

Michał Passon¹

Równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w ujęciu konstytucyjnym

Streszczenie

Artykuł będzie obejmować problematykę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, wyrażonego w art. 68 ust. 2 polskiej Konstytucji. Celem artykułu jest omówienie tego przepisu w jak najszerszym stopniu. Do tej pory zarówno orzecznictwo jak i doktryna koncentrowała się przede wszystkim na ustępie pierwszym, czyli na prawie do ochrony zdrowia. Eksploracja ta jest o tyle ciekawa, że stanowi próbę wyodrębnienia treści ustępu drugiego z treści ustępu 1, albowiem prawo do ochrony zdrowia jest pojęciem szerszym niż pojęcie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Wobec powyższego można przyjąć tezę o podrzędności zakresowej omawianej normy w relacji do prawa do ochrony zdrowia. W artykule pokrótce zostanie także przedstawiony aspekt historyczny w kontekście omawianej regulacji. W treści artykułu poruszony jest również problem związany z kwalifikacją prawną omawianej normy, jej charakteru oraz normatywności. Przedmiotem rozważań będzie jednak przede wszystkim obowiązek, który Konstytucja nakłada na ustawodawcę i związane z tym wymogi w zakresie operatywności, dostępności rzeczywistej, zasady równości, finansowania, które ograniczają swobodę prawodawcy. W treści opracowania zostaną wskazani beneficjenci tego uprawnienia oraz zakres świadczeń, który będzie im przysługiwać. Problematyka ta ma niezwykle istotne znaczenie dla obywateli polskich, zwłaszcza w systemie, w którym obowiązuje, w dużym uproszczeniu, system obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Słowa kluczowe: zasada równości, dostęp do świadczeń, opieka zdrowotna, ochrona zdrowia, świadczenia zdrowotne, Konstytucja

¹ Autor jest studentem III roku prawa na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

1. Wprowadzenie

Wyrażone w artykule 68 ust. 1 Konstytucji² prawo obywateli do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych niewątpliwie ma coraz bardziej istotne znaczenie, zwłaszcza w dobie tendencji do rozszerzenia zakresu świadczonych usług zdrowotnych i socjalnych przez państwa Unii Europejskiej. Wpisanie tej normy do treści polskiej ustawy zasadniczej przez ustrojodawcę może stanowić dobrą ilustrację dla dokonanej zmiany ustrojowej, która miała miejsce w końcu XX wieku. Umieszczenie tej normy w akcie prawnym o najwyższej randze w polskim systemie prawa jest przede wszystkim instrumentem służącym ochronie praw człowieka i obywatela. Jest ono również pewnym obowiązkiem dla władzy publicznej, które zobowiązana jest realizować i przestrzegać. Jednakże, aby stwierdzić, w jakim stopniu władza publiczna związana jest wskazanym obowiązkiem, konieczne jest dokonanie bardziej szczegółowej analizy określonej normy. Będzie to również istotne dla określenia stopnia uprawnień, których zaspokojenia wymagać może polski obywatel. W treści tego artykułu postaram się w jak największym stopniu doprecyzować normę określoną w art. 68 ust.2 Konstytucji.

2. Zdefiniowanie

Rozpoczynając moje rozważania warto zaznaczyć, że należy dokonać rozróżnienia między wyrażonym w ust. 1 art. 68 Konstytucji, prawem do ochrony zdrowia, a wyrażonym w ust. 2 tegoż artykułu, równym dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej, chociażby ze względu na fakt, że każda z tych norm odnosi się do innego adresata. Warto zaznaczyć, że pojęcia te nie są legalnie zdefiniowane w Konstytucji³. Adresatem z ustępu pierwszego jest „każdy”, czyli wszystkie osoby fizyczne⁴, a w ustępie drugim jest to władza publiczna – organy państwa i samorządu terytorialnego. Wskazaną różnicę podkreślił przede wszystkim Trybunał Konstytucyjny w swoim wyroku o sygnaturze K 14/03⁵. Ponadto, normy te cechuje również zupełnie inny zakres, co zdaje się potwierdzać literalne brzmienie porównywanych norm. Posłużęwszy się definicją słownikową, warto wskazać, że opiekę zdrowotną można definiować, za Encyklopedią PWN, jako: „zorganizowane działanie określonego systemu świadczeń zdrowotnych opartych na instytucjach służby zdrowia, mające na celu zapewnienie zachowania dobrego stanu zdrowia lub jego przywrócenie w przypadku utraty, a gdy jest to niemożliwe — zmniejszenie skutków choroby i łagodzenie dolegliwości”⁶. Natomiast

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

³ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 lipca 2008 r. sygn. akt K 24/07 (Dz.U. 2008 nr 138 poz. 874).

⁴ Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 lutego 2002 r., sygn. akt Ts 171/01, OTK 2002, nr 2B, poz. 168.

⁵ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03 (Dz.U. 2004 nr 5 poz. 37).

⁶ Encyklopedia PWN, <http://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/opieka%20zdrowotna.html>, 07.01.2017.

ochrona zdrowia może być rozumiana, za encyklopedią PWN, jako: „polityka społ.; wszelka społeczna działalność, której celem jest zapobieganie chorobom i ich leczenie, utrzymanie rozwoju psychicznego, fizycznego i społecznego człowieka, przedłużanie życia, zapewnienie zdrowego rozwoju następnym pokoleniom”⁷. Wskazane definicje potwierdzają tezę o odmienności zakresowej przedstawionych norm i konieczności ich wyodrębnienia. Również TK dostrzegł potrzebę odróżniania od siebie tych pojęć, ze względu na ich różne zakresy znaczeniowe. Ochrona zdrowia będzie miała szerszy zakres znaczeniowy niż opieka zdrowotna⁸. Choć dopuszczalne jest zarówno wykładanie tych przepisów wspólnie jak i samodzielnie, to na potrzeby tego opracowania przyjmę tezę o tym, że między ust. 1 a ust. 2 nie ma nierozwalnego związku i dlatego też, mogą być one „wykładane samodzielnie”⁹. Wobec powyższego, na potrzeby tego artykułu postaram się odnieść przede wszystkim do treści ustępu drugiego, w jak największym oderwaniu od normy zawartej w ustępie pierwszym. Jest to zadanie niezwykle skomplikowane, ponieważ wskazane normy, ze względu na realizowany cel są ze sobą immanentnie związane¹⁰.

3. Aspekt historyczny

Na uwagę zasługuje fakt, iż norma stanowiąca o równym dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej jest *novum* w porównaniu do zawartości treściowej Konstytucji PRL¹¹. Obowiązujący system polityczno-gospodarczy w Polsce w okresie obowiązywania ówczesnej konstytucji odcisnął piętno również i na treści art. 60. Konstytucja z 1952 r. nie wyrażała bowiem *expressis verbis* takiego uprawnienia. Ograniczyła się ona tylko lakonicznego stwierdzenia, polegającego na zapewnieniu ochrony zdrowia oraz wyliczeń, które miały temu służyć. Wskazaną zmianę należy uznać bez wątpienia za pozytywną. Jest ona oczywistym potwierdzeniem wspólnej tożsamości aksjologicznej występującej w ramach europejskiej kultury prawnej, jak i określonego podejścia do praw i wolności człowieka i obywatela.

Z kolei tzw. „Mała Konstytucja” z 1992 r.¹² w ogóle nie dotyczyła problematyki wolności i praw, co było z oczywistych względów uzasadnione. Miała ona bowiem na celu uregulowanie podstawowych relacji między organami władzy publicznej. Z tego też powodu, co do zasady, utrzymała ona w mocy wolności i prawa wyrażone w Konstytucji PRL. Jednakże „Mała Konstytucja” derogowała przepis traktujący o prawie do ochrony zdrowia z 1952 r. oraz nie wprowadziła żadnego substytutu powyższego

⁷ Encyklopedia PWN, <http://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/ochrona%20zdrowia.html>, 07.01.2017.

⁸ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 lipca 2008 r. sygn. akt K 24/07 (Dz.U. 2008 nr 138 poz. 874).

⁹ J. Trzciński, *Komentarz do art. 68 Konstytucji* [w:] K. Działocha, L. Garlicki, P. Sarnecki, W. Sokolewicz, J. Trzciński, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2001, t. 2, s. 2.

¹⁰ K. Kurowski, *Wolności i prawa człowieka i obywatela z perspektywy osób z niepełnosprawnościami*, Warszawa 2014, s. 163.

¹¹ Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej uchwalona przez Sejm Ustawodawczy w dniu 22 lipca 1952 r. (Dz.U. 1952 nr 33 poz. 232).

¹² Ustawa Konstytucyjna z dnia 17 października 1992 r. o wzajemnych stosunkach między władzą ustawodawczą i wykonawczą Rzeczypospolitej Polskiej oraz o samorządzie terytorialnym. (Dz.U. 1992 nr 84 poz. 426).

uprawnienia. Wobec powyższego nie jest konieczna dalsza analiza historycznego brzmienia tegoż artykułu i jak najbardziej zasadne będzie przejście do omawiania problematyki równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na gruncie obecnie obowiązującej Konstytucji.

4. Kompetencja adresata

Rozpoczynając analizę merytoryczną treści omawianej normy, konieczne jest szersze odniesienie się do problematyki adresata. Warto zastanowić się nad kompetencją nałożoną na niego, wynikającą z treści art. 68 ust. 2 Konstytucji. Posługując się pojęciem kompetencji, należy zwrócić uwagę, że wskazana powyżej norma nie tylko przyznaje pewną możliwość działania, ale nakłada obowiązek jej realizacji przez adresata¹³. W konsekwencji władza publiczna, a więc adresat, będzie nie tylko upoważniona do zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, ale również będzie ona zmuszona go zagwarantować. Również Trybunał Konstytucyjny opowiedział się za tym rozumieniem pojęcia „kompetencji”: „Norma zawarta w art. 68 ust. 2 zdanie drugie nie jest jedynie upoważnieniem ustawodawcy zwykłego do określenia warunków i zakresu świadczeń, lecz nakłada na ustawodawcę taki obowiązek”¹⁴. W ten sposób wykluczono dopuszczalność arbitralnego działania ustawodawcy w zakresie uregulowania kwestii dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Wskazany przepis zawęża również swobodę ustawodawcy w tym zakresie, chociażby poprzez sformułowanie wymogu finansowania dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Zatem niemożliwe będzie stworzenie takiego systemu opieki zdrowotnej, który w jakimkolwiek stopniu nie byłby finansowany ze środków publicznych¹⁵. Warto podkreślić fakt, że dla niektórych przedstawicieli doktryny, w przypadku tej delegacji ustawowej, przyznano ustawodawcy zbyt duży zakres swobody w doprecyzowaniu normy konstytucyjnej¹⁶.

5. Prawo socjalne i norma programowa

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej dokonuje podziału zawartych w niej wolności i praw na osobiste, polityczne oraz ekonomiczne, socjalne i kulturalne. Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej należy uznać za prawo socjalne, ustrojodawca umieścił ją bowiem w podrozdziale zatytułowanym „wolności i prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne”. Również orzeczenie TK przemawia za tą interpretacją, ponieważ prawo do ochrony zdrowia zostało uznane całościowo za prawo socjalne (bez rozróżnienia na ust. 1 i ust. 2)¹⁷, wobec czego być może wydaje się zasadne dokonanie podziału na prawo do ochrony zdrowia *sensu largo* i *sensu stricto*. Wyróżnienie tej grupy praw i wolności budziło kontrowersje podczas prac nad tworzeniem konstytucji, co znalazło

¹³ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne*, Warszawa 2014, s. 142.

¹⁴ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03 (Dz.U. 2004 nr 5 poz. 37).

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ Tak np. B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 410.

¹⁷ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 lutego 2004 r. sygn. akt K 54/02 (Dz.U. 2004 nr 40 poz. 374).

swoje odzwierciedlenie w ich ostatecznym kształcie i brzmieniu¹⁸. W porównaniu do innych praw i wolności, prawa ze wskazanego podrozdziału będą mieć bardziej ogólny i niedoprecyzowany charakter, którego celem jest pozostawienie ustawodawcy większy zakres swobody w realizacji nałożonego na niego obowiązku¹⁹. Swoboda ustawodawcy nie jest jednak nieograniczona²⁰. Na tym etapie moich rozważań warto jest również pokrótce odnieść się do kwestii charakteru norm socjalnych w rozumieniu polskiej konstytucji. Odnosnie tego, czy normy socjalne mają charakter normatywny, w przeszłości pojawiło się wiele kontrowersji i rozbieżności w nauce prawa konstytucyjnego²¹. Należy jednak przyjąć, że kwestia ta obecnie nie budzi większych kontrowersji oraz wątpliwości²². Wobec tego właściwym będzie zakwalifikowanie praw socjalnych jako normatywnych, a nie tylko jako przepisów będących swoistą deklaracją bez wiążącego charakteru²³. Warto podkreślić, że znaczącą rolę w dekodowaniu normatywnej treści normy ma przede wszystkim TK²⁴. Zaznaczyć warto, że wskazane prawo socjalne z ust. 2 nie stwarza jednak po stronie beneficjenta prawa podmiotowego²⁵, można je jedynie zakwalifikować jako normę programową – „Norma programowa nie wskazuje zatem, jak należy się zachowywać, aby zrealizować pewien cel, lecz określa, jaki cel powinien zostać zrealizowany”²⁶. Innymi słowy, norma taka nie wskazuje jak jej adresat powinien w danej sytuacji postąpić, ale jedynie wskazuje „efekt końcowy”, pozostawiając jednocześnie pewien zakres swobody adresatowi w realizacji danego celu. Nie stoi to w sprzeczności z przedstawioną powyżej kwalifikacją omawianego przepisu. W konsekwencji norma ta będzie miała charakter normy socjalnej, normatywnej (a więc wiążącej, niedeklaratywnej) jak i programowej.

6. Zasada równości

Warto już na tym etapie zasygnalizować, że posłużenie się przez ustrojodawcę pojęciem „równego” nie jest przypadkowe. Jest to celowe odesłanie (technika prawodawcza)

¹⁸ W. Skrzydło, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej – Komentarz*, Warszawa 2009, s. 69.

¹⁹ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 lutego 2004 r. sygn. akt K 54/02 (Dz.U. 2004 nr 40 poz. 374).

²⁰ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03 (Dz.U. 2004 nr 5 poz. 37).

²¹ P. Tuleja, *Normatywna treść praw jednostki w ustawach konstytucyjnych RP*, Warszawa 1997, s. 33 i n.

²² Tak np. J. Trzciński [w:] K. Działocha, L. Garlicki, P. Sarnecki, W. Sokolewicz, J. Trzciński, *Konstytucja...*, s. 5.

²³ *Ibidem*; P. Tuleja, *Normatywna treść praw jednostki w ustawach konstytucyjnych RP*, Warszawa 1997, s. 33 i n. oraz Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 lipca 2008 r. sygn. akt K 24/07 (Dz.U. 2008 nr 138 poz. 874) i Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. sygn. akt K 14/03 (Dz.U. 2004 nr 5 poz. 37).

²⁴ P. Tuleja, *Normatywna treść praw jednostki w ustawach konstytucyjnych RP*, Warszawa 1997, s. 88 i n.

²⁵ A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, Przegląd Prawa Konstytucyjnego 3/2012, s. 12, 18–19, <http://www.marszalek.com.pl/przegladprawakonstytucyjnego/ppk11/05.pdf>, 07.01.2017.

²⁶ J. Trzciński, *Komentarz do art. 68 Konstytucji...*, s. 4 i n.

do ogólnej zasady równości wyrażonej w sposób generalny w art. 32 Konstytucji RP²⁷, która będzie miała kluczowe znaczenie dla właściwego wyznaczenia stopnia i zakresu przysługującego uprawnienia. Treść zasady równości jest również przydatna przy ocenie, czy nie doszło do nieuzasadnionej dyskryminacji. Warto zaznaczyć, że w orzecznictwie wskazuje się na dwa aspekty zasady równości: równość stosowania prawa oraz równość w prawie²⁸. Zasadę równości należy rozumieć przede wszystkim jako nakaz adresowany do władzy publicznej, który formułuje obowiązek traktowania w sposób jednakowy wszystkich podmiotów charakteryzujących się daną cechą relewantną w takim samym stopniu (a więc zarówno bez zróżnicowań jak i dyskryminacji)²⁹. Na gruncie zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej niemniej ważne znaczenie będzie miała zasada równości stosowana jako kryterium, według którego weryfikuje się legalność danej dyferencjacji. Warto podkreślić, że: „nie każdy stan odstępiania od zasady równości oznacza automatycznie stan niekonstytucyjności”³⁰. Potwierdził to wprost TK w jednym ze swoich wyroków: „Jeżeli kontrolowana norma traktuje odmiennie adresatów, którzy charakteryzują się wspólną cechą istotną, to mamy do czynienia z odstępstwem od zasady równości, nie zawsze jest to jednak równoznaczne z istnieniem dyskryminacji lub uprzywilejowania. Konieczna jest jeszcze ocena kryterium, na podstawie którego dokonano owego zróżnicowania”³¹. Wobec powyższego właściwym będzie przyjęcie konstatacji, zgodnie z którą zasada równości nie ma charakteru absolutnego i dopuszcza ona dyferencjację pewnych grup podmiotów. Dyferencjacja może mieć charakter pozytywny, a więc być swoistym uprzywilejowaniem, którego celem będzie zrealizowanie zasady równości poprzez zlikwidowanie faktycznie występujących nierówności. Takie działania powinny mieć jednak charakter tymczasowy i być oczywiście w jakiś sposób uzasadnione³². Analizę legalności danej dyferencjacji można ograniczyć do trzystopniowego działania. Najpierw należy sprawdzić, czy zróżnicowanie jest relewantne, a więc czy jest „racjonalnie uzasadnione”³³. Kolejnym krokiem jest weryfikacja proporcjonalności, a więc „waga interesu, któremu ma służyć różnicowanie sytuacji adresatów normy, musi pozostawać w odpowiedniej proporcji do wagi interesów, które zostaną naruszone w wyniku

²⁷ J. Oniszczyk, *Wolności i prawa socjalne oraz orzecznictwo konstytucyjne*, Warszawa 2005, s. 79 i n.

²⁸ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 października 1989 r., sygn. akt K 6/89, OTK 1986–1995, t. 2, 1989, 7, OTK 1989 s. 100–111 poz. 26.

²⁹ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. sygn. akt K 14/03 (Dz.U. 1997 nr 140 poz. 941) oraz Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 grudnia 1994 r. sygn. akt K 3/94, OTK 1986–1995, t. 5, 1994, cz. 2, 42, poz. 47 i Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 16 lutego 1999 r. sygn. akt SK 11/98 (Dz.U. 1999 nr 20 poz. 182).

³⁰ J. Oniszczyk, *Wolności i prawa socjalne oraz orzecznictwo konstytucyjne*, Warszawa 2005, s. 100 i n. oraz orzeczenia tam przytoczone.

³¹ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 maja 1998 r. sygn. akt U 17/97 (Dz.U. 1998 nr 62 poz. 400).

³² A. Rytel-Warzocho, „Dyskryminacja pozytywna” jako przejaw urzeczywistniania zasady sprawiedliwości społecznej, Gdańskie Studia Prawnicze Tom XXXV/2016, s. 386, 387, http://prawo.ug.edu.pl/sites/default/files/_nodes/strona-pia/33461/files/35rytel.pdf, 08.01.2017.

³³ Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 grudnia 1994 r. sygn. akt K 3/94, OTK 1986–1995, t. 5, 1994, cz. 2, 42, poz. 47.

nierównego potraktowania podmiotów podobnych”³⁴. Po trzecie, argumenty te muszą pozostawać w jakimś związku z innymi wartościami, zasadami bądź normami, które mogłyby uzasadniać odmienne traktowania podobnych podmiotów. Za przykładową zasadę, która *in abstracto* mogłaby uzasadniać taką dyferencjację, TK wskazał zasadę sprawiedliwości społecznej³⁵. Jak widać, zasada równości będzie miała niebagatelne znaczenie dla treści różnych uprawnień zawartych w ustawie zasadniczej, w tym również dla omawianej zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Jest ona swoistą osią oraz punktem odniesienia jak i weryfikacji przyznawanych uprawnień oraz wolności w Konstytucji RP jak i w ustawach.

7. Adresat

Przechodząc do głównej części mojej analizy, warto rozpocząć od kwestii adresata i nieco rozwinąć to zagadnienie. Art. 68 ust. 2 Konstytucji odnosi się do zupełnie innego podmiotu niż ust. 1 art. 68 Konstytucji. Jest on adresowany do władzy publicznej a nie tak jak ust. 1 do obywateli³⁶. Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej będzie miał więc charakter wertykalny, czyli występował na płaszczyźnie relacji jednostka – państwo (rozumiane jako władza publiczna). Przy okazji, warto zastanowić się nad tym, co składa się na pojęcie „władzy publicznej”. Pojęcie to nie zostało *expressis verbis* zdefiniowane w treści ustawy zasadniczej. Możliwe jest jednak uznanie, że bez wątplenia na organy władzy publicznej składać się będą organy konstytucyjne, w tym również organy samorządu terytorialnego³⁷. Wniosek ten zdaje się dobrze uzasadniać teoria państwowa, która łączy powstanie samorządu terytorialnego z przekazaniem pewnych zadań gminie³⁸, co prowadzi do konstatacji o pewnej pochodności organów samorządu terytorialnego jako emanacji władzy publicznej. Jednak w przypadku omawianej normy, organami zobowiązanymi do realizacji zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej będą Sejm i Senat (władza ustawodawcza), których głównym celem będzie stworzenie określonego systemu normatywnego, będący podstawą działania utworzonego systemu. Wynika to wprost z treści omawianej normy, a konkretniej zdania drugiego, w którym to ustrojodawca jednoznacznie przesądził, że: „warunki i zakres udzielanych świadczeń określa ustawa”³⁹. Oczywiście warto raz jeszcze podkreślić, że swoboda ustawodawcy

³⁴ Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 3 września 1996 r. sygn. akt K 10/96 (Z.U. 1996 nr 4 poz. 33) oraz Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 16 grudnia 1997 r. sygn. akt K 8/97, (Z.U. 1997 nr 5_6 poz. 70).

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ W. Skrzydło, *Konstytucja...*, s. 74.

³⁷ *Ibidem*, s. 24–25, 204–205 oraz L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne – zarys wykładu*. Warszawa 2011, s. 97 i B. Banaszak, M. Jabłoński, J. Boć [w:] *Konstytucje Rzeczypospolitej oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 roku*, red. J. Boć, Wrocław 1998, s. 126.

³⁸ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne*, Warszawa 2014, s. 153.

³⁹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r. (Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483).

nie może być w tym zakresie nieograniczona⁴⁰. Jest on związany np. co do zakresu finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych⁴¹. Ponadto, obowiązek ten nie ciąży tylko i wyłącznie na organach władzy ustawodawczej. Dotyczy on również (choć w mniejszym stopniu) organów władzy wykonawczej (rządu), chociażby w zakresie ustawy budżetowej (i przeznaczanych na jej podstawie środków na utrzymanie systemu opieki zdrowotnej) oraz sądów. Zwłaszcza kompetencja sądów w tym zakresie jest istotna, czego potwierdzeniem są przytoczone w treści tego opracowania orzeczenia TK. Działalność sądów ma swój wymiar przede wszystkim w kontroli nad zapewnianiem równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, głównie poprzez konfrontowanie przyjętych przez ustawodawcę rozwiązań z treścią zasady równości oraz immanentnie z nią związaną zasadą sprawiedliwości społecznej.

8. Beneficjenci

Konieczne jest zwrócenie uwagi na to, do kogo omawiane uprawnienie się odnosi. Za beneficjentów Konstytucja RP z 1997 r. *expressis verbis* wskazuje obywateli polskich. Warto podkreślić, że beneficjentem są obywatele polscy, a nie tylko osoby ubezpieczone⁴². Porównując jednak ust. 2 z ust. 1 art. 68 można zauważyć, że w przypadku równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej mamy do czynienia z zawężeniem kręgu podmiotów uprzywilejowanych. Prawo do ochrony zdrowia z ust. 1. przysługuje bowiem „każdemu”. Wobec tego, uprawnienie z ust. 1 przysługuje również cudzoziemcom, natomiast dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, przynajmniej na poziomie ustawy zasadniczej, został zawężony tylko do obywateli polskich. Ze względu na „szczególny charakter praw socjalnych jako przejawu troski władzy publicznej o obywateli”⁴³, wydaje się być to uzasadnione. Ponadto, stan ekonomiczny państwa (deficyt budżetowy) oraz ograniczona ilość środków publicznych przemawiają za ograniczeniem tego uprawnienia. *Ratio legis* jest więc „zadbanie” przede wszystkim o tych, którzy generują środki publiczne, czyli obywatele polskich. *De lege lata* bez wątpienia dopuszczalne jest rozszerzenie tego uprawnienia na „każdego”. Mogłoby to nastąpić w drodze ustawowej⁴⁴. Jako przykład sytuacji, w której na poziomie konstytucyjnym prawo jest zawężone do obywateli, ale zostaje rozszerzone w drodze ustawowej, warto wskazać ustawę o dostępie do informacji publicznej⁴⁵, która w art. 2 przyznaje tytułowe uprawnienie „każdemu”. Warto zaznaczyć, że ustawodawca skorzystał z powyższego rozwiązania i w ustawie doprecyzowującej dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁶ nieco rozszerzył krąg beneficjentów, również na takich, którzy nie

⁴⁰ Np. M. Chmaj, *Wolności i prawa człowieka w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2008, s. 173.

⁴¹ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03 (Dz.U. 2004 nr 5 poz. 37).

⁴² B. Bosek [w:] *Konstytucja RP*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, t. 1, komentarz do art. 68 konstytucji, s. 1550.

⁴³ A. Surówka, *Miejsce ...*, s. 7.

⁴⁴ L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne...*, s. 94.

⁴⁵ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. 2001 nr 112 poz. 1198).

⁴⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135).

są obywatelami polskimi. Dla przykładu warto jedynie wskazać, że uprawnienie to zostało w drodze ustawowej rozciągnięte m.in. na osoby, które uzyskały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą. Pozwala to przyjąć wniosek, że o ile tendencje rozszerzające dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej na inne podmioty (do tej pory nim nieobjęte) są korzystne, to wciąż działanie to nie będzie odpowiadać swoją treścią zakresową pojęciu „każdy”. Oczywiście ustawodawca powinien dążyć do jak najszerszego zagwarantowania wszystkim takiego dostępu, jednak niestety ze względów ekonomicznych, przynajmniej obecnie, jest to niewykonalne.

9. Zakres przedmiotowy i kwalifikacja nałożonego na władzę obowiązku

Przechodząc do kolejnej części moich rozważań, chcę zaznaczyć, że postaram się w tym fragmencie omówić charakter omawianej normy, a następnie pokrótce wskazać problem związany z finansowaniem, jak i odpłatnością. W następnej kolejności spróbuję wyjaśnić na czym owa „dostępność” ma polegać oraz omówić związany z nią problem operatywności utworzonego systemu ochrony zdrowia. Na samym końcu postaram się wyznaczyć jej zakres (zwłaszcza w kontekście zachodzących kolizji i problemów natury funkcjonalnej).

Punktem wyjścia dla analizy nałożonego na władzę obowiązku będzie analiza jego charakteru. Nałożone na władzę obowiązki można bowiem sklasyfikować jako obowiązki o charakterze pozytywnym (które polegają na podjęciu pewnego działania, celem umożliwienia jednostce korzystania ze swojego uprawnienia) albo negatywnym (które cechować będzie pewien brak działania ze strony państwa, czyli powstrzymanie się od ingerencji)⁴⁷. Bez wątpienia dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej należy sklasyfikować jako obowiązek o charakterze pozytywnym. Władza będzie bowiem zobowiązana, zgodnie z treścią omawianej normy, do podjęcia pewnych działań cechujących się aktywnością. Czynności te będą musiały znaleźć odzwierciedlenie w szeroko rozumianym świecie zewnętrznym i mieć praktyczne zastosowanie, a nie być tylko wzniosłą, nic nie znaczącą deklaracją. Aktywność ta będzie przede wszystkim polegać, znacznie upraszczając, na zorganizowaniu systemu zdrowotnego w taki sposób, aby zapewnić równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej dla wszystkich obywateli. Będzie to niezbędne, aby zapewnić obywatelom rzeczywistą możliwość skorzystania z przyznanego im przez Konstytucję uprawnienia. W konsekwencji, państwo nie będzie mogło pozostać bierne i nie podjąć żadnych czynności w kierunku wskazanym przez ustawę zasadniczą – ciąży bowiem na nim realny, konstytucyjny obowiązek podjęcia określonego i faktycznego działania.

9.1. Finansowanie i odpłatność

Odnosząc się do problemu finansowania utworzonego systemu, warto raz jeszcze podkreślić, że zakres swobody ustawodawcy jest ograniczony treścią normy delegującej kompetencje. W ustawie zasadniczej wprowadzono wymóg „finansowania ze środków

⁴⁷ L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne...*, s. 97.

publicznych”. Treść tej normy nie przesądza o tym, że utworzony system miałby być w całości finansowany ze środków publicznych oraz nie określa, w jakim stopniu ma być finansowany ze środków publicznych, albowiem jak orzekł TK: „Powierzchnowy byłby w szczególności wniosek, że (...) jest to argument na rzecz całkowicie budżetowego modelu tegoż systemu”⁴⁸. Ponadto, wskazuje się, że wolą ustrojodawcy nie było to, żeby utworzony system był finansowany tylko i wyłącznie ze środków publicznych⁴⁹. Co więcej TK podkreśla, że wolą ustrojodawcy było to, żeby nie doszło do powstania „rynkowego systemu ochrony zdrowia”⁵⁰. Interpretacja ta prowadzi do wniosku, że przekroczeniem wyznaczonego przez ustrojodawcę zakresu swobody będzie w zasadzie finansowanie systemu ochrony zdrowia tylko ze środków niepublicznych. Takie działanie prawodawcy, w świetle obecnie obowiązującej regulacji, byłoby niewątpliwie naruszeniem Konstytucji.

W odniesieniu do problemu sytuacji finansowej obywateli a ich dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, omawiany dostęp nie może być ograniczony ze względu na stan majątkowy obywateli. W doktrynie wskazuje się bowiem, że: „zgodnie z brzmieniem art. 68 ust. 2 sytuacja materialna obywatela nie może być podstawą do całkowitego formalnego albo faktycznego wykluczenia najbardziej potrzebujących lub nieubezpieczonych z kręgu obywateli uprawnionych do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”⁵¹. Obowiązek ten ma nie tylko charakter prawny, ale wynika też z pewnych norm pozaprawnych o charakterze religijnym, etycznym, czy też moralnym, będących podstawą jak i fundamentem aksjologicznym europejskiej cywilizacji. Mam tutaj na myśli przede wszystkim Biblię, jak i naukę Kościoła Katolickiego. Zgodnie z nimi, konieczne jest zapewnienie nawet najuboższym i najbardziej zmarginalizowanym członkom naszego społeczeństwa pewnej fundamentalnej i rudymen tarnej pomocy, która w analizowanej sytuacji może zaktualizować się w postaci zapewnienia podstawowych świadczeń opieki zdrowotnej. Co więcej, dostęp do świadczeń ratujących przed ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu i w konsekwencji przed śmiercią nie mógłby być uzależniony od ubezpieczenia, nawet w systemie, w którym istniałby obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego⁵².

Odnosząc się pokrótce do problemu odpłatności, a konkretniej przymusowej składki na ubezpieczenie zdrowotne, warto podkreślić, że osobom, które dokonały wymaganej składki, należy się – zdaniem TK – precyzyjne określenie rodzaju świadczeń, które mają im „w zamian przysługiwać”⁵³. Wydaje mi się, że czynność polegająca na dokonaniu takiej zapłaty może powodować powstanie jakiejś ekspektatywy odnośnie tego, które świadczenia będą zapewnione. Oczywiście nie tworzyłoby to po stronie beneficjenta żadnego prawa podmiotowego w stosunku do państwa (władzy publicznej). TK jako argument w treści przytoczonego orzeczenia wskazuje nie tylko na pewność prawa, ale również na konieczność poznania swojej sytuacji i możliwości w zakresie

⁴⁸ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03 (Dz.U. 2004 nr 5 poz. 37).

⁴⁹ B. Bosek [w:] *Konstytucja RP...*, s. 1559.

⁵⁰ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03 (Dz.U. 2004 nr 5 poz. 37).

⁵¹ B. Bosek [w:] *Konstytucja RP...*, s. 1550.

⁵² *Ibidem*.

⁵³ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03 (Dz.U. 2004 nr 5 poz. 37).

przysługujących świadczeń. Przede wszystkim jednak znajomość świadczeń nieobjętych dostępem („bezpłatnym”) pozwoliłaby obywatelom na zniwelowanie ryzyka poprzez uprzednie „przygotowanie i zabezpieczenie się” na przyszłość, w odniesieniu do świadczeń nieobjętych finansowaniem przez państwo⁵⁴.

Warto raz jeszcze dobitnie podkreślić, że nie jest dopuszczalne niezapewnienie omawianego dostępu osobom nieubezpieczonym w sytuacjach zagrożenia życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu⁵⁵. Przy omawianiu tego problemu pomocny będzie art. 19 ust. 2 ustawy⁵⁶, który zapewnia uzyskanie określonych świadczeń w stanie nagłym. Oczywiście świadczeniobiorcy w drodze wyjątku taka pomoc przysługuje ze względu na sytuację, w której się znalazł, jednak nie jest to zasada ogólna. Wyjątek ten jest uzasadniony stanem zdrowia pacjenta, najczęściej koniecznością ratowania życia.

9.2. Dostępność i operatywność systemu

Kolejną kwestią, do której warto się odnieść, jest problem „dostępności rzeczywistej”. Niewątpliwie wymóg „dostępności rzeczywistej” jest ograniczeniem dla ustawodawcy przy tworzeniu systemu ochrony zdrowia. TK orzekł, że owa dostępność nie może mieć tylko charakteru formalnego, lecz powinna mieć ona charakter „rzeczywisty”, ponieważ stanowi pewną gwarancję uprawnień⁵⁷. Wynika z tego, że nie może mieć ona jedynie charakteru deklaratywnego, ale powinna być wiążąca i powinny z niej wynikać określone, możliwe do zrealizowania faktycznie uprawnienia. Z kwestią tą jest związany problem operatywności utworzonego systemu ochrony zdrowia. Ustrojodawca formułując ten wymóg chciał, aby system ochrony zdrowia funkcjonował i jednocześnie był tak zorganizowany, żeby umożliwić zapewnienie faktycznej dostępności (zgodnie z zasadą równości)⁵⁸. TK w treści powyżej przytoczonego orzeczenia wskazuje również, że ustalenie zakresu świadczeń w drodze ustawowej, gdy system nie jest operatywny, powoduje niemożliwość zapewniania realnego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (w zgodzie z zasadą równości)⁵⁹. Zatem, należy uznać, że realny dostęp do tzw. „pomocy” jest immanentnie związany z wymogiem operatywności (funkcjonalności) utworzonego systemu ochrony zdrowia. Niespełnienie wymogów funkcjonalności przyjmowanych w odniesieniu do organizacji systemu opieki zdrowotnej prowadzi do naruszenia prawa do ochrony zdrowia – jak przyjął TK⁶⁰.

9.3. Gwarantowane świadczenia i ich zakres oraz jakość

Kolejnym problemem, który warto przeanalizować, jest kwestia relacji pomiędzy równością gwarantowanych świadczeń a ich zakresem. Dość dobrze wyczuwalna

⁵⁴ *Ibidem*.

⁵⁵ B. Bosek [w:] *Konstytucja RP...*, s. 1550.

⁵⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135).

⁵⁷ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03 (Dz.U. 2004 nr 5 poz. 37).

⁵⁸ *Ibidem*.

⁵⁹ *Ibidem*.

⁶⁰ *Ibidem*.

jest tutaj kolizja pomiędzy tymi dwoma dobrami. Niewątpliwie nie jest możliwe zagwarantowanie każdemu obywatelowi nieograniczonej ilości świadczeń najwyższej możliwej jakości. Punktem wyjścia będzie stwierdzenie TK zgodnie z którym: „Konstytucja nie zakłada powszechnej dostępności do wszystkich znanych i stosowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej świadczeń opieki zdrowotnej”⁶¹. Jest to oczywiście zrozumiałe, nie tylko ze względów prawnych, ale przede wszystkim ekonomicznych. W konsekwencji kompetencja do ustalenia zakresu tych świadczeń została przez Konstytucję delegowana na rzecz ustawodawcy. Zdaniem TK prawodawca, konkretyzując normę konstytucyjną, powinien określić tzw. „koszyk” świadczeń⁶², w którego zawartość przede wszystkim wchodzić powinny świadczenia, które mają chronić życie obywateli. TK jednak w treści przytoczonego orzeczenia wskazał, że określenie przysługujących świadczeń w sposób pozytywny – zdaniem znawców tej problematyki – może być niemożliwe. Postulowane było natomiast uregulowanie koszyka w sposób negatywny – a więc poprzez wskazanie świadczeń, które nie będą finansowane przez państwo (w ogóle bądź częściowo)⁶³. „Złotym środkiem” i odpowiedzią na pozornie nierozstrzygalną kwestię jest treść wyroku K 14/03, w którym TK wskazał, że powinien być zagwarantowany: „ograniczony pakiet wysokiej jakości dla każdego”. Nie sposób nie zgodzić się z tym rozwiązaniem; bez wątpienia nie mogło ono mieć charakteru arbitralnej decyzji o tym, co powinno wchodzić w skład koszyka, a co nie. Stanowi ono natomiast wskazówkę dla ustawodawcy przy tworzeniu operatywnego systemu jak i określenia gwarantowanego zakresu świadczeń (i ich jakości).

10. Konkluzja

Podsumowując poczynione do tej pory rozważania, postaram się dokonać całościowego, skondensowanego i przekrojowego opisu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, który gwarantuje obowiązująca ustawa zasadnicza.

Wobec powyższego warto ponownie podkreślić, że statuowana w art. 68 ust. 2 Konstytucji norma stanowi *novum* w porównaniu do poprzednio obowiązujących ustaw zasadniczych. Bez wątpienia takie rozwiązania należy uznać za pozytywne i jednocześnie zgodne z duchem czasów oraz okresem prymatu praw człowieka. Tendencje te mają swój wyraz w jak największym rozszerzaniu zakresu swobód, jak i dookreślaniu ich, poprzez interpretację zasad ogólnych takich jak prawo do życia lub godność człowieka.

Omawiany przepis ma charakter normy socjalnej, co potwierdził TK w swoim orzecznictwie⁶⁴. Jest on również wiążący, a więc nie ma charakteru wyłącznie

⁶¹ *Ibidem*.

⁶² *Ibidem*.

⁶³ *Ibidem*.

⁶⁴ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 lutego 2004 r. sygn. akt K 54/02 (Dz.U. 2004 nr 40 poz. 374).

deklaratywnego⁶⁵. A co więcej, jest on normą programową, do której realizacji państwo, w miarę możliwości, powinno w jak największym stopniu dążyć⁶⁶.

Norma ta jest adresowana do władzy publicznej – przede wszystkim do władzy prawodawczej. Formułuje ona obowiązek utworzenia operatywnego systemu ochrony zdrowia⁶⁷, który będzie rzeczywiście dostępny, czyli faktycznie i realnie będzie funkcjonować. Celem utworzonego systemu ma być zapewnienie beneficjentom⁶⁸, a więc obywatelom polskim, dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Ustawodawca przy tworzeniu wspomnianego systemu i zapewnieniu świadczeń jest związany treścią art. 68 ust. 2 i nie ma nieograniczonego zakresu swobody – taką granicą może być np. kwestia finansowania ze środków publicznych⁶⁹. Ta kwestia nie tylko nie wyklucza, ale wręcz dopuszcza istnienie „mechanizmów rynkowych i konkurencyjnych”⁷⁰ obok świadczeń finansowanych ze środków publicznych. TK potwierdził, że omawiany obowiązek nie obejmuje i nie powinien obejmować wszystkich możliwych świadczeń. W przytoczonej treści wskazano, że w odniesieniu do koszyka świadczeń powinien być zagwarantowany „ograniczony zakres wysokiej jakości” świadczeń. Jednakże zaznaczono, że dostęp do świadczeń ratujących życie nie powinien być uzależniony od ubezpieczenia⁷¹. Wobec czego truizmem będzie stwierdzenie, że ze względu na sytuację ekonomiczną państwa nie jest możliwe zagwarantowanie wszystkich możliwych środków opieki zdrowotnej i w konsekwencji nie można żądać od państwa ich zapewnienia. Stwierdzenie to jest doniosłe, zwłaszcza w odniesieniu do zabiegów medycznych o charakterze estetyczno-upiększającym.

Warto zwrócić uwagę również na znaczenie zasady równości w kontekście omawianego przepisu. Dopuszczać ona będzie dyferencjację określonych kategorii podmiotów w postaci uprzywilejowania. Warto wskazać, że dopuszczalna na gruncie tej normy będzie możliwość dyferencjacji w postaci dyskryminacji pozytywnej⁷². Przykładem takiej klasy podmiotów są zasłużeni honorowi dawcy krwi, którym, w dużym uproszczeniu, przysługuje dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością. Należy uznać to za racjonalne zróżnicowanie, które można uzasadnić ich korzystnym działaniem na rzecz poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, polegającym na oddawaniu krwi.

Konkludując, norma statuowana w art. 68 ust. 2 Konstytucji, wbrew pozorom, ma fundamentalne znaczenie dla obywateli polskich. Na ustawodawcy stoi niezwykle istotne i doniosłe w skutkach zadanie, polegające na rozwinięciu i skonkretyzowaniu omawianej normy. Drogocenną wskazówką w tym zakresie może być orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego, a zwłaszcza wyrok o sygnaturze K 14/03.

⁶⁵ J. Trzciniński, *Komentarz do art. 68 Konstytucji...*, s. 5.

⁶⁶ *Ibidem*, s. 4 i n.

⁶⁷ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03 (Dz.U. 2004 nr 5 poz. 37).

⁶⁸ B. Bosek [w:] *Konstytucja RP...*, s. 1550.

⁶⁹ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03 (Dz.U. 2004 nr 5 poz. 37).

⁷⁰ *Ibidem*.

⁷¹ *Ibidem*.

⁷² A. Rytel-Warzocho, „Dyskryminacja pozytywna”..., s. 386, 387.

* * *

The Equal Access to Health Care Services in Polish Constitution

The aim of the article is to present an equal access to health care services, grounded in article 68 paragraph 2 of the Polish Constitution. Until now, judicature mostly focused on the previous excerpt which states right to the health protection. It is not easy to define it legally, because a health protection includes health care services. The article will begin by presenting historical aspect (comparison to previous constitutions), then it will move on to the classification of this right; its character and normativity. The main goal of this article is to present the obligation which binds the legislator. He is obliged to create a functional system which will also obey the rules of accessibility, equality, financing. Those rules and standards delimit Parliament leeway. What is more, in this article beneficiaries will be presented and the extent of services which they can obtain. Right to health care services is crucial for polish citizens, especially in the polish system of health care, where a medical insurance is mandatory.

Key words: principle of equality, health care, health protection, health protection system, right, access to health care, Polish Constitution