

Wybrane aspekty zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jako elementy składowe realizacji prawa do ochrony zdrowia

JEL classification: I12, I11, I18

Słowa kluczowe: ekonomia ochrony zdrowia, polityka ochrony zdrowia

Keywords: economics of healthcare, healthcare policy

Abstrakt: Wyrazem rozwoju cywilizacji jest ciągle poszerzanie zakresu praw przysługujących jednostce. Często jednak prawo proklamowane w aktach rangi konstytucyjnej nie jest realizowane albo jest realizowane tylko w wąskim zakresie. Prawo do ochrony zdrowia, jako jedno z najważniejszych, powinno być wypełniane w możliwie najszerszym zakresie, dlatego warto przyjrzeć się otaczającej rzeczywistości i oceniać stopień jego realizacji.

Selected aspects of the principle of equal access to health care services as elements of the right to health protection

Abstract: The expression of the development of a civilization is the constant expanding of individual rights. However, these rights, proclaimed in constitutional acts, are not implemented at all or are implemented only within a narrow scope. The right to health care, as one of the most important rights, should be realized in the broadest possible way. That is the reason why we should observe the surrounding reality and assess the extent of its implementation.

Wprowadzenie

Prawo do ochrony zdrowia jest jednym z najważniejszych współczesnych praw społecznych. Kwalifikowane jest do kategorii praw człowieka drugiej generacji¹,

¹ *Prawa człowieka. Zarys wykładu*, red. J. Hołda *et al.*, Warszawa 2008, s. 11.

łączy się ono nierozzerwalnie z fundamentalnym prawem do ochrony życia². Bezsprzeczne jest, że to właśnie zdrowie wpływa na możliwość korzystania przez jednostkę z większości przysługujących jej praw podmiotowych oraz na jej czynne uczestnictwo w życiu społeczno-ekonomicznym. Dlatego w pierwszej części niniejszego opracowania będzie mowa o prawie do ochrony zdrowia i równym dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej w prawodawstwie krajowym, z uwzględnieniem zapisów art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej³. Następnie rozważania teoretyczne zostaną zestawione z konkretnymi rozwiązaniami prawnymi. Będzie to miało na celu pokazanie, jak ustawodawca zwykły, wypełniając normy prawa krajowego, realizuje zasadę równego dostępu do świadczeń w kontekście najnowszych zmian legislacyjnych.

Prawo do ochrony zdrowia w Konstytucji RP

Prawo do ochrony zdrowia w polskim porządku prawnym, zwłaszcza w polskim konstytucjonalizmie, nie ma długiej tradycji. Dopiero Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej⁴ z 1952 roku podniosła prawo do ochrony zdrowia do rangi wartości konstytucyjnej, chociaż ustawodawstwo zwykle już wcześniej zaczęło regulować te kwestie⁵. Współcześnie przedmiotowe prawo reguluje Konstytucja RP⁶ z 1997 roku, w art. 68.

Prawo do ochrony zdrowia zostało umieszczone w rozdziale zatytułowanym „Wolności, Prawa i Obowiązki Człowieka i Obywatela” w części pt. „Wolności i Prawa Ekonomiczne, Socjalne i Kulturalne”, prawdopodobnie dla podkreślenia doniosłości unormowanej istoty rzeczy⁷. Zdrowie, a także jego profilaktyka i ochrona, nie mogą być traktowane jako samoistna, indywidualna wartość, odnosząca się jedynie do konkretnej jednostki, dlatego wymagają szerszego spojrzenia,

² Por. M. Maciejewski, *Początki koncepcji oraz regulacji praw i wolności człowieka do czasów oświecenia*, [w:] *Współczesne koncepcje ochrony wolności i praw podstawowych*, red. A. Bator et al., Wrocław 2013, s. 10, oraz T. Jasudowicz, *Prawo do zdrowia*, [w:] *Prawa człowieka i ich ochrona*, red. B. Gronowska et al., Toruń 2010, s. 491.

³ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997 Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

⁴ Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z dnia 22 lipca 1952 r. (tekst pierwotny: Dz.U.1952.33.232).

⁵ Szerzej o zmianach systemu opieki zdrowotnej oraz prawa ochrony zdrowia traktuje A. Ćwiąkała-Małys et al., *Ewolucyjny obraz przekształceń systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Przegląd Prawa i Administracji” 93, 2013.

⁶ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (tekst pierwotny: Dz.U.1997.78.483).

⁷ Zob. S. Jarosz-Żukowska, *Prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, [w:] *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, red. M. Jabłoński, Wrocław 2014, s. 659.

zwłaszcza przez pryzmat koherentnych zasad konstytucyjnych, m.in. ochrony godności (art. 30), ochrony życia (art. 38) czy nietykalności cielesnej (art. 41 ust. 1).

Norma stypizowana w art. 68 Konstytucji RP ze względu na treść oraz konstrukcję przysparza wiele problemów interpretacyjnych. Przede wszystkim, w całym art. 68 można wyróżnić wiele podmiotów, m.in. w ust. 1 mowa jest o „każdym”, ust. 2 odnosi się jedynie do „obywateli” (jednak bez przymiotnika „polskich”), ust. 3 przyznaje szczególne uprawnienia „dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku”, ust. 4 i 5 jest skierowany do „władzy publicznej”. Ze względu na tak rozbudowaną treść przepisu art. 68 w doktrynie spotyka się stanowisko, iż materię w nim zawartą powinno się podzielić na odrębne jednostki redakcyjne⁸.

Warto podkreślić, że na treść omawianego zapisu obecnie obowiązującej Konstytucji RP duży wpływ miały równolegle prowadzone prace nad reformą systemu ochrony zdrowia w Polsce. Brak ówczesnej zgody polityków co do kierunku zmian odcisnął swoje piętno na zapisach odpowiadających im uprawnień konstytucyjnych w tej materii, przede wszystkim w kwestii zapewnienia powszechności prawa do ochrony zdrowia, czego wyrazem jest ust. 2 art. 68, który stanowi, że „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”⁹. Jest to określenie ust. 1 wyrażającego abstrakcyjną normę, która przyznaje „każdemu” prawo do ochrony zdrowia.

Interpretację przywołanego wyżej zapisu art. 68 ust. 2 Konstytucji RP należy zacząć od określenia granic wyznaczonych przez ustrojodawcę. Przede wszystkim dotyczy to świadczeń opieki zdrowotnej, a nie ochrony zdrowia, ponieważ są pojęciem węższym, przez co bardziej konkretnym, odnoszą się bezpośrednio do faktycznych procedur postępowania w określonych przypadkach medycznych. Kolejną, ważną unormowaną kwestią jest zapewnienie „równego dostępu”, bez względu na „sytuację materialną”. Taki zapis stanowi ideę regulatywną, która w zderzeniu ze stanem faktycznym nigdy nie będzie spełniona w stopniu doskonałym, jednak czynnikiem różnicującym uprawnionych nie może być ich poziom zamożności. Warto zwrócić także uwagę na część dotyczącą finansowania, która jest zobowiązaniem władzy publicznej do wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej, tym samym ustrojodawca nie dopuścił możliwości całkowitego wycofania się państwa z tej części życia społeczno-gospodarczego. Wszystkie wskazane powyżej granice mają być wskazówką dla ustawodawcy zwykłego, który zgodnie z art. 68 ust. 2 zd. 2 warunki i zakres ma określić w ustawie.

⁸ Por. M. Bartoszewicz, *Komentarz do art. 68*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. M. Haczkowska, 2014, <http://lexis.pl/pages/document?id=2528041&unitId=29560446&source=RELATION&sDate=2015-01-23&sDocId=380810> (dostęp: 6.12.2014).

⁹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej.

Uzupełniając interpretację normy konstytucyjnej, warto posłużyć się wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 roku¹⁰, który „[...] jest wprawdzie »sądem prawa«, a nie »sądem faktów«, jednak dokonując oceny norm prawnych z punktu widzenia ich zgodności z zasadami i wartościami konstytucyjnie chronionymi nie może abstrahować od bezpośrednich skutków społecznych badanych rozwiązań ustawowych”¹¹. Trybunał potwierdził, że „Art. 68 ust. 2 nakłada na władze publiczne, a w szczególności na ustawodawcę, obowiązek określenia zasad realizowania prawa do ochrony zdrowia [...]”¹², jednak „Norma [...] nie przesądza konstrukcji tego systemu jako całości ani jego poszczególnych elementów: charakteru prawnego źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych, charakteru i struktury płatnika (płatników) tych świadczeń czy też struktury własnościowej świadczeniodawców”¹³. Trybunał zdecydowanie stwierdził, że Sformułowanie Konstytucji jest kategoryczne i ma charakter gwarancyjny.[...]”¹⁴, przez co „Z obowiązku rzeczywistego zapewnienia przez władze publiczne warunków realizacji prawa do ochrony zdrowia, które nie może być traktowane jako uprawnienie iluzoryczne bądź czysto potencjalne, wynika jednak wymaganie, iż system ten — jako całość — musi być efektywny”¹⁵.

Prawo do ochrony zdrowia w ustawodawstwie zwykłym

Norma programowa wynikająca z art. 68 Konstytucji RP, a w myśl interpretacji Trybunału także gwarancyjna, została zrealizowana przez ustawodawcę zwykłego przede wszystkim w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁶ (dalej jako: ustawa o świadczeniach). Wskazane przepisy ustawy statuuja organizację systemu opieki zdrowotnej w Polsce, określają podmioty uprawnione (ubezpieczonych), obowiązki świadczeniodawców oraz powołują do życia Narodowy Fundusz Zdrowia, którego głównym zadaniem jest organizacja systemu oraz zarządzanie środkami finansowymi pozyskanymi w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Ustawodawca, któremu właściwe przepisy Konstytucji RP pozostawiły dowolność w zakresie konstrukcji systemu, wybrał model ubezpieczeniowy wzorowany

¹⁰ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 roku, sygn. akt K 14/2003, OTK ZU 2004/1A poz. 1.

¹¹ *Ibidem*.

¹² *Ibidem*.

¹³ *Ibidem*.

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst pierwotny: Dz.U.2004.210.2135 z późn. zm.). Nie są to jedyne ustawy, które mają wpływ na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce, oprócz powyższych warto wymienić ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz.U.2013.217 z późn. zm.) oraz inne.

na modelu Bismarcka¹⁷. Ustawa o świadczeniach wyznacza szeroki zakres osób obowiązanych do opłacania składki na ubezpieczenia zdrowotne, tym samym realizowana jest zasada powszechności ubezpieczenia oraz solidarności społecznej, ponieważ nie istnieje górna granica dochodu, która zwalniałaby z obowiązku ubezpieczeniowego. Pomimo takiej konstrukcji system nie jest w stanie sfinansować wszystkich zgłaszanych przez uposażonych potrzeb, dlatego formę reglamentacji przyjęto zasadę kolejowania dostępności do świadczeń. Właśnie ten mechanizm jest często kontestowany i poddawany krytyce jako jawne zaprzeczenie konstytucyjnej zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Kolejki jako element funkcjonowania systemu

W przypadku systemu opieki zdrowotnej dochodzi do sytuacji, w której zgłaszane przez uprawnione podmioty zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne znacznie przewyższa możliwości finansowe systemu. Ustawodawca nie zdecydował się na wprowadzenie częściowej odpłatności, bądź ograniczenie koszyka świadczeń gwarantowanych czy wprowadzenie ubezpieczeń dodatkowych, tylko wprowadził system kolejowania. Mechanizm ten teoretycznie zrównuje wszystkich świadczeniobiorców, w praktyce jednak oznacza problemy z otrzymaniem właściwej opieki medycznej w czasie odpowiednim z terapeutycznego punktu widzenia¹⁸.

Zgodnie z art. 20 ustawy o świadczeniach świadczeniodawcy w szpitalach oraz ambulatoryjnej opiece specjalistycznej udzielają świadczeń według kolejności zgłoszeń oraz prowadzą listy osób oczekujących, przy czym art. 19 ustawy o świadczeniach stwierdza, że w stanach nagłych świadczenia udzielane są niezwłocznie. W przypadkach stabilnych świadczeniodawcy winni kierować się wytycznymi wydanymi na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy, tj. w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni się kierować, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej¹⁹. Minister wskazał cztery przesłanki, na podstawie których ma się odbywać kwalifikacja świadczeniobiorcy na liście oczekujących, mianowicie:

- 1) stan zdrowia świadczeniobiorcy;
- 2) rokowania co do dalszego przebiegu choroby;

¹⁷ Szerzej na temat modeli P. Łagowski, *Wybrane modele finansowania systemu opieki zdrowotnej*, „Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne” 12, 2013.

¹⁸ Zob. D.E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, <http://sip.lex.pl/#/monografia/369226841/20>.

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni się kierować świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (tekst pierwotny: Dz.U.2005.200.1661).

3) choroby współistniejące mające wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie;

4) zagrożenie wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności²⁰.

Takie postępowanie, oparte jedynie na przesłankach medycznych, można uznać za egalitarne, tym samym zadość czyniące konstytucyjnej zasadzie równości w dostępie do świadczeń medycznych, ponieważ jedyną przesłanką klasyfikującą są obiektywne przesłanki medyczne.

Sytuacja prawna świadczeniobiorców zmieniła się diametralnie z dniem 1 stycznia 2015 roku, po wejściu w życie zmian wynikających z ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw²¹. Obecnie w ramach grupy świadczeniobiorców (pacjentów) wydzielono grupę, dla której prowadzi się diagnostykę bądź leczenie onkologiczne. Świadczeniodawcy zostali zobowiązani do prowadzenia niejako drugiej, równoległej listy oczekujących świadczeniobiorców posiadających kartę leczenia onkologicznego²². Tym samym została wykreowana grupa pacjentów „uprzywilejowanych”, którzy na badania diagnostyczne oraz ewentualne leczenie nie muszą oczekiwać w długich kolejkach, jak pozostali świadczeniobiorcy. Do dnia 1 stycznia 2015 wąską grupę pacjentów uprzywilejowanych stanowili inwalidzi wojenni i wojskowi, kombataneci oraz zaśluzeni honorowi dawcy krwi lub przeszczepu.

Zgodnie z danymi, od 2003 roku w Polsce rokrocznie rozpoznaje się ponad 120 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, a najnowsze dane za rok 2010 wskazują rozpoznanie u ponad 138 tys. pacjentów²³. Prosta kalkulacja pokazuje, że w systemie w ciągu roku może pojawić się ok. 1,5 mln „uprzywilejowanych” świadczeniobiorców z kartą leczenia diagnostycznego²⁴. Czy można w takim wypadku mówić o uprzywilejowaniu pacjentów onkologicznych (lub mających jedynie kartę leczenia onkologicznego) oraz dyskryminacji pozostałej grupy? Czy może takie zróżnicowanie nie przeczy konstytucyjnej zasadzie równości?

Równość, zgodnie z orzecnictwem Trybunału Konstytucyjnego, jest „[...] rozumiana w ten sposób, że wszystkie podmioty prawa (adresaci norm prawnych), charakteryzujące się daną cechą istotną (relewantną) w równym stopniu mają być

²⁰ *Ibidem*, § 1.

²¹ Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (tekst pierwotny: Dz.U.2014.1138 z późn. zm.).

²² Zgodnie z art. 32a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej.

²³ GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012*, Warszawa 2013, s. 62.

²⁴ Liczba ta wynika z iloczynu liczby 150 tys. rozpoznanych nowych przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe oraz minimalnego wskaźnika rozpoznania nowotworu określonego przez Ministra Zdrowia, na podstawie art. 32a ust. 18 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej.

traktowane równo, a więc według jednakowej miary, bez zróżnicowań zarówno dyskryminujących, jak i faworyzujących”²⁵, a

Samo odstępstwo od równego traktowania nie prowadzi jeszcze do uznania wprowadzających je przepisów za niekonstytucyjne. Trybunał Konstytucyjny zwracał wielokrotnie uwagę, że nierówne traktowanie podmiotów podobnych nie musi oznaczać dyskryminacji lub uprzywilejowania, a w konsekwencji niezgodności z art. 32 Konstytucji RP (wyrok z 12 maja 1998 r. U. 17/97 OTK ZU 1998/3 poz. 34). Konieczna jest jeszcze ocena kryterium, na podstawie którego dokonano zróżnicowania, bowiem wszelkie odstępstwo od nakazu równego traktowania podmiotów podobnych musi zawsze znajdować podstawę w odpowiednio przekonujących argumentach. Muszą one przede wszystkim mieć charakter relewantny, a więc pozostawać w bezpośrednim związku z celem i zasadniczą treścią przepisów, w których zawarta jest kontrolowana norma oraz służyć realizacji tego celu i treści. Innymi słowy, wprowadzone zróżnicowania muszą mieć charakter racjonalnie uzasadniony. Nie wolno ich dokonywać według dowolnie ustalonego kryterium (orzeczenie z 12 grudnia 1994 r. K. 3/94 OTK 1994/II poz. 42 str. 141). Ponadto powinny mieć charakter proporcjonalny, a więc waga interesu, któremu ma służyć różnicowanie sytuacji adresatów normy, musi pozostawać w odpowiedniej proporcji do wagi interesów, które zostaną naruszone w wyniku nierównego potraktowania podmiotów podobnych. Muszą również pozostawać w związku z innymi wartościami, zasadami czy normami konstytucyjnymi, uzasadniającymi odmienne traktowanie podmiotów podobnych (np. orzeczenie z 23 października 1995 r. K. 4/95 OTK 1995/II poz. 31 str. 93). Jedną z takich zasad konstytucyjnych jest zasada sprawiedliwości społecznej (dawniej art. 1 Przepisów konstytucyjnych, obecnie art. 2 Konstytucji). Różnicowanie sytuacji prawnej podmiotów podobnych ma więc znacznie większe szanse uznania za zgodne z Konstytucją, jeżeli pozostaje w zgodzie z zasadami sprawiedliwości społecznej lub służy urzeczywistnianiu tych zasad. Zostaje ono natomiast uznane za niekonstytucyjną dyskryminację (uprzywilejowanie), jeżeli nie znajduje podtrzymania w zasadzie sprawiedliwości społecznej. W tym właśnie sensie zasady równości wobec prawa i sprawiedliwości społecznej w znacznym stopniu nakładają się na siebie (orzeczenie z 3 września 1996 r. K. 10/96 OTK ZU 1996/4 poz. 33 str. 280–281)²⁶.

Z punktu widzenia przywołanych powyżej orzeczeń Trybunału Konstytucyjnego trudno jest uzasadnić prawidłowość uprzywilejowania tak dużej grupy spośród wszystkich świadczeniobiorców. W uzasadnieniu do projektu ustawy można przeczytać, że: „Projekt ustawy ma na celu poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów onkologicznych. Jest to grupa, która ze względu na rodzaj schorzenia powinna być otoczona szczególną troską”²⁷, jednak nie jest to wystarczająca argumentacja. Bardzo łatwo podać przykłady pacjentów chorych na przykład na choroby autoimmunologiczne, którzy również ze względu na rodzaj schorzenia powinni być otoczeni szczególną troską, zwłaszcza na etapie badań diagnostycznych, kiedy od postawienia szybkiej i właściwej diagnozy zależy możliwość podjęcia odpowiedniego leczenia. Już na etapie prac legislacyjnych w Sejmie eksperci z Biura Analiz Sejmowych zwracali uwagę na możliwą

²⁵ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 kwietnia 2002 r., sygn. akt P. 5/2001.

²⁶ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 stycznia 2000 r., sygn. akt K. 17/99.

²⁷ Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustawy, druk sejmowy VII.2505.I.

niekonstytucyjność właśnie w zakresie nieproporcjonalnego uprzywilejowania pacjentów onkologicznych²⁸.

Przedmiotowa kwestia w niedługim czasie może stać się podstawą wystąpienia do Trybunału Konstytucyjnego w celu zbadania, czy uprzywilejowanie pacjentów onkologicznych nie narusza konstytucyjnej zasady równości.

Różnicowanie wartości kontraktów

Narodowy Fundusz Zdrowia jako podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, do dnia 1 stycznia 2015 określał obszary kontraktowania, mając na względzie zapewnienie odpowiedniego poziomu dostępności do świadczeń dla ubezpieczonych, jednak ustawodawca nie wskazał na jakiegokolwiek obiektywne wskaźniki, które mogą tę dostępność zmierzyć.

Zaprezentowana tabela nr 1 przedstawia kształtowanie się wysokości kontraktów *per capita* w lecznictwie szpitalnym w czterech podstawowych zakresach w latach 2013–2015. Do analizy przyjęto jedynie powiaty ziemskie województwa dolnośląskiego, pomijając powiaty grodzkie oraz powiaty ziemskie będące „obwarzankami”²⁹ powiatów grodzkich.

Przedstawione dane wskazują na bardzo duże zróżnicowanie wartości kontraktów w poszczególnych powiatach. W zakresie chorób wewnętrznych różnica między najwyższą a najniższą wartością kontraktu *per capita* wynosi w bieżącym 2015 roku 109,96, przy czym średnia wartość kontraktu to 70,41. Podobnie duża różnica w roku 2015 występuje w przypadku kontraktu na chirurgię ogólną i wynosi 72,98. Tak duże zróżnicowanie wysokości kontraktów w poszczególnych zakresach świadczeń lecznictwa szpitalnego nie znajduje uzasadnienia w danych epidemiologicznych³⁰.

Z dniem 1 stycznia 2015 roku, po wejściu w życie zmian wynikających z ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej

²⁸ T. Sroka, *Opinia na temat projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*, „Biuro Analiz Sejmowych”, druk sejmowy VII.2505.I.

²⁹ „Obwarzankami” określa się powiaty ziemskie, które otaczają powiat grodzki, np. powiat ziemski wrocławski jest obwarzankiem dla powiatu grodzkiego miasta Wrocław. Pominięcie tych powiatów jest zasadne ze względu na bliskość dużych ośrodków miejskich, w których potencjalni pacjenci mogą otrzymać odpowiednią pomoc.

³⁰ W porównaniu z wynikami badań przedstawionymi przez Ministerstwo Zdrowia, w trakcie naboru wniosków do programu na dofinansowanie projektów realizowanych w ramach *Programu PL13 Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu finansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009–2014*. Powiaty, które znalazły się na liście ministerialnej, tj. mają najwyższe wskaźniki umieralności, mają także jedne z najniższych wskaźników wysokości kontraktów *per capita*, np. powiaty: wołowski, strzeliński.

Tabela 1. Wartość kontraktów *per capita* w dolnośląskich powiatach

Lp.	POWIAATY	Wysokość kontraktu z NFZ [zł]															
		wewnętrzny			pediatria			położnictwo i ginekologia			chirurgia ogólna						
		2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	
1	powiat bolesławiecki	52,59	52,59	54,57	17,27	17,27	17,25	13,33	13,22	13,21	13,33	13,22	13,21	41,97	41,47	43,63	
2	powiat dzierzoniowski	58,49	62,47	62,88	20,54	18,59	18,59	16,26	16,61	16,61	16,26	16,61	16,61	41,96	43,13	43,13	
3	powiat głogowski	74,95	74,07	74,07	23,78	22,89	22,89	26,75	26,82	26,81	26,75	26,82	26,81	58,14	57,78	57,77	
4	powiat górowski	75,56	73,51	72,69	34,16	35,11	35,11	32,04	32,71	23,19	32,04	32,71	23,19	57,53	55,90	55,28	
5	powiat jaworski	100,29	100,12	100,12	30,14	30,00	30,00	—	—	—	—	—	—	52,85	53,17	53,17	
6	powiat kamiennogórski	88,30	88,30	88,30	32,68	32,68	35,54	28,78	28,78	28,78	28,78	28,78	28,78	67,43	67,43	67,43	
7	powiat kłodzki	47,50	47,50	36,43	12,23	12,23	20,51	9,57	10,50	10,49	9,57	10,50	10,49	27,03	27,03	27,03	
8	powiat lubański	38,54	36,72	51,80	17,63	17,67	17,67	31,37	31,28	31,27	31,37	31,28	31,27	57,52	57,57	57,57	
9	powiat lubiński	147,11	146,39	146,39	22,29	22,29	22,29	30,24	31,92	30,12	30,24	31,92	30,12	70,26	70,26	70,26	
10	powiat lwówecki	69,38	68,89	68,89	—	—	—	13,66	14,14	14,13	13,66	14,14	14,13	100,02	100,02	100,01	
11	powiat milicki	115,09	112,97	112,97	36,09	33,93	33,93	21,88	21,37	21,37	21,88	21,37	21,37	79,00	76,20	76,20	
12	powiat oleśnicki	74,31	74,31	74,24	17,82	17,82	17,81	13,98	13,98	13,96	13,98	13,98	13,96	44,46	44,46	43,53	
13	powiat olawski	76,31	78,54	78,42	25,16	25,16	25,12	27,80	27,80	28,42	27,80	27,80	28,42	46,82	45,90	46,49	
14	powiat strzełiński	55,78	56,45	63,34	22,91	23,24	23,14	15,22	13,57	13,78	15,22	13,57	13,78	48,87	49,53	52,38	
15	powiat średzki	51,25	44,23	44,23	30,64	29,70	30,32	15,17	13,56	12,94	15,17	13,56	12,94	31,83	33,13	33,13	
16	powiat świdnicki	37,48	37,66	40,77	26,22	26,30	26,23	20,59	20,59	20,59	20,59	20,59	20,59	64,55	64,83	64,42	
17	powiat trzebnicki	57,56	54,51	47,37	27,92	29,07	29,07	14,25	14,25	14,25	14,25	14,25	14,25	45,61	45,61	45,61	
18	powiat wolowski	52,92	53,27	63,94	—	—	—	16,34	16,09	14,74	16,34	16,09	14,74	47,89	47,79	47,78	
19	powiat ząbkowicki	55,33	55,33	56,22	13,27	13,27	13,27	13,04	13,04	13,04	13,04	13,04	13,04	44,88	44,88	44,88	
20	powiat zgorzelecki	52,67	52,67	57,64	33,85	33,85	36,41	28,83	28,76	30,15	28,83	28,76	30,15	73,58	73,58	73,58	
21	powiat złotoryjski	83,03	83,31	83,31	30,20	30,49	30,49	22,35	22,33	22,33	22,35	22,33	22,33	71,41	68,99	68,99	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ, <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/> (dostęp: 26.01.2015).

finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw³¹, ocena potrzeb zdrowotnych społeczeństwa będzie realizowana za pomocą „Mapy potrzeb zdrowotnych”, sporządzanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Będzie to dokument, na podstawie którego będą określone obszary kontraktowania oraz wysokości kontraktów.

Obecna sytuacja w zakresie zróżnicowania wartości kontraktów w poszczególnych powiatach nie może być uznana za zgodną z konstytucyjną zasadą równości w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej.

Zakończenie

Prawo do ochrony zdrowia statutowane jest przede wszystkim w polskiej konstytucji, przyjmując bardzo ogólną formę, która wymaga uszczegółowienia w ustawach.

W Polsce norma konstytucyjna dotycząca prawa do ochrony zdrowia znajduje swoje rozwinięcie w przepisach kreujących system opieki zdrowotnej. Jednak podane przykłady mogą podważać właściwą jej realizację przez ustawodawcę zwykłego. O tym, czy tak jest, z pewnością w przyszłości zdecyduje Trybunał Konstytucyjny.

Bibliografia

- Hołda J. *et al.*, *Prawa człowieka. Zarys wykładu*, Warszawa 2008.
 Lach D.E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011.
Prawa człowieka i ich ochrona, red. B. Gronowska *et al.*, Toruń 2010.
Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym, red. M. Jabłoński, Wrocław 2014.
Współczesne koncepcje ochrony wolności i praw podstawowych, red. A. Bator *et al.*, Wrocław 2013.

Selected aspects of the principle of equal access to health care services as elements of the right to health protection

Summary

To sum up, the right to health protection is included in many acts of international law and in the Polish Constitution. Its too general form requires refinements in national acts. In Poland, the constitutional norm of the right to healthcare is reflected in the rules that create the national health care system. However, the described examples may underline the proper implementation of this norm by the ordinary legislator. Whether this is the case will certainly be resolved by the Constitutional Court.

³¹ Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (tekst pierwotny: Dz.U.2014.1138 ze zm.).