

PRAWO PUBLICZNE

OCHRONY ZDROWIA

MACIEJ DERCZ
HUBERT IZDEBSKI
TOMASZ REK

Redakcja naukowa

MACIEJ DERCZ



ABC

a Wolters Kluwer business

MACIEJ DERCZ
HUBERT IZDEBSKI
TOMASZ REK

PRAWO PUBLICZNE

OCHRONY ZDROWIA

Redakcja naukowa

MACIEJ DERCZ

Zamów książkę w księgarni internetowej

profinfo.pl
księgarnia internetowa



a Wolters Kluwer business

Warszawa 2013

Stan prawny na 1 lipca 2013 r.

Wydawca
Izabella Małecka

Redaktor prowadzący
Marzena Molatta

Opracowanie redakcyjne
Eliza Marks

Łamanie
Wolters Kluwer Polska

Projekt graficzny okładki
Studio Kozak

Poszczególne rozdziały napisali:

Maciej Dercz: rozdziały 1 pkt 3, 2, 4–6, 8 i Podsumowanie

Hubert Izdebski: rozdział wstępny, rozdziały 1 pkt 1–2, 3, 7, 12 i Podsumowanie

Tomasz Rek: rozdziały 9–11

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

prawolubni

SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ
Więcej na www.legalnakultura.pl
POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by
Wolters Kluwer Polska SA, 2013

ISBN: 978-83-264-4412-8

Wydane przez:
Wolters Kluwer Polska SA

Redakcja Książek
01-231 Warszawa, ul. Płocka 5a
tel. 22 535 82 00, fax 22 535 81 35

e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl
księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	17
Słowo wstępne	21
Rozdział wstępny	
Uwagi wprowadzające. Podstawowe kwestie, podstawowa terminologia	23
1. Prawo medyczne, prawo zdrowia publicznego, prawo ochrony zdrowia, prawo publiczne ochrony zdrowia	23
2. Polityka zdrowotna	30
3. System ochrony zdrowia	32
Rozdział 1	
Prawo do ochrony zdrowia w aspekcie prawa międzynarodowego, prawa europejskiego i polskiego prawa konstytucyjnego	35
1. Prawo do ochrony zdrowia w aspekcie prawno-międzynarodowym	35
2. Prawo do ochrony zdrowia w świetle przepisów prawa Unii Europejskiej	37
3. Prawo do ochrony zdrowia w świetle przepisów Konstytucji RP	41
Rozdział 2	
Podstawowe zagadnienia dotyczące podziału zadań w sferze ochrony zdrowia	47
1. Zagadnienia wstępne	47
2. Poziom Unii Europejskiej w odniesieniu do sfery ochrony zdrowia	51
3. Poziom państwa	53
3.1. Pomocniczość i decentralizacja jako podstawowe kryteria podziału zadań w ramach organizacji ochrony zdrowia	53
3.2. Funkcyjny podział zadań w ramach organizacji ochrony zdrowia w Polsce: zadania regulatora, organizatora i płatnika	60
3.2.1. Zadania regulatora	60
3.2.2. Zadania organizatora	61
3.2.3. Zadania płatnika	62
3.3. Strukturalny podział zadań w odniesieniu do sfery ochrony zdrowia	66
3.3.1. Władza ustawodawcza, wykonawcza i sądownicza – ogólne zagadnienia wraz z określonym przez Konstytucję RP procesem ustawodawczym w związku ze sferą ochrony zdrowia	66
3.3.1.1. Władza ustawodawcza i wykonawcza – ogólne zagadnienia wraz z określonym przez Konstytucję RP	66

	procesem ustawodawczym w związku ze sferą ochrony zdrowia	
3.3.1.2.	Władza sądownicza – ogólne zagadnienia w odniesieniu do ochrony zdrowia	69
3.3.2.	Samorząd terytorialny – zagadnienia ogólne w odniesieniu do sfery ochrony zdrowia	70
3.3.3.	Samorządy zawodowe – zagadnienia ogólne w odniesieniu do ochrony zdrowia	74
Rozdział 3		
	Sposoby wykonywania zadań publicznych w sferze ochrony zdrowia	76
Rozdział 4		
	Administracja rządowa w sferze ochrony zdrowia	82
1.	Minister Zdrowia, organy centralnej administracji rządowej i inne jednostki podległe Ministrowi Zdrowia	82
2.	Centralne organy administracji rządowej nadzorowane przez Ministra Zdrowia	110
3.	Inspekcja Sanitarna	111
4.	Inspekcja Farmaceutyczna	117
5.	Ważniejsze zadania Ministra Zdrowia wynikające z niektórych ustaw regulujących zadania publiczne ze sfery ochrony zdrowia	123
6.	Wojewoda – zadania ogólne i szczególne w odniesieniu do sfery ochrony zdrowia	128
Rozdział 5		
	Jednostki samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia – zadania wynikające z przepisów ustrojowych i wybranych przepisów materialnego prawa administracyjnego	134
1.	Zagadnienia wstępne	134
2.	Samorządowe ustawy ustrojowe a ochrona zdrowia	135
3.	Zadania jednostek samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia wynikające z wybranych ustaw prawa materialnego	138
4.	Samorząd terytorialny jako organizator i płatnik	138
5.	Przykładowe zadania jednostek samorządu terytorialnego wynikające z wybranych ustaw prawa materialnego (w ujęciu chronologicznym)	143
5.1.	Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 118, poz. 687 z późn. zm.)	143
5.2.	Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 1356 z późn. zm.)	144
5.3.	Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.)	148
5.4.	Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.)	149

5.5.	Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55 z późn. zm.)	150
5.6.	Ustawa z dnia 13 września 1996 r. o utrzymaniu czystości i porządku w gminach (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 391 z późn. zm.)	151
5.7.	Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 2004 r. Nr 125, poz. 1317 z późn. zm.)	151
5.8.	Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. Nr 106, poz. 681 z późn. zm.)	153
5.9.	Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.)	153
5.10.	Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. – Prawo ochrony środowiska (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 25, poz. 150 z późn. zm.)	156
5.11.	Ustawa z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (tekst jedn.: Dz. U. z 2006 r. Nr 123, poz. 858 z późn. zm.)	157
5.12.	Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (tekst jedn.: Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992 z późn. zm.)	157
5.13.	Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 182 z późn. zm.)	158
5.14.	Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 651 z późn. zm.)	160
5.15.	Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 124 z późn. zm.)	162
5.16.	Ustawa z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz. U. Nr 127, poz. 857 z późn. zm.)	163

Rozdział 6

Zadania władz publicznych dotyczące realizacji zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	164
1. Narodowy Fundusz Zdrowia – organizacja i zasady działania	164
2. Agencja Oceny Technologii Medycznych – organizacja i zasady działania	176
3. Inne możliwości związane z finansowaniem świadczeń opieki zdrowotnej	177
4. Zadania władz publicznych w sferze ochrony zdrowia określone w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	178

Rozdział 7

Samorządy zawodów medycznych na tle problematyki wykonywania tych zawodów	186
--	------------

Rozdział 8

Podmioty lecznicze	192
1. Zagadnienia wstępne i podstawowe definicje dotyczące działalności leczniczej ..	192
2. Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami	206

3. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej	211
4. Podmiot leczniczy w formie jednostki budżetowej	215
5. Rejestr podmiotów leczniczych	216
6. Pomoc finansowa dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą	219
7. Nadzór i kontrola nad podmiotami leczniczymi	221

Rozdział 9

Status prawny pracowników podmiotów leczniczych	224
1. Uwagi wstępne	224
2. Podstawy prawne	224
3. Szczególny status prawny – zakresy	224
4. Kategorie pracowników podmiotów leczniczych	225
5. Szczególny status pracowników a forma podmiotu leczniczego	225
6. Szczególne kwalifikacje	226
7. Zakres kompetencji	226
8. Samodzielność	232
9. Zasady wykonywania zawodu	233
10. Podnoszenie kwalifikacji i doskonalenie zawodowe	233
11. Inne szczególne obowiązki	234
12. Ochrona prawna przewidziana jak dla funkcjonariusza publicznego	235
13. Czas pracy, wynagrodzenia, odprawy i nagrody	237
13.1. Czas pracy pracowników podmiotów leczniczych	237
13.2. Dobowa norma czasu pracy oraz tygodniowa norma czasu pracy	238
13.3. Okres rozliczeniowy	240
13.4. Nominał czasu pracy	240
13.5. Dyżur medyczny – definicja	242
13.6. Zobowiązani do pełnienia dyżuru medycznego	242
13.7. Liczba dyżurów	242
13.8. Dyżur medyczny a czas pracy	243
13.9. Wynagrodzenie za dyżur medyczny	243
13.10. Klauzula <i>opt-out</i> – praca ponad 48 godzin na tydzień	244
13.11. Ewidencja czasu pracy	245
13.12. Wynagrodzenie przy klauzuli <i>opt-out</i>	245
13.13. Prawo pracownika do odpoczynku	245
13.14. Pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych	246
13.15. Wynagrodzenie za gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych	246
13.16. Wynagrodzenie w systemie pracy zmianowej	247
14. Nagroda jubileuszowa	248
15. Jednorazowa odprawa emerytalna albo rentowa	248
16. Dodatek za wysługę lat	249
17. Wynagrodzenia pracowników podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej	250
18. Nauczyciele akademicy uczelni medycznych	251
19. Konkursy na stanowiska kierownicze	251

20. Wymagania wobec kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą	253
21. Zatrudnienie kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą	253
22. Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek	254

Rozdział 10

Indywidualne i zbiorowe praktyki zawodów medycznych	255
1. Zagadnienia wstępne	255
2. Rodzaje praktyk zawodowych	255
2.1. Praktyka indywidualna	256
2.1.1. Typy indywidualnych praktyk lekarskich	256
2.1.2. Typy indywidualnych praktyk pielęgniarskich	256
2.2. Praktyka grupowa	256
2.2.1. Spółka cywilna	257
2.2.2. Spółka jawna oraz spółka partnerska	258
3. Niezbędne wymagania szczególne w stosunku do indywidualnych praktyk lekarskich	261
4. Niezbędne wymagania szczególne w stosunku do indywidualnych praktyk pielęgniarskich	263
5. Warunek podstawowy – wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	266
5.1. Zagadnienia wstępne	266
5.2. Organ rejestrowy	266
5.3. Wymagania formalne do uzyskania wpisu	266
5.4. Wpis do rejestru – terminy	268
5.5. Odmowa wpisu	268
5.6. Zmiana wpisu	269
5.7. Wykreślenie wpisu	269
5.8. Decyzja administracyjna	269
6. Praktyka zawodowa jako świadczeniodawca	270

Rozdział 11

Prawa i obowiązki pacjenta i świadczeniobiorcy	271
1. Prawa pacjenta	271
1.1. Zagadnienia ogólne	271
1.1.1. Prawa pacjenta – definicja i znaczenie	271
1.1.2. Źródła praw pacjenta	272
1.1.3. Najistotniejsze ustawy regulujące prawa pacjenta	273
1.1.4. Podstawowe zasady interpretacji	274
1.1.5. Pacjent – definicja	274
1.1.6. Szczególne cechy pacjenta	275
1.1.7. Prawa pacjenta a prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	276
1.1.8. Pacjent a świadczeniobiorca	276

1.1.9.	Zobowiązani do przestrzegania praw pacjenta	278
1.1.9.1.	Organy władzy publicznej właściwe w zakresie ochrony zdrowia	278
1.1.9.2.	Narodowy Fundusz Zdrowia	278
1.1.9.3.	Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych	279
1.1.9.4.	Osoby wykonujące zawód medyczny	280
1.1.9.5.	Inne osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych	280
2.	Poszczególne prawa pacjenta	280
2.1.	Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych	280
2.1.1.	Znaczenie prawa do świadczeń zdrowotnych	280
2.1.2.	Definicja świadczenia zdrowotnego	281
2.1.3.	Zakres prawa do świadczeń zdrowotnych	281
2.1.3.1.	Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej	281
2.1.3.2.	Prawo pacjenta do procedury ustalające kolejność dostępu do świadczeń zdrowotnych	282
2.1.3.3.	Prawo pacjenta do opinii innego lekarza oraz konsylium	283
2.1.3.4.	Prawo pacjenta do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia	283
2.1.3.4.1.	Istota prawa	283
2.1.3.4.2.	Podmioty o szczególnych obowiązkach	283
2.1.3.5.	Prawo pacjentki do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem	285
2.1.3.6.	Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością	285
2.1.3.7.	Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych w warunkach odpowiadających wymaganiom sanitarnym	285
2.1.3.8.	Inne	286
2.2.	Prawo pacjenta do informacji	286
2.2.1.	Znaczenie prawa do informacji	286
2.2.2.	Osoby uprawnione do informacji – zakres podmiotowy	287
2.2.3.	Prawo do udzielenia informacji osobom trzecim	287
2.2.4.	Zakres przedmiotowy prawa do informacji	288
2.2.5.	Zdanie pacjenta	288
2.2.6.	Prawo pacjenta do żądania nieudzielenia informacji	288
2.2.7.	Przywilej terapeutyczny	289
2.2.8.	Odstąpienie od leczenia a prawo do informacji	289
2.2.9.	Obowiązki lekarza	290
2.2.10.	Obowiązki pielęgniarki	290
2.2.11.	Prawo do informacji o prawach pacjenta	290

2.2.12.	Prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych	291
2.2.13.	Wybrane przypadki szczególne	291
2.2.13.1.	Eksperyment medyczny	291
2.2.13.2.	Transplantacja	291
2.2.13.3.	Zakażenia	292
2.2.13.4.	Chorzy psychicznie	292
2.2.13.5.	Pobieranie krwi	292
2.2.13.6.	Aborcja	292
2.2.13.7.	Zawiadomienie	293
2.3.	Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych	293
2.3.1.	Treść prawa	293
2.3.2.	Zobowiązani do zachowania tajemnicy	293
2.3.3.	Zakres informacji objętych tajemnicą	295
2.3.4.	Zakres czasowy	296
2.3.5.	Wyjątki od zakazu zachowania tajemnicy	296
2.3.6.	Ustawy regulujące zawody medyczne	298
2.4.	Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych	299
2.4.1.	Uwaga ogólna	299
2.4.2.	Istota prawa do wyrażenia zgody	299
2.4.3.	Adresaci normy – zobowiązani do uzyskania zgody	300
2.4.4.	Wyrażenie zgody i jej odmowa	300
2.4.5.	Zgoda świadoma	300
2.4.6.	Zgoda na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych	301
2.4.7.	Zgoda a rodzaj świadczeń	301
2.4.8.	Zgoda równoległa	302
2.4.9.	Prawo do sprzeciwu	302
2.4.10.	Forma wyrażenia zgody	302
2.4.11.	Niedochowanie formy pisemnej	303
2.4.12.	Udzielenie świadczeń zdrowotnych przez lekarza pomimo braku zgody albo wobec zgłoszenia sprzeciwu	303
2.4.13.	Brak zgody przedstawiciela ustawowego	304
2.4.14.	Brak zgody a stan nagły	304
2.4.15.	Przekroczenie zakresu zgody	304
2.4.16.	Przypadki szczególne	305
2.4.16.1.	Odmowa wypisania pacjenta	305
2.4.16.2.	Zgoda na zabieg przerwania ciąży	305
2.4.16.3.	Zgoda na przeprowadzenie eksperymentu medycznego	305
2.4.16.4.	Zgoda osoby z zaburzeniami psychicznymi	306
2.4.16.5.	Zgoda na pobranie komórek, tkanek, narządów	307
2.4.16.6.	Zgoda na badanie psychiatryczne, przyjęcie do szpitala; przymus bezpośredni	308

2.4.16.7.	Zgoda na zabiegi i czynności diagnostyki laboratoryjnej	309
2.4.16.8.	Leczenie, rehabilitacja, reintegracja osób uzależnionych	310
2.4.16.9.	Obowiązek poddania się badaniu krwi	310
2.4.16.10.	Przymusowe leczenie osób uzależnionych od alkoholu	310
2.4.16.11.	Obowiązek poddawania się zabiegom sanitarnym, szczepieniom ochronnym	311
2.4.16.12.	Stan kłęski żywiołowej	311
2.5.	Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta	311
2.5.1.	Treść prawa	311
2.5.2.	Intymność	312
2.5.3.	Godność	312
2.5.4.	Okoliczności, w których jest chronione prawo do poszanowania intymności i godności	312
2.5.5.	Zobowiązani do przestrzegania prawa do poszanowania intymności i godności	313
2.5.6.	Prawo do umierania w spokoju i godności	313
2.5.7.	Prawo do łagodzenia bólu	313
2.5.8.	Intymność a obecność osób bliskich	314
2.5.9.	Ograniczenie obecności osoby bliskiej	314
2.5.10.	Obecność osób innych niż udzielające świadczeń zdrowotnych ...	315
2.5.11.	Uczestnictwo albo obecność innych osób	315
2.5.12.	Intymność pacjenta a obecność studentów nauk medycznych, lekarzy oraz innego personelu medycznego w zakresie niezbędnym do celów dydaktycznych	315
2.6.	Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej	316
2.6.1.	Uwagi ogólne	316
2.6.2.	Definicja dokumentacji medycznej	316
2.6.3.	Podmioty zobowiązane do prowadzenia dokumentacji i jej udostępniania	317
2.6.4.	Przetwarzanie danych zawartych w dokumentacji medycznej	318
2.6.5.	Uprawnienie do dostępu do dokumentacji medycznej	318
2.6.6.	Sposoby udostępniania dokumentacji	319
2.6.7.	Oplaty za udostępnienie	320
2.6.8.	Czas przechowywania	321
2.6.9.	Zagadnienia techniczne	321
2.6.10.	Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej	322
2.6.11.	Przepisy szczególne	322
2.7.	Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza	322
2.7.1.	Uwagi ogólne	322
2.7.2.	Treść prawa	323
2.7.3.	Przedmiot sprzeciwu	323
2.7.4.	Organ właściwy do wniesienia sprzeciwu	323

2.7.5.	Skład Komisji Lekarskiej	323
2.7.6.	Postępowanie przed komisją	324
2.7.7.	Wynagrodzenie członków Komisji Lekarskiej	324
2.8.	Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego	324
2.8.1.	Uwagi ogólne	324
2.8.2.	Prawo do kontaktu osobistego	325
2.8.3.	Prawo pacjenta do odmowy kontaktu z innymi osobami	325
2.8.4.	Prawo pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej	325
2.8.5.	Pielęgniarki a dodatkowa opieka pielęgnacyjna	326
2.8.6.	Koszty – opłaty rekompensujące	326
2.9.	Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej	327
2.9.1.	Uwagi ogólne	327
2.9.2.	Treść prawa	327
2.9.3.	Koszty	327
2.10.	Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie	327
2.10.1.	Treść prawa	327
2.10.2.	Kwestie techniczne	328
2.10.3.	Koszty	328
2.11.	Dodatkowe prawa pacjenta	328
2.11.1.	Prawo do obsługi bibliotecznej	328
2.11.2.	Prawo do pomieszczeń do prowadzenia zajęć edukacyjnych i wychowawczych	329
2.11.3.	Prawo do skorzystania z pomocy w komunikowaniu się	329
3.	Ograniczenia praw pacjenta	330
3.1.	Wystąpienie zagrożenia epidemicznego	330
3.2.	Bezpieczeństwo zdrowotne	330
3.3.	Możliwości organizacyjne podmiotu leczniczego	330
3.4.	Istota regulacji	331
4.	Roszczenia pacjenta w przypadku naruszenia jego praw	331
5.	Ochrona praw pacjenta – Rzecznik Praw Pacjenta	332
5.1.	Uwagi ogólne	332
5.2.	Rzecznik Praw Pacjenta	332
5.2.1.	Cel istnienia – podstawowe kompetencje	332
5.2.2.	Umiejscowienie w systemie	332
5.2.3.	Relacje z innymi podmiotami	333
5.2.4.	Kwalifikacje i wybór	333
5.2.5.	Zakres działania	334
5.2.6.	Postępowanie wyjaśniające	335
5.2.7.	Postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów	336
5.2.8.	Aparat wykonawczy	337
5.2.9.	Rzecznik Praw Pacjenta a Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego	337
6.	Obowiązki pacjenta	337
6.1.	Uwagi ogólne	337

6.2.	Obowiązek przestrzegania porządku lub przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych	337
6.3.	Przestrzeganie praw innych pacjentów	338
6.4.	Przymus leczenia	338
6.5.	Koszty świadczeń	338
7.	Prawa świadczeniobiorców	338
7.1.	Zagadnienia ogólne	338
7.2.	Równy dostęp	339
7.3.	Definicja świadczeń opieki zdrowotnej	340
7.4.	Świadczeniobiorca – definicja	340
7.4.1.	Ubezpieczeni – art. 2 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z.	341
7.4.2.	Osoby inne niż ubezpieczone – art. 2 ust. 1 pkt 2 u.ś.o.z.	342
7.4.3.	Osoby inne niż wymienione w art. 2 ust. 1 pkt 1 i 2 u.ś.o.z.	343
7.5.	Definicja świadczeniodawcy	344
7.5.1.	Zobowiązani do finansowania świadczeń	344
7.5.2.	Charakter świadczeń przysługujących świadczeniobiorcy	345
7.5.3.	Wykaz świadczeń gwarantowanych	346
7.5.4.	Świadczenia, które nie przysługują	347
7.6.	Prawo świadczeniobiorcy do niezwłocznego udzielenia świadczeń w stanach nagłych	347
7.6.1.	Przeniesienie świadczeniobiorcy w stanie nagłym	348
7.6.2.	Lista oczekujących – kolejka	348
7.6.3.	Zasady dotyczące listy oczekujących	348
7.6.4.	Wyjątki	349
7.7.	Prawo do leczenia poza granicami kraju	350
7.8.	Prawo do świadczeń na rzecz zachowania zdrowia	351
7.9.	Prawo wyboru świadczeniodawcy	351
7.9.1.	Prawo wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej	351
7.9.2.	Prawo wyboru specjalisty	352
7.9.3.	Prawo wyboru szpitala	352
7.9.4.	Prawo wyboru lekarza dentystry	352
7.10.	Zakres świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących świadczeniobiorcy	353
7.11.	Szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej	354
8.	Programy zdrowotne	355
8.1.	Prawo do ochrony danych	355
8.2.	Prawo do informacji	355
9.	Prawo do refundacji leków	356
10.	Obowiązki świadczeniobiorcy	358
10.1.	Obowiązek informowania świadczeniodawcy o niestawieniu się	358
10.2.	Obowiązek przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej	358
10.3.	Obowiązek posiadania skierowania	360
10.4.	Obowiązek ponoszenia opłat w braku skierowania	360

10.5. Obowiązek odprowadzania składki na ubezpieczenie zdrowotne	361
11. Szczególne grupy uprawnionych do świadczeń finansowanych ze środków publicznych	361
Rozdział 12	
Organizacje pozarządowe w sferze ochrony zdrowia	363
Podsumowanie	369
Bibliografia	375

WYKAZ SKRÓTÓW

Akty prawne

- k.c. – ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.)
- k.k. – ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)
- Konstytucja RP – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)
- Konstytucja WHO – Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia podpisanej w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. (Dz. U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477 z późn. zm.)
- Konwencja nr 102 – Konwencja nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca minimalnych norm zabezpieczenia społecznego, przyjęta w Genewie dnia 28 czerwca 1952 r. (Dz. U. z 2005 r. Nr 93, poz. 775)
- k.p. – ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jedn. Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.)
- k.s.h. – ustawa z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz. U. Nr 94, poz. 1037 z późn. zm.)
- pr. farm. – ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 z późn. zm.)
- TFUE – Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (wersja skonsolidowana: Dz. Urz. UE C 83 z 30.03.2010, s. 47)
- TUE – Traktat o Unii Europejskiej (wersja skonsolidowana: Dz. Urz. UE C 83 z 30.03.2010, s. 13)
- TWE – Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską (wersja skonsolidowana: Dz. Urz. UE C 321E z 29.12.2006, s. 37)
- u.d.a. – ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 743)
- u.d.l. – ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217)
- u.d.lab. – ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2004 r. Nr 144, poz. 1529 z późn. zm.)
- u.d.p.p. – ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (tekst jedn.: Dz. U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536 z późn. zm.)

- u.o.z.p. – ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.)
- u.p.p. – ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.)
- u.p.r. – ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.)
- u.p.s. – ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 182 z późn. zm.)
- u.r. – ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696 z późn. zm.)
- u.r.m. – ustawa z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 392 z późn. zm.)
- u.s.g. – ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 594 z późn. zm.)
- u.s.i. – ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657 z późn. zm.)
- u.s.m.p. – ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 2004 r. Nr 125, poz. 1317 z późn. zm.)
- u.s.p. – ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 595 z późn. zm.)
- ustawa o FUS – ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2009 r. Nr 153, poz. 1227 z późn. zm.)
- ustawa o PIS – ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.)
- ustawa o PRM – ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 757)
- u.s.u.s. – ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 z późn. zm.)
- u.s.w. – ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 596 z późn. zm.)
- u.ś.o.z. – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)
- u.z.f. – ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 1133)
- u.z.l.d. – ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.)
- u.z.n.u. – ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55 z późn. zm.)
- u.z.o.z. – ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.)

u.z.p.p.	–	ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.)
u.z.z.z.	–	ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 947)

Czasopisma

OTK	–	Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego
OTK-A	–	Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego; zbiór urzędowy, Seria A
PiM	–	Prawo i Medycyna
PiP	–	Państwo i Prawo
PiZS	–	Praca i Zabezpieczenie Społeczne
Prob. Zarz.	–	Problemy Zarządzania
Prz. Sejm.	–	Przegląd Sejmowy
Sam. Teryt.	–	Samorząd Terytorialny
St. Pr.-Ek.	–	Studia Prawno-Ekonomiczne
ZiZ	–	Zdrowie i Zarządzanie

Instytucje

CASE	–	Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych
CEIDG	–	Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej
GIF	–	Główny Inspektor Farmaceutyczny
GIS	–	Główny Inspektor Sanitarny
j.s.t.	–	jednostki samorządu terytorialnego
NFZ	–	Narodowy Fundusz Zdrowia
NSA	–	Naczelny Sąd Administracyjny
PFRON	–	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
PIF	–	Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna
PIS	–	Państwowa Inspekcja Sanitarna
RPO	–	Rzecznik Praw Obywatelskich
RPP	–	Rzecznik Praw Pacjenta
SA	–	sąd administracyjny
SN	–	Sąd Najwyższy
SPZOZ	–	samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
TK	–	Trybunał Konstytucyjny
WHO	–	Światowa Organizacja Zdrowia
WSA	–	wojewódzki sąd administracyjny
ZOZ	–	zakład opieki zdrowotnej

SŁOWO WSTĘPNE

Niniejsza książka stanowi, w założeniach jej autorów, podręcznik z zakresu określonego w różny sposób – jako prawo zdrowia publicznego, prawo ochrony zdrowia lub prawo organizacji ochrony zdrowia (kwestia nazwy przedmiotu zostanie rozwinięta w rozdziale wstępnym) – zdrowia publicznego, stanowiącego przedmiot wykładów w licznych szkołach, a także w wyższych uczelniach medycznych. Podręcznik nie pomija kwestii ogólniejszych, ukierunkowany jest jednak na treści wynikające z przepisów aktualnie obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej. Książkę tę można potraktować zarazem jako pomoc praktyczną dla prawników obsługujących organy administracji rządowej, jednostki samorządu terytorialnego oraz organizacje pozarządowe w zakresie związanym z materią ochrony zdrowia, jak również instytucje ubezpieczenia zdrowotnego, samorządy zawodów medycznych i podmioty lecznicze; może ona stanowić również merytoryczne wsparcie dla menedżerów i pracowników tych organów, instytucji i podmiotów.

Książka jest owocem długoletniego zainteresowania autorów omawianą w niej problematyką. Z tego punktu widzenia stanowi ona kontynuację – przy oczywistej zmianie konstrukcji i istotnej zmianie treści, wynikającej nie tylko z potrzeby dostosowania się do obecnie obowiązujących przepisów, ale i z ogólnego rozwoju nauki prawa publicznego – takich publikacji jak *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej* czy *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*¹.

W książce uwzględniony został stan prawny na dzień 1 lipca 2013 r.

Warszawa, lipiec 2013 r.

Autorzy

¹ M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Warszawa–Poznań 2001; M. Dercz, *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2005; M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej*, Warszawa 2007; *iidem*, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012.

UWAGI WPROWADZAJĄCE. PODSTAWOWE KWESTIE, PODSTAWOWA TERMINOLOGIA

1. Prawo medyczne, prawo zdrowia publicznego, prawo ochrony zdrowia, prawo publiczne ochrony zdrowia

Termin „prawo publiczne ochrony zdrowia” nie wszedł jeszcze do powszechnego obiegu, choć funkcjonuje już szersze pojęcie prawa ochrony zdrowia¹ – nierzadko traktowane jako synonim **prawa medycznego** *sensu largo*. Prawo medyczne – co należy podkreślić – ma kilka znaczeń. Z reguły obejmuje ono problematykę praw pacjenta, a wobec tego i odpowiadających tym prawom obowiązków osób wykonujących zawody medyczne², i to zarówno w sferze prawa cywilnego³, jak i w szerszym kontekście, w tym odpowiedzialności karnej; prawo medyczne łączy się zarazem z zagadnieniami bioetyki⁴.

W ugruntowanej terminologii amerykańskiej prawo medyczne (dotyczące właśnie praw i obowiązków personelu medycznego w kontekście praw pacjenta) wchodzi w skład szerszej kategorii – prawa zdrowia (*health law*), obok odpowiedniej materii prawa cywilnego, prawa dotyczącego złych praktyk medycznych oraz prawa zdrowia publicznego, tj. przepisów dotyczących zadań władz publicznych w zakresie poprawy stanu zdrowia ludności. **Prawo zdrowia publicznego** może być jednak rozumiane także znacznie szerzej, obejmując istotną część prawa medycznego. Jest tak – i to w aspekcie normatywnym – we Francji, gdzie, obok kodeksu deontologii medycznej, tj. kodeksu etyki zawodowej, od 1953 r. występuje kodeks zdrowia publicznego, tj. liczący ponad 10 000 artykułów urzędowy zbiór przepisów o różnym statusie prawnym, dotyczących (są to kolejne części kodeksu): prawa osób (pacjentów, w tym hospitalizowanych, prawa bioetycznego, praw odnoszących się do środowiska i zdrowia), prawa odnoszącego się do określonych grup (matek, w tym aborcji, dzieci), prawa odnoszącego się do określonych chorób (chorób

¹ Por. np. D. Karkowska, *Prawo ochrony zdrowia w pytaniach i odpowiedziach – prawa pacjenta*, Warszawa 2008, czy A. Sienko, *Zakład opieki zdrowotnej. Prawo ochrony zdrowia w pytaniach i w odpowiedziach*, Warszawa 2011.

² Możliwe jest także odwrócenie tej kolejności, tj. wyjście od praw i obowiązków lekarza czy pielęgniarki – por. R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010; A. Fiutak, *Prawo medyczne w orzecznictwie z komentarzem*, Warszawa 2012; D. Karkowska, *Prawo medyczne dla pielęgniarzek*, Warszawa 2013.

³ Por. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2013 (przedmiotem są prawa pacjenta, odpowiedzialność za szkody przy leczeniu, lecz także odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez leki), oraz *idem*, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2012.

⁴ Por. np. A. Fryś, *Geneza i rozwój bioetyki oraz jej wpływ na kodeksy etyki lekarskiej i pielęgniarskiej w Polsce*, Poznań 2008.

psychicznych, AIDS) i uzależnień, prawa zawodów medycznych, prawa produktów zdrowotnych (w szczególności prawa farmaceutycznego) oraz prawa zakładów i służb zdrowotnych (prawa szpitalnego, prawa diagnostyki laboratoryjnej, prawa transportu medycznego).

Już w tym miejscu trzeba zaznaczyć, że w polskim ujęciu normatywnym zdrowie publiczne – stanowiąc przedmiot specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów, farmaceutów czy diagnostów laboratoryjnych⁵ – rozumiane jest bardzo wąsko. W ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi jest ono zdefiniowane – oczywiście tylko na użytek tej ustawy – jako stan zdrowotny całego społeczeństwa lub jego części, określane na podstawie wskaźników epidemiologicznych i demograficznych (art. 2 pkt 35 u.z.z.); należy zaznaczyć, że termin ten nie znajduje w ustawie praktycznego zastosowania. Z kolei ustawa o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (w brzmieniu ustalonym w 2001 r.) posługuje się pojęciem zdrowia publicznego (nie definiując go jednak bezpośrednio) w art. 1, zgodnie z którym Państwowa Inspekcja Sanitarna jest powołana do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności przez sprawowanie nadzoru nad warunkami:

- 1) higieny środowiska,
- 2) higieny pracy w zakładach pracy,
- 3) higieny radiacyjnej,
- 4) higieny procesów nauczania i wychowania,
- 5) higieny wypoczynku i rekreacji,
- 6) zdrowotnymi żywności, żywienia i przedmiotów użytku,
- 7) higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne – w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych.

Przy takim rozumieniu zdrowia publicznego odpowiednio wąski byłby również zakres prawa zdrowia publicznego. Wobec powyższego przedstawiane są także inne propozycje w tym zakresie⁶, co nie doprowadziło – a może jeszcze nie doprowadziło – do ustalenia się ogólniej przyjmowanego stanowiska.

Podręcznik – odnosząc się do ochrony zdrowia, który to termin będzie wymagał dalszego wyjaśnienia – wychodzi od określenia, czym jest **prawo publiczne**. Podstawowy dla prawa kontynentu europejskiego podział systemu prawa na prawo publiczne i prawo prywatne wywodzi się z myśli starożytnych prawników rzymskich, którzy dokonali – wciąż aktualnego – podziału tych dwóch części systemu prawa według kryterium rodzaju interesu, do którego odnosiły się odpowiednie normy prawne: interesu publicznego (sta-

⁵ W szczególności § 3 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 173, poz. 1419 z późn. zm.), załącznik nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. poz. 26) oraz § 2 pkt 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 maja 2003 r. w sprawie specjalizacji oraz uzyskiwania tytułu specjalisty przez farmaceutów (Dz. U. Nr 101, poz. 941 z późn. zm.).

⁶ Por. np. S. Poździoch, *Prawo zdrowia publicznego III Rzeczypospolitej – dotychczasowy stan rozwoju*, ZiZ 1999, nr 1, s. 87 i n.; *idem*, *Prawo zdrowia publicznego. Zarys problematyki*, Kraków 2004.

nowiącego prawny wyraz ogólniejszej wartości dobra wspólnego) albo interesu prywatnego (partykularnego)⁷.

W prawie współczesnym, obok kryterium rodzaju chronionego interesu dochodzi – w związku z tym, że prawo publiczne normuje stosunki wynikające ze sprawowania władzy, które występują pomiędzy władzami publicznymi (samorządowymi, państwowymi, a ostatnio również europejskimi) a podmiotami prawa, w szczególności obywatelami, oraz w związku z podstawową dla tych stosunków zasadą legalizmu⁸ – drugie kryterium odróżniania prawa publicznego i prawa prywatnego, korespondujące z pierwszym kryterium. Mianowicie, w sferze prawa prywatnego zasadą jest swobodne działanie każdego niepublicznego podmiotu prawa, a prawo albo proponuje rozwiązania, które zainteresowani mogą przyjąć w swoich stosunkach prawnych, ale – mając swobodę wyboru właściwego dla siebie rozwiązania (w szczególności, mając swobodę kontraktową) – nie muszą tego uczynić (*ius dispositivum*), albo wkracza w sposób bezwzględnie obowiązujący (*ius cogens*), gdy uważa się to za konieczne dla funkcjonowania obrotu prawnego; w konsekwencji, co nie jest prawem zabronione, jest dozwolone. Istotą prawa publicznego, mającego charakter *ius cogens*, jest natomiast dostarczanie podstawy prawnej do wkraczania – gdy przemawia za tym interes publiczny – organów władzy publicznej w sferę uprawnień niepublicznych podmiotów prawa i wykonywania w ten sposób zadań publicznych, nawet jeżeli takie wkraczanie jest konieczne w celu zrealizowania uprawnień tych podmiotów albo innych podmiotów niepublicznych; w tym zakresie, dla władzy dozwolone jest tylko to, do czego prawo ją upoważnia poprzez wyznaczenie jej zadań i kompetencji.

Do prawa publicznego zalicza się współcześnie, obok prawa międzynarodowego publicznego oraz – oddzielającego się coraz wyraźniej od prawa międzynarodowego – prawa europejskiego w wąskim znaczeniu (tj. prawa Unii Europejskiej), takie gałęzie jak prawo konstytucyjne, prawo administracyjne, prawo finansowe, prawo organizacji wymiaru sprawiedliwości i postępowania przed organami wymiaru sprawiedliwości oraz prawo karne.

Prawo karne – poza tym, że tak samo jak prawo cywilne, stanowiące podstawową część prawa prywatnego, jest przedmiotem stosowania przede wszystkim przez sądy powszechne (łącznie prawo cywilne i prawo karne określano zresztą jako prawo sądowe) – wyróżnia się właściwą sobie metodą regulacji stosunków społecznych, dla której utarła się nazwa metody karnej. Jak stwierdził autor podziału metod regulacji przyjętego w polskiej nauce prawa, „metoda cywilistyczna charakteryzuje się tym, że występuje w niej autonomiczność podmiotów oraz brak bezpośredniego przymusu ze strony organów państwa. Metoda administracyjna oparta jest na zasadzie władztwa i podporządkowania. [...] Cechą metody karnej jest operowanie bezpośrednio najostrzejszym środkiem oddziaływania – karą; w przeciwieństwie wszakże do dwóch poprzednio wymienionych, spełnia ona wyłącznie funkcję ochronną (względnie ochronno-zapobiegawczą), a nie regulującą (ochronno-regulującą). Stanowi więc uzupełnienie dwóch pierwszych metod”⁹.

⁷ H. Izdebski, *Elementy teorii i filozofii prawa*, Warszawa 2011, s. 239–240.

⁸ Zgodnie z art. 7 Konstytucji RP organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa; por. H. Izdebski, *Doktryny polityczno-prawne. Fundamenty współczesnych państw*, Warszawa 2012, s. 265 i n.

⁹ A. Stelmachowski, *Wstęp do teorii prawa cywilnego*, Warszawa 1984, s. 25.

Są zatem powody, by zajmując się publicznym prawem ochrony zdrowia pominąć nie tylko, co oczywiste, problematykę prawa prywatnego (w szczególności odpowiedzialności cywilnej), lecz także zagadnienia z zakresu prawa karnego (czy może karnego prawa medycznego w rozumieniu odpowiedzialności karnej lekarzy i innych osób wykonujących działalność leczniczą), tym bardziej że jest to przedmiot zainteresowania odrębny od tego, co można nazwać głównym nurtem publicznego prawa ochrony zdrowia.

Z tego głównego nurtu można również wyłączyć materię organizacji i postępowania przed organami wymiaru sprawiedliwości, ponieważ w odniesieniu do ochrony zdrowia materia ta podlega w naszej tradycji ogólnym zasadom, nie wykazując cech szczególnych. Oznacza to, że w głównym nurcie pozostają odpowiednie normy prawa międzynarodowego publicznego, prawa Unii Europejskiej, prawa konstytucyjnego, prawa administracyjnego i prawa finansowego.

Całą tę sferę można z kolei – przyjmując terminologię ustaloną w odniesieniu do prawa administracyjnego – podzielić pomiędzy trzy kategorie:

- **prawo ustrojowe**, odnoszące się do organizacji i zakresu działania podmiotów stworzonych w celu realizowania zadań publicznych,
- **prawo materialne**, które określa zadania i kompetencje właściwych podmiotów publicznych, jednocześnie jednak precyzuje prawa odpowiednich podmiotów niepublicznych, przede wszystkim obywateli, oraz
- **prawo formalne**, tj. procedury stosowane przez te podmioty.

Można zatem wyróżniać publiczne prawo ochrony zdrowia ustrojowe, materialne i formalne.

Przepisy prawa materialnego w coraz większym stopniu normują nie tylko tradycyjne dla prawa publicznego stosunki o charakterze władczym, gdzie władza zabrania jakiegoś postępowania, nakazuje jakieś postępowanie lub upoważnia do postępowania niedopuszczalnego bez takiego upoważnienia (dla których to stosunków przyjmuje się nazwę **administracji reglamentacyjno-porządkowej**). Normują one bowiem także inne stosunki o charakterze publicznoprawnym, w szczególności – nadzwyczaj istotne w zakresie ochrony zdrowia – określające w znacznym stopniu odpowiednie prawa obywateli, stosunki wynikające z obowiązku władzy wykonania przypadających jej organom innego typu **zadań publicznych** w postaci zapewnienia określonych świadczeń, w tym przypadku świadczeń zdrowotnych (tzw. **administracja świadcząca**)¹⁰; chodzi zatem o prawa o charakterze publicznoprawnym, a nie uprawnienia cywilnoprawne, które skutkują roszczeniami z tytułu zawartych umów lub z tytułu tzw. deliktowej odpowiedzialności odszkodowawczej (za zawinione szkody na osobie pacjenta). Konieczne jest przy tym zaznaczenie, że publicznoprawnemu charakterowi świadczeń realizowanych w ramach administracji świadczącej nie stoi na przeszkodzie fakt ewentualnego płacenia, nawet w pełnej wysokości, za dane świadczenie, co może oznaczać jednocześnie występowanie stosunku cywilnoprawnego z podmiotem świadczącym; podstawowe znaczenie ma bowiem związanie stosunkiem prawnym w ramach realizacji przez podmiot świadczący określonego zadania publicznego.

¹⁰ Por. H. Izdebski, M. Kulesza, *Administracja publiczna – zagadnienia ogólne*, Warszawa 2004, s. 104 i n.

Przedmiotem podręcznika są publicznoprawne zagadnienia ochrony zdrowia ujmowane z punktu widzenia przede wszystkim prawa ustrojowego z uwzględnieniem jednak także prawa materialnego oraz, w niezbędnym już tylko zakresie, prawa formalnego.

Przybliżywszy na użytek podręcznika ogólne rozumienie prawa publicznego, można obecnie przejść do zdefiniowania zakresu omawianej problematyki publicznoprawnej – tj. pojęcia **ochrony zdrowia**.

Punktem wyjścia w oczywisty sposób będzie ustalenie znaczenia terminu „**zdrowie**”. Należy przy tym zauważyć, że zdrowie może być ujmowane w sposób wieloraki, z reguły zależny od dziedziny nauki, dla potrzeb której jest ono definiowane¹¹. Przez wiele lat dominowało pojęcie zdrowia w znaczeniu jednostkowym i było ono pojmowane w kategoriach negatywnych: jako brak choroby, czy jako stan przeciwny chorobie. Przy takim sposobie podejścia do problemu pojęcie zdrowia stawało się pochodną pojęcia choroby jako stanu patologicznego, objawiającego się dysfunkcją narządu, organu czy układu w organizmie człowieka. Zmiana jakościowa w zakresie definiowania pojęcia zdrowia publicznego pojawiła się w połowie XX w., kiedy na nowo zwrócono uwagę na społeczne aspekty stanów zdrowia i choroby. W nowym ujęciu choroba to stan ograniczający lub uniemożliwiający pełnienie przez jednostkę zwykłych, codziennych ról społecznych, z racji uczestnictwa w życiu społecznym i przynależności do różnych grup (rodziny, grupy zawodowej i wielu innych); stan zdrowia stwarza jednostce możliwość jak najpełniejszego rozwijania aktywności społecznej na różnych płaszczyznach życia.

Wyrazem tego ujęcia jest definicja sformułowana w Konstytucji WHO, zgodnie z którą **zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności**¹². Powyższa definicja może być przyjęta również na potrzeby niniejszego podręcznika – z podkreśleniem tego, że w ujęciu systemowym zdrowie funkcjonuje na wielu szczeblach złożoności, od zindywidualizowanej jednostki ludzkiej do poszczególnych poziomów społeczności.

Zdrowie zbiorowości nie jest prostą sumą stanów zdrowia jednostek tworzących daną społeczność, a można je badać i oceniać tylko pośrednio, głównie metodami epistemologicznymi i socjometrycznymi, z wykorzystaniem mierników negatywnych (dotyczących takich zjawisk jak częstość występowania chorób, stopień umieralności, umieralność noworodków i niemowląt czy średnia długość życia), a ostatnio także mierników pozytywnych, odzwierciedlających stan zdrowia społeczności, przy uwzględnieniu jakości życia (*quality of life*). Tak rozumiane zdrowie w sposób oczywisty powinno być przedmiotem ochrony w kategoriach i fizycznych, i prawnych, a wszechstronne działania na rzecz ochrony zdrowia powinny stanowić obowiązek wszystkich organów władzy publicznej, mogących obowiązek ten realizować.

Termin „**ochrona zdrowia**”, zastosowany przede wszystkim w art. 68 ust. 1 Konstytucji RP (każdy ma prawo do ochrony zdrowia), ma ustalone miejsce w ustawodawstwie oraz w doktrynie prawa, choć występuje co najmniej w dwóch znaczeniach: szerszym

¹¹ Por. M. Dercz, *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2005, s. 12 i n.; C. Włodarczyk, S. Poździej, *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego (w:) Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, red. A. Czupryna, S. Poździej, A. Ryś, C. Włodarczyk, t. 1, Kraków 2000, s. 14 i n.

¹² W innym – nieoficjalnym – tłumaczeniu definicja ta brzmi: „stan pełnego, dobrobytu samopoczucia fizycznego, umysłowego i społecznego, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania” – tak J. Indulski, J. Leowski, *Podstawy medycyny społecznej*, Warszawa 1971, s. 39.

(obejmującym promocję zdrowia) i węższym¹³. Różnicę między tymi dwoma zakresami znaczeniowymi terminu można zaobserwować, porównując ze sobą odpowiednie sformułowania dwóch z trzech podstawowych ustaw ustrojowych samorządu terytorialnego (art. 4 ust. 1 pkt 2 u.s.p. oraz art. 14 ust. 1 pkt 2 u.s.w.¹⁴), w których jest mowa o (należących jednak do wszystkich trzech szczebli samorządu) zadaniach z zakresu promocji i ochrony zdrowia (co oznacza węższe rozumienie tej ochrony) – z niektórymi innymi ustawami. Wśród tych ostatnich należy wskazać przede wszystkim obydwie ustawy, których tytuły zawierają w sobie omawiany termin: ustawę o ochronie zdrowia psychicznego oraz ustawę o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

Z przepisów tych ustaw (odpowiednio art. 2 u.o.z.p. i art. 3 u.z.n.u.) wynika, że ochrona zdrowia w zakresie każdej z nich obejmuje przede wszystkim promocję zdrowia, zapobieganie chorobom, odpowiednią działalność informacyjną i wychowawczą, jak również – w ramach pierwszej z ustaw – zapewnienie opieki zdrowotnej osobom chorym, a w ramach drugiej – leczenie i rehabilitację osób uzależnionych. Oznacza to, że w ich rozumieniu (a także generalnie) ochrona zdrowia obejmuje również promocję zdrowia.

Definicję **promocji zdrowia** można odnaleźć w art. 2 ust. 1 pkt 7 u.d.l., zgodnie z którym oznacza ona 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. Do takich działań należy także poradnictwo i oświata ukierunkowane na rozwijanie indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie, co znajduje bezpośredni wyraz w art. 11 pkt 2 Europejskiej Karty Społecznej sporządzonej w Turynie dnia 18 października 1961 r. (Dz. U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67 z późn. zm.), ratyfikowanej przez Polskę umowy międzynarodowej sporządzonej w ramach Rady Europy w 1961 r.¹⁵

W powołanym przepisie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zastosowany został również – bardzo istotny także w szerszym wymiarze – termin „**opieka zdrowotna**”. Wskazane pojęcie występuje zarówno w art. 68 ust. 2 i 3 Konstytucji RP (przepisy te – będzie o nich mowa w następnym rozdziale podręcznika – odpowiednio zapewniają obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz wskazują na obowiązek władz publicznych zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku), jak i w stosunkowo licznych ustawach.

Podstawowe znaczenie dla określenia zakresu terminu „opieka zdrowotna” ma, wprost odwołująca się poprzez tytuł do treści art. 68 Konstytucji RP, ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nie formułuje ona

¹³ Por. M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Warszawa–Poznań 2001, s. 13 i n.; por. również M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 33 i n. Warto również odnotować zastosowanie terminu „ochrona zdrowia” w kodeksie pracy, gdzie jest mowa o profilaktycznej ochronie zdrowia (art. 226 k.p. i n.) oraz w ustawie o służbie medycyny pracy (art. 1 u.s.m.p. jako cel ustawy wskazuje ochronę zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków związanych ze środowiskiem pracy i sposobem jej wykonywania, redakcyjnie oddzielając ten cel od sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi).

¹⁴ Z kolei art. 7 ust. 1 pkt 5 u.s.g. mówi tylko o ochronie zdrowia, choć gmina niewątpliwie wykonuje również zadania z zakresu promocji zdrowia.

¹⁵ Por. M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności...*, s. 29 i n.

wprowadzie bezpośredniej definicji opieki zdrowotnej, ale czyni to w sposób pośredni, w szczególności przez:

- podzielenie świadczeń opieki zdrowotnej na świadczenia zdrowotne, świadczenia zdrowotne rzeczowe i świadczenia towarzyszące (art. 5 pkt 34 u.ś.o.z.),
- wskazanie celu świadczeń opieki zdrowotnej, do których uprawnieni są świadczeniobiorcy, którym ma być zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie (art. 15 ust. 1 u.ś.o.z.),
- wymienienie kategorii świadczeń gwarantowanych (art. 15 ust. 2 u.ś.o.z.).

Do dnia 1 lipca 2011 r. istotne dla omawianej kwestii znaczenie miała również ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, która czyniła z zakładu opieki zdrowotnej podstawową instytucję utworzoną i utrzymywaną w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia (art. 1 u.z.o.z.), który to cel można było uznać za wskazanie treści terminu „opieka zdrowotna”. Dla zastępującej omawiany akt prawny ustawy o działalności leczniczej termin ten nie odgrywa już istotniejszej roli, podstawowe bowiem znaczenie mają dla niej dwa inne pojęcia: **działalność lecznicza** (która polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a może również polegać na promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia – art. 3 ust. 1 i 2 u.d.l.) oraz **podmiot leczniczy** (podmiot wykonujący działalność leczniczą niebędący indywidualną ani grupową praktyką zawodową lekarzy i pielęgniarek – art. 4 w zw. z art. 2 ust. 1 pkt 5 u.d.l.); wśród kategorii podmiotów leczniczych wyliczone jednak zostały (bez możliwości dalszego tworzenia) samodzielne zakłady opieki zdrowotnej, a termin „opieka zdrowotna” występuje w ustawie również w takich kontekstach jak „podstawowa opieka zdrowotna” (jest to termin istotny dla ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), „specjalistyczna opieka zdrowotna”, „psychiatryczna opieka zdrowotna” i „wszechstronna opieka zdrowotna nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym”.

W kontekście zarówno ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz obecnie ustawy o działalności leczniczej, jak i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, kluczowe znaczenie dla ustalenia treści terminu „opieka zdrowotna” ma termin „**świadczenie zdrowotne**” – mimo że jest on zakresowo węższy od pojęcia świadczeń opieki zdrowotnej¹⁶. Świadczenie zdrowotne jest odrębnie definiowane w ustawie o działalności leczniczej i w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l. przez świadczenie zdrowotne (w ramach których wyróżnia się świadczenia szpitalne oraz inne niż szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – art. 2 ust. 1 pkt 11 i 12 u.d.l.) należy rozumieć działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Definicja zawarta w art. 5 pkt 40 u.ś.o.z. jest prawie identyczna, z tą różnicą, że jest tam również mowa o **profilaktyce zdrowia**.

Trzeba również zwrócić uwagę na wskazanie w art. 2 ust. 1 u.z.l.d. podstawowych rodzajów świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarzy (badanie stanu zdrowia,

¹⁶ M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności...*, s. 41.

rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitacja chorych, udzielanie porad lekarskich, a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich; w art. 2 ust. 2 u.z.l.d. odpowiednio określono świadczenia udzielane przez lekarzy dentyistów), a w art. 4 ust. 1 u.z.p.p. podstawowych rodzajów świadczeń udzielanych przez pielęgniarki (rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta, rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta, planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem, samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych, realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, orzekanie o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych, edukacja zdrowotna i promocja zdrowia).

2. Polityka zdrowotna

Jak wynika z dotychczasowych ustaleń, prawo publiczne ochrony zdrowia dotyczy w swoim podstawowym zakresie ustrojowych i materialnoprawnych aspektów udzielania świadczeń zdrowotnych i innych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach instytucji prawa publicznego.

Rozwiązania prawne stanowią, a przynajmniej powinny stanowić, wyraz polityki zdrowotnej – jednej z najważniejszych **polityk publicznych**. Przez politykę publiczną można rozumieć definiowanie przez właściwe władze publiczne, w ramach szerszego pojęcia polityki działania, problemów występujących w danym obszarze życia społecznego i uznawanie ich za wymagające interwencji publicznej, formułowanie polityki, tj. określonych rozwiązań wraz z analizą możliwości ich wprowadzenia, przekonywanie do tych rozwiązań otoczenia podmiotów władzy publicznej, wprowadzanie w życie przyjętych rozwiązań, jak również ich ocena i ewentualne korygowanie¹⁷.

Zastosowane w powyższej definicji polityki zdrowotnej określenie „**władze publiczne**” wprost nawiązuje do terminologii Konstytucji RP, w tym jej art. 68. To na władzach publicznych ciąży obowiązek określone w tym artykule, a dotyczące ochrony zdrowia, jak i obowiązki określone w innych przepisach podrozdziału „Wolności i prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne”. W innych miejscach w Konstytucji RP używa się także określeń „organy władz publicznych” lub „organy władzy publicznej”. Wszystkie te pojęcia zastępują stosowany dawniej termin „państwo”¹⁸. „Państwo” w znaczeniu używanym w Konstytucji RP ma zakres węższy i oznacza scentralizowaną część aparatu władz publicznych, a zatem nie obejmuje ono samorządów jako podstawowej formuły decentralizacji, w szczególności nie obejmuje samorządu terytorialnego (któremu, zgodnie z art. 16 ust. 2 Konstytucji RP, przysługuje w ramach ustaw istotna część zadań publicznych i który, zgodnie z art. 163 Konstytucji RP, wykonuje zadania publiczne niezastrzeżone przez ustawę zasadniczą lub ustawy zwykłe dla organów innych władz publicznych). Jednocześnie postępująca – choć nie bez trudności i regresów – integracja europejska w ramach Unii Europejskiej pociąga za sobą przekazywanie określonych zadań

¹⁷ Por. J. Hausner, *Zarządzanie publiczne*, Warszawa 2008, s. 44 i n.

¹⁸ Por. H. Izdebski, *Samorząd terytorialny. Podstawy ustroju i działalności*, Warszawa 2011, s. 30 i n.

publicznych organom i instytucjom Unii, co czyni z nich inny niż samorządy rodzaj organów władzy publicznej, wraz ze wszystkimi innymi organami składający się na **wielopoziomowy system zarządzania publicznego** (*multi-level governance*)¹⁹, odnoszący się w coraz większym stopniu także do materii polityki zdrowotnej.

Polityka zdrowotna jest tworzona i realizowana w ramach szerszej kategorii polityki społecznej. Z tego powodu wypracowywane być powinny odpowiednie mechanizmy i procedury pozwalające na integrację wartości, jaką jest zdrowie, z innymi wartościami społecznymi, wśród których zdrowie zajmuje podstawowe miejsce²⁰. Bank Światowy w swoich oficjalnych dokumentach stwierdza, że w każdym kraju, bez względu na poziom jego rozwoju gospodarczego, władza publiczna odgrywać powinna bardzo ważną rolę w zapewnieniu **bezpieczeństwa zdrowotnego** obywateli. Rola ta wynika przede wszystkim z faktu uznawania przez większość państw zdrowia za dobro publiczne, dobro przysługujące każdemu obywatelowi na równi z edukacją, bezpieczeństwem itp.

Polityka zdrowotna opiera się na wyodrębnionych, według określonych kategorii, fazach przedsięwzięć, to znaczy na:

- profilaktyce,
- lecznictwie,
- rehabilitacji²¹.

Proces kształtowania polityki zdrowotnej opiera się na określonych kierunkach przedsięwzięć. W szczególności są to działania w zakresie:

- organizacji i działania systemu ochrony zdrowia,
- kształtowania odpowiedniego (tzw. zdrowego) stylu życia,
- ochrony ekosystemu (środowiska), w którym żyje człowiek²².

Polityka zdrowotna nakierowana winna być na osiągnięcie pewnych celów społecznych, które obejmują m.in. zapewnienie ogółowi populacji równych szans i ochrony zdrowia, a więc niwelowania nierówności w tym zakresie, ugruntowanie zdrowia, przeciwdziałanie chorobom, przedwczesnym zgonom i niepełnosprawności, odpowiednią organizację procesu leczenia z zapewnieniem najwyższego poziomu opieki zdrowotnej. Powyższe cele mogą zostać osiągnięte przez:

- zapewnienie i dostarczanie całej populacji możliwie pełnego zakresu świadczeń medycznych, których ona wymaga, bez względu na różnicujące ją kryteria demograficzne, ekonomiczne, społeczne, kulturowe i geograficzne (zasada dostępności opieki zdrowotnej),
- zapewnienie usług i świadczeń profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych na możliwie najwyższym poziomie, adekwatnym do poziomu wiedzy i sztuki medycznej oraz zasad dobrej praktyki (zasada jakości opieki medycznej z uwzględnieniem zasady ciągłości),

¹⁹ Por. H. Izdebski, *Doktryny polityczno-prawne...*, s. 352 i n.

²⁰ Por. M. Dercz, *Samorząd terytorialny...*, s. 19 i n.

²¹ L. Frąckiewicz, *Polityka ochrony zdrowia. Synteza*, Katowice 1991, s. 5; por. J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa 2010.

²² C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź–Kraków 1996, s. 34–37.

- organizowanie opieki zdrowotnej w możliwie najlepszy sposób – tak, aby zapewnić optymalne wykorzystanie istniejących zasobów materialnych, finansowych i osobowych (zasada efektywności opieki zdrowotnej),
- systematyczne wdrażanie działań doskonalących system oraz umożliwiających satysfakcję odbiorców zarówno pacjentów, jak i personelu (zasada organizacji i zarządzania adekwatnego do osiągniętego rozwoju społeczno-gospodarczego),
- zatrudnienie kadry odpowiednio przygotowanej fachowo do działalności w odpowiednich dziedzinach ochrony zdrowia (zasada kompetentności)²³.

Powyższe stwierdzenia mają charakter normatywny w tym sensie, że wskazują na to, jak być powinno – nie przesądzając o tym, czy odpowiednie normy znajdują odzwierciedlenie w praktyce. W dalszych partiach podręcznika dokonana zatem zostanie konfrontacja tego rodzaju norm z polską rzeczywistością drugiej dekady XXI stulecia – i to konfrontacja nie tylko z mającymi szczególne znaczenie z punktu widzenia przedmiotu podręcznika normami prawnymi (które też określają stan, jaki zdaniem twórców polityki zdrowotnej powinien być, a nie stan, jaki realnie występuje na tle tych norm), ale i ze stanem rzeczywistym.

3. System ochrony zdrowia

Polityka zdrowotna jest – a przynajmniej powinna być – realizowana w ramach systemu ochrony zdrowia, określanego także jako system zdrowotny²⁴. Przyjmując, iż polityka zdrowotna to różnorodne formy ingerencji w naturalny przebieg zdarzeń wywołujących określone skutki zdrowotne, system ochrony zdrowia należy uznać za narzędzie tego rodzaju działań²⁵.

Władze publiczne za pomocą systemu ochrony zdrowia powinny czuwać nad stanem zdrowia ludności, nad warunkami jej życia i pracy oraz powinny przeciwdziałać zjawiskom szkodliwym. Wypełnianie tych zadań jest niezwykle trudne i wymaga podejmowania wielu działań w polu szeroko pojmowanej polityki zdrowotnej. Staje się to szczególnie aktualne w okresie zmian, jakie przyniosło przejście od państwa centralnie sterowanego do państwa o gospodarce rynkowej. Zmiany odnoszą się nie tylko do gospodarki, lecz do całej infrastruktury społecznej, a skutkują w głównej mierze potrzebą określenia roli państwa w realizowanej polityce społecznej, a w niej polityce zdrowotnej, której pośrednim wskaźnikiem jest stan zdrowia społeczeństwa²⁶. *Światowy Raport o Zdrowiu 2000*²⁷ silnie podkreśla znaczenie systemów ochrony zdrowia. Stwierdza się w nim, iż zadaniem systemów ochrony zdrowia jest nie tylko dążenie do poprawy zdrowotności i traktowania ludzi z godnością, lecz także do ochrony społeczeństwa przed finansowymi

²³ *Ibidem*, s. 38 i n.

²⁴ Por. M. Dercz, *Samorząd terytorialny...*, s. 37 i n.; C. Włodarczyk, S. Poździech, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Kraków 2001.

²⁵ C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna ...*, s. 287.

²⁶ C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna u progu transformacji ustrojowej* (w:) *Człowiek, praca, społeczeństwo. Materiały z Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej Ustroji Wielkopolski 13–16 czerwca 1992*, red. L. Frąckiewicz, Katowice 1992, s. 168–172.

²⁷ <http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>

skutkami chorób. Podkreśla, że systemy ochrony zdrowia powinny sobie stawiać za cel skuteczność, koncentrując się na rezultatach swych działań. Raport odwołuje się do pojęcia **działania zdrowotnego** jako podstawy formułowania definicji systemu zdrowia; przez działanie zdrowotne rozumieć należy każde działanie podejmowane w dziedzinie usług zdrowotnych w celu poprawy zdrowia, świadczone w publicznym systemie ochrony zdrowia, jak i w prywatnej służbie zdrowia.

System ochrony zdrowia obejmuje – w **aspekcie funkcjonalnym** – zorganizowany i skoordynowany zespół działań zdrowotnych, którego celem jest realizacja świadczeń i usług profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych, mających na celu zabezpieczenie i poprawę zdrowia jednostek i zbiorowości, a w **aspekcie instytucjonalnym** – ogół podmiotów i instytucji powołanych do organizowania, finansowania i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. „System” oznacza uporządkowany i skoordynowany wewnętrznie układ elementów, cechujących się określoną strukturą. Takie rozumienie tego pojęcia znajduje zastosowanie także w odniesieniu do systemu zdrowotnego – z tym samym jednak zastrzeżeniem, że pojęcie wyraża stan pożądany, normatywny, a w rzeczywistości można spotkać się zarówno ze stanem bliskim pożądanego, jak i z faktycznym brakiem systemu; polska rzeczywistość wciąż okazuje się bliższa tej drugiej sytuacji.

W skład systemów zdrowotnych wchodzi wszystkie organizacje, instytucje i zasoby, które są przeznaczane na działania zdrowotne, rozumiane jako każdy wysiłek podejmowany w takich dziedzinach jak zdrowie indywidualne i publiczne, a także podejmowane inicjatywy międzysektorowe, których podstawowym celem jest poprawa zdrowia²⁸. W literaturze podkreśla się, że system ochrony zdrowia – obejmujący działania na rzecz zdrowia publicznego, tj. działania skierowane na zapewnienie warunków dla zdrowia takich jak zapewnienie zdrowej wody do picia, nadzór nad żywnością, zapewnienie nadzoru profilaktycznego nad matką i dzieckiem, profilaktyka i zwalczanie chorób zakaźnych, edukacja zdrowotna łącznie z zapewnieniem podstawowej opieki medycznej w przypadkach nagłych – to zespół działań akceptowanych przez społeczeństwa jako naturalny obowiązek państwa. Współodpowiedzialność władzy publicznej za funkcjonowanie i rozwój przyjętego systemu ochrony zdrowia – jako systemu narodowej służby zdrowia lub jako systemu ubezpieczeń zdrowotnych, a na innej płaszczyźnie jako systemu centralnie planowanego albo systemu opartego na świadczeniach prywatnych – winna mieć na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkim obywatelom²⁹.

Każdy z funkcjonujących w świecie systemów ochrony zdrowia można sprowadzić do zespołu dwóch zasadniczych sfer działań (których nazwy przyjmowane w literaturze z dziedziny zdrowia publicznego nie muszą odpowiadać terminologii przyjętej przez ustawodawstwo każdego państwa, czego dowodem może być przedstawiona już polska terminologia ustawowa):

- **opieki zdrowotnej**, rozumianej jako medycyna lecznicza, w skład której wchodzi liczne działania indywidualnej prewencji, leczenia, naprawy, rehabilitacji i wzmacniania zdrowia, aż po opiekę terminalną,

²⁸ Por. *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, red. S. Poździej, A. Ryś, Kraków 1996, s. 101. Autorzy definiują system ochrony zdrowia jako społeczny, złożony, dynamiczny, funkcjonalnie system tworzony i używany przez społeczeństwo w celu stworzenia medycznych i społecznych środków dla ochrony i poprawy zdrowia oraz ciągłego kumulowania i przekazywania wiedzy medycznej.

²⁹ J. Leowski, *Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia*, PiM 2000, nr 6-7.

– **ochrony zdrowia** rozumianej jako działania na rzecz zdrowia, realizowane zarówno przez wyspecjalizowane służby zdrowia publicznego, służby medyczne jak i inne sektory życia społeczno-gospodarczego, odpowiedzialne za stwarzanie społeczeństwu właściwych warunków zdrowotnych (m.in. ochrona przed zanieczyszczeniem środowiska naturalnego, żywność i żywienie, transport i komunikacja, odzież, wypoczynek, wykształcenie, zatrudnienie, warunki mieszkaniowe, praca, ubezpieczenie społeczne, swobody obywatelskie itp.).

Konieczny ze względu na jego przedmiot **wielopoziomowy system zarządzania publicznego** w sferze tworzenia i realizowania polityki zdrowotnej stanowi istotną część składową systemu ochrony zdrowia. Warunkiem jego należytego funkcjonowania jest zapewnienie skoordynowanego działania wszystkich objętych nim podmiotów, a to wymaga precyzyjnego określenia celów i jasnych kryteriów oceny ich osiągania, na tyle obiektywnych, na ile jest to możliwe.

System zdrowotny składa się z różnych szczebli, także gdy chodzi o działania z zakresu administracji świadczącej. Poziom pierwszy – **podstawowej opieki zdrowotnej** – jest zarazem poziomem pierwszego kontaktu między systemem i ludźmi. Dalsze **poziomy – pośrednie i centralny** – służą wsparciem i dostarczają świadczeń specjalistycznych, stając się coraz bardziej złożonymi, w miarę przesuwania się w górę systemu. Sprawne i efektywne funkcjonowanie tak złożonej struktury organizacyjno-kompetencyjnej, jaką jest w każdym państwie system ochrony zdrowia, staje się możliwe dopiero wtedy, gdy sprawiedliwie i według aktualnych możliwości finansowo-materialnych rozdzielone zostaną role pomiędzy wszystkich aktualnych i potencjalnych uczestników systemu zdrowotnego.

PRAWO DO OCHRONY ZDROWIA W ASPEKCIE PRAWA MIĘDZYNARODOWEGO, PRAWA EUROPEJSKIEGO I POLSKIEGO PRAWA KONSTITUCYJNEGO

1. Prawo do ochrony zdrowia w aspekcie prawnomiędzynarodowym

Prawo do ochrony zdrowia jest ogólnie uznanym po II wojnie światowej prawem każdego – tj. **prawem człowieka i prawem podstawowym**³⁰ – zaliczanym do drugiej generacji tych praw, tj. **praw ekonomicznych i społecznych**. Jest ono formułowane w dokumentach stanowiących źródła prawa międzynarodowego w skali globalnej i kontynentalnej, w aktach prawnych Unii Europejskiej, jak i w konstytucjach współczesnych państw, w tym w Konstytucji RP.

W preambule Konstytucji WHO znajduje się stwierdzenie, które można uznać za współczesne rozumienie prawa do ochrony zdrowia: korzystanie z najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej. Z kolei z art. 25 **Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka** ONZ z dnia 10 grudnia 1948 r. wynika, że każdy człowiek ma prawo do stopy życiowej zapewniającej zdrowie i dobrobyt jego i rodziny, w tym prawo do opieki lekarskiej oraz prawo do ubezpieczenia na wypadek choroby, przy czym prawo do szczególnej opieki i pomocy przysługuje matce i dziecku. Rozwinięciem powołanych postanowień obydwóch tych dokumentów uniwersalnego systemu Narodów Zjednoczonych jest sformułowanie występujące w art. 12 **Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych**, otwartego do podpisu w Nowym Jorku z dnia 19 grudnia 1966 r. (Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169 z późn. zm., zał.) o prawie każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego. Wymienia się tam zarazem działania, które państwa strony tego Paktu (a więc i Rzeczpospolita Polska) powinny podjąć dla zrealizowania tego prawa. Obejmują one środki konieczne do zapewnienia zmniejszenia wskaźnika martwych urodzeń i śmiertelności niemowląt oraz do zapewnienia rozwoju dziecka, poprawy higieny środowiska i higieny przemysłowej we wszystkich aspektach, zapobiegania chorobom epidemicznym, endemicznym, zawodowym i innym oraz ich leczenia i zwalczania, jak również stworzenia warunków, które zapewniłyby wszystkim

³⁰ O znaczeniu tych dwóch terminów i ich wzajemnym stosunku – H. Izdebski, *Doktryny polityczno-prawne. Fundamenty współczesnych państw*, Warszawa 2012, s. 166 i n.

pomoc i opiekę lekarską na wypadek choroby. Wskazuje to na szerokie rozumienie w Pakcie terminu „ochrona zdrowia”.

Bardziej szczegółowe obowiązki państw w skali światowej w zakresie ochrony zdrowia, odnoszące się przy tym nie tylko do pracowników, określa **Konwencja nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy** dotycząca minimalnych norm zabezpieczenia społecznego³¹. Czyni to przede wszystkim w części II „Opieka lekarska” (art. 7–12) i w części III „Zasiłki chorobowe” (art. 13–18) – z tym że Rzeczpospolita Polska nie przyjęła na siebie obowiązków wynikających z części III. Konwencja nr 102 nie zapewnia prawa do ochrony zdrowia każdemu, lecz tylko osobom chronionym. Zakres osób chronionych powinien obejmować:

- ustalone grupy pracowników stanowiące łącznie co najmniej 50% ogółu pracowników, jak również ich żony i dzieci, albo
- ustalone grupy ludności zawodowo czynnej stanowiące łącznie co najmniej 20% ogółu mieszkańców, jak również ich żony i dzieci, albo
- ustalone grupy mieszkańców stanowiące łącznie co najmniej 50% ogółu mieszkańców, bądź
- ustalone grupy pracowników stanowiące co najmniej 50% ogółu pracowników, którzy pracują w zakładach przemysłowych zatrudniających 20 lub więcej osób, jak również ich żony i dzieci.

Zgodnie z art. 7 Konwencji nr 102 państwo związane częścią II powinno zapewnić osobom chronionym udzielanie świadczeń, gdy stan tych osób wymaga pomocy o charakterze lekarskim i profilaktycznym w razie wystąpienia wszelkiego stanu chorobowego (bez względu na jego przyczynę) oraz w razie wystąpienia ciąży i porodu, a także ich skutków. Przepis art. 10 Konwencji nr 102 przewiduje, że świadczenia winny zmierzać do zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia osoby chronionej oraz jej zdolności do pracy, a także do zaspokojenia jej potrzeb osobistych, i obejmować co najmniej:

a) w razie stanu chorobowego:

- pomoc lekarzy o ogólnej praktyce, w tym wizytowanie chorych w domu,
- pomoc lekarzy specjalistów udzieloną w szpitalach osobom tam przebywającym lub dochodzącym oraz pomoc lekarzy specjalistów, która może być udzielana poza szpitalem,
- dostarczanie podstawowych środków farmaceutycznych zleconych przez lekarza lub innego wykwalifikowanego praktyka,
- leczenie szpitalne, gdy jest ono potrzebne;

b) w razie ciąży, porodu oraz ich skutków:

- pomoc przedporodową, pomoc podczas porodu i pomoc po porodzie, udzielaną przez lekarza bądź przez dyplomowaną położną;
- leczenie szpitalne, gdy jest ono potrzebne.

Jednocześnie zastrzega się, że osoba korzystająca ze świadczeń lub jej żywiciel może być obowiązana do udziału w kosztach opieki lekarskiej otrzymywanej w razie choroby;

³¹ Por. S. Poździej, *Prawo do ochrony zdrowia w standardach Międzynarodowej Organizacji Pracy*, Kraków 2007.

zasady dotyczące tego udziału powinny być jednakże takie, aby nie powodowały zbyt wielkiego obciążenia.

Ustanowiona w ramach Rady Europy – organizacji zrzeszającej demokratyczne państwa Europy (liczy ona obecnie 47 państw członkowskich) – **Europejska Karta Społeczna** zawiera pod tym względem sformułowania nieco bardziej ogólne i umiarkowane. W pkt 11 części I Europejskiej Karty Społecznej stwierdza się, iż każdy ma prawo do korzystania z wszelkich środków umożliwiających mu osiągnięcie możliwie najlepszego stanu zdrowia, ale też tylko osoby niemające wystarczających zasobów mają prawo do pomocy medycznej oraz pomocy społecznej (część I pkt 13 Europejskiej Karty Społecznej). Pojęcie ochrony zdrowia jest w Karcie rozumiane bardzo szeroko – państwa sygnatariusze konwencji zobowiązały się w art. 11 podjąć środki zmierzające zwłaszcza do:

- wyeliminowania, tak dalece jak jest to możliwe, przyczyn chorób,
- zapewnienia ułatwień w zakresie poradnictwa oraz oświaty dla poprawy stanu zdrowia i rozwijania indywidualnej odpowiedzialności w sprawach zdrowia oraz
- zapobiegania, tak dalece jak jest to możliwe, chorobom, w pierwszej kolejności epidemicznym i endemicznym.

2. Prawo do ochrony zdrowia w świetle przepisów prawa Unii Europejskiej

Unia Europejska w jej obecnym kształcie szczególnej organizacji międzynarodowej uzyskującej z woli państw członkowskich **kompetencje organów władzy państwowej** w niektórych sprawach (określenie to zostało zaczerpnięte z art. 90 ust. 1 Konstytucji RP, dzięki któremu Rzeczpospolita mogła przystąpić do ówczesnej Unii) występuje od czasu przyjęcia Traktatu z Lizbony z dnia 13 grudnia 2007 r. zmieniającego Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską (Dz. U. Nr 203, poz. 1569). Poprzednio Unia Europejska stanowiła szczególną formę współpracy państw członkowskich w ramach podstawowej formuły integracji europejskiej, tj. Wspólnoty Europejskiej (kontynuatorki Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej ustanowionej w 1957 r.). Stąd posługiwano się terminem „prawo wspólnotowe”, który dopiero od niedawna został w pełni zastąpiony przez termin „prawo Unii Europejskiej” lub „prawo unijne”.

Pierwotnie prawo wspólnotowe nie przewidywało jakiegokolwiek działalności wspólnotowej na rzecz ochrony zdrowia. Dopiero Jednolity Akt Europejski z dnia 17 lutego 1986 r. (Dz. U. z 2004 r. Nr 90, poz. 864/5 z późn. zm.) wprowadził postanowienia dotyczące zdrowia publicznego. Miały one jednak bardzo ogólny charakter – dotyczyły konieczności działań na rzecz ochrony zdrowia i w istocie określały jedynie założenia przyszłej polityki wspólnotowej w tym przedmiocie. Ochronie zdrowia więcej uwagi poświęcono we wprowadzonym w ramach Traktatu z Maastricht z dnia 7 lutego 1992 r. Traktacie o Unii Europejskiej (Dz. U. z 2004 r. Nr 90, poz. 864/30 z późn. zm.). Zgodnie z jego treścią Unia powinna przyczynić się do wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego, a ponadto państwa członkowskie powinny podjąć współpracę w zakresie ochrony zdrowia publicznego. Współpracę tę miały określać przepisy Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską w brzmieniu ustalonym przez Traktat z Maastricht. Odpowiednie postanowienia rozwinął Traktat z Amsterdamu z dnia 2 października 1997 r. zmieniający Traktat

Książka zawiera szczegółowe omówienie prawnych i organizacyjno-prawnych zagadnień dotyczących publicznych aspektów polskiego systemu ochrony zdrowia, takich jak:

- prawo do ochrony zdrowia w aspekcie prawa międzynarodowego, prawa europejskiego i polskiego prawa konstytucyjnego,
- działania administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych w sferze ochrony zdrowia,
- prawa i obowiązki pacjenta i świadczeniobiorcy oraz status prawny pracowników podmiotów leczniczych.

Publikacja jest pierwszym podręcznikiem akademickim adresowanym do studentów wydziałów prawa, administracji i zdrowia publicznego. Będzie też stanowił merytoryczne wsparcie dla menedżerów, pracowników oraz prawników obsługujących organy administracji rządowej, jednostki samorządu terytorialnego oraz organizacje pozarządowe w zakresie związanym z ochroną zdrowia, jak również instytucje ubezpieczenia zdrowotnego, samorzady zawodów medycznych i podmioty lecznicze.

Praca nad koncepcją przedmiotu i podręcznika dotyczącego prawa publicznego ochrony zdrowia prowadzona była w oparciu o grant Uczelni Łazarskiego w Warszawie.

Maciej Dercz – doktor nauk prawnych; radca prawny; dyrektor Instytutu Prawa Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego i lider jednego z modułów tematycznych MBA w ochronie zdrowia; doradca Ministra Zdrowia (1999–2000); prowadzi szkolenia dotyczące zagadnień prawa ochrony zdrowia dla Krajowej Rady Radców Prawnych (od 1999 r.); autor i współautor wielu publikacji dotyczących prawnych aspektów ochrony zdrowia (m.in. *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz 2012*, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz 2007*, *Samorząd terytorialny w ochronie zdrowia 2005*).

Hubert Izdebski – profesor doktor habilitowany nauk prawnych; profesor zwyczajny Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego; dyrektor Instytutu Nauk o Państwie i Prawie WPiA UW; wykładowca w Krajowej Szkole Administracji Publicznej i Collegium Civitas; sekretarz Centralnej Komisji do Spraw Stopni i Tytułów; wiceprzewodniczący Komitetu Nauk Prawnych Polskiej Akademii Nauk; przewodniczący Rady Naukowej Instytutu Prawa ochrony zdrowia Uczelni Łazarskiego; radca prawny, adwokat; autor licznych publikacji z zakresu prawa publicznego i administracji oraz ich historii, a także teorii prawa, jak również autor i współautor wielu projektów aktów normatywnych.

Tomasz Rek – radca prawny; praktyk zajmujący się obsługą prawną podmiotów funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia; pracownik administracji publicznej; członek rad nadzorczych podmiotów leczniczych; wykładowca w ramach modułów tematycznych MBA w ochronie zdrowia na Uczelni Łazarskiego; autor i współautor licznych publikacji z zakresu prawa ochrony zdrowia (m.in. *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz 2012*, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz 2007*, *Prawa dziecka jako pacjenta 2003*).

Zamówienia:

infolinia 801 04 45 45, fax 22 535 80 01
zamowienia.ksiazki@wolterskluwer.pl
www.wolterskluwer.pl
księgarnia internetowa: www.profinfo.pl

ISBN 978-83-264-4412-8



9 788326 444128

cena 69 zł
(w tym 5% VAT)