

Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej a ograniczenie zakresu ustawowej gwarancji

Daniel Eryk Lach

Profesor doktor habilitowany nauk prawnych, LL.M. (EUV), Zakład Prawa Pracy i Prawa Socjalnego, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6223-5356>

Słowa kluczowe: zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, ograniczenie zakresu ustawowej gwarancji w systemie opieki zdrowotnej, ograniczoność zasobów w systemie opieki zdrowotnej, zasady sprawiedliwości społecznej

1. Wprowadzenie

Jedną z podstawowych wytycznych wpływających na ukształtowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest nałożony w art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r.¹ na władze publiczne obowiązek zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, przy czym warunki i zakres udzielania świadczeń określać ma ustawa.

W wyniku analizy tego przepisu sformułowano tezę, zgodnie z którą z redakcji art. 68 ust. 2 Konstytucji RP wynika, że priorytetem ustawodawcy jest równość dostępu do świadczeń gwarantowanych w systemie, czyli jego uniezależnienie od sytuacji materialnej obywateli, a nie maksymalizacja zakresu przedmiotowego systemu opieki zdrowotnej². W tym kontekście zbadania wymagają dwie kwestie. Po pierwsze, jakie argumenty uzasadniają przywołaną tezę, a po drugie, czy uznanie art. 68 ust. 2 Konstytucji RP nie tylko za źródło adresowanej do władzy publicznej normy programowej – nakazu optymalizacyjnego, lecz także praw podmiotowych obywateli mogłoby uzasadniać ich żądanie spełnienia/sfinansowania świadczeń nieobjętych ustawową gwarancją.

W dalszej kolejności należy rozważyć kwestię, czy ewentualne przeformułowanie art. 68 ust. 2 Konstytucji RP w taki sposób, aby zadaniem władzy publicznej było „tylko” zapewnienie „dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej” w ramach systemu publicznego, uzasadniałoby postulat zniesienia ograniczeń odnośnie do ustawowej gwarancji.

W kontekście obowiązku zapewnienia „równego dostępu” należy bowiem zauważyć, że analogicznej lub choćby zbliżonej formuły nie użyto ani w stosownych aktach prawa międzynarodowego, ani w ustawach zasadniczych innych państw członkowskich UE. Część z nich w ogóle nie odnosi się do kwestii ochrony zdrowia, w nielicznych prawo do ochrony zdrowia wiąże się

¹ Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm. – dalej Konstytucja RP.

² Por. D.E. Lach, *Komercjalizacja SPZOZ-ów a obowiązki władzy publicznej w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, cz. 1, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2012/9, s. 4; D.E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej* [w:] *Konstytucyjnoprawne wytyczne dla konstruowania systemów opieki zdrowotnej w Niemczech i w Polsce*, red. D.E. Lach, Kraków 2016, s. 147–148, 152; D.E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej* [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 3, *Organizacja systemu ochrony zdrowia*, red. D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz, Warszawa 2020, s. 294.

z systemami zabezpieczenia/ubezpieczenia społecznego³. Na tym tle polska Konstytucja RP, nie tylko statuując obowiązek stworzenia systemu opieki zdrowotnej, lecz także gwarantując w jego ramach równy dostęp do świadczeń, wyraźnie się wyróżnia. Z opracowań literatury wynika nadto, że obowiązujące brzmienie art. 68 ust. 2 Konstytucji RP nie było w zasadzie przedmiotem pogłębionej dyskusji na etapie prac przygotowawczych. Sformułowanie to nie pojawiło się w żadnym ze złożonych projektów konstytucji⁴. Jak wskazuje L. Bosek, propozycja ukształtowania właściwego przepisu w brzmieniu identycznym z dzisiejszym miała zostać sformułowana na etapie prac Komisji Konstytucyjnej Zgromadzenia Narodowego jeszcze w 1995 r., natomiast w toku późniejszych prac (posiedzenie 14–16.01.1997 r.) ustalono odmienną redakcję: „Obywatelom zapewnia się dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych, bez względu na ich sytuację materialną. Warunki świadczenia usług reguluje ustawa”. Dopiero w decydującej fazie prac Komisji, w dniach 10–11.03.1997 r., uwzględniono postulaty Z. Religi, aby wykreślić słowo „podstawowa”, ograniczające zakres gwarantowanej na równych zasadach opieki zdrowotnej⁵. Niemniej w uchwalonym brzmieniu art. 68 ust. 2 mowa jest o „równym dostępie”.

Czyżby zatem polski ustrojodawca „przedobrzył”? Może jednak korzystniej (z punktu widzenia świadczeniobiorców) byłoby ograniczyć art. 68 ust. 2 Konstytucji RP do obowiązku władz publicznych zapewnienia opieki zdrowotnej obywatelom, a gwarancję „równego dostępu” – pomijając kwestię, czy taką zmianę dałoby się politycznie przeprowadzić – zarzucić? W tym kontekście zbadania wymaga, czy ograniczenie ustawowej gwarancji jako następstwo ograniczoności zasobów będących w dyspozycji systemu i jego organizatora nie znajdowałoby jednak uzasadnienia w innych zasadach konstytucyjnych: ogólnej zasadzie równości oraz zasadach sprawiedliwości społecznej.

2. Charakter prawny art. 68 ust. 2 Konstytucji RP a ograniczenie zakresu ustawowej gwarancji

Teza, zgodnie z którą z redakcji art. 68 ust. 2 Konstytucji RP wynika, że priorytetem ustawodawcy ma być równość dostępu do świadczeń gwarantowanych w systemie, czyli jego uniezależnienie od sytuacji materialnej obywateli, a nie maksymalizacja zakresu przedmiotowego systemu opieki zdrowotnej, opiera się na charakterze prawnym normy wyinterpretowanej z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Otóż w świetle opracowań doktryny prawa konstytucyjnego⁶ można zasadnie przyjąć, że norma ta ma charakter programowy, tzn. wiąże swych adresatów poprzez wskazywanie pożądaných celów. Wskazane w takiej normie cele mają charakter trwały w tym znaczeniu, że nie może dojść do ich zrealizowania, które zwalniałoby zobowiązane podmioty od troski o co najmniej utrzymanie osiągniętego stanu rzeczy⁷. W kontekście programowości art. 68 ust. 2 Konstytucji RP można – odnosząc się dorobku doktryny – wskazać na trzy zasadnicze argumenty.

³ Za: L. Bosek [w:] *Konstytucja RP*, t. 1, *Komentarz do art. 1–68*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, art. 68, nb 16–60.

⁴ L. Bosek [w:] *Konstytucja...*, art. 68, nb 11.

⁵ L. Bosek [w:] *Konstytucja...*, art. 68, nb 13.

⁶ Por. P. Sarnecki, *Normy programowe w Konstytucji i odpowiadające im wolności obywatelskie* [w:] *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, red. L. Garlicki, A. Szmyt, Warszawa 2003, s. 252 i n.

⁷ Por. D.E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011, s. 23–38; D.E. Lach, *Zasada...*, Kraków 2016, s. 143–148; D.E. Lach, *Zasada...*, Warszawa 2020, s. 286–290.

Po pierwsze, należy mieć na uwadze konstrukcję tego przepisu i wyraźne odesłanie do ustawy w celu ustalenia konkretnego zakresu danego uprawnienia⁸. L. Garlicki zauważał w tym kontekście, że – ponieważ Konstytucja RP była pomyślana jako prawo egzekwowne – przy redagowaniu praw socjalnych wprowadzono do tekstu liczne postanowienia wskazujące „dopuszczalność ustanawiania ograniczeń poszczególnych praw i wolności”. Jak się wydaje, w taki właśnie sposób należy rozumieć zawarte w art. 68 ust. 2 zd. 2 Konstytucji RP uprawnienie dla ustawodawcy zwykłego, by w ustawie określił warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Ogólne sformułowanie praw socjalnych wraz z przekazaniem ustawodawcy zwykłemu kompetencji skonkretyzowania ich treści i zakresu stosowania było świadomym zabiegiem twórców Konstytucji RP, którzy obawiali się roszczeń mogących naruszać równowagę finansów publicznych⁹.

Po drugie, należy podkreślić, że przepis art. 68 ust. 2 Konstytucji RP dotyczy celu normodawcy (tj. ustrojodawcy), a nie adresata normy, i nie wyznacza temu adresatowi (tj. władzy publicznej) bezpośrednio żadnego zachowania jako nakazanego lub zakazanego w celu osiągnięcia tego celu¹⁰. Oczywiście możliwe jest ustalenie, jakie zachowania właściwych podmiotów powinny być podejmowane, a jakie podejmowane być nie mogą, aby zdefiniowany w normie programowej cel został osiągnięty, odbywa się to jednak wyłącznie w drodze wnioskowań prawniczych („z celu na środki”), odwołujących się do wiedzy o relacjach przyczynowych, która ma charakter empiryczny i wykracza poza tekst prawny.

Po trzecie wreszcie, istotne znaczenie ma okoliczność, że ów cel – równość dostępu – nie jest określony jako pewien empirycznie identyfikowalny stan rzeczy. W pierwszej kolejności dlatego, że w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP posłużono się wyrażeniami wartościującymi (dostęp ma być „równy”), następnie, że obowiązek zapewnienia równego dostępu należy rozumieć jako „ideę regulatywną”, która nigdy nie może być urzeczywistniona w stopniu doskonałym¹¹.

W efekcie ustawodawca ma obowiązek ustawicznego „wyrównywania” dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, co wobec ograniczoności zasobów finansowych, kadrowych itp. z jednej strony i zasadniczo nieograniczonych potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców z drugiej prowadzić musi do limitowania zakresu systemowej gwarancji.

Warto jednak zauważyć, że T. Gizbert-Studnicki i A. Grabowski sformułowali tezę, zgodnie z którą możliwe jest wykładanie art. 68 ust. 2 Konstytucji RP nie tylko w kierunku normy programowej, która nie statuuje po stronie obywateli praw podmiotowych – roszczeń o charakterze pozytywnym w stosunku do władz publicznych, ale dopuszczalna jest także interpretacja w kierunku odczytania z tego przepisu takiej normy, z której wynikałby skonkretyzowany obowiązek władz publicznych zapewnienia obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej stanowiący podstawę roszczeniową dla obywateli¹². Także J. Trzcziński uznawał, że na gruncie obecnie obowiązującej Konstytucji RP istnieje możliwość odczytania norm programowych (w tym art. 68 Konstytucji RP) w taki sposób, że jest w nich zakodowane minimum praw obywatela będące odpowiednikiem minimum obowiązków ciążących na władzy publicznej, zawartych

⁸ Por. P. Sarnecki, *Normy...*, s. 254.

⁹ Por. L. Garlicki, *Wolności i prawa jednostki w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku. Bilans pięciu lat* [w:] *Pięć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Materiały z konferencji na Zamku Królewskim w Warszawie, 17 października 2002*, red. H. Jerzmański, Warszawa 2002, s. 61 i 68–69.

¹⁰ Por. T. Gizbert-Studnicki, A. Grabowski, *Normy programowe w Konstytucji* [w:] *Charakter i struktura norm Konstytucji*, red. J. Trzcziński, Warszawa 1997, s. 98.

¹¹ Por. T. Gizbert-Studnicki, A. Grabowski, *Normy...*, s. 99–100.

¹² Por. T. Gizbert-Studnicki, A. Grabowski, *Normy...*, s. 111–112.

w przepisach programowych¹³. Postanowienia o prawach społeczno-ekonomicznych obywatela nie mogą bowiem być odczytywane wyłącznie jako deklaracja czy manifest określający cele państwa, ponieważ byłoby to sprzeczne z treścią art. 8 ust. 1 Konstytucji RP, zgodnie z którym jest ona najwyższym prawem RP¹⁴.

W tym kontekście pojawia się istotna kwestia dotycząca ustalenia minimum obowiązków wynikających dla władzy publicznej z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, których realizacji obywatel mógłby się wiążąco od władzy domagać. W doktrynie – na tle wyroku TK z 7.01.2004 r., K 14/03¹⁵ – panuje zasadniczo zgoda co do tego, że z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP wynikają dla ustawodawcy cztery istotne konsekwencje. Po pierwsze, powinien on stworzyć w ramach systemu opieki zdrowotnej efektywnie działający mechanizm gromadzenia środków publicznych i ich wydatkowania na świadczenia zdrowotne. Mechanizm ten powinien być oparty na zasadach powszechności i równości. Może on nakładać na obywateli obowiązek ponoszenia ciężarów publicznych, w szczególności danin publicznych, np. w postaci składek na ubezpieczenie zdrowotne. Po drugie, ustawodawca powinien zapewnić dostępność świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych dla wszystkich obywateli i to w sposób rzeczywisty, a nie jedynie formalny, deklarowany przez przepisy prawne o charakterze „programowym”. Po trzecie, dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych powinien zostać zapewniony obywatelom na zasadzie równości, niezależnie od ich sytuacji materialnej i zakresu partycypacji w tworzeniu zasobu środków publicznych. Po czwarte, obowiązek zapewnienia opisanego powyżej standardu dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych obciąża władze publiczne i w tym zakresie nie może zostać przerzucony na podmioty prywatne¹⁶.

Mając na uwadze powyższe, można jednak uznać, że w istocie rzeczy przyjęcie, iż z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP można wyprowadzić także prawo podmiotowe obywatela, nic w przedmiotowej kwestii nie zmienia. Odwołując się do określonego wyżej minimum obowiązków władzy publicznej, obywatel mógłby bowiem żądać – jedynie – równego dostępu do świadczeń gwarantowanych w systemie, a nie zapewnienia/sfinansowania świadczeń pozasystemowych. W tym kontekście warto przywołać wypowiedź M. Wiącka i J. Trzcińskiego, którzy wskazali, że gwarancją „równości w dostępie do świadczeń” z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP „są w szczególności procedury, ustanawiające jednakowe dla wszystkich – i niezależne od sytuacji materialnej danej osoby – zasady ubiegania się o udzielenie świadczenia danego rodzaju. Dlatego też ustawy powinny precyzyjnie definiować warunki, po spełnieniu których obywatel może żądać udzielenia mu danego świadczenia opieki zdrowotnej. Bez ustawowo sformułowanych, jasnych, precyzyjnych i weryfikowalnych kryteriów dostępności poszczególnych świadczeń nie da się bowiem zagwarantować «równości», której wymaga art. 68 ust. 2”¹⁷.

Na tle powyższego teza, zgodnie z którą z redakcji art. 68 ust. 2 Konstytucji RP wynika, że priorytetem ustawodawcy jest równość dostępu do świadczeń gwarantowanych w systemie, a nie maksymalizacja zakresu przedmiotowego systemu opieki zdrowotnej, wydaje się uzasadniona.

¹³ J. Trzciński, *Konstytucyjne prawo do zdrowia na tle art. 35 Karty Podstawowych Praw Unii Europejskiej* [w:] *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, red. L. Garlicki, A. Szmyt, Warszawa 2003; por. także L. Bosek [w:] *Konstytucja...*, art. 68, nb 6; M. Wiącek, J. Trzciński [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. 2, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016, art. 68, pkt 8–9.

¹⁴ Por. J. Trzciński, *Konstytucyjne...*, s. 302–305.

¹⁵ LEX nr 82910.

¹⁶ Por. M. Florczak-Wątor [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. P. Tuleja, Warszawa 2023, art. 68, pkt 4; por. także M. Wiącek, J. Trzciński [w:] *Konstytucja...*, art. 68, pkt 10.

¹⁷ Por. M. Wiącek, J. Trzciński [w:] *Konstytucja...*, art. 68, pkt 14.

Tak też widzi tę kwestię doktryna. L. Bosek stwierdził, że art. 68 ust. 2 Konstytucji RP jest przepisem szczególnym względem art. 32 Konstytucji RP, ponieważ w szczególny sposób reglamentuje wycinek stosunków ujętych w hipotezie normy ogólnej. Wskazywał przy tym, że przepis art. 68 ust. 2 Konstytucji RP wprost określa cechę relewantną (sytuację majątkową w dostępie obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych), podczas gdy art. 32 Konstytucji RP ma szerszy podmiotowy i przedmiotowy zakres zastosowania. Ponadto, od strony przedmiotowej, ocena różnego traktowania obywateli uwzględniać musi, że art. 68 ust. 2 zd. 2 Konstytucji RP wprost przypisuje ustawodawcy pewną swobodę wyboru warunków i zakresu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej¹⁸. W literaturze wskazano także, że „równość obywateli w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej stanowi rozwinięcie ogólnej zasady równości (art. 32 Konstytucji) oraz koncepcji solidaryzmu społecznego. Artykuł 68 ust. 2 nie gwarantuje jednak powszechnej dostępności wszystkich znanych i stosowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej świadczeń opieki zdrowotnej. Wręcz przeciwnie, przepis ten zakłada konieczność ograniczenia tego prawa, odsyłając do ustaw uregulowanie warunków i zakresu udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych”¹⁹.

W tym kontekście można zatem postawić pytanie, czy gdyby porzucić na gwarancji zapewnienia dostępu, pomijając, że ma on być „równy”, sytuacja prawna beneficjentów systemu byłaby inna? Innymi słowy, czy w takiej sytuacji można byłoby uznać, że celem nakazu optymalizacyjnego jest maksymalizacja zakresu przedmiotowego systemu opieki zdrowotnej?

3. Ograniczenie gwarancji jako następstwo ograniczoności zasobów w świetle zasady równości

Należy zwrócić uwagę na zasygnalizowany już wyżej problem ograniczoności zasobów. W 2022 r. wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce były jednymi z najniższych w Europie, zarówno w przeliczeniu na mieszkańca (1908 euro, skorygowane o różnice w sile nabywczej), jak i jako odsetek PKB (6,4%)²⁰. Znaczącym problemem jest także niedobór pracowników ochrony zdrowia. Polska ma jedno z najniższych wskaźników lekarzy i pielęgniarek na mieszkańca w Europie, a liczba absolwentów medycyny i pielęgniarstwa stale utrzymuje się na dość niskim poziomie²¹. Prawodawca nie może od tych okoliczności abstrahować. Ograniczoność zasobów musi prowadzić do limitowania zakresu gwarancji.

Należy zresztą wskazać, że także systemy mające do dyspozycji znacznie większe środki wprowadzają w tym zakresie pewne ograniczenia. Wprawdzie w systemie niemieckim, w którym wydatki na opiekę zdrowotną w 2022 r. wyniosły 12,6% PKB, a w przeliczeniu na mieszkańca 5317 euro²², ubezpieczonym zasadniczo przysługuje prawo do wszelkich uznanych

¹⁸ Por. L. Bosek [w:] *Konstytucja...*, art. 68, nb 64.

¹⁹ Por. M. Florczak-Wątor [w:] *Konstytucja...*, art. 68, pkt 4.

²⁰ OECD/European Commission, *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, Paris 2024, https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html (dostęp: 25.05.2025 r.), s. 143, 145.

²¹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2023, State of Health in the EU*, Brussels 2023, https://www.oecd.org/pl/publications/polska-profil-systemu-ochrony-zdrowia-2023_b12d3d03-pl.html (dostęp: 25.05.2025 r.), s. 9–10, 22.

²² OECD/European Commission, *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, Paris 2024, https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html (dostęp: 25.05.2025 r.), s. 143, 145.

medycznie świadczeń (§ 2 księgi piątej niemieckiego kodeksu socjalnego – dalej SGB V²³), a w sytuacji zagrożenia życia – także do terapii niestandardowych (§ 2 ust. 1a SGB V)²⁴. Ten ostatni przepis recypuje orzecznictwo niemieckiego Federalnego Trybunału Konstytucyjnego (Bundesverfassungsgericht, BVerfG) oraz Federalnego Sądu Socjalnego (Bundessozialgericht, BSG).

W tzw. uchwale mikołajkowej (Nikolaus-Beschluss)²⁵ trybunał wskazał, że państwo – stając obowiązek ubezpieczeniowy powiązany z obowiązkiem opłacenia składki – ogranicza swobodę działania jednostki i jej możliwości nabycia świadczeń pozasystemowych we własnym zakresie, zatem ubezpieczonym musi przysługiwać prawo do sfinansowania w ramach systemu opieki zdrowotnej także świadczeń nieobjętych systemową gwarancją²⁶.

Zarazem jednak wskazać trzeba, że prawo do świadczeń pozasystemowych z § 2 ust. 1a SGB V ma charakter wyjątkowy i przysługuje w sytuacji, gdy łącznie spełnione są trzy przesłanki: 1) ubezpieczony cierpi na „chorobę zagrażającą życiu lub zazwyczaj śmiertelną lub chorobę, która jest co najmniej porównywalna z punktu widzenia jej oceny”, 2) „nie jest dostępne ogólnie uznane świadczenie odpowiadające standardowi medycznemu” oraz 3) „istnieje niezbyt odległa perspektywa wyleczenia lub zauważalnego pozytywnego wpływu na przebieg choroby”²⁷.

Generalnie zaś nowe świadczenia, aby mogły być finansowane w ramach systemu, wymagają uprzedniej pozytywnej oceny ze strony tzw. Wspólnej Komisji Federalnej (Gemeinsamer Bundesauschuss – G-BA), która wydaje w tych sprawach „wytyczne”²⁸. Ustawa przewiduje, że przy opiniowaniu danego świadczenia Komisja bierze pod uwagę nie tylko korzyści diagnostyczne i terapeutyczne nowej metody, lecz także jej medyczną konieczność i – co ważne w kontekście niniejszego opracowania – kryterium „gospodarności” (§ 135 ust. 1 zd. 1 SGB V)²⁹. Wiąże się to z faktem, że zasada „gospodarności” (*Wirtschaftlichkeitsgebot*) jest jedną z zasad konstruujących niemiecki system ubezpieczenia zdrowotnego. Zgodnie z § 12 ust. 1 zd. 1 SGB V świadczenia powinny być wystarczające, celowe i spełniane w sposób gospodarny; nie mogą przekraczać tego, co jest konieczne³⁰. Oznacza to, że – pomijając względy medyczne – komisja może wydać negatywne „wytyczne” z uwagi na kryteria ekonomiczne.

Jako przykład zamożnego kraju przewidującego ograniczenia odnośnie do świadczeń opieki zdrowotnej można także przywołać Szwajcarię³¹. Dane za 2022 r. wskazują, że wydatki na opiekę zdrowotną Szwajcarii wyniosły 11,7% PKB, a w przeliczeniu na mieszkańca 5630 euro³². W tym kontekście należy przypomnieć³³, że szwajcarski trybunał federalny odmówił żądaniu pokrycia

²³ Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – Gesetz vom 20. Dezember 1988, BGBl. I s. 2477, 2482.

²⁴ Por. D.E. Lach, *Udzielanie i finansowanie terapii spoza katalogu świadczeń gwarantowanych w niemieckim ubezpieczeniu zdrowotnym*, „Diametros. A Journal of Philosophy” 2024/81.

²⁵ Uchwała z 6.12.2005 r., I BvR 347/98.

²⁶ Por. D.E. Lach, *Udzielanie...*, s. 54 i n.; D.E. Lach, *Kilka uwag o (nie)konstytucyjności „składki” zdrowotnej po „Polskim Ładzie”*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2024/7, s. 6–7.

²⁷ Por. D.E. Lach, *Udzielanie...*, s. 61.

²⁸ Tylko na marginesie można wskazać, że niemiecka ustawa zasadnicza w ogóle nie odnosi się do kwestii ochrony zdrowia w kontekście świadczeniowym, poprzestając na tzw. klauzuli państwa socjalnego (art. 20).

²⁹ Por. D.E. Lach, *Rationierung in der Gesundheitsversorgung. Beispiel aus dem Nachbarland*, *Gesundheitsrecht.blog* 2024/38, <https://gesundheitsrecht.blog/rationierung-gesundheitsversorgung-polen/> (dostęp: 1.10.2025 r.), s. 2–3.

³⁰ *Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.*

³¹ W kontekście ochrony zdrowia konstytucja Konfederacji Szwajcarskiej przewiduje jedynie, że konfederacja i kantony, uzupełniając osobistą odpowiedzialność i inicjatywę prywatną, zobowiązują się do zapewnienia każdemu udziału w zabezpieczeniu społecznym (art. 41 lit. a).

³² OECD/European Commission, *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, Paris 2024, https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html, (dostęp: 25.05.2025 r.), s. 143, 145.

³³ Por. S. Huster, *Sprawiedliwość (społeczna) w niemieckim ustawowym ubezpieczeniu zdrowotnym [w:] Konstytucyjnoprawne wytyczne dla konstruowania systemów opieki zdrowotnej w Niemczech i w Polsce*, red. D.E. Lach, Kraków 2016, s. 107–108.

przez ubezpieczenie zdrowotne kosztów terapii lekiem stosowanym przy leczeniu choroby przemiany materii (choroby Pompego), będącej chorobą rzadką, z uwagi na znaczny koszt tego leku. Półtoraroczna terapia, dla której nie ma alternatywnej metody, sprawia, że odcinek drogi pokonany przez pacjenta w ciągu 6 minut spaceru z około 330 m poprawia się o 28 m; kosztuje jednak w skali roku około 500 000 franków szwajcarskich. Oddalając wniosek, trybunał wskazał: „statystycznie 2,8% mieszkającej w Szwajcarii populacji powyżej 15. roku życia jest zdolne do przejścia pieszo mniej niż 200 metrów, co odpowiada około 180 000 osób, które muszą żyć z podobnie ograniczoną jakością życia jak skarżąca. Przy kosztach w wysokości ok. 500 000 franków na rok dałoby się być może w odniesieniu do większości tych osób polepszyć jakość życia w podobnym stopniu jak u skarżącej. Gdyby u skarżącej nakład finansowy dał pożądane skutki, wówczas w świetle równości wobec prawa nie byłoby powodu, aby go odmówić wszystkim innym pacjentom w porównywalnym położeniu. Powstałyby przez to koszty w wysokości ok. 90 miliardów franków. Daje to ponad 1,6-krotność całych kosztów systemu opieki zdrowotnej lub nieco więcej niż 17% całego produktu krajowego brutto Szwajcarii. Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne nie jest najwyraźniej w stanie ponieść takich kosztów w celu złagodzenia jednego jedynego objawu chorobowego. Jeżeli dany koszt nie może być poniesiony odnośnie do wszystkich ubezpieczonych³⁴, to z uwagi na równość wobec prawa nie może być także poniesiony w pojedynczym przypadku³⁵.

Zatem nawet wysoko finansowane systemy ograniczają prawo do niektórych świadczeń z uwagi na ich koszt i konieczność gospodarnego zarządzania posiadanymi środkami. W kontekście przedmiotu niniejszego opracowania podkreślenia wymaga także, że odmawiając uwzględnienia wniosku i sfinansowania terapii kosztownym lekiem szwajcarski trybunał odwołał się właśnie do zasady równości, rozumianej jako uzasadnienie ograniczenia ustawowej gwarancji do tych świadczeń, które w ramach posiadanych zasobów można zagwarantować wszystkim świadczeniobiorcom.

Kwestie prawa do opieki zdrowotnej i jego zakresu były szeroko omawiane w literaturze amerykańskiej przez etyków i filozofów, dyskutujących zagadnienie dopuszczalności wprowadzenia w USA systemu opieki zdrowotnej i jego ewentualnego ukształtowania. Na tle przywołanego wyżej wyroku szwajcarskiego trybunału i w kontekście ograniczoności zasobów i konieczności gospodarnego zarządzania nimi należy przywołać wypowiedzi Ch. Frieda³⁶, który stwierdził: „istnienie prawa do opieki zdrowotnej nie pociąga za sobą tezy o istnieniu prawa do równego dostępu do opieki, rozumianego tak, że wszystko, co jest dostępne dla kogokolwiek, musi być dostępne dla każdego”. Cytowany autor odwołał się do przykładu sztucznego serca, wskazując, że „choć koszty badań i eksperymentów nad sztucznym sercem są dla nas zupełnie akceptowalne, to zagwarantowanie wszystkim prawa do sztucznego serca pociągałoby za sobą już całkowicie nieakceptowalne obciążenia, a skoro zapewniając je komukolwiek, musielibyśmy zapewnić je wszystkim, to może nie powinniśmy zapewniać go nikomu³⁷. Konkludując swoje wywody, w których opowiedział się za zasadnością ograniczenia zakresu ewentualnie gwarantowanej opieki zdrowotnej do „akceptowalnego minimum”, wskazał: „Uważam, że decyzja lekarza by nie zrobić wszystkiego co się tylko da z uwagi na jakieś ekonomiczne wyliczenia

³⁴ *Nicht verallgemeinerungsfähig.*

³⁵ Por. pkt 7.8. uzasadnienia orzeczenia z 23.11.2010 r., 9C_334/2010, <http://www.bger.ch/index/jurisdiction/jurisdiction-inherit-template/jurisdiction-recht/jurisdiction-recht-urteile2000.htm> (dostęp: 23.05.2025 r.).

³⁶ Ch. Fried, *Equality and rights in medical care*, „Hastings Center Report” 1976/1(6), s. 29–34.

³⁷ Cyt. za: Ch. Fried, *Równość i prawa w opiece zdrowotnej* [w:] *Antologia bioetyki*, t. 4, *Sprawiedliwość w medycynie*, cz. 1, red. W. Galewicz, Kraków 2015, s. 234.

związane z równością i opłacalnością oznacza zdradę wobec pacjenta. Lekarz nie może zachowywać się jak biurokrata, przedstawiciel rządu, albo ustawodawca. Jednak rządzący, wyborcy i legislatorzy muszą myśleć inaczej. Gdy lekarz opiekujący się chorym zaczyna działać jak urzędnik odpowiedzialny za budżet, jest to potworne, ale gdy urzędnicy odpowiedzialni za budżet i wyborcy, którzy decydują o polityce państwa, myślą jak lekarz czuwający przy łożu chorego, rodzi się chaos i bezład³⁸.

Reasumując, należy stwierdzić, że nawet przy zmienionej redakcji art. 68 ust. 2 Konstytucji RP limitowanie zakresu ustawowej gwarancji znajdowałoby oparcie w ogólnej zasadzie równości z art. 32 Konstytucji RP.

4. Ograniczenie gwarancji jako następstwo sprawiedliwej społecznie dystrybucji

Jednak nie tylko – by tak rzec, „techniczna” – kwestia ograniczoności zasobów wpływa na limitowanie systemowej gwarancji. Należy mieć bowiem na uwadze, że odnośnie do definiovania i ograniczania zakresu ustawowej gwarancji chodzi o złożony aksjologicznie problem dotyczący dystrybucji świadczeń w ramach systemu opieki zdrowotnej stanowiącego instytucję prawa socjalnego. W tym kontekście decydujące znaczenie przypada regułom sprawiedliwości społecznej, do których odwołuje się art. 2 Konstytucji RP.

Problematyka zasad sprawiedliwości społecznej była przedmiotem licznych wypowiedzi polskiej doktryny, także prawa zabezpieczenia społecznego. C. Jackowiak zwracał uwagę, że w orzecznictwie TK sprawiedliwość społeczna jest często wskazywanym kryterium wspierającym ocenę równości wobec prawa, i stwierdzał, iż jest rozumiana jako Arystotelesowska sprawiedliwość rozdzielcza (dystrybutywna), ujmowana najogólniej jako „równowaga obciążeń i korzyści w sytuacji względnego niedostatku dóbr”³⁹. W kontekście treści art. 2 Konstytucji RP J. Jończyk zauważał natomiast celnie, że „jego znaczenie w prawie zabezpieczenia społecznego jest szczególne, bo ta przede wszystkim dziedzina zajmuje się zagadnieniem sprawiedliwego podziału”⁴⁰. Cytowany autor podkreślał, że w przepisie tym jest mowa o zasadach (w liczbie mnogiej), a nie o zasadzie sprawiedliwości społecznej, nie jest to bowiem „jedna jedyna zasada sprawiedliwości społecznej, której metafizyczny sens dostępny jest jedynie intuicji, poczuciu i uczuciom człowieka na urzędzie, lecz chodzi o różne zasady sprawiedliwości społecznej, istniejące obiektywnie jako społecznie akceptowane i stosowane, które często, czy nawet z reguły, są niezbieżne albo nawet sprzeczne”⁴¹.

W tym kontekście należy zauważyć, że nawiązując do prac C. Perelmana⁴² i W. Sadurskiego⁴³, Z. Ziemiński wskazywał w odniesieniu do świadczenia dóbr na trzy możliwe formuły sprawiedliwości⁴⁴. Po pierwsze, jako najprostszą w stosowaniu podał formułę prostego egalitaryzmu, która nakazuje traktować każdy podmiot równo⁴⁵, niezależnie od jego cech wyróżniających.

³⁸ Ch. Fried, *Równość* ..., s. 241.

³⁹ Por. C. Jackowiak, *Glosa do orzeczenia TK z dnia 29 stycznia 1992 r.*, K 15/91, „Państwo i Prawo” 1993/2, s. 100.

⁴⁰ J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kraków 2001, s. 26.

⁴¹ J. Jończyk, *Prawo*..., s. 27.

⁴² C. Perelman, *O sprawiedliwości*, Warszawa 1959.

⁴³ W. Sadurski, *Teoria sprawiedliwości. Podstawowe zagadnienia*, Warszawa 1988.

⁴⁴ Z. Ziemiński, *Sprawiedliwość społeczna jako pojęcie prawne*, Warszawa 1996.

⁴⁵ Mając na uwadze J. Nowackiego (*Sprawiedliwość a równość w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego* [w:] *W kręgu zagadnień konstytucyjnych. Profesorowi Eugeniuszowi Zwierzchowskiemu w darze*, red. M. Kudej, Katowice 1999), należałoby raczej mówić o traktowaniu jednakowym lub identycznym.

Po drugie, Z. Ziemiński wskazywał na formułę „każdemu według jego (usprawiedliwionych) potrzeb”, określając ją mianem „poprawionej formuły egalitarnej”, stwierdzał jednak, że wobec ograniczoności dóbr i nieograniczoności potrzeb ma ona charakter utopijny. Zauważał jednocześnie, że należy dostrzegać jej „bardziej realistyczną mutację, zgodnie z którą każdemu należy się od «społeczeństwa», a w praktyce od państwa, zagwarantowanie możliwości zaspokojenia najbardziej elementarnych potrzeb życiowych”⁴⁶. Podkreślał przy tym, iż problematyczne jest określenie „potrzeb elementarnych”, a także, iż w praktyce na ogół dochodzi tu do sformułowania dodatkowych zastrzeżeń, np. braku winy po stronie jednostki, której potrzeby miałyby być zaspokojone. Właśnie te problemy doprecyzowania formuły „każdemu według jego (usprawiedliwionych) potrzeb” są bowiem bardzo często przedmiotem dyskusji na temat „sprawiedliwości społecznej”, a: „Spory dotyczą tego, jak dalece jednostka ma ponosić odpowiedzialność za swój los, jak dalece ma sięgać udzielana jej pomoc dla przetrwania trudności życiowych, jak dalece – nie gwałcąc wolności jednostki – skłaniać ją do szukania drogi wyjścia z ciężkiej sytuacji”⁴⁷. Z. Ziemiński zauważał następnie, że obie formuły egalitarystyczne nie występują w praktyce w oderwaniu od formuły merytarnej, stawiającej określone wymagania tym, którzy ze świadczeń mają skorzystać, co więcej, formuły merytarne dominują nad formułami egalitarystycznymi. Jako trzecią przywoływał formułę „każdemu według zasług”, zaznaczając jednak, że problematyczne jest pojęcie zasługi, którą można utożsamiać zarówno z wartością (wynikami) pracy, jak i ze zindywidualizowanym wysiłkiem, a która nastroczyłaby bardzo wielu trudności praktycznych, gdyby trzeba było obiektywnie ustalić jej stopień.

Nawiązując ponownie do literatury amerykańskiej, należy przede wszystkim zwrócić uwagę na wypowiedzi G. Outki, który omawiał poszczególne koncepcje sprawiedliwości społecznej właśnie w kontekście równego dostępu do opieki zdrowotnej⁴⁸. Odnosząc się do reguły „każdemu według zalet lub zasług” wskazał na ich zasadniczą nieprzydatność do odegrania istotnej roli w ustalaniu zasad rządzących systemem opieki zdrowotnej, z uwagi na fakt, że „problemy zdrowotne wydają się nie podlegać ocenie z punktu widzenia zasług ze względu na to, że często pojawiają się całkowicie poza naszą kontrolą lub zdolnością ich przewidywania. (...) Jakkolwiek możemy utrzymywać, że cnoty i występki nie zależą od nieprzewidzianych kaprysów natury, musimy chyba jednak przyznać, że problemy zdrowotne owszem”. Odnosząc się do koncepcji „każdemu według społecznej użyteczności”, wskazał nie tylko na okoliczność, że życie przedstawia wartość nieporównywalną z innymi, a zatem i niepodlegającą negocjacji stawiającą wartość jednego człowieka przeciw drugiemu, lecz także, że sama próba oszacowania społecznej użyteczności jednostki musi być traktowana z najwyższym sceptycyzmem. Dostrzegł także, że potrzeby zdrowotne obywateli mają tendencję do mnożenia się w tym okresie życia, który zbiega się z przejściem na emeryturę, gdy produktywność tych osób spada. Odrzucił także możliwość zastosowania koncepcji „każdemu według wkładu w zaspokajanie potrzeb wyrażanych na otwartym rynku popytu i podaży” gdyż „zapotrzebowanie na leczenie może okazać się czynnikiem dominującym nad wolnością wyboru”⁴⁹. Odnosząc się z kolei do koncepcji „każdemu według potrzeb”, wskazał, za Ch. Perelmanem, że należy

⁴⁶ Z. Ziemiński, *Sprawiedliwość...*, s. 25. Wydaje się, że „potrzeby elementarne” można utożsamiać z postulowanym przez Ch. Frieda „akceptowalnym minimum”.

⁴⁷ Z. Ziemiński, *Sprawiedliwość...*, s. 25.

⁴⁸ G. Outka, *Social Justice and Equal Access to Health Care*, „The Journal of Religious Ethics” 1974/2(1), s. 11–32.

⁴⁹ Cyt. za: G. Outka, *Sprawiedliwość społeczna i równy dostęp do opieki zdrowotnej* [w:] *Antologia bioetyki*, t. 4, *Sprawiedliwość w medycynie*, cz. 1, red. W. Galewicz, Kraków 2015, s. 204–214.

ją zmodyfikować, ograniczając ją do potrzeb kluczowych/podstawowych⁵⁰, tak aby wyłączyć potrzeby subiektywnie odczuwane czy zwykłe życzenia, które „mogą obejmować jednostkowe preferencje, niezwiązane z wymogami przetrwania czy utrzymania się przez zdrowiu. Często też bywają sztucznie wytworzone przez zewnętrzne okoliczności⁵¹ czy wzrost ogólnego poziomu dobrobytu w społeczeństwie”⁵².

Mając jednak na względzie kwestie praktyczne, odwołał się do jeszcze jednej formuły: „każdemu tyle, co innym w podobnych okolicznościach”. Zauważył bowiem, że cel, jakim jest równy dostęp w miarę rzeczywistych potrzeb i bez barier finansowych do świadczeń opieki zdrowotnej, koliduje z realiami niedoboru zasobów medycznych oraz ogromem potrzeb, które okazują się nie do zaspokojenia. Wskazał, że w takiej sytuacji „sprawiedliwsze wydaje się dokonywanie klasyfikacji na podstawie chociażby rodzaju choroby, aniżeli dyskryminowanie pacjentów ze względu na zasobność ich portfela. I tak na przykład pierwszeństwa można by odmówić całej klasie osób dotkniętych pewną rzadką, niezaraźliwą chorobą, gdyby koszty ich leczenia miały być nadmiernie wysokie, szanse na powrót do zdrowia niewielkie, a wykluczenie to oznaczałoby przyznanie wyrównanych korzyści bardzo dużej liczbie innych potrzebujących”⁵³.

Odnosząc się do wypowiedzi G. Outki, J.F. Childress⁵⁴ wskazał, że zasady „każdemu według potrzeb” nie należy utożsamiać z zasadą równego dostępu. Równy dostęp może oznaczać dostęp do pewnego poziomu usług niewystarczającego do zaspokojenia potrzeb, adekwatna odpowiedź na potrzeby jest więc czymś innym niż zapewnienie równego dostępu do zasobów gwarantowanych przez społeczeństwo w celu zaspokajania owych potrzeb. Wskazał, że zaspokojenie potrzeb jest samo w sobie korzyścią, którą należy rozdzielać według jakichś przyjętych zasad, co oznacza, że zasada uwzględniania potrzeb jest logicznie odległa od zasady równości. Ta pierwsza wskazuje, które korzyści należy rozdzielić, natomiast względy równościowe określają, jak ten rozdział powinien przebiegać. Zarazem stwierdził: „równy dostęp wcale nie musi wykluczać racjonowania. Równość dostępu jest celem idealnym i autorytatywnym. Może on zostać naruszony lub podważony w niektórych sytuacjach, gdy zasoby są niewystarczające. Może się wręcz okazać konieczne racjonowanie opieki medycznej poprzez systemy kolejek, losowań lub wyłączenia z jej zakresu określonych grup chorób”. Dalej zauważył: „Wymóg traktowania każdego jako równego oznacza co najmniej tyle, że niczyje interesy nie powinny być pomijane w rozważaniach ani dowolnie naruszane z powodu przypadkowych czynników. Prawo do bycia traktowanym jako równy pociąga więc za sobą pewne gwarancje proceduralne⁵⁵ wyrażające zasadę sprawiedliwości”⁵⁶.

Na tym tle należy wskazać, że celem systemu opieki zdrowotnej, jako szczególnego systemu zabezpieczenia społecznego, jest asekurowanie obywateli przed skutkami ziszczenia się ryzyka niezdrowia, oznaczającymi konieczność poniesienia wydatków na świadczenia opieki zdrowotnej. W tym rozumieniu „potrzebą” – *de facto* zróżnicowaną z uwagi na zróżnicowaną sytuację materialną obywateli – jest już samo objęcie systemową ochroną, która w fazie gwarancyjnej

⁵⁰ Wydaje się, że „potrzeby kluczowe/podstawowe” można utożsamiać z „potrzebami elementarnymi”, o których pisał Z. Ziemiński, a także z postulowanym przez Ch. Frieda „akceptowalnym minimum”.

⁵¹ Por. w tym kontekście zjawisko tzw. marketingu strachu, wyraźnie widoczne w reklamach tzw. suplementów diety.

⁵² G. Outka, *Sprawiedliwość* ..., s. 215.

⁵³ G. Outka, *Sprawiedliwość* ..., s. 219.

⁵⁴ J.F. Childress, *A right to health care?*, „Journal of Medicine and Philosophy” 1979/4(2), s. 132–147.

⁵⁵ O proceduralnych gwarancjach „równości w dostępie do świadczeń” pisali przywołani już wcześniej M. Wiącek, J. Trzciński [w:] *Konstytucja*..., art. 68, pkt 14.

⁵⁶ Cyt. za: J.F. Childress, *Prawo do opieki zdrowotnej?* [w:] *Antologia bioetyki*, t. 4, *Sprawiedliwość w medycynie*, cz. 1, red. W. Galewicz, Kraków 2015, s. 243–262.

jest dla wszystkich beneficjentów systemu jednakowa. Konkretyzacja tej ochrony następuje dopiero w fazie realizacyjnej w kontekście zindywidualizowanej potrzeby zdrowotnej danego pacjenta. Świadczona wówczas opieka zdrowotna jest limitowana zakresem katalogu świadczeń gwarantowanych w systemie. Uzasadnieniem jest przy tym okoliczność, że – z uwagi na potrzebę sprawiedliwego rozdziału ograniczonych zasobów – w fazie realizacyjnej chodzi o zaspokojenie potrzeb kluczowych/podstawowych/elementarnych.

5. Podsumowanie

Reasumując, można stwierdzić, że ograniczenie zakresu ustawowej gwarancji w systemie opieki zdrowotnej jest uzasadnione wieloma okolicznościami. Po pierwsze, z redakcji art. 68 ust. 2 Konstytucji RP wynika, że priorytetem ustawodawcy jest równość dostępu do świadczeń gwarantowanych w systemie, a nie maksymalizacja zakresu przedmiotowego systemu opieki zdrowotnej. Ewentualne wyinterpretowywanie z tego przepisu poza normą programową także prawa podmiotowego nic w przedmiotowej kwestii nie zmienia: minimum obowiązku ustawodawcy pozostaje zapewnienie równego dostępu.

Niemniej nawet gdyby przepis ten był sformułowany inaczej, poprzestając na obowiązku władzy publicznej zapewnienia opieki zdrowotnej w ramach publicznego systemu, limitowanie zakresu ustawowej gwarancji znajdowałoby oparcie w ogólnych zasadach konstytucyjnych. Z ogólnej zasady równości wynika bowiem, że ograniczoność zasobów (nie tylko finansowych) nakazuje gwarantować w systemie tylko takie świadczenia, które mogą być spełnione na rzecz wszystkich potrzebujących: „dostępne dla wszystkich może być tylko to, co jest dostępne dla każdego”. Ponadto należy mieć na uwadze, że znajdujące oparcie w art. 2 Konstytucji RP reguły sprawiedliwej dystrybucji ograniczonych zasobów nakazują zaspokajanie w fazie realizacyjnej jedynie potrzeb kluczowych/podstawowych/elementarnych, nawet jeśli potrzeby te interpretowane będą relatywnie szeroko.

Abstract

The principle of equal access to healthcare benefits and the limitation of the scope of the statutory guarantee

The Polish healthcare system gives patients the right to a broad and comprehensive, albeit limited list of guaranteed benefits. This article addresses the axiological justification of this solution. The view is expressed in the literature that the justification is the principle of equal access to healthcare benefits enshrined in Article 68, para. 2 of the Constitution of the Republic of Poland, which constitutes the basis for interpreting the programme norm addressed to the legislator. Its resulting constitutional guideline is to make access to the benefits that are guaranteed in the system independent of the financial standing of the citizens, rather than to maximize the scope of the said healthcare system. In this light, an examination is required of whether the acknowledgement of Article 68, para. 2 of the Constitution of the Republic of Poland, as a source of personal rights, could justify citizens claiming benefits that are not encompassed by the statutory guarantees. Furthermore, assuming that Article 68, para. 2 of the Constitution of the Republic of Poland is reworded so that the task of the

public authorities would be to ensure ‘access to healthcare services’ within the public system, the matter of limiting the statutory guarantees will be discussed as a consequence of the limited resources in the light of the principle of equality and socially just distribution.

Keywords: principle of equal access to healthcare benefits, restriction of the scope of the statutory guarantee in the healthcare system, limited resources in the healthcare system, principles of social justice

Professor dr hab. Daniel Eryk Lach LL.M. (EUV) – Department of Labour Law and Social Law, Faculty of Law and Administration, Adam Mickiewicz University, Poznań, Poland; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6223-5356>

Bibliografia/References

- Bosek L. [w:] *Konstytucja RP*, t. 1, *Komentarz do art. 1–68*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016.
- Childress J.F., *A right to health care?*, „Journal of Medicine and Philosophy” 1979/4(2).
- Childress J.F., *Prawo do opieki zdrowotnej?* [w:] *Antologia bioetyki*, t. 4, *Sprawiedliwość w medycynie*, cz. 1, red. W. Galewicz, Kraków 2015.
- Florczak-Wątor M. [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. P. Tuleja, Warszawa 2023.
- Fried Ch., *Equality and rights in medical care*, „Hastings Center Report” 1976/1(6).
- Fried Ch., *Równość i prawa w opiece zdrowotnej* [w:] *Antologia bioetyki*, t. 4, *Sprawiedliwość w medycynie*, cz. 1, red. W. Galewicz, Kraków 2015.
- Garlicki L., *Wolności i prawa jednostki w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku. Bilans pięciu lat* [w:] *Pięć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Materiały z konferencji na Zamku Królewskim w Warszawie, 17 października 2002*, red. H. Jerzmański, Warszawa 2002.
- Gizbert-Studnicki T., Grabowski A., *Normy programowe w Konstytucji* [w:] *Charakter i struktura norm Konstytucji*, red. J. Trzciński, Warszawa 1997.
- Huster S., *Sprawiedliwość (społeczna) w niemieckim ustawowym ubezpieczeniu zdrowotnym* [w:] *Konstytucyjnoprawne wytyczne dla konstruowania systemów opieki zdrowotnej w Niemczech i w Polsce*, red. D.E. Lach, Kraków 2016.
- Jackowiak C., *Glosa do orzeczenia TK z dnia 29 stycznia 1992 r., K 15/91, „Państwo i Prawo” 1993/2.*
- Jończyk J., *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kraków 2001.
- Lach D.E., *Kilka uwag o (nie)konstytucyjności „składki” zdrowotnej po „Polskim Ładzie”*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2024/7.
- Lach D.E., *Komercjalizacja SPZOZ-ów a obowiązki władzy publicznej w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, cz. 1, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2012/9.
- Lach D.E., *Rationierung in der Gesundheitsversorgung. Beispiel aus dem Nachbarland*, *Gesundheitsrecht*. blog 2024/38, <https://gesundheitsrecht.blog/rationierung-gesundheitsversorgung-polen/> (dostęp: 1.10.2025 r.).
- Lach D.E., *Udzielanie i finansowanie terapii spoza katalogu świadczeń gwarantowanych w niemieckim ubezpieczeniu zdrowotnym*, „Diametros. A Journal of Philosophy” 2024/81.
- Lach D.E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011.
- Lach D.E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej* [w:] *Konstytucyjnoprawne wytyczne dla konstruowania systemów opieki zdrowotnej w Niemczech i w Polsce*, red. D.E. Lach, Kraków 2016.

- Lach D.E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej* [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 3, *Organizacja systemu ochrony zdrowia*, red. D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz, Warszawa 2020.
- Nowacki J., *Sprawiedliwość a równość w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego* [w:] *W kręgu zagadnień konstytucyjnych. Profesorowi Eugeniuszowi Zwierzchowskiemu w darze*, red. M. Kudej, Katowice 1999.
- OECD/European Commission, *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, Paris 2024.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, *Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2023, State of Health in the EU*, Brussels 2023, https://www.oecd.org/pl/publications/polska-profil-systemu-ochrony-zdrowia-2023_b12d3d03-pl.html (dostęp: 25.05.2025 r.).
- Outka G., *Social Justice and Equal Access to Health Care*, „The Journal of Religious Ethics” 1974/2(1).
- Outka G., *Sprawiedliwość społeczna i równy dostęp do opieki zdrowotnej* [w:] *Antologia bioetyki*, t. 4, *Sprawiedliwość w medycynie*, cz. 1, red. W. Galewicz, Kraków 2015.
- Perelman C., *O sprawiedliwości*, Warszawa 1959.
- Sadurski W., *Teoria sprawiedliwości. Podstawowe zagadnienia*, Warszawa 1988.
- Sarnecki P., *Normy programowe w Konstytucji i odpowiadające im wolności obywatelskie* [w:] *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, red. L. Garlicki, A. Szmyt, Warszawa 2003.
- Trzciński J., *Konstytucyjne prawo do zdrowia na tle art. 35 Karty Podstawowych Praw Unii Europejskiej* [w:] *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, red. L. Garlicki, A. Szmyt, Warszawa 2003.
- Wiącek M., Trzciński J. [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. 2, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016.
- Ziemiński Z., *Sprawiedliwość społeczna jako pojęcie prawne*, Warszawa 1996.