę chorych, a od 2003 r. NFZ) z tymi podmiotami¹²⁵⁰.

Według art. 77 ustawy kompetencyjnej¹²⁵¹ jednostki samorządu terytorialnego¹²⁵² w wyniku głębokiego procesu komunalizacji mienia¹²⁵³ stały się podmiotem systemu ochrony zdrowia, gdyż nabyły status organu założycielskiego zakładów opieki zdrowotnej¹²⁵⁴. Ponadto art. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń poprzez:

- 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;
- finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.

Częściowe przekazanie zadań z obszaru ochrony zdrowia i prowadzenia polityki w tym zakresie jednostkom samorządu terytorialnego oznaczało nie tylko powierzenie im

¹²⁴⁷ T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 920.

¹²⁴⁸ T. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 512.

¹²⁴⁹ Według art. 164 Konstytucji RP podstawową jednostką samorządu terytorialnego jest gmina.

¹²⁵⁰ B. Owcorz-Cydzik, *op. cit.*, s. 172.

¹²⁵¹ Ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej – w związku z reformą ustrojową państwa. (Dz. U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668 ze zm.)

¹²⁵² Samorząd terytorialny jest instytucją, która została poddana pieczy państwa w zakresie oraz w formach prawnych, które nie naruszają istoty samorządności terytorialnej pojmowanej jako prawo i zdolność do załatwienia spraw własnym swoistych i specyficznych dla wspólnoty mieszkańców zamieszkujących jego terytorium [za:] L. Kieres, *Samorząd terytorialny – rozwój ustroju i instytucji prawnych*, [w:] L. Kieres (red.), *Nowe problemy badawcze w teorii publicznego prawa gospodarczego (z uwzględnieniem samorządu terytorialnego)*, Wrocław 2010, s. 143-144.

¹²⁵³ B. Owcorz-Cydzik, *op. cit.*, s. 172.

¹²⁵⁴ Por. art. 8 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

powinności, które z natury mają lokalny charakter, ale również włączenie jednostek samorządu terytorialnego w podjętą pod koniec ubiegłego wieku reformę systemu ochrony zdrowia w Polsce i proces jej sanacji¹²⁵⁵. W stosunku do jednostek samorządu terytorialnego zadanie to zostało uszczegółowione w art. 7 ust. 1, art. 8 i art. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

I tak:

Do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności (art. 7 ust. 1):

- opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy;
- inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami;
- podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez powiat należy w szczególności (art. 8):

- opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami;
- inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu;
- pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia;
- podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.

Do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez samorząd województwa należy w szczególności (art. 9):

- opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami;

¹²⁵⁵ J. Śmiechowicz, *Realizacja zadań z zakresu ochrony zdrowia przez samorząd terytorialny w Polsce – problemy i ocena stanu faktycznego*, [w:] M. Węgrzyn, M. Łyszczak, D. Wasilewski (red.), *Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce. Nowe wyzwania*, Wrocław 2013, s. 109.

- opracowywanie i wdrażanie programów innych niż określone w pkt 1 służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia;
- inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia;
- podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.

Zgodnie z art. 9a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jednostka samorządu terytorialnego w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane.

Świadczenia gwarantowane, o których mowa w art. 9a, są finansowane na podstawie umowy zawartej pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego a świadczeniodawcą wyłonionym w drodze konkursu ofert. W sytuacji gdy jednostka lub jednostki samorządu terytorialnego są w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej: podmiotami tworzącymi dla podmiotu leczniczego; jedynymi albo większościowymi współnikami, albo akcjonariuszami w spółce kapitałowej będącej podmiotem leczniczym – który udziela świadczeń gwarantowanych w zakresie odpowiadającym przedmiotowi umowy, umowę tę zawiera się w pierwszej kolejności z tym podmiotem. W tym przypadku, od 1 stycznia 2021 r. nie przeprowadza się konkursu ofert. Do zawarcia tej umowy nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

Jak podkreśla C. Włodarczyk, każda jednostka samorządu terytorialnego w sferze merytorycznej miała dużą swobodę w ustalaniu priorytetów własnej polityki zdrowotnej. Jednakże jednostki te mogły kształtować tę politykę tylko ze swoich własnych środków finansowych, nie mogły wykorzystać całego strumienia środków kontrolowanych przez kasy chorych¹²⁵⁶. Kolejne zapisy ustaw¹²⁵⁷ określających kształt ustrojowy organizacji płatnika osłabiły jeszcze wpływ samorządu terytorialnego na działalność płatnika, co oznacza, że realny wpływ jednostek samorządu terytorialnego na poziom realizacji potrzeb zdrowotnych jest znikomy¹²⁵⁸.

¹²⁵⁶ Zob. C. Włodarczyk, *Instytucje opieki zdrowotnej, funkcje zadane a funkcje realizowane*, [w:] S. Gołinowska (red.), *Zmiany i reformy w systemie zabezpieczania społecznego. W kierunku wzrostu indywidualnej odpowiedzialności*, Warszawa 1999, s. 79-89.

¹²⁵⁷ Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹²⁵⁸ B. Owcorz-Cydzik, *op. cit.*, s. 173.

Zapoczątkowany w 1990 r. proces decentralizacji¹²⁵⁹ zarządzania państwem, według A. Wojtczaka, z punktu widzenia spraw zdrowia, okazał słabość jednostek samorządu terytorialnego¹²⁶⁰. „Niejasne obowiązki samorządu terytorialnego oraz brak instrumentów zapewniających realizację zadań i ponoszenie odpowiedzialności utrudniają wywiązywanie się samorządu terytorialnego z obowiązków w zakresie ochrony zdrowia o charakterze lokalnym”¹²⁶¹.

Wydaje się jednak, że mimo małych możliwości sprawczych w ochronie zdrowia jednostek samorządu terytorialnego, to przedstawione akty ustawowe z lat 90. XX wieku dały dobry początek zmian w myśleniu o zdrowiu, traktowaniu zdrowia jako inwestycji. Zmianę podejścia do ochrony zdrowia oraz próbę tworzenia regionalnych planów zdrowotnych przejął od jednostek samorządowych płatnik świadczeń zdrowotnych – kasy chorych powołane do życia art. 4 ust. 1 u.p.u.z. Wielość kas chorych pozwalała na wielość rozwiązań w podejściu do budowania zdrowia. Dzięki temu można było budować lokalne plany zdrowotne odpowiadające potrzebom, a także umiejętnościom i możliwościom świadczeniodawców w realizacji przyjętych programów¹²⁶².

Dzięki utworzeniu na podstawie art. 69a u.p.u.z. regionalnych kas chorych – będących podstawową jednostką organizacyjną ubezpieczenia zdrowotnego, na terenie Dolnego Śląska nastąpiło pierwsze rozpoznanie rzeczywistych potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności, które przybrało postać „map zdrowotnych”. Stało się to za sprawą ówczesnej Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych, która podjęła się diagnozy potrzeb zdrowotnych, co w finalnym efekcie doprowadziło do określenia celów strategicznych i sporządzenia Planu Działania. Planowano, że dokument ten będzie jednym z elementów regionalnej polityki zdrowotnej. Założeniem Planu było wyłonienie w drodze konkursu

¹²⁵⁹ Art. 15 Konstytucji RP.

1. Ustrój terytorialny Rzeczypospolitej Polskiej zapewni decentralizację władzy publicznej.

Podstawową jednostką samorządu terytorialnego jest gmina, która wykonuje zadania niezastrzeżone dla wyższych jednostek. Do zadań samorządu terytorialnego należą wszystkie sprawy o znaczeniu lokalnym, w szczególności zaspokojenie zbiorowych potrzeb wspólnoty. Przed reformą administracji poprzednia administracja wszystkie sprawy dotyczące m.in. zdrowia publicznego, oświaty, opieki społecznej, ochrony porządku i bezpieczeństwa publicznego rozwiązywała bez kontroli obywatelskiej. Wytyczną dla ustalenia regulacji prawnych zakresu działań samorządu terytorialnego była przyjęta w 1985 r. w Strasburgu Europejska Karta Samorządu Terytorialnego. W świetle tej Karty społeczności lokalne mają w zakresie określonym regulacjami prawnymi pełną swobodę działań w każdej sprawie, która nie jest wyłączona z ich kompetencji lub nie wchodzi w zakres kompetencji innych organów władzy rządowej. Przejmując ten wzorzec, zgodnie z Konstytucją RP, samorządy terytorialne podlegają ochronie prawnej, a zadania publiczne służące potrzebom społeczności lokalnej wykonywane są jako zadania własne. Por. na temat Europejskiej Karty Samorządu Terytorialnego; L. Kieres, *Europejskie standardy prawne w sytuacji samorządu terytorialnego*, [w:] *Granice wolności gospodarczej w systemie społecznej gospodarki rynkowej. Księga Jubileuszowa z okazji 40-lecia pracy naukowej prof. dr hab. Jana Grabowskiego*, Katowice 2004, s. 92 i n.; A. Wojtczak, *op. cit.*, s. 69-70.

¹²⁶⁰ A. Wojtczak, *op. cit.*, s. 69-70.

¹²⁶¹ *Ibidem*, s. 70.

¹²⁶² R. Grudniewski *et al.*, *op. cit.*, s. 177 i n.

oferentów, z którymi „warto było współpracować”, oraz pozyskanie wszystkich, którzy ustawowo, ale także nieformalnie, odpowiadają za sytuację zdrowotną. Konkursy ofert miały na celu zdiagnozowanie populacji pod względem rzeczywistych potrzeb, nie tylko medycznych i społecznych, ale także zabezpieczenia w świadczenia z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia. Diagnoza ta miała być stale aktualizowana.

Do zdiagnozowania populacji pod względem rzeczywistych potrzeb zdrowotnych został wybrany model środowiskowy. Polegał on na stałej współpracy z ubezpieczonymi i świadczeniodawcami, którzy brali na siebie część odpowiedzialności za identyfikację problemów zdrowotnych. W tym modelu działanie nie zawsze polega na bezpośrednim świadczeniu usług zdrowotnych, lecz często przybierało postać interwencji pośredniej, np. przez edukację¹²⁶³. Model środowiskowy nie był wprowadzony w innych regionalnych kasach chorych¹²⁶⁴.

Równocześnie lokalna władza, organizacje pozarządowe, szkoły, jak też sami odbiorcy programu angażowali się w realizację programu. W nielicznych sytuacjach adresaci programu symbolicznie program współfinansowali. Ten przykład, w którym to sam pacjent zaczyna się czuć współodpowiedzialny za własne zdrowie, jest początkiem budowania współdziałania i odpowiedzialności za własne zdrowie. Finalnym efektem programu winno być wyposażenie odbiorców w taką wiedzę, dzięki której mogli oni być prawdziwie i w dużej mierze odpowiedzialni za budowanie i pielęgnowanie własnego zdrowia¹²⁶⁵.

Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) spowodowała powrót do sytuacji sprzed 1999 r. Wojewódzkie oddziały NFZ straciły autonomię w kształtowaniu regionalnej polityki zdrowotnej w zakresie zdrowia. Wszystkie decyzje są podejmowane na szczeblu centralnym, co doprowadziło do tego, że faktyczne postawienie diagnozy dotyczącej rzeczywistych potrzeb zdrowotnych z zakresu profilaktyki chorób zdrowia stało się niemożliwe. Rzeczywistej

¹²⁶³ *Ibidem*.

¹²⁶⁴ Jednostką odpowiedzialną za te działania było Biuro Promocji Zdrowia Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych (DRKCH) powołane w połowie 1999 r. Z przeszło ponad 2500 kontraktów zawieranych rocznie przez DRKCH rocznie, programów z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia było w 2000 r. – 93, 2001 r. – 80, 2002 r. – 73. W 2003 r. przyjęto 63 programy, jednak z powodu przesunięcia środków do innego działu wyniki konkursu zostały anulowane. Do momentu rozwiązania Biura, tj. połowy 2003 r., udało się przeprowadzić i rozliczyć w pełni tylko cztery konkursy ofert na świadczenia zdrowotne z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia. Głównym powodem niepowodzenia konkursów i małej liczby zrealizowanych programów była słabość świadczeniodawców. Podczas konkursów brano pod uwagę siedem kryteriów:

- wartość merytoryczna i adekwatność kosztorysu były priorytetem;
- zgodność programu z celami konkursu Narodowego Programu Zdrowia, doświadczenie w realizacji programów, propozycja ewolucji, spójność organizacyjna.

Okazało się, że oferenci „mając do zaoferowania niewiele, żądali dużo”, [w:] R. Grudniewski *et al.*, *op. cit.*, s. 178.

¹²⁶⁵ *Ibidem*, s. 179.

diagnozy potrzeb zdrowotnych Ministerstwo Zdrowia (organ nadzoru nad NFZ)¹²⁶⁶ mogłoby dokonać dopiero poprzez wspomniany konkurs ofert, monitorowanie przebiegu programów, szkolenie współpracowników, angażowanie sprawdzonych realizatorów, pozyskanie do realizacji programów zdrowotnych partycypantów finansowych, tj. władz lokalnych odpowiedzialnych za ochronę zdrowia na danym terenie, a także współpracy organizacyjnej ze strony środowisk lokalnych, ciągle modyfikowanie przebiegu procesów konkursowych, ustawiczne wdrażanie nowych pomysłów w zależności od zmieniającej się rzeczywistości¹²⁶⁷.

W Polsce dopiero od 2014 r.¹²⁶⁸ Ministerstwo Zdrowia zaczęło tworzyć przy udziale jednostek samorządu terytorialnego mapy potrzeb zdrowotnych. Niestety, w obecnie obowiązującym porządku prawnym powstałe mapy potrzeb zdrowotnych nie są realizowane przez podmioty lecznicze, gdyż Ministerstwo Zdrowia nie ma mechanizmów prawnych pozwalających na wyegzekwowanie realizacji tych zdiagnozowanych potrzeb.

Określenie rzeczywistych potrzeb zdrowotnych jest bardzo istotne ze względu na to, że zasoby finansowe NFZ są bardzo ograniczone, dlatego tak istotne jest to, aby wydatkować te środki jak najefektywniej. Według M. Węgrzyn podstawową przyczyną ograniczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych przez NFZ jest jego plan finansowy i wynikająca z niego ograniczona wielkość środków przeznaczonych na określone zakresy świadczeń zdrowotnych. NFZ ze względu na ustawowe zobowiązanie do zrównoważenia przychodów i wydatków, niski poziom składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz na ciągłą niedoskonałość jej ściągальności nie ma możliwości finansowania wszystkich świadczeń zdrowotnych w wielkości zaspokajającej potencjalny popyt¹²⁶⁹. Poziom finansowania służby zdrowia w Polsce jest nieefektywny. Obecnie państwo nie jest w stanie finansować bezpłatnego dostępu do usług zdrowotnych wszystkim obywatelom, dlatego też część usług zdrowotnych jest finansowana w pełni lub częściowo przez społeczeństwo¹²⁷⁰. Ustawodawca, konstruując prawo do ochrony zdrowia, nie określił, co oznacza dostęp do świadczeń i jaki będzie zakres świadczeń bezpłatnych. Błąd ten czy niedopatrzenie negatywnie skutkuje do dziś¹²⁷¹.

¹²⁶⁶ To urząd administracji rządowej powstały na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 26 października 1999 r. w sprawie utworzenia Ministerstwa Zdrowia (Dz. U. z 1999 r. Nr 91, poz. 1018). Ministerstwo Zdrowia wykonuje zadania m.in. w zakresie nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia.

¹²⁶⁷ R. Grudniewski *et al.*, *op. cit.*, s. 183.

¹²⁶⁸ Wymóg tworzenia map potrzeb zdrowotnych wprowadziła nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z dnia 22 lipca 2014 r. (Dz. U. z 2014 r. poz. 1138).

¹²⁶⁹ M. Węgrzyn, *Dostępność...*, s. 131.

¹²⁷⁰ M. Kowalczyk, *Finansowanie ochrony zdrowia w latach 1999-2015*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej. Zarządzanie” 2015, nr 20, s. 147.

¹²⁷¹ M. Węgrzyn, *Dostępność...*, s. 122.

6.3. Administracja świadcząca na rzecz ochrony zdrowia

Dziś spotykamy się z częstym zjawiskiem, że obywatel żąda od administracji państwowej aktywnego działania w zaspokajaniu jego potrzeb w sytuacji, gdy administracja jest za mało aktywna, a więc nie interesuje się albo mało interesuje się podstawowymi potrzebami bytowymi obywateli, w zakresie których ci obywatele są prawie w całości i trwale od niej zależni. Dochodzi wówczas do konfliktu między obywatelem a administracją. Administracja publiczna jest często podstawowym dystrybutorem i dostawcą podstawowych dóbr, świadczy usługi dla całego społeczeństwa, nie tylko poszczególnych obywateli¹²⁷².

Rozwój cywilizacyjny wymusza na administracji publicznej coraz szerszy zakres usług publicznych. Obywatele stają się nie tylko wyborcami, ale przede wszystkim destynatariuszami, czy nawet klientami usług administracyjnych. Rola administracji publicznej w tym zakresie może być dwojaka: skupiona na funkcji reglamentacyjnej i policyjnej i polegać na odpowiedzialności władzy publicznej za standard usług świadczonych przez sektor prywatny, jak również może polegać na bezpośrednim organizowaniu i świadczeniu usług publicznych różnego rodzaju, a nawet za pomocą przedsiębiorstw użyteczności publicznych czy zakładów administracyjnych sama świadczyć te usługi¹²⁷³.

Wobec potrzeby wykonywania nowych funkcji za pomocą nowych narzędzi prawnych i faktycznych, wobec potężnych środków, jakie ma do dyspozycji współczesna administracja, uwydatnia się potrzeba szerszego, kompleksowego ujmowania praworządności działania administracji. W związku z tym nowe regulacje prawne nakładają obowiązek skutecznego, efektywnego działania przy realizacji określonych w przepisach prawa celów. Współczesne administrowanie polega na podejmowaniu twórczych inicjatyw w dziedzinach administracji usług¹²⁷⁴. Administracja usług służy w głównej mierze pojęciowemu zespoleniu i opisaniu działań administracyjnych, za pomocą których państwo (jako dawca dóbr i usług) włącza się w system prywatnego zaspokojenia potrzeb społeczno-socjalnych¹²⁷⁵.

Według kryterium celów (zadań), jakie realizuje administracja państwowa, możemy wyróżnić: administrację porządkową, której celem jest zapewnienie porządku i ładu publicznego – ta sfera tradycyjnie określana jest policją administracyjną¹²⁷⁶; administrację świadcząca, której celem jest udzielenie pomocy socjalnej jednostkom poprzez stworzenie odpowiednich warunków życia obywatelom (np. drogi, szkoły, szpitale);

¹²⁷² T. Kuta, *Aspekty prawne działań administracji publicznej w organizowaniu usług*, Wrocław 1969, s. 73.

¹²⁷³ H. Izdebski, M. Kulesza, *op. cit.*, s. 109 i n.

¹²⁷⁴ T. Kuta, *Funkcje współczesnej administracji i sposoby ich realizacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Acta Universitatis Wratislaviensis no. 1458, „Prawo” 1992, t. CCXVII, s. 78-79.

¹²⁷⁵ *Ibidem*, s. 16.

¹²⁷⁶ Zob. na temat policji administracyjnej S. Kasznica, *op. cit.*, s. 152-153.

administrację planującą, której zadaniem jest sterowanie działalnością socjalną, kulturalną, gospodarczą¹²⁷⁷.

Zbliżony do przedstawionego powyżej rodzaj zadań, czy też sfer działania administracji państwowej (dziś nazywaną publiczną) przedstawiają J. Boć i T. Kuta, którzy zaliczają do zadań administracji państwowej: zadania reglamentacyjno-porządkowe, stanowiące najwcześniejszą formę aktywności administracji, zadania w sferze gospodarki społecznej¹²⁷⁸, a także zadania wobec ludności, wyrażające się w dobrowolnym współdziałaniu z ludnością oraz w świadczeniu usług w skali masowej w celu zaspokojenia potrzeb życiowych tej ludności¹²⁷⁹.

Cele administracji publicznej¹²⁸⁰ we współczesnych państwach ulegają ciągłym przestawieniom. Administracja w coraz większym stopniu staje się organizatorem świadczeń państwa na rzecz obywatela, świadczeń przede wszystkim w dziedzinie spraw socjalnych (ochrona zdrowia, nauczanie). Interwencjonizm państwowy w dziedzinie zagadnień społecznych był domeną koncepcji tzw. „państwa socjalnego” czy „państwa dobrobytu”, tzn. państwa, którego „administracja świadcząca” rozwija działalność mającą na celu zabezpieczenie obywatelom pewnego minimum warunków bytu¹²⁸¹. Odnosząc powyższe do tematu pracy, administracja świadcząca powinna zapewnić minimum działań w zakresie ochrony zdrowia polegających na zabezpieczeniu świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, tj. zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne.

Określenie zakresu przedmiotowego administracji świadczącej jest trudne, a być może nawet niepotrzebne, w szczególności gdy przyjmiemy, że podstawowym przedmiotem tego pojęcia jest osiągnięcie określonego celu, jakim jest zaspokojenie niezbędnych potrzeb życiowych jednostki¹²⁸². Zakres podmiotowy administracji świadczącej określa krąg podmiotów, które wykonują funkcję administracji świadczącej. Do kręgu

¹²⁷⁷ E. Knosala, *Pojęcie administracji świadczącej w polskiej literaturze prawa administracyjnego*, [w:] K. Podgórski (red.), *Regulacja prawna administracji świadczącej*, (red.) Katowice 1985, s. 15.

¹²⁷⁸ Zob. na ten temat: T. Rabska, *Prawo administracyjne stosunków gospodarczych*, Poznań-Warszawa 1977.

¹²⁷⁹ J. Boć, T. Kuta, *Prawo administracyjne. Zagadnienia podstawowe*, Warszawa 1984, s. 6 i n.

¹²⁸⁰ Według kryterium celów (zadań), jakie realizuje administracja państwowa, możemy wyróżnić: administrację porządkową, której celem jest zapewnienie porządku i ładu publicznego – ta sfera tradycyjnie określana jest policją administracyjną, związaną z ochroną porządku publicznego i bezpieczeństwa zbiorowego (zob. na temat policji administracyjnej S. Kasznica, *op. cit.*, s. 152-153); administracja świadcząca, której celem jest udzielenie pomocy socjalnej jednostkom poprzez stworzenie odpowiednich warunków życia obywatelom (np. drogi, szkoły, szpitale); administracja planująca, której zadaniem jest sterowanie działalnością socjalną, kulturalną, gospodarczą, [w:] E. Knosala, *Pojęcie administracji świadczącej...*, s. 15.

¹²⁸¹ M. Elżanowski, *Zakład państwowy w polskim prawie administracyjnym*, Warszawa 1970, s. 7-8. Autor proponuje, aby zapoznać się z opracowaniami na temat koncepcji „państwa dobrobytu” takimi jak: S. Zawadzki, *„Państwo dobrobytu”. Doktryna i praktyka*, Warszawa 1964; *idem*, *Przyczynek do genezy koncepcji „welfare state”*, „Państwo i Prawo” 1960, nr 8-9, s. 251.

¹²⁸² E. Knosala, *Pojęcie administracji świadczącej...*, s. 21 i n.

tego zaliczamy administrację państwa, która bezpośrednio lub pośrednio przez podmioty znajdujące się pod jej kontrolą wykonuje funkcje administracji świadczącej¹²⁸³. Tradycyjną formą organizacyjną administracji świadczącej jest zakład administracyjny¹²⁸⁴, dalszą formę organizacyjną stanowi przedsiębiorstwo użyteczności publicznej, którego zadaniem jest bieżące i nieprzerwane zaspokojenie potrzeb ludności¹²⁸⁵.

W Polsce głównym organizatorem zadań administracji usług są przede wszystkim organy samorządu terytorialnego, wykonujące kompetencje zdecentralizowane. Obok samorządu terytorialnego umocnienie subsystemu decentralizacji administracji¹²⁸⁶ (stworzonego do podejmowania działań „giętkich” odpowiednich do potrzeb społecznych) przybrało jeszcze formę: samorządu zawodowego, zakładów administracyjnych i przedsiębiorstw typu zakładowego¹²⁸⁷.

Świadczenia dostarczane przez administrację w ramach działalności niewładczej¹²⁸⁸ stają się wprost dla obywatela niezbędne, wpływają na jego pozycję w życiu, umożliwiają osiągnięcie określonej pozycji w pracy zawodowej itp. Od dostępności tych świadczeń zależy więc pozycja życiowa oraz zaspokojenie niezbędnych potrzeb członków społeczeństwa¹²⁸⁹. Niektórym uprawnieniom obywatela do świadczeń nadano rangę publicznych praw podmiotowych¹²⁹⁰ wskutek rozszerzającego się pola

¹²⁸³ *Ibidem*, s. 24.

¹²⁸⁴ Na temat zakładu administracyjnego w dalszej części pracy.

¹²⁸⁵ Takie zadania ustalał uchylony art. 8 ustawy z dnia 25 września 1981 r. o przedsiębiorstwach państwowych (t. j. Dz. U. z 2017 r. poz. 2152). Obecnie zadania przedsiębiorstwa użyteczności publicznej wyznacza art. 6 tej ustawy, który w pierwszym zdaniu ust. 1 w sposób ogólny określa, z ten rodzaj przedsiębiorstwa ma przede wszystkim na celu bieżące i nieprzerwane zaspokajanie potrzeb ludności. Zaś w szczególności przedsiębiorstwa te mają na celu produkcję lub świadczenie usług w zakresie:

- 1) inżynierii sanitarnej;
- 2) komunikacji miejskiej;
- 3) zaopatrzenia ludności w energię elektryczną, gazową i ciepłą;
- 4) zarządu państwowymi zasobami lokalowymi;
- 5) zarządu państwowymi terenami zielonymi;
- 6) usług pogrzebowych i utrzymania urządzeń cmentarnych;
- 7) usług kulturalnych.

¹²⁸⁶ Uzgodnienia „Okrągłego Stołu” (trwające od 6 lutego do 5 kwietnia 1989 między przedstawicielami władz Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, demokratycznej opozycji oraz strony kościelnej), wybory do Sejmu i Senatu, dały podstawy do rozwijania i umacniania subsystemu decentralizacji administracji. Zob. T. Kuta, *Funkcje...*, s. 72.

¹²⁸⁷ Zob. *Ibidem*, s. 23 i 72.

¹²⁸⁸ Administracja niewładcza nie występuje wobec obywatela z nakazami, lecz świadczy mu określone usługi, z których z reguły obywatel jest zainteresowany korzystać lub zobowiązany w przypadku np. leczenia szpitalnego w przypadku choroby zakaźnej, [za:] E. Ochendowski, *Zakład administracyjny jako podmiot administracji państwowej*, Poznań 1969, s. 16.

¹²⁸⁹ *Ibidem*, s. 16.

¹²⁹⁰ „(...) jeśli podstawę stanowią odpowiednie przepisy konstytucji co do podstawowych praw obywatelskich albo gdy wynikają wprost z aktu administracyjnego czy umowy administracyjnej) lub praw podmiotowych (gdy źródłem ich powstania jest czynność prawa administracyjnego) albo też tzw. uprawnienia refleksowe (gdy ich źródłem są akty-fakty – *Realakte*), [w:] T. Kuta, *Funkcje...*, s. 29.

i znaczenia administracji usług oraz dynamizującego się w związku z tym porządku prawnego¹²⁹¹.

Rozległe obszary organizatorskie administracji wymuszają zastosowanie takich regulacji prawa, aby m.in. dać gwarancje ochrony praw podmiotowych jednostek i zbiorowości¹²⁹². Należy przy tym podkreślić, że obfitość dóbr będąca w dyspozycji państwa w warunkach kryzysowych ulega znaczącemu ograniczeniu. W tym przypadku administracja świadcząca przekształca się w administrację rozdzielczą¹²⁹³. Zaspokojenie żywotnych potrzeb obywateli nie jest łatwe ani proste, „zwłaszcza jeśli przy ich kwalifikacji będziemy brali pod uwagę takie kryteria, jak: podstawę prawną, strukturę wewnętrzną treści, tryb ich tworzenia”¹²⁹⁴.

Administracja publiczna jest zobowiązana do organizowania usług dla ludności na podstawie odpowiednich przepisów konstytucyjnych i ogólnych norm kompetencyjnych zawartych w ustawach¹²⁹⁵. „Bezpośrednie świadczenie usług przez administrację formach administracyjnoprawnych następuje w ramach świadczeń zakładowych”¹²⁹⁶. Według M. Zagrosika organy administracji państwowej organizują usługi służby zdrowia, nie sprawują natomiast samej tej opieki zdrowotnej¹²⁹⁷. Organy administracji publicznej mogą sprawować opiekę zdrowotną przez stworzone przez siebie jednostki, tymi jednostkami mogą być zakłady administracyjne.

6.4. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej a koncepcja zakładu administracyjnego

Państwo i samorządy terytorialne zorganizowały system podmiotów utworzonych i utrzymywanych w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Świadczenia te udzielane były i są także obecnie przez zakłady opieki zdrowotnej oraz przez

Uprawnienie refleksywne wywodzi się z uprawnień innego podmiotu, czyli sytuacji, gdzie prawo wykonywane przez osobę uprawnioną prowadzi do naruszenia interesu innej osoby (np. na gruncie prawa budowlanego – ustalenie drogi koniecznej), M. Stahl, *Podstawowe pojęcia prawa administracyjnego*, [w:] Z. Duniewska *et al.*, *op. cit.*, s. 82-83.

¹²⁹¹ T. Kuta, *Funkcje...*, s. 29.

¹²⁹² M. Kulesza, *O kolizji interesów w prawie administracyjnym*, Acta Universitatis Wratislaviensis no. 857, „Prawo” 1985, t. CXLIII, s. 145.

¹²⁹³ E. Knosala, *Pojęcie administracji świadczącej...*, s. 27.

¹²⁹⁴ T. Kuta, *Funkcje...*, s. 59.

¹²⁹⁵ T. Kuta, *Aspekty prawne...*, s. 103.

¹²⁹⁶ S. Kraszewski, Świadczenia w zakresie oświaty, ochrony zdrowia, kultury (problematyka administracyjnoprawna), [w:] E. Łętowska (red.), *Obywatel – przedsiębiorstwo (Zagadnienia prawne świadczeń na rzecz konsumenta)*, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź 1982, s. 369.

¹²⁹⁷ M. Zagrosik, *Organizacja opieki zdrowotnej*, [w:] *Opieka zdrowotna. Materiały V Kolokwium Ubezpieczenia Społecznego*, Wrocław, wrzesień 1989, Wrocław 1989, s. 141.

osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny¹²⁹⁸. Podstawową rolę w tym systemie odgrywały i odgrywają obecnie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ). W obowiązującym porządku prawnym nie istnieje ustawowa definicja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, biorąc jednak pod uwagę dorobek orzecznictwa i doktryny wypracowany w okresie obowiązywania ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, można na zasadzie analogii zdefiniować SPZOZ¹²⁹⁹ jako wyodrębnione organizacyjnie i prawnie zespoły osób i środków majątkowych, które są przeznaczone do udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym¹³⁰⁰.

Należy wskazać, że po transformacji ustrojowej, z jaką mieliśmy do czynienia pod koniec lat 80. ubiegłego wieku, odeszliśmy także od planowej gospodarki w służbie zdrowia. Jej ówczesne jednostki organizacyjne określane przepisami ustawy z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia¹³⁰¹ mianem zakładów społecznych służby zdrowia zgodnie z przepisami ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej zostały zastąpione przez zakłady opieki zdrowotnej. Zmiana ta nie miała wyłącznie charakteru semantycznego. Przewidywano bowiem tworzenie publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej¹³⁰². Mianem publicznego zakładu opieki zdrowotnej określano zakład opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 1 ust. 1 u.z.o.z. zakładem opieki zdrowotnej był wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Stworzone publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej¹³⁰³ różnią się między sobą odmiennymi zasadami zarządzania oraz organami zdolnymi do utworzenia poszczególnego typu zakładu¹³⁰⁴.

¹²⁹⁸ Działalność lecznicza lekarzy w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, a także jednoosobowa działalność gospodarcza jako indywidualna praktyka pielęgniarstwa nie są przedmiotem analizy, jako że zgodnie z przepisem art. 5 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego.

¹²⁹⁹ J. Goździkowski, *Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej*, [w:] D. Brzezińska-Grabarczyk, M. Narolski (red.), *Prawo o działalności leczniczej w praktyce. Przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2012, s. 34.

¹³⁰⁰ T. Kocowski, M. Paplicki, *Forma podmiotu leczniczego a świadczenia zdrowotne*, Acta Universitatis Wratislaviensis No 3798, „Prawo” 2017, t. CCCXXIII, s. 116 i n.

¹³⁰¹ Dz. U. z 1948 r. Nr 55, poz. 434 ze zm.

¹³⁰² T. Kocowski, M. Paplicki, *Forma podmiotu leczniczego...*, s. 117.

¹³⁰³ Mianem publicznego zakładu opieki zdrowotnej określano zakład opieki zdrowotnej utworzony przez: ministra lub centralny organ administracji rządowej; wojewodę; jednostkę samorządu terytorialnego; publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych; czy Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

Mianem niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej określano zakład opieki zdrowotnej utworzony przez: kościół lub związek wyznaniowy; pracodawcę; fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie; inną krajową albo zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną oraz spółkę niemającą osobowości prawnej, [w:] T. Kocowski, M. Paplicki, *Forma podmiotu leczniczego...*, s. 117.

¹³⁰⁴ J. Goździkowski, *op. cit.*, s. 34.

Publiczny podmiot leczniczy był kwalifikowany jako zakład administracyjny, realizujący określony, zlecony jej zestaw zadań publicznych, zwłaszcza w sferze usług niematerialnych, mających szczególne znaczenie społeczne¹³⁰⁵, a za takie były i są uznawane usługi w ochronie zdrowia. Status podmiotu leczniczego w dużej mierze będzie determinował sytuację pacjenta jako odbiorcy świadczeń niezmiernie istotnych z punktu widzenia jego życia i zdrowia.

Pojęcie zakładu opieki zdrowotnej zniknęło z obrotu prawnego wraz z uchynieniem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (SPZOZ) stał się tylko nazwą własną jednostki od nowa niejako włączonej do obrotu prawnego¹³⁰⁶. Pojęcie zakładu opieki zdrowotnej zostało zastąpione szerszym pojęciem podmiotu leczniczego, którego to definicję wprowadził art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Podmiotami leczniczymi są: przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1292) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej; samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej; jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej¹³⁰⁷; instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych¹³⁰⁸; fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań z zakresu ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej oraz posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń; osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej¹³⁰⁹, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania¹³¹⁰; jednostki wojskowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

¹³⁰⁵ Por. J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 155 i n.

¹³⁰⁶ M. Dercz, *Komentarz do art. 52*, [w:] M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2014, s. 252.

¹³⁰⁷ T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 172.

¹³⁰⁸ T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1383.

¹³⁰⁹ Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (t. j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1347).

¹³¹⁰ Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania (t. j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1153).

Przyjęty podział stara się uwzględnić fakt, że przepisy art. 16 u.d.l. uznały działalność leczniczą za działalność gospodarczą. Jest ona działalnością regulowaną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców chociaż nie wszystkie podmioty mogą ten typ działalności wykonywać. Nie stanowi działalności regulowanej działalność lecznicza: podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej oraz podmiotów leczniczych w formie jednostki wojskowej, która jest wykonywana jako działalność pożytku publicznego w rozumieniu ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie¹³¹¹, chyba że zachodzą przesłanki określone w art. 9 ust. 1 tej ustawy, działalność charytatywno-opiekuńcza, jeżeli przepisy odrębne przewidują prowadzenie takiej działalności.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej działające na podstawie u.z.o.z. z chwilą wejścia w życie u.d.l. stały się podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami uzyskującymi osobowość prawną z chwilą wpisania do Krajowego Rejestru Sądowego (art. 50a ust. 2 u.d.l.). Kierownicy tych podmiotów w terminie dwunastu miesięcy od wejścia w życie ustawy mieli obowiązek dostosowania ich działalności do nowych przepisów. Zmiany te dotyczyły w szczególności dostosowania statutu, regulaminu organizacyjnego i regulaminu rady społecznej SPZOZ-u, np. informacje o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń pod rządami u.d.l. mają się znajdować w regulaminie organizacyjnym, a nie w statucie. W statucie mają się znaleźć m.in. takie informacje, jak: postanowienia dotyczące zadań i czasu trwania kadencji i okoliczności odwołania rady społecznej przed jej upływem. Rada społeczna jest organem doradczym kierownika oraz inicjującym i opiniodawczym podmiotu założycielskiego¹³¹².

Ustawodawca, tworząc przepisy ustawy o działalności leczniczej, dążył do tego, by SPZOZ-y nie był dominującą formą prowadzenia działalności polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Ustawodawca zdawał się bowiem traktować formę SPZOZ-u jako formę ograniczoną temporalnie. W przepisach ustawy brak było prawnych możliwości tworzenia przez publiczne organy administracji samodzielnych SPZOZ-ów (art. 204 ust. 1 u.d.l.) z wyjątkiem przepisów dotyczących reorganizacji (przekształcenie, dzielenie, łączenie)¹³¹³. Sytuacja ta uległa zmianie wraz z wprowadzeniem ustawy z 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw¹³¹⁴ Uchylono art. 204 ust. 1 u.d.l. oraz dodano do art. 6 ust. 1 pkt 4 dający Skarbowi Państwa reprezentowanemu przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę możliwość (z zastrzeżeniem przepisów ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach

¹³¹¹ T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1057.

¹³¹² Zob. J. Goździkowski, *op. cit.*, s. 37 i n.

¹³¹³ T. Kocowski, M. Paplicki, *Forma podmiotu leczniczego...*, s. 118.

¹³¹⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 960.

zarządzania mieniem państwowym¹³¹⁵) utworzenia i prowadzenia podmiotu leczniczego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Dodano również do art. 6 ust. 2 pkt 3 dający jednostkom samorządu terytorialnego możliwość utworzenia oraz prowadzenia podmiotu leczniczego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Wprowadzona nowela doprowadziła do odwrócenia wprowadzonej wówczas zmiany polityki na politykę ponownego upubliczniania służby zdrowia¹³¹⁶.

W ostatnich czasach daje się zauważyć proces osłabiania wyłącznie administracyjnoprawnego regulowania sytuacji prawnej użytkownika na rzecz wprowadzania rozwiązań prywatnoprawnych – umownych. Proces ten nie jest wolny od pewnych kontrowersji¹³¹⁷ i wymaga jednoznacznych w tym zakresie regulacji. Pacjent, pozostając bowiem w pewnym sensie destynatariuszem, staje się także konsumentem¹³¹⁸, gdzie środkiem regulującym status pacjenta zaczyna być umowa, która niekoniecznie wpływa automatycznie na polepszenie jego sytuacji zdrowotnej. Pozycja obywatela jako konsumenta¹³¹⁹ usług jest wyznaczona z jednej strony całokształtem działań administracji, z drugiej ogółem przysługujących mu praw niezależnie od tego, czy nabył te prawa ze względu na przynależność do jakiejś grupy, czy indywidualnie¹³²⁰.

Realizacja uprawnień obywateli wynikających z gwarancji konstytucyjnych (np. art. 68 Konstytucji RP – prawo do ochrony zdrowia, czy art. 70 – prawo do nauki) stawia administrację rządową, jak i samorządową wobec konieczności powoływania wielu instytucji bezpośrednio świadczących na rzecz obywateli, takich jak: szpitale, ośrodki zdrowia, szkoły wyższe, szkoły itp. Ten rodzaj państwowych oraz samorządowych jednostek organizacyjnych w nauce prawa administracyjnego przyjęto nazywać zakładami¹³²¹.

¹³¹⁵ T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 735.

¹³¹⁶ *Zmiany do ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.) wprowadzone ustawą z 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 960) – cz. 1*, GazetaPrawna.pl, <https://www.gazetaprawna.pl/artykuly/969796,zmiany-do-ustawy-z-15-kwietnia-2011-r-o-dzialalnosci-leczniczej-t-j-dz-u-z-2015-r-poz-618-ze-zm-wprowadzone-ustawa-z-10-czerwca-2016-r-o-zmianie-ustawy-o-dzialalnosci-leczniczej-oraz-niektorych-innych-ustaw-dz-u-poz-960-8211-cz-1.html> [dostęp 20.04.2020].

¹³¹⁷ E. Łętowska, *Pacjent staje się konsumentem usług medycznych*, „Rzeczpospolita” z 25.11.1998 r., nr 276, <http://archiwum.rp.pl/artykul/202296-Pacjent-staje-sie-konsumentem-uslug-medycznych.html> [dostęp 20.04.2020].

¹³¹⁸ Zgodnie z przepisem art. 22¹ Kodeksu cywilnego za konsumenta uważa się osobę fizyczną dokonującą z przedsiębiorcą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową.

¹³¹⁹ Osobę korzystającą z zakładu administracyjnego określa się jako „użytkownika zakładu”. S. Kraszewski, chcąc podkreślić, że użytkownicy zakładu administracyjnego nie występują w jakiejś specjalnej kategorii obywateli poddanemu osobnemu porządkowi prawnemu, używa pojęcia „konsument”, por. S. Kraszewski, *op. cit.*, s. 370.

¹³²⁰ *Ibidem*, s. 368.

¹³²¹ M. Elżanowski, *op. cit.*, s. 10.

Administracja publiczna posiada pewien luz decyzyjny¹³²² przy wywiązywaniu się z obowiązku zapewnienia świadczeń zdrowotnych, pozostawiając tę kwestię do przesądzenia tym organom – mowa tu o dyskrecjonalności działań administracji, która dopuszcza możliwość podejmowania działań dyskrecjonalnych w procesie stosowania prawa. Administracyjnoprawny model stosowania norm prawnych polega na ich konkretyzowaniu¹³²³, w przypadku konkretyzacji prawa do ochrony zdrowia organ publiczny może realizację tego prawa wykonać poprzez zakład administracyjny¹³²⁴ lub (równoznaczne pojęcie)¹³²⁵ zakład publiczny.

Skala i zróżnicowanie zadań z zakresu administracji publicznej (m.in. zadanie zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego) wymuszają multiplikację i różnorodność administrujących, między którymi zachodzą interakcje. Przy realizacji zadania publicznego administrujący korzystają z różnorodnych rozwiązań, wykorzystując przy tym wiedzę i umiejętności pozaprawne instytucji preferujących działania faktyczne, do których możemy zaliczyć m.in. zakłady administracyjne¹³²⁶. Pogląd ten znajduje odzwierciedlenie w judykaturze, w której wskazuje się, że dążenia państwa do zwiększenia efektywności i sprawności administrowania wymusza m.in. zwiększenie liczby podmiotów administrujących, w tym nietypowych podmiotów, tworzonych dla tych obszarów zadań i odpowiedzialności państwa¹³²⁷, gdzie do tej pory dotychczasowe formy zawiodły.

W obliczu pogarszającego się stanu zdrowotnego pacjentów (destynatariuszy) postępujące przemiany w administracji publicznej powinny uwzględnić ten stan rzeczy. Obecny sposób wykonywania zadań administracji publicznej doprowadził do tego, że istotna dawniej cecha administracji, jaką było działanie nienastawione na zysk, uległa ograniczeniu¹³²⁸. Działanie w interesie społecznym (interes ogółu) powinno odnosić się do działalności administracji publicznej¹³²⁹. Treść pojęć „cel publiczny”, „zadanie publiczne”, „interes publiczny” również ulega przemianom, dlatego nie może być łatwo sprecyzowana w drodze przepisów prawa.

¹³²² Przez pojęcie luzu decyzyjnego rozumie się pewien zakres swobody przyznanej podmiotowi stosującemu prawo w określonym procesie decyzyjnym wyrażający się w możliwości wyboru jednego wariantu działania spośród dane zbioru działań określonych prawem, [za:] M. Król, *Pojęcie luzu normatywnego stosowania prawa*, „Państwo i Prawo” 1979, z. 6, s. 62.

¹³²³ Zob. K. Ziemiński, M. Jędrzejczak, *Pojęcie dyskrecjonalności a pojęcie luzów decyzyjnych*, [w:] K. Ziemiński, M. Jędrzejczak (red.), *Dyskrecjonalność w prawie administracyjnym*, Poznań 2015, s. 13 i n.

¹³²⁴ Jednostka organizacyjna powołana do świadczenia usług niematerialnych na podstawie nawiązanego z użytkownikiem stosunku administracyjnego. Zob. J. Boć, M. Miemiec, *Prawo administracyjne*, (red.) J. Boć, wyd. trzynaste, Wrocław 2010, s. 169.

¹³²⁵ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 155.

¹³²⁶ P. Lisowski, *Organizacja prawna...*, s. 47.

¹³²⁷ Uchwała składu 7 sędziów NSA z dnia 22 lutego 2002, II GPS/06, LEX nr 268925.

¹³²⁸ M. Stahl, *Cele publiczne i zadania publiczne*, [w:] J. Zimmermann (red.), *Koncepcja systemu prawa administracyjnego. Zjazd Katedr Prawa Administracyjnego, Zakopane 24-27 wrzesień 2006 r.*, Warszawa 2007, s. 96.

¹³²⁹ J. Łętowski, *Prawo administracyjne. Zagadnienia podstawowe*, Warszawa 1990, s. 15.

Określenie „publiczny” charakteryzuje organy administracji oraz szczególny typ podmiotów administracyjnych – zakłady publiczne. Określa rodzaje mienia przysługujących państwu lub innym podmiotom władzy publicznej, rodzaje świadczeń, w tym danin publicznych uiszczanych na rzecz państwa lub innego podmiotu władzy publicznej. Pojęcie „publiczny” w odniesieniu do jednostki (także jednostki zbiorowej) określa jej status wobec organów administracji publicznej, oparty na prawie publicznym, w tym szczególny rodzaj praw (jak i ograniczeń tych praw) służących jej wobec państwa i innych podmiotów władzy publicznej (publiczne prawa podmiotowe)¹³³⁰. Zakłady publiczne są rządzone przez prawo publiczne odmiennie niż przedsiębiorstwa publiczne podlegające prawu prywatnemu¹³³¹. Różnicą jest również to, że zakład rozporządza władztwem administracyjnym, a przedsiębiorstwo nie¹³³².

Według I. Niżnik-Dobosz władztwo administracyjne jest instytucją prawną, czyli zjawiskiem, które wynika z interpretacji przepisów prawa administracyjnego¹³³³. Przejaw woli administracji państwowej, cechujący się autoratywnością i domniemaniem legalności, przez J. Borkowskiego nazywany jest władztwem administracyjnym¹³³⁴. Traktowanie władztwa administracyjnego jako części władztwa państwowego stanowi podstawę do analizy władztwa zakładowego, które stanowi zespół kompetencji organów zakładów administracyjnych wobec jednostek znajdujących się bezpośrednio lub pośrednio w sferze ich działania¹³³⁵.

J. Zimmermann przyjął, że władztwem zakładowym jest wycinek władztwa państwa. Istota tego władztwa polega na tym, że organy zakładu w zakresie odpowiadającym celom zakładu mają prawo do jednostronnego, elastycznego i swobodnego kształtowania uprawnień i obowiązków użytkowników zakładu¹³³⁶. Władztwo zakładowe przejawia się w sprawach, gdzie dochodzi do rozstrzygnięcia o dopuszczaniu do korzystania z usług zakładu, w określeniu obowiązków użytkowników oraz w możliwości pozbawienia użytkownika usług zakładu w przypadku, gdy nie respektuje on zasad korzystania z tych usług. Działania władcze kierownictwa zakładu są realizowane w trybie administracyjnym z wykorzystaniem w wielu przypadkach formy indywidualnego aktu administracyjnego, a także aktów o charakterze regulaminowym, obowiązujących w zakładzie.

¹³³⁰ M. Stahl, *Cele publiczne i zadania publiczne...*, s. 97-98.

¹³³¹ Por. S. Kasznica, *op. cit.*, s. 96 i n. oraz E. Ochendowski, *Zakład...*, s. 71 i n.

¹³³² Zob. T. Bigo, *Związki publicznoprawne*, Warszawa 1928, s. 200.

¹³³³ Zob. I. Skrzydło-Niżnik, *Istota i rodzaje władczych uprawnień administracji państwowej*, „Kra-kowskie Studia Prawnicze” 1987, nr 20, s. 128.

¹³³⁴ Zob. J. Borkowski, *Pojęcie władztwa administracyjnego*, Acta Universitatis Wratislaviensis no. 167, „Przegląd Prawa i Administracji” 1972, t. II, s. 47-48.

¹³³⁵ Zob. K. Klonowski, *Władztwo zakładowe*, [w:] J. Łukasiewicz (red.), *Władztwo administracyjne. Administracja publiczna w sferze imperium i w sferze dominium*, Rzeszów 2012, s. 239.

¹³³⁶ Zob. J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 156.

Zakłady administracyjne, będące częścią składową struktury administracji publicznej, są poddane kontroli i nadzorowi¹³³⁷ organów administracyjnych¹³³⁸.

Pojęcia zakładu publicznego¹³³⁹ używano głównie w pierwszej połowie XX wieku, później zostało ono wyparte przez pojęcie zakład państwowy, a następnie zakład administracyjny¹³⁴⁰. Zakład publiczny jest to zespół osób, rzeczy i praw, zorganizowanych przez administrację publiczną, przeznaczony do indywidualnego użytkowania przez inne osoby uprawnione lub zobowiązane. Ze względu na to, że zakłady publiczne jako podmioty administracji publicznej sprawują samodzielnie funkcje administracji publicznej i nie podlegają władzy hierarchicznej organów administracji rządowej, są jedną z form decentralizacji¹³⁴¹. T. Bigo definiował zakład publiczny jako wydzielony pod względem organizacyjnym kompleks środków osobowych i materialnych należących do państwa albo innego podmiotu administracji publicznej, np. samorządu terytorialnego¹³⁴². Zakładem administracyjnym jest państwowa jednostka organizacyjna, niebędąca organem państwowym, która do wykonania swoich zadań ma prawo nawiązać stosunki administracyjnoprawne¹³⁴³, a więc zakładem nie jest jednostka organizacyjna będąca organem państwowym ani przedsiębiorstwem państwowym¹³⁴⁴.

W polskiej doktrynie sformułowano wiele propozycji różnych rodzajów (kategorii) zakładów administracyjnych¹³⁴⁵. E. Ochendowski, kierując się kryterium podmiotu tworzącego zakład (podmiot, który tworzy i wyposaża zakład w niezbędne do jego działalności środki), uznał, że zakłady można podzielić na państwowe i niepaństwowe. Zakłady niepaństwowe mogą tworzyć organizacje społeczne oraz inne organizacje i instytucje, osoby prawne oraz osoby fizyczne, zakłady państwowe tworzone są przez organy administracji państwowej. Według kryterium podziałów podmiotów sprawujących bezpośredni nadzór nad zakładem zakłady dzielimy na: zarządzane centralnie i terenowe¹³⁴⁶. Te ostatnie kryterium jest aktualne, np. istnieje wiele szkół prowadzonych przez organy

¹³³⁷ Element nadzoru nad jednostką samorządu terytorialnego w zdecentralizowanym państwie obok osobowości prawnej – zwłaszcza publicznoprawnej oraz władztwie sprawowanym przez organy jednostek samorządu terytorialnego świadczy o samodzielności jednostek samorządu terytorialnego: J. Korczak, *Władztwo jako podstawa samodzielności jednostek samorządu terytorialnego*, [w:] J. Łukasiewicz (red.), *op. cit.*, Rzeszów 2012, s. 277 i n.

¹³³⁸ Uchwała SN z 18 grudnia 1992 r., III AZP 30/92, OSNCP 1993, nr 7-8, poz. 122.

¹³³⁹ Zob. więcej o pojęciu zakładu publicznego, [w:] E. Ochendowski, *Zakład...*, s. 31 i n.

¹³⁴⁰ *Ibidem*, s. 68.

¹³⁴¹ W. Klonowski, *Zakład publiczny w prawie polskim*, Lublin 1933, s. 121 i 221.

¹³⁴² T. Bigo, *Związki publicznoprawne...*, s. 178-179.

¹³⁴³ E. Ochendowski, *Organy administracji niespolonej i zakłady administracyjne*, [w:] J. Jendrośka (red.), *System prawa administracyjnego*, t. II, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1987, s. 315.

¹³⁴⁴ B. Dolnicki, *Rola zakładów administracyjnych w zaspokojenie potrzeb socjalno-bytowych obywateli*, [w:] K. Podgórski (red.), *Regulacja prawna administracji świadczącej*, Katowice 1985, s. 50.

¹³⁴⁵ P. Chmielnicki, *Zakłady administracyjne w Polsce. Ustrój wewnętrzny*, wyd. 1, Warszawa 2008, s. 68.

¹³⁴⁶ E. Ochendowski, *Organy administracji...*, s. 329.

centralne¹³⁴⁷. Ochendowski dopuścił jeszcze klasyfikację według przedmiotu działalności oraz według kryterium wyposażenia zakładu w osobowość prawną: zakłady samoistne – mające tę osobowość, i zakłady niesamoistne – niemające osobowości prawnej. Ochendowski uznał jeszcze, że sposób nawiązania stosunku prawnego między użytkownikami a zakładem może być też wyznacznikiem kolejnego kryterium, które dzieli zakłady na: zakłady otwarte – ogólnie dostępne, z których usług mogą korzystać wszyscy, którzy zastosują się do regulaminu danego zakładu; natomiast zakłady dostępne tylko dla osób spełniających określone warunki to zakłady o ograniczonym kręgu użytkowników oraz zakłady, z których korzystania pewna kategoria osób jest zobowiązana¹³⁴⁸.

Kryteriami, którymi dzielił zakłady M. Elżanowski, były m.in. kryterium celu zakładu i formy prawnej, jakimi się przy spełnieniu tego celu posługują jego organy¹³⁴⁹. Stopień dostępności usług zakładu jest również kryterium rozróżnianym przez J. Zimmermanna. Stosując to kryterium, wyróżniamy zakłady otwarte, o ograniczonym zasięgu oraz zakłady zamknięte. Autor ten wyodrębnił również zakłady na podstawie sposobu ich tworzenia: w drodze ustawy (np. uniwersytety i inne państwowe szkoły wyższe); na podstawie aktów administracji rządowej lub samorządowej; na podstawie zezwolenia organu administracji publicznej tworzone przez osoby fizyczne i prawne (kościół, fundacje stowarzyszenia)¹³⁵⁰.

Uznanie, że zakłady administracyjne są powoływane w celu świadczenia usług na rzecz społeczeństwa, rodzi konieczność wyjaśnienia pojęcia „usługi”. Pojęcie to można rozpatrywać w różnych aspektach: socjologicznych, politycznych, ekonomicznych czy prawnych¹³⁵¹. J. Zagórski „usługi” określa jako „działalność służącą do zaspokojenia potrzeb ludzkich, która nie znajduje żadnego uściślenia w nowych dobrach materialnych”¹³⁵². W. Krzyżanowski uważa, że „wytwarzanie usług jest pewną czynnością, pewnym działaniem, dzięki któremu zmniejsza się stan nienasycenia pewnych potrzeb u odbiorców tych usług. (...) Istota ich polega na wydatkowaniu pewnej ilości pracy, pewnego efektu, zaspokajającego potrzeby spożywczy”¹³⁵³. F. Wiśniewski dodaje, że „usługi stanowią czynności wytwarzające wartości użytkowe, które służą do zaspokojenia potrzeb ludzkich w sposób bezpośredni lub pośredni, lecz nie znajdują odzwierciedlenia w wytwarzaniu nowych dóbr materialnych. (...) Czynności usługowe

¹³⁴⁷ P. Chmielnicki, *op. cit.*, s. 68.

¹³⁴⁸ E. Ochendowski, *Organy administracji...*, s. 329.

¹³⁴⁹ Zob. M. Elżanowski, *op. cit.*, s. 80.

¹³⁵⁰ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 158 i n.

¹³⁵¹ T. Kuta, *Aspekty prawne...*, s. 23.

¹³⁵² J. Zagórski, *Usługi*, [w:] *Mała encyklopedia ekonomiczna*, Warszawa 1961, s. 704.

¹³⁵³ W. Krzyżanowski, *Teoria produkcji usług*, „*Ekonomista*” 1947, nr 3-4, s. 75-76.

występują równolegle z ich użytkownikiem (człowiekiem lub dobrem)”¹³⁵⁴. W aspekcie prawa administracyjnego będziemy rozumieli usługi jako „rozmaitego rodzaju korzyści (materialne lub niematerialne), które administracja spełnia na rzecz ogółu, czy to w postaci bezpośredniej (świadczenie usług), czy też pośrednio przez stwarzanie warunków do zaspokojenia różnych potrzeb obywateli (działanie organizacyjne), z wyłączeniem działalności produkcji i obrotu”¹³⁵⁵.

W miarę ogólnego rozwoju cywilizacji i potrzeb społecznych funkcje administracji są skierowane przede wszystkim ku zaspokojeniu potrzeb ludności, realizowanych m.in. w postaci działań organizujących. Działania organizujące administracji publicznej stwarzają warunki do zaspokojenia potrzeb ogółu. Działania te nie są czynnościami jednorazowymi, ale planowymi oraz ciągłymi¹³⁵⁶. W tym momencie należy wskazać na wątpliwości: czy tworzenie instytucji mających zaspokajać potrzeby swoich obywateli jest prawem, czy obowiązkiem organów państwa? Według B. Dolnickiego odpowiedzi na ten problem udziela obowiązujące ustawodawstwo. Skoro gwarancjami konstytucyjnymi zostały objęte prawa: do nauki, kultury czy zdrowia itp., oznacza to nałożenie na organy administracji państwowej obowiązku zaspokojenia tych potrzeb. Realizacja tego obowiązku wyraża się m.in. w tworzeniu odpowiedniej liczby zakładów administracyjnych¹³⁵⁷. Podobne zdanie wyrażał K. Opalek, który uważał, że skoro ustawodawstwo kształtuje uprawnienia do korzystania z usług zakładu jako prawo podmiotowe obywatela, to musi z drugiej strony istnieć obowiązek do świadczenia tego prawa¹³⁵⁸.

Normy konstytucyjne nakładają na państwo obowiązek zaspokojenia potrzeb społecznych. Zaspokojenie to nie ma charakteru indywidualnie określonej czynności, lecz sprowadza się do możliwości korzystania z całokształtu usług świadczonych przez zakład administracyjny, np. możliwość korzystania ze wszystkich świadczeń medycznych, które może udzielić wybrana placówka służby zdrowia, a nie tylko do jednego konkretnego świadczenia. Może się jednak zdarzyć, że korzystanie z usług zakładu będzie ograniczone przez ten zakład. Nie zawsze prawa podmiotowe do zaspokojenia potrzeb socjalno-bytowych mają charakter bezwzględny. Zakład, który nie jest w stanie zaspokoić potrzeb wszystkich chętnych, dokonuje wyboru osób, które dopuści do korzystania z zakładu¹³⁵⁹. E. Ochendowski za przykład takich zakładów podaje szkoły średnie i wyższe, które przeprowadzają rekrutację oraz egzaminy wstępne, jak również szpitale,

¹³⁵⁴ F. Wiśniewski, *Pojęcie i podział usług*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1965, z. 2, s. 245.

¹³⁵⁵ T. Kuta, *Zaspokajanie potrzeb socjalno-bytowych i oświatowo-kulturalnych obywateli*, [w:] T. Rab-ska (red.), *System prawa administracyjnego*, t. IV, Wrocław-Warszawa-Kraków-Lódź-Gdańsk 1980, s. 111.

¹³⁵⁶ T. Kuta, *Aspekty prawne...*, s. 31, 67-68.

¹³⁵⁷ B. Dolnicki, *op. cit.*, s. 51-52.

¹³⁵⁸ K. Opalek, *op. cit.*, s. 407.

¹³⁵⁹ B. Dolnicki, *op. cit.*, s. 54.

które dokonują kwalifikacji osób do leczenia szpitalnego. W sytuacji gdy tylko część kandydatów może być przyjęta do zakładu, następuje zachwianie równości praw obywateli i sprawiedliwy rozdział świadczeń zakładowych. W przypadku podstaw decyzji o przyznaniu czy odmowie świadczenia powinna leżeć nie tyle ocena prawnicza, co ocena specjalisty z określonej dziedziny wiedzy, np. to lekarz na podstawie wiedzy medycznej powinien decydować o przyjęciu do szpitala. Sytuacje, kiedy zakłady mają mniejsze możliwości niż zapotrzebowanie na usługi, powinny być rozwiązane poprzez zrównanie wszystkich praw obywateli do korzystania z usług wszelkich zakładów, sprawiedliwy rozdział tych usług oraz rozbudowę przez państwo zakładów służących zaspokojeniu podstawowych potrzeb obywateli¹³⁶⁰. Wydaje się również, że w przypadku niemożności zrealizowania postulatu zwiększenia liczby zakładów, aby nie ograniczać liczby osób, które będą mogły skorzystać z usług zakładu, należałoby ograniczyć zakres usług udzielanych przez te zakłady, np. można by ograniczyć liczbę świadczeń medycznych tylko do tych zapewniających minimalną ochronę zdrowia, co mogłoby pozwolić na zaspokojenie wszystkich destynatariuszy chcących skorzystać z usług zakładu.

Krąg osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń w sferze ochrony zdrowia jest określony poprzez konstytucyjne powszechne prawo do ochrony zdrowia. Art. 68 ust. 1 Konstytucji RP określa ten krąg jako „każdy” – ma prawo do ochrony zdrowia. Sytuacja nie jest już taka jasna, jeżeli chodzi o określenie, kto jest zobowiązany do świadczenia bezpłatnych usług zdrowotnych. Aby móc mówić o rzeczywistej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, wymaga to „(...) stworzenia takich warunków, które pozwalają każdemu obywatelowi skorzystać ze wszystkich dobrodziejstw współczesnej medycyny we właściwym czasie i zakresie uzasadnionym stanem jego zdrowia”¹³⁶¹. „Spotykamy się bowiem z sytuacją, gdy każdy jest uprawniony, jednakże nie każdy może faktycznie skorzystać ze świadczeń”¹³⁶². W związku z tym powinno się ustalić zasady korzystania uwzględniające potrzeby zdrowotne oraz podstawową zasadę rozdziału tych świadczeń akceptowaną w naszym społeczeństwie, opartą na zasadzie równości obywateli. S. Kraszewski uznaje za niedopuszczalne zjawisko, gdy zmienia się organizację służby zdrowia, natomiast stosunek jednostek świadczących usługi dla chorych nie jest określony. Doprowadza to do pozostawienia destynatariusza bez właściwej ochrony prawnej¹³⁶³.

Zdaniem I. Rydlewskiej-Liszkowskiej w systemie ochrony zdrowia powinny się znaleźć jednostki zorganizowane w różny sposób, wytwarzające i dostarczające na różnych zasadach świadczenia zaspokajające potrzeby zdrowotne. Oznacza to, że ich

¹³⁶⁰ E. Ochendowski, *Zakład...*, s. 229 i n.

¹³⁶¹ L. Krotkiewska, *Rozwój administracji służby zdrowia w PRL*, Warszawa 1968, s. 366.

¹³⁶² S. Kraszewski, *op. cit.*, s. 385.

¹³⁶³ *Ibidem*.

funkcjonowanie powinno być oparte na zróżnicowanej wiedzy wynikającej ze zmieniającej się gospodarki i społeczeństwa¹³⁶⁴.

Aby obywatel mógł korzystać ze świadczeń zakładu, muszą istnieć takie środki prawne, które gwarantowałyby mu uzyskanie optymalnych w danych warunkach świadczeń – gwarantowałyby niezakłócone korzystanie z takich praw obywatelskich, jak np. prawo do ochrony zdrowia czy nauki, których znaczenie w społecznym odczuciu jest we współczesnym państwie niezmiernie wielkie¹³⁶⁵. Korzystanie ze świadczeń zakładowych może przyjmować różne rozwiązania. Z pierwszym rozwiązaniem mamy do czynienia, gdy przepisy prawa zapewniają dla wszystkich obywateli prawa podmiotowe, zabezpieczające im świadczenia zakładów określonego rodzaju. E. Ochendowski przytacza tu przykład dziedziny prawa bibliotek publicznych, gdzie prawo do bezpłatnego korzystania z wypożyczalni mają wszyscy obywatele¹³⁶⁶.

Z drugim przypadkiem korzystania z określonych świadczeń zakładowych mamy do czynienia, gdy przepisy prawa wprowadzają obowiązek korzystania ze świadczeń. Za przykład Ochendowski podaje obowiązek uczęszczania do zakładu administracyjnego, jakim jest szkoła, dzieci w wieku od 7 do 17 lat. W obecnym porządku prawnym, który wyznacza art. 35 ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe¹³⁶⁷, obowiązek uczęszczania do szkoły rozpoczyna się z początkiem roku szkolnego w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 7 lat, oraz trwa do ukończenia szkoły ponadpodstawowej, nie dłużej jednak niż do ukończenia 18 roku życia. Przyczyną wygaśnięcia prawa do świadczeń w określonym zakładzie jest kilka: śmierć użytkownika; rezygnacja z korzystania, gdy korzystanie nie jest obowiązkowe; zwolnienie z zakładu, gdy korzystanie jest obowiązkowe; osiągnięcie przez użytkownika celu zakładu; skreślenie z listy użytkowników oraz likwidacja zakładu¹³⁶⁸.

O możliwości dopuszczenia bądź niedopuszczenia do zakładu decyduje akt administracyjny, który określa zakres możliwości korzystania przez obywatela z praw konstytucyjnych. Aby obywatel nie tracił możliwości prawnej ochrony swoich praw podmiotowych, w przypadku odmowy dopuszczenia do świadczeń zakładu odmowa ta powinna odpowiadać pojęciu decyzji administracyjnej¹³⁶⁹, a co za tym idzie, powinna być wydana w trybie i na zasadach przyjętych w kodeksie postępowania administracyjnego¹³⁷⁰.

¹³⁶⁴ I. Rydlewska-Liszkowska, *Prywatyzacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej – kierunki działań w systemie ochrony zdrowia*, [w:] K. Ryć, A. Sobczak (red.), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcja, regulacje, zarządzanie*, Warszawa 2010, s. 49.

¹³⁶⁵ J. Starościk, *Studia z teorii prawa administracyjnego*, Warszawa 1967, s. 44 i n.

¹³⁶⁶ E. Ochendowski, *Zakład...*, s. 223-224.

¹³⁶⁷ T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 910.

¹³⁶⁸ E. Ochendowski, *Zakład...*, s. 238.

¹³⁶⁹ B. Dolnicki, *op. cit.*, s. 64.

¹³⁷⁰ Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego.

„Jednak w przepisach normujących organizację i zasady działania zakładów opieki zdrowotnej nie znajdujemy instrumentów prawnych służących ochronie konstytucyjnego zagwarantowanego prawa obywateli do ochrony zdrowia w przypadku nieuzasadnionej odmowy świadczenia usług leczniczych przez zakład¹³⁷¹. B. Dolnicki podkreśla, że mimo społecznej doniosłości usług zdrowotnych świadczonych przez zakłady służby zdrowia, to tryb korzystania z tych usług jest fragmentarycznie uregulowany. W związku z tym powstaje wiele wątpliwości prawnych, które w istotny sposób rzutują na pozycję pacjenta¹³⁷². T. Kuta nazywa prawo obywatela do specjalistycznych usług w zakresie ochrony zdrowia prawem podmiotowym warunkowym¹³⁷³ ze względu m.in. na to, że podstawą przyjęcia chorego do szpitala jest skierowanie wystawione przez lekarza opieki zdrowotnej. Reguła ta nie dotyczy pacjentów wymagających natychmiastowej pomocy¹³⁷⁴, będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu wyroku z 27 czerwca 2000 r. (K 20/99) dowodzi, że „okoliczność, iż w odniesieniu do publicznych, samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej organami tworzącymi są organy administracji rządowej lub jednostki samorządu terytorialnego, stwarza gwarancję i zabezpieczenie, że zakłady te będą mogły realizować cele, dla których je utworzono. Wiąże się z tym – w określonych ustawowo sytuacjach – zobowiązanie do ponoszenia konsekwencji majątkowych związanych z ich działalnością. Ani organ administracji rządowej, ani jednostka samorządu terytorialnego nie mogą się uwolnić od tego rodzaju obowiązków bez stosownego ustawowego przyzwolenia. W ten sposób zabezpiecza się możliwość realizowania celów publicznych związanych z ochroną zdrowia, o których mowa w art. 68 Konstytucji RP”.

Nałożony art. 68 Konstytucji RP na władze publiczne obowiązek zapewnienia równego dostępu obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych realizowany jest przez funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, którego podstawę stanowi m.in. sieć samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a więc podmiotów będących tylko i wyłącznie własnością publiczną, których głównym źródłem utrzymania są środki przekazywane z NFZ¹³⁷⁵.

Zakłady publiczne różni od przedsiębiorców sposób finansowania (zakłady są finansowane z budżetu państwa lub budżetu samorządowego) oraz to, że – co do zasady – nie są nastawione na zysk¹³⁷⁶. Mimo tego, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej powstają na podstawie norm prawa publicznego, to funkcjonują one również

¹³⁷¹ B. Dolnicki, *op. cit.*, s. 67.

¹³⁷² *Ibidem*, s. 65.

¹³⁷³ T. Kuta, *Zaspokajanie potrzeb...*, s. 128

¹³⁷⁴ B. Dolnicki, *op. cit.*, s. 66.

¹³⁷⁵ *Ibidem*.

¹³⁷⁶ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 158.

na podstawie prawa prywatnego. W głównej mierze zasoby finansowe tego zakładu są oparte na umowie cywilnej, zawieranej z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenie usług zdrowotnych.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej zgodnie z art. 51 u.d.l. prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawach dotyczących gospodarki finansowej¹³⁷⁷, w szczególności gospodarki finansowej jednostek sektora finansów publicznych opartej przede wszystkim¹³⁷⁸ na ustawie z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych¹³⁷⁹.

Na wartość majątku SPZOZ-u składa się (zgodnie z art. 56 u.d.l.) fundusz założycielski oraz fundusz zakładu. Fundusz założycielski zakładu stanowi wartość wydzielonej SPZOZ-owi z części mienia Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej, w tym przekazanego w nieodpłatne użytkowanie. Fundusz zakładu stanowi wartość majątku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po odliczeniu funduszu założycielskiego. Majątek własny SPZOZ-ów stanowią składniki zakupione lub otrzymane przez nie¹³⁸⁰.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może (na podstawie art. 55 ust. 1 u.d.l.) uzyskiwać środki finansowe m.in.: z odpłatnej działalności leczniczej, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej; z wydzielonej działalności innej niż lecznicza przewidzianej w statucie; z odsetek od lokat; z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności

¹³⁷⁷ Zasady gospodarki finansowej jednostek sektora finansów publicznych określone zostały w rozdziale 5 „Zasady gospodarowania środkami publicznymi”, działu I ustawy z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych wprost lub mogą wynikać z interpretacji zawartych tam regulacji. Według E. Rutkowskiej-Tomaszewskiej na podstawie ustawy z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych można wyodrębnić m.in.:

- zasadę gromadzenia środków publicznych tylko w sposób określony w ustawie (art. 42 ust. 1) tzn. środki publiczne z poszczególnych tytułów gromadzone są wyłącznie na podstawie przepisów ich dotyczących, np. prawa podatkowego, celnego, o gospodarce mieniem;
- zasadę niefunduszowania środków publicznych (art. 42 ust. 2) tzn. środki publiczne pochodzące z poszczególnych tytułów nie można przeznaczać na finansowanie imiennie wymienionych wydatków, chyba że odrębna ustawa tak stanowi;
- zasada powszechności dostępu do prawa realizacji zadań finansowanych ze środków publicznych (art. 43) tzn. prawo realizacji zadań ze środków publicznych przysługuje co do zasady wszystkim podmiotom, bez względu na przynależność sektorową i formę organizacyjnoprawną. Zgodnie a art. 47 podmiot wnoszący o przyznanie środków publicznych na realizację zadania zobligowany jest przedstawić ofertę zgodną z zasadami uczciwej konkurencji, gwarantującą prawidłowe wykonanie zadania;
- zasada ograniczeń w pozyskiwaniu udziałów lub akcji oraz lokowaniu wolnych środków publicznych (art. 46), – zasada obowiązkowego zatrudnienia w jednostki sektora finansów publicznych głównego księgowego (art. 54);
- zasada odpowiedzialności kierownika jednostki sektora finansów publicznych za całość jej gospodarki finansowej. Zob. E. Rutkowska-Tomaszewska, *Jednostki sektora finansów publicznych*, [w:] J. Blicharz (red.), *Prawne aspekty...*, s. 104 i n.

¹³⁷⁸ T. Rytlewski, *Komentarz do art. 51*, [w:] F. Grzegorzczak (red.), *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, wyd. 1, Warszawa 2013, s. 185-186.

¹³⁷⁹ T. j Dz. U. z 2019 r. poz. 869.

¹³⁸⁰ T. Rytlewski, *Komentarz do art. 54*, [w:] F. Grzegorzczak (red.), *op. cit.*, s. 188.

publicznej, także pochodzenia zagranicznego; z realizacji z zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia, realizacji projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub innych niż wymienione środki pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach na: cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych; realizację programów wieloletnich; pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne; na realizację innych zadań określonych odrębnymi przepisami; na pokrycie straty netto, o której mowa w art. 59 ust. 2 pkt 1. Mimo tak licznych możliwości ustawowych na uzyskanie środków finansowych przez SPZOZ podstawowym źródłem finansowania jest nieodpłatna działalność lecznicza prowadzona na zasadach określonych w ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej. Artykuł 44 u.d.l. umożliwia SPZOZ-owi również udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie odrębnych przepisów za częściową lub całkowitą odpłatnością. Przepis ten ze względu na dyspozycję art. 193 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest martwy. Artykuł 193 pkt 4 uznaje bowiem pobieranie opłat od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z NFZ za wykroczenie podlegające karze grzywny, wprowadzając tym samym zakaz udzielania świadczeń komercyjnych pacjentom ubezpieczonym.

Gospodarka finansowa oraz zdolności finansowe zakładu bezpośrednio wpływają na bezpieczeństwo zdrowotne obecnych czy potencjalnych użytkowników zakładu. Zdaniem P. Horosza przepisy ustawy o działalności leczniczej tworzą swoisty przymus ekonomiczny wobec SPZOZ-u, który w sytuacji permanentnego zadłużenia może skłaniać organy założycielskie do podjęcia decyzji o komercjalizacji SPZOZ-u, by uniknąć konieczności pokrywania ich zobowiązań¹³⁸¹. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą funkcjonować na rynku usług leczniczych, jeżeli będą osiągać dodatni wynik finansowy albo jeżeli ujemny wynik finansowy jest pokrywany przez organ tworzący. Obligatoryjnie są przekształcane albo likwidowane, gdy ujemny wynik finansowy nie zostanie pokryty przez organ założycielski, fakultatywnie na podstawie decyzji organu tworzącego¹³⁸². Artykuł 59 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej zobowiązuje zakład do pokrycia we własnym zakresie straty netto, w przypadku jej niepokrycia w trakcie 12 miesięcy podmiot tworzący zakład likwiduje ten zakład (art. 59 ust. 2 pkt 2), a art. 69 daje możliwość przekształcenia SPZOZ-u w spółkę kapitałową oraz wpisania

¹³⁸¹ P. Horosz, *Prawnogospodarcze konsekwencje komercjalizacji szpitali*, wyd. 2, Warszawa 2013, s. 16.

¹³⁸² M. Hass-Symotiuk, *Przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe a efektywność gospodarowania zasobami opieki zdrowotnej*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2003, nr 58, s. 58.

jej do Krajowego Rejestru. Publiczny samodzielny zakład opieki zdrowotnej zgodnie z art. 6 pkt 3 ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. Prawo upadłościowe¹³⁸³ nie może ogłosić upadłości. J. Goździkowski zwraca uwagę na brak w regulacjach prawnych możliwości kontynuacji działalności SPZOZ-u w przypadku ujemnego wyniku finansowego, nawet jeśli dalsze jego istnienie jest uzasadnione celem i zadaniami, do których realizacji został utworzony, a którego zadań nie może przejąć inny zakład w sposób zapewniający nieprzerwane sprawowanie opieki zdrowotnej nad ludnością¹³⁸⁴. Należy podkreślić, że według art. 50a ust. 1 u.d.l. utworzenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powinno być powodowane troską o zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz racjonalnością organizacji opieki zdrowotnej, w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego.

Przepisy ustawy o działalności leczniczej uwolniły organy założycielskie od współodpowiedzialności za działalność tych jednostek i zapewnienie koniecznej dla bezpieczeństwa zdrowotnego, ciągłości udzielania świadczeń medycznych¹³⁸⁵. W przypadku gdy organ założycielski poweźmie decyzję o niespłaceniu zobowiązań SPZOZ-u, jednostka ta podlega likwidacji. Zaistnienie tej sytuacji zagraża bezpieczeństwu zdrowotnemu obywateli ze względu na to, że nie został przeniesiony z art. 43 u.z.o.z. obowiązek nałożony na organ założycielski dokonujący likwidacji zapewnienia osobom korzystającym ze świadczeń zdrowotnych likwidowanego SPZOZ-u takich samych jak te, które były zapewniane. W obecnej sytuacji SPZOZ nie ma obowiązku spełnienia powyższych warunków przed podjęciem formalnej decyzji o likwidacji¹³⁸⁶.

W związku z możliwym zaistnieniem sytuacji zagrażającej bezpieczeństwu zdrowotnemu obywateli należy tak prowadzić gospodarkę finansową oraz tak gospodarować mieniem zakładu, aby nie dopuścić do sytuacji, gdzie SPZOZ będzie przynosił straty. Problem odpłatności z tytułu świadczeń przez zakład administracyjny w celu pozyskania środków finansowych na pokrycie kosztów tej działalności jest jednym z bardziej kontrowersyjnych zagadnień, który nie znalazł jeszcze całkowitego opracowania. Sporne pozostaje zagadnienie konieczności i potrzeby współfinansowania tej działalności przez użytkowników zakładu. Zdaniem Z. Czarnika i J. Posłusznego w tym zakresie ujęcie teoretyczne nie nadąża za potrzebami i wyzwaniem współczesności¹³⁸⁷. Wymienieni badacze dzielą źródła finansowania działalności zakładu na pośrednie i bezpośrednie.

¹³⁸³ T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1228.

¹³⁸⁴ J. Goździkowski, *op. cit.*, s. 43.

¹³⁸⁵ T. Kocowski, M. Paplicki, *Forma podmiotu leczniczego...*, s. 118.

¹³⁸⁶ M. Dercz, *Komentarz do art. 54*, [w:] M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2014, s. 269.

¹³⁸⁷ Z. Czarnik, J. Posłuszny, *Zakład publiczny*, [w:] R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel (red.), *System Prawa Administracyjnego*, t. 6. *Podmioty administrujące*, Warszawa 2011, s. 483.

Pośredni model finansowania ma miejsce wtedy, gdy zakład prowadzi działalność wyłącznie na podstawie uzyskanych środków publicznych, a więc źródłem finansowania są podatki. W tym modelu użytkownicy zakładu nie ponoszą żadnej odpłatności związanej z działalnością zakładu, co nie zawsze jest równoznaczne z brakiem jakichkolwiek opłat przekazywanych na pokrycie kosztów funkcjonowania zakładu. Takie rozwiązanie funkcjonuje np. w przypadku szkół wyższych czy SPZOZ-u, który dzięki dyspozycji art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta może pobrać opłatę. Zmianą ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw¹³⁸⁸ w art. 28 ust. 4 określono maksymalną wysokość opłaty.

W bezpośrednim modelu finansowania użytkownicy zakładu partycypują w kosztach zakładu, uiszczając opłaty, które mogą pokrywać pełne lub częściowe koszty świadczonej usługi. Przeważnie ustalenie opłaty następuje w formie decyzji administracyjnej wynikającej z relacji kosztów usługi do dochodu użytkownika zakładu. W niektórych przypadkach istnieje możliwość wnoszenia opłaty na podstawie aktów stanowiących przez organy zakładu, czy w wyjątkowo na podstawie umowy między zakładem a użytkownikiem (np. opłata za studia niestacjonarne)¹³⁸⁹.

Samodzielne zakłady opieki zdrowotnej przez ograniczenia wprowadzone art. 193 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych funkcjonuje na podstawie modelu pośredniego. Zdaniem A. Zemke-Góreckiej brak uregulowań prawnych dających możliwość pełnego wykorzystania potencjału osobowego i rzeczowego poprzez umożliwienie pobierania opłat w ramach działalności komercyjnej po wyczerpaniu tzw. limitów prowadzi do absurdu¹³⁹⁰. Działania zarówno publicznych, jak i komercyjnych jednostek ochrony zdrowia mają charakter działań rynkowych opartych na zasadach konkurencji¹³⁹¹. W interesie pacjenta jest dobra kondycja finansowa SPZOZ-u, dlatego należałoby tym jednostkom umożliwić funkcjonowanie bez ograniczania zasady swobody działalności gospodarczej. Dotychczasowe ograniczenia w tej materii wpływają negatywnie na sytuację finansową tych podmiotów, co w dłuższej perspektywie odbija się na poziomie i jakości świadczeń udzielanych przez te podmioty. Według Z. Kubota „ograniczenie działalności gospodarczej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przez wykluczenie szeroko rozumianych usług medycznych na rzecz ubezpieczonych narusza art. 22 Konstytucji RP. Ograniczenie nie jest uzasadnione interesem publicznym. Przeciwnie, świadczenie szeroko rozumianych usług medycznych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej poza świadczeniami

¹³⁸⁸ Dz. U. z 2017 r. poz. 836.

¹³⁸⁹ *Ibidem*.

¹³⁹⁰ A. Zemke-Górecka, *op. cit.*, s. 63.

¹³⁹¹ *Ibidem*.

objętymi umową z NFZ oraz przymusem ustawowym jest korzystne z punktu widzenia interesu publicznego, bowiem sprzyja lepszemu zaspokojeniu zindywidualizowanych potrzeb zdrowotnych, ogranicza szarą strefę usług medycznych oraz wzmacnia gospodarkę finansową samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej¹³⁹².

Podobnie wypowiada się A. Zemke-Górecka, która podkreśla, że wejście w życie ubezpieczeń zdrowotnych zastało te jednostki nieprzystosowane do nowej rzeczywistości. Ustawodawca ponadto nadal jest bezczynny, aby tę sytuację zmienić, co wpływa ujemnie na kondycję organizacyjno-finansową SPZOZ¹³⁹³. Czarnik i Posłuszny dowodzą, że obecnie mamy do czynienia z procesem unifikowania się wszystkich zakładów publicznych, wykonujących zadania publiczne. W związku z tym procesem oraz zmieniającą się rzeczywistością społeczną i wzrastającymi potrzebami (zdrowotnymi) powinno się dążyć do docelowego rozwiązania, w którym nie ma większego znaczenia dla konstrukcji prawnej zakładu publicznego jego charakter państwowy, samorządowy czy prywatny. To państwo tworzy normy funkcjonowania zakładów i powinno sprawować nadzór nad wykonywaniem tych zadań, dlatego z perspektywy świadczeniobiorcy i oczekiwanej przez niego jakości i zakresu usług nie ma znaczenia charakter prawny tego zakładu. Zasadniczą różnicą między zakładami będzie źródło finansowania usług przez zakład. Zakłady, które wykonują zadania priorytetowe dla państwa i obywateli, powinny być finansowane bezpośrednio przez państwo, co nie wyklucza pobierania przez te zakłady opłat od świadczeniobiorców¹³⁹⁴. Zdaniem Czarnika i Posłusznego mogą tu istnieć bardzo różne warianty, np. „tzw. minimalny koszyk usług świadczonych bezpłatnie i opłaty za usługi wykraczające poza ów koszyk, opłata za niektóre usługi, opłata ryczałtowa, opłaty z refundacją przez państwo dla najbiedniejszych”¹³⁹⁵.

Proponując zmiany reformy systemu ochrony zdrowia, należy mieć na uwadze przede wszystkim dobro pacjentów, które zdaniem A. Zemke-Góreckiej jest naruszone przez przedmiotowe traktowanie pacjentów poprzez określanie limitów udzielania świadczeń zdrowotnych¹³⁹⁶. SPZOZ-y nie należy pozbawiać możliwości komercyjnego prawa do pobierania opłat od pacjentów. Zdaniem B. Hałakuć i A. Łysonia dopuszczenie do takiej możliwości nie stanowiłoby zagrożenia dla osób mniej zamożnych, których nie stać na odpłatne świadczenia medyczne, a nawet polepszyłyby ich sytuację w zakresie publicznej służby zdrowia. W przypadku gdy część pacjentów zdecyduje się na komercyjne usługi, to zmniejszeniu ulegnie ogólna liczba osób oczekujących na dane

¹³⁹² Z. Kubot, *Rynek usług medycznych*, [w:] U. Kalina-Prasznica (red.), *Państwo i rynek. Obszary zawodności*, Wrocław 2011, s. 185.

¹³⁹³ A. Zemke-Górecka, *op. cit.*, s. 277.

¹³⁹⁴ Z. Czarnik, J. Posłuszny, *op. cit.*, s. 499.

¹³⁹⁵ *Ibidem*.

¹³⁹⁶ A. Zemke-Górecka, *op. cit.*, s. 277.

świadczenie, a tym samym skróci się okres oczekiwania na udzielone świadczenie¹³⁹⁷. Dodatkowe wpływy finansowe pozwoliłyby ponadto na podniesienie standardu otoczenia, w którym są udzielane świadczenia zdrowotne, oraz na podniesienie jakości udzielanych świadczeń udzielanych przez lekarzy zatrudnionych w SPZOZ, którzy mając godne zarobki w tej jednostce, nie będą szukali dodatkowego zatrudnienia u innych pracodawców¹³⁹⁸. Według Hałakuć i Łysonia obecne regulacje prawne i stanowiska podmiotów odpowiedzialnych za organizację i finansowanie publicznej służby zdrowia dyskryminują SPZOZ-y. Narzucone limity i zakaz działalności komercyjnej ograniczają potencjał tych jednostek przy jednoczesnym pogorszeniu ich nie najlepszej sytuacji finansowej¹³⁹⁹.

Z jednej strony przytaczany już w art. 50a u.d.l. zobowiązuje organ tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej do kierowania się kryterium zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz racjonalnej organizacji opieki zdrowotnej. Z drugiej strony, mimo tego obowiązku ustawodawca nie zapewnił możliwości zachowania stabilności finansowej SPZOZ-om. Istnieją dlatego uzasadnione obawy, że obecny porządek prawny, regulujący funkcjonowanie SPZOZ-ów, zagraża stabilności finansowej tych jednostek, co może przełożyć się na wzrost zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. Należałoby dlatego bezwzględnie umożliwić samodzielnym publicznym zakładom świadczenia także usług medycznych na zasadach wolnorynkowych, przy jednoczesnym nakazie zawierania umowy z podmiotem finansującym świadczenia zdrowotne ze środków publicznych i nakazie pierwszeństwa w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom ubezpieczonym, a po wyczerpaniu limitów nałożonych kontraktem, prawo do pobierania opłat od pacjentów, którzy chcą skorzystać z usług zdrowotnych¹⁴⁰⁰. A. Błaś postuluje, aby wprowadzić klauzule zobowiązujące do świadczenia usług w sposób ciągły, nieprzerwany, z uwzględnieniem zasady równości i powszechnego dostępu do świadczeń, a także klauzul wykluczających możliwość nakładania na świadczeniobiorców obowiązków nieuzasadnionych specyfiką świadczenia, a szczególności opłat za świadczenia¹⁴⁰¹.

Według A. Zemke-Góreckiej opieka zdrowotna jest elementem bezpieczeństwa wewnętrznego, dlatego należy określić zarówno stopień odpowiedzialności państwa i odpowiedzialności obywateli za zdrowie, jak również sposób oraz udział pacjentów

¹³⁹⁷ B. Hałakuć, A. Łyson, *Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej a status przedsiębiorcy i komercyjne udzielanie świadczeń zdrowotnych*, [w:] T. Kocowski, J. Gola (red.), *Przedsiębiorca w społecznej gospodarce rynkowej*, Wrocław 2014, s. 132.

¹³⁹⁸ A. Zemke-Górecka, *op. cit.*, s. 277.

¹³⁹⁹ B. Hałakuć, A. Łyson, *op. cit.*, s. 132-133.

¹⁴⁰⁰ A. Zemke-Górecka, *op. cit.*, s. 284.

¹⁴⁰¹ A. Błaś, *Formy działania...*, s. 30.

i państwa w pokrywaniu kosztów leczenia i profilaktyki zdrowotnej¹⁴⁰². Państwo powinno przyznać się do tego, że na podstawie wpływów ze składek ubezpieczenia zdrowotnego nie jest w stanie zapewnić koniecznej ilości świadczeń medycznych na najwyższym poziomie. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej musi uzyskać zapłatę za udzielone świadczenia, aby móc zrekompensować koszty swojej działalności. Dotychczasowy poziom uzyskanych środków od NFZ w pierwszym rzędzie SPZOZ przeznacza na bieżące finansowanie majątku obrotowego niezbędnego do zabezpieczenia procesu leczenia. Dochodzi do dekapitalizacji majątku SPZOZ-u, a dalsze opieranie gospodarki finansowej na restrukturyzacji zobowiązań, zaciąganiu kredytów jest skuteczne tylko w krótkim czasie, w dłuższym może doprowadzić do zapaści¹⁴⁰³.

Zdaniem J. Łętowskiego mimo tego, że administracja świadcząca stanowi ważny – o ile nie najważniejszy – obszar działalności administracji publicznej, to nie potrafi sobie poradzić ze swoimi obowiązkami. Zadania te wykonuje drogo i nieefektywnie, obciążając budżety nieproporcjonalnie do efektów, rozmijając się przy tym z oczekiwaniami społecznymi. Wszystko to prowadzi do stwierdzenia, że administracja świadcząca jest słaba i w dużym stopniu niezdolna do spełnienia swoich funkcji¹⁴⁰⁴. Mając na uwadze zdanie J. Łętowskiego, należałoby w trosce o bezpieczeństwo zdrowotne obywateli rozpocząć proces przywracania starych pojęć, nadając treści pojęciom nowym¹⁴⁰⁵, należałoby przywrócić działanie zakładów administracyjnych, które realizowałyby świadczenia zdrowotne. Zakłady te posiadałyby dotychczasowe „cechy zakładu administracyjnego” wzbogacone o uprawnienia przedsiębiorstw funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia.

Aby nie doszło do zagrożenia bezpieczeństwa obywateli, należałoby w pierwszej kolejności umożliwić SPZOZ-om udzielanie komercyjnych świadczeń zdrowotnych z jednoczesnym ustanowieniem klauzul gwarantujących dostęp w pierwszej kolejności pacjentom ubezpieczonym. Obecnie SPZOZ-y mogą jedynie w niewielkim stopniu korzystać z praw wolnego rynku, np. powołując konsorcjum w celu poprawy pozycji rynkowej względem innych wykonawców¹⁴⁰⁶ rynku usług medycznych, dające możliwość wspólnego ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego. Możliwości te jednak są niewystarczające.

¹⁴⁰² A. Zemke-Górecka, *op. cit.*, s. 66.

¹⁴⁰³ *Ibidem*, s. 284 i n.

¹⁴⁰⁴ J. Łętowski, *op. cit.*, s. 14.

¹⁴⁰⁵ Zob. T. Rabska, *Przywracanie ciągłości pojęć prawnych*, [w:] A. Łopatka, A. Wróbel, S. Kiewlicz (kom. red.), *Państwo prawa – Administracja – Sądownictwo. Prace dedykowane prof. dr hab. Januszowi Łętowskiemu*, Warszawa 1999, s. 210-217.

¹⁴⁰⁶ Zob. M. Szydło, *Konsorcja wykonawców realizujących zamówienia publiczne dla SPZOZ*, „Zamawiający. Zamówienia publiczne w praktyce” 2017, nr 21, s. 52.

Należałoby również rozważyć pomysł wyodrębnienia w ramach struktury SPZOZ-u będącego szpitalem jednostki funkcjonującej z połączenia SOR-u oraz przychodni POZ. W obecnie obowiązującym porządku prawnym minimum dóbr, minimum świadczeń zdrowotnych, które zabezpiecza publiczna służba zdrowia, sprowadza się tylko do świadczeń zdrowotnych udzielanych w sytuacjach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Aby sprostać oczekiwaniom społeczeństwa, należałoby zwiększyć zakres przedmiotowy pojęcia bezpieczeństwo zdrowotne nie tylko o świadczenia w sytuacji nagłego zagrożenia, ale również o świadczenia udzielane w ramach POZ.

Dotychczasowy zakres częstotliwości udzielania tych świadczeń ogranicza roczna wycena tych świadczeń przez NFZ. Zgodnie z załącznikiem nr 1 do zarządzenia Nr 115/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, stawka kapitacyjna na świadczenie lekarza POZ wynosi od 1 grudnia 2019 r. 159 zł rocznie. Mimo tego, że kwota ta ulega zmianie w zależności od współczynnika korygującego¹⁴⁰⁷, nie daje stabilności finansowej przychodniom POZ, co nie skłania tych podmiotów do troski o nasze zdrowie, tylko do troski o zabezpieczenie finansowanie majątku obrotowego niezbędnego do zabezpieczenia procesu leczenia tych przychodni.

Ze względu na to, że od 1 października 2017 r. na podstawie art. 95m ust. 3 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁴⁰⁸ każdy SPZOZ będący szpitalem i zaliczony do tzw. sieci szpitali (systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej) musi posiadać SOR lub izbę przyjęć oraz musiał (do dnia 01.12.2017 r., art. 55 ust. 3) udzielać świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w nocy i w święta – to wydaje się możliwe wyodrębnienie specjalnej jednostki, która będzie udzielać nieodpłatnie ubezpieczonym i nieubezpieczonym niezbędnych świadczeń w ramach zadań i możliwości, jakie ciążą na tych podmiotach – SOR i POZ.

Artykułem 29 pkt 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej¹⁴⁰⁹, nadaną dnia 23 marca 2017 r. treść art. 55 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

¹⁴⁰⁷ Stawka kapitacyjna korygowana jest odpowiednim współczynnikiem w zależności od: grupy wiekowej osób zapisanych do lekarza POZ, charakteru miejsca pobytu; leczenia określonych chorób przewlekłych. Zgodnie § 15 w ust. 2 pkt 6 lit. a zarządzenia Nr 72/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2017 zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej dla osób w wieku od 66. do 75. roku życia współczynnik wynosi 2,4; a dla osób w wieku powyżej 75. roku życia współczynnik wynosi 3,1 (§ 15 w ust. 2 pkt 8). Zob. <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-722017dsoz,6620.html> [dostęp 20.04.2020].

¹⁴⁰⁸ Dz. U. z 2017 r. poz. 844.

¹⁴⁰⁹ T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 172.

uchylono. Można przypuszczać, że uchYLENIA przepisu art. 55 ust. 3 dokonano ze względu na zdefiniowanie w art. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej „podstawowej opieki zdrowotnej” jako miejsca pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z systemem ochrony zdrowia, z wyłączeniem sytuacji, w których świadczeniobiorca znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, lub udzielane są mu świadczenia, o których mowa w art. 57 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach którego jest zapewniony dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wyłączenie sytuacji, w których świadczeniobiorca znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego z zakresu działań podstawowej opieki zdrowotnej, jest jak najbardziej zasadne (brak wykwalifikowanego personelu oraz sprzętu do udzielania świadczeń zdrowotnych w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego pacjenta), nie sprawia jednak, że pacjenci, którzy nie są w takim stanie i kwalifikują się w pełni do opieki w POZ, nie przyjdą na SOR. W przeważającej większości pacjenci, którzy nie są w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, przychodzą na SOR, omijając często świadomie POZ, jak i z braku możliwości dostania się do POZ z powodu jego zamknięcia lub ograniczenia jego funkcjonowania w czasie pandemii.

Odpowiedzi, dlaczego pacjenci wolą przyjść na SOR, a nie do POZ, znajdziemy w przywołanych już wynikach badań przeprowadzonych w Zakładzie Medycyny Ratunkowej i Katastrof Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu¹⁴¹⁰.

„Pośród ankietowanych pacjentów 55% uznało, że w SOR otrzymają bardziej wysoko specjalistyczną pomoc medyczną niż w ramach POZ. Ponadto 15% z nich wskazało, że powodem zgłoszenia się do SOR był brak uzyskania pożądaných przez nich świadczeń zdrowotnych gdzie indziej – a 25% z ankietowanych udało się do SOR mimo uprzedniego uzyskania pomocy medycznej w przychodni POZ. Dla 20% ankietowanych pacjentów czas oczekiwania w przychodni POZ był zbyt długi i stąd szukali oni pomocy w SOR”.

Część pacjentów na pytanie: „Dlaczego Pan(i) korzysta ze świadczeń SOR?” udzieliła, poza wybraniem jednego z dostępnych wariantów, także dodatkowych własnych odpowiedzi w formie dopisków na marginesach ankiet: „w POZ przekierowano mnie na SOR – nie umiano udzielić mi pomocy w POZ – brak odpowiedniego lekarza”; „byłem umówiony”; „przychodnia była już nieczynna”; „bo nie mam wyjścia tu mnie skierowano”;

¹⁴¹⁰ M. Paplicki *et al.*, *op. cit.*.

„lekarz internista nie był w stanie określić dolegliwości, zalecił SOR”; „ponieważ potrzebna jest pomoc”; „skierowanie po ‘prywatnej’ konsultacji”; „brak efektów leczenia w przychodni”; „brak dostępu do POZ z powodu późnej godziny”; „skierowanie, sugestia lekarza pierwszego kontaktu”, „więcej możliwości diagnostycznych”; oraz „bo są tam miłe ratowniczy”. Natomiast na pytanie ankiety „Czy Pan(i) wie, że średni czas oczekiwania w SOR może wynosić nawet około 4h?” jeden z pacjentów dopisał na marginesie formularza ankiety: „w POZ dłużej”.

„Istotnymi deklarowanymi przez ankietowanych pacjentów przyczynami zgłaszania się na SOR był brak otrzymania spodziewanej pomocy medycznej w przychodni POZ lub zbyt długi czas oczekiwania na tę pomoc – co wskazuje na niewydolność i dezorganizację systemu zabezpieczenia zdrowotnego. Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli zależy nie tylko od sprawności funkcjonowania służb medycznych, ale i od faktycznej dostępności ich świadczeń”¹⁴¹¹.

Wspólne połączenie kluczowego ogniwa systemu PRM, jakim jest (SOR), oraz kluczowego ogniwa zaspokajającego podstawowe potrzeby zdrowotne obywateli (POZ) dałoby gwarancję nieprzerwanej ciągłości procesu zdrowotnego zapewniającego bezpieczeństwo zdrowotne nie tylko w sytuacji nagłego zagrożenia życia i zdrowia tego obywatela. Państwo powinno z budżetu finansować działalność nowo wyodrębnionej jednostki przy jednoczesnym zezwoleniu na działalność komercyjną SPZOZ-u. Ograniczone możliwości finansowe państwa, wzrastające potrzeby i oczekiwania zdrowotne społeczeństwa skłaniają do realizacji wymienionych spostrzeżeń.

Wydaje się ponadto, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej nie posiada konstrukcji zakładu administracyjnego ze względu na ograniczone władztwo względem pacjentów oraz pracowników zakładu. Obowiązujące przepisy prawa – ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – nadaje destynatariuszom prawa, których SPZOZ jako usługodawca zapewniający świadczenia zdrowotne powinien przestrzegać. Pracownicy zakładu ze względu na obowiązujące przepisy prawa pracy – ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy – nie mogą być np. „zmuszeni” do świadczenia pracy.

Przymus świadczenia pracy przez personel medyczny powinien obowiązywać ze względu na obowiązek zapewnienia przez państwo bezpieczeństwa zdrowotnego. Przymus taki jest tylko możliwy na podstawie art. 30 ust. 2 i 4 ustawy o PRM oraz art. 21 ust. 1 pkt 3 ustawy o stanie kłęski żywiołowej¹⁴¹². Zastosowanie tych przepisów może nastąpić tylko w przypadku stanu kłęski żywiołowej, co dla ciągłości zapewnienia

¹⁴¹¹ *Ibidem*, s. 16.

¹⁴¹² W art. 22 ust. 1 pkt 1 ustawy o stanie kłęski żywiołowej wyrażony jest również przymus udzielania pierwszej pomocy osobom, które uległy nieszczęśliwym wypadkom, w sytuacji gdy siły i środki, którymi dysponuje wójt (burmistrz, prezydent miasta), starosta lub wojewoda albo pełnomocnik, są niewystarczające.

bezpieczeństwa zdrowotnego wydaje się niewystarczające. Należałoby dlatego przeprowadzić zmiany organizacyjne oraz prawne w funkcjonowaniu SPZOZ-ów tak, aby ich funkcjonowanie było oparte na konstrukcji zakładu administracyjnego, jak miało to miejsce pod rządami ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym udzieleniu SPZOZ-owi możliwości udzielania komercyjnych świadczeń. Wprowadzenie tych propozycji pozwoliłoby nie tylko zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne w minimalnym zakresie, ale również dzięki działalności zarobkowej, którą prowadziłby SPZOZ, polegającej m.in. na udzielaniu odpłatnych świadczeń, zakres bezpieczeństwa zdrowotnego mógłby się poszerzyć o oczekiwane świadczenia przez pacjentów. Wypracowany zysk SPZOZ-u nie byłby przekazywany do budżetu państwa, ale przeznaczany na sfinansowanie nadwykonań świadczeń zdrowotnych, czy też poszerzenie zakresu tych udzielanych świadczeń. Personel medyczny SPZOZ-u pełniłby „służbę”, dlatego w razie potrzeby można by było nie stosować Kodeksu prawa pracy.

6.5. „Służba zdrowia” a „ochrona zdrowia”

Aby obywatel mógł mieć szansę skorzystania z publicznego prawa podmiotowego do świadczeń medycznych, wskazane by było przywrócić funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej oraz przywrócić lub na nowo stworzyć system „służby zdrowia”.

M. Dercz podkreśla wyraźnie i znacząco, żeby nie używać terminu „służba zdrowia”, tylko „ochrona zdrowia”. Pogląd ten argumentuje tym, że obywatelom przysługują konstytucyjne podmiotowe prawa do należytej „ochrony zdrowia”, a nie „służby zdrowia”, ponadto władze publiczne mają obowiązek zorganizowania systemu „ochrony zdrowia”, a nie – jak się powszechnie mówi – systemu „służby zdrowia”¹⁴¹³. Dercz argumentuje dalej, że pojęcie „służba zdrowia” „(...) nawiązuje do PRL-owskiej państwowej służby zdrowia, na którą składały się takie elementy, jak: finansowanie bezpośrednio z budżetu państwa, ZOZ jako państwowa jednostka organizacyjna, lekarz jako funkcjonariusz publiczny, a także odpowiedzialność państwa (a właściwie monopol) za zaopatrzenie w leki i materiały medyczne. Ówczesna scentralizowana administracja specjalna, z MZ na czele określona była jako «służba zdrowia». Pojęcie to jest nadal – mimo braku konstytucyjnych podstaw – używane w niektórych aktach prawnych, pochodzi ono jednak z czasów kształtowania naszych rozwiązań organizacyjnych na radzieckim modelu Siemaszki¹⁴¹⁴. Samo pojęcie «służby zdrowia» ma element ścisłego

¹⁴¹³ M. Dercz, *Komentarz do art. 3...*, s. 37.

¹⁴¹⁴ W literaturze najczęściej wyróżnia się następujące modele systemu ochrony zdrowia: model Beveridge’a; model Bismarcka; model rezydualny oraz model Siemaszki (zob. I. Witczak, *Elementy ustrojowo-prawne prywatnego sektora opieki zdrowotnej*, Acta Universitatis Wratislaviensis no. 2819, „Przegląd Prawa i Administracji” 2005, t. LXIX, s. 218). Model Siemaszki został sformułowany w latach 30. XX wieku,

podporządkowania hierarchicznego władzy centralnej i niejako militarystyczny charakter sposobu jej pełnienia”¹⁴¹⁵.

Przedstawiony zakres pojęciowy terminu „ochrona zdrowia” w obecnie funkcjonującym systemie ochrony zdrowia nie jest w pełni realizowany przez władze publiczne, które mają zapewnić tę ochronę. Przyniesione „wady” „służby zdrowia” w mojej ocenie należy uznać za zalety. Oczywiście, że PRL-owski system służby zdrowia nie był idealny i nie zapewniał wszystkich oczekiwanych świadczeń zdrowotnych, jednak obecnie funkcjonujący wolnorynkowy system ochrony zdrowia również się nie sprawdza, ponieważ preferuje tylko osoby, które posiadają wystarczającą ilość środków, aby móc z tego systemu korzystać.

Termin „ochroną zdrowia” bardziej pasuje do wolnorynkowego charakteru usług świadczonych w ochronie zdrowia. Termin „służba zdrowia” skłania do renacjonalizacji rynku usług, co w przypadku bezpieczeństwa zdrowotnego – rozumianego jako minimum praw do uzyskania minimum świadczeń zdrowotnych gwarantujących ochronę w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego – jest bardziej pożądane. Patrząc na niedostatek i ułomność systemu ochrony zdrowia, z punktu widzenia pacjenta oczekującego świadczeń medycznych oraz ze względu na obowiązek administracji publicznej zapewnienia tych świadczeń, wydaje się słuszne zorganizowanie „służby zdrowia”, w której zakłady administracyjne będą udzielały niezbędnych świadczeń zdrowotnych. Obecne możliwości finansowe publicznej służby zdrowia dają gwarancje na zapewnienie jedynie świadczeń w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego.

był stosowany w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, określał socjalistyczne podejście do ochrony zdrowia, przejawiające się sprawiedliwym dostępem do świadczeń medycznych, odpowiedzialnością państwa za zdrowie i opiekę zdrowotną obywateli, centralne sterowanie oraz jednolitość organizacyjną systemu, finansowanie opieki zdrowotnej z budżetu państwa. (zob. C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna...*, s. 320). Model rezydualny stosowany w Stanach Zjednoczonych jest przeciwieństwem modelu Siemaszki. Model ten oparty jest na wolnorynkowym dostępie do opieki zdrowotnej. Państwo przestaje być odpowiedzialne za dostęp obywateli do świadczeń medycznych, dostęp ten mają tylko ubezpieczeni, których stać na opłacenie składek, dominuje indywidualna odpowiedzialność za własne zdrowie (zob. C. Włodarczyk, S. Poździej, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Kraków 2001, s. 81). Model Beveridge’a gwarantuje socjalne bezpieczeństwo obywatela, w tym modelu dostęp do opieki zdrowotnej jest prawem i każdy z niego może korzystać ze względu na to, że opieka medyczna finansowana jest za pośrednictwem specjalnego funduszu finansowego, który posiada środki pieniężne z podatków ogólnych. Dominuje publiczna własność produkcji usług medycznych. Model ten stosowany jest m.in. w Wielkiej Brytanii, Szwecji, Hiszpanii (zob. C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna...*, s. 315). W modelu Bismarcka obowiązuje zasada odpowiedzialności państwa za ochronę zdrowia i bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, prawo do zdrowia jest prawem podmiotowym, wynikającym z umowy ubezpieczenia. Model ten jest oparty na obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek podstawowych zdarzeń losowych: choroby, macierzyństwa czy niezdolności do pracy na skutek wypadku przy pracy, dodatkowo istnieje zasada solidarnej odpowiedzialności za ryzyko wywołane chorobą i konieczność zapewnienia w razie jej pojawienia się opieki zdrowotnej każdemu członkowi społeczności. Model ten funkcjonuje m.in. w Niemczech, Francji, Holandii (zob. I. Witczak, *op. cit.*, s. 219).

¹⁴¹⁵ M. Dercz, *Komentarz do art. 3...*, s. 37.

Maciej Dercz swój pogląd na temat „służby zdrowia” wyraził w czasie obowiązywania ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, czyli w sytuacji, gdy w systemie ochrony zdrowia funkcjonowały zakłady administracyjne w formie zakładów opieki zdrowotnej. W 2011 r. omawiana ustawa została uchylona, zakłady opieki zdrowotne zmieniły formy organizacyjne – przestały pełnić „służbę zdrowia”, a zaczęły świadczyć komercyjnie świadczenia zdrowotne. Jak zauważa Z. Kubot, komercyjny¹⁴¹⁶ charakter działania podmiotów leczniczych w formie spółek kapitałowych może doprowadzić do ograniczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, co należy uznać za niezgodne z art. 68 Konstytucji RP¹⁴¹⁷.

Przedstawione już ulokowanie POZ przy SOR mogłoby być początkiem stworzenia zakładu opieki zdrowotnej udzielającego pożądaných świadczeń zdrowotnych. Za reorganizacją powinny pójść jeszcze dodatkowe środki finansowe oraz rozwiązania systemowe w postaci stworzenia negatywnego koszyka świadczeń (świadczeń, które się nie należą pacjentowi) tak, aby zapobiec wybujałym oczekiwaniom pacjentów co do ich potrzeb zdrowotnych, zastrzegając przy tym, że negatywny koszt świadczeń zdrowotnych nie powinien dotyczyć świadczeń zapewniających bezpieczeństwo zdrowotne.

6.6. Rynek usług ratowniczych

Rynek w literaturze przedmiotu postrzegany jest jako „symboliczne” miejsce styku interesów poszczególnych uczestników obrotu gospodarczego: producentów i konsumentów. To płaszczyzna, na której działają obiektywne prawa ekonomiczne oraz funkcjonują mechanizmy podaży i popytu. Mechanizmy te przyczyniają się do poprawy efektywności struktur gospodarczych, a tym samym efektywności produkcji i obrotu. Jeżeli mechanizmy konkurencji nie są zakłócone (np. przez państwo) i konkurencja funkcjonuje prawidłowo, to zazwyczaj producenci są skłonni, a niekiedy nawet zobligowani do obniżenia kosztów swojego działania, obniżenia cen usług, produktów czy podniesienia ich jakości¹⁴¹⁸. Mogą ponadto, a nawet powinni doskonalić swoje rozwiązania strukturalne i relacje zewnętrzne, dostosowując je do oczekiwanych wymogów

¹⁴¹⁶ Zob. na temat rodzajów komercjalizacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, [za:] Z. Kubot, *Rodzaje komercjalizacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 1, s. 5 i n. oraz A. Rabiega-Przyłęcka, *Przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe (w świetle przepisów ustawy o działalności leczniczej)*, [w:] M. Węgrzyn, M. Łyszczak, D. Wasilewski (red.), *Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce. Nowe wyzwania*, Wrocław 2013, s. 13 i n.

¹⁴¹⁷ Z. Kubot, *Transfer mienia w zakresie przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 4, s. 25.

¹⁴¹⁸ T. Kocowski, *Reglamentacja działalności gospodarczej w Polskim administracyjnym prawie gospodarczym*, Wrocław 2009, s. 210.

zmieniającego się otoczenia, gdyż – jeżeli tego nie zrobią – zostaną wyparci przez efektywniejsze podmioty¹⁴¹⁹.

Uczestnikami rynku są przedsiębiorcy¹⁴²⁰ wykonujący tzw. „działalność gospodarczą”, oznaczającą wszelką działalność ludzką, polegającą na wykorzystaniu zasobów i sił przyrody z zamiarem wytworzenia nowych dóbr lub przerobienia już istniejących, ich podziale i konsumpcji¹⁴²¹.

Działalnością gospodarczą jest zorganizowana działalność zarobkowa, wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły (art. 3 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców). Ideą gospodarki rynkowej są mechanizmy rynkowe, na które państwo może oddziaływać, ale których nie może, w żadnym wypadku, zastąpić własnymi decyzjami¹⁴²². Wśród praw podmiotowych wynikających ze sfery prawa publicznego obok m.in. czynnego i biernego prawa wyborczego należy wskazać tzw. wolności, w tym najbardziej istotną dla podmiotów prowadzących działalność gospodarczą – wolność do działalności gospodarczej¹⁴²³. Wolność jawi się jako stan umożliwiający dokonywanie wyboru spośród wielu opcji, podejmowanie go w sposób samodzielny, niezwiązany, nieograniczony. Nie istnieje jednak absolutna wolność, jednostka ze względu na pluralizm podmiotów w otoczeniu, w jakim działa, musi się liczyć z interakcją pomiędzy nią a innymi podmiotami. Rzeczą oczywistą jest, iż jeżeli co najmniej dwa podmioty mają określone uprawnienia w tym samym zakresie, to granicą jego wykonania jest właśnie zakres tego prawa przyznany innemu podmiotowi. W związku z tym T. Kocowski podkreśla, że podejmowanie i prowadzenie działalności gospodarczej jest zdeterminowane zachowaniem innych podmiotów korzystających z wolności działalności gospodarczej, doprowadzając tym do naturalnego ograniczenia tej wolności. Druga grupa ograniczeń wolności działalności gospodarczej powstaje ze względu na obowiązujący porządek prawny w celu koniecznej ochrony interesu publicznego¹⁴²⁴. U. Kalina-Prasznic dodaje, że obszary niesprawności rynku (m.in. bezrobocie, słaby wzrost gospodarczy czy trudne do zaakceptowania nierówności dochodów i bogactwa)

¹⁴¹⁹ Zob. J. Grabowski, *Rola i funkcje prawa w systemie gospodarki rynkowej*, [w:] I. Skrzydło-Niżnik (red.), *Instytucje współczesnego prawa administracyjnego. Księga jubileuszowa profesora zw. dra hab. Józefa Filipka*, Lublin 2006, s. 5-6.

¹⁴²⁰ Przedsiębiorcą w rozumieniu art. 4 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców jest: osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną, wykonująca działalność gospodarczą. Za przedsiębiorców uznaje się także wspólników spółki cywilnej w zakresie wykonywanej przez nich działalności gospodarczej.

¹⁴²¹ O. Lange, *Ekonomia społeczna*, t. 1, Warszawa 1967, s. 18.

¹⁴²² Zob. L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 1998, s. 74-75.

¹⁴²³ T. Kocowski, *Reglamentacja działalności gospodarczej...*, s. 139.

¹⁴²⁴ *Ibidem*, s. 145.

stanowią uzasadnienie dla korygujących funkcji państwa (alokacyjnych, stabilizacyjnych, redystrybucyjnych) i określają sferę jego ingerencji¹⁴²⁵.

Do dnia 26 czerwca 2018 r.¹⁴²⁶ na rynku usług ratowniczych funkcjonowały zarówno podmioty państwowe, jak i niemające statusu państwowych bądź samorządowych jednostek organizacyjnych. Do niepaństwowych jednostek mogliśmy zaliczyć komercyjne zespoły ratownictwa medycznego działające najczęściej w formie spółki z o.o., których głównym zadaniem był transport do szpitalnego oddziału ratunkowego oraz zabezpieczenie medyczne pacjenta podczas transportu.

Ze względu na to, że od 1 października 2017 r. na podstawie art. 95m ust. 3 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁴²⁷ każdy szpital będzie dopiero zaliczony do tzw. sieci szpitali (systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej), gdy udzielał on świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe. Wymogu posiadania izby przyjęć czy SOR-u w ostatnich latach nie spełniał żaden komercyjny podmiot leczniczy, dlatego komercyjne szpitale nie zakwalifikowały się do tzw. Sieci. Ponadto nie ma podstaw ekonomicznych do stworzenia komercyjnego SOR-u, który byłby jednostką systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne i otrzymywałby od NFZ ryczałt za udzielone świadczenia zdrowotne.

Rynek usług ratowniczych należy zaliczyć do rynku świadczeń opieki finansowanych ze środków publicznych. Z. Kubot wyróżnia dwa zasadnicze rodzaje rynków usług medycznych: pierwszy to rynek świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, którego organizacja świadczeń opieki zdrowotnej jest możliwa w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Drugi rynek usług medycznych to rynek świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z innych środków niż publiczne¹⁴²⁸.

Ograniczający wolność gospodarczą porządek prawny musi być zgodny z zasadami zawartymi w Konstytucji RP. Tematykę wolności działalności gospodarczej regulują m.in. art. 20, art. 22 oraz art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Artykuł 20 Konstytucji RP stanowi: Społeczna gospodarka rynkowa oparta na działalności gospodarczej, własności prywatnej oraz solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych stanowi podstawę ustroju gospodarczego Rzeczypospolitej Polskiej. Według K. Kiczki użyte w art. 20

¹⁴²⁵ Zob. U. Kalina-Prasznic, *Trzeci sektor a zawodność państwa i rynku*, [w:] U. Kalina-Prasznic (red.), *Państwo i rynek. Obszary zawodności*, Wrocław 2011, s. 343.

¹⁴²⁶ Data wejścia w życie ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw.

¹⁴²⁷ Dz. U. z 2017 r. poz. 844.

¹⁴²⁸ Z. Kubot, *Rynek usług medycznych...*, s. 178 i n.

Konstytucji RP sformułowanie „społeczna gospodarka rynkowa” należy rozumieć jako „dopuszczalność korygowania praw rynku przez państwo w celu uzyskania realizacji określonych potrzeb społecznych, niemożliwych do spełnienia przy całkowicie swobodnym funkcjonowaniu praw rynkowych. Od strony normatywnej sformułowanie to oznacza zobowiązanie państwa do podejmowania działań łagodzących społeczne skutki funkcjonowania praw rynku, ale jednocześnie dokonanych przy poszanowaniu tych praw”¹⁴²⁹. Podobnie wypowiada się P. Sarnecki analizujący również art. 20 i wyrażone w nim sformułowanie „społeczna gospodarka rynkowa”, które według niego oznacza dopuszczalność korygowania praw rynkowych przez państwo w celu uzyskania realizacji określonych potrzeb społecznych, których nie da się zaspokoić przy całkowicie swobodnym funkcjonowaniu praw rynkowych¹⁴³⁰. Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 30 stycznia 2001 r. podkreślił, że społeczna gospodarka rynkowa stanowi podstawę ustroju gospodarczego RP opartą na trzech założeniach: wolność gospodarcza, własność prywatna oraz dialog, solidarność i współpraca partnerów społecznych¹⁴³¹. L. Kieres podkreśla, że TK w swoim orzecznictwie zwraca szczególną uwagę na miejsce i ujęcie społecznej gospodarki rynkowej w systemie regulacji Konstytucji RP. Konstytucyjne ujęcie społecznej gospodarki rynkowej jest wyrażane przez przyjęte w jej treści normatywnej elementy, takie jak: wolność gospodarcza, własność prywatna, solidarność, dialog i współpraca partnerów społecznych¹⁴³².

Społeczna gospodarka rynkowa stanowi syntezę gospodarki rynkowej oraz modelu państwa opiekuńczego. Pojęcie to wywodzi się z doktryny ekonomicznej stworzonej przez przedstawicieli szkoły fryburskiej ortoliberalów. Według twórców tej doktryny podstawą zdrowo funkcjonującej gospodarki jest mechanizm wolnorynkowy, który w najlepszy sposób zapewnia równowagę między popytem i podażą oraz pomiędzy jakością towarów i usług a ich ceną. Ortoliberalowie podkreślają jednak, że wolny rynek nie jest wartością samoistną, a jedynie instrumentalną. W przypadku gdy mechanizmy rynkowe nie zapewnią pokoju społecznego oraz nie dadzą możliwości osiągnięcia dobrobytu obywatelom, rynek ten powinien zostać poddany korekcie, która prowadzi do osiągnięcia celów społecznych takich, jak np. zabezpieczenie bytu osobom znajdującym się w „niezawinionym niebezpieczeństwie” (np. chorym, niepełnosprawnym czy

¹⁴²⁹ K. Kiczka, *Konstytucjonalizacja publicznego prawa gospodarczego*, [w:] L. Kieres (red.), *Nowe problemy badawcze w teorii publicznego prawa gospodarczego (z uwzględnieniem samorządu terytorialnego)*, Wrocław 2010, s. 126-127.

¹⁴³⁰ P. Sarnecki, *Prawo Konstytucyjne RP*, Warszawa 1999, s. 39.

¹⁴³¹ Wyrok TK z dnia 30 stycznia 2001 r., K 17/00 (Dz. U. Nr 11, poz. 90).

¹⁴³² Zob. L. Kieres, *Społeczna gospodarka rynkowa w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego*, [w:] T. Kocowski, J. Gola (red.), *Przedsiębiorca w społecznej gospodarce rynkowej*, Wrocław 2014, s. 180 i n.; L. Kieres, *Konstytucyjne publiczne prawo gospodarcze*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2014, r. LXXXVI, z. 2, s. 191 i n.

w podeszłym wieku)¹⁴³³. Pierwiastek społeczny oznacza zgodę na aktywne oddziaływanie państwa, a więc interwencjonizm polegający na odpowiednim korygowaniu funkcjonowania mechanizmów rynkowych, stosownie do wyznaczonych celów społecznych¹⁴³⁴. Współczesne zadania państwa związane są więc z powrotem do tradycyjnej jego roli, sprowadzającej się do troski o realizację potrzeb uznanych w danym społeczeństwie za nieodzowne, a których jednostka nie jest w stanie sama sobie zapewnić¹⁴³⁵.

Państwo nie może pozostać obojętne wobec gospodarki i jest współodpowiedzialne (razem z partnerami społecznymi) za kształt i jakość życia gospodarczego, dlatego może włączyć się w procesy gospodarcze, jednak tylko wtedy, gdy działaniom tym będą przyświecać określone cele takie, jak osiągnięcie zadowalającego poziomu dobrobytu gospodarczego, bezpieczeństwa społecznego oraz sprawiedliwości społecznej¹⁴³⁶. W zderzeniu z tymi wartościami (np. zdrowiem, bezpieczeństwem) gospodarka rynkowa traci prymat wartości absolutnej¹⁴³⁷. Państwo staje się współodpowiedzialne za stan gospodarki w postaci wymogu działań, których celem jest łagodzenie społecznych skutków funkcjonowania gospodarki rynkowej¹⁴³⁸.

Włączenie się państwa w łagodzenie społecznych skutków funkcjonowania gospodarki rynkowej musi przybrać odpowiednią formę wyznaczoną art. 22 Konstytucji – tylko w drodze ustawy¹⁴³⁹ i tylko ze względu na ważny interes publiczny. Ograniczenia mogą przybrać też formę aktów wykonawczych, ale tylko w zakresie delegacji ustawowej i byleby nie dotyczyło to elementów o „zasadniczym podstawowym charakterze”¹⁴⁴⁰. Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 10 kwietnia 2001 r.¹⁴⁴¹ oraz wyroku z dnia 29 kwietnia 2003 r.¹⁴⁴² uznał, że art. 22 Konstytucji RP pełni dwojaką rolę, z jednej strony stanowi konkretyzację art. 20 Konstytucji RP i wyraża jedną z podstawowych zasad ustroju gospodarczego RP, z drugiej stanowi podstawę do konstruowania prawa podmiotowego o randze konstytucyjnej każdemu, kto chce podjąć działalność gospodarczą¹⁴⁴³.

¹⁴³³ Z. Szażyk, A. Szafranski, *Publiczne prawo gospodarcze*, wyd. 7, Warszawa 2017, s. 67.

¹⁴³⁴ M. Gajewski, *Konstytucyjna zasada społecznej gospodarki rynkowej*, [w:] S. Piątek, I. Postuła (red.), *Prawo gospodarcze publiczne*, Warszawa 2009, s. 25.

¹⁴³⁵ T. Kocowski, *Od administracji zarządzającej do administracji nadzorczej*, [w:] M. Guziński (red.), *Administracja publiczna pod rządami prawa. Księga pamiątkowa z okazji 70-lecia urodzin prof. zw. dra hab. Adama Błasia*, Wrocław 2016, s. 248.

¹⁴³⁶ M. Szydło *Swoboda działalności gospodarczej*, Warszawa 2005, s. 5-6.

¹⁴³⁷ Z. Szażyk, A. Szafranski, *op. cit.*, s. 68.

¹⁴³⁸ K. Kiczka, *Konstytucjonalizacja publicznego prawa...*, s. 127.

¹⁴³⁹ Zob. wyrok TK z dnia 25 lipca 2006 r., P 24/05, OTK, 2006, Nr 7, poz. 87.

¹⁴⁴⁰ L. Garlicki, *Komentarz do art. 31*, [w:] L. Garlicki (red.), *Konstytucja RP. Komentarz*, t. III, Warszawa 2003, s. 21.

¹⁴⁴¹ Wyrok TK z dnia 10 kwietnia 2001 r., U 7/00, OTK nr 3/2001, poz. 56.

¹⁴⁴² Wyrok TK z dnia 29 kwietnia 2003 r., SK 24/02, OTK – A Nr 4/2003, poz. 33.

¹⁴⁴³ R. Sowiński, *Wolność i ustawowa swoboda działalności gospodarczej*, Wrocław 2007, s. 189-190.

Podobnie jak T. Kocowski¹⁴⁴⁴, A. Walaszek-Pyziół zaznacza, że swoboda działalności gospodarczej stanowi tzw. publiczne prawo podmiotowe o charakterze negatywnym, któremu odpowiada obowiązek państwa nienaruszania swobody działania beneficjentów tego prawa w sferze działalności gospodarczej¹⁴⁴⁵.

Wolność gospodarcza jest jedną z prawnych gwarancji praw obywateli wobec państwa i innych podmiotów publicznych¹⁴⁴⁶. Według C. Kosikowskiego system prawny danego państwa nie kreuje wolności gospodarczej, ani też jej nie przyznaje, wyznacza tylko granice, wskazując na ograniczenia i sposoby korzystania z wolności, a także ustanawia prawne gwarancje¹⁴⁴⁷. R. Sowiński podkreśla, iż mimo tego, że gwarantowana normą konstytucyjną wolność działalności gospodarczej ma inny charakter niż wolności i prawa wskazane w rozdziale II Konstytucji RP, to może stanowić podstawę uprawnień jednostki (wobec państwa i organów władzy publicznej) do ochrony tej wolności w trybie skargi konstytucyjnej¹⁴⁴⁸. Klauzula „ważnego interesu publicznego” nie została przez prawodawcę wyjaśniona, pozostawiono to zadanie doktrynie i orzecznictwu sądowemu¹⁴⁴⁹, a w szczególności orzecznictwu Trybunału Konstytucyjnego.

Mimo tego, że swoboda przepływu towarów i usług stanowi jedną z podstawowych koncepcji integracji gospodarczej i zarazem jedno z podstawowych praw unijnych¹⁴⁵⁰, to istnieje szeroka gama wyjątków w prawie europejskim, co komplikuje znacznie sytuację przedsiębiorców, którzy nie mogą być pewni, czy dane ograniczenie zostanie usprawiedliwione, czy też nie, wymogami nadrzędnego interesu publicznego¹⁴⁵¹. Ograniczenie swobody przedsiębiorczości i usług mogą być usprawiedliwione na podstawie wyszczególnionych wyjątków w art. 52 TFUE (mający zastosowanie do usług na podstawie art. 62 TFUE). Artykuł 52 TFUE stanowi, że postanowienia dotyczące swobody przedsiębiorczości i świadczenia usług oraz środki podjęte na ich podstawie „nie przesądzają o zastosowaniu przepisów ustawowych, wykonawczych lub administracyjnych, przewidujących

¹⁴⁴⁴ Zob. T. Kocowski, *Ograniczenia działalności gospodarczej osób pełniących funkcje publiczne – reglamentacyjna funkcja państwa na przykładzie ustawy z 21 sierpnia 1997 roku*, [w:] B. Popowska (red.), *Funkcje współczesnej administracji gospodarczej. Księga dedykowana Profesor Teresie Rabskiej*, Poznań 2006, s. 113.

¹⁴⁴⁵ Zob. A. Walaszek-Pyziół, *Swoboda działalności gospodarczej. Studium prawne*, Kraków 1994, s. 9 i n.

¹⁴⁴⁶ M. Szydło, *Państwo jako przedsiębiorca. Wybrane zagadnienia prawne*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2002, nr 1-2, s. 145.

¹⁴⁴⁷ C. Kosikowski, *Komentarz do art. 6*, [w:] C. Kosikowski, *Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej. Komentarz*, wyd. 6, Warszawa 2011, s. 63.

¹⁴⁴⁸ R. Sowiński, *op. cit.*, s. 189-190.

¹⁴⁴⁹ C. Kosikowski, *Komentarz do art. 6...*, s. 70.

¹⁴⁵⁰ Zob. K. Kiczka, *Europeizacja społecznej gospodarki rynkowej w Polsce*, [w:] T. Kocowski, J. Gola (red.), *Przedsiębiorca w społecznej gospodarce rynkowej*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 372, Wrocław 2014, s. 170 i n.

¹⁴⁵¹ I. Kawka, *Gospodarcza działalność usługowa w prawie polskim w świetle unijnych swobód przedsiębiorczości i świadczenia usług*, Warszawa 2015, s. 340.

szczególne traktowanie cudzoziemców, uzasadnione względem porządku publicznego, bezpieczeństwa publicznego oraz zdrowia publicznego¹⁴⁵².

Jak podkreślają E. Komierzyńska oraz M. Zdyb, od dawna zauważa się, że pojęcie interesu (w tym interesu publicznego) zajmuje doniosłe miejsce w prawie i nauce prawa¹⁴⁵³. Zdaniem A. Borkowskiego charakter treści pojęcia „interes publiczny” jest względny, nie oznacza to jednak dowolności¹⁴⁵⁴. J. Blicharz wiąże znaczenie opisowe tego pojęcia z kontekstem społecznym i politycznym, dlatego nie istnieje generalne, wszechobjmujące znaczenie opisowe pojęcia interes publiczny¹⁴⁵⁵.

E. Wieczorek określa interes publiczny jako kompromis między tym, co istotne z punktu widzenia istnienia państwa a sferą interesów prywatnych¹⁴⁵⁶. M. Wyrzykowski zakłada, że „przez interes publiczny należałoby rozumieć interes wszystkich ludzi żyjących w ramach politycznie zorganizowanej wspólnoty, gdzie jest zapewniona realizacja określonych, legitymowanych interesów ogółu, zorganizowanego w konkretnej postaci z poszanowaniem wolności jednostki jako niezbywalnej części składowej dobra wspólnego¹⁴⁵⁷. J. Boć uznaje, że interes publiczny jest narzędziem kształtowania sytuacji jednostki, sprzyjającym realizacji jej interesu indywidualnego¹⁴⁵⁸. Niemniej jednak zdaniem M. Laskowskiej interes publiczny, jako kategoria normatywna, jest przeciwstawny interesowi indywidualnemu, ponieważ element „publiczny” tego pojęcia oznacza dyrektywę kierowania się dobrem ogólnym, nie indywidualnym¹⁴⁵⁹. Wyważenie tych wartości musi się odbywać na podstawie zasad proporcjonalności oraz subsydiarności¹⁴⁶⁰. Marek Szydło podkreśla, że interesu publicznego nie można utożsamiać z interesem państwa, czy też z interesem administracji, traktowanymi jako byty abstrakcyjne i stanowiącymi jakąś wartość samą w sobie. Dlatego „za interes publiczny można uznać jedynie taką wartość czy też taki stan, które są równoznaczne z korzyściami dla poszczególnych jednostek i które przynoszą tym jednostkom dające się konkretnie wyrazić dobro¹⁴⁶¹.

¹⁴⁵² *Ibidem*.

¹⁴⁵³ E. Komierzyńska, M. Zdyb, *Klauzula interesu publicznego w działaniach administracji publicznej*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” 2016, vol. LXIII, nr 2, s. 161.

¹⁴⁵⁴ A. Borkowski, *Interes publiczny a partnerstwo publiczno-prywatne*, [w:] J. Blicharz (red.), *Prawne aspekty...*, Wrocław 2012, s. 445.

¹⁴⁵⁵ J. Blicharz, *Kategoria interesu publicznego jako przedmiot działania administracji publicznej*, *Acta Universitatis Wratislaviensis* no. 2642, „Przegląd Prawa i Administracji” 2004, t. LX, s. 39.

¹⁴⁵⁶ E. Wieczorek, *Komentarz do art. 6*, [w:] A. Powałowski (red.), *Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej. Komentarz*, Warszawa 2007, s. 65.

¹⁴⁵⁷ Zob. M. Wyrzykowski, *Pojęcie interesu społecznego w prawie administracyjnym*, Warszawa 1986, s. 28-48.

¹⁴⁵⁸ J. Boć (red.), *Prawo...*, s. 24.

¹⁴⁵⁹ Zob. M. Laskowska, hasło: *Interes publiczny*, [w:] E. Bojanowski, K. Żukowski (red.), *Leksykon prawa administracyjnego. 100 podstawowych pojęć*, Warszawa 2009, s. 100-104.

¹⁴⁶⁰ A. Żurawik, *Interes publiczny w prawie gospodarczym*, Warszawa 2013, s. 140.

¹⁴⁶¹ M. Szydło, *Wolność działalności gospodarczej jako prawo podstawowe*, Bydgoszcz-Wrocław 2011, s. 174.

J. Nawrot dodaje, że pojęciem najbardziej zbliżonym do pojęcia „interes publiczny” jest pojęcie „służby publicznej”¹⁴⁶². W. Jakimowicz przypomina, że administracja publiczna nie pełni jedynie funkcji władczych wobec jednostki, ale pozostaje instytucją służebną wobec obywateli, również w kontekście obowiązku zagwarantowania usług publicznych lub powszechnych¹⁴⁶³. Również dla H. Izdebskiego i M. Kuleszy rolą administracji publicznej jest realizacja interesu publicznego¹⁴⁶⁴. Realizacja interesu publicznego według D. Sześciły powinna zostać poddana regulacji, których zadaniem będzie ustalenie zakresu (granic) stosowania mechanizmów rynkowych w administracji świadczącej, które nie będą zagrażały realizacji ochrony (wartości¹⁴⁶⁵) interesu publicznego. Regulacje te powinny ponadto minimalizować zagrożenia i negatywne skutki urynkowienia, ze szczególnym naciskiem na ochronę praw podmiotowych obywateli jako odbiorców usług publicznych – funkcja defensywna (ochronna). Według Sześciły obok funkcji ochronnej równocześnie powinna być realizowana funkcja stymulacyjna, w której prawo winno stworzyć warunki dla maksymalizacji korzyści płynących z rynkowego modelu świadczenia usług na rzecz obywateli, doprowadzając tym do skuteczniejszego zaspokajania potrzeb zbiorowych¹⁴⁶⁶. Autor dodaje, że stosowanie mechanizmów rynkowych w zarządzaniu publicznym i sprzężony z tym proces funkcjonalnej prywatyzacji zadań publicznych jest wpisany konflikt pomiędzy interesem publicznym a interesem podmiotów prywatnych świadczących usługi publiczne. Konflikt ten powstaje podczas „zderzenia interesu publicznego, polegającego na jak najpełniejszym zaspokojeniu potrzeb wspólnoty przy najbardziej oszczędnym w gospodarowaniu środkami publicznymi na ten cel, z interesem prywatnym w postaci maksymalizacji zysku. Konflikt nie znika całkowicie nawet w warunkach prywatyzacji wykonywania zadań publicznych na rzecz podmiotów niekomercyjnych, szczególnie organizacji¹⁴⁶⁷

¹⁴⁶² J. Nawrot, hasło *Interes publiczny* [w:] A. Pawłowski (red.), *Leksykon prawa gospodarczego publicznego*, Warszawa 2009, s. 69-70.

¹⁴⁶³ Zob. W. Jakimowicz, *Wykładnia w prawie administracyjnym*, Kraków 2006, s. 69-70.

¹⁴⁶⁴ H. Izdebski, M. Kulesza, *op. cit.*, s. 93.

¹⁴⁶⁵ NSA do wartości interesu publicznego wymagających ochrony zaliczył: sprawiedliwość, bezpieczeństwo, zaufanie obywateli organów władzy, sprawiedliwość działania aparatu państwowego, korekta błędnych decyzji (wyrok NSA z 12 lutego 2013 r., III SA 1838/01).

¹⁴⁶⁶ D. Sześciły, *Rynek, prywatyzacja, interes publiczny. Wyzwania urynkowienia usług publicznych*, Warszawa 2014, s. 130.

¹⁴⁶⁷ Zob. na temat organizacji pozarządowych: J. Blicharz, *Działalność organizacji pozarządowych (organizacji pożytku publicznego) w ujęciu historycznym*, [w:] J. Blicharz, L. Zacharko (red.), *Prawo organizacji pozarządowych (organizacji pożytku publicznego): działalność gospodarcza organizacji pozarządowych*, Racibórz, 2017, s. 27-46; *eadem*, *Czy cel gospodarczo użyteczny może być wyłącznym celem statutowym fundacji*, [w:] J. Korczak (red.), *Administracja publiczna pod rządami prawa: księga pamiątkowa z okazji 70-lecia urodzin prof. zw. dra hab. Adama Błasia*, Wrocław 2016, s. 25-34; *eadem*, *Wybrane aspekty działalności organizacji społeczeństwa obywatelskiego w sferze przeciwdziałania ekskluzji społecznej: zakres działalności organizacji trzeciego sektora w sferze przeciwdziałania wykluczenia społecznego*, [w:] J. Blicharz, J. Boć (red.), *Prawna działalność instytucji społeczeństwa obywatelskiego*, Wrocław 2009, s. 513-522.

pozarządowych”¹⁴⁶⁸. Mimo tego, że organizacje te nie prowadzą działalności nastawionej na zysk, a niekiedy są ustawowo zobligowane do działania na rzecz interesu publicznego, to z drugiej strony podmioty te nie ponoszą odpowiedzialności publicznoprawnej za realizację zadań, nie poddając się weryfikacji w procesie wyborczym. Mogą natomiast kierować się przy realizacji zadań publicznych w pierwszej kolejności interesem wewnętrznym organizacji, takim jak trwałość, zabezpieczenie finansowe, prywatne interesy członków itp.¹⁴⁶⁹

Odnosząc spostrzeżenia Sześciły do projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw z dnia 11 grudnia 2017 r. druk nr 2137¹⁴⁷⁰ upaństwowienia realizacji usług transportowych tylko przez podmioty publiczne może doprowadzić (od dnia 26 czerwca 2018 r. doprowadziło), że zarzut maksymalizacji zysków stawiany komercyjnym dysponentom ZRM będzie można postawić także publicznym dysponentom. Publiczni dysponenti ZRM, również dbając o interes finansowy swojego podmiotu, nie w pełni realizują zadanie publiczne w formie maksymalnie efektywnej ochrony zdrowia publicznego. Pogląd ten potwierdza fakt zatrudniania przez publicznych dysponentów ZRM największej liczby ratowników po szkołach policealnych (więcej niż podmioty komercyjne) tylko ze względu na to, że są tańsi od ratowników medycznych po studiach. Według danych przedstawionych przez R. Jeżdż-Zalewską oraz P. Pośpiech koszty funkcjonowania niepublicznych świadczeniodawców są o 25-40% niższe niż samodzielnych publicznych dzięki zwiększonej efektywności zarządzania i dużemu udziałowi outsourcingu w prowadzonej działalności¹⁴⁷¹.

Mimo tych faktów projektodawca doprowadził do tzw. upublicznienia systemu PRM w sektorze pozaszpitalnym, a więc w obszarze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, ze względu na potrzebę wzmocnienia wpływu państwa na bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, którzy znajdują się w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. Według projektodawcy „upublicznienie jest wprowadzane z uwagi na ważny interes społeczny, jakim jest zapewnienie pomocy medycznej w obliczu zagrożenia, niezależnie od koniunktury panującej na rynku usługodawców świadczeń zdrowotnych”¹⁴⁷².

¹⁴⁶⁸ D. Sześciło, *op. cit.*, s. 131.

¹⁴⁶⁹ *Ibidem*.

¹⁴⁷⁰ Zob. Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw z dnia 11 grudnia 2017 r., <http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/druk.xsp?nr=2137> [dostęp 20.04.2020], s. 18.

¹⁴⁷¹ R. Jeżdż-Zalewska, P. Pośpiech, *Rola samorządu terytorialnego w systemie ochrony zdrowia a praktyka przekształceń szpitali w spółki prawa handlowego na przykładzie zrealizowanych przypadków*. Konferencja: *Uwarunkowania przekształceń szpitala w spółki – współpraca samorządu z zarządem szpitala*, Warszawa 5 lutego 2009, cyt. za: I. Wrześniewska-Wal, *Publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej jako podmioty gospodarcze na rynku świadczeń zdrowotnych*, [w:] K. Ryć, A. Sobczak (red.), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcja, regulacje, zarządzanie*, Warszawa 2010, s. 61.

¹⁴⁷² Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw z dnia 11 grudnia 2017 r., s. 16.

Cezary Kosikowski podkreśla, że istnieją przynajmniej dwie postacie ograniczeń swobody działalności gospodarczej. Pierwszy dotyczy świadomego ograniczenia swobody wyboru formy organizacyjnoprawnej wykonywania działalności gospodarczej danego rodzaju, jak i zmiany tej formy (przekształceń) oraz łączenia się przedsiębiorstw. Druga zaś dotyczy świadomego wprowadzenia i utrzymania różnych form reglamentacji gospodarczej, związanych z uzyskaniem przez przedsiębiorcę odpowiedniego aktu władzy publicznej (koncesji, zezwolenia, licencji, zgody, wpisu do rejestru działalności regulowanej) w celu podjęcia i wykonywania działalności gospodarczej określonego rodzaju¹⁴⁷³.

Rządowy projekt z dnia 11 grudnia 2017 r. dotyczył pierwszego ograniczenia, zakładając, że upublicznienie będzie się odbywać poprzez powierzenie realizacji umów na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego wyłącznie podmiotom leczniczym w formie:

- 1) samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
- 2) jednostek budżetowych;
- 3) spółek kapitałowych z co najmniej większościovym udziałem Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub publicznej uczelni medycznej¹⁴⁷⁴.

Według projektodawcy „powierzenie realizacji zadań z zakresu ratownictwa medycznego podmiotom z większościovym udziałem kapitału publicznego sprawi, że będzie można uniknąć sytuacji, w której jakikolwiek podmiot leczniczy realizujący te świadczenia odmówi zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Gwarantem tego stanu rzeczy jest fakt, że samorządy terytorialne, będące w większości przypadków podmiotami tworzącymi dla podmiotów leczniczych będących dysponentami zespołów ratownictwa medycznego, są jednocześnie odpowiedzialne za bezpieczeństwo zdrowotne osób zamieszkujących na terenie tych jednostek. Podobna odpowiedzialność za zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego spoczywa na innych władzach publicznych, w tym na ministrach będących podmiotami tworzącymi dla podmiotów leczniczych. Natomiast tzw. podmioty niepubliczne nie są związane żadnym zobowiązaniem do realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych – oczywiście poza umową z Narodowym Funduszem Zdrowia – i w każdej chwili mogą zrezygnować z działalności na danym obszarze, bez uzyskiwania czyjejkolwiek zgody”¹⁴⁷⁵.

Projektodawca, formułując swoje obawy o niepodjęciu przez jakikolwiek podmiot leczniczy zawarcia umowy na świadczenie usług, nie uwzględnił obowiązujących przepisów ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie kłęski żywiołowej¹⁴⁷⁶ oraz ustawy z dnia

¹⁴⁷³ C. Kosikowski, *Publiczne prawo gospodarcze Polski i Unii Europejskiej*, wyd. 4, Warszawa 2010, s. 72.

¹⁴⁷⁴ Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw z dnia 11 grudnia 2017 r., s. 16-17.

¹⁴⁷⁵ *Ibidem*.

¹⁴⁷⁶ T. j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1897.

21 czerwca 2002 r. o stanie wyjątkowym¹⁴⁷⁷. Zgodnie z przepisem art. 21 ust. 1 pkt 2 ustawy o stanie klęski żywiołowej¹⁴⁷⁸, gdy m.in. zdrowie obywateli jest zagrożone, to istnieją podstawy prawne nakazujące lub zakazujące prowadzenia działalności gospodarczej określonego rodzaju¹⁴⁷⁹. Również w art. 21 ustawy o stanie wyjątkowym¹⁴⁸⁰ w pkt 1a istnieje możliwość wprowadzenia ograniczeń swobody uzgadniania cen przez strony umowy, poprzez zakazanie okresowego podwyższania cen na towary lub usługi określonego rodzaju albo nakazanie stosowania cen ustalonych na towary lub usługi mające podstawowe znaczenie dla kosztów utrzymania konsumentów, zaś pkt 2 tego artykułu przewiduje ograniczenie wolności działalności gospodarczej poprzez nakazanie okresowego zaniechania prowadzenia działalności gospodarczej określonego rodzaju albo ustanowienie obowiązku uzyskania zezwolenia na rozpoczęcie działalności gospodarczej określonego rodzaju. Mając na uwadze przepisy art. 21 ust. 1 pkt 2 ustawy o stanie klęski żywiołowej, w przypadku gdy zdrowie publiczne byłoby zagrożone, można na podstawie tego przepisu nakazać prowadzenie działalności usługowej w formie transportu przedszpitalnego. W związku z tym proponowane w projekcie z dnia 11 grudnia 2017 r. dodatkowe ograniczenia prowadzenia działalności gospodarczej ze względu na „zdrowie publiczne” są niepotrzebne i świadczą o nadużyciu władztwa ze strony Państwa, szczególnie że regulacje zawarte w art. 21 ust. 1 pkt 2 ustawy o stanie klęski żywiołowej mają już odzwierciedlenie w ustawie o PRM. W omawianym już art. 30 ustawy o PRM istnieją już zapisy mówiące o tym, że w przypadku wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej lub gdy w ocenie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego skutki zdarzenia mogą spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób, koordynator ten informuje niezwłocznie wojewodę o potrzebie postawienia w stan podwyższonej gotowości wszystkich lub niektórych podmiotów wykonujących działalność leczniczą¹⁴⁸¹, działających na obszarze danego województwa. Wojewoda może

¹⁴⁷⁷ T. j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1928.

¹⁴⁷⁸ Za klęskę żywiołową art. 2 i 3 ustawy o stanie klęski żywiołowej uznaje sytuacje, gdy dochodzi do potrzeby zapobieżenia skutkom katastrof naturalnych lub awarii technicznych noszących znamiona klęski żywiołowej oraz w celu ich usunięcia. Katastrofę naturalną lub awarię techniczną mogą wywołać również zdarzenia w cyberprzestrzeni oraz działania o charakterze terrorystycznym.

¹⁴⁷⁹ Zob. na temat praw i wolności z powodu stanu klęski żywiołowej w przytoczonej już pracy K. Kiczki, *Administracja publiczna a bezpieczeństwo wewnętrzne...*, s. 73 i n. oraz M. Smaga, *Administracja publiczna w czasie klęski żywiołowej*, Kraków 2004, s. 52 i n.

¹⁴⁸⁰ Według art. 2 ust. 1 ustawy o stanie wyjątkowym za stan ten należy uznać sytuację szczególnego zagrożenia konstytucyjnego ustroju państwa, bezpieczeństwa obywateli lub porządku publicznego, w tym spowodowanego działaniami o charakterze terrorystycznym lub działaniami w cyberprzestrzeni, które nie może być usunięte poprzez użycie zwykłych środków konstytucyjnych; Rada Ministrów może podjąć uchwałę o skierowaniu do Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej wniosku o wprowadzenie stanu wyjątkowego.

¹⁴⁸¹ Prywatni przedsiębiorcy wykonujący działalność leczniczą również posiadają ZRM będące lub niebędące jednostkami systemu PRM.

nałożyć, w drodze decyzji administracyjnej, na podmioty wykonujące działalność leczniczą obowiązek pozostawania w stanie podwyższonej gotowości w celu przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Do wydawania tych decyzji wojewoda może upoważnić wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego (art. 30 ust. 1, 2 i 4 ustawy o PRM).

Domniemanie projektodawcy, że w celu ochrony zdrowia publicznego należy ograniczyć swobodę działalności gospodarczej, nie doczekało się wyjaśnienia, dlaczego zdrowie, a tym samym bezpieczeństwo zdrowotne jest zagrożone? Należałoby się zastanowić, dlaczego dopiero po 11 latach funkcjonowania ustawy o PRM zdrowie to jest zagrożone i dlaczego wyeliminowanie podmiotów prywatnych z rynku usług ratowniczych zlikwiduje te zagrożenie?

Mimo sprzeciwu m.in. Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej czy organizacji Lewiatan¹⁴⁸² ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw „upubliczniono” ZRM – nadano obecnie obowiązującą treść artykułu 32 ust. 1 pkt 2.

Z. Duniewska twierdzi, że potrzeby ludzkie są kluczowym wyznacznikiem regulacji materialnego prawa administracyjnego. Rolą państwa jest rozpoznawanie potrzeb oraz uchwalanie takiego prawa, które będzie przyczyniało się do zaspokojenia ludzkich potrzeb. Zdaniem M. Szydły rolą państwa powinno być stymulowanie i pobudzanie do rozwoju zapóźnionych i niedoinwestowanych regionów kraju, restrukturyzacja określonych, wymagających strukturalnych i systemowych zmian, sektorów gospodarki, ochrona środowiska, postęp w dziedzinie wiedzy i nauki¹⁴⁸³, jak również rozwój systemu ochrony zdrowia. Szydło dodaje, że odpowiednio stosując instrumenty wsparcia gospodarki i przekazując stosowne korzyści (np. dotacje, zwolnienia, ulgi, subwencje itp.), państwo może doprowadzić do motywacji przedsiębiorstw oraz stworzyć im skuteczne bodźce i warunki ku temu, aby gwarantowane im wolności przyczyniły się do urzeczywistnienia określonych celów społeczno-gospodarczych. Takim celem jest bez wątpienia „zdrowie publiczne”, którego potrzebę ochrony ze względów gospodarczych podjęto w (opisywanym już) okresie stanisławowskim, kiedy zauważono, że stan gospodarki jest zły, gdy stan siły roboczej jest zły.

Zdaniem L.J. Żukowskiego w interesie państwa jest skuteczne działanie prawa administracyjnego, zaś w interesie publicznym jest, aby państwo cechowało się takim prawem. Skuteczność prawa administracyjnego wyraża się poprzez: realizację zasady proporcjonalności – jakość ochrony interesu publicznego przy poszanowaniu interesu

¹⁴⁸² Zmiana ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym – uwagi, http://konfederacjalewiatan.pl/legislacja/stanowiska/ochrona-zdrowia/1/zmiana_ustawy_o_panstwowym_ratownictwie_medycznym_uwagi [dostęp 20.04.2020].

¹⁴⁸³ M. Szydło, *Wolność działalności gospodarczej...*, s. 69.

prawnego jednostki; respektowania prawa przez obywateli oraz stopień w jakim prawo rzeczywiście realizuje (potrzeby) założenia zgodne z interesem publicznym obywateli¹⁴⁸⁴.

Pojawienie się w powszechnie obowiązujących przepisach prawa administracyjnego pojęcia „interesu publicznego” stwarza ryzyko umożliwienia władzy arbitralnego określenia, czego on w danej sytuacji może dotyczyć¹⁴⁸⁵, stąd też według T. Kocowskiego pojęcie interesu publicznego jest kluczem do zrozumienia współczesnej administracji¹⁴⁸⁶. A.S. Duda podkreśla, że „interes publiczny” stanowi pojęcie, którego należyte zinterpretowanie oraz użycie wymagają szerokiego, horyzontalnego spojrzenia i przewidywania możliwie precyzyjnie skutków działania. Od administracji publicznej należy wymagać umiejętności znalezienia rozwiązania optymalnego dla konkretnego przypadku¹⁴⁸⁷. M. Zdyb jeszcze dosadniej podkreśla, że istnieje duże niebezpieczeństwo usprawiedliwiania pod szyldem ważnego interesu publicznego „wszelkich nie zawsze uprawionych, ingerencji i uwalniania pojęcia ważnego interesu publicznego od jego aksjologicznego uzasadnienia. Pojęcie to nie może stać się pojęciem wytrychem, stwarzającym podstawy do powoływania się na nie także w przypadkach nieuprawnionych, tak jak to miało miejsce w PRL, gdy stało się ono (używano wtedy określenia «interes społeczny») instrumentem działań umożliwiających ingerencję państwa w prawie każdej sytuacji, co czasem prowadziło do tzw. ustawowego bezprawia”¹⁴⁸⁸. Zdyb dodaje jeszcze, że „nadużycie określenia «ważny interes publiczny» często staje się źródłem swoistej samowoli organów stosujących prawo, które może iść w dwóch przeciwnych kierunkach: albo w kierunku nadużywania tego pojęcia i powoływania się na nie przy każdej okazji, gdy z jakichś względów organ administracji zamierza wydać negatywną, motywowaną względami pozaprawnymi (np. wyjątkowym uprzedzeniem w stosunku do adresata decyzji administracyjnej czy orzeczenia sądowego) albo w kierunku nihilizacji określenia «ważny interes publiczny», gdy organy stosujące prawo wychodzą z założenia, że skoro prawodawca go nie zdefiniował (bo w przepisach mających charakter ogólny i abstrakcyjny jest to czasem niemożliwe i niecelowe), to nie ma ono żadnych treści. W sytuacji gdy termin «ważny interes publiczny» rozumiany jest jako przekazanie w tym zakresie pełni władzy dyskrecjonalnej, jak i wtedy, gdy brak uszczegółowienia jego

¹⁴⁸⁴ L.J. Żukowski, *Spoleczna skutecznosc prawa administracyjnego*, Rzeszów-Przemyśl 2015, s. 29.

¹⁴⁸⁵ *Ibidem*, s. 32.

¹⁴⁸⁶ T. Kocowski, *Reglamentacja formą interwencjonizmu państwowego w społecznej gospodarce rynkowej*, [w:] U. Kalina-Prasznik (red.), *Państwo i rynek. Obszary zawodności*, Wrocław 2011, s. 71-72.

¹⁴⁸⁷ A.S. Duda, *op. cit.*, s. 39.

¹⁴⁸⁸ Por. M. Zdyb, *Komentarz do art. 6*, [w:] M. Zdyb, M. Sieradzka, *Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej. Komentarz*, Warszawa 2013, s. 140; L. Kieres, *Orzecznictwo trybunału konstytucyjnego wobec stanowiska ustawodawcy*, [w:] A. Błaś, J. Boć (red.), *Stan i kierunki rozwoju nauk administracyjnych*, Wrocław 2014, s. 62.

treści w akcie normatywnym prowadzi do negacji jego znaczenia prawnego – mamy wówczas do czynienia z rażącym naruszeniem prawa przez organy¹⁴⁸⁹.

Należy również podkreślić, że nie każdy „interes publiczny” uzasadnia ograniczenie wolności działalności gospodarczej, lecz jedynie taki, który konstytucyjnie jest uznany za „ważny”. Pojęcie „ważnego interesu publicznego” jest nierozdzielnie związane z wewnętrzną hierarchią wartości konstytucyjnych. Wartość uzasadniająca ograniczenie musi być cenniejsza od wartości ograniczanej¹⁴⁹⁰. Aby nie naruszyć wyrażonego w art. 31 ust. 2 Konstytucji RP nakazu poszanowania wolności gospodarczej z jakiegokolwiek przyczyny, należy spełnić łącznie następujące warunki (art. 31 ust. 3 Konstytucji RP): ograniczenia są wprowadzane co do zasady ustawą oraz wprowadzenie ograniczeń wynika z konieczności zapewnienia alternatywnie¹⁴⁹¹: bezpieczeństwa lub porządku publicznego; ochrony środowiska; zdrowia publicznego; moralności publicznej oraz wolności innych osób.

Użyta w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP przesłanka zdrowia „publicznego” częściej występuje w prawie międzynarodowym, ma również długą tradycję w konstrukcjach prawa administracyjnego. Mówiąc o ochronie „zdrowia publicznego”, należy rozpatrywać to pojęcie w szerokim kontekście, m.in. jako obowiązek władzy publicznej (wynikający z art. 68 Konstytucji RP) zapewnienia takiego kontekstu prawnego społecznego, by zarówno usuwać zewnętrzne zagrożenia zdrowia jednostki (chodzi w szczególności o zwalczanie chorób zakaźnych, pomoc w sytuacjach nadzwyczajnych, opiekę medyczną), jak i eliminować pokusy skłaniające jednostkę do dobrowolnego niszczenia swojego zdrowia¹⁴⁹². Dotychczas przesłanka „zdrowia publicznego” była powoływana m.in. dla uzasadnienia obowiązku używania pasów bezpieczeństwa w pojazdach (wyrok TK z dnia 9 lipca 2009 r., SK 48/05), a także zakazu uprawy konopi (wyrok TK z dnia 4 listopada 2014 r., SK 55/13)¹⁴⁹³. Trybunał Konstytucyjny uzasadnił możliwość ograniczenia wolności na przesłankę zdrowia publicznego w wyroku z 9 lipca 2009 r., SK 48/05: „przewidziana w art. 31 ust. 3 Konstytucji możliwość ograniczenia przez ustawodawcę zakresu korzystania z wolności ze względu na ochronę zdrowia może się odnosić zarówno do ochrony zdrowia całego społeczeństwa czy poszczególnych grup, jak i zdrowia poszczególnych osób. Zaskarżony w skardze konstytucyjnej przepis ustawowy nakłada

¹⁴⁸⁹ M. Zdyb, *op. cit.*, s. 140.

¹⁴⁹⁰ L. Garlicki, M. Zubik, *Komentarz do art. 22*, [w:] L. Garlicki, M. Zubik (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. 1, Warszawa 2016, s. 574.

¹⁴⁹¹ P. Winczorek, *Komentarz do art. 31 ust. 2 oraz 31 ust. 3*, [w:] P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, wyd. 2 rozszerzone, Warszawa 2008, s. 81 i 83.

¹⁴⁹² L. Garlicki, K. Wojtyczek, *Komentarz do art. 31*, [w:] L. Garlicki, M. Zubik (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, tom 2, wydanie drugie poprawione i uzupełnione, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 2016, s. 87.

¹⁴⁹³ *Ibidem*, s. 87.

obowiązek stosowania pasów bezpieczeństwa w interesie użytkowników pojazdów, mając na względzie tak cenne dobra, jakimi są jego życie i zdrowie. Celem nakazu sformułowanego w art. 39 ust. 1 prawo o ruchu drogowym¹⁴⁹⁴ należy uznać zatem za usprawiedliwiony przesłanką ochrony zdrowia”.

Mimo zapewnienia przez projektodawcę, że „zaproponowane rozwiązanie jest zgodne z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, który dopuszcza ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw (w danym przypadku ograniczenie dotyczy wykonywaniu działalności leczniczej w ramach systemu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych udzielanych w zakresie ratownictwa medycznego) z uwagi na ochronę zdrowia oraz prawa innych osób (prawo obywateli do uzyskania równego dostępu do opieki zdrowotnej)”¹⁴⁹⁵. Nie ma dziś wątpliwości, że wolność gospodarcza, tak jak inne prawa i wolności, nie jest absolutna i może podlegać ograniczeniom. Problem tkwi tylko w tym, że – podobnie jak w przypadku wolności gospodarczej – wartości, ze względu na które mamy możliwość dokonywać jej ograniczenia, są pojęciami o dużym stopniu nieostrości¹⁴⁹⁶. Projektodawca kolejny raz posługuje się wartością/prawem obywateli do uzyskania równego dostępu do opieki zdrowotnej, nie podając przyczyn potrzeby ochrony tych wartości. Chyba że intencją projektodawcy jest świadczenie obywatelowi równego dostępu do opieki zdrowotnej, ale na niższym poziomie. Nie ma nawet potrzeby argumentować, że konkurencja na rynku usług wpływa na podniesienie poziomu świadczonych usług.

Normy stanowione przez państwo powinny zapewniać bezpieczeństwo i porządek społeczny w granicach swobody, która jej pozostawia i gwarantuje¹⁴⁹⁷. Potrzeba interwencji w procesy gospodarcze według K. Kiczki jest powszechnie akceptowana, kontrowersje wywołują jedynie metody, jakimi ma być owo oddziaływanie realizowane¹⁴⁹⁸. Nie każde działanie władzy publicznej (dodaje M. Gajewski) podejmowane w imię interesu publicznego mieści się automatycznie w sferze dopuszczalnego ograniczenia swobody działalności gospodarczej. Ważny interes publiczny nie może być interpretowany rozszerzająco przy uzasadnieniu wprowadzenia wyjątków od zasady wolności gospodarczej. Działania, którymi kieruje potrzeba ważnego interesu publicznego, powinny mieścić się w granicach zasady proporcjonalności, tzn. wprowadzenia właściwych

¹⁴⁹⁴ Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 110).

¹⁴⁹⁵ Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw z dnia 11 grudnia 2017 r., s. 17.

¹⁴⁹⁶ M. Zdyb, *op. cit.*, s. 159.

¹⁴⁹⁷ C. Znamierowski, *Szkola prawa. Rozważania o państwie*, Warszawa 1999, s. 79, cyt. za: K. Kiczka, *Wolność gospodarcza a interwencjonizm państwowy*, [w:] *Granice wolności gospodarczej...*, s. 104.

¹⁴⁹⁸ K. Kiczka, *Wolność gospodarcza a interwencjonizm...*, s. 105.

proporcji pomiędzy środkami ograniczającymi wolność gospodarczą a korzyściami dla dobra publicznego, jakie będą konsekwencją wprowadzenia określonych ograniczeń¹⁴⁹⁹.

Zasada proporcjonalności została wyrażona w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP przez użycie sformułowania „gdy są konieczne w demokratycznym państwie”. Odwołanie się do kryterium konieczności lub też ważności wprowadzenia ograniczenia, nakazuje poszukiwanie takich rozwiązań realizacji pożądanego przez ustawodawcę celu, jaki będzie najmniej uciążliwy. Zakaz naruszenia istoty wolności gospodarczej oznacza, że żadne wprowadzone ograniczenia nie mogą prowadzić do eliminacji bądź całkowitego zakwestionowania wolności gospodarczej jednostki¹⁵⁰⁰. Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 26 kwietnia 1999 r. podkreślił konieczność wyważenia wagi interesu publicznego, któremu służy ograniczenie danego prawa, i wagi interesów naruszonych przez te ograniczenia¹⁵⁰¹. Z zasady proporcjonalności wynikają pewne wymogi, jakie obowiązują ustawodawcę zamierzającego wprowadzić ograniczenia wolności działalności gospodarczej: 1) wymóg celu, ze względu na który ograniczenie ma nastąpić; 2) wymóg ustanowienia odpowiednich prawnych nakazów lub zakazów jako środków zapewniających realizację celu; 3) wymóg przydatności ograniczenia danego prawa; 5) wymóg zachowania proporcjonalności (w znaczeniu węższym) między stopniem uciążliwości środka zastosowania przez ustawodawcę a wynikającymi stąd korzyściami dla interesu publicznego¹⁵⁰².

W przypadku omawianego projektu cel, który ma przyczynić się do ochrony określonych wartości „zdrowia publicznego”, jest zbyt daleko idący. Projektodawca nie udowodnił korzyści wynikających z ograniczenia swobody działalności gospodarczej dysponentów zespołów ratownictwa medycznego. Można więc uznać, że mamy do czynienia z samowolą organu publicznego tworzącego omawiany projekt, objawiającą się nadużywaniem pojęcia „zdrowie publiczne” i powoływaniem się na nie przy każdej okazji, gdy z jakichś względów organ zamierza zrealizować bliżej nieokreślone interesy, których źródłem na pewno nie jest troska o zdrowie obywateli.

Przytaczany już pogląd K. Kiczki o możliwym korygowaniu przez państwo oraz łagodzeniu skutku funkcjonowania praw rynku¹⁵⁰³ może w przypadku proponowanego projektu nie przynieść pożądanego efektu w postaci wzmocnienia wpływu państwa na bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, ponieważ bezpieczeństwo zdrowotne obywateli

¹⁴⁹⁹ M. Gajewski, *op. cit.*, s. 26-27.

¹⁵⁰⁰ Z. Snażyk, A. Szafranski, *op. cit.*, s. 75.

¹⁵⁰¹ Wyrok TK z dnia 26 kwietnia 1999 r., K 33/98, OTK 1999, nr 4, poz. 71.

¹⁵⁰² A. Borkowski, *Ograniczenia podmiotowe i przedmiotowe w podejmowaniu i prowadzeniu działalności gospodarczej*, [w:] L. Kieres (red.), *Administracyjne prawo gospodarcze*, Wrocław 2009, s. 174.

¹⁵⁰³ Zob. na temat znaczenia społecznej gospodarki rynkowej w kontekście spodziewanych funkcji administracji gospodarczej w: K. Kiczka, *Funkcje administracji gospodarczej jako przedmiot badań*, [w:] B. Popowska (red.), *Funkcje współczesnej administracji gospodarczej. Księga dedykowana Profesor Teresie Rabskiej*, Poznań 2006, s. 56 i n.

nie jest zagrożone przez funkcjonowanie komercyjnych dysponentów ZRM. W systemie PRM do 2018 r. nie było zagrożeń ze strony komercyjnych dysponentów ZRM, a wykonywanie usług transportu przedszpitalnego przez podmioty publiczne nie jest gwarantem najpełniejszego zaspokajania potrzeb wspólnoty (potrzeb zdrowotnych) przy najbardziej oszczędnym gospodarowaniu środkami publicznymi. Takim gwarantem mogłoby być wprowadzenie standardów postępowania, których bezwzględne, należyte wykonanie zarówno przez podmioty prywatne, jak i publiczne podniosłoby poziom bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz zniosłoby zarzut mniej czy bardziej gospodarnego postępowania tych podmiotów. Podmiot świadczący usługi transportu medycznego musiałby wykonać wiele procedur medycznych – z góry określonych dla danego przypadku medycznego, sytuacja ta byłaby czytelna dla organu nadzorującego i komfortowa dla pacjenta, który miałby gwarancję, że wykonano w stosunku do niego wszystko, co było możliwe i przewidziane w trosce o jego zdrowie.

Marek Szydło dodaje, że organy władzy publicznej mogą w sposób w pełni legalny wybrać środek ingerencyjny mniej skuteczny dla realizacji określonej wartości – mimo to gwarantujący osiągnięcie zakładanego celu – za to mniej uciążliwy dla podmiotów ograniczanych praw lub wolności¹⁵⁰⁴. W związku z tą uwagą należy się zastanowić, czy dla realizacji ochrony zdrowia publicznego nie należałoby zastosować innego środka ingerencyjnego w postaci np. konieczności wymogu zatrudniania przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego tylko ratowników medycznych po studiach.

Należy również pamiętać, że nawet najlepszy transport pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego bez pozostałych elementów systemu PRM nie zapewni bezpieczeństwa zdrowotnego. Transport pacjentów do SOR jest istotny, ale nie najważniejszy dla bezpieczeństwa zdrowotnego, dlatego ograniczenie konkurencji na rynku usług transportowych będzie wpływać marginalnie, a wręcz może przynieść odwrotny skutek (brak konkurencji zaburza jakość) w postaci zagrożenia dla bezpieczeństwa usług transportowych.

Zespoły ratownictwa medycznego (publiczne czy komercyjne) „tylko” zabezpieczają pacjenta w trakcie transportu, to ogniwo systemu PRM jest bardzo istotne, ale nie najważniejsze, najważniejsze z pozycji pacjenta będącego w sytuacji zagrażającej życiu i zdrowiu jest to, co z tym pacjentem się stanie po przekazaniu go przez ZRM do dalszego leczenia. Niezbędne jest dlatego usprawnienie udzielania pomocy pacjentom w SOR oraz usprawnienie możliwości przekazania pacjenta do SOR-ów. ZRM zazwyczaj wywiązują się z mediany dotarcia z pacjentem do SOR, zaś tam czekają często kilka godzin na podjeździe, aby móc go przekazać.

¹⁵⁰⁴ M. Szydło, *Komentarz do art. 31*, [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP. Komentarz – Art. 1-86*, t. 1, Warszawa 2016, s. 798.

Szpitalne Oddziały Ratunkowe są przeciążone, zbyt duża liczba pacjentów udaje się do SOR-ów lub jest dowożona przez ZRM. Stwierdzenie to znajduje potwierdzenie w licznych doniesieniach prasowych, np. we wrześniu 2013 r. w elektronicznym wydaniu „Gazety Krakowskiej” ukazał się artykuł pt. *Oddziały ratunkowe szpitali. Cierp i czekaj kilka godzin*¹⁵⁰⁵. Po czterech latach w maju 2017 r. w tej samej gazecie ukazał się artykuł pt. *12 godzin na SOR! Czy trzeba czekać tak długo na pomoc?*¹⁵⁰⁶. Problem kolejek dotyczy nie tylko Krakowa, ale również innych miast w Polsce, np. „Gazeta Wyborcza” z Trójmiasta w grudniu 2015 pisała: *Oddział ratunkowy, proszę czekać. Nawet... 10 godzin*¹⁵⁰⁷. Nie inaczej jest we Wrocławiu, artykuł wrocławskiej „Gazety Wyborczej” z listopada 2016 r. pt. *Karetki stoją w kolejce na SOR. Nawet do 4 godzin!*¹⁵⁰⁸ pokazuje sytuację, gdzie z powodu przepełnionych SOR-ów ZRM czekają 4, a nawet 6 godzin na podjazdach przed SOR. Zamiast jeździć do pacjentów, *Stoją – ciąg dalszy dziś w SOR o 21.00*¹⁵⁰⁹ – kolejne doniesienie prasowe.

W związku z powyższym należy tak przeorganizować system PRM oraz system POZ, aby stworzyć nowy podmiot, którego funkcjonowanie mogłoby wpłynąć na polepszenie opieki zdrowotnej, a tym samym na wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego.

6.7. Ochrona zdrowia w praktyce

Na zakończenie chciałbym przeprowadzić analizę przepisów prawa pod kątem realizacji prawa do ochrony zdrowia i odpowiedzieć na pytanie: czy obywatel może być spokojny o swoje bezpieczeństwo zdrowotne? W sytuacji gdy obywatel nie może prognozować swojego zachowania – swojej sytuacji zdrowotnej, nie ma pewności co do zachowania organów państwa odpowiedzialnych za zdrowie. Skonstruowane przepisy prawa, zwłaszcza przepisy regulujące system ochrony zdrowia, nie zapewniają bezpieczeństwa prawnego, stają w opozycji co do pewności prawa, ponieważ rozstrzygnięcie organu jest często dla jednostki zaskoczeniem¹⁵¹⁰ podważającym zaufanie obywatela do

¹⁵⁰⁵ A. Górka, *Oddziały ratunkowe szpitali. Cierp i czekaj kilka godzin*, <http://www.gazetakrakowska.pl/artukul/991170,oddzialy-ratunkowe-szpitali-cierp-i-czekaj-kilka-godzin,id,t.html> [dostęp 20.04.2020].

¹⁵⁰⁶ K. Kojzar, *12 godzin na SOR! Czy trzeba czekać tak długo na pomoc?*, <http://www.gazetakrakowska.pl/wiadomosci/krakow/a/12-godzin-na-sor-czy-trzeba-czekac-tak-dlugo-na-pomoc,12094250/> [dostęp 20.04.2020].

¹⁵⁰⁷ I. Godlewska, *Oddział ratunkowy, proszę czekać. Nawet... 10 godzin*, <https://trojmiasto.wyborcza.pl/trojmiasto/1,35612,19308816,oddzial-ratunkowy-prosze-czekac-nawet-10-godzin.html?disableRedirects=true> [dostęp 20.04.2020].

¹⁵⁰⁸ *Karetki stoją w kolejce na SOR. Nawet do 4 godzin!*, <https://gazetawroclawska.pl/karetki-stoja-w-kolejce-na-sor-nawet-do-4-godzin-zobacz/ar/11498551> [dostęp 20.04.2020].

¹⁵⁰⁹ E. Osowicz, *Zamiast jeździć do pacjentów, stoją – ciąg dalszy dziś w SOR o 21.00*, <http://www.radiowroclaw.pl/articles/view/60750/Zamiast-jezdzic-do-pacjentow-stoja-ciag-dalszy> [dostęp 20.04.2020].

¹⁵¹⁰ Na temat bezpieczeństwa prawnego zobacz: J. Oniszczyk, *Konstytucja w świetle orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego na początku XXI w.*, Warszawa 2004, s. 205.

państwa, łamiąc przy tym zasadę państwa prawnego. Zasadę państwa prawa wiążącą się ściśle z zasadą określoności, zgodnie z którą regulacje prawne mają być jasne i wyraźne, tak aby obywatel mógł bez trudności rozpoznać swoje prawa i obowiązki¹⁵¹¹.

Wojciech Taras i Andrzej Wróbel podkreślają konieczność posługiwania się przez ustawodawcę prawidłowymi upoważnieniami ustawowymi do wydawania rozporządzeń tak, aby obywatel miał możliwość orientacji na podstawie tego upoważnienia, w jakich przypadkach i w jakim kierunku upoważnienie to będzie wykonane¹⁵¹². W przeciwnym wypadku obywatel „(...) zareaguje pokorną rezygnacją lub historycznym pisanie skargi do wielu instytucji, w tym do RPO (...) organ państwa zawsze powinien uprzedzić zainteresowanych, że zamierza w stosunku do nich podjąć w przyszłości działania, które w rezultacie mogą przynieść ograniczenia ich dotychczasowych uprawnień”¹⁵¹³. Do takiej sytuacji ograniczenia uprawnień dochodzi w przypadku przepisów regulujących sytuację zdrowotną obywatela, które dają jedynie niepewność co do jego sytuacji zdrowotnej.

Władza dyskrejonalna polega na tym, że decydent może dokonać wyboru w działaniu, przy czym powinien działać poprawnie, racjonalnie, odpowiedzialnie, bez pogardy dla adresata¹⁵¹⁴. Władza (dyskrejonalna), którą dysponuje organ administracji publicznej, zobowiązuje ten organ do podjęcia określonej decyzji¹⁵¹⁵ o zrealizowaniu bądź niezrealizowaniu określonych praw, np. do świadczeń zdrowotnych. „Organ administracji publicznej ma taką swobodę tylko wtedy, kiedy nie ma prawnego obowiązku podjęcia określonej decyzji”¹⁵¹⁶. Przepisy prawa często wskutek ich niejasnego sformułowania¹⁵¹⁷ przestały służyć obywatelom i chronić ich przed dyskrejonalnym działaniem administracji publicznej¹⁵¹⁸. Przepisy, które z założenia mają wyznaczać ramy działania administracji rządowej i samorządowej, stają się nierzadko dogodnym instrumentem nadmiernego krępowania sfery wolności i praw obywateli¹⁵¹⁹.

¹⁵¹¹ E. Ura, E. Ura, *op. cit.*, s. 92. Zob. więcej na temat zasady państwa prawa m.in. I. Bogucka, *Państwo prawne a problem uznania administracyjnego*, „Państwo i Prawo” 1992, nr 10, s. 32 i n.; P. Sarnecki, *Gwarancje praworządności: konieczne i optymalne w demokratycznym państwie prawnym*, „Studia Prawnicze” 1991, z. 3, s. 3 i n.; J. Zakrzewska, *Konstytucyjna zasada państwa prawnego w praktyce Trybunału Konstytucyjnego*, „Państwo i Prawo” 1992, nr 7, s. 3 i n.; J. Wieczorkiewicz-Kita, B. Kanarek, *Semiotyczne aspekty dyskusji o państwie prawnym*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1998, z. 3 i 4, s. 59 i n.

¹⁵¹² W. Taras, A. Wróbel, *Zarys koncepcji państwa prawnego w praktyce rzecznika praw Obywatelskich*, „Biuletyn RPO – Materiały” 1991, z. 7, s. 24.

¹⁵¹³ *Ibidem*, s. 55.

¹⁵¹⁴ J. Supernat, *Niepewność*, [w:] A. Błaś (red.), *Pewność sytuacji prawnej jednostki w prawie administracyjnym. II Krakowsko-Wrocławskie Spotkanie Naukowe Administratywistów*, Warszawa 2012, s. 208.

¹⁵¹⁵ *Ibidem*, s. 210.

¹⁵¹⁶ J. Supernat, *Niepewność...*, s. 210.

¹⁵¹⁷ S. Kasznica, *op. cit.*, s. 22.

¹⁵¹⁸ Z. Duniewska, *Obywatel wobec przepisów prawa administracyjnego*, [w:] B. Kudrycka, J. Mieszowski (red.), *Prawo – Administracja – Obywatele. Profesorowi Eugeniuszowi Smoktunowiczowi*, Białystok 1997, s. 47.

¹⁵¹⁹ *Ibidem*.

Tak jak nie ma takiego obywatela, który nie znalazłby się w sytuacji administracyjnoprawnej, tak nie ma obywatela¹⁵²⁰, który wcześniej czy później nie będzie w sytuacji, gdy jego bezpieczeństwo zdrowotne będzie zagrożone. Tworzenie niejasnego, wieloznacznego prawa, pozwalającego na różną jego interpretację, dewaluje je¹⁵²¹ i nie służy jego skuteczności¹⁵²².

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 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 wobec podmiotu leczniczego, gdy ten dostęp 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?”¹⁵²³.

Znajdziemy za to sankcje w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. W ustawie tej, w art. 15 zawarte jest prawo pacjenta do świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Normą tego przepisu ustawodawca nałożył na każdy podmiot leczniczy obowiązek udzielania świadczeń ratujących życie lub zdrowie. Ustawodawca nie odwołał się w tym przepisie wprost do przywoływanej już definicji stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego określonej w art. 3 pkt 8 ustawy 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie znajdującej się w takim stanie. Mamy w tym przypadku sankcję dla podmiotu leczniczego. Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie taryfikatora kar umownych – opracowanego na podstawie *Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2016 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nakłada kary umowne¹⁵²⁴. W przypadku nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczenia pacjentowi przywiezionemu przez zespół ratownictwa medycznego zgodnie z pozycją 9 taryfikatora kar umownych zostanie nałożona

¹⁵²⁰ Sytuacja administracyjnoprawna to taka, która nie jest obojętna dla prawa administracyjnego, zachodzi ona wówczas, gdy składające się na rzeczywistość sytuację zdarzenia lub zachowania są faktami uwarunkowanymi prawnie na płaszczyźnie tego właśnie prawa, [za:] Z. Duniewska, *Obywatel wobec...*, s. 49. Zob. więcej na temat sytuacji administracyjnoprawnej J. Boć, *Prawo administracyjne*, (red.) J. Boć, Wrocław 1993, s. 202 i n.

¹⁵²¹ Z. Duniewska, *Obywatel wobec...*, s. 52.

¹⁵²² Dysfunkcyjność (nieskuteczność) regulacji administracyjnoprawnych omawia Z. Kmiecik, *Skuteczność regulacji administracyjnoprawnej*, Łódź 1994, s. 92 i n.

¹⁵²³ W. Śniecikowski, *Charakter prawny świadczenia zdrowotnego jako publiczne prawo podmiotowe*, „Państwo i Prawo” 2003, nr 11, s. 64.

¹⁵²⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 1146.

na taki podmiot leczniczy kara umowna do 5% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy dla danego zakresu świadczeń, nie więcej niż 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy dla danego rodzaju świadczeń¹⁵²⁵.

W tej sprawie wypowiedział się kilkakrotnie 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 też nie może obciążyć kosztami świadczeń wynikających z nagłych zagrożeń Skarbu Państwa ani NFZ, ale też nie ma obowiązku pokrywania we własnym zakresie związanych z tym kosztów, zobowiązania te mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Określone w umowach limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą sytuacji, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia, w przypadku gdy zachodzi ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń, nie mogą być one limitowane umową. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zatem, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą, i obciążyć nimi Fundusz zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte. Skoro więc istnieje ustawowy obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a obowiązek sfinansowania udzielonych ubezpieczonym przez podmiot leczniczy spoczywa na NFZ, to należy uznać, że podmiotowi leczniczemu przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie, jeżeli tylko wykaże, że nastąpiło to w sytuacji określonej w art. 15 u.d.l.¹⁵²⁶ Sąd Najwyższy również w wyroku z dnia 16 kwietnia 2008 r.¹⁵²⁷ orzekł, że żądanie zapłaty za udzielone świadczenia ponadlimitowe jest prawnie zasadne tylko wtedy, gdy do wykonania tych świadczeń doszło w sytuacjach określonych w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie art. 15 u.d.l.) oraz art. 30 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry¹⁵²⁸.

Polski ustawodawca w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, nakładając w art. 30 na lekarza obowiązek spełnienia świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, przewidział też sankcje dla lekarzy w przypadku niespełnienia tego obowiązku. Obowiązek ten ma również charakter

¹⁵²⁵ Taryfikator kar umownych, http://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultaktualnosc/273/6349/1/taryfikator_kar_umownych_swiadczenia_2017.pdf [dostęp 20.04.2020].

¹⁵²⁶ Wyrok SN – Izby Cywilnej z dnia 12 marca 2009 r., V CSK 272/08.

¹⁵²⁷ Wyroku Sądu Najwyższego – Izby Cywilnej z dnia 16 kwietnia 2008 r., V CSK 533/07.

¹⁵²⁸ T. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 514.

bezwzględny i wyprzedza ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 września 2010 r.¹⁵²⁹ stwierdził, że nałożony na lekarza obowiązek niesienia pomocy występuje we wszystkich wypadkach, w których zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej mogłaby spowodować określone w tym przepisie skutki, a więc również wtedy, gdy ich zaistnienie mogło i powinno być przez lekarza przewidziane. Dowodzi to, że w kontakcie z pacjentem lekarz jest zobowiązany ocenić nie tylko stan jego zdrowia na podstawie aktualnej diagnozy, ale także w wypadku stwierdzenia zagrożenia powinien rozważyć prawdopodobieństwo jego zwiększenia. Jeśli przewidywany wzrost zagrożenia wskazuje na możliwość zaistnienia skutków wymienionych w art. 30, to lekarz jest zobowiązany do niezwłocznego udzielenia właściwej pomocy medycznej, chyba że zwłoka w jej udzieleniu nie zmieniałaby stopnia zagrożenia. Niespełnienie tych obowiązków przez lekarza narusza art. 30 tej ustawy. W wypadku zaistnienia skutków określonych w tym przepisie w następstwie nieudzielenia pomocy medycznej lekarz może ponosić odpowiedzialność karną za przestępstwo popełnione nieumyślnie na podstawie art. 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, jeśli zachodzą przesłanki strony podmiotowej określone w art. 9 § 2 k.k., że za powyższe możemy przypisać lekarzowi nieumyślne spowodowanie: śmierci (art. 155 k.k.); ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 k.k.); naruszenie czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia (art. 157 k.k.).

Zbliżone regulacje do przedstawionych powyżej zawiera ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Według przepisów ustawy pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Pacjent ma prawo do natychmiastowego otrzymania 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 k.c.¹⁵³⁰ 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, jak i nie majątkowej) poniesionej przez pacjenta¹⁵³¹.

Z przedstawionej analizy można wywnioskować, że pacjent może być pełny 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

¹⁵²⁹ Wyrok SN – Izba Karna z dnia 27 września 2010 r., V KK 34/10, OSNK 2010, Nr 12, poz. 105.

¹⁵³⁰ T. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1145.

¹⁵³¹ W. Śniecickowski, *op. cit.*, s. 65.

ma podstaw prawnych do żądania (oczekiwania) pożądaných świadczeń zdrowotnych, które w większości nie są tylko niezbędne pacjentowi do ratowania zdrowia, ale również 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? Odpowiedź na to pytanie możemy znaleźć w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego i Sądu Najwyższego. Między innymi SN w wyroku z dnia 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 (art. 68 ust. 1 i 2 konstytucji)”. Z kolei TK w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, orzekł, że część przepisów ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia¹⁵³² jest niezgodna z Konstytucją, a powołany ustawą NFZ nie jest w stanie zapewnić obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, natomiast samo ustawowe ustalenie zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych sprawia, że system jest dysfunkcyjny i przez to niezdolny do urzeczywistnienia tego, po co został powołany.

Rolą państwowej jednostki organizacyjnej, jaką jest NFZ, powinna być taka eliminacja realnych i potencjalnych barier, aby świadczenia medyczne były osiągalne i fizycznie dostępne. Zgodnie z rekomendacjami Europejskiej Karty Społecznej (EKS) odległe terminy realizacji świadczeń zdrowotnych realizowanych przez publiczny system opieki zdrowotnej, niezapewnienie podstawowych świadczeń w ramach określonych prawem limitów powodują nierealizowanie zasady równego dostępu do opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 11 pkt 1 EKS¹⁵³³.

Przedstawiona powyżej analiza przepisów prawa w zakresie ochrony zdrowia pozwala postawić tezę, że publiczne prawo podmiotowe obywatela do możliwości żądania oczekiwanych świadczeń jest nieskuteczne, nie istnieje. Istnieje tylko (tak jak już pisałem) ograniczone publiczne prawo podmiotowe do świadczeń zdrowotnych w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego. W sytuacji gdy pacjent potrzebuje innych świadczeń zdrowotnych, świadczenia te otrzyma, gdy przyjdzie jego pora w kolejce na te świadczenia. Zatem publiczne prawo podmiotowe do możliwości żądania wszystkich świadczeń medycznych przybiera postać „prawa do czekania w kolejce” na te świadczenia. W przypadku gdy po stronie podmiotu leczniczego wystąpią ograniczenia uniemożliwiające udzielenie

¹⁵³² Dz. U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391 ze zm.

¹⁵³³ R. Tabaszewski, *op. cit.*, s. 199.

koniecznych świadczeń zdrowotnych, pacjent ma prawo do umieszczenia go na tzw. liście oczekujących¹⁵³⁴. Niespełna po roku obowiązywania ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Minister Zdrowia wydał dwa rozporządzenia: rozporządzenie z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy¹⁵³⁵, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, oraz rozporządzenie z dnia 5 października 2005 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej¹⁵³⁶. Rozporządzenie z dnia 5 października 2005 r. w 2015 r. zostało uchylone i zastąpione nowym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń opieki zdrowotnej¹⁵³⁷. Aby podkreślić rangę „oczekiwania” dla praktyki ochrony zdrowia w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, został w art. 6 ust. 2 wzbogacony katalog praw pacjenta¹⁵³⁸ o prawo „do sprawiedliwego czekania w kolejce”.

¹⁵³⁴ J. Zdanowska, *Problem odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego w podmiocie leczniczym*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2017, nr 2 (64), s. 288.

¹⁵³⁵ Dz. U. z 2005 r. Nr 200, poz. 1661.

¹⁵³⁶ Dz. U. z 2005 r. Nr 206, poz. 1724.

¹⁵³⁷ Dz. U. z 2015 r. poz. 1948.

¹⁵³⁸ Według przepisów ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent ma w szczególności prawo do: przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń w sytuacji ograniczonych możliwości ich udzielenia (art. 6 ust. 2); natychmiastowego otrzymania świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia (art. 7 ust. 1); uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 ust. 1), oraz tajemnicy informacji z nim związanych (art. 13); wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, po uzyskaniu odpowiedniej informacji (art. 16); poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych (art. 20 ust. 1); dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (art. 23 ust. 1); zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza (art. 31 ust. 1).

Zakończenie

Przedmiotem niniejszej dysertacji pt. *Bezpieczeństwo zdrowotne obywatela w polskim systemie ratownictwa medycznego* była instytucja bezpieczeństwa zdrowotnego, realizowanego przez system Państwowe Ratownictwo Medyczne. Obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego wynika z przepisów prawa i spoczywa na organach administracji rządowej i samorządowej. Przeprowadzone badania nad praktyką stosowania prawa, będące podstawą do ochrony życia i zdrowia, stanowią punkt wyjścia do przedstawienia spostrzeżeń dotyczących działania systemu (systemu PRM oraz systemu ochrony zdrowia), a także do wysunięcia postulatów co do dalszego jego funkcjonowania. Postulaty te przedstawię poniżej w formie wniosków wyszczególnionych w punktach.

Ochrona życia i zdrowia stała się tak ważna, że została potwierdzona w aktach prawa międzynarodowego. Z ich treści wynika, że jednostki (społeczności) muszą mieć możliwość zaspokojenia swoich potrzeb zdrowotnych, a tę możliwość mają zapewnić państwa. Korzystanie z najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw istoty ludzkiej, niezależnie od warunków ekonomicznych czy społecznych. Autorzy Ogólnego Komentarza nr 3 do przepisów Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, odnosząc się do art. 10 tego Paktu, podkreślają, że „obowiązkiem każdego z państw, które podpisały się pod Paktem, jest zapewnienie wszystkim mieszkańcom przynajmniej niezbędnego minimum z zakresu każdego z dóbr odpowiadających uznanym w tym traktacie prawom”¹⁵³⁹. Odnosząc dyspozycję tego artykułu 10 do art. 12 ust. 1 tego Paktu, należy uznać, że zapewnienie niezbędnego minimum w zakresie opieki zdrowotnej to bezwzględny obowiązek państw będących członkami Paktu. Uprawnienia zdrowotne gwarantowane przez prawa człowieka nie zostały ponadto *expressis verbis* wyodrębnione i należy je odczytywać *junto* z prawami socjalnymi¹⁵⁴⁰. Zgodnie z przepisem art. 35 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej każdy ma prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych. Ze względu na charakter programowy art. 35 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej pozbawia tej normy waloru bezpośredniej skuteczności¹⁵⁴¹ i może

¹⁵³⁹ W. Galewicz, *op. cit.*, s. 79.

¹⁵⁴⁰ R. Tabaszewski, *op. cit.*, s. 160.

¹⁵⁴¹ *Ibidem*, s. 159.

zostać skutecznie dochodzone przez jednostkę jedynie w tym zakresie i w takim stopniu, w jakim została ona urzeczywistniona w ustawodawstwie krajowym.

Na podstawie art. 7 ust. 1, art. 8 i art. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na jednostki samorządu terytorialnego (gminę, powiat oraz samorząd województwa) zostało nałożone zadanie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej m.in. poprzez podejmowanie działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców. Określenie rzeczywistych potrzeb zdrowotnych jest bardzo istotne ze względu na to, że zasoby finansowe NFZ są bardzo ograniczone, dlatego tak priorytetowe jest, aby wydatkować te środki jak najefektywniej. Podstawową przyczyną ograniczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych przez NFZ jest jego plan finansowy i wynikająca z niego ograniczona wielkość środków przeznaczonych na określone zakresy świadczeń zdrowotnych. Narodowy Fundusz Zdrowia ze względu na ustawowe zobowiązanie do zrównoważenia przychodów i wydatków, niski poziom składki na ubezpieczenie zdrowotne nie mają możliwości finansowania wszystkich świadczeń zdrowotnych w wielkości zaspokajającej potencjalny popyt¹⁵⁴². Ustawodawca, konstruując prawo do ochrony zdrowia, nie określił, co oznacza dostęp do świadczeń i jaki będzie zakres świadczeń bezpłatnych. Błąd ten czy niedopatrzenie negatywnie skutkuje do dziś¹⁵⁴³. Zgodnie z art. 9a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jednostka samorządu terytorialnego w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia może, a nawet powinna finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane.

Artykuł 68 Konstytucji RP w ust. 1 nadaje każdemu prawo do ochrony zdrowia. Przepis ten stwarza po stronie każdego człowieka podmiotowe prawo do ochrony zdrowia¹⁵⁴⁴. Prawo do ochrony zdrowia posiada więc konstytucyjne gwarancje. Nie zostało ono nadane adresatom przez władzę państwową, lecz wynika z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka, do której przestrzegania i zapewniania władza państwowa jest zobowiązana¹⁵⁴⁵. Prawo do ochrony zdrowia z art. 68 ust. 1 jest prawem człowieka – nie jest wyłącznie prawem obywatelskim. Nie ogranicza się wyłącznie do żadnej innej kategorii – pracujących czy ubezpieczonych¹⁵⁴⁶. Z prezentowanego stanowiska TK w sprawie K 2/98¹⁵⁴⁷ z art. 68 ust. 1 Konstytucji należy wywieść podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia oraz obiektywny nakaz podejmowania przez władze publiczne

¹⁵⁴² M. Węgrzyn, *Dostępność...*, s. 131.

¹⁵⁴³ *Ibidem*, s. 122.

¹⁵⁴⁴ J. Trzciniński, *Komentarz do art. 68...*, s. 3.

¹⁵⁴⁵ A. Zoll, *op. cit.*, s. 7-8.

¹⁵⁴⁶ A. Mokrzycka, *op. cit.*, s. 79.

¹⁵⁴⁷ Wyrok TK z dnia 23 marca 1999 r., K 2/99.

odpowiednich działań, które są niezbędne do należytej ochrony i realizacji tego prawa. Przepisów art. 68 ust. 1 i 2 nie można traktować jako źródła publicznego prawa podmiotowego obywateli, a jedynie jako normę programową¹⁵⁴⁸. Formuła art. 68 nie przekreśla zatem całkowicie szans na dochodzenie swoich praw na podstawie tego przepisu. W przepisach programowych jest zawarte minimum praw obywatela, które jest odpowiednikiem minimum obowiązków ciążących na władzy publicznej¹⁵⁴⁹.

Interes prawny wzmocniony o kategorię roszczenia, jakie przez to prawo nabywa jednostka w stosunku do administracji publicznej, nazywamy publicznym prawem podmiotowym¹⁵⁵⁰. Prawo publiczne podmiotowe może zaistnieć dopiero, kiedy dana dziedzina życia, np. ochrona zdrowia, jest objęta regulacją administracyjnoprawną¹⁵⁵¹. Publiczne prawo podmiotowe jako „żądanie” określił S. Kasznica, który prawa te zdefiniował jako „możność żądania czegoś od państwa czy innego związku publiczno-prawnego, o ile zachodzą warunki w tejże normie określone”¹⁵⁵². Kasznica rozróżnił trzy rodzaje praw publicznych: prawa wolnościowe, prawa polityczne oraz prawa do pozytywnych świadczeń ze strony państwa. Pojęcie publicznych praw podmiotowych¹⁵⁵³ jest świadectwem troski państwa o obywateli, dla których prawo to jest uprawnieniem¹⁵⁵⁴. Obowiązek jego zrealizowania spoczywa na państwie i jego organach. Głównym zadaniem publicznego prawa podmiotowego jest możliwość analizy porządku prawnego z punktu widzenia ochrony obywatela lub innego podmiotu. Najistotniejszym publicznym prawem podmiotowym z punktu widzenia pacjenta jako osoby żądającej świadczeń zdrowotnych od państwa jest prawo do pozytywnych świadczeń¹⁵⁵⁵. Należy zgodzić się z akcentowanym wyraźnie przez Kasznicę poglądem, że roszczenie musi być „dostosowane do stanu zamożności społeczeństwa”, „do skali jego dobrobytu” oraz „dotrzymywać kroku rozwojowi gospodarczemu społeczeństwa”. Aby katalog publicznych praw podmiotowych nie był tylko zbiorem „dyrektyw (norm) programowych” czy „uroczystych formułek konstytucyjnych”, musi znaleźć odzwierciedlenie w ustawach¹⁵⁵⁶. Dokonana analiza przepisów prawa w zakresie ochrony zdrowia pozwala postawić tezę, że publiczne prawo podmiotowe obywatela do możliwości żądania oczekiwanych świadczeń jest nieskuteczne, nie istnieje. Istnieje tylko „ograniczone publiczne prawo podmiotowe” do świadczeń zdrowotnych w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego. W sytuacji gdy

¹⁵⁴⁸ D.E. Lach, *op. cit.*, s. 16.

¹⁵⁴⁹ J. Trzciński, *Komentarz do art. 68...*, s. 8.

¹⁵⁵⁰ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 317-318.

¹⁵⁵¹ M. Wierzbowski *et al.*, *op. cit.*, s. 125.

¹⁵⁵² S. Kasznica, *op. cit.*, s. 142.

¹⁵⁵³ J. Boć, A. Błaś, *Publiczne prawa podmiotowe...*, s. 505.

¹⁵⁵⁴ *Ibidem*.

¹⁵⁵⁵ S. Kasznica, *op. cit.*, s. 143.

¹⁵⁵⁶ *Ibidem*, s. 143 i n.

pacjent potrzebuje innych świadczeń zdrowotnych, świadczenia te otrzyma, gdy przyjdzie jego pora w kolejce na te świadczenia. Publiczne prawo podmiotowe do możliwości żądania wszystkich świadczeń medycznych przybiera zatem postać „prawa do czekania w kolejce” na te świadczenia. W przypadku gdy po stronie podmiotu leczniczego wystąpią ograniczenia uniemożliwiające udzielenie koniecznych świadczeń zdrowotnych, pacjent ma prawo do umieszczenia go na tzw. liście oczekujących. Niespełna po roku obowiązywania ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Minister Zdrowia wydał dwa rozporządzenia: rozporządzenie z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, oraz rozporządzenie z dnia 5 października 2005 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej. Rozporządzenie z dnia 5 października 2005 r. w 2015 r. zostało uchylone i zastąpione nowym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń opieki zdrowotnej¹⁵⁵⁷. Aby podkreślić rangę „oczekiwania” dla praktyki ochrony zdrowia w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, został w art. 6 ust. 2 wzbogacony katalog praw pacjenta o prawo „do sprawiedliwego czekania w kolejce”

Aby obywatel mógł mieć szansę skorzystania z publicznego prawa podmiotowego do świadczeń medycznych, należy dążyć do przywrócenia systemu „służby zdrowia”. M. Dercz podkreśla wyraźnie i znacząco, żeby nie używać terminu „służba zdrowia”, tylko „ochrona zdrowia”. Pogląd ten argumentuje tym, że obywatelom przysługują konstytucyjne podmiotowe prawa do należytej „ochrony zdrowia”, a nie „służby zdrowia”, ponadto władze publiczne mają obowiązek zorganizowania systemu „ochrony zdrowia”, a nie, jak się powszechnie mówi, systemu „służby zdrowia”¹⁵⁵⁸. Dercz argumentuje dalej, że pojęcie „służba zdrowia” „(..) nawiązuje do PRL-owskiej państwowej służby zdrowia, na którą składały się takie elementy, jak finansowanie bezpośrednio z budżetu państwa, zakład opieki zdrowotnej jako państwowa jednostka organizacyjna, lekarz jako funkcjonariusz publiczny, a także odpowiedzialność państwa (a właściwie monopol) za zaopatrzenie w leki i materiały medyczne”. Przytoczone „wady” „służby zdrowia” w mojej ocenie należy uznać za zalety. Oczywiście, że PRL-owski system służby zdrowia nie był idealny i nie zapewniał wszystkich oczekiwanych świadczeń zdrowotnych, jednak obecnie funkcjonujący wolnorynkowy system ochrony zdrowia również się nie sprawdza, ponieważ preferuje osoby, które posiadają wystarczającą ilość środków, aby móc z tego

¹⁵⁵⁷ Dz. U. z 2015 r. poz. 1948.

¹⁵⁵⁸ M. Dercz, *Komentarz do art. 3...*, s. 37.

systemu korzystać. Termin „ochrona zdrowia” bardziej pasuje do wolnorynkowego charakteru usług świadczonych w ochronie zdrowia. Termin „służba zdrowia” skłania do upublicznienia rynku usług medycznych, co w przypadku bezpieczeństwa zdrowotnego, rozumianego jako minimum praw do uzyskania minimum świadczeń zdrowotnych gwarantujących ochronę w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego, jest bardziej pożądanym.

Patrząc na niedostatek i ułomność systemu ochrony zdrowia, z punktu widzenia pacjenta oczekującego świadczeń medycznych oraz ze względu na obowiązek administracji publicznej zapewnienia tych świadczeń, wydaje się za słuszne zorganizowanie „służby zdrowia”, w której zakłady administracyjne będą udzielały niezbędnych świadczeń zdrowotnych. Obecne możliwości finansowe publicznej służby zdrowia dają jedynie gwarancje na zapewnienie świadczeń w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Rozwój cywilizacyjny wymusza na administracji publicznej coraz szerszy zakres usług publicznych. Obywatele stają przede wszystkim destynatariuszami czy nawet klientami usług administracyjnych. Rola administracji publicznej w tym zakresie może być dwojaka: skupiona na funkcji reglamentacyjnej i policyjnej i ma polegać na odpowiedzialności władzy publicznej za standard usług świadczonych przez sektor prywatny, jak również może polegać na bezpośrednim organizowaniu i świadczeniu usług publicznych różnego rodzaju, a nawet za pomocą przedsiębiorstw użyteczności publicznych czy zakładów administracyjnych sama świadczyć te usługi¹⁵⁵⁹. Świadczenia dostarczane przez administrację w ramach działalności niewładczej stają się wprost dla obywatela niezbędne, wpływają na jego pozycję w życiu, umożliwiają osiągnięcie określonej pozycji w pracy zawodowej itp. Od dostępności tych świadczeń zależy więc pozycja życiowa oraz zaspokojenie niezbędnych potrzeb członków społeczeństwa¹⁵⁶⁰.

Ostatnio daje się zauważyć proces osłabiania wyłącznie administracyjnoprawnego regulowania sytuacji prawnej użytkownika na rzecz wprowadzania rozwiązań prywatnoprawnych – umownych. Proces ten nie jest wolny od pewnych kontrowersji¹⁵⁶¹ i wymaga jednoznacznych regulacji w tym zakresie. Pacjent pozostając bowiem w pewnym sensie destynatariuszem, staje się także konsumentem, gdzie środkiem regulującym status pacjenta zaczyna być umowa, która niekoniecznie wpływa automatycznie na polepszenie jego sytuacji zdrowotnej. Pozycja obywatela jako konsumenta usług jest wyznaczona z jednej strony całokształtem działań administracji, z drugiej ogółem przysługujących mu praw niezależnie od tego, czy nabył te prawa ze względu na przynależność do jakiejś grupy, czy indywidualnie¹⁵⁶². Skala i zróżnicowanie zadań z zakresu administracji publicznej (m.in. zadanie zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego)

¹⁵⁵⁹ H. Izdebski, M. Kulesza, *op. cit.*, s. 109 i n.

¹⁵⁶⁰ E. Ochendowski, *Zakład...*, s. 16.

¹⁵⁶¹ E. Łętowska, *op. cit.* [dostęp 20.04.2020].

¹⁵⁶² S. Kraszewski, *op. cit.*, s. 368.

wymuszają multiplikację i różnorodność administrujących, między którymi zachodzą interakcje. Przy realizacji zadania publicznego administrujący korzystają z różnorodnych rozwiązań, wykorzystując przy tym wiedzę i umiejętności pozaprawne instytucji preferujących działania faktyczne, do których możemy zaliczyć m.in. zakłady administracyjne (publiczne)¹⁵⁶³. Pogląd ten znajduje odzwierciedlenie w judykaturze, w której wskazuje się, że dążenia państwa do zwiększenia efektywności i sprawności administrowania wymusza m.in. zwiększenie liczby podmiotów administrujących, w tym nietypowych podmiotów, tworzonych dla tych obszarów zadań i odpowiedzialności państwa¹⁵⁶⁴, gdzie do tej pory dotychczasowe formy zawiodły.

W miarę ogólnego rozwoju cywilizacji i potrzeb społecznych funkcje administracji skierowane są przede wszystkim ku zaspokojeniu potrzeb ludności, realizowanych m.in. w postaci działań organizujących. Działania organizujące administrację publiczną stwarzają warunki do zaspokojenia potrzeb ogółu. Działania te nie są czynnościami jednorazowymi, ale planowymi oraz ciągłymi¹⁵⁶⁵. W tym momencie wskazać należy wątpliwości: czy tworzenie instytucji mających zaspokajać potrzeby swoich obywateli jest prawem, czy obowiązkiem organów państwa? Odpowiedzi na ten problem udziela obowiązujące ustawodawstwo. Skoro gwarancjami konstytucyjnymi zostały objęte prawa: do nauki, kultury czy zdrowia itp., oznacza to nałożenie na organy administracji państwowej obowiązek zaspokojenia tych potrzeb.

Realizacja tego obowiązku wyraża się m.in. w tworzeniu odpowiedniej liczby zakładów administracyjnych¹⁵⁶⁶. Skoro ustawodawstwo kształtuje uprawnienia do korzystania z usług zakładu jako prawo podmiotowe obywatela, to musi z drugiej strony istnieć obowiązek do świadczenia tego prawa¹⁵⁶⁷. Normy konstytucyjne nakładają na państwo obowiązek zaspokojenia potrzeb społecznych. Zaspokojenie to nie ma charakteru indywidualnie określonej czynności, lecz sprowadza się do możliwości korzystania z całokształtu usług świadczonych przez zakład administracyjny, np. możliwość korzystania ze wszystkich świadczeń medycznych, które może udzielić wybrana placówka służby zdrowia, a nie tylko do jednego konkretnego świadczenia. Krąg osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń w sferze ochrony zdrowia jest określony poprzez konstytucyjne powszechne prawo do ochrony zdrowia. Artykuł 68 ust. 1 Konstytucji RP nie określa, kto jest zobowiązany do świadczenia bezpłatnych usług zdrowotnych. Aby móc mówić o rzeczywistej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, wymaga to „(...) stworzenia takich warunków, które pozwalają każdemu obywatelowi skorzystać ze

¹⁵⁶³ P. Lisowski, *Organizacja prawna...*, s. 47.

¹⁵⁶⁴ Uchwała składu 7 sędziów NSA z dnia 22 lutego 2002 r., II GPS/06, LEX nr 268925.

¹⁵⁶⁵ T. Kuta, *Aspekty prawne...*, s. 31, 67 i 68.

¹⁵⁶⁶ B. Dolnicki, *op. cit.*, s. 51-52.

¹⁵⁶⁷ K. Opalek, *op. cit.*, s. 407.

wszystkich dobrodziejstw współczesnej medycyny we właściwym czasie i zakresie uzasadnionym stanem jego zdrowia”¹⁵⁶⁸. „Spotykamy się bowiem z sytuacją, gdy każdy jest uprawniony, jednakże nie każdy może faktycznie korzystać ze świadczeń”¹⁵⁶⁹. W związku z tym powinno się ustalić zasady korzystania uwzględniające potrzeby zdrowotne oraz podstawową zasadę rozdziału tych świadczeń akceptowaną w naszym społeczeństwie opartą na zasadzie równości obywateli¹⁵⁷⁰. Należy się przychylić do poglądu I. Rydlewskiej-Liszkowskiej, że w systemie ochrony zdrowia powinny się znaleźć jednostki ochrony zdrowia wytwarzające i dostarczające na różnych zasadach świadczenia zaspokajające potrzeby zdrowotne. Oznacza to, że ich funkcjonowanie powinno być oparte na zróżnicowanej wiedzy wynikającej z rozwoju nauki, w zmieniającej się gospodarce i społeczeństwie¹⁵⁷¹. Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu wyroku z dnia 27 czerwca 2000 r., K 20/99, słusznie dowodzi, że „okoliczność, iż w odniesieniu do publicznych, samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej organami tworzącymi są organy administracji rządowej lub jednostki samorządu terytorialnego, stwarza gwarancję i zabezpieczenie, że zakłady te będą mogły realizować cele, dla których je utworzono. Wiąże się z tym – w określonych ustawowo sytuacjach – zobowiązanie do ponoszenia konsekwencji majątkowych związanych z ich działalnością. Ani organ administracji rządowej, ani jednostka samorządu terytorialnego nie mogą się uwolnić od tego rodzaju obowiązków bez stosownego ustawowego przyzwolenia. W ten sposób zabezpiecza się możliwość realizowania celów publicznych związanych z ochroną zdrowia, o których mowa w art. 68 Konstytucji RP”. Nałożony art. 68 Konstytucji RP na władze publiczne obowiązek zapewnienia równego dostępu obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest realizowany przez funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, którego podstawę stanowi m.in. sieć samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a więc podmiotów będących tylko i wyłącznie własnością publiczną, których głównym źródłem utrzymania są środki przekazywane z NFZ¹⁵⁷². Poziom oraz liczba świadczonych usług przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w imieniu administracji świadczącej publicznej nie spełnia potrzeb zdrowotnych obywateli. Wydłużające się kolejki oczekiwania na świadczenia zdrowotne skłaniają do zwiększenia zakresu aktywności na tym polu administracji świadczącej.

Należy również wskazać, że po transformacji ustrojowej, z jaką mieliśmy do czynienia pod koniec lat 80. ubiegłego wieku, odeszliśmy także od planowej gospodarki w służbie zdrowia. Jej ówczesne jednostki organizacyjne, określane przepisami ustawy

¹⁵⁶⁸ L. Krotkiewska, *op. cit.*, s. 366.

¹⁵⁶⁹ S. Kraszewski, *op. cit.*, s. 385.

¹⁵⁷⁰ *Ibidem*.

¹⁵⁷¹ I. Rydlewskiej-Liszkowskiej, *op. cit.*, s. 49.

¹⁵⁷² *Ibidem*.

z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia mianem zakładów społecznych służby zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej zostały zastąpione przez zakłady opieki zdrowotnej. Zmiana ta nie miała wyłącznie charakteru semantycznego, przewidywano bowiem tworzenie publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej¹⁵⁷³. Mianem publicznego zakładu opieki zdrowotnej określano zakład opieki zdrowotnej, którym zgodnie z art. 1 ust. 1 u.z.o.z. był wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Stworzone publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej różnią się między sobą odmiennymi zasadami zarządzania¹⁵⁷⁴. Publiczny podmiot leczniczy był kwalifikowany jako zakład administracyjny, realizujący określony, zlecony jej zestaw zadań publicznych szczególnie w sferze usług niematerialnych mających szczególne znaczenie społeczne¹⁵⁷⁵, a za takie uznawane były i są usługi w ochronie zdrowia. Status podmiotu leczniczego w dużej mierze będzie determinował sytuację pacjenta jako odbiorcy niezmiernie istotnych z punktu widzenia jego życia i zdrowia świadczeń. Pojęcie zakładu opieki zdrowotnej zniknęło z obrotu prawnego wraz z uchyceniem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (SPZOZ) stał się tylko nazwą własną jednostki od nowa niejako włączonej do obrotu prawnego¹⁵⁷⁶. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej działające na podstawie u.z.o.z. z chwilą wejścia w życie u.d.l. stały się podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami uzyskującymi osobowość prawną z chwilą wpisania do Krajowego Rejestru Sądowego (art. 50a ust. 2 u.d.l.). Podstawowym źródłem finansowania SPZOZ jest umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów. Artykuł 44 u.d.l. umożliwia SPZOZ-owi również udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie odrębnych przepisów za częściową lub całkowitą odpłatnością. Przepis ten ze względu na dyspozycję art. 193 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest martwy, bowiem art. 193 pkt 4 uznaje pobieranie opłat od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z NFZ za wykroczenie podlegające karze grzywny, wprowadzając tym samym zakaz udzielania świadczeń komercyjnych pacjentom ubezpieczonym.

Gospodarka finansowa oraz zdolności finansowe zakładu bezpośrednio wpływają na bezpieczeństwo zdrowotne obecnych czy potencjalnych użytkowników zakładu. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą funkcjonować na rynku usług

¹⁵⁷³ T. Kocowski, M. Paplicki, *Forma podmiotu leczniczego...*, s. 117.

¹⁵⁷⁴ J. Goździkowski, *op. cit.*, s. 34.

¹⁵⁷⁵ Por. J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 155 i n.

¹⁵⁷⁶ M. Dercz, *Komentarz do art. 52...*, s. 252.

lecniczych, jeżeli będą osiągać dodatni wynik finansowy albo jeśli ujemny wynik finansowy jest pokrywany przez organ tworzący. Obligatoryjnie są przekształcane albo likwidowane, gdy ujemny wynik finansowy nie zostanie pokryty przez organ założycielski, fakultatywnie na podstawie decyzji organu tworzącego¹⁵⁷⁷. Artykuł 59 ust. 1 u.d.l. zobowiązuje zakład do pokrycia we własnym zakresie straty netto, w przypadku jej niepokrycia w trakcie 12 miesięcy podmiot tworzący zakład, to likwiduje ten zakład (art. 59 ust. 2 pkt 2), ponadto art. 69 daje możliwość przekształcenia SPZOZ-u w spółkę kapitałową oraz wpisania ja do Krajowego Rejestru Sądowego. Przepisy ustawy o działalności leczniczej uwolniły organy założycielskie od współodpowiedzialności za działalność tych jednostek i zapewnienie koniecznej dla bezpieczeństwa zdrowotnego, ciągłości udzielania świadczeń medycznych¹⁵⁷⁸. W przypadku gdy organ założycielski podejmie decyzję o niespłacaniu zobowiązań SPZOZ-u, to jednostka ta podlega likwidacji. Zaistnienie tej sytuacji zagraża bezpieczeństwu zdrowotnemu obywateli ze względu na to, że nie został przeniesiony z art. 43 u.z.o.z. obowiązek nałożony na organ założycielski dokonujący likwidacji zapewnienia osobom korzystającym ze świadczeń zdrowotnych likwidowanego SPZOZ-u takich samych jak te, które były zapewniane. W obecnej sytuacji SPZOZ nie ma obowiązku spełnienia powyższych warunków przed podjęciem formalnej decyzji o likwidacji¹⁵⁷⁹. Należy się zgodzić z poglądem P. Horosza, że przepisy ustawy o działalności leczniczej tworzą swoisty przymus ekonomiczny wobec SPZOZ-u, który w sytuacji permanentnego zadłużenia może skłaniać organy założycielskie do podjęcia decyzji o komercjalizacji SPZOZ-u, aby uniknąć konieczności pokrywania ich zobowiązań¹⁵⁸⁰. Powyższe skłania do przypomnienia, że według art. 50a ust. 1 u.d.l. utworzenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powinno być powodowane troską o zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz racjonalnością organizacji opieki zdrowotnej, w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego. Mając na uwadze art. 50a ust. 1 u.d.l., w trosce o bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, należałoby rozwiązać problemy prawne i finansowe SPZOZ-u poprzez m.in. reorganizację struktur zakładu czy możliwość komercyjnego udzielania świadczeń. Problem odpłatności z tytułu świadczeń przez zakład administracyjny w celu pozyskania środków finansowych na pokrycie kosztów tej działalności jest jednym z bardziej kontrowersyjnych zagadnień, który nie znalazł jeszcze całkowitego opracowania. Sporne pozostaje zagadnienie konieczności i potrzeby współfinansowania tej działalności przez użytkowników zakładu. W tym zakresie ujęcie

¹⁵⁷⁷ M. Hass-Symotiuk, *op. cit.*, s. 58.

¹⁵⁷⁸ T. Kocowski, M. Paplicki, *Forma podmiotu leczniczego...*, s. 118.

¹⁵⁷⁹ M. Dercz, *Komentarz do art. 54...*, s. 269.

¹⁵⁸⁰ P. Horosz, *op. cit.*, s. 16.

teoretyczne nie nadąża za potrzebami i wyzwaniem współczesności¹⁵⁸¹. W interesie pacjenta jest dobra kondycja finansowa SPZOZ-u, dlatego należałoby tym jednostkom umożliwić funkcjonowanie bez ograniczania zasady swobody działalności gospodarczej. Dotychczasowe ograniczenia w tej materii wpływają negatywnie na sytuację finansową tych podmiotów, co w dłuższej perspektywie odbija się na poziomie i jakości udzielanych świadczeń przez te podmioty. Przychylić się należy do uwag Z. Kubota, że „ograniczenie działalności gospodarczej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przez wykluczenie szeroko rozumianych usług medycznych na rzecz ubezpieczonych narusza art. 22 Konstytucji RP. Ograniczenie nie jest uzasadnione interesem publicznym. Przeciwnie, świadczenie szeroko rozumianych usług medycznych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej poza świadczeniami objętymi umową z NFZ oraz przymusem ustawowym jest korzystne z punktu widzenia interesu publicznego, bowiem sprzyja lepszemu zaspokojeniu zindywidualizowanych potrzeb zdrowotnych, ogranicza szarą strefę usług medycznych oraz wzmacnia gospodarkę finansową samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej”¹⁵⁸².

Dopuszczenie takiej możliwości nie stanowiłoby zagrożenia dla osób mniej zamożnych, których nie stać na odpłatne świadczenia medyczne, a nawet polepszyłyby ich sytuację w zakresie publicznej służby zdrowia. W przypadku gdy część pacjentów zdecydowałaby się na komercyjne usługi, zmniejszeniu uległaby ogólna liczba osób oczekujących na dane świadczenie, a tym samym skróciłby się okres oczekiwania na udzielone świadczenie¹⁵⁸³. Dodatkowo wpływy finansowe pozwoliłyby ponadto na podniesienie standardu otoczenia, w którym są udzielane świadczenia zdrowotne oraz na podniesienie jakości udzielanych świadczeń udzielanych przez lekarzy zatrudnionych w SPOZ-ie, którzy mając godne zarobki w tej jednostce, nie szukaliby dodatkowego zatrudnienia u innych pracodawców¹⁵⁸⁴. Należałoby dlatego bezwzględnie umożliwić samodzielnym publicznym zakładom świadczenie także usług medycznych na zasadach wolnorynkowych, przy jednoczesnym nakazie zawierania umowy z podmiotem finansującym świadczenia zdrowotne ze środków publicznych i nakazie pierwszeństwa w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom ubezpieczonym, a po wyczerpaniu limitów nałożonych kontraktem prawo do pobierania opłat od pacjentów, którzy chcą skorzystać z usług zdrowotnych¹⁵⁸⁵.

Należałoby również zastosować postulat A. Błasia, aby wprowadzić klauzule zobowiązujące do świadczenia usług w sposób ciągły, nieprzerwany, z uwzględnieniem

¹⁵⁸¹ Z. Czarnik, J. Posłuszny, *op. cit.*, s. 483.

¹⁵⁸² Z. Kubota, *Rynek usług medycznych...*, s. 185.

¹⁵⁸³ B. Hałakuć, A. Łysoń, *op. cit.*, s. 132.

¹⁵⁸⁴ A. Zemke-Górecka, *op. cit.*, s. 277.

¹⁵⁸⁵ *Ibidem*, s. 284.

zasady równości i powszechnego dostępu do świadczeń, a także klauzule wykluczające możliwość nakładania na świadczeniobiorców obowiązków nieuzasadnionych specyfiką świadczenia, w szczególności opłat za świadczenia¹⁵⁸⁶. Wydaje się słuszny pogląd J. Łętowskiego stwierdzający, że choć administracja świadcząca stanowi ważny – o ile nie najważniejszy – obszar działalności administracji publicznej, to nie potrafi sobie poradzić ze swoimi obowiązkami. Zadania te wykonuje drogo i nieefektywnie, obciążając budżety nieproporcjonalnie do efektów, rozmiijając się przy tym z oczekiwaniami społecznymi. Wszystko to prowadzi do stwierdzenia, że administracja świadcząca jest słaba i w dużym stopniu niezdolna do spełnienia swoich funkcji¹⁵⁸⁷. Mając na uwadze zdanie J. Łętowskiego, należałoby w trosce o bezpieczeństwo zdrowotne obywateli rozpocząć proces przywracania starych pojęć, nadając treści pojęciom nowym¹⁵⁸⁸ oraz przywrócić działanie zakładów administracyjnych, które realizowałyby świadczenia zdrowotne. Zakłady te posiadałyby dotychczasowe „cechy zakładu administracyjnego” wzbogacone o uprawnienia przedsiębiorstw funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia. Aby nie doszło do zagrożenia bezpieczeństwa obywateli, należałoby umożliwić SPZOZ-om udzielanie komercyjnych świadczeń zdrowotnych z jednoczesnym ustanowieniem klauzul gwarantujących dostęp w pierwszej kolejności pacjentom ubezpieczonym. Obecnie SPZOZ-y mogą jedynie w niewielkim stopniu korzystać z praw wolnego rynku, np. powołując konsorcjum dające możliwość wspólnego ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego celem poprawy pozycji rynkowej względem innych wykonawców¹⁵⁸⁹ rynku usług medycznych. Możliwości te jednak są niewystarczające.

Należałoby rozważyć pomysł wyodrębnienia w ramach struktury SPZOZ-u będącego szpitalem jednostki funkcjonującej z połączenia szpitalnego oddziału ratunkowego oraz przychodni podstawowej opieki zdrowotnej. W obecnie obowiązującym porządku prawnym minimum dóbr, minimum świadczeń zdrowotnych, które zabezpiecza publiczna służba zdrowia, sprowadza się tylko do świadczeń zdrowotnych udzielanych w sytuacjach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Aby sprostać oczekiwaniom społeczeństwa, należałoby zwiększyć zakres przedmiotowy pojęcia bezpieczeństwo zdrowotne nie tylko o świadczenia w sytuacji nagłego zagrożenia, ale również o świadczenia udzielane w ramach POZ. Dotychczasowy zakres częstotliwości udzielania tych świadczeń ogranicza roczna wycena tych świadczeń przez NFZ. Zgodnie z załącznikiem nr 1 do zarządzenia Nr 115/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2019 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej,

¹⁵⁸⁶ A. Błaś, *Formy działania...*, s. 30.

¹⁵⁸⁷ J. Łętowski, *op. cit.*, s. 14.

¹⁵⁸⁸ Zob. T. Rabska, *Przywracanie ciągłości pojęć prawnych...*, s. 210-217.

¹⁵⁸⁹ Zob. M. Szydło, *Konsorcja wykonawców realizujących...*, s. 52.

stawka kapitacyjna na świadczenie lekarza POZ wynosi od 1 grudnia 2019 r. 159 zł rocznie. Mimo tego, że kwota ta ulega zmianie w zależności od współczynnika korygującego, nie daje stabilności finansowej przychodniom POZ, co nie skłania tych podmiotów do troski o nasze zdrowie, tylko do troski o zabezpieczenie finansowanie majątku obrotowego niezbędnego do zabezpieczenia procesu leczenia tych przychodni.

Ze względu na to, że od 1 października 2017 r. na podstawie art. 95m ust. 3 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁵⁹⁰ każdy SPZOZ będący szpitalem i zaliczony do tzw. sieci szpitali (systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej) musi posiadać SOR lub izbę przyjęć oraz musiał (do dnia 01.12.2017 r.) (art. 55 ust. 3) udzielać świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w nocy i w święta, dlatego wydaje się możliwe wyodrębnienie specjalnej jednostki, która będzie udzielać nieodpłatnie ubezpieczonym i nieubezpieczonym niezbędnych świadczeń w ramach zadań i możliwości, jakie ciążą na tych podmiotach – SOR i POZ.

Obowiązek ten należałoby rozwinąć, wyodrębniając specjalną jednostkę, która będzie udzielać nieodpłatnie ubezpieczonym i nieubezpieczonym niezbędnych świadczeń w ramach zadań i możliwości, jakie ciążą na tych podmiotach, których koszt finansowy będzie zawsze pokrywany z budżetu państwa. Wspólne połączenie kluczowego ogniwa systemu PRM, jakim jest SOR, oraz kluczowego ogniwa zaspokajającego podstawowe potrzeby zdrowotne obywateli (POZ) dałoby gwarancję nieprzerwanej ciągłości procesu zdrowotnego zapewniającego bezpieczeństwo zdrowotne nie tylko w sytuacji nagłego zagrożenia życia i zdrowia tego obywatela. Państwo powinno z budżetu finansować działalność nowo wyodrębnionej jednostki przy jednoczesnym zezwoleniu na działalność komercyjną SPZOZ-u. Ograniczone możliwości finansowe państwa, wzrastające potrzeby i oczekiwania zdrowotne społeczeństwa skłaniają do realizacji wymienionych spostrzeżeń.

Systemem to: „układ elementów mający określoną strukturę i stanowiący logicznie uporządkowaną całość”, czy „zespół wielu urzędzeń, dróg, przewodów itp., funkcjonujących jako całość”¹⁵⁹¹. Światowa Organizacja Zdrowia określa system ratownictwa medycznego „jako takie rozmieszczenie personelu, urzędzeń i sprzętu, które zapewnia skuteczne i skoordynowane działanie systemu w zakresie prewencji i zarządzania zagrożeniami będącymi konsekwencjami nagłych zdarzeń, katastrof, klęsk żywiołowych lub podobnych wydarzeń”¹⁵⁹². System Państwowe Ratownictwo Medyczne to system organizacyjny, polegający na zwartej i skoordynowanej gotowości ludzi, zasobów i jednostek organizacyjnych uruchamianych w trybie pilnym, w celu opanowania nagłego zagrożenia

¹⁵⁹⁰ Dz. U. z 2017 r. poz. 844.

¹⁵⁹¹ *Słownik języka polskiego*, hasło: system, <https://sjp.pwn.pl/slowniki/system.html> [dostęp 20.04.2020].

¹⁵⁹² A. Bem, *op. cit.*, s. 159.

zdrowotnego¹⁵⁹³. Szczegółowym zadaniem tego systemu jest zapewnienie przedszpitalnych świadczeń medycznych, realizowanych na miejscu zdarzenia i w czasie transportu oraz szpitalnych świadczeń medycyny ratunkowej, realizowanych na oddziałach ratunkowych będących kontynuacją wcześniejszych działań ratowniczych¹⁵⁹⁴. Powołany system PRM jest zintegrowany, to znaczy istnieje połączenie sił i środków wszystkich instytucji zajmujących się ratownictwem medycznym, czyli Pogotowia Ratunkowego, pogotowia wodnego, górskiego, lotnictwa sanitarnego itp., oraz służb pozamedycznych – głównie straży pożarnej i różnych grup specjalistycznych, takich jak ratownictwo górnicze, techniczne, chemiczne, ekologiczne, służby energetyczne, a także w razie potrzeby – wojsko i policja¹⁵⁹⁵. System ten stał się jednostką wykonawczą zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Nadzór nad systemem na terenie kraju sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia, natomiast planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa należy do wojewody. Działania systemu PRM i służb ratowniczych polegają na jak najszybszym dotarciu z pomocą medyczną do chorych i poszkodowanych, rozpoczęciu działań ratunkowych na miejscu zdarzenia, a następnie dostarczeniu ratowanych do wyspecjalizowanej jednostki z zapewnieniem ciągłości, spójności i skuteczności procesu leczenia, bez strat czasowych na wszystkich jego etapach, zarówno przedszpitalnych, jak i szpitalnych. Zadania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne polegają na: „zapewnieniu możliwości natychmiastowego wezwania pomocy z użyciem środków łączności; niezwłocznym przybyciu na miejsce zdarzenia zespołu ratownictwa medycznego; niezwłocznym podjęciu właściwych działań ratowniczych na miejscu zdarzenia; zapewnieniu niezwłocznego przyjęcia do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego”¹⁵⁹⁶, czyli dawaniu społeczeństwu poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego i bezpieczeństwa obywatelskiego. W ramach systemu PRM działają (art. 2 ust. 2 pkt 1, 2 i 3 ustawy o PRM) organy administracji rządowej właściwe w zakresie wykonywania zadań systemu (minister właściwy do spraw zdrowia oraz wojewoda), dyspozytornie medyczne oraz jednostki organizacyjne systemu PRM, do których zaliczamy (art. 32 ust. 1 i 2 ustawy o PRM): szpitalne oddziały ratunkowe, zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa, na których świadczenia zawarto z dysponentami jednostek umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz umowy na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, współpracujące z nimi centra urazowe, centra urazowe dla dzieci oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa

¹⁵⁹³ J. Jakubaszko, M. Gruszka, *Medycyna ratunkowa...*, s. 56.

¹⁵⁹⁴ A. Bem, *op. cit.*, s. 159.

¹⁵⁹⁵ A. Ferenc, *op. cit.*, s. 32.

¹⁵⁹⁶ M. Gaca, A. Witkowski, *System Państwowego Ratownictwa Medycznego...*, s. 19.

medycznego – zapewniające utrzymanie gotowości ludzi, zasobów i jednostek organizacyjnych.

Ratowanie życia i zdrowia ludzi w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego to niewątpliwie zadanie publiczne, co zostało podkreślone w samej nazwie Państwowe Ratownictwo Medyczne. Organy państwa stworzyły ten system i są bezwzględnie zainteresowane jego prowadzeniem i efektywnym działaniem. Jednostka, realizując swe publiczne prawo podmiotowe, będzie się domagać ze strony państwa określonych świadczeń pozytywnych, polegających na udzieleniu jej przez stworzony system skutecznej pomocy wtedy, gdy znajdzie się w sytuacji zagrożenia swego życia i zdrowia¹⁵⁹⁷. Należy również mieć na uwadze fakt, iż tytuł ustawy – Państwowe Ratownictwo Medyczne – nie musi obligować ustawodawcy do tworzenia systemu, którego elementami są jedynie podmioty publiczne. Nazwa ta powinna oddawać istotę systemu polegającą na tym, iż państwo odpowiada za odpowiednią jakość pomocy medycznej udzielanej każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Należy się zastanowić, czy dla realizacji ochrony zdrowia publicznego nie należałoby zastosować innego środka ingerencyjnego w postaci np. konieczności wymogu zatrudniania przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego tylko ratowników medycznych po studiach. Należy również pamiętać, że nawet najlepszy transport pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego bez pozostałych elementów systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne nie zapewni bezpieczeństwa zdrowotnego.

Transport pacjentów do SOR jest istotny, ale nie najważniejszy dla bezpieczeństwa zdrowotnego, dlatego ograniczenie konkurencji na rynku usług transportowych będzie wpływać marginalnie, a wręcz może przynieść odwrotny skutek (brak konkurencji zaburza jakość) w postaci zagrożenia dla bezpieczeństwa usług transportowych. Aby zwiększyć bezpieczeństwo zdrowotne, można z tego obszaru medycyny zapewniającej ochronę życia i zdrowia w sytuacji nagłej utworzyć system „służby zdrowia” z zastrzeżeniem, że musi być to podejście szersze, wykraczające poza transport przedszpitalny i obejmujące również leczenie w innych obszarach szpitalnych. Zespoły ratownictwa medycznego „tylko” zabezpieczają pacjenta w trakcie transportu, to ogniwo systemu PRM jest bardzo istotne, ale nie najważniejsze. Najważniejsze z pozycji pacjenta będącego w sytuacji zagrażającej życiu i zdrowiu jest to, co z tym pacjentem się stanie po przekazaniu go przez ZRM do dalszego leczenia. Jest dlatego niezbędne usprawnienie udzielania pomocy pacjentom w SOR oraz usprawnienie możliwości przekazania pacjenta do SOR-ów. Zespoły ratownictwa medycznego zazwyczaj wywiązują się z mediany dotarcia z pacjentem do SOR, a tam czekają często kilka godzin na podjeździe,

¹⁵⁹⁷ T. Kocowski, M. Paplicki, *Ratownictwo medyczne...*, s. 199.

aby móc przekazać pacjenta. Szpitalne Oddziały Ratunkowe są przeciążone, zbyt duża liczba pacjentów przychodzi do SOR-ów lub zostaje dowożona przez ZRM.

Poziom wykształcenia czynnika ludzkiego systemu PRM ma istotne znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywatela. Dotychczas projektowane zmiany przepisów ustawy o PRM nie dążą do wzmocnienia tego elementu – same kursy doskonalące dla ratowników medycznych to za mało, przy jednoczesnych próbach wyeliminowania lekarzy z ZRM i niepremiowaniu ratowników medycznych po studiach. Ich status prawny w systemie PRM jest taki sam jak tych po szkołach policealnych, poziom wiedzy niekoniecznie taki sam.

Wylimitowanie lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej z zespołów ratownictwa medycznego to nie tylko złamanie zasady zaufania obywateli do państwa i prawa, ale również ewidentne osłabienie efektywności funkcjonowania systemu w ratowaniu ludzi w nagłym zagrożeniu zdrowotnym. Nowelizacja systemu PRM powinna dążyć do poprawy jego jakości funkcjonowania, a to można osiągnąć m.in. poprzez wyeliminowanie z systemu PRM ratowników medycznych, którzy zdobyli tytuł ratownika medycznego po ukończeniu dwuletniej szkoły policealnej, co może budzić wątpliwości co do ich kwalifikacji zawodowych. Zastrzeżeń tych nie można mieć co do ratowników medycznych, którzy ukończyli studia wyższe I stopnia na kierunku ratownictwo medyczne. Z tego powodu ewentualna nowelizacja ustawy o PRM powinna w pierwszej kolejności dążyć do wyeliminowania najsłabiej wykształconego personelu medycznego. Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej jest zadaniem systemu PRM. Jeżeli świadczenia medyczne będzie udzielał słabo wykształcony personel medyczny, może się zdarzyć, że system PRM przestanie zapewniać bezpieczeństwo zdrowotne w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Ze względu na regulacje ustawy o PRM i ustawy o ochronie przeciwpożarowej można stwierdzić, że w Polsce istnieją „dwa ratownictwa medyczne”¹⁵⁹⁸. Powołane dwoma ustawami podmioty wykonujące zadania ratownictwa medycznego mają ze sobą współdziałać, jednak nie sprecyzowano, na jakich zasadach i kto te zasady ma określić, a następnie egzekwować lub kontrolować¹⁵⁹⁹. Według art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej ratowanie życia i zdrowia ludzi stanowi najistotniejsze spośród zadań nałożonych na podmioty Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego.

¹⁵⁹⁸ W ramach systemu PRM, którego głównym zadaniem jest ratowanie życia i zdrowia w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (zob. art. 1 ustawy o PRM.) i KSR-G, którego głównym zadaniem jest również ratowanie życia i zdrowia ludzi, stanowi najistotniejsze spośród zadań (zob. art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej).

¹⁵⁹⁹ S. Ręćławowicz, J.A. Wrzesiński, *op. cit.*, s. 340.

Również według art. 1 ustawy o PRM. ratowanie życia i zdrowia ludzi stanowi najistotniejsze spośród zadań nałożonych na system PRM.

W związku z istnieniem dwóch systemów odpowiedzialnych za ratownictwo medyczne należałoby się zastanowić, czy utworzenie systemu PRM było w ogóle zasadne? Na tak postawione pytanie – wydaje się – można odpowiedzieć, że wzorem niektórych krajów zachodnich należałoby rozbudować zakres działań z zakresu ratownictwa medycznego w jednostkach KSR-G, przy jednoczesnym przekazaniu środków z systemu PRM dedykowanych ZRM, które w tej sytuacji powinny ulec likwidacji lub ich liczebność przynajmniej częściowemu ograniczeniu.

Dotychczasowa działalność szpitali oraz POZ-ów nie jest satysfakcjonująca dla pacjentów. Jednostki te muszą się borykać z nieprawidłową wyceną świadczeń zdrowotnych, co doprowadza te podmioty do ujemnego wyniku finansowego, powodując niechęć instytucji zajmujących się działalnością leczniczą do zapewniania bezpieczeństwa zdrowotnego. Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli zależy również od pełnej dostępności i sprawności funkcjonowania służb medycznych, dlatego wprowadzenie ograniczeń w dostępności do świadczeń medycznych pozbawia art. 68 Konstytucji RP charakteru publicznego prawa podmiotowego. Autorzy projektu Konstytucji mieli świadomość, że nie możemy oczekiwać dostępu do wszystkich znanych i stosowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej świadczeń opieki zdrowotnej. Potwierdzenie tego wniosku znajdziemy w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego i Sądu Najwyższego. Między innymi SN w wyroku z dnia 9 czerwca 2005 r., III CK 626/04 postawił 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 (art. 68 ust. 1 i 2 konstytucji)”. Z kolei TK w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03 orzekł, że część przepisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia jest niezgodna z Konstytucją, a 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 powoduje, że system jest dysfunkcyjny i przez to niezdolny do urzeczywistnienia tego, po co został powołany. Rolą państwowej jednostki organizacyjnej, jaką jest NFZ, powinna być taka eliminacja realnych i potencjalnych barier, aby świadczenia medyczne były osiągalne i fizycznie dostępne. Normy prawa regulujące system ochrony zdrowia zapewniają jedynie minimum tego prawa i to tylko w wtedy, gdy mamy do czynienia z sytuacją zagrażającą życiu czy zdrowiu.

Mając na uwadze powyższe, należy uznać, że bezpieczeństwo zdrowotne obywatela jawi się jako „ograniczone publiczne prawo podmiotowe” polegające na zaspokojeniu przez państwo tylko tych potrzeb zdrowotnych, które wynikają z nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. Państwo powinno uznać, że ma obowiązek sfinansowania niezbędnych świadczeń. Pacjenci powinni mieć jednak świadomość, że nie mogą oczekiwać wszystkich pożądaných świadczeń zdrowotnych. Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli zależy m.in. od pełnej dostępności i sprawności funkcjonowania służb medycznych, zwłaszcza od istnienia sprawnie działających jednostek publicznej ochrony zdrowia. Wprowadzenie ograniczeń w dostępności do świadczeń medycznych, wprowadzenie limitów na te świadczenia jest zagrożeniem dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli¹⁶⁰⁰. Ze zjawiskiem pełnej dostępności do świadczeń medycznych wiąże się zjawisko nieograniczonych potrzeb zdrowotnych pacjentów oraz zjawisko nadmiernego korzystania z tych świadczeń. Niedobór środków publicznych na zdrowie jest powszechnym problemem, spotykanym też w zamożnych krajach. Według niektórych próba przeniesienia ciężaru kosztów na użytkowników jest kluczem do zapewnienia ich pełnej dostępności. Odmiennego zdania jest Światowa Organizacja Zdrowia, jak również Bank Światowy, które opowiadają się za utrzymaniem odpowiedzialności państwa za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli¹⁶⁰¹.

Artykuł 5 Konstytucji RP nakłada na państwo obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa obywatelom¹⁶⁰². Organy administracji rządowej i samorządowej wypełniają ten konstytucyjny obowiązek poprzez powołanie oraz utrzymanie odpowiednich sił i środków mających na celu ochronę ludności przed różnego typu zagrożeniami wynikającymi z działania sił przyrody, jak i z działalności człowieka. Do działań ratowniczych zostały powołane etatowe i ochotnicze wyspecjalizowane jednostki, których zadaniem jest udzielanie szybkiej i niezbędnej pomocy. Do jednostek tych zaliczamy: pogotowie ratunkowe, straż pożarną, pogotowie energetyczne, pogotowie gazowe, ratownictwo specjalistyczne (np. medyczne, górskie, wodne, chemiczne), jak również policję i inne jednostki organizacyjne¹⁶⁰³. Szeroko pojęte ratownictwo to zapewnianie pomocy w stanach zagrożeń w różnych obszarach zadaniowości państwa, m.in. zdrowia i życia, zdarzeń masowych i katastrof o różnym nasileniu, technicznych systemów teleinformatycznych.

Ratownictwo jest jedną z kilku służb funkcjonujących w systemie bezpieczeństwa państwa¹⁶⁰⁴. System PRM stworzony na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym jako składowa organizacyjna

¹⁶⁰⁰ J. Leowski, *op. cit.*, s. 23-25.

¹⁶⁰¹ *Ibidem*, s. 25.

¹⁶⁰² Art. 5 Konstytucji RP Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. mówi, że obowiązkiem państwa polskiego jest zapewnienie bezpieczeństwa obywatelom (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm.).

¹⁶⁰³ J.J. Skoczylas, *op. cit.*, s. 48.

¹⁶⁰⁴ E. Cipora, *op. cit.*, s. 5.

struktura ochrony zdrowia, dzięki swoim filarom (medycynie ratunkowej, Szpitalnym Oddziałom Ratunkowym, Zespołom Ratownictwa Medycznego), ze względu na fakt udzielania świadczeń medycznych w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego każdemu bez wyjątku, odgrywa zasadniczą rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Zapewnienie każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego opieki medycznej na najwyższym poziomie, a więc zagwarantowanie jej bezpieczeństwa zdrowotnego, czyli realizacja celu, który przyświecał utworzeniu systemu PRM, wymaga skutecznego współgrania ze sobą wszystkich elementów składających się na ten system. Rola oraz odpowiedzialność systemu PRM za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli wynika z faktu, że w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia tylko dobrze skonstruowany system (takim jak system PRM) może opanować skutki zdarzeń, zarówno pojedynczych, jak i mnogich czy masowych. System ten zapewnia łatwe rozpoznanie zagrożeń, wezwanie pomocy medycznej, szybkie dotarcie zespołów ratownictwa medycznego, podejmowanie czynności na miejscu zdarzenia przez przeszkoloną kadrę, pilny transport do właściwych ośrodków medycznych i jak najszybsze udzielenie pomocy specjalistycznej w szpitalnym oddziale ratunkowym. Bardzo istotnym aspektem jest również integracja systemu PRM z innymi służbami, których sprawna współpraca jest gwarantem udzielenia ochrony życia i zdrowia w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego, a tym samym zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego¹⁶⁰⁵.

Ze względu na to, że system Państwowe Ratownictwo Medyczne realizuje „ograniczone publiczne prawo podmiotowe”, to należy uznać, że bezpieczeństwo zdrowotne obywateli jest zapewniane dzięki temu systemowi. W obecnej sytuacji jedynie system PRM jest w stanie zapewnić każdej osobie bez wyjątku w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego kompleksową ochronę polegającą na: dotarciu z pomocą do poszkodowanego, niezwłocznym podjęciu właściwych działań ratowniczych oraz transporcie do szpitalnego oddziału ratunkowego.

Mając na uwadze powyższe, doszedłem do wniosku, że:

1. Regulacje prawa międzynarodowego nadają dobru, jakim jest zdrowie, prawną ochronę, jednocześnie nakładając na państwo obowiązek zapewnienia niezbędnego minimum w zakresie opieki zdrowotnej.
2. Polskie przepisy prawa zobowiązują organy administracji rządowej, jak i samorządowej do rozpoznawania oraz do zapewniania potrzeb zdrowotnych obywateli.
3. Artykuł 68 Konstytucji RP jest normą programową gwarantującą tylko minimum praw obywatela do ochrony zdrowia.

¹⁶⁰⁵ M. Witt, M. Popow, I. Skitek-Adamczak, *op. cit.*, s. 13.

4. Z powodu braku odzwierciedlenia w przepisach prawa trudno jednoznacznie wskazać, że obywatel ma publiczne prawo podmiotowe do roszczenia pożądaných świadczeń zdrowotnych.
5. W Polsce należy rozważyć stworzenie systemu „służby zdrowia”, który zastąpiłby obecny system ochrony zdrowia.
6. Dla dobra administrowanych wydaje się, że domeną współczesnej administracji publicznej powinno być zapewnienie świadczeń zdrowotnych gwarantujących bezpieczeństwo zdrowotne.
7. W celu zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego w ramach usług świadczonych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zwrotnej należy rozważyć możliwość udzielania przez te jednostki komercyjnych świadczeń zdrowotnych.
8. W celu zwiększenia zakresu bezpieczeństwa zdrowotnego obywatela należy rozważyć możliwość, aby w ramach działających SPZOZ-ów wyodrębnić jednostkę, która będzie składać się z SOR-u i przychodni POZ.
9. System Państwowe Ratownictwo Medyczne to system organizacyjny cechujący się zwartą i skoordynowaną gotowością ludzi, zasobów i jednostek organizacyjnych uruchamianych w pilnym trybie, w celu opanowania nagłego zagrożenia zdrowotnego.
10. Zmiany dokonywane w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne niekoniecznie powinny skupić się na jego upublicznianiu, także rola państwa w systemie niekoniecznie powinna sprowadzać się do bezpośredniego wykonawstwa zadań medycznych, ale koncentrować się na realizacji w jego ramach zadań planistycznych, organizatorskich, koordynacyjnych oraz kontrolno-nadzorczych,
11. Istotne znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywatela ma odpowiedni skład osobowy zespołów ratownictwa medycznego oraz poziom wykształcenia, w szczególności zaś odpowiednie ich kwalifikacje wynikające z właściwego wykształcenia.
12. Ze względu na fakt, że zarówno najistotniejsze spośród zadań systemu PRM, jak również Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego jest ratowanie życia i zdrowia ludzi, należałoby rozbudować zakres działań ratownictwa medycznego w jednostkach KSR-G, przy jednoczesnym przekazaniu środków z systemu PRM dedykowanych ZRM, które w tej sytuacji powinny zostać zlikwidowane lub przynajmniej częściowo ograniczona ich liczebność.
13. Niewydolność systemu ochrony zdrowia wpływa negatywnie na system Państwowe Ratownictwo Medyczne, powodując jego przeciążenie, co może zagrażać bezpieczeństwu zdrowotnemu obywatela.

14. Bezpieczeństwo zdrowotne obywatela jawi się jako „ograniczone publiczne prawo podmiotowe” polegające na zaspokojeniu przez państwo tylko tych potrzeb zdrowotnych, które wynikają ze stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego.
15. W obecnej sytuacji jedynie system PRM jest w stanie zapewnić każdej osobie bez wyjątku, w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego, kompleksową ochronę przedszpitalną, polegającą na dotarciu w możliwie jak najkrótszym czasie z pomocą do poszkodowanego, niezwłocznym podjęciu właściwych działań ratowniczych oraz transporcie do szpitalnego oddziału ratunkowego. Umożliwi to jak najszybsze podjęcie na tym oddziale specjalistycznych procedur medycyny ratunkowej wobec pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Wykaz piśmiennictwa

1. Abramski A., *Lekarze, cyrulicy, szarlatani. Stan medycyny w Polsce stanisławowskiej (1764-1795)*, Katowice 1992.
2. Adamiak B., Borkowski J., *Kodeks postępowania administracyjnego. Komentarz*, wyd. 14, Warszawa 2016.
3. Augustyniak M., *Pojęcie, istota oraz geneza wolności i praw człowieka*, [w:] M. Chmaj (red.), *Wolności i prawa człowieka w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2006.
4. Bała P., Wielomski A., *Prawa człowieka i ich krytyka. Przyczynek do studiów o ideologii czasów ponowoczesnych*, Warszawa 2008.
5. Banaszak B., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2009.
6. Banaszak B., *Prawo konstytucyjne*, Warszawa 2004.
7. Banaszak N., *Skuteczność działania Rzecznika Praw Obywatelskich – podstawowe problemy*, „Studia Lubuskie” 2009, t. V.
8. Bandarzewski K., *Prywatyzacja zadań publicznych*, [w:] J. Zimmermann (red.), *Konceptcja systemu prawa administracyjnego. Zjazd Katedr Prawa Administracyjnego, Zakopane 24-27 wrzesień 2006 roku*, Warszawa 2007.
9. Baranowska N., Chłopecki T., *Kilka słów o kształtowaniu się praw człowieka w okresie XVIII-XX*, [w:] J. Mazurkiewicz (red.), *Księga dla naszych kolegów. Prace prawnicze poświęcone pamięci doktora Andrzeja Ciska, doktora Zygmunta Masternaka i doktora M. Zagrosika*, Wrocław 2013.
10. Barcik J., *Europejska polityka bezpieczeństwa i obrony. Aspekty prawne i polityczne*, Bydgoszcz-Katowice 2008.
11. Barcik J., *Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego*, Warszawa 2013.
12. Baszkiewicz J., *Historia doktryn politycznych i prawnych, Część II. Czasy nowożytne 1500-1800*, Wrocław 1965.
13. Bąkowski T., *Administracyjnoprawna sytuacja jednostki w świetle zasady pomocniczości*, Warszawa 2007.
14. Bem A., *Organizacja i finansowanie ratownictwa medycznego*, Wrocław 2013.
15. Bernaczyk M., *Pojęcie publicznych praw podmiotowych w świetle Konstytucji RP*, [w:] M. Jabłoński (red.), *Wolność i prawa jednostki w Konstytucji RP*, t. I. *Idee i zasady przewodnie konstytucyjnej regulacji wolności i praw jednostki w RP*, Warszawa 2010.

16. Bernatek-Zagula I., *Bezpieczeństwo zdrowotne – prawne podstawy dbałości o stan zdrowotny społeczeństwa*, [w:] L. Grochowski, A. Letkiewicz, A. Misiuk (red.), *Nauka o bezpieczeństwie. Istota, przedmiot badań i kierunki rozwoju. Studia i materiały*, t. 2, Szczytno 2011.
17. Biernat S., *Prywatyzacja zadań publicznych*, Warszawa-Kraków 1994.
18. Bigo T., *Prawo administracyjne*, cz. 1. *Instytucje ogólne*, Wrocław 1948.
19. Bigo T., *Związki publicznoprawne*, Warszawa 1928.
20. Bisztyga A., *Ochrona praw człowieka w systemie Rady Europy*, [w:] B. Banaszak, A. Bisztyga, K. Complak, M. Jabłoński, R. Wieruszewski, K. Wójtowicz, *System ochrony praw człowieka*, Kraków 2003.
21. Björnbergs A., *Europejski Konsumentki Indeks Zdrowia*, Health Consumer Powerhouse, Raport 2012.
22. Blicharz J., *Idea „absolutnego bezpieczeństwa” a problem wolności obywateli w demokratycznym państwie*, [w:] A. Błaś, J. Boć (red.), *Stan i kierunki rozwoju nauk administracyjnych*, Wrocław 2014.
23. Blicharz J., *Kategoria interesu publicznego jako przedmiot działania administracji publicznej*, *Acta Universitatis Wratislaviensis* no 2642. „Przegląd Prawa i Administracji” 2004, t. LX.
24. Blicharz J., *Zagadnienie prawnej możliwości przekazywania wykonywania zadań administracji publicznej organizacjom pozarządowym*, *Acta Universitatis Wratislaviensis* no 2819, „Przegląd Prawa i Administracji” 2005, t. LXIX.
25. Blicharz P., Gąsior M., *Partnerstwo publiczno-prywatne jako sposób na spełnienie potrzeb społeczeństwa*, *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego* nr 596, „Ekonomiczne Problemy Usług” 2010, nr 56.
26. Błachut M., *Pojęcie prawa podmiotowego w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2002, t. 9.
27. Błaś A., *Administracja publiczna w dobie globalizacji*, [w:] A. Błaś, J. Boć, J. Jeżewski, *Administracja publiczna*, Wrocław 2003.
28. Błaś A., *Formy działania administracji w warunkach prywatyzacji zadań publicznych*, [w:] *Administracja i prawo administracyjne u progu trzeciego tysiąclecia. Materiały konferencji naukowej katedr prawa i postępowania administracyjnego*, Łódź 2000.
29. Błaś A., *Prywatyzacja zadań samorządu terytorialnego*, [w:] A. Błaś (red.), *Studia nad samorządem terytorialnym*, Wrocław 2002.
30. Błaś A., *Zagadnienie zakresu zadań socjalnych administracji publicznej we współczesnym państwie liberalnym*, Wrocław 2015.
31. Boć J., *Konstytucje Rzeczypospolitej 1997, 1952, 1935, 1921, 1791*, Wrocław 2001.

32. Boć J., *O bezpieczeństwie wewnętrznym*, [w:] A. Chajbowicz, T. Kocowski (red.), *Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach terenowej administracji publicznej*, Wrocław 2009.
33. Boć J., *Pojęcie administracji*, [w:] J. Boć (red.), *Prawo administracyjne*, Wrocław 2010.
34. Boć J. *Prawo administracyjne*, (red.) J. Boć, Wrocław 1993.
35. Boć J. *Prawo administracyjne normujące sytuacje prawne obywatela*, [w:] J. Boć (red.), *Prawo administracyjne*, Wrocław 2010.
36. Boć J., Błaś A., *Pojęcie publicznych praw podmiotowych*, [w:] J. Boć (red.), *Prawo administracyjne*, Wrocław 2010.
37. Boć J., Kuta T., *Prawo administracyjne. Zagadnienia podstawowe*, Warszawa 1984.
38. Boć J., Miemieć M., *Środki nadzoru*, [w:] J. Boć (red.), *Prawo administracyjne*, Wrocław 2010.
39. Borkowski A., *Dobro wspólne przesłanka współdziałania podmiotów publicznych i prywatnych w obszarze gospodarki komunalnej*, Acta Universitatis Wratislaviensis no. 3555, „Przegląd Prawa i Administracji” 2014, t. XCVIII.
40. Borkowski A., *Interes publiczny a partnerstwo publiczno-prywatne*, [w:] J. Blicharz (red.), *Prawne aspekty prywatyzacji*, Wrocław 2012.
41. Borkowski A., *Ograniczenia podmiotowe i przedmiotowe w podejmowaniu i prowadzeniu działalności gospodarczej*, [w:] L. Kieres (red.), *Administracyjne prawo gospodarcze*, Wrocław 2009.
42. Borkowski J., *Pojęcie władztwa administracyjnego*, Acta Universitatis Wratislaviensis No 167, „Przegląd Prawa i Administracji” 1972, t. 2.
43. Borkowski M., *Prawne podstawy bezpieczeństwa zdrowotnego człowieka. Wybrane zagadnienia prawa żywnościowego*, [w:] M. Borkowski, A. Wesołowska (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne człowieka. Wybrane problemy*, Gdańsk 2013.
44. Borys T., *Elementy teorii jakości*, Warszawa 1980.
45. Brongel L., Duda K., *„Złota Godzina” – okres przedszpitalny*, [w:] L. Brongel, K. Duda (red.), *Mnogie i wielonarządowe obrażenia ciała*, wyd. I, Warszawa 2001.
46. Bujny J., *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007.
47. Bułajewski S., *Prawo do życia w świetle Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, „Studia Łęckie” 2011, t. 13.
48. Bunsch-Konopka H., *Historia ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 1980.
49. Buraczewski M., Łukasiewicz M., Pawlewicz L., *Śłużba zdrowia Gwardii Ludowej, Armii Ludowej i Armii Krajowej*, [w:] *Medycyna Walcząca. Ogólnopolskie sympozjum studenckich kół naukowych akademii medycznych poświęconych polskiej służbie zdrowia na frontach II wojny światowej*, Wrocław 1969.

50. Chmielnicki P., *Zakłady administracyjne w Polsce. Ustrój wewnętrzny*, wyd. 1, Warszawa 2008.
51. Cianciara D., *Zarządzać zdrowiem albo robić rachunki umieralności – oto jest pytanie zdrowia publicznego w Polsce*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2013, nr 67 (4).
52. Ciećkiewicz J., *Planowanie zabezpieczenia medycznego na wypadek katastrof*, [w:] J. Ciećkiewicz (red.), *Ratownictwo medyczne w wypadkach masowych*, Wrocław 2005.
53. Ciećkiewicz J., *Triage – segregacja medyczna*, [w:] J. Ciećkiewicz (red.), *Ratownictwo medyczne w wypadkach masowych. Medycyna katastrof w zarysie*, Wrocław 2010.
54. Cieślarczyk M., *Model i wymiary bezpieczeństwa*, „Zeszyty Naukowe Akademii Obrony Narodowej” 1999, nr 3 (36).
55. Cieślarczyk M., *Teoretyczne i metodologiczne podstawy badania problemów bezpieczeństwa i obronności państwa*, Siedlce 2011.
56. Cipora E., *Wstęp*, [w:] E. Cipora (red.), *Ratownictwo w Systemie Bezpieczeństwa Państwa*, Sanok 2014.
57. Ciura G., *Opieka zdrowotna w Szwecji*, Biuro Studiów i Ekspertyz, Informacja nr 143, 1993.
58. Complak K., *Konstytucyjne postanowienia programowe czy normy o celach państwa?*, [w:] L. Garlicki, A. Szmyt (red.), *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, Warszawa 2003.
59. Complak K., *Normy pierwszego rozdziału Konstytucji RP*, Wrocław 2007.
60. Complak K., *Zasada ochrony godności człowieka normatywnym nakazem obowiązującym prawodawców i organy stosujące prawo*, [w:] L. Wiśniewski (red.), *Wolność i prawa jednostki oraz ich gwarancje w praktyce*, Warszawa 2006.
61. Czaplński W., Ostrihansky R., Saganek P., Wyrozumska A., *Prawo Wspólnot Europejskich. Orzecznictwo*, Wydawnictwo Scholar, wyd. 2 z suppl., Warszawa 2005.
62. Czapska J., *Bezpieczeństwo obywateli. Studium z zakresu polityki prawa*, Kraków 2004.
63. Czarnecka A., *Z historii medycyny wojskowej. Przyczynek do dziejów ewakuacji wojskowo-medycznej w początkach ubiegłego stulecia*, „Lekarz Wojskowy” 1972, nr 2.
64. Czarnik Z., Posłuszny J., *Zakład publiczny*, [w:] R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel (red.), *System Prawa Administracyjnego*, t. 6, Warszawa 2011.
65. Czeszejko-Sochacki Z., *Skarga konstytucyjna w prawie polskim*, „Przegląd Sejmowy” 1998, t. 1(24).
66. Dahlgard J.J., Kristensen K., Kanji G.K., *Podstawy zarządzania jakością*, tłum. L. Wasilewski, Warszawa 2004.
67. Dawidowicz W., *Zagadnienia ustroju administracji państwowej w Polsce*, Warszawa 1970.

68. Dercz M., *Komentarz do art. 3*, [w:] M., Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2010.
69. Dercz M., *Komentarz do art. 52 i 54*, [w:] M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2014.
70. Dercz M., *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2005.
71. Dercz M., Izdebski H., *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Warszawa-Poznań 2001.
72. Dmowski R., *Zarys dziejów ratownictwa medycznego*, [w:] S. Jaczyński, A. Araucz-Boruc, G. Wierzbicki (red.), *Bezpieczeństwo – Edukacja – Wychowanie*, t. II. *Edukacja i wychowanie dla bezpieczeństwa w przeszłości i współcześnie*, Siedlce 2015.
73. Dobkowski J., *Struktura interesu społecznego a zasady rozdzielania odpowiedzialności publicznoprawnej w administracji*, [w:] E. Ura (red. nauk.), *Jednostka – Państwo – Administracja. Nowy wymiar*, Rzeszów 2004.
74. Dolnicki B., *Rola zakładów administracyjnych w zaspokojeniu potrzeb socjalno-bytowych obywateli*, [w:] K. Podgórski (red.), *Regulacja prawna administracji świadczącej*, Katowice 1985.
75. Domagała A., *Planowanie kadr medycznych systemu zdrowotnego – potrzeba, czy konieczność?*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2013, t. 11 (2).
76. Domagała P., Nowakowska N., Kaszubowska P., Kretowicz K., Gaworska-Krzemińska A., *Opieka nad chorymi w nowożytnym Gdańsku*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2014, t. 22 (4).
77. Dorosz K., *System zarządzania kryzysowego a narodowy system ratowniczy – nowe uwarunkowania*, [w:] J. Konieczny (red.), *Ratownik medyczny problemy edukacyjne i organizacyjno-prawne*, Inowrocław-Poznań 2006.
78. Dragan A., Krasnowolski A., Woronowicz S., *Organizacja służb ratownictwa medycznego w wybranych państwach*, [w:] *Opracowania Tematyczne. OT-622*, Kancelaria Senatu, Biuro Analiz i Dokumentacji, Warszawa 2013.
79. Dubel L., *Historia doktryn politycznych i prawnych do schyłku XX wieku*, wyd. 3, Warszawa 2009.
80. Duda A.S., *Interes prawny w polskim prawie administracyjnym*, Warszawa 2008.
81. Dukiet-Nagórska T., *Prawnokarne konsekwencje niepodjęcia interwencji lekarskiej lub udzielenia świadczenia zdrowotnego w sposób niewłaściwy na skutek niedostatku środków finansowych w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 6-7.
82. Dukiet-Nagórska T., *Reguły ostrożnego postępowania (standardy postępowania) w publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 3.
83. Dunaj B. (red.), *Popularny słownik języka polskiego*, Warszawa 1999.
84. Duniewska Z., *Obywatel wobec przepisów prawa administracyjnego*, [w:] B. Kudrycka, J. Mieszkowski (red.), *Prawo. Administracja. Obywatele*, Białystok 1997.

85. Dybowski M., *Cele prawowite w klauzuli imitacyjnej a dobro wspólne w polskim porządku konstytucyjnym*, [w:] M. Smolak (red.), *Wykładnia Konstytucji. Aktualne problemy i tendencje*, Warszawa 2016.
86. Dziarski G., *Prawo o PPP do poprawki*, „Gazeta Samorządu i Administracji” 2006, nr 5.
87. Dziewięcka-Bokun L., *Bezpieczeństwo socjalne jako podstawa pokoju społecznego*, [w:] J. Supernat (red.), *Między tradycją a przyszłością w nauce prawa administracyjnego. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Janowi Bociowi*, Wrocław 2009.
88. Elżanowski M., *Zakład państwowy w polskim prawie administracyjnym*, Warszawa 1970.
89. Fehler W., *O pojęciu bezpieczeństwa państwa*, [w:] W. Śmiałek, J. Tymanowski (red.), *Bezpieczeństw państwa i narodów w procesie integracji europejskiej*, Toruń 2002.
90. Ferenc A., *Zintegrowany system ratowniczy w Polsce*, wyd. I, Warszawa 2006.
91. Fijałkowski I., *Początki chirurgii*, Wrocław 1811.
92. Filaber J., *Pojęcie bezpieczeństwa publicznego w prawie administracyjnym (wybrane uwagi)*, „Wrocławskie Studia Erazmiańskie. Zeszyty Studenckie. Studia Erasmiiana Wratislaviensia. Acta Studentium” 2009.
93. Filarski T., *Komentarz do art. 32*, [w:] S. Poździej (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2013.
94. Filipek J., *Prawo administracyjne. Instytucje ogólne*, cz. 2, Kraków 2001.
95. Fryźlewicz-Chrapisińska E., *Komentarz do art. 33*, [w:] S. Poździej (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2013.
96. Furtak-Niczyporuk M., Drop B., *Efektywność organizacji systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2013, nr 168.
97. Gaca M., Konieczny J., Łakomy A., Podlewski R., *Kształcenie z pierwszej pomocy w ramach Podyplomowego Studium Medycyny Ratunkowej Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*, [w:] J. Konieczny (red.), *Zarządzanie w sytuacjach kryzysowych. Rola i zadania administracji publicznej*, cz. 1, Inowrocław 2000.
98. Gaca M., Witkowski A., *Realizacja programu medycyny ratunkowej w perspektywie województwa wielkopolskiego*, „Przewodnik Lekarza” 2007, nr 2.
99. Gaca M., Witkowski A., *System Państwowego Ratownictwa Medycznego – organizacja i miejsce medycyny ratunkowej*, [w:] D. Cenajek-Musiał, I. Okulicz-Kozaryn, M. Grzeško-wiak (red.), *Repetitorium z medycyny ratunkowej*, Poznań 2017.
100. Gajewski M., *Konstytucyjna zasada społecznej gospodarki rynkowej*, [w:] S. Piątek, I. Po-stuła (red.), *Prawo gospodarcze publiczne*, Warszawa 2009.
101. Galewicz W., *Zdrowie jako prawo człowieka*, „Diametros” 2014, t. 42.
102. Gałązkowski R., *Ratownictwo Medyczne w Polsce Komentarz do ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, Warszawa 2007.

103. Garlicki L., *Komentarz do art. 31*, [w:] L. Garlicki (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. III, Warszawa 2003.
104. Garlicki L., *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 1998.
105. Garlicki L., *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2004.
106. Garlicki L., Wojtyczek K., *Komentarz do art. 31*, [w:] L. Garlicki, M. Zubik (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. 2, wyd. 2 poprawione i uzupełnione, Warszawa 2016.
107. Garlicki L., Zubik M., *Komentarz do art. 22*, [w:] L. Garlicki, M. Zubik (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. 1, Warszawa 2016.
108. Gaszyński W., *Intensywna terapia i wybrane zagadnienia medycyny ratunkowej. Repetytorium*, Warszawa 2008.
109. Giedroyc F., *Służba zdrowia w dawnym Wojsku Polskim*, Warszawa 1927.
110. Giermaziak W., Prymlewicz M., *Etapy rozwoju medycyny wojskowej na przykładzie historii Szpitala Ujazdowskiego*, „Lek w Polsce” 2015, vol. 25, nr 05 (288).
111. Gizbert-Studnicki T., Grabowski A., *Normy programowe w konstytucji*, [w:] J. Trzciniński (red.), *Charakter i struktura norm konstytucji*, Warszawa 1997.
112. Głowacki J., *Zwiększenie zaludnienia i poprawa zdrowotności w „Listach patriotycznych” Józefa Wybickiego na tle dążeń XVIII-wiecznej Europy*, „Acta Universitatis Lodzianensis”, Folia Historica 1990, nr 37.
113. Gniewek G., Machnikowski P., *Zarys prawa cywilnego*, Warszawa 2014.
114. Golinowska S., *System ochrony zdrowia po trzech latach jego reformowania – raport syntetyczny*, [w:] S. Golinowska, Z. Czepulis-Rutkowska, M. Sitek, A. Sowa, C. Sowada, C. Włodarczyk, *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Raporty CASE nr 53, Warszawa 2002.
115. Goniewicz M., *Pierwsza pomoc. Podręcznik dla studentów*, Warszawa 2011.
116. Goniewicz M., *Ratownictwo medyczne na miejscu wypadku drogowego. Zintegrowany system szkolenia służb i podmiotów ratowniczych udzielających pomocy na miejscu wypadku drogowego jako element poprawy bezpieczeństwa ruchu drogowego w Polsce*, Lublin 2013.
117. Goździkowski J., *Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej*, [w:] D. Brzezińska-Grabarczyk, M. Narolski (red.), *Prawo o działalności leczniczej w praktyce. Przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2012.
118. Grabowski J., *Rola i funkcje prawa w systemie gospodarki rynkowej*, [w:] I. Skrzydło-Niżnik et al. (red.), *Instytucje współczesnego prawa administracyjnego. Księga jubileuszowa profesora zw. dra hab. Józefa Filipka*, Lublin 2006.
119. Grabowski R., *Prawo do ochrony życia w polskim prawie konstytucyjnym*, Rzeszów 2006.

120. Grosset R., *Rola Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego w bezpieczeństwie wewnętrznym państwa*, [w:] J. Konieczny (red.), *Zarządzanie w sytuacjach kryzysowych. Rola i zadania administracji publicznej*, cz. 2, Inowrocław 2000.
121. Grudniewski R., Agrawal A.K., Jaruzelska E., Kulczycka M., *Pacjent i świadczeniodawca w reformach polskiej służby zdrowia*, [w:] B. Płonka-Syroka, T. Srogosz (red.), *Zdrowie i choroba jako problem społeczny. Medycyna w kontekście działań Państwa*, t. 9, Wrocław 2005.
122. Gryglewski R., W., Popławska M., *Z dziejów Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego*, Kraków 2011.
123. Grzelak E., Wróblewski B., *Organizacja szpitali wojskowych w czasach Księstwa Warszawskiego i Królestwa Kongresowego*, „Biuletyn Wojskowej Akademii Medycznej” 1967, suplement IV, z. 11.
124. Grzybowski M., Tomaszewski J. (red.), *Bezpieczeństwo w administracji i biznesie*, Gdynia 2007.
125. Guła P., *Komentarz do art. 25*, [w:] S. Poździej (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2013.
126. Guziński M., *Działania terenowej administracji publicznej w zakresie bezpieczeństwa publicznego w świetle ustawy prawo zamówień publicznych*, [w:] A. Chajbowicz, T. Kocowski (red.), *Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach terenowej administracji publicznej*, Wrocław 2009.
127. Hass-Symotiuł M., *Przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe a efektywność gospodarowania zasobami opieki zdrowotnej*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 757, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2013, nr 582013.
128. Hanusz A., *Równowaga budżetowa a zasady prawa*, „Państwo i Prawo” 2015, t. 9.
129. Hauser R., *Wykładnia przepisów konstytucji w orzecznictwie sądów administracyjnych. Zagadnienia wybrane*, [w:] M. Smolak (red.), *Wykładnia Konstytucji. Aktualne problemy i tendencje*, Warszawa 2016.
130. Helios J., Jedlecka W., *Podstawowe pojęcia prawa i prawoznawstwa dla ekonomistów*, Wrocław 2015.
131. Herbut R., *Zmiana roli państwa – instytucjonalny kontekst funkcjonowania rządów prawa*, [w:] G. Ulicka, S. Wronkowska (red.), *Spory wokół teorii i praktyki państwa prawa*, Warszawa 2011.
132. Hilarowicz T., *Najwyższy Trybunał Administracyjny i jego Kompetencja*, Warszawa 1925.
133. Hnatyszyn-Dzikowska A., *Konkurencja między płatnikami w opiece zdrowotnej. Ujęcie teoretyczne*, „Ekonomia i Prawo” 2013, t. XII, nr 2.
134. Hołda J. et al., *Prawa człowieka. Zarys wykładu*, Warszawa 2011.

135. Holeccki T., *Kompetencje administracji publicznej, służb, inspekcji i straży wobec populacyjnych zagrożeń zdrowotnych*, [w:] T. Holeccki (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli w kontekście europeizacji zjawisk społecznych*, Poznań 2013.
136. Horosz P., *Prawnogospodarcze konsekwencje komercjalizacji szpitali*, wyd. 2, Warszawa 2013.
137. Iserzon E., Starościak J., *Kodeks postępowania administracyjnego. Komentarz*, Warszawa 1970.
138. Izdebski H., *Elementy teorii i filozofii prawa*, Warszawa 2011.
139. Izdebski H., Kulesza M., *Administracja publiczna. Zagadnienia ogólne*, wyd. III, Warszawa 2004.
140. Jabłoński M. Jarosz-Żukowska S., *Prawa człowieka i systemy ich ochrony. Zarys wykładu*, Wrocław 2010.
141. Jagielski J., *Kontrola administracji publicznej*, wyd. 3, Warszawa 2012.
142. Jakimowicz W., *Publiczne prawa podmiotowe*, Kraków 2002.
143. Jakimowicz W., *Publiczne prawa podmiotowe państwa*, „Państwo i Prawo” 2001, nr 10.
144. Jakimowicz W., *Wykłady w prawie administracyjnym*, Kraków 2006.
145. Jakubaszko J., *Założenia organizacyjne systemu zintegrowanego ratownictwa medycznego*, [w:] J. Jakubaszko (red.), *Ratownik medyczny*, wyd. 2, Wrocław 2010.
146. Jakubaszko J. (red.), *Medycyna ratunkowa. Nagłe zagrożenia zdrowotne pochodzenia wewnętrznego*, wyd. 2, Wrocław 2014.
147. Jakubaszko J., Gruszka M., *Medycyna ratunkowa – ratownictwo medyczne a bezpieczeństwo publiczne*, [w:] A. Chajbowicz, T. Kocowski (red.), *Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach nowej administracji publicznej*, Wrocław 2009.
148. Jakubaszko J., Gruszka M., *Organizacja i możliwości ratownictwa medycznego w zabezpieczeniu potrzeb społecznych*, [w:] *Katastrofy – organizacja badań i specyfika ekspertyz a potrzeby społeczne i wymiaru sprawiedliwości. Konferencja, Warszawa, 7 lipca 2010 r.*, Warszawa 2010.
149. Janikowski A., *Wiadomości o ratowaniu osób w stanie pozorowanej śmierci będących albo nagłą utratą życia zagrożonych, ułożone w sposób dla każdego przystępny*, Rada Lekarska Królestwa Polskiego, (Roztrząszone i przyjęte na posiedzeniu ogólnym Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych, Duchowych i Oświecenia Publicznego), Warszawa 1839.
150. Jarosławska-Kolman K., Ślęzak D., Żuratyński P., Krzyżanowski K., Kalis A., *System Państwowe Ratownictwo Medyczne w Polsce*, „Zeszyty Naukowe SGSP” 2016, nr 60/4.
151. Jarosz-Żukowska S., *Koncepcja „Minimum prawa obywatelskiego” wyrażonego w normie programowej – uwagi na tle art. 68 Konstytucji RP*, [w:] R. Balicki, M. Masternak-Kubiak (red.), *W służbie dobru wspólnemu. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Januszowi Trzczańskiemu*, Warszawa 2012.

152. Jarosz-Żukowska S., *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, [w:] M. Jabłoński (red.), *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, Wrocław 2014.
153. Jasudowicz T., *Administracja wobec praw człowieka*, Toruń 1996.
154. Jasudowicz T., *Prawo do życia*, [w:] B. Gronkowska, T. Jasudowicz, M. Balcerzak, M. Lubiszewski, R. Mizerski, *Prawa człowieka i ich ochrona*, Toruń 2005.
155. Jaworski W.L., *Nauka prawa administracyjnego. Zagadnienia ogólne*, Warszawa 1924.
156. Jezierski Z., *Pomoc medyczna w polskich powstaniach narodowych XIX wieku*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Życie codzienne w XVIII-XX wieku i jego wpływ na stan zdrowia ludności*, Wrocław 2003.
157. Jeż J., *Bezpieczeństwo publiczne*, [w:] U. Kalina-Prasznic (red.), *Encyklopedia prawa*, Warszawa 2007.
158. Jeżek T., Nadolny K., *System ratownictwa medycznego w Czechach na przykładzie Hradec-Kralove*, „Na Ratunek” 2015, t. 5.
159. Jurczyk T., *Geneza rozwoju praw człowieka*, „Homines Hominibus” 2009, t. 1 (5).
160. Justyński J., *Historia doktryn polityczno-prawnych*, Toruń 2004.
161. Kaczkowski K., *Wspomnienia*, t. I, Lwów 1876.
162. Karaszewski R., *TQM. Teoria i praktyka*, Toruń 2001.
163. Karkowska D., *Komentarz do art. 6*, [w:] D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2012.
164. Karkowska D., *Prawa pacjenta*, wyd. 2 poprawione i uzupełnione, Warszawa 2009.
165. Karpiuk M., *Zasada legalizmu jako podstawowy wyznacznik nadzoru i kontroli administracji publicznej*, [w:] M. Czuryk, M. Karpiuk (red.), *Nadzór i kontrola w systemie wykonywania administracji publicznej*, Warszawa 2010.
166. Kasznica S., *Polskie prawo administracyjne. Pojęcia i instytucje zasadnicze*, wyd. IV uzupełnione, Poznań 1947.
167. Kawka I., *Gospodarcza działalność usługowa w prawie polskim w świetle unijnych swobód przedsiębiorczości i świadczenia usług*, Warszawa 2015.
168. Kędzia Z., *Burżuazyjna koncepcja praw człowieka*, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1980.
169. Kędzia Z., *Prawo do życia*, [w:] *Prawa człowieka. Model prawny*, Wrocław-Warszawa-Kraków, 1991.
170. Kiczka K., *Administracja publiczna a bezpieczeństwo wewnętrzne*, [w:] A. Chajbowicz, T. Kocowski (red.), *Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach terenowej administracji publicznej*, Wrocław 2009.

171. Kiczka K., *Administracyjne akty kwalifikujące w działalności gospodarczej*, Wrocław 2006.
172. Kiczka K., *Aspekty prawne bezpieczeństwa publicznego*, Acta Universitatis Wratislaviensis no. 3738, „Przegląd Prawa i Administracji” 2016, t. CVI.
173. Kiczka K., *Europeizacja społecznej gospodarki rynkowej w Polsce*, [w:] T. Kocowski, J. Gola (red.), *Przedsiębiorca w społecznej gospodarce rynkowej*, Wrocław 2014.
174. Kiczka K., *Funkcje administracji gospodarczej jako przedmiot badań*, [w:] B. Popowska (red.), *Funkcje współczesnej administracji gospodarczej. Księga dedykowana Profesor Teresie Rabskiej*, Poznań 2006.
175. Kiczka K., *Konstytucjonalizacja publicznego prawa gospodarczego*, [w:] L. Kieres (red.), *Nowe problemy badawcze w teorii publicznego prawa gospodarczego (z uwzględnieniem samorządu terytorialnego)*, Wrocław 2010.
176. Kiczka K., *Niektóre problemy prawne nadzoru administracyjnego w obszarze działalności gospodarczej*, [w:] C. Kociński (red.), *Nadzór administracyjny. Od prewencji do weryfikacji*, Wrocław 2006.
177. Kiczka K., *Wolność gospodarcza a interwencjonizm państwowy*, [w:] *Granice wolności gospodarczej w systemie społecznej gospodarki rynkowej. Księga Jubileuszowa z okazji 40-lecia pracy naukowej prof. dr hab. Jana Grabowskiego*, Katowice 2004.
178. Kiczka K., *Wybrane zagadnienia kontroli współdziałania podmiotów publicznych i prywatnych w sferze gospodarki komunalnej*, Acta Universitatis Wratislaviensis no. 3555, „Przegląd Prawa i Administracji” 2014, t. XCVIII.
179. Kieres L., *Europejskie standardy prawne w sytuacji samorządu terytorialnego*, [w:] *Granice wolności gospodarczej w systemie społecznej gospodarki rynkowej. Księga Jubileuszowa z okazji 40-lecia pracy naukowej prof. dr hab. Jana Grabowskiego*, Katowice 2004.
180. Kieres L., *Konstytucyjne publiczne prawo gospodarcze*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2014, R. LXXXVI, z. 2.
181. Kieres L., *Orzecznictwo trybunału konstytucyjnego wobec stanowiska ustawodawcy*, [w:] A. Błaś, J. Boć (red.), *Stan i kierunki rozwoju nauk administracyjnych*, Wrocław 2014.
182. Kieres L., *Samorząd terytorialny – rozwój ustroju i instytucji prawnych*, [w:] L. Kieres (red.), *Nowe problemy badawcze w teorii publicznego prawa gospodarczego (z uwzględnieniem samorządu terytorialnego)*, Wrocław 2010.
183. Kieres L., *Samorządowy sektor gospodarczy*, [w:] R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel (red.), *System prawa administracyjnego*, t. 8B. *Publiczne prawo gospodarcze*, Warszawa 2013.

184. Kieres L., *Skarga konstytucyjna jako instrument ochrony interesu przedsiębiorcy*, [w:] R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel (red.), *System prawa administracyjnego*, t. 8B. *Publiczne prawo gospodarcze*, Warszawa 2013.
185. Kieres L., *Spoleczna gospodarka rynkowa w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego*, [w:] T. Kocowski, J. Gola (red.), *Przedsiębiorca w społecznej gospodarce rynkowej*, Wrocław 2014.
186. Klafkowski A., *Przedmowa*, [w:] J. Stefanowicz (red.), *Bezpieczeństwo współczesnych państw*, Warszawa 1984.
187. Klat-Wertelecka L., *Nadzór w administracyjnym prawie materialnym (farmaceutyczny, weterynaryjny, budowlany, pedagogiczny)*, [w:] C. Kociński (red.), *Nadzór administracyjny. Od prewencji do weryfikacji*, Wrocław 2006.
188. Klonowski K., *Władztwo zakładowe*, [w:] J. Łukasiewicz (red.), *Władztwo administracyjne. Administracja publiczna w sferze imperium i w sferze dominium*, Rzeszów 2012.
189. Klonowiecki W., *Strona w postępowaniu administracyjnym*, Lublin 1938.
190. Klonowski W., *Zakład publiczny w prawie polskim*, Lublin 1933.
191. Kiliński A., *Jakość*, Warszawa 1979.
192. Kmiecik Z., *Ogólne zasady prawa i postępowania administracyjnego*, Warszawa 2000.
193. Kmiecik Z., *Skuteczność regulacji administracyjnoprawnej*, Łódź 1994.
194. Knosala E., *Pojęcie administracji świadczącej w polskiej literaturze prawa administracyjnego*, [w:] K. Podgórski (red.), *Regulacja prawna administracji świadczącej*, Katowice 1985.
195. Knosala E., *Zadanie współczesnej administracji publicznej*, [w:] M. Baron-Wiaterek (red.), *Ustrojowo-prawne instrumenty polityki społecznej*, Gliwice 2005.
196. Knowles T., *Zarządzanie hotelarstwem i gastronomią*, tłum. G. Górka, Warszawa 2001.
197. Kociński C., *Stosunek kierowania jako podstawa więzi między Prezesem Rady Ministrów a wojewodami*, [w:] C. Kociński (red.), *Nadzór administracyjny. Od prewencji do weryfikacji*, Wrocław 2006.
198. Kocowski T., *Gmina a Ochotnicze Straże Pożarne w wykonywaniu zadań w zakresie ochrony przeciwpożarowej*, *Acta Universitatis Wratislaviensis* no. 3798, „Prawo” 2017, t. CCCXXIII.
199. Kocowski T., *Komercjalizacja, prywatyzacja a podmioty administracji gospodarczej*, *Acta Universitatis Wratislaviensis* no. 3661, „Przegląd Prawa i Administracji” 2015, t. C/1.
200. Kocowski T., *Od administracji zarządzającej do administracji nadzorczej*, [w:] M. Guziński (red.), *Administracja publiczna pod rządami prawa Księga pamiątkowa z okazji 70-lecia urodzin prof. zw. dra hab. Adama Błasia*, Wrocław 2016.
201. Kocowski T., *Ograniczenia działalności gospodarczej osób pełniących funkcje publiczne – reglamentacyjna funkcja państwa na przykładzie ustawy z 21 sierpnia 1997 roku*,

- [w:] B. Popowska (red.), *Funkcje współczesnej administracji gospodarczej. Księga dedykowana Profesor Teresie Rabskiej*, Poznań 2006.
202. Kocowski T., *Partnerstwo publiczno-prywatne w praktyce samorządu terytorialnego*, [w:] M. Stręciwilk, A. Panasiuk (red.), *Funkcjonowanie systemu zamówień publicznych – aktualne problemy i propozycje rozwiązań. X Konferencja Naukowa, 26-27 czerwca 2017 r., Białystok*, Warszawa 2017.
203. Kocowski T., *Reglamentacja działalności gospodarczej w Polskim administracyjnym prawie gospodarczym*, Wrocław 2009.
204. Kocowski T., *Reglamentacja formą interwencjonizmu państwowego w społecznej gospodarce rynkowej*, [w:] U. Kalina- Prasznic (red.), *Państwo i rynek. Obszary zawodności*, Wrocław 2011.
205. Kocowski T., Gruszka M., *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym a bezpieczeństwo zdrowotne obywateli na ratunek. Ratunek dla ratowników*, „Menedżer Zdrowia” sierpień 2011, t. 6.
206. Kocowski T., Paplicki M., *Forma podmiotu leczniczego a świadczenia zdrowotne*, Acta Universitatis Wratislaviensis no. 3798, „Prawo” 2017, t. CCCXXII.
207. Kocowski T., Paplicki M., *Opinia dotycząca projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw w wersji z dnia 14 października 2016 roku*, Wrocław 15 IX 2016.
208. Kocowski T., Paplicki M., *Ratownictwo medyczne – czy wyłącznie państwowe?*, [w:] J. Blicharz (red.), *Prawne aspekty prywatyzacji*, Wrocław 2012.
209. Komierzyńska E., Zdyb M., *Klauzula interesu publicznego w działaniach administracji publicznej*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” 2016, vol. LXIII, nr 2.
210. Komotowicz E., *Podstawowe pojęcia teoretyczne w nauce prawa administracyjnego*, [w:] M. Chmaj (red.), *Prawo administracyjne. Część ogólna*, Warszawa 2004.
211. Kondratiewa-Bryzik J., *Początek prawnej ochrony życia ludzkiego w świetle standardów międzynarodowych*, Warszawa 2009.
212. Konopka A., *Bezpieczeństwo sanitarne wojsk. Polskie formacje wojskowe w Rosji (1914-1917)*, Białystok 2011.
213. Korczak J., *Władztwo jako podstawa samodzielności jednostek samorządu terytorialnego*, [w:] J. Łukasiewicz (red.), *Władztwo administracyjne. Administracja publiczna w sferze imperium i w sferze dominium*, Rzeszów 2012.
214. Korczak J., Cendrowicz D., *Dywersyfikacja zadań samorządu terytorialnego*, [w:] T. Bąkowski (red.), *Organizacja administracji publicznej z perspektywy powierzonych jej zadań*, Warszawa 2015.
215. Kosikowski C., *Komentarz do art. 6*, [w:] C. Kosikowski, *Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej. Komentarz*, wyd. 6, Warszawa 2011.

216. Kosikowski C., *Publiczne prawo gospodarcze Polski i Unii Europejskiej*, wyd. 4, Warszawa 2010.
217. Kosydar-Bochenek J., Ozga D., Szymańska J., Lewandowski B., *System ratownictwa medycznego na świecie a system polski*, „Zdrowie Publiczne” 2012, nr 122(1).
218. Kość A., *Podstawy filozofii prawa*, Lublin 2001.
219. Kowalczyk B., *Między bezpieczeństwem wewnętrznym a ochroną jednostki (na wybranym przykładzie)*, [w:] A. Chajbowicz, T. Kocowski (red.), *Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach terenowej administracji publicznej*, Wrocław 2009.
220. Kowalik, S., Ratajska A., Szmaus A., *W poszukiwaniu nowego wymiaru jakości życia związanego ze stanem zdrowia*, [w:] L. Wołowicka (red.), *Jakość życia w naukach medycznych. QOL in medical sciences*, Poznań 2001.
221. Kozicka B., Pszczyński M., *Praworządność a interes indywidualny i interes społeczny – dylematy imperium et libertas*, [w:] J. Supernat (red.), *Między tradycją a przyszłością w nauce prawa administracyjnego. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Janowi Bociowi*, Wrocław 2009.
222. Koźmiński J., *Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych*, „Polityka Społeczna” 2000, nr 7.
223. Kraszewski S., *Świadczenia w zakresie oświaty, ochrony zdrowia, kultury (problematyka administracyjnoprawna)*, [w:] E. Łętowska (red.), *Obywatel – przedsiębiorstwo (Zagadnienia prawne świadczeń na rzecz konsumenta)*, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź 1982.
224. Krotkiewska L., *Rozwój administracji służby zdrowia w PRL*, Warszawa 1968.
225. Król M., *Pojęcie luzu normatywnego stosowania prawa*, „Państwo i Prawo” 1979, z. 6.
226. Krupa A. (red.), *Encyklopedia PWN*, Warszawa 2003.
227. Krzyś J., *Służba zdrowia wojsk Polskich w latach 1806-1807*, Grudziądz 2011.
228. Krzyś J., *Wkład Percy’ego do rozwoju wojskowej służby zdrowia*, „Lekarz Wojskowy” 1982, nr 1-2 (1), t. 57.
229. Krzyżanowski W., *Teoria produkcji usług*, „Ekonomista” 1947, nr 3-4.
230. Książkowski M., *System zabezpieczenia społecznego w krajach nordyckich*, Warszawa 1988.
231. Kubot Z., *Rodzaje komercjalizacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 1.
232. Kubot Z., *Rynek usług medycznych*, [w:] U. Kalina-Prasznik (red.), *Państwo i rynek. Obszary zawodności*, Wrocław 2011.
233. Kubot Z., *Transfer mienia w zakresie przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 4.

234. Kukułka J., *Kształtowanie nowego ładu międzynarodowego*, [w:] D.B. Borow, E. Haliżak, R. Zięba (red.), *Bezpieczeństwo narodowe i międzynarodowe u schyłku XX wieku*, Warszawa 1997.
235. Kukułka J., *Narodziny nowych koncepcji bezpieczeństwa*, [w:] J. Kukułka (red.), *Bezpieczeństwo międzynarodowe w Europie Środkowej po zimnej wojnie*, Warszawa 1994.
236. Kundera E., *Leksykon myślicieli politycznych i prawnych*, wyd. 3 uzupełnione i zmienione, Warszawa 2009.
237. Kunikowski J., *Bezpieczeństwo, kryzysy i zagrożenia w życiu współczesnego człowieka*, [w:] M. Cieślarczyk, A. Filipek, A.W. Świdorski, J. Ważniewska (red.), *Pokonać kryzys – żyć bezpieczniej*, Siedlce 2010.
238. Kulesza M., *O kolizji interesów w prawie administracyjnym*, Acta Universitatis Wratislaviensis no. 857, „Prawo” 1985, t. CXLIII.
239. Kulesza M., *Z orzecznictwa sądowego. Materiały do nauki prawa administracyjnego*, Warszawa 1985.
240. Kuta T., *Aspekty prawne działań administracji publicznej w organizowaniu usług*, Wrocław 1969.
241. Kuta T., *Funkcje współczesnej administracji i sposoby ich realizacji*, Acta Universitatis Wratislaviensis no. 1458, „Prawo” 1992, t. CCXVII.
242. Kuta T., *Zaspokajanie potrzeb socjalno-bytowych i oświatowo-kulturalnych obywateli*, [w:] T. Rabska (red.), *System prawa administracyjnego*, t. IV, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1980.
243. Kuźniar R., *Prawa człowieka. Prawo, instytucje, stosunki międzynarodowe*, Warszawa 2000.
244. Kwiatkowska B., *Problemy bezpieczeństwa w samorządowej kampanii wyborczej*, „Zeszyty Naukowe SGSP” 1999, Nr 22.
245. Kwiatkowski S., Kwiatkowska-Drożdż A., *O bezpieczeństwie obywateli i zarządzaniu kryzysowym*, Tyczyn 2005.
246. Lach D.E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011.
247. Lang J., *Prawo administracyjne*, (red.) M. Wierzbowski, Warszawa 2011.
248. Lang W., Wróblewski J., Zawadzki S., *Teoria państwa i prawa*, Warszawa 1980.
249. Lange O., *Ekonomia społeczna*, t. 1, Warszawa 1967.
250. Laskowska M., hasło *Interes publiczny*, [w:] E. Bojanowski, K. Żukowski (red.), *Leksykon prawa administracyjnego. 100 podstawowych pojęć*, Warszawa 2009.
251. Leoński Z., *Funkcje (zadania i kompetencje) realizowane przez podmioty prawa prywatnego (tezy referatu)*, [w:] *Administracja i prawo administracyjne u progu trzeciego tysiąclecia. Materiały konferencji naukowej katedr prawa i postępowania administracyjnego*, Łódź 2000.

252. Leoński Z., *Zarys prawa administracyjnego*, Warszawa 2004.
253. Leowski J., *Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia*, „Prawo i Medycyna” 2000, t. 6-7 (vol. 2).
254. Lewicka R., *Kontrola prawotwórstwa administracji o charakterze powszechnie obowiązującym*, Warszawa 2008.
255. Lipowicz I., *Polska wizja państwa prawa. Dylematy przebudowy państwa według reguł państwa prawa – aspekt publicznoprawny*, [w:] G. Ulicka, S. Wronkowska (red.), *Spory wokół teorii i praktyki państwa prawa*, Warszawa 2011.
256. Lipowicz I., *Zakłady administracyjne*, [w:] Z. Niewiadomski (red.), *Prawo administracyjne. Część ogólna*, Warszawa 2000.
257. Lisiecki M., *Zarządzanie bezpieczeństwem publicznym (prawo i administracja, bezpieczeństwo wewnętrzne, podręcznik akademicki)*, Warszawa 2011.
258. Lisiecki M., Kwiatkowska-Basałaj B., *Pojęcie bezpieczeństwa oraz prognostyczny model jego zapewnienia*, [w:] P. Tyrała (red.), *Zarządzanie bezpieczeństwem*, Kraków 2000.
259. Lisowski P., *Nadzór nad działalnością gminną związany z samorządowymi jednostkami organizacyjnymi*, [w:] C. Kociński (red.), *Nadzór administracyjny. Od prewencji do weryfikacji*, Wrocław 2006.
260. Lisowski P., *Organizacja prawna administracji publicznej wobec przemian cywilizacyjnych*, [w:] J. Zimmermann, P.J. Suwaj (red.), *Wpływ przemian cywilizacyjnych na prawo administracyjne i administrację publiczną*, Warszawa 2013.
261. Lisowski P., *Pojęcie bezpieczeństwa w obowiązującym systemie prawa – kilka refleksji na temat normatywizacji problematyki bezpieczeństwa*, *Acta Universitatis Wratislaviensis*, no. 3738, „Przegląd Prawa i Administracji” 2016, t. CVI.
262. Lisowski W., *Tradycja medycyny polskiej przyszłość wytyczająca*, „Lekarz Wojskowy” 1981, nr 9-10 (V).
263. Longchamps de Bérier F., *Poglądy nauki niemieckiej i austriackiej na publiczne prawa podmiotowe*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Wrocławskiego” 1960, Seria A, Nr 21.
264. Longchamps de Bérier F., *Z rodowodu prawa podmiotowego*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Wrocławskiego” 1961, Seria A, Nr 34.
265. Ludwikowski R.R., *Prawo konstytucyjne porównawcze*, Toruń 2000.
266. Łabno A., *Skarga konstytucyjna w Konstytucji III RP*, [w:] B. Banaszak, A. Preisner (red.), *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, Warszawa 2002.
267. Łastawski K., *Pojęcie i główne wyznaczniki bezpieczeństwa narodowego i międzynarodowego*, [w:] W. Fehler (red.), *Współczesne bezpieczeństwo*, Toruń 2003.
268. Łętowski J., *Prawo administracyjne. Zagadnienia podstawowe*. Warszawa 1990.
269. Łopatka A., *Jednostka, jej prawa człowieka*, Warszawa 2002.

270. Łopatka A., *Socjalistyczna a burżuazyjna koncepcja praw i obowiązków obywatelskich*, [w:] *Prawa obywatelskie i administracja państwa. Polska-Austria*. Wrocław 1983.
271. Łunarski J., *Zarządzanie jakością*, Rzeszów 1998.
272. Maciołek M., *O publicznym prawie podmiotowym*, „Samorząd Terytorialny” 1992, nr 1-2.
273. Makowiec A.P., Czerwiński M., *Podstawy ratownictwa taktycznego*, Warszawa 2014.
274. Malaka A., *Opieka zdrowotna a rehabilitacja inwalidów. Opieka zdrowotna. Materiały V Kolokwium Ubezpieczenia Społecznego*, Wrocław, wrzesień 1989, Wrocław 1989.
275. Malinowska I., *Prawa człowieka i ich ochrona międzynarodowa*, Warszawa 1996.
276. Małajny R., *Konfesyjne przesłanki uchwalenia amerykańskiej Karty Praw*, „Prawa Człowieka” 1994, z. 1.
277. Maneli M., *Historia doktryn polityczno-prawnych*, t. II. *Czasy nowożytne (wiek XVI-XVII)*, Warszawa 1968.
278. Marczyński D., Grosset R., *Organizacja ratownictwa medycznego w krajowym systemie ratowniczo-gaśniczym*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2000, t. II, nr 1.
279. Maresz I.E., *Kilka słów o pomocy w nagłych wypadkach po wsiach rolnych i miasteczkach*, Warszawa 1899.
280. Masłow A., *Motywacja i osobowość*, Warszawa 1990.
281. Maślanka M., *Organizacja systemu ratownictwa medycznego w Stanach Zjednoczonych na przykładzie Erie w Pensylwanii – cz. I*, „Na Ratunek” 2007, nr 1.
282. Matowicka E., *Środki kontroli decyzji administracyjnych*, [w:] B. Krupa (red.), *Kontrola administracji publicznej. Zakres i procedury*, Warszawa 2013.
283. Mayer O., *Deutsches Verwaltungsrecht*, wyd. 2 Berlin 1914.
284. Michalska A., Wronkowska S., *Zasady tworzenia prawa*, Poznań 1983.
285. Mickiewicz A., *Państwowe Ratownictwo Medyczne*, [w:] A. Mickiewicz, M. Bujnowska, J. Żółtańska, A. Wysowska, J. Adamiak, M. Wasilewski, *Medyczne czynności ratunkowe – podręcznik dla studentów ratownictwa medycznego*, Legnica 2014.
286. Miemieć M., *Prewencja i weryfikacja w ramach nadzoru i kierownictwa w ujęciu tradycyjnym*, [w:] C. Kociński (red.), *Nadzór administracyjny. Od prewencji do weryfikacji*, Wrocław 2006.
287. Miemieć M., *Stany nadzwyczajne (stan wojenny, stan wyjątkowy, stan klęski żywiołowej) w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, Acta Universitatis Wratislaviensis no. 3738, „Przegląd Prawa i Administracji” 2016, t. CVI.
288. Mikołajczyk B., *Światowe, europejskie i krajowe inicjatywy na rzecz osób starszych*, [w:] *Osoby starsze w przestrzeni życia społecznego*, Katowice 2014.
289. Mikos M., *Komentarz do art. 15*, [w:] S. Poździejch (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2013.

290. Moczuk E., *Bezpieczeństwo w społeczności lokalnej w opiniach uczniów szkół gimnazjalnych*, [w:] M. Grzybowski, J. Tomaszewski (red.), *Bezpieczeństwo w administracji i biznesie*, Gdynia 2007.
291. Moczuk E., *Spoleczne poczucie bezpieczeństwa. Studium socjologiczne i kryminologiczne na podstawie badań mieszkańców województwa podkarpackiego*, Rzeszów 2005.
292. Mokrzycka A., *Prawo do ochrony zdrowia. Konstytucyjny priorytet czy źródło dylematów w ochronie zdrowia?*, Kraków 2014.
293. Moks M., *Szwedzki system ochrony zdrowia – wybrane kierunki jego reformowania*, „Oeconomia Copernicana” 2010, nr 1.
294. Motyka K., *Prawa człowieka. Wprowadzenie. Wybór źródeł*, Lublin 2004.
295. Murawow L. *Zdrowie dobrem społecznym: mit czy rzeczywistość?*, [w:] I. Murawow, A. Nowak (red.), *Zdrowie dobrem społecznym. Materiały międzynarodowego sympozjum*, Radom 2010.
296. Myszewski J.M., *Po prostu jakość. Podręcznik zarządzania jakością*, Warszawa 2009.
297. Nepelski M., *Gwarancje zarządzania kryzysowego. Wybrane zagadnienia*, Szczytno 2014.
298. Noiron D., *System ratownictwa medycznego w Belgii*, tłum. M. Chuchła, „Na Ratunek” 2012, t. 2.
299. Nosko J., *Pojęcie świadczenia zdrowotnego w świetle uregulowań prawnych*, „Zdrowie Publiczne” 1999, nr 10.
300. Nosko J., *Promocja zdrowia i ochrona zdrowia jako zadania własne samorządu terytorialnego*, cz. 1, „Zdrowie Publiczne” 2000, nr 4.
301. Noszczyk W., *Przedmowa*, [w:] M. Sych, *Resuscytacja. Teoria i praktyka żywienia*, Warszawa 1995.
302. Nowacki J., *Rządy prawa. Dwa problemy*, Katowice 1995.
303. Nowacki J., Tobor Z., *Wstęp do prawoznawstwa*, Katowice 1999.
304. Nowak E., Nowak M., *Zarys teorii bezpieczeństwa narodowego. Zarządzanie bezpieczeństwem*, Warszawa 2011.
305. Nowak M., *Trzy generacje praw człowieka. Ich znaczenie w świetle przesłanek ideowych i historycznych oraz w świetle ich genezy*, [w:] B. Banaszak (red.), *Prawa człowiek. Geneza, koncepcje, ochrona*, Wrocław 1993.
306. Nowak-Kubiak J., *Komentarz do art. 117*, [w:] J. Nowak-Kubiak, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, wyd. 1, Warszawa 2012.
307. Nowicki M.A., *Wprowadzenie do interpretacji EKPCz*, „Europejski Przegląd Sądowy” 2010, nr 1.

308. Ochendowski E., *Organy administracji niezespólonej i zakłady administracyjne*, [w:] J. Jendroška (red.), *System prawa administracyjnego*, t. II, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1987.
309. Ochendowski E., *Prawo administracyjne. Część ogólna*, Toruń 2009.
310. Ochendowski E., *Zakład administracyjny jako podmiot administracji państwowej*, Poznań 1969.
311. Okolski A., *Wykład prawa administracyjnego oraz prawa administracyjnego obowiązującego w Królestwie Polskim*, t. 1, Warszawa 1880.
312. Olejniczak-Szałowska E., *Zasada legalności i równości wobec prawa*, [w:] M. Stahl (red.), *Prawo administracyjne. Pojęcia, instytucje, zasady w teorii i orzecznictwie*, Warszawa 2004.
313. Olejniczak-Szałowska E., *Zasada pomocniczości (subsidiarności)*, [w:] M. Stahl (red.), *Prawo administracyjne. Pojęcia, instytucje, zasady w teorii i orzecznictwie*, Warszawa 2004.
314. Olszewski H., Zmierzak M., *Historia doktryn politycznych i prawnych*, wyd. II, Poznań 2001.
315. Oniszczyk J., *Konstytucja w świetle orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego na początku XXI w.*, Warszawa 2004.
316. Oniszczyk J., *Prawo, jego tworzenie i systematyka (wybrane zagadnienia)*, Warszawa 1999.
317. Opalek K., *Prawo podmiotowe. Studium z teorii prawa*, Warszawa 1957.
318. Osiatyński W., *Filozofia i historia praw człowieka*, [w:] A. Rzepliński (red.), *Prawa człowieka a policja. Problemy teorii i praktyki*, Legionowo 1994.
319. Osiatyński W., *Prawa człowieka i ich granice*, Kraków 2011.
320. Osiatyński W., *Wprowadzenie do pojęcia praw człowieka*, [w:] *Szkoła Praw Człowieka. Teksty wykładów*, Warszawa 1996.
321. Ostrzyżek A., *Prawo do ochrony zdrowia w świetle artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, „Prawo i Medycyna” 2005, t. 4.
322. Owcorz-Cydzik B., *Organizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1990-2005- zasady kształtowania rynku świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym*, [w:] A. Frączkiewicz-Wronka (red.), *Ochrona zdrowia w regionie. Aspekty organizacyjne i prawne*, Katowice 2005.
323. Pacud R., *Standard bezpieczeństwa socjalnego jako kategoria normatywno-wzorcowa polityki zabezpieczenia społecznego*, „Polityka Społeczna” 2002, nr 9.
324. Paczkowska M., *Prawo dla ratowników medycznych*, Warszawa 2016.

325. Pakuła A., *Bezpieczeństwo publiczne jako dobro wspólne (kilka uwag i refleksji)*, [w:] A. Chajbowicz, T. Kocowski (red.), *Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach terenowej administracji publicznej*, Wrocław 2009.
326. Pakuła A., *Interes publiczny i użyteczność publiczna jako kryterium zadań samorządu terytorialnego*, [w:] *Administracja i prawo administracyjne u progu trzeciego tysiąclecia. Materiały konferencji naukowej katedr prawa i postępowania administracyjnego*, Łódź 2000.
327. Paplicki M., *Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli w państwowym systemie bezpieczeństwa*, Acta Universitatis Wratislaviensis no. 3738, „Przegląd Prawa i Administracji” 2016, t. CVI.
328. Paplicki M., Susło R., Kwiaton M., Drobnik J., Styka L., Niewińska K., Chourasia G., Godziński J., *Oczekiwania pacjenta co do jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych*, [w:] J. Jakubaszko (red.), *Postępy medycyny ratunkowej 2019*, Wrocław 2019.
329. Paszkudzki A., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 17 marca 1921. Komentarz*, Warszawa-Lwów 1926.
330. Pawłowska M., *Działalność lecznicza*, [w:] M. Miemieć (red.), *Materialne prawo administracyjne*, Warszawa 2013.
331. Peretiatkowicz A., *Podstawowe pojęcia prawa administracyjnego*, wyd. 2 przejrzone i uzupełnione, Poznań 1947.
332. Piechota M., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia jako prawo socjalne i prawo podstawowe*, „Roczniki Administracji i Prawa. Teoria i Praktyka” 2012, r. XII.
333. Piechowiak M., *Filozofia praw człowieka. Prawa człowieka w świetle ich międzynarodowej ochrony*, Lublin 1999.
334. Piekara A., *Jakość administracji w Polsce. Zarys współczesnej problematyki*, Warszawa 2010.
335. Pietrzyk M., Gaca M., *Przyjęcie nagłego porodu pozaszpitalnego przez zespół ratownictwa medycznego – porodowa lista kontrolna*, „Emergency Medical Service. Ratownictwo Medyczne” 2015, t. 2, z. 1.
336. Pietrzyk M., Witkowski A., Gaca M., Bręborowicz G., *Zastosowanie aktualnych standardów położniczych przez ratowników medycznych w wybranych nieprawidłowościach w przebiegu nagłego porodu pozaszpitalnego*, „Polish Journal of Emergency Medicine” 2014, t. 7, nr 14.
337. Pietrzyk M., Witkowski A., Gaca M., Bręborowicz G.H., *Zastosowanie aktualnych standardów położniczych w odbieranym przez ratownika medycznego nagłym porodzie pozaszpitalnym*, „Polish Journal of Emergency Medicine” 2013, t. 6, nr 12.

338. Pieprzyk P., *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia – szanse, możliwości i zagrożenia*, [w:] M. Łyszczak, M. Węgrzyn, D. Wasilewski (red.), *Przekształcenia jako reakcja na nową dynamikę rynku ochrony zdrowia*, Wrocław 2012.
339. Pieprzny S., Ura E., Ura M., *Umowy o partnerstwie publiczno-prywatnym jako czynnik efektywności i sprawności działań samorządu terytorialnego*, [w:] E. Ura (red.), *Sprawność działań administracji samorządowej*, Rzeszów 2006.
340. Piotrowski W., *Polska medycyna oświecenia*, Jawor 1997.
341. Piotrowska P., Szczerbowski J., *Wpływ przemian kulturowych na kształtowanie się norm prawa cywilnego. Kilka refleksji na przykładzie prawa spadkowego wspólnoty autonomicznej Katalonii*, [w:] B. Sitek, G. Dammacco, J.J. Szczerbowski (red.), *Prawo do życia w wielokulturowej Europie. Materiały V Międzynarodowej Konferencji Praw Człowieka. Olsztyn 30-31 maja 2005*, t. 2. Olsztyn-Bari 2007.
342. Plantz S.H., Wipfler E.J., *Medycyna ratunkowa*, tłum. J. Bogdański *et al.*, wyd. 2, Wrocław 2008.
343. Płoszka A., *Koncepcja marginesu oceny w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka – zarys problematyki*, [w:] A. Garnuszek, P. Sosnowski (red.), *Rola Trybunałów i Doktryny w Prawie Międzynarodowym*, Warszawa 2010.
344. Pochopień P., *Komentarz do art. 26*, [w:] S. Poździoch (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2013.
345. Pochopień P., *Komentarz do art. 39a*, [w:] S. Poździoch (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2013.
346. Podgórska-Klawe Z., *Od hospicjum do współczesnego szpitala. Rozwój historyczny problematyki szpitalnej w Polsce do końca XIX wieku*, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź 1981.
347. Podgórska-Klawe Z., *Szpitala warszawskie 1388-1945*, Warszawa 1975.
348. Podlasin A., *Taktyczne ratownictwo medyczne*, Warszawa 2015.
349. Pokruszyński W., *Teoretyczne aspekty bezpieczeństwa*, Józefów 2010.
350. Pozner Ch.N., Zane R., Nelson S.J., Levine M., *International EMS Systems: The United States: past, present, and future*, “Resuscitation” 2014, no 60.
351. Poździoch S., *Komentarz do art. 3*, [w:] S. Poździoch (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2013.
352. Poździoch S., *Komentarz do art. 57*, [w:] S. Poździoch (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2013.
353. Poździoch S., *Wprowadzenie*, [w:] S. Poździoch (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2013.

354. Prasznic U., *Finansowanie ochrony zdrowia*, [w:] J. Jończyk (red.), *Opieka zdrowotna. Materiały V Kolokwium Ubezpieczenia Społecznego*, Wrocław, wrzesień 1989, Wrocław 1989.
355. Przybysz P., *Publiczne prawa podmiotowe*, [w:] M. Wierzbowski (red.), *Prawo administracyjne*, wyd. 10, Warszawa 2011.
356. Przybysz P., *Tradycyjne pojęcie prawa administracyjnego – potrzeba i sposób ich dalszego używania*, [w:] J. Zimmermann (red.), *Koncepcja systemu prawa administracyjnego. Zjazd Katedr Prawa Administracyjnego, Zakopane 24-27 wrzesień 2006 r.*, Warszawa 2007.
357. Przybyszewska-Szter B., *Wolność i prawa osobiste*, [w:] M. Chmaj (red.), *Wolność i prawa człowieka w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2008.
358. Rabiega A., *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniach podmiotów administrujących w sferze opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009.
359. Rabiega-Przyłęcka A., *Przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe (w świetle przepisów ustawy o działalności leczniczej)*, [w:] M. Węgrzyn, M. Łyszczak, D. Wasilewski (red.), *Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce. Nowe wyzwania*, Wrocław 2013.
360. Rabska T., *Prawo administracyjne stosunków gospodarczych*, Poznań-Warszawa 1977.
361. Rabska T., *Przywracanie ciągłości pojęć prawnych*, [w:] A. Łopatka, A. Wróbel, S. Kiewlicz (red.), *Państwo prawa – Administracja – Sądownictwo. Prace dedykowane prof. dr hab. Januszowi Łętowskiemu*, Warszawa 1999.
362. Radkowski R., *Krajowy System Ratowniczo-Gaśniczy jako element organizacji ratownictwa i ochrony ludności w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy” 2015, nr 14 (1).
363. Radwański Z, Olejniczak A., *Prawo cywilne – część ogólna*, Warszawa 2013.
364. Raszewska-Skałecka R., *Miejsce statutu i regulaminu zakładu administracyjnego w systemie źródeł prawa. Kwestie wybrane*, Acta Universitatis Wratislaviensis no. 3052, „Przeгляд Prawa i Administracji” 2008, t. LXXVII.
365. Redelbach A., *Prawa naturalne – prawa człowieka – wymiar sprawiedliwości. Polacy wobec Europejskiej Konwencji Praw Człowieka*, Toruń 2000.
366. Redelbach A., Wronkowska, S., Ziemiński, Z., *Zarys teorii państwa i prawa*, Warszawa 1993.
367. Ręclawowicz S., Wrzesiński J.A., *Krajowy System Ratowniczo-Gaśniczy w systemie bezpieczeństwa wewnętrznego Państwa*, Acta Universitatis Wratislaviensis no. 3738, „Przeгляд Prawa i Administracji” 2016, t. CVI.
368. Rojek R., *Bezpieczeństwo publiczne w Polsce – wnioski z badań*, Warszawa 2010.

369. Romaniuk P., *Organizacja bezpieczeństwa państwa w perspektywie zagrożeń zdrowotnych*, [w:] T. Holecki (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli w kontekście europeizacji zjawisk społecznych*, Poznań 2013.
370. Ropek M., *Karol Kaczkowski jako lekarz i obywatel kraju*, Warszawa 1983.
371. Różyński M., *Prawo do życia w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku*, „Polski Rocznik Prawa Człowieka i Prawa Humanitarnego” 2015, nr 6.
372. Rudzki S., *Zarys historii szpitalnictwa wojskowego w Polsce*, „Lekarz Wojskowy” 1927, R. VIII, T. IX, nr 5.
373. Rutecka J., Więckowska B., *Rynkowa polityka społeczna*, [w:] M. Grewiński, A. Karwacki (red.), *Innowacyjna polityka społeczna*, Warszawa 2015.
374. Rutkowska-Tomaszewska E., *Jednostki sektora finansów publicznych*, [w:] J. Blicharz (red.), *Prawne aspekty prywatyzacji*, Wrocław 2012.
375. Rutkowski D., *Efektywność wykorzystywania nakładów na ochronę zdrowia w Polsce*, [w:] M. Konarski, M. Woch (red.), *Opieka zdrowotna w systemie władzy publicznej w Polsce*, Warszawa 2013.
376. Rydlewska-Liszkowska I., *Prywatyzacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej – kierunki działań w systemie ochrony zdrowia*, [w:] K. Ryć, A. Sobczak (red.), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcja, regulacje, zarządzanie*, Warszawa 2010.
377. Ryś A., *Czy ratownictwo medyczne jest potrzebne?*, [w:] J. Jakubaszko, A. Ryś (red.), *Ratownictwo medyczne w Polsce. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, Wydanie pierwsze, Kraków 2002.
378. Ryś A., Żak J., *Czy polskie ratownictwo medyczne zdąży się zmienić?*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2002, t. IV, nr 6.
379. Rytlewski T., *Komentarz do art. 51 i 54*, [w:] F. Grzegorzcyk (red.), *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, wyd. 1, Warszawa 2013.
380. Sadowska J., *Kasy Chorych w Polsce 1920-1933*, Łódź 2002.
381. Sadowski M., *Prawa człowieka – kilka uwag*, „Wrocławskie Studia Erazmiańskie. Studia Erasmiiana Wratislaviensia” 2010, z. IV.
382. Safjan M., *Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 1.
383. Safjan, M., *System ochrony zdrowia po orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego – uwarunkowania kolejnej reformy służby zdrowia*, *Sprawozdanie z seminarium „Prawa i Medycyny”*, Warszawa, 2 kwietnia 2004, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 2.
384. Sarnecki P., [w:] L. Garlicki (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. 1, Warszawa 1999.
385. Sarnecki P., *Komentarz do art. 38*, [w:] L. Garlicki (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. 3, Warszawa 2003.

386. Sarnacki P., *Komentarz do art. 38*, [w:] L. Garlicki, M. Zubik (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej – Komentarz*, t. 2, Warszawa 2016.
387. Sarnecki P., *Normy programowe w konstytucji i odpowiadające im wolności obywatelskie*, [w:] L. Garlicki, A. Szmyt (red.), *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, Warszawa 2003.
388. Sarnecki P., *Prawo konstytucyjne RP*, Warszawa 1999.
389. Sech M. (red.) *Resuscytacja – teoria i praktyka żywienia*, Warszawa 1968.
390. Seidler, G.L., *Myśl polityczna starożytności*, Kraków 1961.
391. Sierpowska I., *Bezpieczeństwo socjalne jako dobro publiczne*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy” 2015, nr 16 (3).
392. Sierpowska I., *Pomoc społeczna jako administracja świadcząca. Studium administracyjnoprawne*, Warszawa 2012.
393. Sieńkowski E., *Służba zdrowia w powstaniu styczniowym*, [w:] *Pamiętniki XII Krajowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny*, Łódź 1981.
394. Sitek M., *Prawa (potrzeby) człowieka w ponowoczesności*, Warszawa 2016.
395. Skawińska M., *Analiza funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej (na przykładach Szwecji, Wielkiej Brytanii, Polski i Niemiec)*, „Studia Medyczne” 2009, nr 13.
396. Skoczylas J.J., *Prawo ratownicze*, wyd. 2, Warszawa 2011.
397. Skrabacz A., *Organizacje pozarządowe wobec wyzwań i zagrożeń bezpieczeństwa narodowego Polski w XXI wieku*, Warszawa 2006.
398. Skrabacz A. *Pozarządowe formy organizacji bezpieczeństwa narodowego*, [w:] R. Jakubczak, J. Flis (red.), *Bezpieczeństwo narodowe Polski w XXI wieku. Wyzwania i strategie*, Warszawa 2011.
399. Skrzydło W., *Wstęp*, [w:] *Konstytucja Francji*, wstęp i tłum. W. Skrzydło, Warszawa 1997.
400. Skrzydło W., *Komentarz do art. 38*, [w:] W. Skrzydło, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, wyd. 6, Warszawa 2009.
401. Skrzydło-Niżnik I., *Istota i rodzaje władczych uprawnień administracji państwowej*, „Kra-kowskie Studia Prawnicze” 1987, nr 20.
402. Skrzypek E., *Jakość i efektywność*, Lublin 2002.
403. Sługocki J., *Prawo administracyjne*, Kraków 2003.
404. Snażyk A., Szafranski A., *Publiczne prawo gospodarcze*, wyd. 7, Warszawa 2017.
405. Sozański J., *Prawa człowieka w Unii Europejskiej (po Traktacie Lizbońskim)*, wyd. 2, War-szawa-Poznań 2010.
406. Srogosz T., *Problemy sanitarno-zdrowotne w działalności administracji Rzeczypospolitej w okresie stanisławowskim*, Łódź 1993.

407. Stachowiak P., *Administracja publiczna wobec zagrożeń w komunikacji drogowej*, [w:] J. Konieczny (red.), *Zarządzanie w sytuacjach kryzysowych. Rola i zadania administracji publicznej*, Inowrocław 2000.
408. Stahl M., *Cele publiczne i zadania publiczne*, [w:] J. Zimmermann (red.), *Koncepcja systemu prawa administracyjnego. Zjazd Katedr Prawa Administracyjnego, Zakopane 24-27 wrzesień 2006 r.*, Warszawa 2007.
409. Stahl M., *Instytucje zlecenia funkcji z zakresu administracji publicznej i prywatyzacja zadań publicznych*, [w:] M. Stahl (red.), *Prawo administracyjne. Pojęcia, instytucje, zasady w teorii i orzecznictwie*, wyd. 6, Warszawa 2016.
410. Stahl M., *Podstawowe pojęcia prawa administracyjnego*, [w:] M. Stahl (red.), *Prawo administracyjne. Pojęcia, instytucje, zasady w teorii i orzecznictwie*, wyd. 2, Warszawa 2002.
411. Stahl M., *Publiczne prawo podmiotowe*, [w:] M. Stahl (red.), *Prawo administracyjne. Pojęcia, instytucje, zasady w teorii i orzecznictwie*, wyd.5, Warszawa 2013.
412. Stahl M., *Publiczne prawo podmiotowe*, [w:] M. Stahl (red.), *Prawo administracyjne. Pojęcia, instytucje, zasady w teorii i orzecznictwie*, wyd. 6, Warszawa 2016.
413. Starościak J., *Prawo administracyjne*, Warszawa 1977.
414. Starościak J., *Studia z teorii prawa administracyjnego*, Warszawa 1967.
415. Starościak J., *Tradycje polskiego prawa organizacji służby zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 1952, R. 67.
416. Stańczyk J. *Współczesne pojmowanie bezpieczeństwa*, Warszawa 1996.
417. Stembrowicz W., *Nieco o dziejach wojskowej służby zdrowia w Polsce w okresie Królestwa Kongresowego i wojny polsko-rosyjskiej 1830-1831. Skróty referatu*, [w:] *Przełomy w historii. XVI Powszechny Zjazd Historyków Polskich, Wrocław 15-18 wrzesień 1999 roku, Pamiętniki*, t. III, cz. 4, Toruń 2001.
418. Stępień M., *Kodeks Hammurabiego*, Warszawa 1996.
419. Stylianidis E., *Wpływ antycznej cywilizacji greckiej na rozwój praw człowieka*, [w:] B. Banaszak (red.), *Prawa człowieka. Geneza, koncepcja, ochrona*, Wrocław 1993.
420. Suchorski S., *Rola Głównego Punktu Opatrunkowego w zabezpieczeniu medycznym dywizji piechoty w wojnie obronnej w roku 1939*, „Lekarz Wojskowy” 1981, nr 9-10 (V).
421. Supernat J., *Administracja publiczna, governance i nowe publiczne zarządzanie*, „Administracja. Teoria – Dydaktyka – Praktyka” 2008, nr 1 (10).
422. Supernat J., *Administracja publiczna, governance i nowe publiczne zarządzanie*, [w:] J. Blicharz, J. Boć (red.), *Prawna działalność instytucji społeczeństwa obywatelskiego*, Wrocław 2009.
423. Supernat J., *Niepewność*, [w:] A. Błaś (red.), *Pewność sytuacji prawnej jednostki w prawie administracyjnym. II Krakowsko-Wrocławskie Spotkanie Naukowe Administratywistów*, Warszawa 2012.

424. Supińska J., *Dylematy polityki społecznej*, Warszawa 2014.
425. Sygit M., *Zdrowie publiczne*, Warszawa 2010.
426. Sygit M., *Zdrowie publiczne*, wyd. 2, Warszawa 2017.
427. Symon E., *Wypadki drogowe w Polsce*, Warszawa 2017.
428. Symonides J., *Problemy pokoju i bezpieczeństwa międzynarodowego we współczesnym świecie*, Wrocław 1984.
429. Szarpak Ł., *Centrum Powiadamiania Ratunkowego elementem systemu bezpieczeństwa publicznego*, „Zeszyty Naukowe WSOWL” 2011, nr 3 (161).
430. Szarpak Ł., *Organizacja ratownictwa medycznego w Polsce*, wyd. I, Warszawa 2012.
431. Szawłowski R., *Prawa człowieka a Polska*, Londyn 1982.
432. Sześciło D., *Rynek, prywatyzacja, interes publiczny. Wyzwania urynkowania usług publicznych*, Warszawa 2014.
433. Szewczyk M., *Nadzór jako instytucja materialnego prawa administracyjnego*, „Państwo i Prawo” 1997, nr 1.
434. Szmyd J., *Bezpieczeństwo jako wartość. Refleksja aksjologiczna i etyczna*, [w:] P. Tyrała (red.), Szreniawski J., *Prawo administracyjne. Część ogólna*, Lublin 1994.
435. Szopa T., *Wprowadzenie w problematykę bezpieczeństwa*, [w:] *Bezpieczeństwo człowieka we współczesnym świecie, Instytut Problemów Współczesnej Cywilizacji VI, Warszawa, kwiecień 1998*, Warszawa 1998.
436. Szpringer W., *System stanowienia prawa w Polsce*, Warszawa 2013.
437. Szubrycht T. (red.), *Leksykon bezpieczeństwa morskiego*, Gdynia 2008.
438. Szydło M., *Komentarz do art. 31*, [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP. Komentarz – Art. 1-86*, t. 1, Warszawa 2016.
439. Szydło M., *Konsorcja wykonawców realizujących zamówienia publiczne dla SPZOZ*, „Zamawiający. Zamówienia publiczne w praktyce” 2017, nr 21.
440. Szydło M., *Państwo jako przedsiębiorca. Wybrane zagadnienia prawne*, „Kwartalnik Prawa Publicznego” 2002, nr 1-2.
441. Szydło M., *Swoboda działalności gospodarczej*, Warszawa 2005.
442. Szydło M., *Wolność działalności gospodarczej jako prawo podstawowe*, Bydgoszcz-Wrocław 2011.
443. Śmiechowicz J., *Realizacja zadań z zakresu ochrony zdrowia przez samorząd terytorialny w Polsce – problemy i ocena stanu faktycznego*, [w:] M. Węgrzyn, M. Łyszczak, D. Wasilewski (red.), *Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce. Nowe wyzwania*, Wrocław 2013.
444. Śniecickowski W., *Charakter prawny świadczenia zdrowotnego jako publiczne prawo podmiotowe*, „Państwo i Prawo” 2003, nr 11.

445. Tabaczek-Bejster I., *Organizacje zajmujące się ratownictwem wodnym na ziemiach polskich (do 1969 r.)*, Rzeszów 2010.
446. Tabaszewski R., *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Lublin 2016.
447. Taras W., Wróbel A., *Zarys koncepcji państwa prawnego w praktyce rzecznika praw Obywatelskich*, „Biuletyn RPO – Materiały” 1991, z. 7.
448. Tatarczuk C., *Bezpieczeństwo – potrzeba nadrzędna codziennie*, [w:] M. Grzybowski, J. Tomaszewski (red.), *Bezpieczeństwo w administracji i biznesie*, Gdynia 2007.
449. Tischner J., *Prawa człowieka z katolickiej perspektywy*, [w:] Szkoła Praw Człowieka. *Teksty wykładów*, Warszawa 1998.
450. Tokarczyk R., *Filozofia prawa w perspektywie prawa natury*, wyd. 2, Białystok 1997.
451. Tokarczyk R., *Klasyfikacja praw natury*, Lublin 1988.
452. Tomczak M., *Nie będzie dla nich miejsca w karetkach?* „Gazeta Lekarska” 2016, nr 12 i 2017, nr 1.
453. Traczyk Z., *Sektor obywatelski i inne obszary bezpieczeństwa*, [w:] M. Lisicki red., *Zarządzanie bezpieczeństwem – wyzwania XXI wieku*, Warszawa 2008.
454. Trzciniński J., *Głosa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 lipca 2002 r. (sygn. akt I KZP 17/02)*, „Przegląd Sejmowy” 2002, t. 5(52).
455. Trzciniński T., *Komentarz do art. 79*, [w:] L. Garlicki (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. I, Warszawa 1999.
456. Trzciniński J., *Konstytucyjne prawo do zdrowia na tle art. 35 Karty podstawowych praw Unii Europejskiej*, [w:] L. Garlicki, A. Szmyt (red.), *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej. Doświadczenia i inspiracje*, Warszawa 2003.
457. Trzciniński J., *Rzeczpospolita polska dobrem wspólnym wszystkich obywateli*, [w:] Sądownictwo administracyjne gwarantem wolności i praw obywatelskich 1980-2005, Warszawa 2005.
458. Trzciniński J., Wiącek M., *Komentarz do art. 68*, [w:] L. Garlicki, M. Zubik (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. II, Warszawa 2016.
459. Trzos A., *Lekarz ratunkowy czy ratownik medyczny? Rola i zadania w nowoczesnym systemie ratownictwa przedszpitalnego*, [w:] J. Konieczny (red.), *Ratownik medyczny, problemy edukacyjne i organizacyjno-prawne*, Inowrocław-Poznań 2006.
460. Trzos A., Długosz K., *Wpływ wybranych elementów czasu reakcji systemu ratownictwa medycznego na efektywność udzielania pomocy ofierze wypadku komunikacyjnego*, „Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza” 2015, nr 39.
461. Tuleja P., *Źródła polskiego prawa konstytucyjnego*, [w:] P. Tuleja (red.), *Prawo konstytucyjne*, wyd. 2, Warszawa 1997.
462. Tyloch W., *Mojżesz*, [w:] J. Keller, W. Tyloch, E. Słuszkiewicz, T. Żbikowski, E. Szymański, *Od Mojżesza do Mahometa*, Warszawa 1979.

463. Ura E., Ura E., *Prawo administracyjne*, wyd. VII, Warszawa 2008.
464. Utrata I., *Ratownictwo – pierwsza pomoc XIX wieku według Polskiej bibliografii lekarskiej Stanisława Konopki*, [w:] B. Urbanek (red.), *Zawód ratownika medycznego na ziemiach Polskich w XIX i XX wieku*, Warszawa 2012.
465. Urbaniak M., *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Warszawa 2004.
466. Walaszek-Pyziół A., *Swoboda działalności gospodarczej*, Kraków 1994.
467. Wasilewski L., *Refleksje nad zarządzaniem jakością. W pułapkach definicji*, „Problemy Jakości” 1998, nr 1.
468. Waszkiewicz M., *Komentarz do art. 19*, [w:] S. Poździuch (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2013.
469. Waszkiewicz M., *Komentarz do art. 20*, [w:] S. Poździuch (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2013.
470. Waśkiewicz H., *Prawa człowieka a prawa rodziny*, „Chrześcijanin w Świecie” 1985, nr 4.
471. Waśkiewicz H., *Prawa człowieka, pojęcie, historia*, „Chrześcijanin w Świecie” 1978, nr 63/64.
472. Węgrzyn M., *Dostępność do świadczeń medycznych w zreformowanym systemie ochrony zdrowia*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Bezpieczeństwo socjalne*, Katowice 2003.
473. Węgrzyn M., *Uwarunkowania systemowe restrukturyzacji publicznych podmiotów leczniczych w Polsce*, Wrocław 2013.
474. Wieczorek E., *Komentarz do art. 6*, [w:] A. Powałowski (red.), *Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej. Komentarz*, Warszawa 2007.
475. Wieruszewski R., *ONZ-owski system ochrony praw człowieka*, [w:] B. Banaszak, A. Biszytyga, K. Complak, M. Jabłoński, R. Wieruszewski, K. Wójtowicz, *System ochrony praw człowieka*, Kraków 2003,
476. Wierzbowski M., Cieślak Z., Jagielski J., Lang J., Szubiakowski M., Wiktorowska A., *Prawo administracyjne*, Warszawa 2003.
477. Więckowska B., *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, Sprawne Państwo Program Ernst&Young, Warszawa 2010.
478. Więckowska E., *Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do walki z chorobami zakaźnymi – organizacja, cel i zadania (1919-1923)*, [w:] A. Felchner, B. Płonka-Syroka (red.), *Historia medycyny wojskowej na przestrzeni dziejów, Studia z Dziejów Kultury Medycznej*, t. 1, Wrocław 1977.
479. Wilczyńska A., *Interes publiczny w prawie stanowionym i orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego*, „Przegląd Prawa Handlowego” 2009, nr 6.
480. Winczorek P., *Komentarz do art. 31 ust. 2 oraz 31 ust. 3*, [w:] P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, wyd. 2 rozszerzone, Warszawa 2008.

481. Wilk A., Walczak B., *Elementy aksjologii Unii Europejskiej*, (red.) L. Gęsiak, Kraków 2009.
482. Wiśniewski L., *Pojęcie i konstrukcja praw socjalnych*, [w:] L. Wiśniewski (red.), *Podstawowe prawa jednostki i ich ochrona sądowa*, Warszawa 1997.
483. Wiśniewski F., *Pojęcie i podział usług*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1965, z. 2.
484. Wiśniewski A., *W sprawie koncepcji marginesu oceny w orzecznictwie strasburskim*, „Państwo i Prawo” 2008, nr 12.
485. Witeczak I., *Elementy ustrojowo prawne prywatnego sektora opieki zdrowotnej*, Acta Universitatis Wratislaviensis no. 2819, „Przegląd Prawa i Administracji” 2005, t. LXIX.
486. Witkowski A., Pietrzyk M., Gaca M., *Resuscytacja ciężarnej – wskazówki dla zespołu podstawowego*, „Na Ratunek” 2013, nr 1.
487. Witkowski M., *Ogólny rys ratownictwa wodnego na świecie i w Polsce*, [w:] Z. Wiatr (red.), *Ogólnopolskie Sympozjum Wodnego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego. Poznań, 8-9 maja 1976*, Poznań 1976.
488. Witt M., *Ratownictwo medyczne w Krajowym Systemie Ratowniczo-Gaśniczym w Polsce*, [w:] J. Konieczny (red.), *Ratownictwo w Polsce. Lata 1990-2010*, Warszawa-Poznań-Inowrocław 2010.
489. Witt M., Goniewicz M., *Kształcenie strażaków Państwowej Straży Pożarnej w zakresie ratownictwa medycznego w Polsce*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2011, nr 5.
490. Witt M., Popow M., Skitek-Adamczak I., *Organizacja ratownictwa w Polsce – podstawy prawne*, [w:] M. Witt, A. Dąbrowska, M. Dąbrowski (red.), *Ratownictwo medyczne. Kwalifikowana pierwsza pomoc*, Poznań 2014.
491. Włodarczyk C., *Instytucje opieki zdrowotnej, funkcje zadane a funkcje realizowane*, [w:] S. Golinowska (red.), *Zmiany i reformy w systemie zabezpieczania społecznego. W kierunku wzrostu indywidualnej odpowiedzialności*, Warszawa 1999.
492. Włodarczyk C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź-Kraków-Warszawa 1996.
493. Włodarczyk C., Poździech S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Kraków 2001.
494. Wojtaszczyk K., *Kompendium wiedzy o państwie współczesnym*, Warszawa 2000.
495. Wojtyszyn R., *Szkola prawa natury – od Hugona Grocjusza do Johna Locke’a*, Wrocław 2007.
496. Wojtczak A., *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, wyd. I, Warszawa 2009.
497. Wojtkowiak S., Talar J., Majewski W., Piotrowski F., *Zarys dziejów wojskowej służby zdrowia*, Warszawa 1974.
498. Wolter A., *Prawo cywilne. Zarys części ogólnej*, Warszawa 1967.

499. Wójtowicz K., *Common law*, [w:] H. Rot (red.), *Główne kultury prawne współczesnego świata*, Warszawa 1995.
500. Wronkowska S., *O niektórych osobliwościach konstytucji i jej interpretacji*, [w:] M. Smolak (red.), *Wykładnia Konstytucji. Aktualne problemy i tendencje*, Warszawa 2016.
501. Wróblewski W. *Roszczenia jednostki wobec administracji państwa ze szczególnym uwzględnieniem prawa wodnego i kwestii prawomocności administracyjnej*, Kraków 1906.
502. Wrześniewska-Wal I., *Publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej jako podmioty gospodarcze na rynku świadczeń zdrowotnych*, [w:] K. Ryć, A. Sobczak (red.), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcja, regulacje, zarządzanie*, Warszawa 2010.
503. Wybicki J., *Listy patriotyczne*, oprac. K. Opalek, Wrocław 1995.
504. Wybieralski A., *Dominique Jean Larrey (1766-1842). W 200 rocznicę Jego urodzin*, „Archiwum Historii Medycyny” 1966, t. XXIX.
505. Wysocki M., J., Miller M., *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe Zdrowie publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, nr 57.
506. Wyrzykowski M., *Pojęcie interesu społecznego w prawie administracyjnym*, Warszawa 1986.
507. Zacharko L., *Prywatyzacja zadań publicznych gminy. studium administracyjnoprawne*, Katowice 2000.
508. Zacharuk T., *Bezpieczeństwo edukacyjne osób niepełnosprawnych*, [w:] M. Cieślarczyk, A. Filipek, A.W. Świdorski, J. Ważniewska (red.), *Pokonać kryzys – żyć bezpieczniej*, Sielce 2010.
509. Zagórski J., *Usługi*, [w:] *Mała encyklopedia ekonomiczna*, Warszawa 1961.
510. Zagrosik M., *Organizacja opieki zdrowotnej*, [w:] J. Jończyk (red.), *Opieka zdrowotna. Materiały V Kolokwium Ubezpieczenia Społecznego*, Wrocław, wrzesień 1989, Wrocław 1989.
511. Zamorska K., *Prawa społeczne jako program przebudowy polityki społecznej*, Wrocław 2010.
512. Zaremba M., Pietrzyk M., Gaca M., *Dwuosobowe zespoły ratownictwa medycznego – rozsądny kompromis?* „Na Ratunek” 2012, nr 2.
513. Zawadzki S., *„Państwo dobrobytu”. Doktryna i praktyka*, Warszawa 1964.
514. Zdanowska J., *Problem odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego w podmiocie leczniczym*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2017, nr 2 (64).
515. Zdyb M., *Komentarz do art. 6*, [w:] M. Zdyb, M. Sieradzka, *Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej. Komentarz*, Warszawa 2013.
516. Zembrzuski L., *Rys dziejów chirurgii wojennej Polski*, Warszawa 1919.
517. Zemke-Górecka A., *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja*, Warszawa 2010

518. Zieliński T., *Ombudsman – możliwości i granice skutecznego działania*, „Państwo i Prawo” 1994, z. 9 (583).
519. Ziemiński K., Jędrzejczak M., *Pojęcie dyskrecjonalności a pojęcie luzów decyzyjnych*, [w:] K. Ziemiński, M. Jędrzejczak (red.), *Dyskrecjonalność w prawie administracyjnym*, Poznań 2015.
520. Zięba R., *Instytucjonalizacja bezpieczeństwa europejskiego. Koncepcje – struktury – funkcjonowanie*, Warszawa 2004.
521. Zięba R., *Kategoria bezpieczeństwa w nauce o stosunkach międzynarodowych*, [w:] D.B. Bobrow, E. Haliżak, R. Zięba (red.), *Bezpieczeństwo narodowe i międzynarodowe u schyłku XX wieku*, Warszawa 1997.
522. Zięba R., *Pojęcie i istota bezpieczeństwa państwa w stosunkach międzynarodowych*, „Sprawy Międzynarodowe” 1989, nr 10.
523. Zimmermann J., *Aksjomaty prawa administracyjnego*, Warszawa 2013.
524. Zimmermann J., *Prawo administracyjne*, wyd. 6, Warszawa 2014.
525. Zimmermann J., *Przedmowa*, [w:] W. Jakimowicz, *Publiczne prawa podmiotowe*, Kraków 2002.
526. Zmierzak M., *Kształtowanie się koncepcji państwa prawnego (na przykładzie niemieckiej myśli polityczno-prawnej)*, [w:] S. Wronkowska (red.), *Polskie dyskusje o państwie prawa*, Warszawa 1995.
527. Zmierzak M., *O pojmowaniu państwa prawa – perspektywa historyczna*, [w:] G. Ulicka, S. Wronkowska (red.), *Spory wokół teorii i praktyki państwa prawa*, Warszawa 2011.
528. Znamierowski C., *Elita, ustrój, demokracja*, Warszawa 2001.
529. Zoll A., *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, „Prawo i Medycyna” 2000, t. 8 (2).
530. Zubik M. (red.), *Księga XX-lecia Rzecznika Praw Obywatelskich w Polsce*, t. IV, Warszawa 2008.
531. Zubik M., *Rzecznik Praw Obywatelskich (po 20 latach istnienia urzędu)*, „Państwo i Prawo” 2008, t. 11.
532. Żukowski L.J., *Spoleczna skuteczność prawa administracyjnego*, Rzeszów-Przemyśl 2015.
533. Żurawik A., *Interes publiczny w prawie gospodarczym*, Warszawa 2013.

Wykaz aktów prawnych

1. Ustawa z dnia 19 lipca 1919 r. o przymusowym szczepieniu ochronnem przeciwko ospie (t. j. Dz. U. z 1934 r. Nr 13, poz. 113).
2. Zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 19 lipca 1919 r. (Dz.Pr.P.P. z 1919 r. Nr 63, poz. 371 ze zm.).
3. Ustawa z dnia 25 lipca 1919 r. w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych chorób, występujących nagminnie (Dz. U. z 1919 r. Nr 67, poz. 402 ze zm.).
4. Ustawa z dnia 17 marca 1921 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 1921 r. Nr 44, poz. 267 ze zm.).
5. Ustawa z dnia 2 sierpnia 1926 r. o upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy (Dz.U.R.P. Nr 78, poz. 443).
6. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 1 września 1927 r. o ochronie znaku i nazwy Czerwonego Krzyża (Dz. U. z 1927 r. Nr 79, poz. 689).
7. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 1 września 1927 r. o Stowarzyszeniu „Polski Czerwony Krzyż” (Dz. U. z 1927 r. Nr 79, poz. 688 ze zm.).
8. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o związkach międzykomunalnych (Dz. U. z 1928 r. Nr 39, poz. 386 ze zm.).
9. Konstytucja z dnia 23 kwietnia 1935 r. (Dz. U. z 1935 r. Nr 30, poz. 227).
10. Karta Narodów Zjednoczonych podpisana dnia 26 czerwca 1945 r. w San Francisco (Dz. U. z 1947 r. Nr 23, poz. 90).
11. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. (Dz. U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477 ze zm.).
12. Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz. U. z 1948 r. Nr 55, poz. 434 ze zm.).
13. Konwencja o ochronie ofiar wojny, podpisana w Genewie dnia 12 sierpnia 1949 r. (Dz. U. z 1956 r. Nr 38, poz. 171).
14. Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284).
15. Konstytucja Rzeczypospolitej Ludowej z dnia 22 lipca 1952 r. (t. j. Dz. U. z 1976 r. Nr 7, poz. 36).

16. Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 256).
17. Europejska Karta Społeczna (EKS), sporządzona w Turynie dnia 18 października 1961 r. (Dz. U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67).
18. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1145).
19. Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r. (Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167).
20. Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r. (Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169).
21. Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. – Kodeks wykroczeń (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 821).
22. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320).
23. Ustawa z dnia 28 maja 1975 r. o dwustopniowym podziale administracyjnym Państwa oraz o zmianie ustawy o radach narodowych (Dz. U. z 1975 r. Nr 16, poz. 91 ze zm.).
24. Ustawa z dnia 25 września 1981 r. o przedsiębiorstwach państwowych (t. j. Dz. U. z 2017 r. poz. 2152).
25. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2277).
26. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 59).
27. Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania (t. j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1153).
28. Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1347).
29. Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. – Prawo geodezyjne i kartograficzne (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 276).
30. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 713).
31. Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 360).
32. Ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 961).
33. Ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1123).
34. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t. j. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89).
35. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1327).
36. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 grudnia 1992 r. w sprawie zlecenia kontroli zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1992 r. Nr 96, poz. 477).

37. Traktat o Unii Europejskiej z dnia 7 lutego 1992 r. (Dz. U. C 191 z 29.7.1992).
38. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży (Dz. U. z 1993 r. Nr 17, poz. 78 ze zm.).
39. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 685).
40. Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2182).
41. Ustawa z dnia 13 września 1996 r. o utrzymaniu czystości i porządku w gminach (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1439).
42. Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 514).
43. Ustawa z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 712).
44. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm.).
45. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 153 ze zm.).
46. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1444).
47. Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 110).
48. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1175).
49. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 426).
50. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1325).
51. Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1220).
52. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 1998 r. z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. z 1998 r. Nr 37, poz. 215).
53. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 920).
54. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 512).

55. Ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej – w związku z reformą ustrojową państwa (Dz. U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668 ze zm.).
56. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz. U. z 1998 r. Nr 133, poz. 872).
57. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 października 1999 r. w sprawie utworzenia Ministerstwa Zdrowia (Dz. U. z 1999 r. Nr 91, poz. 1018).
58. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 grudnia 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad organizacji krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego (Dz. U. z 1999 r. Nr 111, poz. 1311 ze zm.).
59. Karta praw podstawowych Unii Europejskiej podpisana 7 grudnia 2000 r. w Nicei (Dz. Urz. C 326/2 z 26.10.2012 r.).
60. Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. – Prawo ochrony środowiska (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1219).
61. Dyrektywa Nr 2002/22/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europy z dnia 7 marca 2002 r. w sprawie usługi powszechnej i związanych z sieciami i usługami łączności elektronicznej praw użytkowników (dyrektywa o usłudze powszechnej) (Dz. U. UE L 108/51 z 24.4.2002 r.).
62. Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (t. j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1897).
63. Ustawa z dnia 21 czerwca 2002 r. o stanie wyjątkowym (t. j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1928).
64. Ustawa z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1580).
65. Ustawa z dnia 25 lipca 2002 r. – Prawo o ustroju sądów administracyjnych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2167).
66. Ustawa z 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2002 r. Nr 241, poz. 2073 ze zm.).
67. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391 ze zm.).
68. Ustawa z dnia 28 lutego 2003 r. – Prawo upadłościowe (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1228).
69. Ustawa z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 293).
70. Traktat między Królestwem Belgii, Królestwem Danii, Republiką Federalną Niemiec, Republiką Grecką, Królestwem Hiszpanii, Republiką Francuską, Irlandią, Republiką Włoską, Wielkim Księstwem Luksemburga, Królestwem Niderlandów, Republiką Austrii, Republiką Portugalską, Republiką Finlandii, Królestwem Szwecji, Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej (Państwami Członkowskimi Unii Europejskiej) a Republiką Czeską, Republiką Estońską, Republiką Cypryjską, Republiką

- Łotewską, Republiką Litewską, Republiką Węgierską, Republiką Malty, Rzeczpospolitą Polską, Republiką Słowenii, Republiką Słowacką dotyczący przystąpienia Republiki Czeskiej, Republiki Estońskiej, Republiki Cypryjskiej, Republiki Łotewskiej, Republiki Litewskiej, Republiki Węgierskiej, Republiki Malty, Rzeczypospolitej Polskiej, Republiki Słowenii i Republiki Słowackiej do Unii Europejskiej, podpisany w Atenach w dniu 16 kwietnia 2003 r. (Dz. U. z 2004 r. Nr 90, poz. 864).
71. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1057).
 72. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 maja 2003 r. w sprawie szczegółowych warunków finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym i zespole ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2003 r. Nr 103, poz. 961).
 73. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843).
 74. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1507).
 75. Ustawa z dnia 16 lipca 2004 r. – Prawo telekomunikacyjne (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2460).
 76. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1398).
 77. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 852).
 78. Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. U. UE L 255 z 30.9.2005 r.).
 79. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r. Nr 200, poz. 1661).
 80. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2005 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r. Nr 206, poz. 1724).
 81. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 882).
 82. Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1398).
 83. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 maja 2007 r. w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U. z 2007 r. Nr 60, poz. 408).
 84. Rozporządzenie z dnia 17 września 2007 r. w sprawie szczegółowej organizacji centrów powiadamiania ratunkowego (Dz. U. Nr 178, poz. 1263).

85. Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (wersja skonsolidowana) – Protokoły – Załączniki – Deklaracje dołączone do Aktu końcowego konferencji międzyrządowej, która przyjęła Traktat z Lizbony podpisany w dniu 13 grudnia 2007 r. – Tabele ekwiwalencyjne (Dz. Urz. UE C 326 z 26.10.2012 r., P. 0001–0390).
86. Ustawa z dnia 11 stycznia 2008 r. o zmianie ustawy Prawo telekomunikacyjne i ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2008 r. Nr 17, poz. 101 ze zm.).
87. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2008 r. Nr 142, poz. 893).
88. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 886).
89. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 849).
90. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1239).
91. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy o ochronie przeciwpożarowej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2009 r. Nr 11, poz. 59)
92. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 grudnia 2008 r. w sprawie szkoleń w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U. z 2008 r. Nr 229, poz. 1537).
93. Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 711).
94. Ustawa z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1464).
95. Ustawa z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2009 r. Nr 122, poz. 1007).
96. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 31 lipca 2009 r. w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego i wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2009 r. Nr 130, poz. 1073).
97. Ustawa z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 869).
98. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1383).
99. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2010 r. w sprawie centrum urazowego (Dz. U. z 2010 r. Nr 118, poz. 803).

100. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r., z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2010 r. Nr 187, poz. 1259).
101. Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 341).
102. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 lutego 2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego i wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2011 r. Nr 50, poz. 262).
103. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 295).
104. Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. – Prawo geologiczne i górnicze (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1064).
105. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 562).
106. Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 680).
107. Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1084).
108. Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 350).
109. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 753).
110. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. z 2012 r. poz. 7).
111. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzenia kontroli podmiotów leczniczych (t. j. Dz. U. z 2015 r. poz. 1331).
112. Dyrektywa z dnia 20 listopada 2013 r. Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE zmieniająca dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym (tzw. „rozporządzenie w sprawie IMI”) (Dz. U. UE L 354 z 28.12.2013 r.).
113. Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1077).
114. Ustawa z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 35).
115. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r. poz. 1138).

116. Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r. poz. 1887).
117. Ustawa z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 220).
118. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie centrum urazowego dla dzieci (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 558).
119. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1948).
120. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2016 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146).
121. Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 910).
122. Ustawa z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 735).
123. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458).
124. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. z 2017 r. poz. 497).
125. Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r. poz. 836).
126. Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 844).
127. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 3 lipca 2017 r. w sprawie szczegółowej organizacji krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego (Dz. U. z 2017 r. poz. 1319).
128. Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 71/2017/DSM z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
129. Zarządzenie Nr 72/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
130. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 172).

131. Zarządzenie nr 16/2018/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lutego 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć.
132. Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1292).
133. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2018 r. poz. 1115).
134. Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 85).
135. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1213).
136. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz. U. z 2018 r. poz. 2154).
137. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1703).
138. Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 115/2019/DSOZ z dnia 30 sierpnia 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
139. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2019 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 2478).
140. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 374).
141. Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r. poz. 567).
142. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2020 r. poz. 1145).

Orzecznictwo

1. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 11 czerwca 1981 r., SA 820/81, ONSA 1981, z. 1, poz. 57.
2. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 18 października 1982 r., I SA 736/82, ONSA 1982, nr 2, poz. 97.
3. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 października 1983 r., II CR 358/85, OSP 1984, z. 9, poz. 187.
4. Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 18 grudnia 1992 r., III AZP 30/92, OSNCP 1993, nr 7-8, poz. 122.
5. Uchwała Trybunału Konstytucyjnego z dnia 5 października 1994 r., W 1/94, Dz. U. z 1994 r. Nr 113, poz. 551.
6. Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 19 listopada 1996 r., K 7/95, OTK ZU nr 6/1996, poz. 49.
7. Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 maja 1997 r., OTK ZU 1997, nr 2, poz. 19.
8. Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 3 listopada 1998 r., Ts 116/98, OTK 1999, nr 1, poz. 10, s. 86.
9. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 grudnia 1998 r., III CKN 741/98, OSNC 1999, nr 6, poz. 112.
10. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 marca 1999 r., K 2/99.
11. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 26 kwietnia 1999 r., K 33/98, OTK 1999, nr 4, poz. 71.
12. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 8 maja 2000 r., SK 22/99.
13. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 7 czerwca 2000 r., III SA 1216/99.
14. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 30 stycznia 2001 r., K 17/00, Dz. U. Nr 11, poz. 90.
15. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 19 lutego 2001 r., SK 14/00, OTK 2001, nr 2, poz. 31.
16. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 10 kwietnia 2001 r., U 7/00, OTK nr 3/2001, poz. 56.
17. Uchwała składu 7 sędziów NSA z dnia 22 lutego 2002, II GPS/06, LEX nr 268925.
18. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 29 kwietnia 2003 r., SK 24/02, OTK – A, nr 4/2003, poz. 33.

19. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03.
20. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 24 lutego 2004, K 54/02, Dz. U. z 2004 r. Nr 40, poz. 374.
21. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2005 r., IV CK 414/04.
22. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 grudnia 2005 r., Kp 3/05, OTK 2005, nr 11, poz. 131. oraz M.P. z 2005 r. Nr 80, poz. 1148.
23. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 25 lipca 2006 r., P 24/05, OTK 2006, nr 7, poz. 87.
24. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 16 stycznia 2007 r., U 5/06.
25. Wyroku Sądu Najwyższego – Izby Cywilnej z dnia 16 kwietnia 2008 r., V CSK 533/07.
26. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 20 listopada 2008 r., II OSK 1408/07.
27. Wyrok Sądu Najwyższego – Izby Cywilnej z dnia 12 marca 2009 r., V CSK 272/08.
28. Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Karna z dnia 27 września 2010 r., V KK 34/10, OSNK 2010, nr 12, poz. 105.
29. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 12 lutego 2013 r., III SA 1838/01.
30. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 24 października 2014 r., II GSK 1349/13.

Inne źródła

1. Belgijska ustawa z 8 lipca 1964 r. o pilnej pomocy medycznej, <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/1964/07/08/2006000610/moniteur>.
2. Biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce, <http://www.who.un.org.pl/> oraz <http://www.who.int/about/en/>.
3. Czeska ustawa z dnia 06 listopada 2011 o służbach ratownictwa medycznego nr 374/2011 Sb., https://www.mediprofi.cz/33/374-2011-sb-zakon-o-zdravotnicke-zachranne-sluzbe-vezneni-ucinnem-k-1-7-2017-uniqueidOhwOuzC33qe_hFd_-jrpTgex6V4_DjGBSWtD PQUDF-ACD-vMUnwPlw/
4. Czeska ustawa z dnia 17 marca 1966 r., o zdrowiu publicznym, nr 20/1966 Sb., <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1966-20>.
5. Czeska ustawa z dnia 6 listopada 2011 r. w sprawie usług zdrowotnych, nr 372/2011 Sb., www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372.
6. Czeska ustawa z dnia 28 czerwca 2000 r. w sprawie zintegrowanego systemu ratowniczego oraz o zmianie niektórych ustaw, nr 239/2000 Sb., <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-239>.
7. Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu, Oddział Ratownictwa Medycznego, <https://www.duw.pl/pl/urząd/wydziały/wydział-bezpieczeństwa/oddział-ratownictwa-med/12176,Oddział-Ratownictwa-Medycznego.html>.
8. *EHCI 2017: Dwa szczebelki w górę*, <https://www.medexpress.pl/ehci-2017-dwa-szczebelki-w-gore/69371>.
9. *Encyclopedia of Public International Law*, vol. 8, *Human Rights and the Individual in International Law. Internationals Economics Relation*, Amsterdam, New York, Oxford 1985.
10. Encyklopedia PWN, hasło: potrzeba, <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/potrzeba;3961121.html>.
11. Europejski kodeks dobrej praktyki administracyjnej, <https://www.ombudsman.europa.eu/pl/resources/code.faces#/page/1>.
12. Federalna ustawa z 10 lipca 1989 r. o ratownikach i sanitariuszach, Federalny Dziennik Ustaw, Część I Nr. 35 z 14.07.1989, https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl189s1384.pdf%27%5D__1498637502782.
13. Główny Urząd Statystyczny, *Działalność systemu „Państwowe Ratownictwo Medyczne” w 2014 r., w oparciu o dane pozyskane w ramach statystyki publicznej*, Warszawa, 17 grudnia 2015 r.

14. Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.*, https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/6/1/zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2015.pdf.
15. Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/9/1/zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2018.pdf.
16. Godlewska I., *Oddział ratunkowy, proszę czekać. Nawet 10 godzin*, <https://trojmiasto.wyborcza.pl/trojmiasto/1,35612,19308816,oddzial-ratunkowy-prosze-czekac-nawet-10-godzin.html?disableRedirects=true>.
17. Górka A., *Oddziały ratunkowe szpitali. Cierp i czekaj kilka godzin*: <http://www.gazeta.krakowska.pl/artukul/991170,oddzialy-ratunkowe-szpitali-cierp-i-czekaj-kilka-godzin,id,t.html>.
18. *Informacja o wynikach kontroli – Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego*, Najwyższa Izba Kontroli, Nr ewid. 149/2012/P11094/KZD.
19. *Informacja o wynikach kontroli – Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2016.
20. *Informacja o wynikach kontroli – Przygotowanie systemu ochrony ludności przed kłeskami żywiołowymi oraz sytuacjami kryzysowymi*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2013.
21. Jeżdż-Zalewska R., Pośpiech P., *Rola samorządu terytorialnego w systemie ochrony zdrowia a praktyka przekształceń szpitali w spółki prawa handlowego na przykładzie zrealizowanych przypadków*, Konferencja: *Uwarunkowania przekształceń szpitala w spółki – współpraca samorządu z zarządem szpitala*, Warszawa 5 lutego 2009.
22. *Karetki stoją w kolejce na SOR. Nawet do 4 godzin!* <https://gazetawroclawska.pl/karetki-stoja-w-kolejce-na-sor-nawet-do-4-godzin-zobacz/ar/11498551>.
23. Kochanowski J., Wystąpienie podczas konferencji naukowej: *Język polskiej legislacji, czyli zrozumiałość przekazu a stosowanie prawa*, <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/j%C4%99zyk-polskiej-legislacji-czyli-zrozumia%C5%82o%C5%9B%C4%87-przekazu-stosowanie-prawa-wyst%C4%85pienie-rpo-na>.
24. Kojzar K., *12 godzin na SOR! Czy trzeba czekać tak długo na pomoc?*, <http://www.gazeta.krakowska.pl/wiadomosci/krakow/a/12-godzin-na-sor-czy-trzeba-czekac-tak-dlugo-na-pomoc,12094250/>.
25. Konstytucja Finlandii z dnia 17 lipca 1919 r., [w:] *Nowe konstytucje*, przełożone pod kierunkiem dra Juliana Makowskiego, Warszawa 1925.
26. Konstytucja Republiki Czeskiej z dnia 16 grudnia 1992 r., ustawa nr 1/1993 Coll, <http://www.czechlegislation.com/pl/1-1993-sb>.

27. Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny, zawarta 4 kwietnia 1997 r. w Oviedo, <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/re/1997.html>
28. Konwencja w sprawie polepszenia losu rannych wojskowych w armiach w polu będących, Genewa: 22 sierpnia 1864 r., <https://www.polskieradio24.pl/39/156/Artykul/2358232,Pierwsza-Konwencja-Genewska-%e2%80%93-przelom-w-prawie-miedzynarodowym>.
29. Krajowy System Ratowniczo-Gaśniczy, http://www.straz.gov.pl/panstwowa_straz_pozarna/krajowy_system_ratowniczo_gasniczy.
30. Lella A., Szewczyński M., „Standardy medyczne” – charakter prawny, https://drive.google.com/file/d/1NeQCOorQP0p5_jK45fPM_j7lWFi-47Xwv/view?usp=sparing.
31. Lewiatan, *Jak efektywnie inwestować publiczne pieniądze?*, Rekomendacje Biznesu, Warszawa 2015.
32. Lewiatan, *Zmiana ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym – uwagi*, http://konfederacjalewiatan.pl/legislacja/stanowiska/ochrona-zdrowia/1/zmiana_ustawy_o_panstwowym_ratownictwie_medycznym_uwagi.
33. Łętowska E., *Pacjent staje się konsumentem usług medycznych*, „Rzeczpospolita” z 25.11.1998 r., nr 276, <http://archiwum.rp.pl/artykul/202296-Pacjent-staje-sie-konsumentem-uslug-medycznych.html>.
34. Marszałek A., *Koncepcja publicznych praw podmiotowych*, http://lexplay.pl/artykul/prawo_administracyjne/koncepcja_publicznych_praw_podmiotowych1.
35. *Medycyna Ratunkowa w Województwie Dolnośląskim – Raport z realizacji programu modernizacji w latach 2008-2010. Analiza stanu na rok 2009. Kierunki zmian*, https://drive.google.com/file/d/1e9kbwJoQTzdi7rxZCqg1_16RT_qepxxo/view?usp=sparing.
36. Ministerstwo Spraw Zagranicznych. Prawo międzynarodowe, http://www.msz.gov.pl/pl/polityka_zagraniczna/prawo_miedzynarodowe/
37. Ministerstwo Zdrowia. Centra urazowe, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/centra-urazowe>.
38. Ministerstwo Zdrowia. Centra urazowe dla dzieci, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/centra-urazowe-dla-dzieci>.
39. Ministerstwo Zdrowia, Szpitalne Oddziały Ratunkowe, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/panstwowe-ratownictwo-medyczne/szpitalne-oddzialy-ratunkowe/>.
40. *Nocna i świąteczna opieka zdrowotna*, <https://www.nfz-wroclaw.pl/default2.aspx?obj=45223;51457&des=1;2>.
41. *Nowa encyklopedia powszechna PWN*, t. 3, Warszawa 1996.
42. *OECD/EU, Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU cycle, Paris 2016*, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en#.

43. Osowicz E., *Stoją – ciąg dalszy dziś w SOR o 21.00*, <http://www.radiowroclaw.pl/articles/view/60750/Zamiast-jezdzic-do-pacjentow-stoja-ciag-dalszy>.
44. Pierwsza Księga Mojżeszowa 2:7, <http://biblia-online.pl/Biblia/Warszawska/1-Ksiega-Mojzeszowa/2/1>.
45. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka podpisana w Paryżu dnia 10 grudnia 1948 r. <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/onz/1948.html>
46. *Powszechny System Ratowniczy*, Biuro Bezpieczeństwa Narodowego, Warszawa 1994.
47. *Projekt rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia (...) o ratownictwie lekarskim w wypadkach nieszczęśliwych*, „Polska Gazeta Lekarska” 1928, nr 14.
48. Projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw w wersji z dnia 14 października 2016 r.), <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs/2/12290956/12384436/12384437/dokument249974.pdf>.
49. *Raport z funkcjonowania systemu powiadamiania ratunkowego w 2016 r.*, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, Warszawa 2017.
50. *Raport z funkcjonowania systemu powiadamiania ratunkowego w 2015 r.*, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, <https://www.gov.pl/attachment/f0f60cd6-1cc9-4940-84ac-53bdb5f4718a>.
51. *Raport z funkcjonowania systemu powiadamiania ratunkowego w 2016 r.*, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, <https://www.gov.pl/attachment/806f8a44-246a-49d5-931e-674ef5fff533>.
52. *Raport z funkcjonowania systemu powiadamiania ratunkowego w 2018 r.*, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, <https://www.gov.pl/attachment/0d139266-6cc9-4993-8978-7ba356d64791>.
53. Rej I., *Leki powinny zostać w Polsce*, <http://www.medexpress.pl/irena-rej-leki-powinny-zostac-w-polsce/69028>.
54. Rezolucja WHA 30.43. Rezolucja wydana przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia, <http://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/en/>.
55. Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw z dnia 11 grudnia 2017 r., druk nr 2137, <http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/druk.xsp?nr=2137>
56. Serwis informacyjno-usługowy dla przedsiębiorcy. Uznawanie kwalifikacji zawodowych w krajach UE, <https://www.biznes.gov.pl/przedsiębiorcy/biznes-w-europie/uznawanie-kwalifikacji-zawodowych-w-ue/uznawanie-kwalifikacji-w-ue>
57. *Słownik współczesnego języka polskiego*, Warszawa 1998,
58. *Słownik języka polskiego PWN*, Warszawa 2007.
59. *Słownik języka polskiego PWN*, hasło: system, <https://sjp.pwn.pl/slowniki/system.html>.
60. *Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego*, Warszawa 2002.

61. Stanowisko Nadzoru Krajowego Medycyny Ratunkowej oraz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej w sprawie: – *Bezpieczeństwa obywatelskiego w perspektywie medycyny ratunkowej i jej zadań w ochronie zdrowia*, – *Wojewódzkiego Planu Działania Systemu Ratownictwa Medycznego*, [w:] *Stanowiska Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej*, Grudzień 2011.
62. Stanowisko Nadzoru Krajowego Medycyny Ratunkowej oraz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej w sprawie: – *Oceny projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw*, Wrocław 2016.
63. Stany Zjednoczone Ameryki: pakiet ustaw – poprawek budżetowych z 13 sierpnia 1981 r., <http://vm136.lib.berkeley.edu/BANC/ROHO/projects/debt/1981reconciliationact.html> oraz <https://www.ssa.gov/policy/docs/ssb/v44n10/v44n10p3.pdf>.
64. Stany Zjednoczone Ameryki: ustawa z 16 listopada 1973 r. o organizacji systemu służb ratownictwa medycznego, <https://www.govinfo.gov/content/pkg/STATUTE-87/pdf/STATUTE-87-Pg594.pdf>.
65. Stany Zjednoczone Ameryki: ustawa o bezpieczeństwie na drogach, która została uchwalona 9 września 1966 r., <https://www.govinfo.gov/content/pkg/STATUTE-80/pdf/STATUTE-80-Pg718.pdf>.
66. *Stary Testament. Księga Rodzaju*, rozdz. II, werset 7, [w:] *Biblia. Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu w przekładzie z języków oryginalnych*, A. Jankowski (red.), Wydawnictwo Pallottinum, Poznań 2009.
67. *Stary Testament. Druga Księga Królewska*, rozdz. IV, werset 34 i 35, [w:] *Biblia. Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu w przekładzie z języków oryginalnych*, A. Jankowski (red.), Wydawnictwo Pallottinum, Poznań 2009.
68. *Stary Testament. Pierwsza Księga Królewska*, rozdz. XVII, wersety od 17 do 21, [w:] *Biblia. Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu w przekładzie z języków oryginalnych*, A. Jankowski (red.), Wydawnictwo Pallottinum, Poznań 2009.
69. System Ratownictwa Medycznego w Województwie Dolnośląskim – Analiza stanu na rok 2008. Kierunki zmian, https://drive.google.com/file/d/19NzSeJ0LIp1_uH7FO03bINWRw1-8rWKU/view?usp=sparing.
70. Szwedzka ustawa z dnia z 30 czerwca 1982 r. o opiece zdrowotnej i medycznej (SFS 1982: 763), http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?fritext=1982%3a+763&page=2&post_id=34.
71. Szwedzka ustawa z dnia 9 lutego 2017 r. o ochronie zdrowia (SFS 2017: 30), https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
72. Szwedzka ustawa z dnia 17 czerwca 2010 r. o bezpieczeństwie pacjentów (SFS 2010: 659), https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659.

73. Taryfikator kar umownych, http://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultaktualnosci/273/6349/1/taryfikator_kar_umownych_swadczenia_2017.pdf.
74. Ustawa zasadnicza Republiki Federalnej Niemiec z dnia 23 maja 1949 r., <https://www.btg-bestellservice.de/pdf/80205000.pdf>
75. Uzasadnienie do ustawy o partnerstwie publiczno-prywatnym <https://bip.kprm.gov.pl/ftp/kprm/dokumenty/081002u14uz.pdf>.
76. Uzasadnienie ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego <http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/765BC7A0CEFBF895C1257C1B00487F3F/%24File/1892-uzasadnienie.docx>.
77. Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw z dnia 11 grudnia 2017 r., druk nr 2137.
78. *Wprowadzenie*, [w:] *Informacja o wynikach kontroli – Funkcjonowania numeru alarmowego 112 na terenie Polski*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2010.
79. Wypadki drogowe – raporty roczne, <http://statystyka.policja.pl/st/ruch-drogowy/76562,Wypadki-drogowe-raporty-roczne.html>.
80. Wytyczne do organizacji ratownictwa medycznego w Krajowym Systemie Ratowniczo-Gaśniczym, Komenda Główna Państwowej Straży Pożarnej, Krajowe Centrum Koordynacji Ratownictwa i Ochrony Ludności oraz Biuro Szkolenia, Warszawa, lipiec 2004.
81. *Zasady Organizacji Ratownictwa Medycznego w Krajowym Systemie Ratowniczo-Gaśniczym*, Warszawa, lipiec 2013 r.
82. *Zmiany w ratownictwie medycznym od 2020 roku. Nowością specjalne zespoły ratunkowe*, <https://pulsmedycyny.pl/zmiany-w-ratownictwie-medycznym-od-2020-roku-nowoscia-specjalne-zespoły-ratunkowe-980458>.
83. *Zmiany do ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.) wprowadzone ustawą z 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 960) – cz. 1*, <https://www.gazetaprawna.pl/artykuly/969796,zmiany-do-ustawy-z-15-kwietnia-2011-r-o-dzialalnosci-leczniczej-t-j-dz-u-z-2015-r-poz-618-ze-zm-wprowadzone-ustawa-z-10-czerwca-2016-r-o-zmianie-ustawy-o-dzialalnosci-leczniczej-oraz-niektorych-innych-ustaw-dz-u-poz-960-8211-cz-1.html>.

Publikacje z dyscypliny nauki prawne – prawo administracyjne, które ukazały się w e-Wydawnictwie WPAE UWr

Jerzy Korczak, Piotr Lisowski, Adam Ostapski, *Ustrój samorządu terytorialnego. Materiały dydaktyczne*, Wrocław 2013

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/39860>

Jan Dytko, *Proceduralnoprawna determinacja nadzoru wojewody nad działalnością prawotwórczą organów jednostek samorządu terytorialnego*, Wrocław 2013

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/40159>

Norbert Banaszak, *Rzecznik Praw Obywatelskich wobec administracji samorządu terytorialnego*, Wrocław 2013

Dostęp online: <https://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/41087>

Iwona Derucka, *Prawne gwarancje realizacji zadań ochrony środowiska w procedurze planowania przestrzennego w gminie*, Wrocław 2013

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/41616>

Województwo, region, regionalizacja 15 lat po reformie terytorialnej i administracyjnej: II Wydziałowa Konferencja Kół Naukowych Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 21-22 listopada 2013 r., red. Jerzy Korczak, Wrocław 2013

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/41668>

Mediacje ponad podziałami, red. Magdalena Tabernacka, Wrocław 2013

Dostęp online: <http://bibliotekacyfrowa.pl/publication/42209>

Ubóstwo w Polsce, red. Jolanta Blicharz, Lidia Klat-Wertelecka, Edyta Rutkowska-Tomaszewska, Wrocław 2014

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/50393>

Jolanta Blicharz, *Problem mobbingu jako formy wykluczenia społecznego i prawnego*, Wrocław 2014

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/53083>

Barbara Kowalczyk, *Polski system azyłowy*, Wrocław 2014

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/62929>

Zarządzanie szkołą wyższą, red. Jolanta Blicharz, Agnieszka Chrisidu-Budnik, Aleksandra Sus, Wrocław 2014

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/63755>

Jerzy Korczak, Piotr Lisowski, Adam Ostapski, *Ustrój samorządu terytorialnego.*

Materiały dydaktyczne, wyd. 2 zaktualizowane i rozszerzone, Wrocław 2014

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/63934>

Jolanta Blicharz, *Ustawa o zasadach prowadzenia zbiorów publicznych. Komentarz*, Wrocław 2015

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/71760>

Współpraca transgraniczna w administracji publicznej, red. Renata Kusiak-Winter, Wrocław 2015

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/73406>

Administracja publiczna wobec wyzwań i oczekiwań społecznych, red. Małgorzata Giełda, Renata Raszewska-Skałeczka, Wrocław 2015

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/73349>

Administracja publiczna pod rządami prawa. Księga pamiątkowa z okazji 70-lecia urodzin prof. zw. dra hab. Adama Błasia, red. Jerzy Korczak, Wrocław 2016

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/79804>

Prawno-administracyjne aspekty sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce, red. Małgorzata Giełda, Renata Raszewska-Skałeczka, Wrocław 2015

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/79973>

Jolanta Blicharz, *Fundacje. Wybrane zagadnienia*, Wrocław 2016

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/80003>

Regulamin studiów w Uniwersytecie Wrocławskim. Komentarz, red. Aleksandra Szadok-Bratuń, Wrocław 2016

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/80004>

Maciej Błażewski, *Zasada wolności budowlanej w procesie budowlanym. Studium administracyjnoprawne*, Wrocław 2016

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/82518>

Jerzy Korczak, Piotr Lisowski, Adam Ostapski, *Ustrój samorządu terytorialnego. Materiały dydaktyczne, wydanie trzecie zaktualizowane i rozszerzone*, Wrocław 2017
Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/81797>

Trzeci sektor i ekonomia społeczna. Uwarunkowania prawne. Kierunki działań, red. Jolanta Blicharz, Lidia Zacharko, Wrocław 2017
Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/84272>

Dominika Cendrowicz, *Sytuacja administracyjnoprawna adresata świadczeń z zakresu pomocy społecznej*, Wrocław 2017
Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/85266>

Jolanta Blicharz, *Współdziałanie jednostek samorządu terytorialnego w formach zrzeszeń krajowych i międzynarodowych. Komentarz do ustawy o zasadach przystępowania jednostek samorządu terytorialnego do międzynarodowych zrzeszeń społeczności lokalnych i regionalnych*, Wrocław 2017
Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/92607>

Łukasz Prus, *Ochrona uzasadnionych oczekiwań jednostki jako zasada ogólna europejskiego prawa administracyjnego*, Wrocław 2018
Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/94900>

Cywilizacja administracji publicznej. Księga jubileuszowa z okazji 80-lecia urodzin prof. nadzw. UW dr hab. Jana Jeżewskiego, red. Jerzy Korczak, Wrocław 2018
Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/95307>

Jolanta Behr, Jolanta Blicharz, *Ochrona prawna przed wykluczeniem społecznym*, Wrocław 2018
Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/95775>

Anna Albin, *Gmina w systemie gospodarowania odpadami komunalnymi*, Wrocław 2018
Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/95964>

Comparative Perspectives for Public Administration and Administrative Law, red. Dominika Cendrowicz, Agnieszka Chrisidu-Budnik, Wrocław 2018
Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/95859>

Ochotnicze Straże Pożarne. Zadania – Samorząd – Bezpieczeństwo. Raport z badań, red. Tadeusz Kocowski, Maciej Błażewski, Wrocław 2018
Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/100567>

Maciej Błazewski, Jolanta Behr, *Środki prawne ochrony danych osobowych*, Wrocław 2018
Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/100544>

Renata Kusiak-Winter, *Odpowiedzialność administracji publicznej. Struktura odpowiedzialności z perspektywy determinantów prawnych*, Wrocław 2019
Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/101621>

Spółdzielnie socjalne oraz organizacje pozarządowe wsparciem dla zagrożonych wykluczeniem, red. Jolanta Blicharz, Tadeusz Kocowski, Mateusz Paplicki, Wrocław 2019
Dostęp online: <https://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/108083>

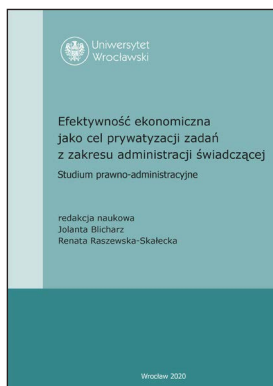
Jolanta Blicharz, Tadeusz Kocowski, Mateusz Paplicki, *Spółdzielnie socjalne przeciw wykluczeniu społecznemu. Raport*, Wrocław 2019
Dostęp online: <https://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/108240>

Renata Raszewska-Skałeczka, *Szkoła publiczna jako zdecentralizowany podmiot administracji publicznej. Studium administracyjnoprawne*, Wrocław 2019
Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/101879>

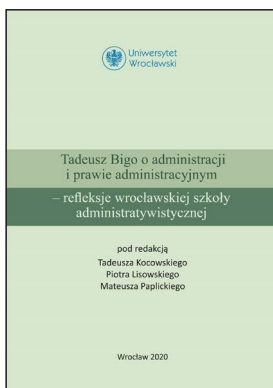
Jolanta Blicharz, Lidia Zacharko, *Globalizm a personalizm wobec administracji publicznej. Studium prawno-administracyjne*, Wrocław 2019
Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/103107>

Jerzy Korczak, Piotr Lisowski, Adam Ostapski, *Ustrój samorządu terytorialnego w Polsce*, Wrocław 2020
Dostęp online: <https://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/115903>

Jolanta Blicharz, Renata Raszewska-Skałeczka, *Prawna możliwość wspierania systemu oświaty w sferze edukacji szkolnej przez organizacje pozarządowe*, Wrocław 2020
Dostęp online: <https://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/118710>

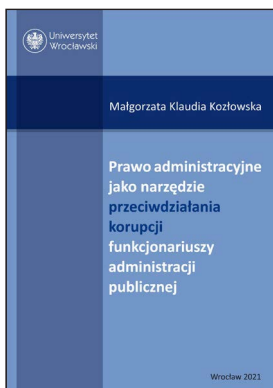


Efektywność ekonomiczna jako cel prywatyzacji zadań z zakresu administracji świadczącej. Studium prawno-administracyjne, red. Jolanta Blicharz, Renata Raszewska-Skałeczka, Wrocław 2020
Dostęp online: <https://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/121121>



Tadeusz Bigo o administracji i prawie administracyjnym
– refleksje wrocławskiej szkoły administratywistycznej, redakcja naukowa: Tadeusz Kocowski, Piotr Lisowski, Mateusz Paplicki, Wrocław 2020

Dostęp online: <https://bibliotekacyfrowa.pl/publication/127165>



Małgorzata Klaudia Kozłowska, *Prawo administracyjne jako narzędzie przeciwdziałania korupcji funkcjonariuszy administracji publicznej*, Wrocław 2021

Dostęp online:

<https://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/134142>

Obszar badań objęty recenzowaną pracą to obszar atrakcyjny ze względu na wieloaspektowość tej problematyki, obejmującej zagadnienia prawne i ekonomiczne, a także wymiar społeczny. [...]

Autor podjął się wykonania trudnego i ambitnego zadania. [...] Badania nad bezpieczeństwem zdrowotnym były już podejmowane, jednak opracowaniom tym nie można przypisać charakteru kompleksowego. Nadto analiza bezpieczeństwa obywatela przez pryzmat realizacji przysługującego mu prawa publicznego czynią pracę naukowo poznawczą. [...]

Z recenzji dr hab. Katarzyny Kokocińskiej, prof. UAM

Tematyka rozprawy doktorskiej [...] należy do ważnych zagadnień badanych nie tylko przez prawników. Doniosłego znaczenia tej materii dla statusu człowieka we współczesnym społeczeństwie na gruncie prawoznawstwa nie trzeba uzasadniać. Autor przekonywająco akcentuje, że kwestie dotyczące bezpieczeństwa zdrowotnego obywatela, zarówno w aspekcie funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) oraz w aspekcie całego systemu ochrony zdrowia, stanowią złożony problem natury prawnej oraz społecznej.

[...] Mateusz Paplicki formułuje w tekście dysertacji, między innymi, pod adresem normodawcy określone wnioski jako swoistą podwalinę do dalszych dyskusji nad regulacjami prawnymi właściwymi dla systemu ratownictwa medycznego w Polsce.

Z recenzji prof. dr. hab. Karola Kiczki, UW

ISBN 978-83-66601-36-9 (druk)

ISBN 978-83-66601-37-6 (online)