

Realizacja prawa do życia i opieki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego

Zawód lekarza od swoich początków powiązany był ze sferą *sacrum*, a jego wykonywanie, oparte na niezrozumiałych dla przeciętnego pacjenta zabiegach zbliżało się do praktykowania rytuałów magicznych czy szamańskich. Funkcja lekarza jako pana życia i śmierci upodabniała się do roli kapłana, który również posiadał niedostępne zwykłym śmiertelnikom wiedzę i umiejętności. W wielu starożytnych cywilizacjach funkcje medyczne pełnili zresztą kapłani, jak na przykład u Żydów czy Egipcjan¹. Uzasadnieniem dla takiego modelu była powstała w starożytności koncepcja choroby jako samodzielnego, złośliwego bytu, który wtargnąwszy do organizmu człowieka, szkodzi mu, dopóki nie zostanie skutecznie wypędzony. Wiedza medyczna miała wymiar religijny, powiązany niejednokrotnie z teologią czy demonologią. Dostęp do niej mieli tylko nieliczni wybrańcy – lekarze i ich uczniowie. Od ich wiedzy, umiejętności i postawy etycznej zależał los korzystającego z ich usług pacjenta.

Powyższe uwarunkowania spowodowały powstanie paternalistycznego modelu etyki lekarskiej i relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, wzorowanego na relacji pomiędzy rodzicem a dzieckiem. Model ten został w po raz pierwszy wyrażony w pismach Hipokratesa z Kos (460-370 p.n.e.), nazywanego, *nomen omen*, ojcem medycyny. Zgodnie z jego poglądami, choremu nie należy ani udzielać informacji o jego zdrowiu, ani tym bardziej dopuszczać do decyzji w sprawie podejmowanych metod diagnostycznych czy leczniczych². Pacjent bowiem jest nie tyle podmiotem procedury medycznej, co jej przedmiotem.

W opozycji do modelu paternalistycznego powstał model partnerski, którego podstawowym założeniem jest koncepcja świadomej zgody pacjenta na świadczenia zdrowotne. Udzielenie tej zgody poprzedzone musi być poinformowaniem pacjenta o istocie planowanego świadczenia zdrowotnego, jego przebiegu, przewidywanych efektach i skutkach ubocznych. W modelu partnerskim pacjent bierze aktywny udział w procesie diagnostycznym i leczniczym, podejmując decyzje w przedmiocie udzielanych świadczeń we współpracy

Hanna Szlachetko -
Piotr Szudejko -

¹ Nakazy religijne powiązane z medycznymi zaleceniami.

² J. Różyńska, P. Łuków, *Narodziny i natura bioetyki* [w:] *Bioetyka*, J. Różyńska, W. Chańska, Warszawa 2013, s. 17.

z lekarzem. Zasadnicze znaczenie ma ochrona godności człowieka, na której naruszenia pacjent jest szczególnie wrażliwy.

Paternalistyczny model etyki budzi dzisiaj zdecydowany sprzeciw, jako nieprzystający do nowoczesnego społeczeństwa, w którym tak istotna jest jednostka i jej uprawnienia, wywodzące się z doktryny praw człowieka³. Wśród przyczyn jego zmięczenia należy wymienić, poza rozwojem ludzkiej świadomości oraz renesansem praw człowieka po II Wojnie Światowej, również rozszerzenie grupy osób, korzystających z usług lekarskich.

Koncepcja, zgodnie z którą opieka zdrowotna nad obywatelami należy do obowiązków państwa, jest względnie nowa, pojawiła się bowiem dopiero w końcu wieku XIX. Początkowo idea ta nie spotkała się z powszechną akceptacją, zwłaszcza ze strony władz państwowych i środowisk konserwatywnych. Postulat objęcia finansowaną z podatków opieką medyczną wszystkich obywateli stawiany był w głównej mierze przez socjalistów i w związku z tym postrzegano go jako rewolucyjny, co nie przyczyniało się do jego realizacji.

W Polsce pierwszy system powszechnej opieki zdrowotnej został wprowadzony dekretem z dnia 11 stycznia 1919 r. o obowiązkowym⁴ ubezpieczeniu na wypadek choroby, na mocy którego utworzono na wzór niemieckiej kasy chorych, świadczące finansowaną z budżetu państwa opiekę medyczną.

Objęcie opieką medyczną szerokich warstw społeczeństwa wiązało się nie tylko ze sporymi wydatkami, na które państwa nie były przygotowane, ale również z koniecznością zmiany trybu pracy lekarza i relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem. Lekarze bowiem zajmowali się dotychczas pojedynczymi pacjentami, zazwyczaj dobrze sytuowanymi pod względem majątkowym i społecznym, natomiast osoby o gorszej pozycji musiały zadowolić się usługami felczerów, cyrulików i balwierzy, wykonujących zabiegi chirurgiczne, uważane już od czasów Hipokratesa za niegodne⁵. Lekarz sam decydował, czy zająć się danym przypadkiem, czy też pozostawić go naturze. Wdrożenie systemu powszechnej opieki zdrowotnej wymusiło na lekarzach znaczące zwiększenie liczby przyjmowanych pacjentów, przy jednoczesnym zinstytucjonalizowaniu ich wzajemnej relacji. Udział w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej podmiotów trzecich (kas chorych, zakładów ubezpieczeń, dyrektora zatrudniającej lekarza placówki medycznej) spowodował

³ Pomimo jednak zdecydowanej krytyki modelu paternalistycznego, zauważalne są nadal jego relikty, zarówno w mentalności lekarzy, jak i w aktach normatywnych.

⁴ Pisownia oryginalna.

⁵ „*Nie będę stanowczo wykonywał wycięcia chorem na kamień, pozostawiając to ludziom, zawodowo stosującym ten zabieg*”. [Http://www.oil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2002/n200210/n20021020](http://www.oil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2002/n200210/n20021020).

wzrost kontroli nad działaniami lekarza i stopniowe ograniczanie jego autonomii, a co za tym idzie – również paternalistycznych postaw.

Powszechna opieka zdrowotna opiera się na trzech zasadniczych systemach finansowania, które można określić jako: podatkowy, ubezpieczeniowy i rynkowy. W pierwszym z tych modeli, finansowanie publicznej służby zdrowia odbywa się z budżetu państwa, bez pośrednictwa wyspecjalizowanych instytucji. Taki system przyjęty został w Wielkiej Brytanii. Drugi model, przyjęty w Polsce, opiera się na przymusowym ubezpieczeniu zdrowotnym obywateli w kontrolowanej przez państwo instytucji, która następnie dokonuje realokacji uzyskanych środków pomiędzy podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. W opisywanym systemie podstawowe znaczenie ma zasada solidaryzmu, zgodnie z którą dostęp do świadczeń zdrowotnych przysługuje ubezpieczonym bez względu na wysokość wniesionej przez nich składki oraz na wartość wykorzystanych przez nich dotychczas świadczeń. Ostatni z omawianych systemów, nazywany rynkowym, opiera się na zasadzie dobrowolnego ubezpieczenia obywateli oraz na prywatnej opiece zdrowotnej. Osoby nieubezpieczone pozbawione są, co do zasady, jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych. System ten przyjęty został w Stanach Zjednoczonych.

Pomijając kwestię sposobu finansowania, stwierdzić należy, że obecnie trudno spotkać na poważnie stawiane postulaty odejścia od systemu powszechnej opieki zdrowotnej. Nawet bowiem najzagorzalsi zwolennicy leseferyzmu ograniczają się do stwierdzenia, że opieka medyczna powinna opierać się na innym sposobie finansowania (najczęściej wskazując na system rynkowy), natomiast nie podważają samego istnienia powszechnego dostępu do świadczeń medycznych. Tym samym, system ten można uznać za ugruntowany.

W Konstytucji z dnia 2 kwietnia 1997 r. wprowadzone zostało *explicite* prawo do życia, przysługujące każdemu człowiekowi. Na straży prawa do życia stoi państwo i stanowione przez nie prawo⁶. Już jednak przed wejściem w życie Konstytucji z 1997 r. prawo do życia wywiedzione zostało w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego. Trybunał wskazywał na szeroką aksjologiczną i prawną podstawę prawa do życia, wyprowadzając je z zasady państwa prawnego, wyrażonej w art. 1 utrzymanych w mocy przepisów konstytucyjnych⁷. Jako dodatkowe uzasadnienie Trybunał Konstytucyjny przywołał przepisy zakazujące wykonywania kary śmierci na ciężarnych, jak również Konwencję o Prawach Dziecka ONZ z 1989 r. Jak wskazał Trybunał, prawo do życia nie ma charakteru bezwzględnego, natomiast nawet doznając ograniczenia, ochrona życia musi spełniać

⁶ Art. 38 Konstytucji z 1997 r.

⁷ Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 maja 1997 r., sygn. akt K 26/96.

warunek dostateczności. W obecnym stanie prawnym ograniczenie prawa do życia może nastąpić na zasadzie proporcjonalności, a zatem wyłącznie w drodze ustawy i tylko wtedy, gdy takie ograniczenie jest konieczne z uwagi na bezpieczeństwo państwa, ochronę porządku publicznego, środowiska, zdrowia, moralności publicznej, wolności oraz praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą jednak naruszać istoty ograniczanego prawa⁸. Prawo do życia nie może również zostać ograniczone w ustawie określającej ograniczenia wolności i praw człowieka i obywatela w czasie stanu wojennego i wyjątkowego⁹.

Rozwinięciem prawa do życia i zarazem jego składnikiem jest prawo do ochrony zdrowia, wyrażone w art. 68 ust. 1 Konstytucji. Podobnie jak prawo do życia, również prawo do ochrony zdrowia ma charakter powszechny, przysługuje bowiem wszystkim. Realizacja prawa do ochrony zdrowia następuje poprzez zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych, gwarantowanego jednak wyłącznie obywatelom¹⁰. Rozdział świadczeń zdrowotnych prowadzony jest na zasadzie równości oraz niezależnie od sytuacji materialnej¹¹, jednocześnie jednak ustawodawca konstytucyjny czyni wyłom w zasadzie równego rozdziału świadczeń zdrowotnych, wskazując w art. 68 ust. 3 Konstytucji kryteria dopuszczalnej nierówności, stanowiące rozwinięcie wyrażonej w art. 2 Konstytucji zasady sprawiedliwości społecznej. Podstawą tej nierówności jest przynależność do jednej z grup, uznanych za godną tzw. pozytywnej dyskryminacji: dzieci, kobiet ciężarnych, osób niepełnosprawnych i w podeszłym wieku¹².

Tym samym, niedopuszczalne jest konstruowanie nierównej realokacji świadczeń zdrowotnych w oparciu o inne kryteria wyróżniające, poza wyrażonymi *explicite* w art. 68 ust. 3 Konstytucji. Norma ta ma szczególne znaczenie dla oceny praktyki funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w kontekście porządku konstytucyjnego.

Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji, 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. Przedmiotowy przepis Konstytucji nie zawiera enumeratywnego wyliczenia kategorii podmiotów obowiązanych do ochrony zdrowia, posługuje się jedynie ogólnym pojęciem *władz publicznych*, którego konkretyzacja następuje dopiero w aktach prawnych rangi

⁸ Art. 31 ust. 3 Konstytucji z 1997 r.

⁹ Art. 233 ust. 1 Konstytucji z 1997 r.

¹⁰ Art. 31 ust. 3 Konstytucji z 1997 r.

¹¹ Art. 68 ust. 2 Konstytucji z 1997 r.

¹² Art. 68 ust. 3 Konstytucji z 1997 r.

ustawowej. Podmiotami tymi będą podmioty zarówno należące do administracji rządowej, jak i samorządowej. Przykładowo można wskazać, że:

- zgodnie z art. 5 pkt 28 w zw. z art. 33 ust. 1 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej¹³ sprawy wymienione w dziale zdrowie¹⁴ należą do kompetencji ministra właściwego do spraw zdrowia;
- na podstawie art. 22 pkt 2) ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie¹⁵ wojewoda odpowiada za wykonywanie polityki Rady Ministrów w województwie, a w szczególności zapewnia współdziałanie wszystkich organów administracji rządowej i samorządowej działających w województwie i kieruje ich działalnością m.in. w zakresie zapobiegania zagrożeniu życia i zdrowia;
- art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym¹⁶ stanowi, że zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy, natomiast zadania własne obejmują w szczególności sprawy dotyczące ochrony zdrowia;
- zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym¹⁷ powiat wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym m.in. w zakresie promocji i ochrony zdrowia;
- art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa¹⁸ stanowi, że samorząd województwa wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim, określone ustawami, m.in. w zakresie promocji i ochrony zdrowia;
- na podstawie art. 108 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne¹⁹ Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna sprawuje nadzór nad: warunkami wytwarzania i importu produktów leczniczych i produktów leczniczych weterynaryjnych, jakością i obrotem produktami leczniczymi, z wyłączeniem produktów leczniczych

¹³ Dz. U. z 2013 r. poz. 743, z późn. zm.

¹⁴Dział zdrowie obejmuje sprawy: ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej; nadzoru nad produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi, wyrobami medycznymi do diagnostyki in vitro, wyposażeniem wyrobów medycznych, wyposażeniem wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, aktywnymi wyrobami medycznymi do implantacji i produktami biobójczymi oraz nad kosmetykami w zakresie bezpieczeństwa i zdrowia ludzi; organizacji i nadzoru nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne; zawodów medycznych; warunków sanitarnych i nadzoru sanitarnego, z wyłączeniem nadzoru nad żywnością objętego działem rolnictwo, koordynacji bezpieczeństwa żywności, a w szczególności nadzoru nad jakością zdrowotną żywności w procesie produkcji i w obrocie oraz materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością; organizmów genetycznie zmodyfikowanych w zakresie wydawania decyzji zezwalających na wprowadzanie do obrotu nowej żywności oraz w zakresie wydawania zezwoleń na wprowadzanie do obrotu produktów leczniczych; lecznictwa uzdrowiskowego; koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń leczniczych.

¹⁵ Dz. U. z 2009 r. Nr 31, poz. 206, z późn. zm.

¹⁶ Dz. U. z 2013 r. poz. 594, z późn. zm.

¹⁷ Dz. U. z 2013 r. poz. 595, z późn. zm.

¹⁸ Dz. U. z 2013 r. poz. 596, z późn. zm.

¹⁹ Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.

weterynaryjnych, obrotem wyrobami medycznymi, z wyłączeniem wyrobów medycznych stosowanych w medycynie weterynaryjnej – w celu zabezpieczenia interesu społecznego w zakresie bezpieczeństwa zdrowia i życia ludzi przy stosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, znajdujących się w hurtowniach farmaceutycznych, aptekach, działach farmacji szpitalnej, punktach aptecznych i placówkach obrotu pozaaptecznego;

- zgodnie z art. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej²⁰, Państwowa Inspekcja Sanitarna jest powołana do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności poprzez sprawowanie nadzoru nad warunkami: higieny środowiska, higieny pracy w zakładach pracy, higieny radiacyjnej, higieny procesów nauczania i wychowania, higieny wypoczynku i rekreacji, zdrowotnymi żywności, żywienia i przedmiotów użytku, 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.

Powyższe wyliczenie *władz publicznych* nie ma charakteru kompletnego, służy bowiem wyłącznie zobrazowaniu, jak wiele podmiotów zaangażowanych jest w wypełnianie obowiązków z zakresu ochrony zdrowia i jak różna jest ich charakterystyka.

Z uwagi na to, że obowiązek zapewnienia obywatelom opieki zdrowotnej w największym stopniu realizowany jest przez jednostki samorządu terytorialnego, zarówno w ramach zadań własnych, jak i zleconych, dalsze rozważania w zakresie ochrony zdrowia oparte będą o działalność tych jednostek.

Ochrona zdrowia, w myśl norm ujętych w ustawach samorządowych, służy zaspokajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej i jest jednym z istotnych zadań jednostek samorządu terytorialnego. Pojęcie ochrona zdrowia jest szerokie, a dodatkowa trudność w jego interpretacji spowodowana jest tym, że na gruncie ustaw samorządowych brak jest norm umożliwiających rekonstrukcję tego pojęcia. Niezbędne zatem jest dokonanie wykładni w oparciu o inne akty prawne rangi ustawowej.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²¹ w art. 7- 9 nakłada na jednostki samorządu terytorialnego zadania w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Do zadań własnych gminy w tym zakresie należy w szczególności: opracowywanie, realizacja oraz ocena efektów

²⁰ Dz. U. z 2011r. Nr 212, poz. 1263, z późn. zm.

²¹ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.

programów polityki zdrowotnej, wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy; przekazywanie powiatowi informacji o realizowanych programach polityki zdrowotnej; inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami²²; jak również podejmowanie innych działań, wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy²³. Ponadto, do zadań zleconych gminy należy wydawanie decyzji, o których mowa w art. 54, w sprawach świadczeniobiorców innych, niż ubezpieczeni spełniający kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w przypadku których nie zachodzi okoliczność, o której mowa w art. 12 tej ustawy. Zadania własne powiatu w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności: opracowywanie, realizację oraz ocenę efektów programów polityki zdrowotnej, wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami; przekazywanie marszałkowi województwa informacji o realizowanych na terenie powiatu programach polityki zdrowotnej; inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu; pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia; oraz podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych²⁴. Natomiast do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez samorząd województwa należy w szczególności: opracowywanie, realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami; przekazywanie wojewodzie informacji o realizowanych na terenie województwa programach polityki zdrowotnej; opracowywanie i wdrażanie programów innych niż określone powyżej służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia; inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym

²²Doktrynie zadania te są określane jako zadania intencjonalne, ze względu na to, że sposób ich realizacji uzależniony jest od prowadzonej przez gminę polityki. J. Nowak – Kubiak, B. Łukasik: *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Warszawa 2010, s. 32.

²³Art. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

²⁴Art. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

restrukturyzacji, w ochronie zdrowia; podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa²⁵.

Mając na uwadze powyższe należy stwierdzić, że zadania powiatu i województwa są skonstruowane w podobny sposób do zadań własnych gminy, z dwoma jednakże wyjątkami po pierwsze, do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez powiat i województwo należy również pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia, a po drugie, ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie wyodrębnia kategorii zadań zleconych powiatu i województwa. Ponadto, zawarty w art. 7-9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zwrot *w szczególności* wskazuje, że katalog zadań jednostek samorządu terytorialnego ma charakter przykładowy i otwarty, co oznacza, że jednostki samorządu terytorialnego mogą podejmować także inne działania w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Poza wymienioną ustawą, zadania jednostek samorządu terytorialnego z zakresu ochrony zdrowia zostały uregulowane również w innych aktach rangi ustawowej. I tak, do gminy w zakresie zadań własnych należą obowiązki dotyczące prowadzenia działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu²⁶, oraz przeciwdziałania narkomanii²⁷. Ponadto gminy uzdrowskie oraz gminy posiadające status obszaru ochrony uzdrowskiej realizują

²⁵ Art. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

²⁶ Zgodnie z art. 4¹ ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2012 r. poz. 1356, z późn. zm.) w szczególności zadania te obejmują: zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu; udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie; prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych; wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych; podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13¹ i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego; wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.

²⁷ Zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r., poz. 124), w szczególności zadania te obejmują: zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem; udzielanie rodzinom, w których występują problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej; prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych; wspomaganie działań instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów narkomanii; pomoc społeczną osobom uzależnionym i rodzinom osób uzależnionych dotkniętym ubóstwem i wykluczeniem społecznym i integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego.

zadania własne, związane z zachowaniem funkcji leczniczych uzdrowiska, w szczególności w zakresie tworzenia warunków do funkcjonowania zakładów i urzędzeń lecznictwa uzdrowiskowego oraz rozwoju infrastruktury komunalnej w celu zaspokajania potrzeb osób przebywających w gminie w celu leczenia uzdrowiskowego²⁸. W ramach zadań zleconych, na gminie spoczywają obowiązki z zakresu usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi²⁹. Z kolei powiat ma zapewnić: prowadzenie powiatowych centrów pomocy rodzinie³⁰, usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi w domach pomocy społecznej³¹ oraz, wspólnie z samorządem województwa, lecznictwo odwykowe³². Natomiast samorząd województwa zobowiązany jest do prowadzenia wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy³³, opracowania projektu Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałaniu Narkomanii³⁴, sprawowania nadzoru nad lecznictwem uzdrowiskowym³⁵ oraz organizowania lecznictwa odwykowego³⁶. W ramach zadań zleconych na samorządzie województwa spoczywa obowiązek prowadzenia podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej³⁷. Ponadto jednostki samorządu terytorialnego wszystkich szczebli obowiązane są do: zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej³⁸ oraz podejmowania działań zmierzających do ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu oraz wspierania w tym zakresie działalności medycznych samorządów zawodowych, organizacji społecznych, fundacji, inwestycji i zakładów pracy a także współdziałania z kościołami i innymi związkami wyznaniowymi³⁹.

Mając na uwadze powyższe należy stwierdzić, że ochrona zdrowia jest pojęciem *pojemnym*. Dotyczy ona nie tylko diagnostyki i leczenia, profilaktyki chorób oraz ich przyczyn, wynikających z zagrożeń o charakterze społecznym, takich jak używanie alkoholu, narkotyków, tytoniu, bezrobocie czy ubóstwo. Ponadto pojęcie to wypełniają również

²⁸ Art. 46 pkt 3 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskach (Dz. U. z 2012 r., poz. 651, z późn. zm.).

²⁹ Art. 9 ust. 4 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375).

³⁰ Art. 5 ust. 2 pkt 7 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

³¹ Art. 6a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

³² Art. 22 ust. 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

³³ Art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2004 r. Nr 125, poz. 1317, z późn. zm.).

³⁴ Art. 9 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

³⁵ Art. 17 ust. 2 ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych.

³⁶ Art. 22 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

³⁷ Art. 6 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

³⁸ Art. 2 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. z 1993 r. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.).

³⁹ Art. 1 ustawy 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.).

„mechanizmy pozwalające na gromadzenie, a następnie wydatkowanie na świadczenia zdrowotne środków publicznych”⁴⁰. To ostatnie odbywa się m.in. za pośrednictwem jednostek samorządu terytorialnego, realizujących zadania publiczne w sferze ochrony zdrowia, które w tym celu prowadzą samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej⁴¹ lub tworzą i prowadzą podmioty lecznicze⁴². Zbiór tych podmiotów stanowi jednocześnie granicę dla organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz nadzoru nad nim, realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Zgodnie z art. 6 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej jednostka samorządu terytorialnego może nałożyć obowiązek wykonania określonego zadania wyłącznie na podmiot leczniczy, będący: spółką kapitałową, w której jedynym albo większościovym udziałowcem albo akcjonariuszem jest ta jednostka, samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej lub samorządową jednostką budżetową, dla których ta jednostka jest podmiotem tworzącym. Przedmiotowe stanowisko przyjmuje również A. Dyląg która stwierdza, że „trudno zgodzić się z opinią, iż odpowiedzialność za zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych formalnie spoczywa na jednostkach samorządu terytorialnego lub tym bardziej, że są one organizatorami systemu opieki zdrowotnej. Należy zwrócić uwagę, że w ramach kompetencji podmiotu tworzącego samorząd terytorialny ma wyłącznie kontrolę nad konkretnym sp zozem lub spółką, której jest współnikiem lub akcjonariuszem. Powinien utrzymywać te jednostki jako potencjalnych kontrahentów NFZ realnie dbając o umożliwienie im wykonywania zadań statutowych lub określonych w umowie spółki. Jednostka samorządowa nie ma jednakże żadnych uprawnień w odniesieniu do pozostałych podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

⁴⁰[Http://www.samorzad.lex.pl/czytaj/-/artykul/podstawowa-opieka-zdrowotna-nalezy-do-zadan-wlasnych-gminy/print](http://www.samorzad.lex.pl/czytaj/-/artykul/podstawowa-opieka-zdrowotna-nalezy-do-zadan-wlasnych-gminy/print).

⁴¹ Zgodnie z art. 7 ustawy o działalności leczniczej podmioty jednostki samorządu terytorialnego mogą prowadzić samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

⁴² Zgodnie z art. 6 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej jednostki samorządu terytorialnego mogą utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie spółki kapitałowej oraz jednostki budżetowej. Na marginesie należy zaznaczyć, że art. 6 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej wyłączył stosowanie do spółki kapitałowej przepisy o gospodarce komunalnej. Uzasadnienie do ustawy wskazując, że „takie rozwiązanie wynika z dążenia do stworzenia spójnej, kompleksowej, jasnej regulacji dla prowadzenia działalności leczniczej, która opierać ma się na przedmiotowej ustawie i kodeksie spółek handlowych. W przeciwnym razie istniałyby dwie drogi utworzenia spółki kapitałowej przez jednostkę samorządu terytorialnego: na podstawie ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o gospodarce komunalnej, a spółka utworzona w trybie ustawy o gospodarce komunalnej działałaby częściowo według innych – niż pozostałe spółki (podmioty lecznicze) – przepisów. Ponadto wyłączenie stosowania ustawy o gospodarce komunalnej ma na celu uniknięcie tworzenia tzw. wydmuszek, tj. samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, na których ciąży wyłącznie zobowiązania”. Trudno jednak zgodzić się z powyższym rozwiązaniem. Przede wszystkim dlatego, że sfera świadczeń zdrowotnych należy do sfery użyteczności publicznej. Ponadto jak słusznie wskazał M. Dercz, argumentacja przedstawiona w uzasadnieniu stoi w sprzeczności z „intencją twórców ustawy o gospodarce komunalnej, właśnie po to bowiem te przepisy zostały uchwalone, aby j.s.t. miały możliwość realizacji swoich ustawowo nadanych zadań własnych wykonywanych na rzecz społeczności lokalnej – pod właściwym nadzorem (chodzi tu zwłaszcza o rady nadzorcze)”. M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej Komentarz*, Warszawa 2014, s. 75.

nie mówiąc już o kompetencjach w zakresie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej czy ustalania zasad partycypacji obywateli w tymże systemie”⁴³.

Ustawodawca, realizując obowiązek zapewnienia opieki zdrowotnej, wynikający z opisanej w pierwszej części artykułu konstytucyjnej normy – prawa do życia, przyjął rozproszony model organizacji systemu zdrowotnego. W systemie tym kluczową rolę grają jednostki samorządu terytorialnego, wykonujące obowiązki w tym zakresie w ramach zadań własnych i zleconych. Jednocześnie natomiast funkcjonuje wiele podmiotów o wyspecjalizowanym charakterze, które realizują zadania z zakresu ochrony zdrowia, takich jak Państwowa Inspekcja Sanitarna. Obrazu dopełnia udział podmiotów z sektora prywatnego, które – uzyskując kontrakty, zawierane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, również realizują zadania z zakresu powszechnej opieki zdrowotnej. Wskazana wielość podmiotów, realizujących prawo obywateli do zapewnienia opieki zdrowotnej utrudnia nie tylko analizę ich funkcjonowania, ale również kontrolę i podejmowanie środków zaradczych ewentualnym nadużyciom. Ma to o tyle istotne znaczenie, że w przepisach regulujących lekarską deontologię w dalszym ciągu funkcjonują relikty systemu paternalistycznego, wyrażone chociażby w zakresie zastosowania eutanazji biernej. Tym samym, zakres realizacji praw pacjenta w dużym stopniu zależy od postawy etycznej lekarza, a w niewielkim jedynie od istniejących instytucjonalnych mechanizmów kontrolnych. *De lege ferenda* postawić należy wniosek uporządkowania systemu opieki zdrowotnej w taki sposób, by zmniejszyć ilość kategorii podmiotów, realizujących jedno z podstawowych zadań państwa. Mogłoby to się przyczynić do standaryzacji świadczonych usług i pełniejszej realizacji prawa obywateli do życia i ochrony zdrowia, które stanowią jeden z fundamentów zasady demokratycznego państwa prawnego.

Literatura: Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej Komentarz*, Warszawa 2014; Dyląg A., *Przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jako forma prywatyzacji zadań publicznych*, Toruń 2014; Nowak – Kubiak J., Łukasik B.: *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Warszawa 2010; Różyńska J., Łuków P., *Narodziny i natura bioetyki [w:] Bioetyka*, Różyńska J., Chańska W., Warszawa 2013; [Http://www.oil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2002/n200210/n20021020](http://www.oil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2002/n200210/n20021020); [Http://www.samorzad.lex.pl/czytaj/-/artykul/podstawowa-opieka-zdrowotna-nalezy-do-zadan-wlasnych-gminy/print](http://www.samorzad.lex.pl/czytaj/-/artykul/podstawowa-opieka-zdrowotna-nalezy-do-zadan-wlasnych-gminy/print).

⁴³ A. Dyląg, *Przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jako forma prywatyzacji zadań publicznych*, Toruń 2014, s. 80.