

KPP

MONOGRAFIE

**Państwo dobrze urządzone.
Aspekty etyczne i prawne
bezpieczeństwa
zdrowotnego społeczeństwa**

Redakcja naukowa:

*Dr Jacek Zieliński
Dr Agata Opalska
Mgr Marta Piątek*

Olsztyn 2017

Redakcja naukowa działu:

dr Robert Dziembowski
dr Magda Dziembowska
dr Wojciech Kasprzak

Komitety redakcyjne:

mgr Natalia Kulbacka - Burakiewicz
Aleksandra Kojadyńska
Elżbieta Roszkowska
Monika Piekarska

Recenzenci:

dr hab. Piotr Krajewski, prof. UWM
dr hab. Jerzy Nikołajew, prof. UO

Projekt okładki:

dr Agata Opalska

Skład:

Elżbieta Roszkowska

Korekta autorska.

Kortowski Przegląd Prawniczy Monografie (KPP Monografie)

ISBN: 978-83-65992-03-1

Spis treści

Łukasz Hećman

Realizacja zadań władz publicznych w zakresie rehabilitacji osób niepełnosprawnych na podstawie
wybranych przykładów i sytuacji życiowej osób pobierających rentę socjalną.....4

Adam Stankiewicz

Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli Rzeczypospolitej Polskiej zagwarantowane prawnie a
faktyczne odczuwanie bezpieczeństwa zdrowotnego oraz możliwości jego polepszenia.....12

Radosław Pietrzak

Zdrowie matki i życie dziecka w świetle projektu nowej ustawy aborcyjnej.....23

Paweł Zakrzewski

Opieka nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą w okresie międzywojennym. Projekt ustawy
Ministerstwa Opieki Społecznej z roku 1936
.....29

Karolina Rzeczkowska

Prawno-organizacyjne aspekty transplantacji komórek macierzystych.....39

Hubert Thomas

Rola i działania Unii Europejskiej na rzecz ochrony zdrowia.....45

Julita Przeradzka

Zagadnienie odpowiedzialności karnej lekarza na gruncie polskich regulacji prawnych – wybrane
aspekty.....52

Michał Grzeszczyk

Regresowa odpowiedzialność materialna lekarza etatowego za błędy medyczne.....59

Mirosław Borkowski

Pacjent (konsument) i jego miejsce w systemie bezpieczeństwa zdrowotnego.....73

Adrian Świątkiewicz

Problemy alkoholowe – przyczyny, skutki i zapobieganie.....81

Przemysław Rusinowski

Bezpieczeństwo zdrowotne w świetle polskiej ustawy zasadniczej.....89

Jacek Zieliński

Ideologie(w służbie ?) zdrowia.....96

Hubert Skierkowski

Jedność, tożsamość, czy też rozdzielnosc prawnych pojęć „ochrona zdrowia” i „ochrona życia” w świetle rozstrzygnięć etycznych.....103

Jakub Werner

Ochrona zdrowia publicznego jako korelat bezpieczeństwa państwa. Analiza niektórych zakresów zagadnienia.....109

Adrian Wiczorkiewicz

Primum non nocere – odpowiedzialność za błędy w sztuce lekarskiej.....118

WSTĘP

Podjęte wcześniej Ogólnopolskie Seminarium Naukowe „Państwo dobrze urządzone” - 19 listopada 2015 r., zrealizowane zostało staraniem Katedry Filozofii i Polityki Prawa Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Gdańskiej Szkoły Wyższej oraz Koła Naukowego Etyki Prawniczej przy UWM w Olsztynie. Podjęte rozważania o państwie dobrze urządzonym, zapowiadały ich kontynuację. Wskazywany zakres zainteresowania w obrębie podstawowego tematu, to bezpieczeństwo zdrowotne, intelektualne, gospodarcze oraz wykluczenia państwa liberalnego.

Dzięki pomocy sponsorskiej samorządowców Miasta Kętrzyn, właścicieli Drukarni Niestępscy, pomocy Burmistrza Kętrzyna – Krzysztofa Hećmana, możliwa jest kontynuacja działań. Seminarium Naukowe odbyło się 11 maja 2016 r. w Centrum Konferencyjnym UWM w Olsztynie. Zostało otoczone patronatem Wojewody Warmińsko-Mazurskiego. Gościliśmy Jego przedstawicieli: Panią Annę Krakowińską – Dyrektora Wydziału Zdrowia UW w Olsztynie oraz Pana Krzysztofa Kuriatę – Dyrektora Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego UW w Olsztynie oraz lekarzy: dr Anna i Marek Sova z Olsztynka. Obecny był także Burmistrz Kętrzyna – Krzysztof Hećman. Wszystkim wymienionym osobom dziękujemy za przedstawienie problematyki podjętej w trakcie trwania Seminarium. Prelekcje, prowokujące obecnych do długich dyskusji, wygłosiło 15 osób.

W Komitecie Naukowym zasiadli: dr hab. Przemysław Dąbrowski, prof. UWM i prodziekan Wydziału Prawa i Administracji, dr hab. Piotr Krajewski, prof. UWM, dr hab. Zdzisława Kobylińska, prof. UWM.

Intuicja myślicieli rozważających o podstawach istnienia i funkcjonowania państwa skupiona była na elemencie zapewnienia bezpieczeństwa jednostkom wchodzącym w obręb społeczeństwa. To był właściwy *spiritus movens* decyzji o częściowej rezygnacji z osobowej suwerenności obywatela na rzecz wspólnoty. Ten swoisty, niepisany kontrakt społeczny stał u podstaw tworzenia wspólnot państwowych. Odpowiedzialność i realizowanie wzajemnego układu winny być mechanizmem automatycznym, nie zaś wymuszonym aktem łaski ze strony rządzących. W skomercjalizowanej demokracji nie wydaje się to jednak takie pewne.

Żyjąc w świecie przemodelowywanym według racjonalnych i oświeceniowych norm, społeczeństwo staje się coraz bardziej pogubioną masą, aniżeli połączeniem wolnych jednostek dążących do obiecywanego szczęścia (J. Ortega y'Gasset). Wyznacznikami pojęcia bezpieczeństwa są brak zagrożenia i poczucie pewności, ale tych właśnie czynników dobrostanu obecnie brakuje najbardziej. Istota problemu władzy polega na słusznym zapewnieniu bezpieczeństwa społeczeństwu lub, jako fałszywa alternatywa, na dawaniu fikcji bezpieczeństwa. Niestety sfera bezpieczeństwa nie jest jakimś stanem w pełni weryfikowalnym i statycznym, bo jest nim zarówno odczuwanie bezpieczeństwa, ale są nimi także działania podejmowane w celu zapewnienia bezpieczeństwa.

Dlatego Ulrich Beck mówi o „społeczeństwie ryzyka” jako stałej kondycji człowieka obecnych czasów. Zygmunt Bauman dodaje, że „Świat staje się nieprzewidywalny i coraz bardziej kurczy się sfera bezpieczeństwa”. W konkretnej sytuacji Polski mamy do czynienia z epatowaniem społeczeństwa ideologią neoliberalną w ekonomii i zarazem ideologią lewicową w sferze obyczajowości, polanymi sosem wolnościowym. Dlatego wciąż jest tak jak kiedyś bywało, że władza swoje mżonki ideologiczne sący zbiedzonemu społeczeństwu, a naród na swój koszt tworzy po raz kolejny życie od podstaw. Zbyt mało troski i dbałości o człowieka dostrzec można w działaniu tzw. elit społecznych. Definityjne określenia bezpieczeństwa skupiają się na wskazywaniu stanu psychicznego lub prawnego jednostki, która gubi strach przed rzeczywistością, mając oparcie i poczucie pewności w innych osobach lub sprawnym systemie

prawnym i społecznym. Trzeba mieć również świadomość, że w sferze publicznej brak bezpieczeństwa rodzi strach, frustrację, a nawet agresję. Może dlatego tak ważne są medialne próby trywializowania sytuacji zagrażających jakości życia i przedstawianie „świata równoległego” (choćby w formie filmów o życiu bogatych elit skierowanych do mas łaknących dóbr wszelkich).

Dla Michela Foucaulta, poszukującego odpowiedzi na pytanie o władztwo, władzą jest posiadanie wiedzy. Jednak władza generuje iluzje i ułudę, zarządza myśleniem. Człowiek nie jest przez nią dostrzegany jako jednostka, lecz jako „populacja”. Oto niby racjonalne i empiryczne podejście, a tak naprawdę jest to jedynie technika rządzenia. Urządzanie bezpieczeństwa populacji nie polega już na wymuszaniu posłuszeństwa, lecz odpowiedniemu sterowaniu pragnieniami i zachowaniami. Pojęcie „biopolityka” wprowadzone przez Foucault ukazuje, że dokonuje się nie tylko zarządzanie aspektami biologicznymi życia, lecz także funkcjonowanie moralno-polityczne obywateli jest kontrolowane i sterowane. Foucault jest przeciwnikiem neoliberalnych technik rządzenia, bo obecnie odczarowano świat, pokazując, że równości nie ma i być nie może, ale pozostawiono jako wciąż aktualny postulat konieczność wytężonej pracy. A władza wie lepiej, co należy dać obywatelowi. Jednocześnie władza, która winna posiadać autorytet - nie wzbudza zaufania. Mówi o naukowo wyliczonych normach, a ma na myśli swoje ideologiczne obsesje. Brakuje ekologii życia, brakuje szacunku do jednostki i jej wolności, przejrzystości działań władzy; mankamentem sprawowania władzy jest też konfliktowanie problemów społecznych. Wprowadzone rozwarstwienie społeczne releguje poczucie równego statusu wszystkich obywateli, nie budując zaufania społecznego. Podstawą techniki rządzenia jest zarządzanie pragnieniami jednostki i populacji. Jednostka poddaje się samokontroli, „uwłasnowalnia”, dyscyplinując się według wymagania i projektu władzy. Nie jest wówczas potrzebny nadzór, lecz uświadomiony proces samokontroli. Ten „synoptyzm” społeczny, nadzór bez nadzoru, zmusza jednostki do samoodowiedzialności, uwalniając państwo od podjętych zobowiązań wobec obywateli. Społeczeństwo coraz bardziej autorefleksyjnie dostrzega znaczenie dbałości o własne zdrowie w skomercjalizowanym otoczeniu.

Sporokowano zaniedbania w funkcjonowaniu służby zdrowia i taką jej ekonomizację, że powoduje zagrożenie podstawowych praw człowieka do życia i do jakości życia. Wprowadza się do dyskursu o życiu takie argumenty, które powodują brak szacunku do samego życia. Połączenie neoliberalnej i lewicowej wrażliwości w jeden aparat zarządzania społeczeństwem, jest coraz bardziej odczuwany jako zagrożenie podstawowych praw człowieka. Ujawniają się braki w zakresie standardów ochrony zdrowia dzieci i pracowników. Stan pomocy geriatrycznej w stosunku do potrzeb nie jest zadowalający. Nadto produkcja zdrowej żywności i niemodyfikowanej genetycznie, przy usilnych zapewnieniach władzy, jest przynajmniej fikcją. Siła korporacji handlujących zdrowiem i życiem naszych obywateli jest zbyt duża nawet w stosunku do uginających się pod ich presją polityków. Nadto, nieuzasadnione ataki na środowiska lekarskie, nie wskazując, że w brakach systemowych leży wina, powoduje rozbitcie społeczne. Problemów, które nurtują obywateli oraz dążących do zmian odpowiedzialnych polityków jest sporo. Dlatego podstawowy czynnik budowania jakości życia – Zaufanie – jest zbyt często fikcją i prowadzi do dewaluacji podstawowych wartości społecznych. Przeciwno takim praktykom opowiadał się między innymi wspomniany Foucault. I takie mamy oświecone i oświeceniowe mżonki.

Jacek Zieliński podjął zagadnienie wpływu ideologii na troskę rządzących o stan zdrowia społecznego. Krytyk ideologii neoliberalnej, Michel Foucault, wskazuje, że władza patrzy na obywatela jak na populację, którą można wadliwym uśrednieniem skrzywdzić. Nie służba zdrowia, lecz mechanizmy systemu są szkodliwe dla społeczeństwa. Tytuł referatu „Ideologie (w służbie?) zdrowia”.

Przemysław Rusinowski i Hubert Skierkowski w referacie „Jedność, tożsamość, czy też rozdzielność

prawnych pojęć „ochrona zdrowia” i „ochrona życia” w świetle rozstrzygnięć etycznych” stara się umiejscowić obowiązek państwa w hierarchii dóbr i praw podstawowych człowieka.

Przemysław Rusinowski, podobnie jak poprzednik, czyni to w odniesieniu do praw konstytucyjnych RP. Zagadnienie przedstawił w referacie „Bezpieczeństwo zdrowotne w świetle polskiej ustawy zasadniczej”.

Referent Thomas Hubert skierował się ku wskazaniu mechanizmów prawnych funkcjonujących w Unii Europejskiej, która służy ochronie praw jednostkowych do zdrowia. Dokonał tego w referacie „Rola i działania Unii Europejskiej na rzecz ochrony zdrowia”.

Celem referatu Jakuba Wernera było wykazanie, że ochrona zdrowia społeczeństwa jest istotnym składnikiem szerszej koncepcji bezpieczeństwa państwa. Mówił o tym w referacie „Ochrona zdrowia publicznego jako korelat bezpieczeństwa państwa. Analiza niektórych zakresów zagadnienia”.

Łukasz Hećman podjął się opracowania obowiązujących na terenie RP aktów prawnych, określających obowiązki państwa wobec osób niepełnosprawnych (ON), a także wskazanie założeń i zadań postawionych przed władzami publicznymi w zakresie rehabilitacji. Konfrontacja obowiązków, nałożonych na władze publiczne z ustawą zasadniczą oraz innymi aktami prawnym oraz z realiami realizacji tych zadań, niekoniecznie napawa optymizmem.

W kolejnych referatach prelegenci podjęli się opracowania szczegółowych zagadnień dotyczących prawa do zdrowia. Radosław Pietrzak zatrzymał się nad zagadnieniem prawa kobiety do zdrowia w kontekście aborcji; referat „Zdrowie matki i życie dziecka w świetle projektu nowej ustawy aborcyjnej” stara się przedstawić dylematy z tym związane. Paweł Śmiałek przedstawił referat „Charakter normatywny przepisu art. 68 Konstytucji RP- źródło prawa publicznego czy norma programowa?”. Adrian Świątkiewicz w zaangażowany sposób zobrazował problematykę alkoholizmu w referacie „Problemy alkoholowe – przyczyny, skutki i zapobieganie”. Adrian Wiczorkiewicz w referacie „Primum non nocere – odpowiedzialność za błędy w sztuce lekarskiej”, a Julita Przeradzka w referacie „Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych” zwrócili się deontologii lekarskiej na styku z prawem. Mateusz Tubisz natomiast podjął się opracowania zagadnienia wyrażonego tytułem referatu „Transplantacja narządów w świetle polskiego prawa”. Zagadnieniami historycznymi kształtowania się prawa polskiego zajął się Paweł Zakrzewski „Opieka nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą w okresie międzywojennym. Projekt ustawy Ministerstwa Opieki Społecznej z roku 1936”. Milena Powirska opracowała problematykę „Dopuszczalność zatrudnienia dziecka”. Adam Stankiewicz ze znanstwem problemu przedstawił referat „Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli Rzeczypospolitej Polskiej zagwarantowane prawnie, a faktyczne odczuwanie bezpieczeństwa zdrowotnego oraz możliwości jego polepszenia”. Referat ten służy podsumowaniu rozważań nad bezpieczeństwem zdrowotnym społeczeństwa polskiego.

Olsztyn, 11 maja 2016 r.

Łukasz Hećman

Wydział Prawa i Administracji

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

REALIZACJA ZADAŃ WŁADZ PUBLICZNYCH W ZAKRESIE REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH NA PODSTAWIE WYBRANYCH PRZYKŁADÓW I SYTUACJI ŻYCIOWEJ OSÓB POBIERAJĄCYCH RENTĘ SOCJALNĄ

Wstęp

Dzień Walki z Dyskryminacją Osób Niepełnosprawnych obchodzony jest corocznie w całej Europie w dniu 05 maja. Ów święto swój początek datuje na pierwsze lata 90. XX wieku, a matką była oczywiście, historycznie tolerancyjna Francja. W podobnym okresie, Zgromadzenie Ogólne ONZ, kończąc Dekadę Osób Niepełnosprawnych (1983-1992), rezolucją A/RES/47/3 ustanowiło, corocznie przypadający na dzień 3 grudnia, Międzynarodowy Dzień Osób Niepełnosprawnych¹. Zarówno w jednym, jak i drugim przypadku, cel ustanowienia święta był ten sam – podniesienie świadomości społecznej, uczulenie na problemy dotyczące osób niepełnosprawnych (ON²) oraz sprzeciw wobec dyskryminacji tych osób w różnych aspektach życia codziennego czy zawodowego. Podobne cele przyświecały również wspomnianej już Dekadzie Osób Niepełnosprawnych, a czas ten miał także za zadanie zwiększyć optykę krajów członkowskich ONZ na potrzeby ON, zachęcić do wdrażania rozwiązań i mechanizmów pozwalających wyrównywać szanse niepełnosprawnych w społeczeństwie³.

Z perspektywy czasu wydaje się, że apele i nagłaśnianie tematu odniosły pozytywny skutek, a władze rozwijających się państw należących do Organizacji Narodów Zjednoczonych coraz częściej zaczęły pochylać się nad tematem. Oczywiście otwarcie się na temat niepełnosprawności nie oznaczało automatycznie diametralnej zmiany w warunkach życia ON, ale swoistego rodzaju presja ONZ-tu, została odzwierciedlona na początek w zmianach zachodzących w obowiązujących przepisach prawa.

Czy jednak same zmiany w prawie są zabiegiem wystarczającym? Oczywiście nie, gdyż omawiana materia jest niezwykle delikatna i wymagająca. Bez mądrego i racjonalnego konstruowania prawa, wielu konsultacji społecznych, bezwzględnego egzekwowania istniejących zapisów oraz odrobiny zrozumienia i empatycznego podejścia do tematu niepełnosprawności, trudno jest stworzyć system prawny sprawnie działający i faktycznie ułatwiający życie ludziom niepełnosprawnym.

Definicja niepełnosprawności oraz rehabilitacji osób niepełnosprawnych

Niepełnosprawność jako termin jest określeniem dość nowym, bo użyty prawdopodobnie po raz pierwszy w połowie XX wieku w Anglii. Obecnie pojęcie to jest definiowane bardzo różnie i brak jest jednego obowiązującego określenia. Sposób jego formułowania jest przede wszystkim zależny to od materii, w której miałyby zaistnieć owa definicja.

¹Obchody ustanowione przez ONZ. http://www.unic.un.org.pl/konf_obchody/obchody.php#niepelnosprawni1 (06.05.2016 r.)

²ON – termin używany w dalszej części jako skrót określający osobę niepełnosprawną.

³Rezolucja A/RES/47/88 <http://www.un.org/documents/ga/res/47/a47r088.htm> [dostęp: 06.05.2016 r.].

Jednym z najczęściej przyjmowanych form tego pojęcia na świecie, jako terminu w sensie ogólnym, jest dość szeroka definicja przygotowana przez WHO czyli Światową Organizację Zdrowia. WHO starając się ubrać hasło „niepełnosprawności” w ramy definicji, postanowiła określić ten termin jako:

„• każdą utratę sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym;

• każde ograniczenie bądź niemożność (wynikające z niesprawności) prowadzenia aktywnego życia w sposób lub w zakresie uznawanym za typowe dla człowieka;

• ograniczenie lub brak możliwości pełnienia roli społecznej odpowiadającej wiekowi, płci oraz zgodnej ze społecznymi i kulturowymi uwarunkowaniami”.

W Polskim systemie prawnym, niepełnosprawność najczęściej definiowana jest w oparciu o ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych⁴ (dalej ustawa o rehabilitacji) i „oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy”⁵. Ustawa rozróżnia także trzy stopnie niepełnosprawności – lekki, umiarkowany i znaczny, przy czym każde z w/w opiera się głównie o kryterium możliwości i zakresu wykonywania pracy. W tym miejscu jednak, dochodzimy do, niepotrzebnego jak się wydaje, dublowania kompetencji przez różne podmioty. Mimo wspomnianego kryterium niezdolności do pracy, orzeczenia o niepełnosprawności wydawane przez powołane ustawą o rehabilitacji Powiatowe Zespoły do spraw Orzekania o Niepełnosprawności, nie mogą stanowić podstawę do ubiegania się o świadczenia rentowe z tytułu niezdolności do pracy. Tego typu orzeczenie może wydać jedynie lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Niezależność obu instytucji prowadzi czasem do kuriozalnych sytuacji, w których oba organy orzekają różny stopień niepełnosprawności (niższy w przypadku orzeczenia ZUS), powodując dezorientację ON i dodatkowo komplikując jej sytuację. Trudno w tych okolicznościach wyzbyć się wrażenia, że faktyczny zakres niepełnosprawności jest celowo zaniżany ze względów ekonomicznych, gdyż za wyższym stopniem niepełnosprawności idą wyższe świadczenia.

Nieco inaczej termin „niepełnosprawność” określa Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych⁶, którą rząd Polski podpisał 20 marca 2007 r., a ratyfikacja nastąpiła 6 września 2012 r., „uznając, że niepełnosprawność jest pojęciem ewoluującym i że niepełnosprawność wynika z interakcji między osobami z dysfunkcjami a barierami wynikającymi z postaw ludzkich i środowiskowymi, które utrudniają tym osobom pełny i skuteczny udział w życiu społeczeństwa, na zasadzie równości z innymi osobami”⁷. Na marginesie warto zauważyć, że treść tego zapisu koresponduje z bardzo ciekawym pojęciem, szerzej traktującym niepełnosprawność – modelem niepełnosprawności społecznej. Pojęcie niepełnosprawności społeczna jako kryterium wyróżnienia, przyjmuje warunki jakie są zapewniane osobom niepełnosprawnym przez ogół społeczeństwa i państwa. W myśl tego terminu, niepełnosprawną staje się osoba, która np. poruszając się na wózku inwalidzkim, z powodu barier architektonicznych nie może dostać się do lokalu użytkowego. Jeśli lokal byłby przystosowany, osoba poruszająca się wózkiem nie spełniałaby definicji niepełnosprawnej. Jest to dość kontrowersyjna interpretacja, aczkolwiek bardzo ciekawa zarazem z punktu widzenia badawczego jak i społecznego.

Równie ważnym terminem co sama „niepełnosprawność”, funkcjonującym w omawianym temacie i

⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776).

⁵ Ibidem, art. 1 pkt.10 .

⁶ Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz.U. 2012 poz. 1169).

⁷ Ibidem, Preambuła pkt. (e).

mającym dla niego niebagatelne znaczenie⁸, jest pojęcie rehabilitacji osób niepełnosprawnych.

Termin rehabilitacji, używany w kontekście osób niepełnosprawnych, kojarzony jest przede wszystkim z procesem leczenia *stricte* medycznym. Tymczasem przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej stanowi składową hasła rehabilitacji leczniczej, a więc jednego tylko z aspektów rehabilitacji ON. Rehabilitacja osób niepełnosprawnych natomiast jest pojęciem szerszym i wydaje się, niebędącym pełnym bez wszystkich swoich składowych. W myśl art. 7 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych rehabilitacja osób niepełnosprawnych „oznacza zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych, zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym uczestnictwie tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej⁹”. Zatem w obrębie definicji rehabilitacji mamy do czynienia z kilkoma jej rodzajami/płaszczyznami – społeczną, leczniczą i zawodową.

O ile rehabilitacja lecznicza podobnie jak zawodowa, budzą już w tym momencie prawidłowe skojarzenia, o tyle wydaje się, że rehabilitacja społeczna wymaga jednak bliższego wyjaśnienia. Aby wskazać definicję rehabilitacji społecznej, ponownie należy odwołać się o ustawy o rehabilitacji. Art. 9 określa ją jako mającą za zadanie umożliwić ON pełne uczestnictwo w życiu społecznym. A środkami do osiągnięcia tego celu mają być między innymi:

- 1) „wyrabianie zaradności osobistej i pobudzanie aktywności społecznej osoby niepełnosprawnej;
- 2) wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych;
- 3) likwidację barier, w szczególności architektonicznych, urbanistycznych, transportowych, technicznych, w komunikowaniu się i dostępie do informacji;
- 4) kształtowanie w społeczeństwie właściwych postaw i zachowań sprzyjających integracji z osobami niepełnosprawnymi¹⁰.”

Tak więc rehabilitacja społeczna to nic innego jak dążenie do swoistego przywrócenia osoby niepełnosprawnej na łono społeczeństwa, by stała się jego wartościową i pełnoprawną częścią. Odpowiednie działania na wszystkich trzech płaszczyznach rehabilitacji osoby niepełnosprawnej, a więc umożliwianie jej godnej egzystencji przy jednoczesnym pobudzaniu do działania, zarówno na polu poprawy zdrowia, aktywizacji zawodowej jak i otwarcia na komunikację społeczną, powinny przynosić zamierzone efekty.

Prawo a niepełnosprawność

Zwrócenie większej uwagi na problemy z jakimi borykają się osoby niepełnosprawne, m.in. poprzez ustanowienie wspomnianej już Dekady Osób Niepełnosprawnych czy Międzynarodowego Dnia Osób Niepełnosprawnych, znalazło swoje odzwierciedlenie w prawodawstwie wielu krajów. W niektórych, w tym również Polski, na najwyższym poziomie, a więc ustawy zasadniczej. Dla przykładu, w Rozdziale II obowiązującej Konstytucja Rumunii, zatytułowanym Podstawowe Prawa i Wolności, w artykule 46 znajdziemy następujący zapis *„Osoby niepełnosprawne korzystają ze szczególnej opieki. Państwo zapewnia realizację ogólnokrajowej polityki zapobiegania, leczenia, readaptacji, nauczania, szkolenia oraz społecznej integracji osób niepełnosprawnych, z jednoczesnym dochowaniem praw oraz obowiązków przypadających ich rodzicom i opiekunom¹¹”*. W Konstytucji Słowenii natomiast, w Rozdziale II – Prawa Człowiek i

⁸ Chociażby w celu, by dobrze zrozumieć i zinterpretować zadania i cele do realizacji stawiane państwom przez prawo i organizacje światowe.

⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji...

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ Konstytucja Rumunii z dnia 21 listopada 1991 r. w tłum. A. Cosma. Warszawa, Wydawnictwo Sejmowe 1996

Podstawowe Wolności – nieco bardziej rozbudowany zapis art. 52 „*Osobom niepełnosprawnym zapewnia się, zgodnie z ustawą, zabezpieczenie egzystencji i przysposobienie do pracy.*

Dzieci dotknięte upośledzeniem fizycznym lub umysłowym oraz inne poważnie upośledzone osoby mają prawo do nauki i przysposobienia do prowadzenia czynnego życia społecznego.

Kształcenie i przysposabianie, o których mowa w poprzednim ustępie, są finansowane ze środków publicznych¹²”.

W Polsce ustawa zasadnicza, wprost do osób niepełnosprawnych odwołuje się, podobnie jak przywołane powyżej akty, w Rozdziale II dotyczący wolności i praw - Wolności, Prawa i Obowiązki Człowieka i Obywatela. W art. 69 czytamy następujący zapis „*Osobom niepełnosprawnym władze publiczne udzielają, zgodnie z ustawą, pomocy w zabezpieczaniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej¹³”.* Oczywiście nie jest to jedyny zapis Konstytucji, który wspomina o osobach niepełnosprawnych bezpośrednio¹⁴ czy dotyczy ich pośrednio¹⁵. Jednakże z punktu widzenia niniejszej publikacji i konstrukcji zapisu (odwołania się jedynie do osób z niepełnosprawnością) jest on kluczowy. Wydaje się, iż dość spory stopień ogólności przepisu, wskazuje w ten sposób na kilka, a może i wszystkie płaszczyzny funkcjonowania niepełnosprawnej jednostki. Jest to tzw. przepis programowy¹⁶, który w swej treści ma na celu nakreślenie zadań państwa, z drugiej zaś strony zawiera delegację ustawową i wskazanie, iż realizacja postanowień przywołanego zapisu, zostanie określona bardziej szczegółowo w innych, konkretnych aktach prawnych.

Wspominając o innych aktach prawnych, ważnych z punktu widzenia osób niepełnosprawnych należy wymienić ustawę o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych¹⁷, a także o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych¹⁸ czy o pomocy społecznej¹⁹, zawierające konkretne formy realizacji postulatów zawartych w Konstytucji. Nie bez znaczenia są też, wymieniona już Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych²⁰, która za swój podstawowy cel uznała wywieranie swoistej, pozytywnej formy nacisku na sygnatariuszy Konwencji i zobowiązanie ich do zapewnienia ON ochrony i równego korzystania z praw człowieka oraz podstawowych wolności na równi z innymi obywatelami czy Karta Praw Osób Niepełnosprawnych²¹ (KPON) ustanowiona uchwałą Sejmu RP. KPON jest również, podobnie jak art. 69 Konstytucji RP normą programową. Oznacza to, iż w swej treści wyraża ogólne kierunki i zadania, które powinny zostać zrealizowane. W Karcie znajdziemy wezwanie „Rządu Rzeczypospolitej Polskiej i władz samorządowych do podjęcia działań ukierunkowanych na urzeczywistnienie” praw określonych konstytucyjnie (m.in. zapisach art. 30, 32, 67, 68 czy właśnie 69), a także w Deklaracji Praw Człowieka czy Standardowych Zasad Wyrównania Szans Osób Niepełnosprawnych²². W omawianej materii, aby mieć pełniejszy obraz warto wspomnieć, iż temat niepełnosprawności jest też coraz częściej przedmiotem rezolucji Rady Europy bądź Dyrektyw wydawanych

<http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/konst/rumunia.html> [dostęp: 06.05.2016 r.].

¹² Konstytucja Republiki Słowenii w tłum. P. Winczorek, M.T. Wójcik, Warszawa, Wydawnictwo Sejmowe, 1994
<http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/konst/slowenia-2.html> [dostęp: 06.05.2016 r.].

¹³ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483).

¹⁴ *Ibidem*, Art. 68.

¹⁵ *Ibidem*, Art. 30,32.

¹⁶ P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, wyd. 2, Wydawnictwo Liber 2008.

¹⁷ *Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji...*

¹⁸ *Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych* (Dz.U. 1998 nr 162 poz.1118).

¹⁹ *Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* (Dz.U. 2004 nr 64 poz.593).

²⁰ *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych...*

²¹ *Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. - Karta Praw Osób Niepełnosprawnych* (M.P. 1997 nr 50 poz.475).

²² *Ibidem*, Par. 2.

przez Parlament Europejski i Radę Unii Europejskiej.

Przywołane akty prawne mają w swym założeniu budować w osobie niepełnosprawnej poczucie bezpieczeństwa, a także stworzyć jej faktyczne warunki adaptacyjne do życia w społeczeństwie oraz do samorealizacji, przy jednoczesnym niedyskryminowaniu na żadnej z życiowych płaszczyzn.

Realia realizacja zadań państwa – wybrane uwagi krytyczne de lege lata

Podobnie często jak w innych aspektach życia społeczeństwa, tak w budowaniu bezpieczeństwa i realizacji postawionych przed władzą zadań w zakresie pomocy osobom niepełnosprawnym zdarza się, iż poziom wyidealizowanych zapisów ustawowych, nijak ma się do realiów i możliwości ich realizacji. Bardzo często fakt ten wynika także ze zbyt rzadkich lub pobieżnych konsultacji społecznych oraz braku zrozumienia faktycznych potrzeb i oczekiwań, bądź co bądź, dość specyficznej grupy społecznej.

W dalszej części opracowania, na przykładzie osoby pobierającej świadczenie w postaci renty socjalnej przywołane zostaną sytuacje, które niestety mogą wskazywać, iż mimo zapisów ustawowych w teorii realizujących postawione przed władzami państwowymi zadania, w konfrontacji z realiami życia, tworzą nie zabezpieczenie potrzeb osób niepełnosprawnych a raczej budują fikcję poczucia bezpieczeństwa.

Renta socjalna

Renta socjalna jest w wielu przypadkach jedynym źródłem utrzymania osoby niepełnosprawnej. Przysługuje osobie, która jest pełnoletnia oraz całkowicie niezdolna do pracy z powodu naruszenia sprawności organizmu, a owo naruszenie nastąpiło przed ukończeniem 18 roku życia bądź w trakcie nauki w szkole (przed ukończeniem 25 roku życia)²³. Katalog osób wyłączonych z możliwości otrzymywania omawianego świadczenia jest także wskazany w ustawie. W tym miejscu warto zaznaczyć, iż „całkowita niezdolność do pracy” nie wyłącza zupełnie możliwości jej podjęcia. Obecnie wysokość świadczenia przekazywanego w tej formie to kwota 644,63 zł²⁴.

Zakładając, iż ON jest faktycznie niezdolna do podjęcia pracy zarobkowej, kwota niecałych 645 zł miesięcznie, musi wystarczyć na zabezpieczenie potrzeb życia codziennego, a także dodatkowych wydatków związanych z niepełnosprawnością takich jak leki czy sprzęt rehabilitacyjny – trudno w tej sytuacji mówić o zapewnianiu przez państwo bezpieczeństwa takiej jednostki w jakikolwiek sposób. Osoba niepełnosprawna, z drugiej jednak strony, w związku ze swoją niepełnosprawnością przynajmniej w teorii może liczyć na wiele ulg i przywilejów, mających na celu pomoc w udźwignięciu codziennych wydatków związanych z chorobą lub dysfunkcjami. Niestety część z tych uprawnień, z uwagi na dodatkowe obostrzenia, nie spełnia swojej funkcji.

Ulg rehabilitacyjna

Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych, pozwala osobie niepełnosprawnej odliczyć od dochodu wydatki poniesione na cele rehabilitacyjne oraz te, które związane są z ułatwieniem ON wykonywania czynności dnia codziennego. Jednakże nie wszystkie. Rodzaj wydatków uprawniających do odliczeń jest katalogiem zamkniętym, opisanym w art. 26 ust. 7a ustawy o PIT²⁵. Między innymi odliczeniu podlegają wydatki związane z dojazdem na niezbędne zabiegi lecznicze – np. turnusy rehabilitacyjne. Jednakże z interpretacji tych zapisów, dokonanej przez jednego z byłych już podsekretarzy stanu w

²³Ustawa z dnia 27 czerwca 2003r. o rencie socjalnej (Dz.U. 2003 nr 135 poz.1268).

²⁴Stan prawny na dzień 13.05.2016 r.

²⁵Ustawa z dnia 26 lipca 1991 o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. 1991 nr 80 poz. 350).

Ministerstwie Finansów²⁶, a która to do dnia dzisiejszego obowiązuje dowiadujemy się, iż mimo że wyjazd na turnus, którego koszty mogą zostać odliczone od dochodu, musi zostać zlecony przez lekarza, koszt dojazdu do medyka, już takiemu odliczeniu nie podlega. Podobnie, odliczeniu nie podlegają dojazdy do apteki czy sklepu ze sprzętem rehabilitacyjnym (które to leki jak i sam sprzęt, w pewnym zakresie, odliczyć można). Mamy tu więc do czynienia z sytuacją, w której ON chcąc poddać się rehabilitacji społecznej, musi ponieść dodatkowe wydatki na ten cel, a państwo przekazując uprawnienie do ulgi rehabilitacyjnej, zupełnie niezrozumiale, zawęży pole odliczanych wydatków, choć ich związek z podstawą rehabilitacji jest niezaprzeczalny. Dodatkowo warto również zaznaczyć, iż kwota odliczeń jest także ograniczona limitem wydatków i nie może przekroczyć 2280 zł rocznie.

Innym niezrozumiałym zawężeniem jest kwestia odliczenia wydatków związanych z zakupem niezbędnych leków. Odliczeniu podlega tylko kwota wydatków poniesionych w danym miesiącu, których koszt przekroczy kwotę 100 zł²⁷. Oznacza to, iż osoba niepełnosprawna przyjmująca leki może odpisać od podatku tylko kwotę, która wyniknie z faktycznie poniesionych wydatków pomniejszoną o 100 zł. Leki kosztujące miesięcznie do kwoty 100 zł, nie podlegają odliczeniu w ogóle. Warto pamiętać, że w sytuacji osoby pobierającej świadczenie w postaci renty socjalnej, mówimy o 16% jej całomiesięcznego dochodu.

Analizując ulgę rehabilitacyjną w oparciu tylko o te dwa przykłady, zasadnym wydaje się zadać pytanie, czy pomoc państwa w tym zakresie nie jest iluzoryczna.

Zatrudnienie w administracji publicznej

Ustawa o rehabilitacji²⁸ nakłada praktycznie na całą administrację publiczną obowiązek zatrudniania osób niepełnosprawnych w wysokości kwotowej 6% realnie zatrudnianych pracowników pełnosprawnych. Niestety obowiązek ten jest notorycznie łamany, a urzędy zamiast być wzorem, dają zły przykład sektorowi prywatnemu i wolą płacić wysokie kary do Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych. Znane są przykłady płacenia przez urzędy kar w wysokości przekraczającej średnio 73 tysiące złotych miesięcznie²⁹. Zresztą warto nadmienić, że PFRON choć sam jest instytucją sfokusowaną na osoby niepełnosprawne, również nie zatrudnia przesadnie dużej liczby niepełnosprawnych – ok. 12 % ogółu pracowników to ON³⁰.

Ułatwić osobom niepełnosprawnym zatrudnienie w administracji publicznej miała dodatkowo ustawa o zmianie ustawy o służbie cywilnej oraz niektórych ustaw³¹, wprowadzając nowe rozwiązania w zakresie rekrutacji pracowników. W Art. 29a. 1. w/w aktu prawnego czytamy „W toku naboru komisja, o której mowa w art. 30 ust. 2 pkt 5, wyłania nie więcej niż pięciu najlepszych kandydatów, spełniających wymagania niezbędne oraz w największym stopniu spełniających wymagania dodatkowe, których przedstawia dyrektorowi generalnemu urzędu celem zatrudnienia wybranego kandydata.³²”. Niestety zapis ten wydaje się prawem martwym, a jego obejście nie nastęrcza rekruterom większych trudności³³. Jak pokazuje przykład opisany w jednym z wydań Gazety Prawnej, *de facto*, żaden nawet *quasi* obowiązek zatrudniania osób niepełnosprawnych nie istnieje, a obecny stan rzeczy utrzymuje się od lat i nie widać

²⁶Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Finansów – z upoważnienia ministra – na interpelację nr 13557 w sprawie ulgi rehabilitacyjnej dla osób niepełnosprawnych.

²⁷Art. 26 ust. 7a pkt 12 ustawy z dnia 26 lipca 1991 o podatku dochodowym od osób fizycznych.

²⁸ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji...

²⁹A. Radwan, *Urzędy nadal nie chcą zatrudniać niepełnosprawnych* Gazeta Prawna z dnia 24.11.2011

<http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/569086,urzedy-nadal-nie-chca-zatrudniac-niepelnosprawnych.html> (10.05.2016 r.)

³⁰<https://www.pfron.org.pl/pl/komunikaty/3186,List-od-Prezesa-Zarzadu-PFRON-25-lat-ustawy-o-rehabilitacji.html> (13.05.2016 r.)

³¹Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o zmianie ustawy o służbie cywilnej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2011 nr 201 poz. 1183)

³²*Ibidem*.

³³P. Rogowiecki, *Niepełnosprawny nie zawsze z pierwszeństwem zatrudnienia w administracji publicznej* Gazeta Prawna z dnia 13.01.2016 r.

<http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/917194,niepelnosprawny-pierwszenstwo-zatrudnienia-w-administracji-publicznej.html> (10.05.2016 r.)

perspektyw na jego poprawę.

Podsumowanie – wnioski de lege ferenda

W 2011 roku, na terenie Polski został przeprowadzony Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań. Z rezultatów owego spisu wynika, iż na terenie naszego kraju zamieszkuje około 4,7 mln osób niepełnosprawnych. To bardzo duża grupa ludzi, którym często wystarczy pomoc w pierwszej fazie wchodzenia na rynek pracy czy samodzielnego życia, by stali się nie tylko pełnowartościowymi w oczach własnych i społeczeństwa, ale także efektywnymi w pracy na rzecz dobra wspólnego państwa i innych obywateli. Z uwagi na te okoliczności, mówiąc dosadnie, głodowe stawki np. renty socjalnej, raczej spychają osoby niepełnosprawne na margines społeczny a nie ułatwiają im egzystencję. Dodatkowo pomoc państwa, jak wskazano na wybrany przykładach, nie zawsze udziela realnego wsparcia, a czasami z powodu skomplikowanej interpretacji przepisów, wprowadza dodatkową dezorientację i konsternację u ON.

Przytoczone w treści opracowania przepisy, ewidentnie wskazują na konieczność zmian w podejściu do kwestii pomocy państwa osobom niepełnosprawnym. Przede wszystkim podwyższenia najniższych świadczeń³⁴, a także bardziej racjonalnego podejścia do zagadnień związanych z ulgą rehabilitacyjną czy w zakresie aktywizacji niepełnosprawnych na rynku pracy i zatrudnianiu w administracji publicznej. Przy tworzeniu prawa dotyczącego osób niepełnosprawnych, z uwagi na specyficzne potrzeby tej grupy społecznej, niezbędne są szerokie konsultacje i podejście do tematu z empatią. Wspominana już uchwała sejmu jaką jest Karta Praw Osób Niepełnosprawnych jest aktem ważnym i potrzebnym, ale jakże wygląda w obliczu raportu nt. przystosowania biur poselskich i senatorskich, przygotowanego przez portal niepełnosprawni.pl i organizacje pożytku publicznego Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji oraz Fundację Integracja, z którego wynika, że ponad połowa biur poselskich i senatorskich jest niedostępna dla osób poruszających się na wózku inwalidzkim, a w prawie każdym budynku brak jest oznaczeń krawędzi stopni na schodach dla osób z dysfunkcjami ruch. Nie wspominając już o tłumaczach języka migowego czy pętli indukcyjnej, które to opcje występują zupełnie incydentalnie³⁵.

Na koniec warto także wspomnieć o jeszcze jednej ważnej kwestii, która powinna być przedmiotem ogółouropejskiej dyskusji, zwieńczonej odpowiednim prawodawstwem, przynajmniej na poziomie Unii Europejskiej. Otóż prawo wspólnotowe nie przewiduje możliwości wzajemnego uznawania przez państwa Wspólnoty orzeczeń o niepełnosprawności (tym samym potwierdzających status osoby niepełnosprawnej) i żadna regulacja prawna, na chwilę obecną, w powyższym zakresie nie istnieje³⁶. Jedynym dokumentem honorowanym i uprawniającym do korzystania z pewnych uprawnień na terenie całej UE jest karta parkingowa³⁷. Problem ten jest poważny i zasługuje na jak najszybsze jego uregulowanie w prawodawstwie wspólnotowym.

³⁴Jak wskazują ekonomiści, jednorazowa dodatkowa zapomoga w kwocie 400 zł, jak miało to miejsce w tym roku, nie rozwiązuje problemu i w skali roku jest dla osób niepełnosprawnych niezauważalna. Nie wspominając już o fakcie jej okazjonalności.

³⁵<http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/322598> (13.05.2016)

³⁶Informacja Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych

<http://www.niepelnosprawni.gov.pl/art,14,uznawanie-dokumentow-w-obrebie-unii-europejskiej> (13.05.2016)

³⁷Unormowanej w przepisach *ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym* (Dz.U. z 2005 r., Nr 109, poz. 908, z późn. zm.).

The article's purpose is to show current Polish legislation specifying the state's duties that regard to disabled people. It also notices authorities' goals and tasks in rehabilitation of disabled people. Next purpose is to show the issue of rehabilitation of disabled people. One of its aspects is medical rehabilitation, usually treated as the only one determinant of rehabilitation's definition.

Main purpose of the article is to confront the duties that were mentioned before with their realisation. As it's a broad issue, only some example from various spheres of disabled people's life could be mentioned to notify the problem. It was shown starting from the general characteristics of the issue, moving to certain inadequacies of system and to a broad view of situation, ending with certain examples of state's help for disabled people that get the social pension.

Adam Stankiewicz

Wydział Prawa i Administracji

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE OBYWATELI RZECZPOSPOLITEJ POLSKIEJ ZAGWARANTOWANE PRAWNIE A FAKTYCZNE ODCZUWANIE BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO ORAZ MOŻLIWOŚCI JEGO POLEPSZENIA

1. Dobrostan jako podstawowy element ludzkiego zdrowia; tytułem wstępu do rozważań o bezpieczeństwie zdrowotnym

Na wstępie rozważań o bezpieczeństwie zdrowotnym, trzeba wspomnieć o kluczowym komponencie ludzkiego zdrowia, który w ostatnich latach budzi duże zainteresowanie i jest przedmiotem licznych publikacji naukowych, jakim jest dobrostan. Rozważania nad jego naturą pokrywają się w wielu obszarach z tematyką zdrowia. Pełnia zdrowia musi uobecniać w sobie poczucie dobrostanu. Współwystępowanie obu tych pojęć uwidacznia się w definicji zdrowia przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia, określającej je jako "nie tylko całkowity brak choroby, czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu"¹. Trudno wyobrazić sobie dobrostan, pomimo braku zdrowia i odwrotnie, deficyt zdrowia nie pozwala osiągnąć pełni dobrostanu.

Nauka wyróżnia dobrostan emocjonalny wyrażający się w poczuciu szczęścia i satysfakcji życiowej, osobowościowy rozumiany głównie jako samoakceptacja, ale także pozytywne zapatrywanie na możliwości rozwoju osobistego i poczucie sensowności egzystencji oraz społeczny, polegający na pozytywnej ocenie swojej roli w środowisku społecznym, a także odczuwaniu przynależności do grupy.

Dobrostan należy odróżnić od szczęścia. Szczęście każdy intuicyjnie łączy z wesołym nastrojem, odczuwaniem radości. Jednak subiektywne odczuwanie szczęścia może równocześnie iść w parze z działaniem mającym szkodliwy wpływ na zdrowie czy dobrostan. Każde zaspokojenie nałogu będzie się wiązało przynajmniej z chwilowym przyjemnym odczuwaniem szczęścia. Gdy przy mierzeniu zadowolenia z życia, badaną osobę poprosimy o wskazanie własnej oceny poczucia szczęśliwości w skali od 1-10, okazuje się, że jej samoocena w większości przypadków jest uzależniona od aktualnego stanu nastroju. Aż 70% respondentów ocenia poziom szczęścia przez pryzmat tego, jak się aktualnie czuje². Przykładowo introwertycy są średnio mniej radosni od ekstrawertyków, więc można zakładać, że ich samoocena będzie średnio niższa od oceny ekstrawertyków. Nie oznacza to jednak, że obiektywnie są średnio mniej szczęśliwi. Dobry nastrój w danym momencie nie musi pociągać za sobą prowadzenia mniej lub bardziej szczęśliwego życia.

Analizując badania nad szczęściem, należy wskazać, że jest ono czymś realnym tj. czymś, co można bezpośrednio mierzyć. Upraszczając - ludzie doznający najwięcej pozytywnych emocji są najszczęśliwsi. Dobrostan z kolei sam w sobie nie jest czymś realnym. Jest konstruktem złożonym z kilku elementów, z których każdy z nich jest czymś realnym, jednak żaden sam w sobie nie określa dobrostanu. Nie można

¹ Zdrowie - nowoczesne ujęcie WHO, <http://www.seremet.org/zdrowie.html> [dostęp: 08.05.2016].

² M. Seligman, *Pełnia życia. Nowe spojrzenie na kwestię szczęścia i dobrego życia*, Media Rodzina, Poznań 2011, s. 29.

wskazać jednej wartości, która by w sposób adekwatny oddawała poziom dobrostanu. Możemy za to badać jego czynniki składowe, z których każdy jest mierzalny.

Wyróżniamy 5 podstawowych elementów składających się na dobrostan. Są to: pozytywne emocje; pochłonięcie rozumiane jako poczucie, że czas się zatrzymał; sens, czyli świadomość przynależenia do czegoś co uznajemy za ważniejsze od nas samych i chęć służenia temu; poczucie osiągnięcia np. sukcesu, zwycięstwa oraz związki z innymi ludźmi. Dobrostan nie istnieje wyłącznie w naszych głowach, ponieważ łączy pozytywne doznania z rzeczywistym sensem, autentycznymi dobrymi związkami i realnymi osiągnięciami. Życiowe wybory zmierzają zazwyczaj do maksymalizowania tych elementów. Co ciekawe pary, które mają dzieci, statystycznie posiadają niższy stopień szczęścia i zadowolenia z życia od par bezdzietnych. Zatem gdyby ludzie w tej kwestii dążyli do maksymalizowania własnego szczęścia, ludzkość szybko by wymarła. Dlatego też w badaniach nad zdrowiem psychofizycznym społeczeństw naukowcy zaczęli odchodzić od rozważań nad szczęściem i jako właściwsze pole do dyskusji wybrali pojęcie dobrostanu, a szczęście czy zadowolenie z życia jako wyłącznie subiektywne miary, uznali za część dobrostanu.

2. Bezpieczeństwo człowieka

Pojęcie bezpieczeństwa można rozpatrywać wielorako. Najczęściej rozumie się je w sensie negatywnym - w relacji do niebezpieczeństwa, co można streścić stwierdzeniem: "gdy brak jest zagrożeń - jest bezpiecznie". Większość definicji określa bezpieczeństwo jako stan spokoju, pewności, zabezpieczenia oraz poczucia ochrony przed niebezpieczeństwem. Warto zwrócić uwagę, że termin bezpieczeństwo można analizować tylko w odniesieniu do poszczególnego podmiotu, co nadaje mu wymiar personalny. Potrzeba bezpieczeństwa (na gruncie teorii Abrahama Masłowa) jest uplasowana w hierarchii jako potrzeba niższego rzędu, co oznacza, że jej zaspokojenie jest warunkiem koniecznym do możliwości zaspokojenia potrzeb wyższego rzędu. Jednak system wartości człowieka nie musi wiernie odzwierciedlać piramidy potrzeb Masłowa. W niektórych sytuacjach jednostka może dążyć do osiągnięcia wyższych celów (np. przynależności, samorealizacji), pomimo braku poczucia bezpieczeństwa. Czasem działanie na rzecz ogółu świadomie zakłada narażenie się na niebezpieczeństwo. Chęć zapewnienia ochrony własnej grupie skutkuje przewartościowaniem hierarchii potrzeb. Jest to szczególnie widoczne w warunkach czynnej walki zbrojnej, ale również w codziennych sytuacjach życiowych, gdy jednostka stawia dobro zbiorowości ponad własne. W tym ujęciu dążenie do zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa nabiera ponadjednostkowej doniosłości, ukazując tym samym swój społeczny wymiar. Wielu badaczy i filozofów właśnie w dążeniu człowieka do stworzenia trwałych mechanizmów zapewniających mu stabilizację i bezpieczeństwo dostrzega czynnik sprawczy do wytworzenia struktury państwa.

3. Indywidualizacja poczucia bezpieczeństwa

Jednym z poważniejszych problemów społecznych w kontekście analizy zagadnienia bezpieczeństwa jest jego nadmiernie indywidualistyczne ukierunkowanie. To jeden ze skutków globalizacji i rewolucji informacyjnej, szczególnie widoczny w warunkach współczesnej demokracji. Zauważa się, że "w społeczeństwach NATO obawa o bezpieczeństwo osobiste i zbiorowe staje się ważniejsza od tradycyjnego dogmatu obrony terytorium narodowego" - (ocena zawarta w dokumencie NATO Strategic Vision - Military Challenge, przygotowanym przez naczelnego dowódcę ds. operacji - gen. Jamesa Jonesa i naczelnego dowódcę do spraw transformacji admirała Edmunda P. Giambastiniego)³. Rosnący w społeczeństwach indywidualizm i

³ S. Zalewski, *Bezpieczeństwo polityczne państwa. Studium funkcjonalności instytucji*, Akademia Podlaska Siedlce, Siedlce 2010, s. 105.

tendencja do odwracania się od projektów wspólnych powoduje zatracenie poczucia identyfikacji i solidarności narodowej. Można zaobserwować słabnące więzi z narodem, kulturą, a nawet sąsiedztwem i rodziną. Z drugiej strony indywidualizacja postrzegania bezpieczeństwa daje obywatelom możliwość kształtowania własnego obrazu bezpieczeństwa opierającego się na wartościach, które same wyznają, rozumianego jako suwerenność jednostki, czyli "samodzielność, niezależność, w aktywności politycznej od zwierzchnictwa czynników oficjalnych". W dobie dynamicznych zmian epoki postindustrialnej można zaobserwować wyraźne przesunięcie punktu ciężkości odczuwania bezpieczeństwa ze sfery publicznej zorientowanej na wspólnotę ku sferze prywatnej zorientowanej na pojedynczą osobę i jej subiektywne poczucie bezpieczeństwa. Nie powinno się jednak lekceważyć istotnej roli bezpieczeństwa publicznego, ponieważ gwarantuje ono utrzymanie ładu i porządku prawnego w państwie.

4. Bezpieczeństwo publiczne

Bezpieczeństwo publiczne definiuje się jako "ogół warunków i instytucji chroniących życie, zdrowie i mienie obywateli oraz majątek ogólnonarodowy, ustrój i suwerenność państwa przed zjawiskami groźnymi dla ładu prawnego"⁴. Istotą bezpieczeństwa publicznego jest przetrwanie, stabilizacja i rozwój społeczny. Jak pokazuje historia idea zapewnienia danej zbiorowości generalnego poczucia ładu i bezpieczeństwa w pełni może realizować się jedynie poprzez instytucję państwa. Niezbędne ku temu są odpowiednie narzędzia prawnie - organizacyjne, jak również stworzone w tym celu instytucje i organy egzekwujące porządek, które może udźwignąć jedynie struktura ponadjednostkowa zorientowana interesem wspólnym. Jednym z najważniejszych elementów bezpieczeństwa publicznego jest poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego. To poczucie jest zależne głównie od stopnia bogactwa państwa i jego obywateli, ale również od organizacji i efektywności działania jego systemu opieki zdrowotnej.

5. Bezpieczeństwo zdrowotne w ujęciu prawnym

Zgodnie z oświadczeniem Biura Bezpieczeństwa Narodowego bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa jest jednym z najważniejszych elementów bezpieczeństwa narodowego⁵. Podstawowym aktem prawnym gwarantującym bezpieczeństwo zdrowotne obywatelom jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Jako, że należy ona do generacji młodszych konstytucji europejskich, uwzględnia współczesne tendencje i zobowiązania Rzeczypospolitej wynikające m. in. z Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych, Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych Społecznych i Kulturalnych, Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i Europejskiej Karty Społecznej dotyczące ochrony zdrowia. Prawo do ochrony zdrowia jako prawo socjalne, należące do II generacji praw człowieka, Rzeczpospolita zapewnia w art. 68 polskiej konstytucji w rozdziale II - wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela. Stanowi on, że państwo polskie gwarantuje każdemu człowiekowi znajdującemu się na terytorium Rzeczypospolitej prawo do ochrony zdrowia, nie wyłączając cudzoziemców i apatrydów (bezpaństwowców). Jakikolwiek wyłączenia podmiotowe z zakresu działania artykułu są niedopuszczalne zgodnie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r.⁶. Na państwo zostaje nałożony obowiązek podejmowania działań niezbędnych, do jak najpełniejszego urzeczywistnienia i ochrony tego prawa. Państwo zostaje zobowiązane do stworzenia i utrzymywania systemu służby zdrowia finansowanego ze środków publicznych i

⁴ Nowa encyklopedia powszechna PWN, t. 1, PWN, Warszawa 2004, s. 434.

⁵ Bezpieczeństwo zdrowotne Biuro Bezpieczeństwa Narodowego - BBN a ochrona zdrowia, <http://www.bbn.gov.pl>, [dostęp: 12.09.2010].

⁶ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., Sygn. akt K 14/03, s. 17.

zapewnienia obywatelom dostępu do placówek zdrowotnych. Istotnym elementem jest równy dostęp do opieki medycznej. Wyklucza to jakąkolwiek dyskryminację ze względu na stan materialny, pozycję społeczną czy wiek. W ten sposób konstytucja wciela w życie zasadę równości i solidaryzmu społecznego. Zgodnie z orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego nie chodzi jedynie o dostępność formalną usankcjonowaną prawnie, lecz o rzeczywistość. Nie oznacza to jednak, że każdemu zostaje zapewniony dostęp do każdej usługi medycznej, ponieważ nie pozwoliłyby na to środki finansowe państwa.

Dlatego dostęp do świadczeń zdrowotnych podlega limitowaniu. Obowiązująca obecnie ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wręcz nakłada na Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązek "określania jakości i dostępności oraz analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej(...)" zgodnie z art. 97, a także prowadzenia działalności zrównoważonej w zakresie przychodów i dochodów⁷. Potwierdza to w swym orzeczeniu z dnia 13 lipca 2005 r. Sąd Najwyższy, stwierdzając, że nie istnieją przeszkody do ustalania limitów⁸. Problematyka limitowania świadczeń jest trudna do rozstrzygnięcia. Z jednej strony nieudzielenie usługi medycznej z uwagi na wyczerpany limit stanowi naruszenie art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, z drugiej jednak strony trudno odpowiedzieć na pytanie jak nie racjonować świadczeń, które są dotknięte nieustannym deficytem i w każdej możliwej konfiguracji zabraknie ich dla wszystkich pacjentów.

Konkretyzację zapisów, o których mowa w Konstytucji RP stanowią akty prawne niższego rzędu. Kluczowym aktem w tej materii jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹. Artykuł 6 tejże ustawy stanowi, że władza publiczna jest zobowiązana zapewnić równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, poprzez stworzenie systemu ochrony zdrowia, analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych, promocję zdrowia, profilaktykę oraz finansowanie systemu ochrony zdrowia. W artykule 15 ustawodawca formułuje główne cele systemu opieki zdrowotnej. Wśród nich wymienia zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.

Badając problematykę bezpieczeństwa zdrowotnego, należy również wspomnieć o roli zabezpieczenia społecznego. Państwo gwarantuje osobom, których stan zdrowia uniemożliwia uzyskiwanie dochodów niezbędnych do życia, świadczenia wynikające z ubezpieczenia chorobowego. Wynika to wprost z konstytucji, która w artykule 67 stanowi, iż "Obywatel ma prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego [...]" Ubezpieczenie chorobowe gwarantuje ochronę z tytułu czasowej utraty zatrudnienia w wyniku zdarzeń losowych. Zostało ono uregulowane ustawą z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa¹⁰.

Zamierzeniem ustawodawcy jest jedynie częściowa kompensacja skutków ryzyka utraty zdolności do pracy, tak aby nie zrównywać poziomu świadczeń otrzymywanych z tytułu ubezpieczenia z wynagrodzeniem za pracę. Sytuacje polegające na zmniejszeniu się zdolności do pracy z powodu choroby lub kalectwa i co za tym idzie obniżeniu wysokości wynagrodzenia są objęte ochroną prawną z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego w wypadku, gdy osoba podda się rehabilitacji zawodowej. Regulacja dotyczy tylko pracowników, w związku z czym została wyłączona ochrona osób, które prowadzą np. działalność gospodarczą. Ustawa gwarantuje świadczenie pieniężne w postaci zasiłku macierzyńskiego dla ubezpieczonej mającej przerwę w

⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135).

⁸ Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05, OSP 2006, nr 6, poz 70 z glosą M. Nesterowicza, "Prawo i medycyna", 2006, nr 2, s.146.

⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135).

¹⁰ Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. 1999 Nr 60 poz. 636).

pracy w związku z ciążą i urodzeniem dziecka. Wysokość uzyskiwanych świadczeń zależy od wysokości odprowadzanych składek.

6. Finansowanie usług medycznych

Analizując systemy ochrony zdrowia występujące w Unii Europejskiej możemy wyróżnić 2 podstawowe modele. Pierwszy z nich to model ubezpieczeniowy, nazywany też od nazwiska jego twórcy Otto von Bismarcka modelem "bismarckowskim". Jego cechą charakterystyczną jest finansowanie usług medycznych ze składek ubezpieczenia zdrowotnego. Taki system obowiązuje w Polsce, Niemczech, Francji czy Holandii. Drugi nazywany modelem narodowej służby zdrowia, zaopatrzeniowym, bądź budżetowym zakłada finansowanie sfery opieki medycznej z podatków ogólnych, co tym samym zmniejsza udział pacjenta w kosztach leczenia, a także ogranicza działalność sektora prywatnego w tej sferze. Ten wzorzec, którego inicjatorem był lord William Beveridge został przyjęty przez Wielką Brytanię, Finlandię, Włochy, Hiszpanię i Portugalię. Obydwa modele występują również w formach mieszanych, czerpiących rozwiązania zarówno z systemu ubezpieczeniowego, jak i budżetowego.

Za finansowanie usług medycznych w Polsce jest odpowiedzialne Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Z budżetu ministerstwa są finansowane wysoko specjalistyczne i kosztowne zabiegi. Jednak kluczową rolę i odpowiedzialność związaną z finansowaniem usług medycznych ponosi Fundusz. Do jego zadań należy zgodnie z ustawą z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia¹¹ zabezpieczenie ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, udzielanych w przypadku choroby, urazu, ciąży, porodu i porodu oraz w celu zapobiegania chorobom, a także promocja zdrowia. Świadczenia zdrowotne są udzielane na podstawie umowy pomiędzy Funduszem a dostawcami usług wyłonionymi w drodze konkursu ofert lub rokowań.

Świadczenie usług medycznych może być realizowane dzięki obowiązkowym składkom na Narodowy Fundusz Zdrowia, który pełni w systemie funkcję płatnika. Wydatki poniesione w 2015 roku przez Narodowy Fundusz Zdrowia to 71 479 224 000 zł. To wzrost o ponad 3 miliardy w stosunku do roku ubiegłego. Dodając koszty prywatnego leczenia i wydatki poniesione na leki otrzymujemy łączną kwotę około 110 miliardów przeznaczonych na ochronę zdrowia¹². Wydatki na zdrowie w stosunku do produktu krajowego brutto w Polsce oscylują wokół 7% przy średniej unijnej 9%. W bogatszych państwach Unii Europejskiej takich jak Holandia, Francja Niemcy wskaźnik ten przekracza 11% w stosunku do produktu krajowego brutto. Różnica jest znacząca. Warto zwrócić uwagę na to, że spośród państw OECD Polska znajduje się na końcu zestawienia wyprzedzając jedynie Estonię, Turcję, Meksyk i Luksemburg. Wydatki na zdrowie z roku na rok nieznacznie rosną, co można powiązać z postępującym procesem starzenia się społeczeństwa. Proces ten wydaje się być nieuchronny i w dalszej perspektywie będzie wymuszał coraz większe nakłady finansowe na ten sektor. Dotyczy to nie tylko Polski, ale również całej Europy, Ameryki Północnej i wielu państw demokratycznych, gdzie dobrobyt jak pokazują statystyki często idzie w parze ze zmniejszoną dzietnością. Ludzie starsi będą tam stanowić coraz liczniejszą grupę, co nieuchronnie będzie się wiązać z koniecznością podwyższania wieku emerytalnego, aby jak najdłużej utrzymać ich na rynku pracy, bądź też z coraz większym obciążaniem składkowym ludzi w wieku produktywnym. Nie jest to perspektywa

¹¹ Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. 2003 nr 45 poz. 391).

¹² Ł. Piechowiak, *Ile wydajemy na ochronę zdrowia i czy to dużo?*, <http://www.bankier.pl/wiadomosc/Ile-wydajemy-na-ochrone-zdrowia-i-czy-to-duzo-7230185.html> [dostęp: 07.05.2016].

korzystna z punktu widzenia obywateli, ponieważ zakłada zmuszenie ludzi do aktywności zawodowej w wieku, w którym wielu spośród nich wolałoby zrezygnować z pracy i otrzymywać należne świadczenie emerytalne.

Obciążanie ludzi młodych, wchodzących dopiero na rynek pracy wysokimi należnościami finansowymi o charakterze przymusowym (uwzględniając składki emerytalne i zdrowotne), to również wyjście niekorzystne dla możliwości ich rozwoju, a przede wszystkim zniechęcające ich do pracy na legalnych warunkach, zwłaszcza w kraju, który na tle Europy nie uchodzi za bogaty. Warto sobie uświadomić, że w Polsce za kilkanaście, a może kilkadziesiąt lat na jednego emeryta będzie pracować zaledwie dwóch pracowników, zatem poziom obciążenia składowego ludzi w wieku produktywnym będzie jeszcze bardziej dotkliwy, niż ma to miejsce dziś. Możliwe jest również bankructwo systemu, a w konsekwencji całkowite lub częściowe wycofanie się państw z zobowiązań finansowych wobec obywateli. Z takim scenariuszem zwłaszcza w obliczu wciąż rosnącego długu publicznego należy się poważnie liczyć. To jak się wydaje zagrożenie przede wszystkim dla ewentualnych przyszłych emerytur i bezpieczeństwa zdrowotnego ludzi starszych, mniej dla samego systemu opieki zdrowotnej. Nawet w obliczu tak katastrofalnych okoliczności jak bankructwo państwa, raczej nie zdecydowano by się na likwidację powszechnego systemu służby zdrowia. To jednak ewentualności, które mogą się zaistnieć dopiero w dość odległej perspektywie. Problematyka starzenia się społeczeństw oraz nawał problemów wynikających z niedostosowania systemu do przeobrażeń struktury wiekowej społeczeństwa jedynie pośrednio dotyczy zagadnienia bezpieczeństwa zdrowotnego. Ponadto zakres przedmiotowy jej rozważań obejmuje w dużej mierze problemy, które nasilą się dopiero w przyszłości, stąd cała dyskusja sprowadza się do przewidywania ewentualnych niekorzystnych następstw działania systemu oraz tworzenia teoretycznych modeli ich rozwiązań.

7. Bezpieczeństwo zdrowotne Polaków współcześnie

Poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego jest determinowane przez wiele czynników środowiskowych, świadomościowych, materialnych. Na czynniki środowiskowe składa się szeroko pojęta kultura bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa, a szczególnie środowisk medycznych związanych z ochroną zdrowia, standardy bezpieczeństwa i higieny pracy. Wśród czynników świadomościowych fundamentalne znaczenie ma styl życia obywateli, stopień edukacji zdrowotnej i profilaktyki. Czynnikiem materialny, nie mniej istotny z punktu widzenia obywatela warunkuje możliwość zaspokajania podstawowych potrzeb człowieka i utrzymywania go we właściwej kondycji zdrowotnej.

Zabezpieczenie bezpieczeństwa zdrowotnego powinno wyraża się w kształtowaniu postaw prozdrowotnych, edukacji na wysokim poziomie, profilaktyce realizowanej w sposób całościowy i jednocześnie odpowiednio skoordynowany, zapobieganiu chorobom i ich wczesnym diagnozowaniu oraz skutecznym leczeniu. W państwie zapewniającym równość pacjentów w korzystaniu ze służby zdrowia, usługi ponadstandardowe, wymagające dodatkowej opłaty powinny być osiągalne finansowo dla obywateli. Zasadniczym elementem świadczącym o jakości systemu zdrowia jest realny dostęp pacjentów do usług medycznych, w tym ogólnych i specjalistycznych oraz ambulatoryjnych. Niestety polski system opieki zdrowotnej charakteryzuje się zatrważająco niską dostępnością niektórych usług. Najwyższa Izba kontroli opublikowała raport z którego wynika, że czas oczekiwania pacjentów na świadczenia jest skandalicznie wysoki. Najdłużej oczekującymi są pacjenci chcący skorzystać z usług ortopedycznych. Przykładowo w Kościerzynie średni czas oczekiwania na zabieg wyniósł 1824 dni, czyli prawie 5 lat. W aż 40% szpitali kolejność przyznawania świadczeń nie była tożsama z kolejnością zgłaszania się pacjentów, co świadczy o

notorycznym łamaniu zasady równości. W 60% szpitali odnotowano nieprawdziwe dane pochodzące z raportów statystycznych, o liczbie pacjentów oczekujących na zabieg i czasie oczekiwania¹³.

Poziom odczuwania bezpieczeństwa zdrowotnego w Polsce wykazuje tendencję zwyżkową. Wzrasta średnia długość życia, spada zachorowalność na choroby cywilizacyjne oraz ogólna śmiertelność z powodu chorób. Pomimo tego w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej statystyki prezentują się lepiej. Wynika to z wysokiego stopnia zamożności tych państw i co za tym idzie większych nakładów finansowych w sektorze zdrowotnym. Możemy tu mówić o bezpieczeństwie zdrowotnym w ujęciu obiektywnym ukazującym rzeczywisty stan profilaktyki zdrowotnej, zachorowalności na choroby, skuteczności ich leczenia, powikłań i umieralności. W celu uzyskania wiedzy o subiektywnym odczuciu bezpieczeństwa zdrowotnego należy sięgnąć do badań opinii społecznej. Według sondażu przeprowadzonego w 2009 roku, 55% Polaków określa swój stan zdrowia jako bardzo dobry, a tylko 12 % wybiera odpowiedź "zły lub bardzo zły". 10 lat wcześniej tę odpowiedź wskazywało aż 20% respondentów¹⁴. Należy tu jednak zwrócić uwagę, że własna ocena stanu zdrowia jest w dużej mierze determinowana poziomem życia badanego z uwzględnieniem aktualnej sytuacji gospodarczej. Statystycznie gorzej oceniają swój poziom zdrowia osoby słabiej wykształcone, mieszkające na wsi lub w małych miasteczkach. Co ciekawe kobiety postrzegają własne zdrowie relatywnie gorzej od mężczyzn, choć różnica w ocenie nie jest wielka. Głównym czynnikiem różnicującym ocenę zdrowia jest wiek. Osoby do 29 roku życia dwudziestokrotnie częściej deklarują dobry stan zdrowia, aniżeli zły. Wraz ze wzrastaniem wieku respondentów znacznie przybywa odpowiedzi świadczących o przeciętnym stanie zdrowia. We wszystkich grupach wyodrębnionych w badaniu niezwykle rzadko pojawiają się określenia własnego stanu zdrowia jako bardzo zły. Niewątpliwie rozwój medycyny, wzrost świadomości w zakresie profilaktyki i zdrowego stylu życia przyczynia się do wzrastania bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków. W dzisiejszym świecie tematem zdrowego stylu życia zainteresowanych jest coraz więcej zwykłych obywateli. Rośnie świadomość zdrowotna społeczeństw, pojawiają się liczne programy o profilu komercyjnym propagujące zdrowy tryb życia, a ludzie częściej dostrzegają zagrożenia dla zdrowia płynące z ich niewłaściwych postaw. Wzrasta rola dietetyków, technologów żywienia. Nie bez znaczenia jest postęp technologiczny w dziedzinie medycyny, obejmujący nie tylko coraz nowsze metody leczenia, ale również postępującą komputeryzację. Wydaje się jednak, iż są to procesy charakterystyczne dla dzisiejszych czasów niezależne od działalności państwa polskiego.

8. Problemy polskiego systemu opieki zdrowia

Problem reglamentacji świadczeń zdrowotnych w Polsce jest bardzo poważny. Odmowa udzielenia skierowania do lekarza specjalisty czy na badania diagnostyczne ze względów finansowych to sytuacja niezwykle częsta w polskiej służbie zdrowia. Długi czas oczekiwania na wizytę częstokroć prowadzi do pogorszenia stanu zdrowia, a niemożność skorzystania z terapii w bardziej dramatycznych przypadkach nawet do śmierci. Szczególnie jaskrawym przykładem może być limitowanie chemioterapii, gdzie opóźnienie leczenia o kilka miesięcy znacząco zmniejsza szanse na powodzenie terapii, jednocześnie zwiększając jej kuracji.

¹³ J. Hady, M. Leśniowska, *Finansowanie polskiego systemu opieki zdrowotnej na tle wybranych krajów Unii Europejskiej*, https://rf.gov.pl/files/20725__5260__Joanna_Hady__Malgorzata_Lesniowska__Finansowanie_polskiego_systemu_opieki_zdrowotnej_na_tle_wybranych_krajow_Unii_Europ.pdf [dostęp: 08.05.2016].

¹⁴ M. Idzik, A. Idzik, *Stan zdrowia społeczeństwa polskiego i jego zmiany w ostatniej dekadzie*, [w:] *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce. Monografie nr 128*, Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego, Siedlce 2011, s.127.

Oprócz zagadnienia limitowania usług medycznych można wskazać również problemy związane z wymogami prawno-biurokratycznymi. Dla przykładu osoba, która doznała urazu i wymaga założenia szwów zostaje zgodnie z przepisami przyjęta bez skierowania. Kiedy jednak szwy należy zdjąć, pacjent jest już obowiązany udać się po skierowanie do lekarza rodzinnego. Jeszcze bardziej absurdalnym przypadkiem jest sytuacja, kiedy pacjent jest obowiązkowo przetrzymywany w szpitalu przez 3 dni, pomimo że jedynym zabiegiem, który szpital ma na nim wykonać jest pobranie krwi. Tym samym szpital ponosi koszty utrzymania zdrowej osoby, pomimo braku takiej konieczności, a jednocześnie blokuje miejsce dla osoby faktycznie potrzebującej. Trudno o bardziej jaskrawy przykład marnotrawienia środków publicznych. Częstość zjawiskiem jest wykonywanie pacjentowi badań, które w danym momencie nie są w żaden sposób uzasadnione względami medycznymi. Wynika to z konieczności przestrzegania procedur wymaganych przez Narodowego Funduszu Zdrowia.

9. Polska w rankingach zdrowia

Światowa Organizacja Zdrowia w 2000 r. opracowała dokument weryfikujący stan zdrowia w ponad 190 krajach o nazwie "raport zdrowotny 2000"¹⁵. W zakresie sprawiedliwości obciążenia społeczeństwa kosztami systemu zdrowia Polska zajęła odległe 150 miejsce. Relatywnie wysoko został oceniony stan zdrowia populacji - 45 miejsce. Znacznie lepiej wypadliśmy w rankingu Bloomberga w 2014 r. badającym efektywność opieki zdrowotnej zajmując wysokie 22 miejsce i wyprzedzając takie państwa jak Niemcy, Austria czy Stany Zjednoczone¹⁶. Tak zadziwiające wyniki raportu największej agencji prasowej na świecie można tłumaczyć wliczaniem do rankingu kosztów opieki medycznej per capita, które jak wiadomo są w Polsce dużo niższe, niż w państwach wysoko rozwiniętych z jednoczesnym pominięciem danych dotyczących jakości świadczonych usług medycznych. W rankingu Euro Health Consumer Index z 2009 r., który badał poziom opieki zdrowotnej w 33 europejskich krajach Polska zajęła 26 miejsce. Na korzyść oceniono przestrzeganie praw pacjentów, przeprowadzanie szczepień u dzieci oraz usługi stomatologiczne. Na czele rankingu znalazły się kolejno Holandia, Dania Islandia oraz na dalszych miejscach Austria Szwecja i Niemcy¹⁷.

Funkcjonowanie opieki medycznej,, na podstawie badań Health & Society Barometer 2013, Polacy ocenili na 2,8 w skali od 1 do 10. Była to najniższa ocena uzyskana w raporcie. Negatywne opinie potwierdziły sondaże przeprowadzane w Polsce. Na podstawie badań przeprowadzonych przez TNS Polska oraz CBOS w latach 2007 i 2014 można stwierdzić, że zdecydowana większość Polaków (kolejno 79% i 68%) ocenia krytycznie funkcjonowanie służby zdrowia¹⁸. Co gorsza, porównując wyniki uzyskane w 2004 roku i po upływie 7 lat obydwie badania wykazały wzrost deklarowanych negatywnych ocen o 9%. Polska służba zdrowia jest wysoce niewydolna, a stopień niezadowolenia Polaków ze sposobu jej funkcjonowania potwierdza tę okoliczność. Według badań źródłem niskich standardów są przede wszystkim problemy w zarządzaniu personelem - aż 59% przypadków, brak lub niewystarczająca infrastruktura w 36% przypadków, brak procedur instytucji i wytycznych wdrażania standardów - 32% przypadków, brak rozwiązań informatycznych - 14%, zbyt duże zagęszczenie łóżek - 12% i brak środków finansowych zaledwie 9% przypadków.

¹⁵ P. Bromber i in., *System ochrony zdrowia w Polsce*, CeDeWu, Warszawa 2015, s. 18-19.

¹⁶ Idem, s. 19.

¹⁷ Idem, s. 19-20.

¹⁸ Idem, s. 119.

10. Czego brakuje?

W Polsce brakuje rzetelnej, ponadpartyjnej dyskusji nad problematyką służby zdrowia oraz propozycjami zmian, które uwzględniałyby wyzwania systemu opieki zdrowotnej na kilkanaście lat do przodu. Politycy na ogół nie są zainteresowani reformami. Restrukturyzacja tak skomplikowanego sektora jak sektor zdrowotny wymaga profesjonalnego zaplecza intelektualnego. Niezbędne zaangażowanie specjalistów, trafne zdiagnozowanie kluczowych problemów, wskazanie możliwych dróg ich rozwiązania, wykonanie szeregu analiz, sprawozdań, a koniec końców wprowadzenie w życie zmian będących owocem całości prac. Nawet pomimo wzorowego zrealizowania tych wszystkich punktów, reforma może się najzwyczajniej nie udać, ponieważ nie wszystkie skutki reorganizacji systemu da się przewidzieć. Dopiero rzeczywistość nieuchronnie weryfikuje wszystkie słabe strony ustaw. W praktyce politycy zamiast podążać w kierunku odczytywania i rozwiązywania problemów społeczeństwa skupiają się raczej na zabiegach socjotechnicznych mających im zagwarantować popularność i zaufanie wśród większości mając ludzi doraźnymi obietnicami bez pokrycia. W dużej mierze czynią to skutecznie.

Stworzenie efektywnego systemu opieki zdrowotnej to trudne wyzwanie. Wymaga rozważenia fundamentalnych aspektów ochrony zdrowia. Musi uwzględniać różnorodność potrzeb i oczekiwań społecznych. To zadanie polegające na znalezieniu złotego środka między osiąganiem maksymalnej efektywności ekonomicznej wyrażającej się w minimalizowaniu kosztów i uzyskiwaniu jak najlepszych efektów, a zapewnieniem obywatelowi jak najwyższej jakości usług. W Polsce jak dotychczas nie udało się wypracować satysfakcjonującego kompromisu. Przyczyn można się doszukiwać w wielu aspektach, poczynając od finansowych, a kończąc na organizacyjno - strukturalnych. Niewątpliwie trudno byłoby komukolwiek wykazać, że państwo polskie w sposób satysfakcjonujący wywiązuje się ze swych zobowiązań w dziedzinie zdrowia. O ile we wszystkich systemach państwowej opieki medycznej na świecie pacjenci muszą borykać się z wieloma problemami, których w teorii nie powinno być, to w Polsce ich nasilenie, a czasem absurdalność wydaje się być zdecydowanie za wysoka. Skłaniam się ku pogładowi, że naczelną przyczyną obecnego stanu rzeczy jest niedofinansowanie. Skoro na wiele zabiegów pacjenci muszą oczekiwać latami, to z fundamentalnego punktu widzenia można powiedzieć, że polska służba zdrowia po prostu nie działa. Jeśli zatem ktoś nie stać na leczenie prywatne, to pomimo, że opłaca, bądź w przeszłości opłacał składkę zdrowotną nie otrzyma on wsparcia specjalisty w momencie, kiedy go potrzebuje. Niewydolność polskiej służby zdrowia uderza przede wszystkim w najbiedniejszych, którzy pod przymusem łożą na utrzymanie państwowego systemu zdrowia, a system nie oferuje im ekwiwalentnego świadczenia w postaci leczenia. To stawia pytanie o zasadność finansowania struktury, która oferuje usługi na tak niskim poziomie w porównaniu do kosztów jej utrzymania jakie ponoszą obywatele. Na tle innych państw europejskich przeznaczamy nieco mniejsze pieniądze na utrzymanie systemu zdrowia, jednak to co otrzymujemy w zamian jest na zdecydowanie niższym poziomie. Niedofinansowanie pośrednio napędza też inne problemy. Zbyt mała dostępność usług medycznych nakłania do działań korupcyjnych w celu uzyskania danego świadczenia "poza kolejką". Problem w tym, że stoi to w sprzeczności z zasadą równości obywateli w dostępie do usług zdrowotnych. Skoro jednak obywatel płaci składki, to zrozumiałe jest, że oczekuje możliwości skorzystania z tzw. bezpłatnej pomocy specjalisty.

Źródłem niepotrzebnych komplikacji są zbyt sztywne regulacje prawne zmuszające lekarzy i pacjentów do wykonywania niepotrzebnych czynności pochłaniających czas i pieniądze. Drogą, którą powinien podążać ustawodawca w Polsce jest zwiększenie autonomii lekarzy w sytuacjach, w których przepisy uniemożliwiają im zbędnymi i szkodliwymi wymogami administracyjnymi wskazywanie najlepszych i najefektywniejszych rozwiązań dla pacjenta.

11. Co można zrobić?

Dostrzegam trzy możliwe drogi fundamentalnej reformy państwowego systemu zdrowia. Trudno jednoznacznie wskazać, która z nich okazałaby się najwłaściwsza. Dość rzec, że na żadne z poniższych, ani jakichkolwiek innych rozwiązań systemowych nie ma obecnie woli politycznej. Pierwsza zakładałaby zwiększenie składki na ubezpieczenie zdrowotne. Jest to pomysł o tyle kontrowersyjny, że z pewnością wiązałby się z dużym oporem społeczeństwa. Wysokość składki była regularnie podnoszona w latach 1999 - 2007. W roku 1999 wynosiła ona 7,5% podstawy wymiaru, natomiast w 2007 r. miała miejsce ostatnia jak dotychczas podwyżka. Ustaliła ona wysokość składki na poziomie 9% od zadeklarowanej kwoty, nie niższej jednak od 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego. Rozwiązaniem przynajmniej części problemów natury finansowej służby zdrowia byłoby podniesienie tej składki do poziomu, w którym zrównalibyśmy się wysokością opłat przeznaczanych na zdrowie w bogatszych państwach Unii Europejskiej, na których tak wielu polityków pragnie się wzorować. Zasadnym jest pytanie czy polskiego podatnika, średnio dużo biedniejszego od przeciętnego obywatela z Europy zachodniej stać na takie rozwiązanie i jakie wymierne korzyści, by to przyniosło. Zwolennicy państwa opiekuńczego z pewnością poparliby projekt takich zmian, choć prawdopodobnie zasadniczy akcent położyliby na obciążeniu bogatszych obywateli większą stawką składki zdrowotnej. Taka reforma wymagałaby również reorganizacji służby zdrowia w taki sposób, żeby nie tylko podnieść jej zasoby budżetowe, ale również, a może przede wszystkim zwiększyć jej efektywność.

Druga formuła polegałaby na przebudowie systemu zdrowia z modelu ubezpieczeniowego na model budżetowy. Przy takim rozwiązaniu służba zdrowia byłaby finansowana nie ze składki zdrowotnej, a z podatków ogólnych. To przynajmniej teoretycznie mogłoby odciążyć pacjenta od kosztów leczenia. Być może pozwoliłoby to na powiększenie zasobów kapitałowych państwowej opieki medycznej, przy proporcjonalnie niewielkim odczuciu społeczeństwa. To posunięcie również wymagałoby zwiększenia nakładów na zdrowie, ale także gruntownej modernizacji działania systemu. Bardzo trudno jednak wskazać jak faktycznie zreformowałoby to działanie państwowego systemu zdrowia i czy przyniosłoby pożądane efekty.

Trzecim rozwiązaniem mogłoby być przerzucenie w mniejszym, bądź większym stopniu odpowiedzialności za leczenie bezpośrednio na obywateli. Musiałoby się to wiązać ze zmniejszeniem, bądź likwidacją składek na ubezpieczenie zdrowotne, a także prywatyzacją sektora zdrowia. Skutki takiej reformy byłyby bardzo zróżnicowane. Część społeczeństwa z pewnością odłożyłaby więcej funduszy na pokrycie kosztów ewentualnego leczenia, bądź przeznaczyłaby na inne wydatki. Niektórzy zostaliby bez jakiegokolwiek wsparcia medycznego, które obecnie przynajmniej teoretycznie jest gwarantowane. Zwolennikom takiego wyjścia najtrudniej byłoby uzasadnić jego celowość odpowiadając na pytanie skąd ludzie mieliby uzyskać fundusze na niezwykle kosztowne operacje, czy też terapie wyceniane na kilkadziesiąt tysięcy złotych częstokroć niezbędne dla ratowania życia. Przy prywatnym modelu leczenia, nieco więcej obywateli byłoby stać na kosztowne operacje finansowane z własnej kieszeni, jednak biedniejsza część społeczeństwa mogłaby skorzystać z takiego zabiegu tylko przy dobrowolnym wsparciu innej osoby czy organizacji. W kieszeniach Polaków zostałoby wprowadzić więcej pieniędzy, ale poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego zależałoby niemal wyłącznie od zasobności ich portfeli.

12. Zakończenie

Pomimo obiektywnej dysfunkcjonalności polskiej służby zdrowia widocznej na wielu płaszczyznach, widać jednocześnie wzrastającą świadomość obywateli w dziedzinie zdrowia, tego, co zdrowiu sprzyja i tego,

co mu szkodzi. Możemy śmiało mówić o rosnącej modzie na zdrowy styl życia, ze szczególnym naciskiem na zdrową żywność. Korzystają na tym również producenci zdrowej żywności, często sprzedający mniej zorientowanym klientom po znacznie wyższej cenie, produkty posiadające rzekomo wyróżniające właściwości prozdrowotne, a faktycznie nie różniące się wiele jakością od innych. Skoro jednak temat zdrowia stał się modny w tak wielu kręgach, trudno się dziwić, że czasami bywa on wykorzystywany ze szkodą dla obywatela. Niezależnie od tego, kroki jakie podejmuje spora część społeczeństwa, aby zadbać o własne zdrowie, są zauważalne i godne pochwały. Coraz większa wiedza i zainteresowanie tematem zdrowego stylu życia, to zdecydowanie pozytywna oznaka naszych czasów. Jednak, jak pokazuje złożoność natury ludzkiej, świadomość wcale nie musi iść w parze z dokonywaniem właściwych wyborów.

The article concerns the issue of difference between what the law grates and how it's realised in the matter of health safety. At the beginning there are defined crucial terms, such as health, welfare, safety. There is also noticed the disparity between individual and state's aspirations, in this meaning between individual and public safety. In the article are examined methods for providing the health safety and state's main golas in this area, taking into account how it's finance. There is also analised the situation of Polish health safety in the matter of it's problems and possibile solutions.

Radosław Pietrzak

Wydział Prawa i Administracji

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

ZDROWIE MATKI I ŻYCIE DZIECKA W ŚWIECIE PROJEKTU NOWEJ USTAWY ABORCYJNEJ

Wstęp

Nie od dziś temat aborcji stanowi problem, który jakby się wydawało jest nierozwiązywalny, gdyż różne warstwy społeczne, organizacje, partie polityczne i wiele innych patrzą na sprawę w różny sposób, często patrząc nie na zdrowie matki czy dziecka, oraz z etycznego punktu widzenia, a wyłącznie na szeroko pojęty interes społeczeństwa. W przypadku partii politycznych ekipy, o co bardziej prawicowych poglądach są przeciwni tej możliwości, zaś lewica jest temu bardziej przychylna, kościół ze względu na swą doktrynę wydaje się być absolutnym przeciwnikiem aborcji, zaś jej największym zwolennikiem wydają się być najczęściej osoby młode. Dyskusja na temat legalności zabiegu przerywania ciąży w Polsce miała miejsce już w okresie międzywojennym i pojawiła się ze względu na opracowywany projekt kodeksu karnego¹ i w gruncie rzeczy ta dyskusja w różnej formie i skali ma miejsce nieprzerwanie do czasów dzisiejszych. W tej pracy przyjrzymy się jednak temu zagadnieniu patrząc z punktu widzenia zdrowia matki, jak taki zabieg może się przełożyć na jej zdrowie zarówno psychiczne, jak i fizyczne, biorąc pod uwagę różne okoliczności zajścia kobiety w stan błogosławiony.

Rys historyczny

Na początku w dwudziestolecie międzywojennym zabieg interrupcji miał być karany karą pozbawienia wolności do lat pięciu. Projekt ten został jednak był mocno krytykowany zwłaszcza przez prawników i lekarzy, dzięki czemu w drugiej wersji projektu zamieszczono artykuł, który postanawiał, iż zabieg aborcji dokonany przez lekarza, a co więcej konieczny ze względu na stan zdrowia matki, dobro rodziny, lub istotny interes społeczny, pozostanie bezkarny. Trzeci projekt zaś oprócz tego, co wcześniej zostało wspomniane przewidywała też możliwość aborcji w sytuacji, gdy kobieta brzemienna znajdowała się w ciężkich warunkach życiowych. Jednak ten ostatni pomysł został napiętnowany przez Kościół katolicki, a także środowiska prawicowe, głównie przez ugrupowania endeckie. Z tego względu ostatecznie zachowano tylko dwie możliwości przerwania ciąży, gdy ciąża była wynikiem przestępstwa, oraz ze względu na zagrożenie życia i zdrowia kobiety² o czym mówi kodeks karny z 1932 roku w następujący sposób „Niema przestępstwa z art. 231 i 232, jeżeli zabieg był dokonany przez lekarza i przy tym: był konieczny ze względu na zdrowie kobiety ciężarnej, albo ciąża była wynikiem przestępstwa, określonego w art. 203, 204, 205 lub 206”³.

¹ T. Ślipko, Ks. M. Starowieyski, Ks. A. Muszala, *Aborcja - spojrzenie filozoficzne, teologiczne, historyczne i prawne*, Kraków 2010, s. 10.

² Ibidem, s. 10-11.

³ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. *Kodeks karny*. (Dz. U. z dnia 15 lipca 1932 r.).

Po drugiej wojnie światowej powrócono do tematu legalności przerywania ciąży; w tamtym czasie dominowała jednak tendencja krytyczna w tej kwestii, ze względu na to, iż taka możliwość osłabiłaby przyrost naturalny i tak nadwątlony przez działania zbrojne. W połowie lat 50-tych XX wieku dyktatorzy państw obozu socjalistycznego wprowadzili prawną dopuszczalność zabiegu aborcji⁴. Najpierw taką możliwość wprowadził ZSRR, a później kolejne państwa bloku wschodniego. Powodem było między innymi to, że kobiety często same dokonywały zabiegu interrupcji, w sposób niefachowy, co powodowało ich późniejsze problemy zdrowotne, powikłania i wiele innych nieprzyjemnych konsekwencji. Zwracano też uwagę na wolność kobiet w możliwości podjęcia decyzji. 27 IV 1956 r. Sejm uchwalił ustawę, która dopuszczała aborcję do 12 tygodnia w trzech przypadkach, ze wskazań lekarskich, przy uzasadnionym podejrzeniu że ciąża jest efektem przestępstwa, oraz przy trudnych warunkach bytowych kobiety. Wywołało to wiele dyskusji a później jeszcze ułatwiano możliwość zabiegu interrupcji. Dyskusja na ten temat nasiliła się ponownie w latach 1976-1978, co prawda odnotowano wysoki wskaźnik urodzeń, a jednak w parze z dużym przyrostem naturalnym szedł też wskaźnik starzenia się społeczeństwa.

Problem aborcji był też napiętnowany przez społeczeństwo ze względu na wybór na papieża Jana Pawła II, a w szczególności przysłużyła się temu jego pierwsza wizyta w ojczyźnie odkąd został wybrany. Wezwał on do duchowej i moralnej odnowy, w wyniku tego działania powstało kilka organizacji katolickich, ich celem było niesienie pomocy młodym, ciężarnym matkom. Organizacje te prowadziły działalności mające na celu uświadomienia przełożenie się na zdrowie ciężarnych kobiet zabiegu przerywania ciąży. W wyniku tych działań debata nad tym problemem powróciła na wysoką skalę w latach 80-tych XX wieku. Zwrócono uwagę na konieczność ochrony pierwszej ciąży, na potrzebę kontroli działalności gabinetów prywatnych, oraz spółdzielczych dokonujących aborcji. Ogólnie uznano, iż ustawa z 27 IV 1956 r. spełnia rolę pozytywną, co spotkało się z falą krytyki. W 1989 roku złożony został projekt przez posłów katolickich, przygotowywany na przełomie lat 1988/89⁵, który miał absolutnie zakazać przerywania ciąży i propozycję karalności aborcji, to znów wywołało falę dyskusji, czego efektem było zarządzenie Ministerstwa Zdrowia z 1990 roku, obligujące kobiety, chcące poddać się aborcji w szpitalu publicznym do przedstawienia zaświadczenia od dwóch ginekologów, lekarza internisty, a także psychologa, wtedy też zwolniono lekarzy z obowiązku wykonania takiego zabiegu, którzy by się powołali na tzw. klauzulę sumienia. Ostatecznie w 1993 roku Sejm przyjął ustawę „O planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży”. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej podpisał ustawę 14 lutego tego samego roku, a 14 dni po ogłoszeniu w Dzienniku Ustawa weszła ona w życie i od tego czasu odnotowano wyraźny spadek aborcji zarejestrowanych w Polsce⁶.

Temat aborcji w czasach współczesnych

Obecna ustawa aborcyjna dopuszcza de facto względnie niewiele przypadków w których kobieta mogłaby przerwać ciążę. Art. 149a. „[...]§1. Kto powoduje śmierć dziecka poczętego, podlega karze pozbawienia wolności do lat 2. [...] §3. Nie popełnia przestępstwa określonego w §1 lekarz, podejmujący to działanie w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, w przypadku gdy: 1) ciąża stanowiła zagrożenie dla życia lub poważne zagrożenie dla zdrowia matki, stwierdzone orzeczeniem dwóch lekarzy innych niż lekarz podejmujący działanie, o którym mowa w § 1, przy czym orzeczenie to nie jest niezbędne w przypadku

⁴ A Zięba, *Historia Legalizacji Aborcji*, Blog Pro-Life, 2016, <http://blog.pro-life.pl/opracowania/historia-legalizacji-aborcji/>.

⁵ J Kolarzowski, *Polski spór o aborcję. Część 1: Pierwszy okres kontrowersji i nowa faza sporów 1989-1990*, http://otokoclub.pl/temat_300,polski-spor-o-aborcje-czesc-1-pierwszy-okres-kontrowersji-i-nowa-faza-sporow-1989-1990,2.html, [dostęp:13.04.2016].

⁶ T. Ślipko, Ks. M. Starowieyski, Ks. A. Muszala, *Aborcja - spojrzenie filozoficzne, teologiczne, historyczne i prawne*, Kraków 2010, s. 11-17.

natychmiastowej konieczności uchylenia zagrożenia dla życia matki, 2) gdy śmierć dziecka poczętego nastąpiła wskutek działań podjętych dla ratowania życia matki albo dla przeciwdziałania poważnemu uszczerbkowi na zdrowiu matki, którego niebezpieczeństwo zostało potwierdzone orzeczeniem dwóch innych lekarzy, 3) badania prenatalne, potwierdzone orzeczeniem dwóch lekarzy innych niż lekarz podejmujący działanie, o którym mowa w § 1, wskazują na ciężkie i nieodwracalne uszkodzenie płodu, 4) zachodzi uzasadnione podejrzenie potwierdzone zaświadczeniem prokuratora, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego. §4. W szczególnie uzasadnionych przypadkach sąd może odstąpić od wymierzenia kary wobec sprawcy przestępstwa określonego w §1⁷. Jak można zauważyć, ustawa ta, ma wyłącznie na celu chronić zdrowie psychiczne i fizyczne matki, oraz ewentualną możliwość niedopuszczenia do narodzin dziecka, które musiałoby żyć z bardzo ciężkimi urazami, chorobami i innymi utrudnieniami.

Obecnie pojawił się pomysł, by wprowadzić dodatkowe obostrzenia, które prawie całkowicie zakazywałyby kobietom zabiegu interrupcji, poza przypadkiem, w którym zagrożone byłoby zdrowie matki⁸. Jest to projekt obywatelski, który został złożony do parlamentu i ma zostać nad nim przeprowadzona debata⁹. Wedle tego projektu od tej pory kobieta nie będzie mogła usunąć ciąży powstałej w wyniku gwałtu¹⁰. Jest to duże obostrzenie, jednakże w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka w art. 3 jest napisane – „Każdy człowiek ma prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa swej osoby”¹¹, a to dotyczy również życia poczętego. Kolejną przesłanką, która wskazuje na potrzebę zredukowania możliwości dokonywania aborcji jest fakt, iż wedle statystyk z każdym następnym rokiem dokonuje się coraz więcej legalnych zabiegów interrupcji. Rząd jest zobowiązany do corocznego przedstawiania w Sejmie sprawozdania z wykonania ustawy o planowaniu rodziny; zestawienie przygotowuje resort zdrowia. Zgodnie z nim w 2011 r., przeprowadzono 669 aborcji, w 2012 r. - 752 zabiegów legalnego przerwania ciąży. Dane resortu zdrowia różnią się od danych NFZ, który rozlicza wykonane przez szpitale legalne aborcje. W 2013 r. szpitale wystąpiły do Funduszu o rozliczenie 1354 takich zabiegów. W 2014 r. rozliczono 1812 legalnych aborcji¹². To wszystko powoduje poważny problem dla prawodawcy, gdyż musi podjąć decyzję o tym, jakie rozwiązanie w takiej sytuacji będzie najrozsądniejszym, zarówno z etycznego punktu widzenia, jak i z perspektywy postrzegania zdrowia matek, tak przez same zainteresowane, a także od strony zgodności z prawem międzynarodowym¹³. Obecne nastroje społeczne raczej idą ku temu, by ustawa aborcyjna pozostała taką jaką jest, ewentualnie by jeszcze ją zliberalizować. Czynniki społeczny jednoznacznie wskazuje, iż aborcja powinna być zdepenalizowana, argument ten potwierdzają niektórzy sędziowie, którzy często nie chcą zajmować się sprawami dotyczącymi aborcji, ulegają opinii publicznej, środkom masowego przekazu, czy też przełożonym¹⁴. Autorzy zliberalizowania ustawy dążą do tego by kobiety miały pełną władzę nad swoim ciałem i decydowała o życiu swojego dziecka¹⁵. To też ma swoje wady, jednakże nie chodzi tutaj o to by bronić tylko zdrowie matki, ale także poniekąd dziecka.

⁷ Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. 2001, nr 154, poz. 1792).

⁸ G. Osiecki, K. Klingiel, <http://wiadomosci.dziennik.pl/polityka/artykuly/516112,aborcja-usuniecie-ciazy-matka-sejm-prawo-projekt-ustawy-pis-wiezienie-kobieta-dziecko-przerywanie-ciazy.html>, [dostęp: 21.03.2016].

⁹ J. Kamińska, *Wieżenie za aborcję. Obywatelski projekt ustawy czeka na akceptację*, <http://fakty.interia.pl/tylko-u-nas/news-wiezienie-za-aborcje-obywatelski-projekt-ustawy-czeka-na-akc,nld,2172468>, [dostęp: 01. 04. 2016].

¹⁰ Gosc.pl, *Ordo Iuris*, <http://gosc.pl/doc/3044791.Jest-nowy-projekt-ustawy-antyaborcyjnej> [dostęp: 21.03.2016].

¹¹ Powszechna Deklaracja Praw Człowieka.

¹² Wiara.pl, *Najnowsze statystyki legalnych aborcji w Polsce*, <http://rodzina.wiara.pl/doc/2432742.Najnowsze-statystyki-legalnych-aborcji-w-Polsce> [dostęp: 14.04.2015].

¹³ M. Schooyans, *Aborcja a polityka*, Lublin 1991, s. 59.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ Ibidem, s. 67.

Prawdą jest, że zabieg interrupcji oznacza poniekąd okaleczenie kobiet¹⁶. Jednakże trzeba się zastanowić czy nie jest to koszt uratowania zdrowia psychicznego niedoszłej matki, np. jeżeli ciąża ta była z gwałtu. Należy w tym wszystkim pamiętać również o dzieciach, które z góry skazane będą w razie gdyby miały się narodzić na niepełnosprawność, choć oczywiście zdarzają się przypadki, kiedy to lekarze, hiperbolizują wady genetyczne nienarodzonych jeszcze dzieci. Dzisiejsze czasy i rozwój technologii zapewniają możliwość dostępu do informacji i badań prenatalnych, gdy istnieje podwyższone ryzyko, bądź podejrzenie wystąpienia wady genetycznej, lub rozwojowej płodu. Warunkiem dopuszczalności przerywania ciąży natomiast jest duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu, albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu weryfikowanych za pomocą badań prenatalnych, lub innych przesłanek medycznych¹⁷. To pokazuje po raz kolejny bardzo małą dopuszczalność aborcji w polskim prawodawstwie. Ważną rzeczą jest jednak też to że, jakakolwiek decyzja by nie miała zostać podjęta bez lekarzy i prawników. Jest w tym temacie wiele dyskusji i wydaje się że problem ten należy wyłącznie do sfery ustawodawstwa pozytywnego, czyli takiego które wypływa tylko ze świadomych ustaleń prawodawcy. Gdyby chodziło o zwykły problem techniki prawnej i redakcyjnej procesu opracowywania ustawy, wszystkie rozwiązania byłyby w zasadzie dopuszczalne, przy takim ograniczeniu perspektywy zwycięży pogląd który komuś uda się narzucić pozostałym. W takiej sytuacji prawo będzie uważane już za kwestię czysto umowną, która wynika z woli większości, a czasem nawet i poniekąd z użycia siły, rzecz jasna nie dosłownej, ale bardziej chodzi o oddziaływanie psychiczne, czyli za pomocą demonstracji, mediów, różnych organizacji i wiele innych. Sprowadza się to do stwierdzenia iż „prawo musi odzwierciedlać obyczaje i ich ewolucję. Jest to co prawda droga prowadząca czasem do pewnych wypaczeń, ale na tym przecież polega życie w kraju demokratycznym, aby decydowała wola większości. Cała tradycja polityczna i prawna świata zachodniego odzwierciedla stały wysiłek na rzecz upowszechnienia akceptacji w miejsce układów opartych na sile, wysiłek na rzecz doprowadzenia do pewnej racjonalności w stosunkach międzyludzkich oraz uniezależnienia ich od dowolności ocen i subiektywnych kaprysów. Z wyjątkiem reżimów dyktatorskich owa tradycja prawna opiera się wszędzie na bezwarunkowym poszanowaniu drugiego człowieka. W tym sensie cechą charakterystyczną jest troska o zachowanie obiektywności¹⁸.

W temacie ochrony zdrowia matki przy zabiegu aborcji bardzo istotny element stanowi również etyka lekarska która mówi m.in., że „Lekarz ma prawo do ujawnienia zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka”¹⁹. Co niejako powinno też obligować do pomocy kobiecie przy ewentualnej decyzji do zabiegu interrupcji, jednakże nie zawsze tak jest. To, co istotne w tego typu sprawach (i co jednocześnie czyni je tak kontrowersyjnymi), to fakt, że upośledzenia nie są spowodowane zaniedbaniami, ani tym bardziej celowymi działaniami personelu medycznego, który nie mógł ani im zapobiec, ani ich wyleczyć. Wina stoi po stronie lekarza, który przez swoje niewłaściwe zachowanie niejako „zmusił do życia” upośledzone dziecko, przy czym życie w takich warunkach jest dla niego źródłem cierpienia, które ma wymagać rekompensaty. Z punktu widzenia osoby poszkodowanej, tj. samego dziecka, byłoby lepiej bowiem, gdyby nigdy się nie narodziło²⁰. Kolejną sprawą jest to, że nie każdą matkę jest stać na utrzymanie dziecka upośledzonego, a państwo nie jest w stanie zapewnić odpowiednich dopłat na utrzymanie takiego dziecka. Następną kwestią, którą należy poruszyć jest ciąża z gwałtu na nastolatkach.

¹⁶ T. Ślipko, Ks. M. Starowieyski, Ks. A. Muszala, *Aborcja - spojrzenie filozoficzne, teologiczne, historyczne i prawne*, Kraków 2010, s. 69.

¹⁷ J. Harebko, *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*, Warszawa 2010, s. 219.

¹⁸ M. Schooyans, *Aborcja a polityka*, Lublin 1991, s. 51-54.

¹⁹ K. Sławik, *Zagrożenia życia i zdrowia ludzkiego w Polsce*, Warszawa 2015, s. 154.

²⁰ W Sitek, *Zadośćuczynienie w sprawach wrongful life w świetle prawa polskiego*, PiP 2010.

Stan brzemienny to jedna z głównych przyczyn śmierci nastoletnich dziewcząt na całym świecie, w związku z komplikacjami związanymi z porodem i wynikającymi z niebezpiecznych aborcji. Ryzyko śmierci z powodów związanych z ciążą jest pięciokrotnie wyższe u dziewcząt poniżej 15 roku życia niż u kobiet między 20, a 30 rokiem życia. „Coraz częściej można zauważyć, że ciąża u nastolatek i wczesne rodzicielstwo mogą zaowocować słabymi wynikami w nauce, słabym zdrowiem psychicznym i fizycznym oraz izolację społeczną. Niekorzystna sytuacja socjoekonomiczna może być zarówno skutkiem, jak i również przyczyną wczesnego rodzicielstwa.” W Wielkiej Brytanii, kraju o największym w Europie Zachodniej odsetku ciąż nieletnich, badania wykazały negatywne konsekwencje wczesnego rodzicielstwa. Za przykład mogą tu posłużyć:

Zdrowie – negatywne krótko-, średnio- i długoterminowe konsekwencje zdrowotne dla młodych matek

Sytuacja mieszkaniowa – 80% matek poniżej 18 roku życia mieszka w czymś gospodarstwie domowym (np. rodziców), nastolatki są też częściej zmuszone do przeprowadzki podczas ciąży

Edukacja i zatrudnienie – młode matki mają znacznie mniejsze szanse na ukończenie edukacji, większe szanse na nieuzyskanie wyższego wykształcenia, czy nawet średniego do wieku 33 lat, większe szanse na korzystanie z opieki społecznej i na niższe wynagrodzenie niż ich rówieśnicy

Rodzina – nastoletnie matki częściej są samotnymi rodzicami i częściej znajdują się w centrum konfliktu rodzinnego.

Brak dostępu do aborcji, kiedy ciąża jest wynikiem gwałtu jest potencjalnym złamaniem zakazu tortur, okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania oraz karania. Penalizacja aborcji, kiedy ciąża jest wynikiem gwałtu, łamie prawo kobiety do równego korzystania z praw, z życia, i z prawa do wolności od tortur oraz okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania i kar. Komitet Praw Człowieka w swoich podsumowujących obserwacjach dla Polski wyraził zaniepokojenie brakiem praktycznej możliwości przerwania ciąży w sytuacji, w której jest ona dopuszczona przez prawo, tak jak ma to miejsce w przypadku gwałtu. Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy (PACE) potwierdziło niedawno, że: „gdy ciąża jest wynikiem gwałtu, kobieta powinna mieć możliwość jej przerwania.” PACE wezwało kraje członkowskie do dekryminalizacji aborcji, zagwarantowania kobietom możliwości skutecznego korzystania z prawa do bezpiecznej i legalnej aborcji, zniesienia ograniczeń *de jure* i *de facto* w dostępie do aborcji. Mówiąc najogólniej cały świat w obecnych czasach zmierza do tego że są przypadki, w których aborcja powinna być dopuszczalna ze względów zarówno zdrowotnych dla matki, tak fizycznych jak i psychicznych, także ponieważ ze względów etycznych, a także ze względu na życie dziecka poczętego które w poszczególnych skrajnych przypadkach całe życie byłoby skazane na cierpieniu, brak możliwości normalnego funkcjonowania i wiele innych powodów²¹.

Zakończenie

Podsumowując różne są spojrzenia na temat zabiegu interrupcji, ludzie o poglądach prawicowych, czyli przede wszystkim partie polityczne o takich poglądach oraz Kościół katolicki, którego stanowisko jest

²¹ Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, *Informacje o ciążach nieletnich, gwałcie i aborcji*, http://www.federa.org.pl/?option=com_content&view=article&id=6&Itemid=14, © 2013

jednoznaczne i niezmiennie od lat są za ograniczaniem tej możliwości²², zaś ludzie o lewicowych poglądach popierają jej liberalizację. Na poglądy w tym temacie wpływa wiele czynników, takich jak psychologia tłumu, polityka, mentalność w danym społeczeństwie, sytuacja materialna w rodzinach, przyrost naturalny i wiele innych. Wydaje się być trudne znalezienie złotego środka, jednakże chyba najlepszym sędzią w tej sprawie jest wola społeczeństwa, a zwłaszcza wola matek i sytuacja w jakiej się w danej chwili znajdują, tak materialna jak i zdrowotna oraz spojrzenie na to zagadnienie z punktu widzenia etyki. Zatem najrozsądniejszym wyjściem będzie chyba zachowanie w tej sprawie stabilizacji i równowagi, a biorąc pod uwagę ustawę aborcyjną, która obowiązuje obecnie, a która była wynikiem konsensusu wszystkich możliwych czynników, i jest ona ich bardzo dobrym odzwierciedleniem, a naruszanie tej równowagi jest niepotrzebne.

Problem of abortion and health of mother in this view is the one of these, which seems unsolvable. One of the biggest problem here is the point of view in politics, different to opposite sides of right-winged and left-winged politicians. More than that, we have to see the ethical, social, and many other points of view. It was a problem even in history, before war, after war, in times of fall of iron curtain, and nowadays it's problem too. In the present times nations gave an idea of abortional law to parliament, and it's waiting for its acceptance. It worth notifying that abortional law from 1993 year in Poland was a compromise of many people with different points of view. Now, it's probably going to change, and we don't know if it is going to be better or worse.

²² M Szuldrzyński, *Ustawa aborcyjna. Co powinien zrobić wierzący polityk?*, <http://wiadomosci.wp.pl/kat,1041267,title,Ustawa-aborcyjna-Co-powinien-zrobic-wierzacy-polityk,wid,18251054,wiadomosc.html?ticaid=116ea7>, 05.04.2016

Paweł Zakrzewski

Wydział Humanistyczny

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

OPIEKA NAD MACIERZYŃSTWEM, DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ W OKRESIE MIĘDZYWOJENNYM. PROJEKT USTAWY MINISTERSTWA OPIEKI SPOŁECZNEJ Z ROKU 1936

Uwagi wstępne

Celem niniejszego artykułu nie jest ukazanie całości problematyki opieki społecznej w drugiej Rzeczypospolitej tylko tych aspektów, ustawodawstwa oraz działalności państwa polskiego okresu międzywojennego w zakresie opieki nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą. Artykuł podzielony jest na dwie części. Pierwsza z nim przedstawia stan opieki nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą oraz jest podstawy prawne. Natomiast druga część jest analizą projektu ustawy z roku 1936, która z niewiadomych przyczyn nie została ogłoszona a tym samym nie weszła nigdy w życie.

Wstęp

Praca społeczna w kwestii opieki nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą w drugiej Rzeczypospolitej rozwijała się w niejednakowym stopniu. Oczywiście w okresie trwania Wielkiej Wojny można zauważyć pewne formy działania mające na celu powszechne ratowanie dzieci i młodzieży podejmowane przez największą wówczas organizację społeczną – Radę Główną Opiekuńczą. Nie zmienia to jednak faktu, że w pierwszych latach niepodległości Polski opieka społeczna organizowała się w nieporównywalnie cięższych warunkach niż miało to miejsce w innych krajach europejskich. Spowodowane to było m. in.: 1) trudnym położeniem materialnym i politycznym odrodzonego państwa, 2) wielkim zróżnicowaniem dzielnicowym, które Polska odziedziczyła po okresie zaborów, 3) ogromnymi zniszczeniami wywołanymi działaniami militarnymi nie dawno zakończonej Wielkiej Wojny oraz polityką rabunkową okupantów, która ograbiła cały kraj nie tylko z niezbędnych zapasów żywności, produktów przemysłowych pierwszej potrzeby ale również naruszyła przy tym podstawy życia mieszkańców tych ziem jak i rozwój gospodarczy.

Żebyśmy mogli sobie uświadomić ogrom tychże zniszczeń oraz warunki odrodzenia państwa polskiego wspomnieć należy, że bezpośrednie straty wojenne oceniano na 10 miliardów złotych w złocie co dawało po przeliczeniu blisko 2 miliardy dolarów¹. Na te problemy ekonomiczne i ogólny niedostatek ludności nałożył się jeszcze cały szereg zaniedbań w przestrzeni opieki społecznej, które były następstwem słabego rozwoju gospodarczego każdej dzielnicy kraju w czasie niewoli.

Należy w tym miejscu również pamiętać, że w momencie odzyskania przez Polskę niepodległości ta nie posiadała jeszcze podstawowych struktur państwowych a społeczeństwo polskie rozdzielone do tej pory granicą zaborów nie stanowiło jednolitej całości narodu², powodując tym samym zastój w kwestii opieki społecznej. Z tej też racji opracowanie jednolitego systemu opieki było jednym z trudniejszych aspektów życia społecznego przed którym stanęło młode państwo polskie. Po objęciu władzy przez Józefa Piłsudskiego

¹S. Kieniewicz, *Historia Polski 1795-1918*, Warszawa 1983, s. 511.

²J. Żarnowski, *Spółeczeństwo Drugiej Rzeczypospolitej 1918-1939*, Warszawa 1973, s. 16.

w listopadzie 1918 roku zostało utworzone Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej³ na czele którego jako pierwsi stanęli Bronisław Ziemięcki jako minister⁴ i Aleksander Prystor pełniący funkcję wiceminister⁵.

Do spraw najpilniejszych stojących przed Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej należało zająć się opieką nad macierzyństwem i niemowlętami. Z racji rozmyślnej bierności władz zaborczych była to jedna z najbardziej zaniedbanych kwestii opieki społecznej w pierwszych latach Odrodzonej Polski. O ile jednak hasło opieki nad niemowlętami zostało w szybki sposób podłapane przez ogół społeczeństwa polskiego i rozwijało się w znacznym tempie⁶, o tyle gorzej przedstawiała się sytuacja opieki społecznej nad macierzyństwem. Brak jakiegokolwiek zrozumienia przez społeczeństwo dość istotnej sprawy przekładał się na małą ilość zakładów dla rodzących oraz całkowity niedostatek zakładów opiekuńczych nad macierzyństwem⁷. Dlatego też rząd polski musiał rozpocząć w tym zakresie pracę od podstaw.

Fundamentem ustawodawstwa polskiego w kwestii opieki nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą jest artykuł 103 Konstytucji z dnia 17 marca 1921 roku, w którym czytamy: *Dzieci bez dostatecznej opieki rodzicielskiej, zaniedbane pod względem wychowawczym - ją prawo do opieki i pomocy Państwa w zakresie, oznaczonym ustawą. Odjęcie rodzicom władzy nad dzieckiem może nastąpić tylko w drodze orzeczenia sądowego. Osobne ustawy normują opiekę macierzyństwa. Praca zarobkowa dzieci niżej lat 15, praca nocna kobiet i robotników młodocianych w gałęziach przemysłu, szkodliwych dla ich zdrowia, jest zakazana. Stałe zatrudnianie pracą zarobkową dzieci młodzieży w wieku szkolnym jest zakazane*⁸.

Kolejnym krokiem było wydanie ustawy z dnia 16 sierpnia 1923 roku o opiece społecznej. Ustawa ta posiadając ogólny, ramowy charakter wskazywała między innym, iż opieka społeczna swoim zasięgiem powinna obejmować w sposób szczególny ochronę macierzyństwa oraz opiekę nad niemowlętami, dziećmi i młodzieżą. W myśl przepisów tej ustawy zobowiązane do opieki społecznej zostały związki samorządowe, gminne, powiatowe i wojewódzkie Komisje Opieki Społecznej⁹; Państwo, poza przypadkami, w niniejszej ustawie wymienionymi, ponosi wydatki, połączone z opieką nad osobami, względem których ma specjalne obowiązki z tytułu publicznego, tudzież z wykonaniem tych rodzajów opieki, które przekraczają możliwość świadczenia związków komunalnych¹⁰. Zwierzchnią władzą w sprawach opieki społecznej jest Minister Pracy i Opieki Społecznej przy którym istnieje, jako jego organ doradczy i opiniotwórczy, Rada Opieki Społecznej, złożona z reprezentacji ciał samorządowych, instytucji opieki społecznej i zainteresowanych ministerstw¹¹.

³ W roku 1932 zmieniono nazwę na Ministerstwo Opieki Społecznej.

⁴ Bronisław Ziemięcki (ur. 27. I. 1885, zm. 22. II. 1944) – polityk, poseł na Sejm I kadencji, prezydent miasta Łodzi. Absolwent Politechniki Lwowskiej i Wyższej Szkoły Technicznej w Moskwie. Działacz Polskiej Partii Socjalistycznej. Od 1916 był członkiem Centralnego Komitetu Robotniczego PPS, a od 1917 reprezentował PPS w Porozumieniu Stronnictw Demokratycznych. Był członkiem Komisji Realizacyjnej Tymczasowej Rady Stanu. Od 7 listopada do 16 listopada 1918 sprawował funkcję ministra przemysłu w Tymczasowym Rządzie Ludowego Republiki Polskiej, zaś od 17 listopada 1918 do 16 stycznia 1919 był ministrem pracy i opieki społecznej w rządzie Jędrzeja Moraczewskiego.

⁵ Aleksander Błażej Prystor (ur. 2. I. 1874, zm. 1941) polityk, premier, pułkownik piechoty Wojska Polskiego. Był działaczem niepodległościowym, członkiem PPS, Organizacji Bojowej tego ugrupowania, a także PPS – Frakcji Rewolucyjnej, Związku Walki Czynnej, Związku Strzeleckiego oraz Polskiej Organizacji Wojskowej. Jeden z czołowych polityków sanacji, bliski współpracownik Józefa Piłsudskiego. Członek tzw. grupy pułkowników. Premier od 27 maja 1931 do 9 maja 1933. Poseł na Sejm III kadencji z ramienia BBWR (1930–1935), później senator IV i V kadencji z ramienia OZN-u (1935–1939). Po wybuchu II wojny światowej przebywał na Litwie. Po jej zajęciu przez ZSRR aresztowany przez NKWD. Zmarł w szpitalu więziennym na Butyrkach w Moskwie.

⁶ W roku 1928 funkcjonowało w Drugiej Rzeczypospolitej 225 stacji opieki nad niemowlętami (część była w toku organizacji), 195 pijalni mleka, 30 żłobków zamkniętych (705 łóżeczek), 46 żłobków dziennych, 4 pogotowania opiekuńcze (130 łóżeczek), 7 schronisk dla podrzutków (290 łóżeczek), Dom Wychowawczy im. Ks. Baudouin'a w Warszawie (400 łóżeczek). *Opieka nad macierzyństwem...*, s. 20.

⁷ W roku 1927 wszystkich łóżek dla kobiet rodzących było 2.345, w tą liczbę wliczone są łóżka z powszechnych szpitali oraz prywatnych zakładów leczniczych, które były przeważnie przeznaczone dla zamożniejszego społeczeństwa. Łóżek dla kobiet ciężarnych nie przekracza liczby 100, podobnie jest z łóżkami dla położnic i matek karmiących. Tamże, s. 20

⁸ Dz. U. RP. 1921, nr 44, poz. 267, art. 103.

⁹ Dz. U. RP. 1923, nr 92, poz. 726; T. Kopeć, *Rozwój opieki społecznej nad matką i dzieckiem w Polsce*, Warszawa 1936, s. 2.

¹⁰ Dz. U. RP. 1923, nr 92, poz. 726

¹¹ *Ibidem*.

Zarówno ustawa konstytucyjna z dnia 17 marca 1921 roku jak też ustawa o opiece społecznej uznały wspólnie ogólne prawo matki i dziecka do opieki społecznej. Dalsze jednak prace wymagały szeregu szczegółowych ustaw i rozporządzeń, które ujęłyby w sposób całościowy poszczególne zagadnienia opieki społecznej nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą. Problem pomocy i opieki nad kobietami ciężarnymi i matkami karmiącymi regulowała ustawa z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym zabezpieczeniu na wypadek choroby, zobowiązywała ona Kasy Chorych do udzielaniu świadczeń dla położnic t.j. kobiet rodzących. Świadczenia te miały polegać na zapewnianiu pomocy lekarskiej i położniczej przed, w czasie i po położeniu oraz wypłacaniu zasiłków położniczych przez 8 tygodni z czego 6 tygodni powinno wypadać po porodzie; nadto po upływie powyższego terminu Kasy Chorych zobligowane były do wypłaty przez kolejne 12 tygodni zasiłku dla matek karmiących.

Obok wyżej wymienionych już przepisów prawnych, z których mogli korzystać jedynie ubezpieczeni w Kasach Chorych jak i ich rodziny, ustawodawstwo polskie przewidziało również przepisy, które normowały pracę zarobkową kobiet ciężarnych i matek karmiących. Ustawa z dnia 2 lipca 1924 roku o pracy młodocianych i kobiet, bo o niej jest mowa nadawała kobietom prawo do korzystania w czasie ciąży z przerw w pracy nie dłuższych niż 6 dni w miesiącu oraz prawo do 6-tygodniowej przerwy w pracy przed porodem i tyleż samo po porodzie. Aby uzyskać 6-tygodniową przerwę w pracy kobieta była zobowiązana do złożenia w zakładzie pracy /przedsiębiorstwie świadectwa lekarskiego, które potwierdzało, że przewidywane rozwiązanie spodziewane jest za 6 tygodni. W czasie tych wszystkich przerw w pracy pracodawcy nie wolno było rozwiązać z kobietą służbowego stosunku pracy.

Oprócz wymienionych powyżej przepisów regulujących stosunek ochrony pracy kobiet ciężarnych, ustawa zawierała również normy prawne w zakresie matek karmiących. Przepisy te zobowiązywały pracodawców w przedsiębiorstwach, w których pracowało więcej niż 100 kobiet do zakładania i prowadzenia przyprzedsiębiorczych żłobków dla niemowląt, przy czym matkom karmiącym przysługiwało prawo do korzystania w ciągu godzin pracy z dwóch i półgodzinnych przerw w pracy, które wliczane były do godzin przepracowanych. Artykuł 15 powyższej ustawy mówiący o żłobkach wzbudził pośród przedsiębiorców duże poruszenie, dlatego też Min. Pracy i Opieki Społ. wydało dnia 11 marca 1927 roku uzupełniające rozporządzenie, regulując tym samym do końca sprawę zakładania i prowadzenia żłobków w przedsiębiorstwach oraz kwestię nadzoru nad nimi¹².

Przytoczone tu ustawy o ochronie pracy kobiet jak również i wydawane w tym zakresie rozporządzenia miały na celu ochronę i opiekę macierzyństwa i zdrowego wychowywania niemowląt, nie obejmowały jednak one osób, które dosyć często zajmowały się zawodowo karmieniem obcych niemowląt – mamek. Problem ten został rozwiązany rozporządzeniem Min. Pracy i Opieki Społ. z dnia 14 października 1924 roku w sprawie praw i obowiązków kobiet karmiących obce niemowlęta¹³.

Rozporządzenie określało jakie warunki musi spełnić kobieta przyjmująca obce niemowlę na wykarmienie. Nadzór nad stanem zdrowotnym tych kobiet oraz nad przestrzeganiem przepisów miały sprawować odpowiednie władze sanitarne¹⁴.

Rząd polski prowadził szereg inicjatyw związanych z podniesieniem stanu opieki nad macierzyństwem i niemowlętami m.in. podjęto akcję uświadamiającą, która miała na celu m.in.: 1) spopularyzowanie wiadomości o wpływie alkoholu, przymiotu, rzeżączki i gruźlicy na przebieg ciąży i porodu oraz na rozwój płodu i jego obciążenie dziedziczne, 2) uświadomienie dorastających dziewcząt co do ich zadań jako przyszłych matek, 3) uświadomienie czynników samorządowych i społecznych co do ich obowiązków w

¹² Dz. U. RP. 1927, nr 32, poz. 293.

¹³ Dz. U. RP. 1924, nr 94, poz. 876.

¹⁴ *Ibidem*.

zakresie ochrony macierzyństwa. Obok tego organizowano zakłady opiekuńcze, stacje opieki nad matkami i dziećmi, w których młode kobiety uczyły się jak postępować z noworodkami¹⁵. Wszystkie te zabiegi poprawiły zakres opieki nad macierzyństwem i niemowlętami. Podsumowanie całości opieki nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą przedstawimy na koniec części pierwszej. Przejdźmy zatem do drugiej grupy tj. opieki nad dziećmi i młodzieżą.

Warunki rozwoju opieki nad dziećmi i młodzieżą

Wielka Wojna wywołała wśród państw europejskich jak również i w Odrodzonej Polsce konieczność zwiększenia opieki nad dziećmi w znacznie przeważających rozmiarach świadczeń niż to było przed wojną. Spowodowane to było tym, że w pierwszych latach po zakończeniu wojny na ziemiach polskich trwały intensywne ruchy ludnościowe, które stanowiły charakterystyczną cechę obrazu demograficznego Polski tego okresu¹⁶. Setki tysięcy ludzi, a wśród nich ogromna liczba sierot i dzieci opuszczonych, zbłąkanych podczas wojennej zawieruchy powracało z tułaczki do miejsc w których żyli wcześniej, co było dodatkowym nie jako problemem z którym to musiało się zmierzyć państwo polskie.

Długo trwałe działania wojenne w sposób szczególny odbiły się negatywnie na dzieciach i młodzieży. Wyrwane ze swoich normalnych warunków życia codziennego i pozbawione opieki rodzicielskiej stały się przedmiotem działalności różnych towarzystw, komitetów społecznych. Najbardziej znaną organizacją społeczną takiego typu była Rada Główna Opiekuńcza a później Komitet Polsko-Amerykański Pomocy Dzieciom¹⁷, którego działalność pozwoliła przetrwać okres najgorszego niedostatku.

W dniu 13 stycznia 1920 roku, uchwałą Sejmu Ustawodawczego powoływano Pogotowia Opiekuńcze, będące formą opieki doraźnej nad dziećmi, bezdomnymi, żebrzącymi, wałęsającymi się oraz porzuconymi w wieku od 3 do 16 lat. Dzieci mogły przebywać w pogotowiu 14 dni a w wyjątkowych okolicznościach do 3 miesięcy. Ośrodki te miały być finansowane przez samorządy, instytucje społeczne i osoby prywatne a także dotacje państwowe¹⁸.

Podjęmowane przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej próby uregulowania opieki nad dziećmi i młodzieżą, paliły niekiedy na panewce, przykładem może być projekt ustawy o opiece nad dziećmi i młodzieżą z roku 1921, któremu zarzucono, że sprowadza opiekę jedynie do wspierania materialnego, pomijając przy tym opiekę higieniczno-lekarską, prawną oraz społeczno-wychowawczą¹⁹. Dopiero wspomniana już wyżej ustawa o opiece społecznej z dnia 16 sierpnia 1923 roku wprowadziła obowiązkowy system opieki względem wszystkich potrzebujących pomocy, zamykając tym samym niejako proces regulacji prawnej opieki społecznej.

Nieco lepiej zabezpieczony został los sierot wojennych. Podstawą prawną opieki nad sierotami wojennymi było rozporządzenie ministrów pracy i opieki społecznej, spraw wojskowych i skarbu z dnia 11 sierpnia 1923 roku. Na mocy tego rozporządzenia zostały ustalone tryb oraz zasady finansowania sierot wojennych, które umieszczone były w zakładach opiekuńczych. Organizowaniem opieki nad nimi zajmowały się władze pierwszej instancji zaś finansowanie należało do urzędów wojewódzkich. Dawało to podstawę do otoczenia opieką znacznej liczby dzieci. Wspomniana już wyżej ustawa z dnia 2 lipca 1924 roku o pracy młodocianych i kobiet chroniła młodych pracowników przed nadmiernym wykorzystaniem przez pracodawcę.

¹⁵ F. Gałęcka, *o stacjach opieki nad matką i dzieckiem*, Łódź 1932.

¹⁶ M. Leczyk, *Oblicze społeczno-polityczne Drugiej Rzeczypospolitej*, Warszawa 1988, s. 69.

¹⁷ *Służba społeczna w Polsce*, Komitet Polski Międzynarodowej Konferencji Służby Społecznej, Warszawa 1928, s. 38.

¹⁸ „Monitor Polski” 1920, nr 52 z dn. 4.III. 1920r.

¹⁹ U.

Kierując się dobrem dziecka władze państwowe podejmowały przez cały okres międzywojenny reorganizacje systemu opieki społecznej. W ramach tych ulepszeń systemu opieki nad dziećmi i młodzieżą Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej dnia 20 marca 1925 roku wydało okólnik w *sprawie reorganizacji zakładów opiekuńczych*, w którym zalecało wyłącznie z zakładów opiekuńczych dzieci potrzebujących specjalistycznej opieki wychowawczej lub lekarskiej²⁰. Dzieci te miały być kierowane do zakładów specjalistycznych. Drugim rozporządzeniem w powyższym okólniku był podział wychowanków według wieku i płci²¹. Trzecim i ostatnim nakazem Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej było tworzenie nowych typów zakładu: 1) dla dzieci do 3 lat (żłobki), 2) dla dzieci w wieku przedszkolnym: 3-7 (ochronki), 3) dla dzieci w wieku 7-14 (szkoły powszechne) oraz 4) dla starszej młodzieży (szkoły średnie lub zawodowe)²².

Oddanie młodzieży zakładowej oraz poprawa sytuacji opieki i wychowania zależne było w dużej mierze od rozbudowy sieci zakładów opiekuńczych. W tym też celu zostało wydane przez Prezydenta RP 16 stycznia 1928 roku rozporządzenie o budowie i utrzymaniu wojewódzkich zakładów opiekuńczo-wychowawczych. Na mocy tego rozporządzenia przekazywano samorządom wojewódzkim parcele pod budowę zakładów opiekuńczych. Koszt tych placówek miały pokrywać wojewódzkie związki komunalne.

Do rozporządzeń wykonawczych Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej mających na celu poprawę funkcjonowania zakładów opiekuńczo-wychowawczych trzeba wymienić trzy: 1) rozporządzenie z dnia 10 października 1927 roku o kwalifikacjach kierowników, 2) rozporządzenie z dnia 12 października 1927 roku o regulaminach zakładów opiekuńczych a także 3) instrukcję dla zamkniętych zakładów opiekuńczych dla dzieci i młodzieży z roku 1925, która w sposób szczegółowy wytycza obowiązki zakładu w kwestii wychowania fizycznego, umysłowego i moralno-religijnego²³.

Niektóre zakłady utworzone zostały już w czasie wojny. Ich inicjatorami były przeważnie komitety i organizacje społeczne. Organizowanie tego typu placówek wychowawczych nie wymagało ze strony władzy jakiegokolwiek zgody ani też urzędowej rejestracji²⁴. Władze państwowe od samego początku akceptowały takie instytucje i starały się uregulować kwestię ich działalności, co w pierwszych latach tworzenia państwowości polskiej było bardzo trudne. Placówki te w znacznym stopniu przeznaczone były dla sierot po poległych w walce o niepodległość kraju, o czym już wyżej mówiliśmy ale nie tylko. W zakładach przebywały również inne dzieci normalne i upośledzone w wieku 14-17 lat. Wychowankowie tych zakładów zobowiązani byli ukończyć szkołę powszechną i zdobyć pełne wykształcenie zawodowe by w przyszłości móc konkurować na rynku pracy. Ponadto Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej zaleciło kierownictwu zakładowemu by byli w stałym kontakcie ze swoimi wychowankami, udzielali im porad i pomocy w znalezieniu pracy, a kiedy potrzeba udzielali im również wsparcia materialnego (okólniki z dnia 23 maja 1930 roku i 20 marca 1931 roku)²⁵.

W roku 1934 rozporządzeniem Prezydenta z 28 grudnia znówelizowano ustawę o opiece społecznej z roku 1923, która od samego początku była krytykowana. W nowelizowanej ustawie przepisy dotyczące opieki nad dziećmi i młodzieżą zyskały status odrębnych aktów prawnych.

Podsumowując działania na rzecz opieki nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą można ocenić je dobrze, choć brak jednolitej ustawy, która by określała spinała wszystkie aspekty opieki nad

²⁰ *Ibidem*, s. 35.

²¹ *Ibidem*, s. 35.

²² *Ibidem*, s. 35.

²³ U. Domżał, *Opieka państwa i organizacji pozarządowych nad dzieckiem w latach 1919-1939*, Łódź 2009.

²⁴ Dla zapoznania się z działalnością opieki społecznej nad sierotami oraz działalności odsyłam do książki Czesława Kępi pt. *Dziecko sieroce i opieka nad nim w Polsce w okresie międzywojennym*, Lublin 1991.

²⁵ U. Domżał, *Opieka państwa i organizacji pozarządowych nad dzieckiem w latach 1919-1939*, Łódź 2009.

macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą w całość. Przejdźmy zatem do części drugiej – analizy projektu ustawy o opiece nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą z roku 1936.

W roku 1936 Ministerstwo Opieki Społecznej na prośbę Polskiego Komitetu Walki z Handlem Kobietami i Dziećmi przygotowało projekt ustawy o opiece nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą. Projekt ten był rozwinięciem ustawy z dnia 16 sierpnia 1923 roku o opiece społecznej. Poszerzał on kompetencje i obowiązki zarządów samorządowych, gminnych, powiatowych i wojewódzkich a zarazem precyzował kwestie związane z opieką nad macierzyństwem dziećmi i młodzieżą. O czym za chwilę się przekonamy.

Artykuły 1-3 części „A” projektu ustawy poświęcone są w całości opiece nad macierzyństwem i niemowlętami, określając podmiot, okoliczności w jakich powinna być udzielona opieka oraz rodzaje opieki przewidzianej dla kobiet-matek i niemowląt. W myśl § 1 opieką nad macierzyństwem i niemowlętami objęte są: 1) kobiety w okresie ciąży, porodu, połogu i karmienia oraz 2) niemowlęta i dzieci do 3 roku życia. Opieka nad nimi wykonywana jest w formie całościowej lub częściowej w obszarze:

1. Opieki nad zdrowiem (udzielenie kobiecie w zakresie ciąży, porodu, połogu i karmienia oraz niemowlętom świadczeń w zakresie leczniczo-higienicznym przy użyciu odpowiednich do tego urządzeń chodzi tu o przychodnie, żłobki.)
2. Opieki moralnej (mającej na celu przede wszystkim umocnienie naturalnej więzi uczuciowej pomiędzy matką i dzieckiem – elementem niezbędnym w prawidłowym rozwoju instynktu macierzyńskiego)
3. Opieki materialnej (zapewniająca godziwe warunki życiowe matki i dziecka poprzez świadczenia udzielone w naturze np. żywnościowe lub pieniężne)
4. Opieki prawnej (świadczenie pomocy prawnej matce w obrębie jej praw i obowiązków macierzyńskich oraz praw rodzinnych względem niemowląt)

Na uwagę zasługuje § 3 powyższej ustawy stanowiący o świadczeniach opiekuńczych dla niemowląt posiadających opiekę rodzicielską oraz nie posiadających takiej opieki. W pierwszym wypadku ustawa przewidywała udzielenie świadczeń w formie częściowej za pośrednictwem rodziców lub matki. Nadto ostrzegała unikać powyższej formy świadczenia w sytuacjach kiedy dziecko zostało pozbawione naturalnej opieki matki tj. oddania przez matkę dziecka. Jednak gdyby utracenie tej opieki naturalnej nie wynikało z winy matki ustawa nakazywała rozciągnięcie nad takimi przypadkami świadczeń udzielanych w formie całkowitej. W drugim wypadku tj. jeśli niemowlę nie posiadało opieki rodzicielskiej ani żadnego innego opiekuna prawnego, innymi słowy jeśli dziecko zostało porzucone ustawa polecała udzielenie opieki w formie całkowitej oraz wszczęcia procedury ustanawiającej nad niemowlęciem wychowanie opiekuńcze. Wykonywanie opieki nad macierzyństwem i niemowlęciem oraz udzielanie świadczeń ustawa nakładała na:

1. Rady opieki nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą
2. Opiekunów społecznych
3. Urządzenia opieki częściowej (Stacje Opieki Społecznej, poradnie dla niemowląt itp.)
4. Urządzenia opieki całkowitej (zakłady opieki dla matek i niemowląt, żłobki dla niemowląt itp.)

W sprawach dotyczących opieki nad nieletnimi projekt ustawy przewidywał rozszerzenie opieki nad dziećmi od 3 do 15 roku życia oraz nad młodzieżą od 15 do 18 roku życia. Z tym, że jeśli chodzi o młodzież to mogła ona liczyć w szczególnych okolicznościach oraz za zgodą Ministra Opieki Społecznej na przedłużenie opieki nie dłużej jak do uzyskania przez nich pełnoletności tj. 21 roku życia. Udzielanie opieki nieletnim odbywało się w czterech obszarach:

1. Opieki nad zdrowiem (polegała na udzieleniu nieletniemu bezpośrednio bądź za pośrednictwem jego właściwych opiekunów świadczeń w zakresie leczniczo-higienicznym)
2. Opieki moralnej (mającej na celu a) uświadomienie rodzicom zadań opiekuńczo-wychowawczych ze szczególnym uwzględnieniem opieki nad dziećmi trudnymi, anormalnymi pod względem psychicznym lub fizycznym, b) zapobieganie zagrożeniom wpływającym ze społecznego środowiska nieletniego.)
3. Opieka materialna (przyznawanie świadczeń materialnych nieletniemu bezpośrednio lub za pośrednictwem jego opiekunów w celu zapewnienia godziwych warunków życia nieletniego.)
4. Opieka prawna (świadczenie nieletniemu bezpośrednio albo za pośrednictwem jego rodziców pomocy prawnej w kwestii praw osobowych i majątkowych oraz ochrony dziecka.)

W przestrzeni opieki społecznej w okresie międzywojennym można było wydzielić dwa kierunki opieki względem dzieci i młodzieży, były to opieka społeczna całkowita oraz częściowa.

W kwestii opieki całkowitej powyższa ustawa przewidywała objęcie nieletnich którzy: a) nie posiadają opiekunów zobowiązanych prawnie do opieki nad nimi, b) czasowo zostali pozbawieni opieki, c) potrzebują ze względu na stan zdrowia umysłu oraz moralności otoczenia całkowitej zmiany warunków środowiska, d) potrzebują z uwagi na stan fizyczny. Opieka całkowita na podstawie projektu ustawy miała na celu zapewnienie nieletniemu ogół warunków materialnych i religijno-moralnych niezbędnych dla jego rozwoju fizycznego i psychicznego oraz wychowanie umysłowe i zawodowe, które pozwoliłoby mu na samodzielne funkcjonowanie w społeczeństwie. Opieka ta była realizowana poprzez: a) umieszczenie nieletniego w zakładzie opiekuńczo-wychowawczym bądź specjalnym zależnie od kategorii potrzebujących oraz b) umieszczenie w rodzinie zastępczej.

W myśl projektu ustawy ulokowanie nieletniego w zakładzie prywatnym lub w rodzinie zastępczej wymagało zawarcia odpowiedniej umowy pomiędzy zarządem samorządowym a zakładem lub rodziną zastępczą. Powyższa umowa była tak skonstruowana by mogła zapewnić nieletniemu godne warunki (opiekę: moralną, materialną, higieniczno-lekarską, prawną) oraz odpowiednie wykształcenie umysłowe i zawodowe. Nadzór nad opieką całkowitą posiadały już wspomniane zarządy samorządowe, które były zobowiązane do:

Rejestracji nieletnich, poddanych całkowitej opiece społecznej.

Umieszczenia nieletniego w zakładzie opiekuńczo-wychowawczym lub w rodzinie zastępczej.

Organizowania kontroli indywidualnych nad wykonywaniem opieki całkowitej w zakładach i w rodzinach zastępczych

Wyboru i kwalifikowania rodzin nadających się do opieki zastępczej.

Ponadto związki miejskie, powiatowe zobowiązane były do wyboru i kwalifikacji zakładów prywatnych odpowiednich do wykonania powyższej opieki.

Ustawa określając zakres działalności zakładów opiekuńczo-wychowawczych zobowiązywała je do: a) organizowania odpowiednich warunków życia wychowanków w zakładzie, udzielania im opieki, dozoru, wychowania religijno-moralnego, fizycznego oraz zagwarantowanie im wykształcenia umysłowego oraz przygotowania zawodowego, b) zapewnienie względnej stabilizacji życia wychowanka oraz c) zakładom o charakterze specjalnym polecone było doprowadzenia wychowanka do maksymalnej przydatności społecznej. Obok uregulowania spraw zakładów opiekuńczo-wychowawczych projekt określał warunki jakie musiała spełnić rodzina zastępcza zdecydowana na adopcję nieletniego. Rodzina zobowiązywała się w

podpisanej umowie do zapewnienia nieletniemu rodzinnej atmosfery, równego traktowania oraz dobrego wykształcenia umysłowego. Ponadto zarządy samorządowe sprawdzały rodzinę czy ta wypełnia warunki określone w umowie. To samo dotyczyło się zakładów opiekuńczo-wychowawczych.

Jeżeli chodzi o drugi kierunek opieki czyli o opiekę częściową to jej zakres ustawa regulowała w następujący sposób. Opiekę częściową stosowano wobec nieletniego wtedy kiedy społeczne uwarunkowania środowiskowe, w których żył nieletni wymagały częściowej ingerencji władz opiekuńczych. Udzielanie tej opieki w wyżej wymienionej grupie nieletnich sprowadzała się do: a) udzielania świadczeń leczniczych, moralnych, materialnych i prawnych za pośrednictwem jego opiekunów lub bezpośrednio nieletniemu, b) zagwarantowanie nieletniemu korzystania z urządzeń opiekuńczych takich jak np. przychodnie. Odpowiedzialnymi za udzielanie opieki częściowej były zarządy samorządowe, które ponadto Ministerstwo Opieki Społecznej zobowiązywało je do prowadzenia i zakładania urządzeń opiekuńczych. Świadczenia opieki częściowej udzielane były zarówno przez samorządy jak również przez inne instytucje społeczne, dlatego też w celu uniknięcia dublowania świadczeń ustawa nakazywała sporządzać zarządom samorządowym centralne rejestry, które miały za zadanie pilnowanie tej kwestii.

Część przepisów projektu ustawy poświęcono wychowaniu opiekuńczemu, miało ono obejmować nieletnich którzy: a) nie posiadali opiekuna oraz żadnych innych osób zobowiązanych do sprawowania nad nimi opieki, b) pozbawieni zostali opieki rodzicielskiej w drodze wyroku sądowego, o ile inna forma pomocy prawnej nie została wobec nich wszczęta, c) opuszczeni przez osoby zobowiązane prawnie do opieki. Organem odpowiedzialnym za wychowanie opiekuńcze były zarządy gminne, które równocześnie prowadziły dokładny rejestr nieletnich objętych wychowaniem opiekuńczym. Przepisy ustawy precyzyjnie określały procedurę przyznawania wychowania opiekuńczego, w części IV § 5 czytamy: „*Wychowanie opiekuńcze orzeka zarząd związku samorządowego na wniosek „Rady opieki nad macierzyństwem dziećmi i młodzieżą”²⁶, stwierdzający potrzebę zarządzenia wychowania opiekuńczego. Wniosek „rady” winien opierać się o zbadanie osobowości nieletniego oraz całokształtu jego stosunków środowiskowych*”²⁷. Nieletni, którzy byli objęci wychowaniem opiekuńczym a nie ukończyli jeszcze 15 roku życia zostali włączeni pod opiekę całkowitą pozostając pod nią aż do 18 lat. Natomiast kwestie nieletnich, którzy ukończyli 15 lat rozpatrywano indywidualnie. Brano wtedy pod uwagę: a) stopień usamodzielnienia, b) rozwój osobowy. Jeżeli nieletni spełniał ustalone kryteria opieka przydzielała mu opiekuna społecznego, którego zadaniem było zapewnienie opieki moralnej. Nieletni mógł w razie potrzeby i na wniosek opiekuna społecznego starać się o pomoc materialną. Koszt wychowania opiekuńczego spoczywał na osobach, które zostały pozbawione władzy rodzicielskiej bądź na osobach, które prawnie były zobowiązane roztoczyć opiekę nad nieletnim a opuściły go. W przypadku ubóstwa osób wyżej wymienionych koszty wychowania przechodziły na związki samorządowe.

Jedną z pomocniczych instytucji ujętych w projekcie ustawy były pogotowia opiekuńcze. Do zakresu ich działania należało:

- Doraźne otoczenie opieką całkowitą nieletnich do lat 15 w przypadkach potrzeby udzielenia natychmiastowej opieki a w sposób szczególny bezdomnym, żebrzącym i włóczęgom
- Przeprowadzenie odpowiednich dochodzeń co do stanu opuszczenia domu, podjęcia żebraczego i włóczęgowskiego stylu życia.

²⁶ O Radach opieki w dalszej części artykułu.

²⁷ Projekt Ustawy o opiece nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą. AAN, sygn. 533, s. 9.

– Badanie stanu fizycznego, psychicznego i umysłowego dziecka.

W myśl ustawy każdy obywatel, który stwierdził, że dziecko potrzebuje natychmiastowej opieki społecznej mógł przyprowadzić takiego nieletniego do pogotowia opiekuńczego przy czym musiał złożyć oświadczenie co do powodów jakie nim kierowały przyprowadzając dziecko. Przy pogotowiu opiekuńczym wskazane było by funkcjonowały działy obserwacyjne dla przeprowadzenia indywidualnych i zbiorowych obserwacji lekarskich, psychologicznych oraz pedagogicznych. Pomieszczenia pogotowia opiekuńczego powinny odpowiadać wiekowi swoich podopiecznych, dlatego też ustawa przewidywała utworzenie 7 działów mianowicie: 1) dla dzieci w wieku przedszkolnym, 2) dla chłopców, 3) dla dziewcząt, 4) dla trudnych chłopców, 5) dla trudnych dziewcząt, 6) dla chorych chłopców oraz 7) dla chorych dziewcząt. Pobyt w pogotowiu opiekuńczym nie mógł przekraczać 3 miesięcy a to dlatego, że w tym czasie zbierane były odpowiednie materiały, które następnie trafiały do zarządu gminnego rozpoczynając procedurę zmierzającą do ustalenia środków zaradczych względem nieletniego.

Ustawa nakazywała również zakładanie przy pogotowiach opiekuńczych instytucji obserwacyjnych (były to druga placówka uwzględniona w ustawie jako pomocnicza), które pomagałyby w znacznym stopniu dokonywać dokładniejszej diagnozy co do osobowości i stanu psychicznego przebywających tam dzieci.

Dla zapewnienia odpowiedniego wykorzystania szczegółowych zadań związków samorządowych w zakresie opieki nad macierzyństwem dziećmi i młodzieżą oraz w ścisłej współpracy czynników społecznych i samorządowych projekt ustawy nakazywał powołać przy związkach samorządowych komisji opieki społecznej pod nazwą „Rada Opieki nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą”. W skład „Rady Opieki” mieli wchodzić lekarze i prawnicy, którzy pełnili funkcję honorowe.

Organizacja ta miała stać się specjalnym organem mającym koordynować działalność czynników społecznych oraz tych instytucji, które zainteresowane były zagadnieniami opieki nad małżeństwem, dziećmi i młodzieżą z działalnością instytucji działających przy związkach samorządowych. Kierunek tych prac miał zmierzać do a) jak najwłaściwszego kwalifikowania potrzeb podmiotów opieki społecznej, b) jak najbardziej celowego stosowania świadczeń opiekuńczych, c) podniesienia poziomu i usprawnienia odpowiednich urzędów opiekuńczych w zakresie opieki nad małżeństwem, dziećmi i młodzieżą. Ponadto „Rady Opieki” posiadać miały szczególne kompetencje w zakresie ochrony praw dziecka.

Podsumowując w roku 1936 Ministerstwo Opieki Społecznej na prośbę Polskiego Komitetu Walki z Handlem Kobietami i Dziećmi przygotowało projekt ustawy o opiece nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą. Projekt ten był rozwinięciem ustawy z dnia 16 sierpnia 1923 roku o opiece społecznej. Poszerzał on kompetencje i obowiązki zarządów samorządowych, gminnych, powiatowych i wojewódzkich a zarazem precyzował kwestie związane z opieką nad macierzyństwem dziećmi i młodzieżą. Wskazywał również na luki w ustawodawstwie polskim w takich dziedzinach jak statut dzieci nieślubnych, zwalczanie żebractwa i włóczęgostwa dzieci, opieki nad dziećmi, które popełniły przestępstwa, ochrony dziecka przez przemocą domową oraz opieki nad nieletnimi powyżej 15 roku życia. Niestety na projekcie się skończyło. Powyższy projekt ustawy nigdy nie wszedł w życie a szkoda bowiem poruszał ważne aspekty z zakresu opieki społecznej.

The article shows one of the social politics problems of the Second Polish Republic- the protection of the mothers, the children and the teenagers. This issue was one of the most urgent matters which the “young” Poland had to face at the beginning of its creation after the First World War. The author discussed it

not only the legislative side of the matter, but also shows the practical actions, which were made by the Polish state.

Karolina Rzeczkowska

Wydział Prawa i Administracji

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

PRAWNO-ORGANIZACYJNE ASPEKTY TRANSPLANTACJI KOMÓREK MACIERZYSTYCH

*„Piękno transplantologii polega na tym,
że komuś daruje się życie”¹*

I. Wprowadzenie

Wbrew powszechnie funkcjonującemu przeświadczeniu, do wyleczenia znacznej części nowotworów nie wystarczy jedynie zastosowanie chemioterapii bądź radioterapii². W przypadkach wielu chorób nowotworowych, wyleczenie – bądź jedynie zwiększenie szansy na wyleczenie – umożliwia wyłącznie przeszczepienie krwiotwórczych komórek macierzystych. Procedura przeszczepu jest skomplikowanym procesem zarówno pod względem medycznym, jak i prawnym, cechuje się bowiem dużym zróżnicowaniem w zależności od typu dawcy, źródła wykorzystywanych komórek macierzystych oraz rodzaju postępowania przygotowawczego. Pierwsze próby transplantacyjne podjęto już w 1938 roku, zakończyły się jednak zgonem. W latach 70 XX wieku odbyły się pierwsze udane przeszczepy u dzieci chorych na białaczkę. Był to przełomowy moment w prowadzeniu badań. Z roku na rok odbywało się coraz więcej przeszczepów, również w Polsce. Obecnie w walce z nowotworami krwi, przeszczepy szpiku kostnego i komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej są najskuteczniejszą z dostępnych broni. Nadal jednak jest to broń niedoskonała. Największą z przeszkód rozwoju polskiej transplantologii stanowią aspekty natury świadomościowej. Społeczeństwo wciąż nie posiada wystarczającej wiedzy w tym zakresie, utwierdzając się w błędnym przekonaniu o niebezpieczeństwie płynącym z dawstwa komórek macierzystych.

II. Źródła krwiotwórczych komórek macierzystych

Mając na uwadze obecny stan medycyny, termin „transplantologia” (łac. *transplantio* – przesadzać³) oznacza wykonane operacyjnie przemieszczenie tkanki lub całego narządu (przeszczepu) w przypadku określonych stanów chorobowych z jednego miejsca w drugie u tego samego człowieka lub od jednego człowieka (dawcy) do drugiego (biorcy), które ma na celu uzupełnienie ubytku lub przywrócenie czynności⁴. Zakres niniejszych rozważań zawężony został wyłącznie do transplantacji allogenicznej, czyli dokonywanej między dawcą i biorcą, którzy należąc do tego samego gatunku, są genetycznie różnymi osobnikami⁵, w przeciwieństwie do przeszczepów autogenicznych, polegających na podaniu własnych komórek macierzystych z krwi obwodowej lub szpiku. Przeszczep allogeniczny może być zrealizowany:

¹ E. Olejniczak, B. Kukielka, *Medialny obraz transplantacji ex mortuo a przepisy prawa*, „Folia Linguistica” 2012, Nr 46, s. 86.

² Zob. A. Giebel, *Transplantacja krwiotwórczych komórek macierzystych [w:] Zalecenie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych* [red.] M. Krzakowski, K. Warzocha, Warszawa 2013, s. 527.

³ J. Tokarski, *Słownik wyrazów obcych*, Warszawa 1971, s. 771.

⁴ R. Góral, *Zarys chirurgii. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa 1987, t. 1, s. 154.

⁵ K. M. Zoń, *Dopuszczalność transplantacji ex vivo od dawcy małoletniego w prawie polskim*, [http://www.bibliotekacyfrowa.pl/], [dostęp: 13 maja 2016].

- **od dawcy rodzinnego** – w praktyce możliwe jest przeszczepienie szpiku od rodzeństwa. Przeszczepy od innych członków rodziny (rodziców, dzieci, innych krewnych) możliwe są jedynie w małych zamkniętych populacjach. Prawdopodobieństwo zgodności z rodzeństwem wynosi niestety tylko 25%, co oznacza że $\frac{3}{4}$ potrzebujących nie ma dawcy rodzinnego i wymaga znalezienia dawcy niespokrewnionego⁶.

- **od dawcy niespokrewnionego** – wykonywane w przypadku braku zgodnego dawcy rodzinnego.

Niniejsze opracowanie skupia się zatem na przeszczepach *ex vivo*, tj. pochodzących od żywego człowieka⁷. Poniżej wyszczególniono podział procedur przeszczepów ze względu źródła komórek.

1. Szpik kostny

Prawidłowy szpik produkuje trzy rodzaje komórek krwi:

- krwinki białe (leukocyty) – odpowiedzialne za obronność organizmu
- krwinki czerwone – zawierają hemoglobinę przenoszącą tlen z płuc do wszystkich narządów i tkanek
- płytki krwi – odpowiedzialne za prawidłowe krzepnięcie krwi⁸

Nieprawidłowy rozwój tych komórek powodują białaczkę, która jest chorobą nowotworową szpiku kostnego i krwi. Nowotworowo zmienione komórki gwałtownie namnażają się. Rozrostowi ulega jedna z grup krwinek białych lub – rzadziej – innych komórek szpiku. Komórki te szybko wypierają inne, powodując znaczne zmniejszenie odporności. Leczenie polega na stosowaniu chemioterapii, która powoduje, że z organizmu usuwane są komórki nieprawidłowe (białaczkowe). W dalszej fazie leczenia niezbędny jest jednak przeszczep szpiku, stanowiący uzupełnienie chemioterapii. Polega na „wymianie” szpiku na zdrowy.

Sam moment przeszczepu szpiku to podanie dożylnie pobranych wcześniej komórek krwiotwórczych, które poprzez naczynia krwionośne wędrują do jam szpikowych i zasiedlają je dając początek nowemu szpikowi⁹. Ważnym aspektem przeszczepiania komórek macierzystych jest tzw. GvLE, czyli Graft versus Leukemia Effect (Reakcja Przeszczep Przeciwno Białaczce), która jest komponentą tzw. GvHD (Graft versus Host Disease, Choroba Przeszczep Przeciwno Gospodarzowi). Dzięki reakcji GvLE przeszczepiony szpik niszczy resztki komórek białaczkowych, które pozostały po chemioterapii, której celem było zniszczenie szpiku biorcy¹⁰.

Szpik kostny pobierany jest na sali operacyjnej w znieczuleniu ogólnym lub zewnątrzoponowym, metodą wielokrotnych nakłuć okolicy tylnej, górnej krawędzi kości biodrowej. Następnego dnia po zabiegu dawca jest wypisywany ze szpitala i może wrócić do normalnego funkcjonowania. Szpik kostny regeneruje się w pełni w ciągu 2-3 tyg. Niewielkie ryzyko związane z procedurą pobrania szpiku kostnego obejmuje jedynie nudności, ból głowy i obniżenie ciśnienia krwi, ból w miejscu pobrania, ból i podrażnienie gardła. Poważne objawy i następstwa zdarzają się niezwykle rzadko. Zarówno w Polsce jak i na świecie nie opisano powikłań śmiertelnych¹¹.

Przeszczep nie jest równoznaczny z natychmiastowym wyzdrowieniem i odzyskaniem straconej odporności. Aby układ odpornościowy i szpik chorego odbudował się konieczne jest ok. 2-6 tygodni. W tym czasie pacjent znajduje się w specjalnie odizolowanych warunkach i przeważnie wymaga przetoczenia składników krwi, aby uzupełnić niedobory krwinek czerwonych lub płytek. Jest bezbronny w stosunku do

⁶ Z. Sitarz-Żelazna, *ABC przeszczepiania szpiku*, Kielce 2010, s. 5.

⁷ Por. z problematyką przeszczepów *ex mortuo*, dostarczającą szeregu wątpliwości i kontrowersji natury etyczno-społecznej i prawnej: M. Kluz, *Kliniczne i etyczne aspekty medycyny transplantacyjnej*, „Roczniki teologii moralnej” 2011, t. 3(58); J. Bartoszewski, *Człowiek XXI wieku. Recepcja kartezjańskiej filozofii przyrody*, Kraków 2012, s. 52.

⁸ Klinika Hematologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, *Ostra białaczka*, [http://www.spchn.lbl.pl/], [dostęp: 18 maja 2016].

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ D. Cembrowska, *Auto-, allo-, syn-, czyli słów kilka o przeszczepach szpiku*, https://www.dawca.pl/ [data dostępu: 13 maja 2016].

¹¹ Z. Sitarz-Żelazna, *ABC...*, op. cit., s. 7.

bakterii i wirusów lub innych zarazków, przez co nawet zwykły katar może być dla niego problemem, nawet śmiertelnym. Ważne jest przestrzeganie izolacji i niezwykle uważna opieka nad chorym¹². Nie zmienia to jednak faktu, iż to właśnie przeszczep jest kluczowym i nieodzownym elementem do zwalczania tego rodzaju nowotworu.

2. Komórki macierzyste z krwi obwodowej

Jest to współcześnie najczęściej wykorzystywane źródło krwiotwórczych komórek macierzystych do transplantacji¹³. Zabieg ten wykonuje się w specjalistycznym ośrodku przy użyciu separatora komórkowego i nie wymaga znieczulenia ogólnego ani pobytu w szpitalu¹⁴. Krew pobiera się z jednej żyły w sposób ciągły z i umieszcza się poza ustrojem z płynem przeciwkrzepliwym. Następnie w separatorze komórkowym oddzielane są komórki krwiotwórcze, a krew pozbawiona tych komórek wraca do dawcy przez igłę umieszczoną w drugiej żyły. Czas zabiegu wynosi ok. 3 - 5 godzin, w czasie których separacji podlega ok. 12 litrów krwi¹⁵.

3. Krew pępowinowa.

III. Procedura transplantacyjna

Wraz ze wstąpieniem Polski do Unii Europejskiej, ustawodawca nasz został zobligowany do dostosowania ustawodawstwa transplantacyjnego do standardów unijnych. W dniu 31 grudnia 2005 r. utraciła moc prawną ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów¹⁶, a w jej miejsce weszła w życie ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów¹⁷, która została znowelizowana ustawą z dnia 17 lipca 2009 r.¹⁸ oraz ustawą z dnia 5 sierpnia 2010 r.¹⁹ Na mocy zapisów ustawowych, ośrodki przeszczepiające szpik, komórki krwiotwórcze i krew pępowinową, mają obowiązek wpisywania danych osobowych i medycznych do krajowego rejestru przeszczepień w systemie informatycznym ustawowych rejestrów transplantacyjnych²⁰.

Status dawcy i biorcy należy rozpatrywać podmiotowo i przedmiotowo. Jednym z wymogów natury podmiotowej jest krąg podmiotów²¹. W przypadku tkanek regenerujących się (np. szpik kostny) nie jest wymagane pokrewieństwo ani więzy krwi. Ponadto, każde pobranie komórki, czy tkanki bezwzględnie powinno być

dobrowolne ze strony dawcy. Szczególnymi przypadkami są osoby nieletnie, ubezwłasnowolnione oraz więźniowie – osoby takie budzą poważne zastrzeżenia i obawy dotyczące ich dobrowolności woli²².

Aby zostać potencjalnym dawcą szpiku kostnego, trzeba spełnić szereg wymagań. Trzeba być osobą zdrową i – co bardzo ważne – odpowiedzialną. Do banku włączane są osoby pełnoletnie. Po przekroczeniu 50. roku życia, potencjalny dawca jest usuwany z rejestru (wyjątek stanowią osoby o bardzo rzadkich

¹² *Ibidem.*, s. 7.

¹³ Zob. G. W. Basak, W. W. Jędrzejczak, *Mobilizacja krwiotwórczych komórek macierzystych – wczoraj i dziś*, „Hematologia” 2012, tom 3, nr 1, s. 9.

¹⁴ Z. Sitarz-Żelazna, *ABC...*, op. cit., s. 5.

¹⁵ *Ibidem.*, s. 6.

¹⁶ Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 138, poz. 682 z późn. zm.).

¹⁷ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411 z późn. zm.).

¹⁸ Ustawa z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz o zmianie ustawy – Przepisy wprowadzające Kodeks karny (Dz. U. Nr 141, poz. 1149).

¹⁹ Ustawa z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz. U. Nr 182, poz. 1228).

²⁰ A. Łęczycka, *Rejestr przeszczepień komórek krwiotwórczych szpiku i krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej*, <http://www.poltransplant.pl/Download/Biuletyn2013/10.pdf> [data dostępu: 19 kwietnia 2016].

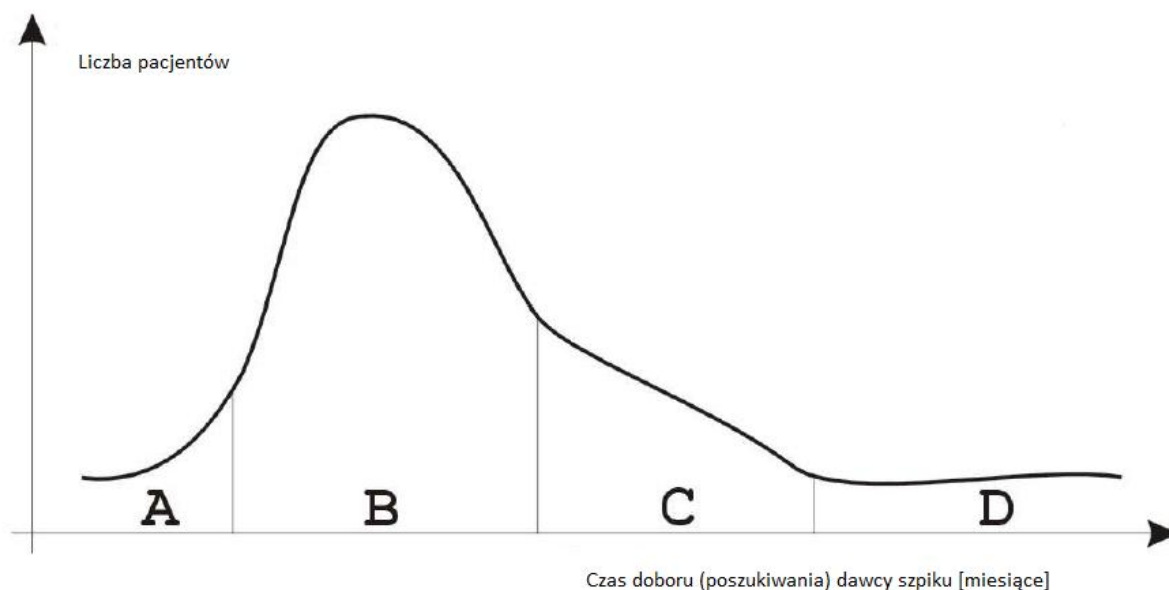
²¹ E. M. Monastyrska, *Psychologiczne i prawne aspekty transplantacji ex vivo*, „Medycyna ogólna i nauki o zdrowiu” 2014, Tom 20, Nr 2, s. 145.

²² *Ibidem.*, s. 146.

antygenach transplantacyjnych, które są brane pod uwagę nieco dłużej)²³. Kandydat na dawcę musi przejść niezbędne badania lekarskie ustalające, czy ryzyko zabiegu nie wykracza poza możliwie dopuszczalne oraz nie upośledzi w znacznym stopniu stanu zdrowia dawcy²⁴. Orzeczenie o stanie zdrowia kandydata wydaje lekarz kwalifikujący po przeprowadzeniu stosownego badania lekarskiego, obejmuje ono wywiad lekarski i badania przedmiotowe, w których skład wchodzi także wyniki pomocniczych badań diagnostycznych.

Sukces leczenia metodą przeszczepu szpiku zależy w dużej mierze od doboru dawcy, czyli od stopnia zgodności antygenów HLA dawcy z antygenami HLA biorcy. Oznacza to, że o życiu chorego decyduje częstość występowania poszczególnych antygenów i ich układów.

Rysunek 1.



Źródło: M. Sankowska, L. Kauc, *Transplantacja szpiku i transplantacja komórek krwiotwórczych krwi obwodowej*, Warszawa 2000, s. 89.

W celu zrozumienia strategii doboru dawcy szpiku przez szerokie grono odbiorców – również niezaznajomionych z nomenklaturą medyczną – autorzy powyższego wykresu podzielili wszystkich chorych na cztery grupy:

1. **Grupa A** – chorzy, których antygeny powtarzają się często w populacji, a zatem dobór szpiku zwykle przebiega szybko i sprawnie,
2. **Grupa B** – składa się z ludzi o antygenach w miarę popularnych, jednakże z różnych powodów (np. uboższego rejestru krajowego) dobór dawcy szpiku wydłuża się,
3. **Grupa C** – chorzy o rzadkich antygenach tkankowych lub ich układach. Proces doboru dawcy szpiku jest wydłużony z powodu niewielkiej liczby dawców w rejestrach,
4. **Grupa D** – chorzy o bardzo rzadkich antygenach lub takich ich układach, dla których nie ma dawców w rejestrach²⁵.

Okazuje się zatem, że dla pewnej liczby pacjentów w światowych rejestrach nie ma żadnego zgodnego dawcy. Zdarza się również, że w okresie, w którym transplantacja szpiku jest możliwa do wykonania, w

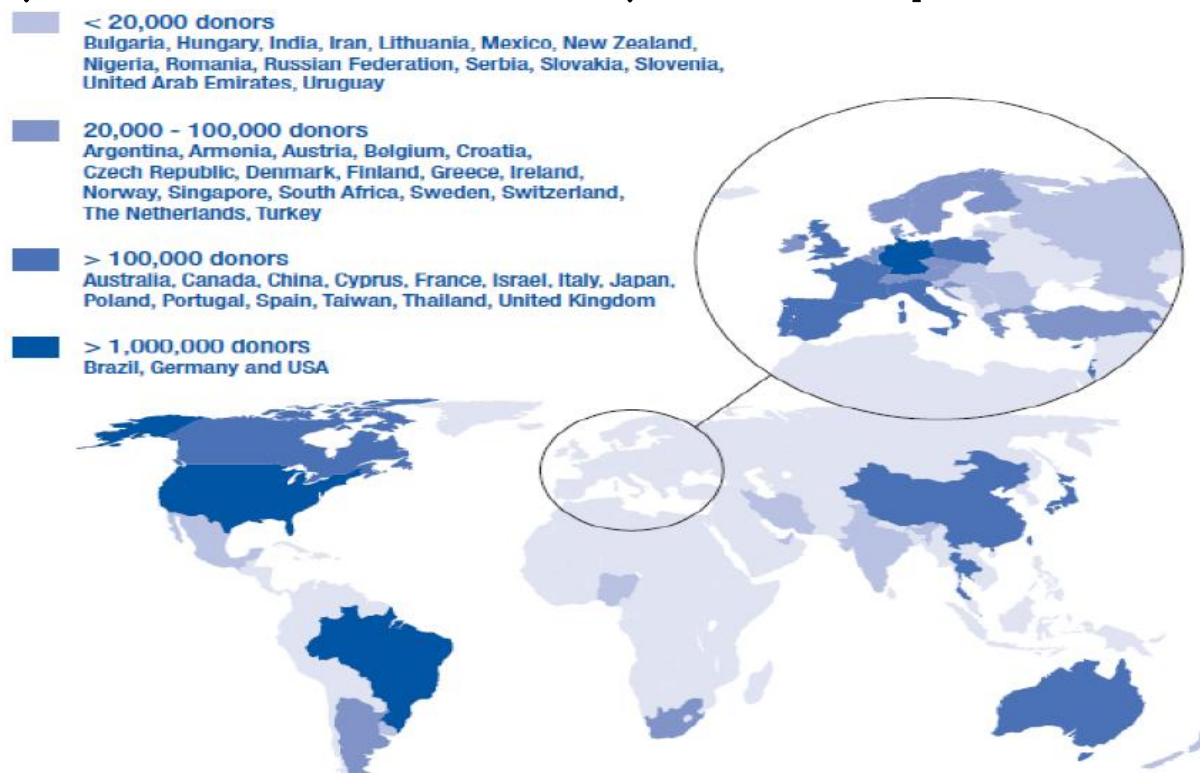
²³ <https://przeszczepy.wordpress.com/jak-zostac-dawca-szpiku/> [data dostępu: 18 maja 2016].

²⁴ E. M. Monastyrzka, *Psychologiczne...*, op. cit., s. 146.

²⁵ M. Sankowska, L. Kauc, *Transplantacja szpiku i transplantacja komórek krwiotwórczych krwi obwodowej*, Warszawa 2000, s. 89.

pełni zgodny dawca na pewno nie zostanie znaleziony. Dzieje się tak, ponieważ w rejestrach istnieją dawcy zgodni z pacjentem na poziomie wczesnych badań, jednak po dokładniejszym typowaniu, okazuje się, że dobór całkowicie zgodnego dawcy jest w rzeczywistości niemożliwy.

Rysunek 2. Rozkład dawców komórek krwiotwórczych na świecie i w Europie



Źródło: S. Kyrzcz-Krzemień i wsp., *Przeszczepianie krwiotwórczych komórek macierzystych jako problem interdyscyplinarny*, [http://pnt.euro-centrum.com.pl], data dostępu: 13 maja 2016 r.

IV. Wnioski

Analizując literaturę naukową, spostrzec można, iż wielu przedstawicieli doktryny prawniczej podważa rozpowszechnioną w kręgach prawno-medycznych opinię, że polskie prawo należycie zabezpiecza interesy uczestników postępowania transplantacyjnego i nie stanowi pola do nadużyć²⁶. Grono medyczne uznaje bowiem nasze rozwiązania legislacyjne za wzór dla innych krajów europejskich²⁷. Po skonfrontowaniu realiów transplantologii z zapisami ustawowymi, należy uznać, iż w przeważającej większości należy pozytywnie ocenić rozwiązania prawne pod tym względem. Jak wynika z dotychczasowych doświadczeń, mankamentem jest przede wszystkim problematyka małoletniego dawcy komórek. W polskim systemie prawnym wciąż brakuje dookreślenia tej kwestii. Status małoletniego warunkują przepisy prawne zawarte w Kodeksie cywilnym²⁸, jak i Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym²⁹, brak jest jednak postanowień w tym zakresie w ustawie o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Stanowi to o nieprzemyślanych krokach ustawodawcy. W krajach, w których transplantologia rozwinęła się w największym stopniu (np. Niemcy), ustawodawcy dostrzegli potrzebę podjęcia unormowania tej kwestii, wprowadzając korzystne dla małoletnich – zarówno dawców, jak i biorców – rozwiązań, które z pewnością

²⁶ J. Duda, *Cywilnoprawna problematyka transplantacji medycznej*, Warszawa 2011, s. 18.

²⁷ Zdanie to wyraził W. Rowiński, pełniący funkcję Konsultanta w dziedzinie transplantologii klinicznej, w wydzie przeprowadzonym przez E. Gwiazdowicz-Włodarczyk, opublikowanym w *Miesięczniku Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza*, Nr 3/2013.

²⁸ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. - *Kodeks cywilny* (Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93 z późn. zm.).

²⁹ Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. - *Kodeks rodzinny i opiekuńczy* (Dz.U. 1964 nr 9 poz. 59 z późn. zm.).

mogłyby zostać implementowane do naszego systemu prawnego. Niejednokrotnie przesądziłoby to o uratowaniu zdrowia, a nawet życia ludzkiego.

Odnosząc się z kolei do aspektów organizacyjnych przeszczepiania komórek, niezwykle istotny jest proces uświadamiania społeczeństwa. Na całym świecie zarejestrowanych jest ponad 26 milionów potencjalnych dawców, z czego w Polsce zarejestrowanych jest ponad 995 tysięcy³⁰. Nadal jednak poszukiwanie jest bardzo trudne, dlatego liczba rejestrujących się osób powinna stale wzrastać. Zawarty w niniejszym artykule *Rysunek 1* uzmysławiać winien jak istotną rolę dla większości chorych na nowotwór szpiku i krwi, odgrywa sprawnie prosperujący rejestr potencjalnych dawców komórek macierzystych. Ich funkcjonowanie przebiega poprawnie, choć istnieją pewne nieścisłości, które mogą znacząco wpływać na niepowodzenie w skutecznym poszukiwaniu dawcy. Większość ośrodków bada wszystkich dostępnych w rejestrach dawców szpiku, nie określając rzeczywistego prawdopodobieństwa znalezienia zgodnych struktur genetycznych. Należy również zwrócić uwagę na ogromne koszty związane z poszukiwaniami, których rejestry nie biorą pod uwagę. Gdyby w rejestrach wyliczane było ściśle prawdopodobieństwo zgodności genetycznej, wówczas można byłoby uniknąć sytuacji, gdy w początkowych badaniach dawca jest zgodny z pacjentem, po czym okazuje się, że w badaniach bardziej szczegółowych powiązanie chorego z dawcą nie spełnia kryteriów kwalifikujących do przeszczepu. Naraża to chorego na stratę czasu, który w przypadku zachorowania na nowotwór jest bezcenny.

This article is about hematopoietic stem cell. It is a way to fight cancer of bone marrow and blood. More and more people are registered in the database of donors but the number of these people should still increase. It could save someone's life.

³⁰ <https://www.dkms.pl/pl/rak-krwi> [dostęp: 18 maja 2016].

Hubert Thomas

Wydział Prawa i Administracji

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

ROLA I DZIAŁANIA UNII EUROPEJSKIEJ NA RZECZ OCHRONY ZDROWIA

1. Wstęp

Ochrona zdrowia jako kierunek polityki Unii Europejskiej nigdy nie miał bardziej strategicznego znaczenia niż ma obecnie. Stało się to za sprawą Traktatu z Lizbony, który znacząco zwiększył znaczenie polityki ochrony zdrowia, stanowiąc, że „przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Wspólnoty zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego”¹. Aby cel ten został osiągnięty, Unia prowadzi szereg działań zacieśniających współpracę między krajami członkowskimi, jednakże samą organizacją krajowej służby zdrowia zajmują się już poszczególne państwa. UE natomiast wspiera kraje członkowskie w ich polityce zdrowotnej, co zostało wyrażone w art. 168 TFUE ust.2: „Unia zachęca do współpracy między Państwami Członkowskimi w dziedzinach określonych w niniejszym artykule oraz, jeśli to konieczne, wspiera ich działania”. Czyni to między innymi poprzez pomaganie krajom w radzeniu sobie z problemami dotyczącymi całej UE, takimi jak pandemie, nadmierne spożycie alkoholu, choroby przewlekłe czy też wpływ rosnącej średniej długości życia na funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej. Zgodnie z brzmieniem art. 168 ust. 1 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej „Przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego. Działanie Unii, które uzupełnia polityki krajowe, nakierowane jest na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Działanie to obejmuje zwalczanie epidemii, poprzez wspieranie badań nad ich przyczynami, sposobami ich rozprzestrzeniania się oraz zapobiegania im, jak również informacji i edukacji zdrowotnej, a także monitorowanie poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, wczesne ostrzeganie w przypadku takich zagrożeń oraz ich zwalczanie”.

2. Zakres działań wewnątrzorganizacyjnych UE

Działania Unii Europejskiej wpływające na bezpieczeństwo i ochronę zdrowia mają szczególne znaczenie w kontekście zwalczania transgranicznych zagrożeń dla zdrowia. Swoboda przepływu osób, silnie rozwinięta turystyka i międzynarodowa wymiana handlowa w przypadku wybuchu epidemii, mogą znacząco zwiększyć jej zasięg, a za tym idzie większe zagrożenie dla obywateli państw członkowskich, a także całego globu. Z tego powodu Komisja Europejska uchwaliła przepisy dotyczące transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, które mają mieć pozytywny wpływ na zasięg koordynowania działań w sytuacjach zagrożenia chorobami zakaźnymi. Zwiększono także uprawnienia Komitetu ds. Bezpieczeństwa Zdrowia oraz wprowadzono procedurę postępowania w tzw. sytuacjach nadzwyczajnych w dziedzinie zdrowia, która pozwala na skuteczniejsze rozprawdzanie szczepionek².

¹Zob. <http://tnijurl.com/2798542478c9/> [dostęp: 20.04.2016 r.].

²Urząd Publikacji Unii Europejskiej, *Zrozumieć politykę Unii Europejskiej - Zdrowie publiczne*, Luksemburg 2016, s. 6.

Najważniejszymi wyzwaniami stojącymi przed Unią w najbliższych latach będzie:

- zapewnienie stabilności systemom opieki zdrowotnej, które będą musiały dostosować się do zmian demograficznych i przygotować się na rosnące zapotrzebowanie na opiekę medyczną. Ważną kwestią jest także wykorzystywanie innowacyjnych technologii w medycynie.

- Postępujące starzenie się społeczeństwa- ludzie żyją coraz dłużej, a mimo to przeciętna granica wieku, do której cieszą się dobrym zdrowiem nie zmienia się. Coraz częściej spotyka się występowanie takich chorób jak Alzheimer czy demencja. Unia dąży do tego, aby Europejczycy zachowywali zdrowie i vitalność dłużej niż obecnie.

- profilaktyka chorób, których można uniknąć - wymienia się takie choroby jak: nowotwór, choroby serca, cukrzyca, choroby układu oddechowego, choroby psychiczne i inne choroby przewlekłe. Oszacowano, że wyżej wymienione choroby w latach 2012-2030 będą kosztować gospodarkę światową około 22,5 bln euro. Już teraz w Unii, koszty chorób związanych z paleniem papierosów opiewają na 100 mld euro. W większości przypadków chorobom przewlekłym można zapobiegać, gdyż wiadomo, że są związane z: paleniem papierosów, nadużywaniem alkoholu, niezdrowym odżywianiem się i brakiem aktywności fizycznej.

- Nierówności w dostępie do powszechnej opieki zdrowotnej - między poszczególnymi krajami Unii Europejskiej występują znaczne różnice w stanie zdrowia obywateli i ich dostępu do opieki medycznej. Jest to spowodowane takimi czynnikami jak: zatrudnienie, zarobki, wykształcenie oraz dostęp do opieki zdrowotnej. Dla przykładu na Łotwie, gdzie PKB na jednego mieszkańca przy zastosowaniu wspólnej, umownej waluty, zwanej „standardem siły nabywczej” (SSN) to 64, a średnia długość życia wynosi 74 lata, natomiast w Luksemburgu PKB na jednego mieszkańca to 266, przy średniej długości życia wynoszącej 82 lata.

- Nowe zagrożenia dla zdrowia – naukowcy nieprzerwanie odkrywają nowe choroby lub nowe szczepy wirusów np. w 2009 roku odkryto wirusa pandemicznej grypy H1N1. Nie tylko nowe wirusy stanowią zagrożenie dla zdrowia. W ostatnich latach znacząco wzrosła liczba zdiagnozowanych przypadków zachorowań na choroby związane z różnymi zaburzeniami psychicznymi.

- Bezpieczeństwo zdrowotne - do poważnych zagrożeń nie tylko zdrowia, ale też międzynarodowej wymiany handlowej i turystyki należą epidemie, zagrożenia dla środowiska, czy inne czynniki biologiczne i chemiczne. Reagowanie na zagrożenia w wymiarze międzynarodowym jest niezwykle istotne, co widać na przykładzie wybuchu w 2014 roku epidemii eboli w Afryce Zachodniej³.

W celu przygotowania się na przyszłe wyzwania UE ucieka się do takich działań jak:

- Opracowywanie przepisów i norm dotyczących produktów i usług zdrowotnych (np. leków, urządzeń medycznych i e-zdrowia) oraz ochrony i praw pacjentów (np. bezpieczeństwa i świadczeń zdrowotnych obejmujących więcej niż jeden kraj UE).

- Udostępnianie państwom członkowskim narzędzi umożliwiających współpracę i wskazywanie sprawdzonych rozwiązań (np. w zakresie promowania zdrowia, działań dotyczących czynników ryzyka, zarządzania przebiegiem opieki zdrowotnej i systemów ochrony zdrowia).

- Finansowanie projektów zdrowotnych za pośrednictwem unijnego programu działań w dziedzinie zdrowia⁴.

Do realizacji unijnej polityki zdrowotnej opracowuje się i wykorzystuje odpowiednie strategie, które

³Urząd Publikacji Unii Europejskiej, *op.cit.*, s. 3.

⁴Zob. <http://tnij.org/poof9a2> [dostęp: 20.04.2016 r.].

określają sposoby działania na rzecz zdrowia publicznego. Jedną z takich strategii jest Strategia UE dotycząca ochrony zdrowia „Razem na rzecz zdrowia”, która znów wspiera realizację innej strategii o nazwie „Europa 2020”, której celem jest, według Komisji Europejskiej, „przekształcenie gospodarki UE w gospodarkę inteligentną, zrównoważoną i sprzyjającą włączeniu społecznemu oraz promowanie wzrostu gospodarczego z myślą o wszystkich obywatelach. Jednym z podstawowych warunków umożliwiających osiągnięcie tego celu jest dobry stan zdrowia populacji”⁵.

3. Zobowiązania państw unijnych do wdrażania postanowień UE

Komisja Europejska przedstawia dobry stan zdrowia jako warunek konieczny do zapewnienia dobrobytu gospodarczego, co ma pozytywny wpływ na proces integracji europejskiej, czyli główny z celów założenia Unii. Jako inteligentne inwestycje z dziedziny zdrowia wymienia się takie jak:

- bardziej przemyślane, a niekoniecznie większe nakłady na zrównoważone systemy opieki zdrowotnej
- inwestowanie w zdrowie społeczeństwa, szczególnie za pośrednictwem programów promujących zdrowie
- inwestowanie w ubezpieczenia zdrowotne jako sposób na zmniejszenie nierówności i walkę z wykluczeniem społecznym⁶.

Kompleksowa strategia UE „Razem na rzecz zdrowia” przyjęta w 2007 r. uzupełnia krajowe strategie ochrony zdrowia zgodnie z art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Jak już zostało na wstępie zaznaczone, to państwa członkowskie są władne w zakresie kształtowania własnych polityk zdrowotnych oraz systemu opieki zdrowotnej. Jednakże niektóre kwestie są ogólnie regulowane przez Unię np. Parlament Europejski wraz z Radą ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów wydaje regulacje dotyczące jakości i bezpieczeństwa organów ludzkich i krwi, praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej oraz jakości i bezpieczeństwa leków i wyrobów medycznych.

Bardzo duże znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli UE ma dostęp do opieki zdrowotnej we wszystkich krajach członkowskich, dzięki europejskiej karcie ubezpieczenia zdrowotnego (EKUZ). Posiadanie takiej karty ułatwia skorzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej nie tylko w pozostałych krajach UE, ale także w Islandii, Liechtensteinie, Norwegii i Szwajcarii. Karta EKUZ ogranicza się do dostępu do wszelkich niezaplanowanych i niezbędnych usług państwowej opieki zdrowotnej podczas pobytu w jednym z wcześniej wspomnianych krajów partnerskich. W tym miejscu należy wspomnieć, że Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego nie pokrywa kosztów świadczeń zdrowotnych w większości państw. W celu uniknięcia kosztów należy wykupić dodatkowe ubezpieczenie. Dzięki Unijnym regulacjom dotyczącym transgranicznej opieki zdrowotnej, obywatele mają zapewniony dostęp do informacji o przysługujących im prawach do opieki zdrowotnej w całej UE, mogą wnosić o zwrot kosztów na jaki byli narażeni przy korzystaniu ze świadczeń za granicą, z zaznaczeniem, że chodzi o świadczenia do których pacjent byłby uprawniony w kraju zamieszkania. Kolejnym przywilejem realizowanym dzięki Unii jest możliwość wykupienia leków na receptę za granicą. Wszelkie pytania i wątpliwości związane z powyższymi uprawnieniami można składać w krajowych punktach kontaktu, specjalnie ustanowionych w tym celu⁷.

4. Instytucje UE odpowiedzialne za wdrażanie ochrony zdrowia w UE

Jak to już zostało wcześniej wspomniane, Unia poprzez swoje działania wpływa na zacieśnienie

⁵Zob. <http://tnij.org/q1ub4ii> [dostęp: 20.04.2016 r.].

⁶Zob. <http://tnij.org/poof9a2> [dostęp: 20.04.2016 r.].

⁷Urząd Publikacji Unii Europejskiej, *op.cit.*, s. 6.

współpracy między krajami członkowskimi w obszarze ochrony zdrowia. W osiągnięciu tego celu znaczącą rolę odgrywają unijne systemy ostrzegania, za pomocą których państwa członkowskie, w razie stwierdzenia zagrożenia dla zdrowia, informują Komisję Europejską, co przekłada się na szybką reakcję odpowiednich służb. Wszystko to działa jak system naczyń połączonych, jeśli w jednym państwie zidentyfikuje się niebezpieczeństwo, to natychmiast zostaje przekazana informacja by inne kraje mogły się przygotować do stawienia czoła wyzwaniu. Warto w tym miejscu wspomnieć o specjalnych agencjach, zajmujących się bezpieczeństwem i zdrowiem Europejczyków. Jedną z takich agencji jest Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), do którego zadań należy:

- ochrona przed ebolą, grypą, AIDS itp. poprzez identyfikację i ocenę zagrożeń i rozpowszechnianie o nich informacji do krajów członkowskich,
- analiza i interpretacja danych z krajów członkowskich dotyczących chorób zakaźnych przy pomocy europejskiego systemu nadzorowania (TESSy),
- porady naukowe rządów i instytucjom unijnym,
- koordynacja Europejskiego programu szkolenia w zakresie epidemiologii interwencyjnej oraz Europejskiego programu szkolenia w zakresie mikrobiologii w zdrowiu publicznym,
- organizacja europejskiej konferencji naukowej dotyczącej epidemiologii stosowanej chorób zakaźnych ESCAIDE⁸.

W swoich działaniach ECDC korzysta z systemów kontrolnych: EWRS (system powiadamiania o wykryciu zagrożeń), EPIS (zwiad epidemiologiczny) oraz TESSy (system nadzoru nad chorobami) oraz ściśle współpracuje z innymi agencjami unijnymi, z których te najważniejsze zostaną omówione poniżej.

Kolejną agencją Unii Europejskiej działającą w sferze ochrony zdrowia jest Agencja Wykonawcza ds. Konsumentów, Zdrowia i Żywności z siedzibą w Luksemburgu, która swoją działalność rozpoczęła stosunkowo niedawno, bo w 2014 roku, zastępując tym samym Agencję Wykonawczą ds. Zdrowia i Konsumentów. Agencja Wykonawcza ds. Konsumentów, Zdrowia i Żywności odpowiada za zarządzanie m.in. programem UE w dziedzinie zdrowia.

Nie mniejszą rolę odgrywa Europejska Agencja ds. Leków z siedzibą w Londynie. Agencja ta zajmuje się ochroną i promowaniem zdrowia ludzi i zwierząt przez ocenę i nadzór nad produktami leczniczymi stosowanymi u ludzi i do celów weterynaryjnych. Do obowiązków EMA należy także ocena naukowa wniosków o europejskie dopuszczenie do obrotu produktów leczniczych. Leki stosowane u ludzi i zwierząt wyprodukowane przy pomocy biotechnologii czy innej wysoko rozwiniętej technologii podlegają zatwierdzeniu w drodze procedury scentralizowanej (firmy składają do EMA wnioski o pozwolenie na dopuszczenie do obrotu). Tyczy się to również wszystkich leków stosowanych do leczenia HIV i AIDS, raka, cukrzycy i wszystkich leków przeznaczonych do leczenia chorób rzadkich. Taka sama procedura dotyczy wszelakich leków weterynaryjnych przeznaczonych do zwiększenia efektywności leczenia zwierząt. Produkty nie należące do wyżej wymienionych kategorii mogą być wprowadzane do obrotu w ramach procedury scentralizowanej jedynie wtedy, gdy ów produkt leczniczy stanowi ważną innowację terapeutyczną, techniczną lub naukową oraz jeśli pod jakimkolwiek innym względem przynosi korzyści dla zdrowia ludzi lub zwierząt. Swoją działalnością Agencja obejmuje również procedury przekazywania spraw dotyczących produktów leczniczych zatwierdzonych lub rozpatrywanych przez państwa członkowskie⁹.

Ściśle współpracujący z wymienionymi agencjami, Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności,

⁸Zob. <http://tnij.org/m7qvw17> [dostęp: 20.04.2016 r.].

⁹Zob. <http://tnij.org/mk6x0jh> [dostęp: 20.04.2016 r.].

zajmuje się doradztwem naukowym w kwestiach zagrożeń dotyczących żywności, a więc pośrednio także i zdrowia. Opinie EFSA wpływają na ustawodawstwo unijne poprzez znacząco przyczyniając się do ochrony konsumentów przed zagrożeniami związanymi z łańcuchem żywnościowym. Praca opiniodawcza prowadzona jest przez komitet naukowy oraz panele składające się z ekspertów w swojej dziedzinie, jednakże w przypadku, kiedy potrzebna jest bardziej specjalistyczna wiedza panel tworzy grupę roboczą, w skład której wchodzi obok naukowców EFSA także i eksperci zewnętrzni¹⁰. Niejednokrotnie badania zlecane przez różne instytucje unijne udowodniały, że odpowiednio ukształtowana polityka zatrudnienia i polityka społeczna pozytywnie wpływają na ogólne zdrowie obywateli, a agencją, która pomaga w kształtowaniu tej polityki jest Europejska Fundacja na rzecz Poprawy Warunków Życia i Pracy (EUROFOUND). Głównym celem fundacji jest wskazanie kierunków prowadzenia działań ku poprawie warunków życia i pracy w Europie, natomiast środkami do osiągnięcia tego celu są badania kwestii społecznych związanych z zatrudnieniem. Eurofound prowadzi projekty badawcze i przeprowadza ogólnoeuropejskie badania opinii, które dotyczą kwestii związanych z warunkami pracy, jakości życia oraz praktyk stosowanych przez przedsiębiorstwa. Później te informacje stanowią podstawę do kształtowania polityki społecznej. Agencja co cztery lata sprawdza aktualność swoich strategii i po konsultacjach z radą oraz instytucjami UE opracowuje czteroletni program i wyznacza dla siebie nowe cele¹¹.

Historia stosowania programów wspólnotowych w dziedzinie zdrowia sięga lat 90., kiedy to Komisja Europejska zaproponowała wdrożenie nowych programów dotyczących ochrony zdrowia. Zaowocowało to przyjęciem programu działania UE w zakresie zdrowia publicznego na lata 2001-2006 na podstawie nowej strategii ochrony zdrowia. We wrześniu 2002 r. Parlament Europejski wraz z Radą UE przyjął Program działań Wspólnoty w dziedzinie Zdrowia Publicznego na lata 2003-2008, który miał zastąpić dotychczasowe inicjatywy na rzecz zwalczania nowotworów, AIDS i chorób zakaźnych, zwalczania uzależnień od narkotyków, promocji zdrowia, zwalczania chorób związanych z zanieczyszczeniem środowiska, zwalczania rzadkich chorób, zapobiegania urazom, monitorowania zdrowia¹². Budżet Programu na lata 2003-2008 wynosił 312 milionów euro.

5. Ewaluacja troski UE o zdrowie obywateli unijnych

W raporcie unijnym „Health and Structural Funds in 2007-2013: Country and regional assessment” bezpośrednie wydatki na ochronę zdrowia oszacowano na 5 miliardów euro - tyle przeznaczono ze środków strukturalnych na ochronę zdrowia, co w porównaniu z poprzednimi programami jest sumą znacznie większą. Trzeba zaznaczyć, że są to środki przekazane na programy operacyjne finansujące projekty związane z ochroną zdrowia. W rzeczywistości sektor ochrony zdrowia otrzymał więcej pieniędzy, gdyż został pośrednio wsparty przez fundusze z sektorów społecznego i środowiskowego¹³. Środki pieniężne są wydatkowane nie tylko na badania przyczyniające się do poprawy zdrowia, ale także na rozwój placówek medycznych, wdrażanie nowych terapii, szkolenie personelu medycznego i wielu innych przedsięwzięć. Znaczącą rolę przywiązuje się do kwestii innowacyjności opieki zdrowotnej przy czym nie chodzi jedynie o wykorzystywanie najnowszych technologii w medycynie (np. wykorzystywanie nanotechnologii w terapiach nowotworowych), ale również nowe, skuteczniejsze metody szkolenia personelu jak i zarządzanie nim. Dlatego też administracja krajowa musi działać w sposób strategiczny i kompleksowy, gdyż gwarantuje

¹⁰Zob. <http://tnij.org/hoi0vw3> [dostęp: 20.04.2016 r.].

¹¹Zob. <http://tnij.org/0s6wutw> [dostęp: 20.04.2016 r.].

¹²M. Paszkowska, *Ochrona zdrowia w Unii Europejskiej*, [w:] „Prawo i medycyna”, t. 6, 2004, nr 3.

¹³J. Watson, *Health and Structural Funds in 2007-2013: Country and regional assessment*, s. 17.

to otrzymanie środków unijnych, które można później spożytkować m.in. na ochronę zdrowia¹⁴.

18 lipca 2007 roku demosEUROPA – Centrum Strategii Europejskiej we współpracy z Activity for Innovation and Economic Growth z Waszyngtonu zorganizowało w Warszawie forum „Innowacje w ochronie zdrowia”. Jedną z zaproszonych osób był prof. Jerzy Buzek, były premier RP, który w swoim wystąpieniu zaznaczył, że podstawową kwestią w dystrybucji środków unijnych przeznaczonych na innowacje jest decentralizacja. Stwierdził, iż Polska nie może być innowacyjna w całości, a jako przykład wskazał Finlandię, która ma praktycznie rozmiar jednego z polskich regionów, ale nie cała jest innowacyjna. Tampere, Oulu, Turku, Helsinki – to tam kryją się centra innowacyjności¹⁵.

Palącą kwestią ochrony zdrowia jest walka z otyłością. Problem ten według szacunków może dotyczyć nawet 200 mln dorosłych Europejczyków, a także co czwartego dziecka. Jak wiadomo otyłość jest źródłem wielu dolegliwości zarówno fizycznych jak i psychicznych, w tym chorób serca, cukrzycy oraz nowotworów. W celu zażegnania plagi otyłości w 2005 roku utworzono unijną platformę ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia. Wśród projektów zaproponowanych przez platformę znajduje się dobrowolne ograniczenie sprzedaży napojów zawierających cukier dzieciom poniżej 12 roku życia czy też obniżenie zawartości soli, cukru i tłuszczu w niektórych produktach. Innymi działaniami w walce z otyłością są ogólnoeuropejskie przepisy dotyczące etykietowania produktów. W myśl tych regulacji, wszelkie zapewnienia o dobroczynnym wpływie na zdrowie danego produktu umieszczone na opakowaniu muszą być udowodnione naukowo. Na etykiety także obowiązkowo muszą się znajdować dokładne informacje na temat wartości odżywczych i zawartości tłuszczu, węglowodanów, soli i cukru. W latach 2007-2011 w celu zwalczania otyłości sfinansowano 27 projektów, na które łącznie przeznaczono 123 mln euro¹⁶.

Należałoby wspomnieć jeszcze o dwóch najczęstszych przyczynach przedwczesnej śmierci i chorób jakimi są palenie papierosów i nadużywanie alkoholu. Zaczniemy od alkoholu, z powodu którego, co roku w Unii umiera ok. 195 tys. osób. Działania w tym zakresie są najczęściej ograniczane do propagowania odpowiedzialnej konsumpcji alkoholu oraz zwalczania nieodpowiedzialnych reklam napojów alkoholowych. Palenie papierosów jest o wiele bardziej niebezpieczne, gdyż rocznie przyczynia się do śmierci 700 tys. osób w całej Unii. Walka z nałogiem tytoniowym opiera się głównie na unijnym prawodawstwie, które na przestrzeni lat doprowadziło do tego, że wprowadzono na wszystkich wyrobach tytoniowych obowiązkowe etykiety ostrzegawcze informujące o skutkach palenia¹⁷.

6. Podsumowanie

Podsumowując to wszystko, co zostało wyżej przedstawione, nie sposób oprzeć się wrażeniu, że Unia Europejska w niezwykle szeroki sposób stara się wpływać na bezpieczeństwo i zdrowie obywateli państw członkowskich, wydając przy tym niemałe pieniądze. Aktywne wsparcie krajów członkowskich poprzez finansowanie różnych programów prozdrowotnych, prowadzenie szeroko zakrojonych badań na temat zwalczania chorób trapiących ludzkość oraz ciągłe monitorowanie niebezpieczeństwa ze strony chorób zakaźnych udowadnia, że ochrona zdrowia jest jednym z priorytetowych obszarów zainteresowania Unii. Co do skuteczności podejmowanych działań, należy wspomnieć, iż są to wszystko działania długofalowe, a wiele zależy także od samych ludzi i od tego czy będą potrafić zawierzyć pomysłom Unii, czy też nie. Na

¹⁴M. Szewczak, B. Drop, *Innowacyjne formy wspierania zadań administracji publicznej z zakresu rozwoju sektora ochrony zdrowia*, [w:] *Prawo ochrony zdrowia*, red. M. Szewczak, B. Drop, R. Śmiech, Lublin 2013, s. 123.

¹⁵P. Świeboda [red.], *Innowacje w sektorze ochrony zdrowia w Unii Europejskiej*, Warszawa 2007, s. 10.

¹⁶Urząd Publikacji Unii Europejskiej, *op.cit.*, s. 11.

¹⁷Ibidem, s. 10.

zakończenie warto dodać, że w 2011 roku Komisja Europejska przeprowadziła ocenę, z której wynika, że strategia „Razem na rzecz zdrowia” z 2007 roku jest punktem odniesienia dla działań podejmowanych na szczeblu krajowym i unijnym. Przyjęto także, że zasady i cele określone w 2007 r., będą nadal aktualne w ciągu najbliższych lat w ramach strategii „Europa 2020”, więc wszystko wskazuje na to, że w kolejnych latach nadal będzie postępował wzrost wydatków na opiekę zdrowotną, co z pewnością pozytywnie wpłynie nie tylko na ogólny stan zdrowia Europejczyków, ale też na warunki życia i dobrobyt.

The main subject of this article is the role of the European Union in public health. At the very beginning author is talking over a EU regulations about protection of health contained in the Treaty of Lisbon. Then are presented the most effective operations of the EU in order to protect public' s health i.e. improve public health, prevent illness and eliminate sources of danger to physical and mental health. Article includes characteristics of EU' s agencies that are providing scientific advice to the EU government or institutions and indirect also to member countries. Furthermore it shows how European funds are invested and it should provide a clearer picture of real and probable health spend.

Julita Przeradzka

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

ZAGADNIENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ LEKARZA NA GRUNCIE POLSKICH REGULACJI PRAWNYCH – WYBRANE ASPEKTY

Wstęp

Lekarzem jest osoba, która posiada stosowne kwalifikacje zawodowe oraz uzyskała uprzednio odpowiednie pozwolenie na wykonywanie zawodu lekarza, a dzięki temu obok położnych, pielęgniarek i felczerzy dokonywać może określonych czynności medycznych¹. Z wykonywaniem tego zawodu związana jest ściśle kwestia odpowiedzialności karnej pozostającej w związku z wykonywanymi przez lekarza czynnościami medycznymi, która może zachodzić w określonych przypadkach.

Czynność medyczna: pojęcie, charakter i rodzaje

Trzeba zwrócić uwagę, że problem czynności medycznej został w polskim prawie uregulowany nie tylko w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 roku², ale dodatkowo w innych aktach prawnych poruszających kwestie medyczne. Należy tu wskazać przede wszystkim ustawę o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 roku³, jak również ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 roku⁴. O kwestiach tych wspomina dodatkowo kodeks etyki lekarskiej. Kodeks karny⁵ w art. 192 odwołuje się również do pojęcia zabiegu leczniczego. Wymienione powyżej dokumenty w swojej treści posługują się bardzo różnymi terminami: „czynności medyczne”, „leczenie”, „świadczenie zdrowotne”, „zabiegi lecznicze”, jednak mimo to do dziś brakuje odpowiedniego usystematyzowania tych sformułowań w ustawodawstwie medycznym, a co więcej dotychczas nie pokuszone się o ujednolicenie ich znaczeń⁶.

Rozważania nad kwestią odpowiedzialności karnej lekarza związane z wykonywaniem przez niego czynności medycznych należy rozpocząć od omówienia sytuacji, w której przyczynę odpowiedzialności stanowiło będzie naruszenie przesłanek legalności czynności leczniczych. W zakres tego zagadnienia wchodziło będzie szczególnie:

- Podejmowanie czynności lekarskich przez nieuprawniony podmiot;
- Podejmowanie czynności medycznych bez zgody pacjenta;
- Wykonywanie czynności niezgodnie z zasadami wiedzy i ostrożności;
- Podejmowanie czynności medycznych, jakie wykraczają poza zakres leczniczy⁷.

¹ J. Piórkowska - Flieger, M. Szwarczyk, *Warunki dopuszczalności zabiegu leczniczego i eksperymentu medycznego w świetle nowej ustawy o zawodzie lekarza*, Rzeszowskie Zeszyty Naukowe „Prawo - Ekonomia”, Tom XXIII, 1998 r., s. 154.

² Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 1997 Nr 28 poz. 152 z późn. zm.).

³ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991 Nr 91 poz. 408 z późn. zm.).

⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.).

⁵ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny (Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553 z późn. zm.).

⁶ R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, el./ LEX.

⁷ *Ibidem*.

Nie ulega wątpliwości, że dokonywać czynności należących do kompetencji lekarza nie może osoba, która nie posiada do tego stosownych uprawnień. Za podjęcie się takich czynności ustawodawca przewiduje odpowiedzialność karną. Kwestia ta została uregulowana w art. 58 u.z.l.l.d., zgodnie z którym „Kto bez uprawnień udziela świadczeń zdrowotnych polegających na rozpoznawaniu chorób oraz ich leczeniu, podlega karze grzywny.” Ustęp 2 tego przepisu stanowi natomiast, że „jeżeli sprawca czynu określonego w ust. 1 działa w celu osiągnięcia korzyści majątkowej albo wprowadza w błąd co do posiadania takiego uprawnienia, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku”. Ustęp ostatni reguluje dodatkowo zasady prowadzenia postępowania w sprawach omówionych wyżej, wskazując tym samym, że powinno toczyć się ono na zasadach przepisów zawartych w Kodeksie postępowania w sprawach o wykroczenia⁸.

Przypomnieć trzeba, że udzielanie świadczeń medycznych wymaga nie ukończenia studiów medycznych, ale posiadania stosownego dokumentu, który będzie potwierdzał uzyskanie prawa do wykonywania odpowiednio zawodu lekarza albo lekarza stomatologa. Dodatkowo okręgowa rada lekarska posiada kompetencje ograniczenia lub odebrania prawa wykonywania zawodu. Osoba, wobec której taka czynność zostanie popełniona w związku z niezdolnością do wykonywania tego zawodu, musi liczyć się z faktem, że wobec prawa stanowi podmiot, który uprawnień do udzielania świadczeń medycznych nie posiada, co znaczy tyle, że przez ustawodawcę traktowana jest na równi z osobami, które nie nabyły jeszcze stosownych uprawnień oraz z osobami, które nie mają żadnego medycznego wykształcenia⁹.

Zaznaczenia wymaga fakt, że w przypadku dokonywania czynności ratowania zdrowia lub życia człowieka, zawsze do czynienia mamy z czynnością leczniczą, bez względu na podmiot, jaki podejmuje się ich¹⁰.

Dokonywanie czynności medycznych bez uzyskania uprzedniej zgody pacjenta oraz przy spełnieniu dodatkowych przesłanek również może prowadzić to do poniesienia przez lekarza odpowiedzialności karnej. Stanowi ono naruszenie nie tylko norm prawnych, ale w równym stopniu norm etycznych, a dodatkowo wiąże się również z zbezczeszczeniem uprawnień pacjenta¹¹. Do 1997 roku konieczność pozyskania zgody pacjenta wynikała jedynie z ustawodawstwa medycznego, ponieważ kodeks karny nie wyróżniając takiego przestępstwa, nigdy wcześniej nie regulował kwestii związanych z samowolą wykonania zabiegu leczniczego.

Obecnie art. 192 kodeksu karnego wyróżnia przestępstwo polegające na podjęciu się wykonania zabiegu leczniczego bez uzyskania zgody pacjenta, co stanowi poważne naruszenie jego prawa do samostanowienia. Prawo chroni zatem wolność jednostki i jego prawo do podejmowania decyzji o samym sobie. Z uwagi na to, nie może ulegać wątpliwości, że uzyskanie zgody w takim przypadku będzie stanowiło przesłankę konieczną dla legalności takich czynności. Dodatkowo stosowne uregulowania poruszające te kwestie znajdują się w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty w przepisach od 32 do 35. Odpowiedzialność, jaka wynika z omawianego artykułu kodeksu karnego pozostaje bez związku z faktem, czy podjęta czynność medyczna zakończyła się sukcesem, czy nie powiodła się¹².

⁸ *Ibidem*.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ Uchwała SN z 31 sierpnia 1994 r. (I KZP 20/94, OSNKW 1994, nr 9-10, poz. 58): „określenia rozpoznawanie, leczenie i zapobieganie chorobom, a także wydawanie orzeczeń lekarskich użyte w art. 1 ustawy z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza oznaczają wykonywanie zawodu lekarza niezależnie od tego, czy są dokonywane przez lekarza, czy też przez osobę nie będącą lekarzem”.

¹¹ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, s. 368.

¹² R. Kędziora, op. cit., el./ LEX.

Podmiotem tego przestępstwa może być jedynie osoba, która pozostaje uprawniona do podejmowania świadczeń medycznych na podstawie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jak również na podstawie innych ustaw medycznych¹³.

Czyn ten ma charakter umyślny, a w związku z tym istnieje możliwość wyłączenia odpowiedzialności w sytuacji, kiedy miejsce ma tzw. błąd co do okoliczności będącej znamieniem tegoż czynu zabronionego¹⁴. Taka sytuacja może mieć miejsce, kiedy lekarz będzie mylnie pewny, że pacjent zgodę wyraził lub też będzie przekonany, że wszystkie elementy muszą zostać spełnione dla osiągnięcia skuteczności zgody pacjenta zostały zrealizowane¹⁵.

Dodatkowo spowodowanie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta może spowodować pociągnięcie lekarza do odpowiedzialności prawnej z tytułu przepisów stojących na straży życia i zdrowia człowieka¹⁶. Zasadą jest, że zgoda powinna być wyrażona świadomie i w odpowiedniej formie bezpośrednio przez samego pacjenta. Jednakowoż należy pamiętać, że za osobę małoletnią oraz nieświadomą tudzież niezdolną do osobistego wyrażenia zgody zrobi to przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny. W stosownych sytuacjach o wyrażenie takiej zgody można zgłosić się do sądu opiekuńczego¹⁷.

Ujawnienie faktów objętych tajemnicą lekarską

Tajemnica lekarska stanowi uprawnienie pacjenta do zachowania w poufności danych, które ten zdecyduje się podać do wiadomości lekarza. Złamanie tej tajemnicy może mieć miejsce jedynie w enumeratywnie wymienionych przez ustawę o zawodzie lekarza i lekarza dentysty przypadkach, które ustawodawca zawarł w art. 40 ust 2. W sytuacjach, które zostały wymienione w tym przepisie lekarz uzyskuje prawo do wyjawienia informacji poufnych, ale tylko i wyłącznie w takim zakresie, jaki będzie w danej sytuacji niezbędny. Należy zaznaczyć, że lekarz nie jest zwolniony z tego obowiązku nawet po śmierci pacjenta¹⁸. Przepisem, który na gruncie polskiego prawa karnego reguluje kwestie związane z ujawnieniem tajemnicy zawodowej, a więc również lekarskiej¹⁹, jest przede wszystkim art. 266 par. 1, który stanowi, że za ujawnienie lub wykorzystanie takich informacji grozi kara grzywny, ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2²⁰. Przestępstwo ujawnienia tajemnicy medycznej jest przestępstwem umyślnym, a co za tym idzie lekarz musi chcieć, albo chociaż godzić się z faktem ich ujawnienia.²¹

Odpowiedzialność karna za błąd medyczny

A. Liszewska błąd medyczny zdefiniowała jako „naruszenie przez lekarza (świadomego tego, że podejmuje czynność medyczną) obowiązujących go w konkretnym wypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki reguł postępowania zawodowego wobec dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka, które na gruncie prawa stanowi podstawę do stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności²²”.

¹³ *Ibidem*.

¹⁴ Art. 28 PAR 1 kk stanowi, że osoba, która pozostaje w takim błędzie nie popełnia przestępstwa umyślnego.

¹⁵ R. Kubiak, *op. cit.*, s. 376

¹⁶ P. Szczerba, *Odpowiedzialność karna [w:] Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych. Przepisy – Przykłady – Orzecznictwo*, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2013, s. 127.

¹⁷ *Ibidem*, s. 128.

¹⁸ *Ibidem*, s. 144.

¹⁹ R. Kubiak, *op. cit.*, s. 227.

²⁰ P. Szczerba, *op. cit.*, s. 146.

²¹ R. Kubiak, *op. cit.*, s. 277.

²² A. Fiutak, *Prawo medyczne*, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2011, s. 77-78, [cyt. za:] A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998, s. 28.

W doktrynie wyróżnia się kilka różnych klasyfikacji błędów medycznych. Największe znaczenie w praktyce ma podział błędów medycznych na błędy lecznicze, diagnostyczne oraz organizacyjne²³. Błąd leczniczy to nic innego jako podjęcie niewłaściwych czynności leczniczych, jak również działanie z nienależytą starannością. Na podstawie art. 4 ustawy o zawodzie lekarza można wnioskować, że może polegać on na wyborze niewłaściwego środka medycznego²⁴.

Błąd diagnostyczny może wiązać się zarówno z wadliwą oceną stanu pacjenta przy jednakowym uzyskaniu prawidłowych wyników diagnostycznych i podobnie jak w przypadku błędu leczniczego skutkował będzie odpowiedzialnością lekarza²⁵.

Trzecia kategoria, czyli błąd organizacyjny, nie będzie stanowił obiektu rozważań nad odpowiedzialnością karną lekarza, ponieważ związany jest on co do zasady z placówką leczniczą, a nie z osobą lekarza. W ramach tego rodzaju błędu do czynienia mieć można z zaniedbaniami logistycznymi²⁶.

Możemy mieć do czynienia z następującymi sytuacjami, które będą w odmienny sposób wpływały na sytuację lekarza w zakresie odpowiedzialności karnej za błąd medyczny:

- Podjęcie czynności niewłaściwych z punktu widzenia medycyny świadomie, z wyrażeniem zgody na konsekwencje, jakie będą się z nimi wiązać;
- Podjęcie czynności niewłaściwych z punktu widzenia medycyny, jednak bez zamiaru wywołania skutków negatywnych dla pacjenta;
- Popęlnienie błędu medycznego bez elementu winy, czyli podczas podejmowania działań leczniczych zgodnych z zasadami medycyny, z zachowaniem zasad sztuki medycznej oraz przy uwzględnieniu aktualnych wskazań wiedzy²⁷.

W pierwszej wymienionej sytuacji nie mamy do czynienia z błędem medycznym, a sprawca ewidentnie popełnia przestępstwo, ponieważ wypełnia jego znamiona w sposób umyślny. Sytuacja kolejna wiąże się z możliwością przypisania lekarzowi zawinionego naruszenia zasad medycyny, przy jednoczesnym działaniu w tzw. dobrej wierze. W tej sytuacji mamy do czynienia z zaistnieniem błędu medycznego, a przy okazji możliwości pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności karnej, jeżeli czyn taki spełni przesłanki przestępstwa nieumyślnego. Istnieje tu jednak możliwość wyłączenia winy, a tym samym odpowiedzialności, co zajdzie w sytuacji podjęcia działań nagłych, niecierpiących zwłoki, przy których lekarz nie będzie miał możliwości dostatecznego rozeznania się w przypadku, a tym bardziej konsultacji z osobą wykazującą się większym doświadczeniem²⁸.

Przypadek ostatni to wystąpienie błędu medycznego, który nie będzie zawiniony przez lekarza. Lekarz działający w celu ratowania zdrowia lub życia, przy zachowaniu stosownych zasad narzuconych przez medycynę oraz uwzględnieniu znanych w danym momencie wskazań wiedzy, nie może zostać pociągnięty do odpowiedzialności karnej – odpowiedzialność ta zostaje wyłączona²⁹.

Na temat odpowiedzialności karnej związanej z wykonaniem świadczenia medycznego bez zgody pacjenta wypowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 28 listopada 2007 r.³⁰. Rozpatrywana sprawa polegała na wykonaniu przez lekarza oddziału chirurgicznego bez uzyskania zgody pacjenta operacji

²³ A. Sieńko, *Błędy medyczne – odpowiedzialność lekarza i placówki medycznej. Jak uniknąć kosztowych pułapek*, Wydawnictwo Wiedza i Praktyka, Warszawa 2015, s. 67.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ P. Szczerba, *op. cit.*, s. 155.

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ Wyrok SN z dnia 28 listopada 2007 r. (sygn. akt. V KK 81/07).

przepukliny pachwinowej prawostronnej, mimo że pacjent, którego poddano tej czynności nie wymagał w danej chwili niezwłocznej pomocy lekarskiej³¹. Sąd Najwyższy musiał w odniesieniu do tego stanu faktycznego zdecydować, czy medyk miał prawo powołania się w zaistniałej sytuacji na stan wyższej konieczności. Sąd Najwyższy zauważył, że: „(...) prawo nie dopuszcza powoływania się na stan wyższej konieczności na gruncie przeciwstawienia prawa pacjenta do samostanowienia konieczności ratowania jego życia i zdrowia, przy czym wyklucza się zarówno powoływanie się na art. 26 PAR. 1 lub PAR. 5 k.k. (...). Jeżeli bowiem lekarz, nie mogąc uzyskać zgody pacjenta na dokonanie zabiegu, albo na rozszerzenie jego zakresu, spełni wszystkie warunki wymagane przez art. 35 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, zwolniony jest z odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 192 PAR. 1 k.k. W konsekwencji należy uznać, że nie jest dopuszczalne uwolnienie lekarza i lekarza dentysty od odpowiedzialności za zmianę zakresu zabiegu operacyjnego bez zgody pacjenta, na podstawie art. 26 PAR 1 lub PAR 5 k.k., pomimo niespełnienia warunków określonych w art. 35 ust 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, albowiem oznaczałoby to zignorowanie, mających charakter gwarancyjny, ograniczeń wynikających z tego przepisu”³².

Z przytoczonego wyroku jednoznacznie można wywnioskować, że obecnie prawo pacjenta do stanowienia o sobie jest wartością szczególnie poważaną i chronioną³³. Co za tym idzie istnieje katalog ściśle określonych sytuacji, w których lekarz ma prawo wykonać czynność medyczną bez uzyskania zgody pacjenta³⁴. Przeprowadzenie czynności, bez koniecznej zgody pacjenta w każdym innym przypadku, niż w tych, które wymienił ustawodawca, skutkować będą odpowiedzialnością karną na podstawie art. 192 kk³⁵.

Wypada wspomnieć o zagadnieniu wykonania przez lekarza czynności medycznej w sposób niezgodny z zasadami wiedzy oraz ostrożności. Konieczność wykonywania zadań zawodowych w sposób zgodny z aktualną wiedzą medyczną znajduj się przede wszystkim w art. 4 u.z.l.l.d. Polski kodeks karny nie uwzględnia czynu zabronionego w postaci niewłaściwego przeprowadzenia czynności leczniczej, a co za tym idzie nie istnieje możliwość pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności związanej właśnie z takim postępowaniem w przypadku, jeżeli nie będzie skutkowało to zaistnieniem negatywnych skutków dla osoby pacjenta³⁶. Jak podaje Renata Kędziora, w doktrynie pojawił się pomysł karania nawet bezskutkowego podjęcia czynności leczniczej w sposób sprzeczny z zasadami praktyki i zasad wiedzy, co umożliwiłoby karanie nie za skutek, a za samo naruszenie określonych zasad³⁷.

Dokonanie czynności medycznych zgodnie z zasadami medycznymi chroni lekarza przed odpowiedzialnością z tytułu nieudanego zabiegu powodującego negatywne skutki dla pacjenta. Odpowiedzialność karna może zaistnieć dopiero, jeżeli działanie lekarza niezgodne z aktualną wiedzą i praktyką zrealizuje znamiona któregoś z przestępstw przeciwko zdrowiu lub życiu³⁸.

³¹ R. Tymiński, *Odpowiedzialność prawna lekarzy w praktyce*, s. 65.

³² *Ibidem*, za Wyrok SN z dnia 28 listopada 2007 r. (sygn.. akt. V KK 81/07).

³³ *Ibidem*, s. 65-66.

³⁴ Katalog tych sytuacji znajduje się w art. 34 ust. 7 oraz art. 35 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Może mieć to miejsce, kiedy oczekiwanie na uzyskanie zgody i wstrzymanie w tym celu czynności medycznych grozi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub też ciężkiego rozstroju zdrowia pacjenta. Dodatkowo możliwość taka może zaistnieć, gdy podczas zabiegu operacyjnego, czy też przeprowadzania metody leczniczej/ diagnostycznej pojawią się okoliczności, wobec których brak reakcji skutkować mógłby takimi samymi zagrożeniami dla pacjenta, jak wymienione powyżej, gdy dodatkowo uzyskanie zgody samego pacjenta, czy też jego przedstawiciela ustawowego jest nie możliwe.

³⁵ R. Tymiński, *op. cit.*, s. 66.

³⁶ R. Kędziora, *op. cit.*, el./ LEX.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ *Ibidem*.

Odpowiedzialność karna w związku z przeprowadzeniem eksperymentu medycznego

Konstytucja, jest najwyższym aktem prawnym na gruncie prawa polskiego, jaki umożliwia prowadzenie eksperymentów³⁹. Dopuszcza ona jednak ograniczenie do korzystania z praw gwarantowanych konstytucyjnie, a jednym z nich jest ochrona zdrowia⁴⁰. Również w Konstytucji znajduje się ochrona do decydowania o sobie, czego przejawem jest art. 39 Konstytucji RP, jaki daje gwarancję, że nikt, kto sam dobrowolnie nie wyrazi na to zgody, nie może zostać podmiotem eksperymentu naukowego⁴¹.

Wyróżnić można dwa rodzaje eksperymentu na gruncie nauki medycznej. Pierwszym rodzajem jest tzw. eksperyment badawczy o charakterze szeroko doświadczalnym. Jego zadaniem jest rozszerzenie wiedzy posiadanej przez naukowców⁴².

Drugą kategorią jest tzw. eksperyment leczniczy – inaczej kliniczny – który przeprowadzany jest w celu uzyskania poprawy zdrowia biorącego w nim udział pacjenta. Zdarza się tak, że stanowi on jedyną szansę na powodzenie leczenia i wyleczenie⁴³.

Podstawą wyłączenia odpowiedzialności karnej lekarza związanej z przeprowadzeniem eksperymentu medycznego oraz samej bezprawności tego czynu jest art. 27 kk, który zawiera kontratyp. Według tego artykułu nie będzie popełniał przestępstwa ten, który przeprowadzi eksperyment: poznawczy, medyczny, techniczny, czy też ekonomiczny, jeżeli oczekiwana korzyść z niego płynąca mieć będzie ważne znaczenie medyczne, poznawcze lub gospodarcze, a same oczekiwania oraz celowość i sposób zorganizowania eksperymentu będą odbywały się w sposób stosowny i uzasadniony aktualnym stanem wiedzy⁴⁴.

W doktrynie przyjmuje się, że głównym celem badawczego eksperymentu medycznego jest, co oczywiste, poszerzenie wiedzy z zakresu medycyny. Należy wyjaśnić, że takiemu badaniu można poddać zarówno osobę zdrową, jak również chorą, jeżeli udział w nim nie będzie stanowił zagrożenia lub też będzie ono znikome w porównaniu z pożądanymi wynikami, jakie może przynieść⁴⁵.

Odpowiedzialność karna za nielegalne przerwanie ciąży

Odpowiedzialność karna za nielegalne przerwanie ciąży aktualnie uregulowana została w art. 152 – 154 kk, jednak w tym przypadku sprawcą czynu może być każdy, a nie tylko lekarz⁴⁶. Przepisy te odnoszą się do sytuacji, w których czynność ta przeprowadzona zostaje w sytuacjach, w jakich polska regulacja prawna na to nie pozwala. Obecnie ustawodawca daje przyzwolenie na zabieg przerwania ciąży, jedynie w ściśle określonych sytuacjach⁴⁷.

Podsumowanie

Zagadnienie odpowiedzialności karnej lekarza jest bardzo rozległe, przez co udało mi się poruszyć w tym tekście jedynie podstawowe i wybrane kwestie z nią związane. Problem odpowiedzialności karnej lekarza udzielającego świadczenia medycznego za wywołanie negatywnych konsekwencji dla życia lub zdrowia pacjenta jest zagadnieniem bardzo złożonym, ale również specyficznym, jeżeli karnej ocenie należy

³⁹ Art. 73 Konstytucji RP

⁴⁰ s. 95

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Wydawnictwo „Dom Organizatora, Toruń 2010, s. 216.

⁴³ *Ibidem*, s. 217.

⁴⁴ *Ibidem*.

⁴⁵ *Ibidem*, s. 96-67.

⁴⁶ R. Kubiak, op. cit., s. 498.

⁴⁷ Z uwagi na ten fakt, zagadnienie nielegalnego przerwania ciąży jest przestępstwem powszechnym i nie ma w nim odniesienia wprost do wykonywania zawodu lekarza oraz fakt, że kwestia ta jest bardzo szeroka, zdecydowałam się pominąć szczegółowe omawianie odpowiedzialności karnej za przestępstwa związane z nielegalnym przerwaniem ciąży.

poddać osobę, która podjęła się czynności ratującej dobra pacjenta. Z uwagi na fakt niewłaściwego wykonywania tych czynności staje się ona tym samym podmiotem dokonującym zamachu owo dobro. Mając na uwadze właśnie tę złożoność tej problematyki, wszelkich analiz odpowiedzialności lekarza udzielającego świadczenia leczniczego, należy co do zasady dokonywać w sposób szczególnie ostrożny i delikatny⁴⁸.

⁴⁸ T. Sroka, Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 14-15. Por. P. Kardas, Błąd w sztuce medycznej a odpowiedzialność karna lekarza, BZP 2007, nr 4, s. 82.

Michał Grzeszczyk

Wydział Prawa i Administracji

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

REGRESOWA ODPOWIEDZIALNOŚĆ MATERIALNA LEKARZA ETATOWEGO ZA BŁĘDY MEDYCZNE

Wykonywanie zawodu lekarza

Wykonywanie zawodu lekarza polega, zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹ na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. W ramach aktywności zawodowej lekarze mogą swój zawód wykonywać w różnych formach. Od wyboru jednej z nich zależeć będzie m.in. zakres odpowiedzialności lekarza za błędy medyczne.

Prawo dopuszcza wykonywanie zawodu lekarza w formie:

5. zatrudnienia na umowie o pracę,
6. udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie kontraktu (umowy cywilnoprawnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych),
7. udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach działalności leczniczej (tj. praktyki lekarskiej),
8. udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie porozumienia o wolontariacie,
9. udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadkach niecierpiących zwłoki².

Podstawową formą prawną na podstawie której pracownicy medyczni³ wykonują zawód w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej jest umowa o pracę. Zawarcie takiej umowy nadaje status pracownika wraz ze wszystkimi, wynikającymi z Kodeksu pracy⁴ (dalej: k.p) przywilejami, ale i obowiązkami⁵.

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry nie reguluje możliwości wykonywania zawodu lekarza w ramach stosunku pracy. Jednocześnie jednak, takiej możliwości wcale nie zabrania, a miejscami wyraźnie się do niej odnosi. Możliwości takiej nie wprowadza wprost również ustawa o działalności leczniczej⁶, choć wielokrotnie posługuje się pojęciem pracownik oraz normuje czas pracy pracowników podmiotów leczniczych, do których należą także lekarze. Wymienione przepisy jednakże nie wprowadzają istotnych odrębności w zatrudnieniu lekarzy w porównaniu do innych kategorii pracowników. Zatem do tej grupy zawodowej znajdą zastosowanie niemalże wszystkie unormowania zawarte tak w Kodeksie pracy, jak i w innych przepisach prawa pracy⁷.

Osoby wykonujące zawód medyczny mogą być zatrudniane zarówno na podstawie umowy o pracę,

¹Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152).

²R. Tymiński, *Prawo medyczne, Podręcznik dla lekarzy i studentów wydziałów lekarskich*, Warszawa 2014, s. 37.

³Lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne.

⁴Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. *Kodeks pracy* (Dz.U. 1974 nr 24 poz. 141).

⁵A. Fiutak, *Prawo w medycynie*, Warszawa 2013, s. 30-31.

⁶Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 Nr 112 poz. 654).

⁷R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2014, s. 80-81.

jak i na podstawie umowy cywilnej. Praca nie musi mieć charakteru pracowniczego⁸. Wybór rodzaju podstawy prawnej, na jakiej zostanie zatrudniony lekarz należy do zainteresowanych stron⁹. Przepisy prawa nie zawierają ani domniemania stosunku pracy, ani też fikcji prawnej jego nawiązania¹⁰.

Ochronna i gwarancyjna funkcja prawa pracy polega na tym, że lekarze (pracownicy) pozostający w zatrudnieniu pracowniczym są w znacznie lepszej sytuacji prawnej względem pomiotu leczniczego (pracodawcy), aniżeli osoby pozostające w zatrudnieniu niepracowniczym względem zlecającego¹¹.

Nie ulega wątpliwości, że pod względem odpowiedzialności cywilnej lekarza wobec pacjenta, zatrudnienie pracownicze, a zatem w drodze zawarcia umowy pracę, jest najkorzystniejsze. Wynika to ze szczególnego uregulowania w Kodeksie pracy w przepisach art. 114-122 zasad ponoszenia przez pracowników odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną osobom trzecim. Z uwagi na brak przepisów szczególnych, które mogłyby znaleźć zastosowanie z mocy art. 5 Kodeksu pracy, wskazane regulacje dotyczyć będą także lekarzy, również w sytuacji wyrządzenia szkody medycznej pacjentowi zakładu opieki zdrowotnej.

Podkreślić należy, że brak jest prawnej możliwości modyfikacji zasad odpowiedzialności pracownika zatrudnionego na podstawie umowy o pracę w stosunku do jego pracodawcy, wszelkie zaś zapisy umowne zmieniające te zasady są nieważne z mocy prawa¹².

Niemniej jednak, nie zawsze znajdą zastosowanie, *nomen omen* korzystne dla lekarzy przepisy Kodeksu pracy, a w pewnych okolicznościach lekarz ponosić będzie tzw. pracowniczą odpowiedzialność regresową. Wymaga to szerszego omówienia.

Odpowiedzialność pracodawcy za szkody wyrządzone osobom trzecim

Najważniejszym, zdaje się, przepisem dotyczącym odpowiedzialności materialnej lekarzy-pracowników jest art. 120 § 1 Kodeksu pracy. Przepis ten jest jednocześnie wyznacznikiem korzyści jaką otrzymuje lekarz w sytuacji, gdy decyduje się na zatrudnienie pracownicze.

Zgodnie z treścią tego przepisu w razie wyrządzenia przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych szkody osobie trzeciej, zobowiązany do naprawienia szkody jest wyłącznie pracodawca. W przypadku wyrządzenia przez lekarza szkody błędem medycznym, wobec osoby trzeciej odpowiadać będzie zatem podmiot leczniczy.

Osobami trzecimi są wszystkie osoby poza pracownikiem wyrządzającym szkodę i pracodawcą. W tym przypadku – w stosunku do lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym – osobami trzecimi będą osoby korzystające ze świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez danego lekarza w konkretnym zakładzie opieki zdrowotnej¹³.

Pacjent, korzystający z usług podmiotu leczniczego, wchodzi w stosunek cywilnoprawny z tym podmiotem, a nie bezpośrednio z samym lekarzem. Lekarz w takim przypadku jest osobą trzecią, w żaden sposób niezwiązaną stosunkiem obligacyjnym z pacjentem. W momencie zaistnienia szkody po stronie pacjenta powstaje roszczenie z tytułu niewykonania bądź nienależytego wykonania świadczeń (w tym

⁸Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 maja 2001 r., I PKN 432/00, OSNAP 2001, nr 9, poz. 310.

⁹Por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 kwietnia 200 r., I PKN 594/00, PPIPS 2001, nr 7-8, s. 3.

¹⁰Ł. Pisarczyk, *Różne formy zatrudniania*, Warszawa 2003; M. Nałęcz, *Prawo pracy po zmianach, cz. II*, Monitor Prawniczy 2002, nr 22, poz. 1028, s. 13.

¹¹D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 352; por. wyrok Sadu Najwyższego z dnia 7 października 2004 r., II PK 29/04, OSN 2005, nr 7, poz. 97.

¹²M. Paszkowska, *Odpowiedzialność prawna "etatowca" i "kontraktowca"*, <http://medium.dilnet.wroc.pl/index.php/padziernik-2015/834-etat-czy-kontrakt-odpowiedzialno-prawna-etatowca-i-kontraktowca> [dostęp: 28.06.2016 r.].

¹³*ibidem*.

przypadku błędu medycznego), którego nie kieruje on bezpośrednio do pracownika (lekarza), lecz do pracodawcy (pomiotu leczniczego)¹⁴. Odpowiedzialność deliktowa lekarza za czyny pozostające w związku z wykonywaniem obowiązków pracowniczych jest zaś wyłączona na podstawie art. 120 § 1 Kodeksu pracy.

Zgodnie z przepisem art. 4 ustawy o działalności leczniczej można wyróżnić siedem „rodzajów” podmiotów leczniczych – przedsiębiorcy, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń oraz osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania¹⁵. Dyspozycja przepisu art. 120 Kodeksu pracy dotyczy pracodawcy – podmiotu leczniczego, bez względu na jego formę prawną¹⁶.

Wyrządzenie szkody przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych ma miejsce wówczas, gdy szkoda będzie pozostawać w normalnym wewnętrznym – organizacyjnym funkcjonalnym związku przyczynowym z powierzonymi mu czynnościami, których podjął się w drodze powstania stosunku pracy, w ramach wykonywania zadań związanych z przedmiotem działalności zakładu (podmiotu leczniczego)¹⁷.

Dyspozycją przepisu art. 120 Kodeksu pracy nie są jednakże objęte szkody wyrządzone „przy okazji wykonywania obowiązków pracowniczych”. Szkodą wyrządzoną przy okazji wykonywania obowiązków pracowniczych jest szkoda wyrządzona przez pracownika innej osobie w czasie, który przeznaczony jest na wykonywanie przez niego pracy, ale przez czynności wykraczające poza zakres jego obowiązków pracowniczych oraz poza zakres działalności zakładu opieki zdrowotnej. Sprawca takiej szkody wyrządza ją jedynie przy sposobności zatrudnienia w zakładzie pracy, toteż nie występuje w tym przypadku w charakterze pracownika – nie działa bowiem w zamiarze osiągnięcia celów objętych działalnością zakładu pracy (zakładu opieki zdrowotnej)¹⁸.

Podmiot leczniczy, czy podmiot wykonujący działalność leczniczą poniesie odpowiedzialność cywilną pod warunkiem, że łącznie zostaną spełnione przesłanki:

5. nastąpi zdarzenie, które wyrządzi szkodę w postaci niewykonania bądź nienależytego wykonania zobowiązania albo czyn niedozwolony,

6. powstanie szkoda majątkowa (na osobie lub na mieniu pacjenta) lub niemajątkowa (tzw. krzywda pacjenta),

7. pomiędzy zdarzeniem, a szkodą zaistnienie związek przyczynowy¹⁹.

Jeśli odpowiedzialność dłużnika (sprawcy szkody) będzie oparta na zasadzie winy – winę tę z reguły trzeba udowodnić²⁰.

Niemniej jednak art. 120 k.p. niekoniecznie musi być rozumiany jako całkowite wyłączenie odpowiedzialności lekarza. B. Lewaszkiewicz-Petrykowska²¹ postuluje interpretację tego przepisu w

¹⁴J. Brykczyński, *Odpowiedzialność cywilna lekarza i podmiotu leczniczego za szkodę medyczną*, Poznań 2013, s. 14.

¹⁵D. Grysztar, [w:] P. Bała, M. Załucki [red.], *Prowadzenie działalności leczniczej*, Warszawa 2013, s. 39-40.

¹⁶J. Brykczyński, *op. cit.*, s. 14.

¹⁷M. Grego-Hoffman, *Odpowiedzialność podmiotów leczniczych i personelu medycznego*, Wrocław 2013, s. 120-121.

¹⁸Zob. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 lutego 1976 r., III PR 21/76, PiZS 1977, nr 10, poz. 68; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 czerwca 1975 r., V PRN 2/75, OSNP 1976, nr 4, poz. 10.

¹⁹A. Fiutak, [w:] A. Fiutak, M. Kozik, T. Podleśny, P. Szczerba, K. Zblewska-Wrońska, *Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych, Przepisy – Przykłady – Orzecznictwo*, Warszawa 2013, s. 183.

²⁰M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2010, s. 67.

²¹B. Lewaszkiewicz-Petrykowska, *Wyrządzenie szkody przez kilka osób*, Warszawa 1978, s. 152 i n.; por. też A. Szpunar, *Odpowiedzialność Skarbu Państwa za funkcjonariusza*, Warszawa 1985, s. 314 i n.

kierunku istnienia odpowiedzialności sprawcy – pracownika, ale o subsydiarnym charakterze. Podobnie również ostatnimi czasy kształtuje się stanowisko Sądu Najwyższego, który w wyroku z dnia 11 kwietnia 2008 r.²² stwierdził, że poszkodowany może dochodzić bezpośrednio od pracownika (lekarza) naprawienia szkody, jeżeli zakład pracy na skutek upadłości nie jest w stanie wypłacić należnego odszkodowania²³. Pojawiają się również stanowiska, wskazujące, że w przypadku wyrządzenia szkody umyślnie, przepis art. 120 k.p. nie ma w ogóle zastosowania, o czym w dalszej części publikacji²⁴.

Roszczenie regresowe podmiotu leczniczego

Zgodnie z art. 120 § 2 Kodeksu pracy wobec pracodawcy, który naprawił szkodę wyrządzoną osobie trzeciej, pracownik ponosi odpowiedzialność przewidzianą w przepisach rozdziału o odpowiedzialności materialnej. Oznacza to ni mniej, ni więcej, że pracodawcy, który wskutek działań pracownika zobowiązany był zapłacić odpowiednie odszkodowanie lub zadośćuczynienie osobie trzeciej, przysługuje wobec pracownika roszczenie o zwrot całości lub części wypłaconego świadczenia.

Z uregulowań Kodeksu pracy wynika, że udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy o pracę jest dla lekarzy bardzo korzystne – w przypadku bowiem popełnienia błędu w sztuce roszczenie cywilne pacjenta może być skierowane wyłącznie przeciwko pracodawcy lekarza (podmiotowi leczniczemu). Jedyne zaś, na co narażony lekarz – pracownik, to odpowiedzialność majątkowa wobec pracodawcy, wynikająca z przysługującego podmiotowi leczniczemu roszczenia regresowego²⁵.

Nierzadko dochodzi do sytuacji, kiedy lekarza z jednym podmiotem leczniczym łączą różne umowy, czyli umowa o pracę i umowa cywilnoprawna²⁶. Niemniej jednak odpowiedzialność pracownicza powiązana jest z łączącym lekarza stosunkiem pracy z podmiotem leczniczym. Będzie ona zatem miała miejsce jedynie wówczas, gdy lekarz udziela świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy o pracę, powołania, mianowania, czy też wyboru. Nie wejdą w jej zakres tzw. kontrakty (umowy cywilnoprawne) – lekarze ci ponoszą pełną odpowiedzialność na podstawie art. 415 Kodeksu cywilnego²⁷. W chwili powstania szkody lekarz musi zatem wykonywać obowiązki pracownicze, a nie obowiązki wynikające z umowy cywilnoprawnej.

Podobne zasady odpowiedzialności dotyczą też lekarzy niebędących pracownikami w rozumieniu art. 2 Kodeksu pracy, ale funkcjonariuszami pozostającymi w stosunku służbowym – czyli np. lekarzy będących funkcjonariuszami wojska, policji czy też służby więziennej²⁸.

W wyroku z dnia 27 lipca 2011 r.²⁹, Sąd najwyższy uznał, że roszczenie regresowe przysługuje pracodawcy tylko i wyłącznie, gdy wykaże on poniesioną szkodę. Pracodawca dochodzący roszczenia odszkodowawczego od pracownika zobowiązany jest udowodnić przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej, a mianowicie:

5. powstanie szkody i jej wysokość,
6. bezprawność,

²²II CSK 618/07, OSNC-ZD 2009, nr 2, poz. 41.

²³Por. również M. Gersdorf, [w:] M. Gersdorf, K. Rączka, M. Rączkowski, *Kodeks pracy, Komentarz*, Warszawa 2010, s. 619; M. Nesterowicz, *Stosunek prawa pracy do przepisów kodeksu cywilnego o czynach niedozwolonych*, Palestra 1977, nr 7, s. 8; odmiennie: J. Skoczyński, *Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez pracownika osobie trzeciej przy wykonywaniu obowiązków pracowniczych*, PiZS 1998, nr 11, s. 35 i n.

²⁴Por. M. Gersdorf, [w:] M. Gersdorf, K. Rączka, M. Rączkowski, *op. cit.*, s. 620; G. Bieniek, *Odpowiedzialność materialna pracowników w praktyce*, Warszawa 1988, s. 163 i n.; B. Wagner, [w:] L. Florek [red.], *Kodeks pracy, Komentarz*, Warszawa 2011, s. 671-672; J. Skoczyński, *op. cit.*, s. 36 i n.

²⁵R. Tymiński, *op. cit.*, s. 88.

²⁶K. Sprutta, *Zatrudnianie, czas pracy i wynagrodzenie w podmiotach leczniczych*, Wrocław 2013, s. 58.

²⁷A. Jacek, E. Sarnacka, *Prawo medyczne i orzecznictwo lekarskie, Repetytorium do LEK i LDEK*, Warszawa 2015, s. 125.

²⁸M. Nesterowicz, *Prawo... op. cit.*, s. 125.

²⁹II PK 22/11, MoPr 2012, nr 1, poz. 34.

7. winę (umyślną lub nieumyślną) oraz

8. związek przyczynowy między działaniem lub zaniechaniem zawinionym pracownika (lekarza), a szkodą.

Do powstania odpowiedzialności konieczne jest wystąpienie wszystkich przesłanek łącznie. Ciężar dowodu obciąża w tym zakresie pracodawcę (podmiot leczniczy). Wynika to wprost z art. 116 k.p., który wprowadza regułę rozłożenia ciężaru dowodu³⁰. Trzeba ponadto pamiętać, że na podstawie obowiązujących przepisów nie można wyprowadzić wniosku, że sąd ma obowiązek dopuszczania dowodu z urzędu i przeprowadzania postępowania dowodowego w zastępstwie stron³¹.

Kodeks pracy nie zawiera definicji pojęcia szkody. Powszechnie przyjmuje się jednakże, że jest to uszczerbek w mieniu pracodawcy, przejawiający się w różnicy pomiędzy aktualną wartością majątku, a wartością, jaką posiadałby ten majątek, gdyby określone zdarzenie w postaci zawinonego zachowania się pracownika nie nastąpiło³².

Brak jest jednej definicji błędu medycznego – w doktrynie funkcjonuje przynajmniej kilka z nich. Przyjmuje się jednak, że za błąd medyczny uważa się takie postępowanie lekarza, które opierać się będzie na działaniu lub zaniechaniu, wbrew powszechnie uznanym zasadom współczesnej wiedzy medycznej. Takie działanie definiowane jest jako podejmowanie czynności, które niezgodne są ze wskazaniami aktualnej wiedzy i bez należytej staranności. Zaniechanie zaś, jest brakiem podjęcia jakiegokolwiek działania, gdy w świetle wiedzy medycznej było ono nieodzowne³³.

W dzisiejszych czasach, gdy świadomość osób poszkodowanych oraz postęp medycyny stale wzrasta, kwestia odpowiedzialności prawnej za szkodę, która powstała podczas udzielania świadczeń medycznych, należy do kluczowych zagadnień prawa medycznego. Nie ma już obecnie wątpliwości, że pacjent, który w wyniku działalności lekarza doznał szkody, może dochodzić zarówno odszkodowania jak i zadośćuczynienia³⁴.

Oczywistym jest, że jeśli zakład opieki zdrowotnej, odpowiedzialny wobec osoby trzeciej za błąd medyczny zatrudnionego w nim lekarza wypłaci pacjentowi odszkodowanie lub zadośćuczynienie, w majątku pracodawcy powstanie uszczerbek, którego wysokość będzie stanowiła szkodę zakładu leczniczego.

Bezprawność zachowania pracownika polega na niewykonaniu lub nienależytym wykonaniu obowiązków pracowniczych, co może być spowodowane tak i działaniem, jak i zaniechaniem pracownika. Chodzi ponadto o obowiązki pracownika, które składają się na treść stosunku pracy³⁵.

Kodeks pracy jednakże nie definiuje ani pojęcia winy, ani występujących w nim określeń winy umyślnej i nieumyślnej. Przyjmuje się, że dla stosunków pracy typowe (aczkolwiek nie wyłączne) jest wyrządzenie szkody z winy nieumyślnej, które jest zazwyczaj skutkiem niestaranności pracownika przy wykonywaniu jego pracowniczych obowiązków wynikających ze stosunku pracy. Wina nieumyślna zatem polega, najogólniej rzecz ujmując, na braku należytej staranności lekarza przy wykonywaniu jego obowiązków pracowniczych wynikających ze stosunku pracy (m.in. udzielania świadczeń medycznych). Może ona mieć postać lekkomyślności - pracownik przewiduje możliwość wyrządzenia pracodawcy szkody, lecz bezpodstawnie uważa, że tego uniknie, lub niedbalstwa – pracownik wprawdzie nie przewiduje możliwości wyrządzenia szkody, ale może i powinien ją przewidzieć. Wina umyślna zachodzi natomiast

³⁰A. Tyc, *Ciężar dowodu w prawie pracy, Studium na tle prawnoporównawczym*, Warszawa 2016, s. 190.

³¹P. Prusinowski, [w:] Z. Góralski [red.], *Rozstrzyganie indywidualnych sporów ze stosunku pracy*, Warszawa 2013, s. 165.

³²R. Sadlik, *Odpowiedzialność materialna i porządkowa pracowników*, Gdańsk 2012, s. 14.

³³R. Kręzińska, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, s. 191.

³⁴M. Żyła, [w:] P. Bała, M. Załucki [red.], *op. cit.*, s. 177-178.

³⁵B. Warner, [w:] T. Zieliński [red.], *Kodeks Pracy, Komentarz*, Warszawa 2000, s. 575.

wówczas, gdy pracownik celowo doprowadza do powstania szkody, tzn. gdy świadomie zmierza do spowodowania uszczerbku u pacjenta, bądź, gdy podejmuje takie działanie lub zaniechuje obowiązku bez chęci wyrządzenia szkody, ale przewidując możliwość jej powstania, świadomie się na to godzi³⁶. Z samego tylko faktu powstania szkody nie można jednakże domniemywać winy pracownika ani niedopełnienia przez niego obowiązków³⁷.

Charakter związku przyczynowego został trafnie określony przez Sąd Najwyższy, który w wyroku z dnia 21 marca 1985 r.³⁸, wskazał, że nie każde uchybienie pracownika stanowi o jego przyczynieniu się do powstania lub zwiększenia szkody. Chodzi o takie uchybienie, które będzie pozostawać w normalnym związku przyczynowym z powstałą szkodą i bez którego szkoda w ogóle lub w takich rozmiarach by nie powstała.

Naprawienie szkody przez zakład ubezpieczeń

W orzecznictwie pojawił się pogląd, że art. 120 § 2 Kodeksu pracy nie znajduje zastosowania, jeśli szkodę pokrywa, na podstawie przepisów odrębnych, inny od pracodawcy podmiot. W przypadku podmiotów prowadzących działalność leczniczą będzie to oczywiście ubezpieczyciel³⁹. Zastosowanie znajdują wtedy właściwe odrębne przepisy, które normują również roszczenia zwrotne ubezpieczyciela.

Obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych nakłada na podmioty lecznicze prowadzące szpitale ustawa o działalności leczniczej oraz przepisy innych ustaw⁴⁰. Niemniej jednak, niedopełnienie obowiązku ubezpieczenia nie jest obwarowane żadnymi sankcjami, czy to administracyjno-prawnymi (czyli np. pieniężnymi), ani karnymi. Jego brak nie może także stać się przyczyną rozwiązania umowy przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze Szpitalem, co jest dopuszczalne w ściśle określonych w przepisach⁴¹ przypadkach⁴².

Stanowisko o potrzebie zawarcia odrębnej umowy ubezpieczenia zdaje się potwierdzać także literatura. Zdaniem M. Śliwki⁴³ ubezpieczyciele napotykają trudności w optymalnym oszacowaniu ryzyka oraz ustalaniu wysokości składek. Ta okoliczność powoduje, że wiele podmiotów nie zwarła takich umów, albowiem proponowane składki okazywały się bardzo wysokie.

Konsekwencją braku umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych jest, zgodnie z art. 67k ust. 10 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta⁴⁴, wejście przez szpital w rolę ubezpieczyciela i samodzielne proponowanie i realizowanie odszkodowania⁴⁵. W takiej sytuacji całość odszkodowania lub zadośćuczynienia wypłacana jest przez zakład opieki zdrowotnej, tj. pracodawcę, który ma roszczenie regresowe w odpowiedniej wysokości do pracownika.

W praktyce, najczęściej wygląda to w ten sposób, iż do wysokości sumy ubezpieczenia szkodę

³⁶R. Sadlik, *op. cit.*, s. 13.

³⁷Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 maja 1977 r., IV PR 109/77, LexPolonica nr 317682.

³⁸IV PR 32/85, LEX nr 14633.

³⁹Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 14 listopada 2008 r., I Aca 849/08, OSAW 2010, nr 2, poz. 168; uchwała Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 1977 r., III CZP 80/77, OSN 1978, nr 5-6, poz. 84.

⁴⁰Zob. art. 4 pkt. 4 oraz art. 13 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz.U z 2003 r., Nr 124, poz. 1152.

⁴¹Zob. § 36 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. Z 2008 r., Nr 81, poz. 484.

⁴²K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2013, s. 347-348.

⁴³M. Śliwka, *Brak umowy ubezpieczenia na rzecz pacjenta w kontekście postępowania przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, Komentarz praktyczny, Serwis Prawo i Zdrowie Wolters Kluwer S.A., publikacja nr 144770.

⁴⁴Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 417.

⁴⁵A. Sieńsko, *Błędy medyczne – odpowiedzialność lekarza i placówki medycznej, Jak uniknąć kosztownych pułapek*, Warszawa 2015, s. 110.

pokryje zakład ubezpieczeniowy. Zakład ubezpieczeniowy, nie będąc jednak pracodawcą zatrudnionego lekarza, nie będzie mógł dochodzić zwrotu zapłaconego odszkodowania czy też zadośćuczynienia od pracownika opieki zdrowotnej. Niemniej jednak, nie można wykluczyć sytuacji, w której wypłacone (dochodzone) świadczenie przekroczy wartość sumy ubezpieczenia. W takiej sytuacji niedopłatę zobowiązany będzie pokryć pracodawca, co będzie stanowiło jego szkodę. Wypłaconego w ten sposób odszkodowania lub zadośćuczynienia, pracodawca będzie mógł się domagać, z odpowiednimi ograniczeniami, od lekarza⁴⁶.

Wyrządzenie szkody z winy nieumyślnej

W zależności od stopnia winy lekarza⁴⁷, zakład opieki zdrowotnej będzie miał do niego roszczenie regresowe.

Jeżeli wina jest nieumyślna, pracownik odpowiada za szkodę w pełnej wysokości, jednak odszkodowanie nie może przewyższać kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia przysługującego pracownikowi w dniu szkody (art. 119 k.p.) obliczonego według zasad obowiązujących przy ustalaniu ekwiwalentu pieniężnego za urlop, bez uwzględnienia zmian w warunkach wynagradzania bądź wysokości składników wynagrodzenia, które wprowadzone zostały po dniu wyrządzenia szkody⁴⁸. W takim przypadku pracownik odpowiadać będzie jedynie za faktycznie powstałą w majątku pracodawcy szkodę. W przypadku szkody nieumyślnej bowiem utracone przez pracodawcę korzyści (*damnum emergens*) nie są objęte pojęciem rzeczywistej straty, o którym mowa w art. 115 k.p.)

Wyrządzenie szkody z winy umyślnej

Jeśli zaś chodzi o wyrządzenie szkody z winy umyślnej – ustawodawca daje w tym przypadku wyraźne pierwszeństwo funkcji restytucyjnej, rezygnując ze szczególnej ochrony mienia i dochodów lekarza przed nadmiernym uszczupleniem. Jeśli zatem lekarz dopuścił się umyślnego wyrządzenia szkody (najczęściej będzie to zaniechanie), np. odmówił przyjęcia do szpitala pacjenta, który znajdował się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, na skutek czego pacjent zmarł albo doznał pogorszenia zdrowia, wówczas lekarz będzie za wyrządzoną szkodę odpowiedzialny w pełnej wysokości. Niemniej jednak należy stwierdzić, że umyślne niedopełnienie obowiązku nie jest równoznaczne z umyślnym wyrządzeniem szkody, co jednocześnie nie wyłącza takiego przyjęcia w konkretnym przypadku. Z reguły nastąpi to z zamiarem ewentualnym (lekarz godzi się na ujemne skutki swojego działania dla pacjenta), rzadziej z zamiarem bezpośrednim. To zaś, zgodnie z art. 116 Kodeksu pracy, pracodawca jest zobowiązany wykazać okoliczności uzasadniające odpowiedzialność lekarza i wysokość szkody⁴⁹.

W przypadku szkody wyrządzonej umyślnie, pracownik poniesie odpowiedzialność wobec pracodawcy za całą szkodę, nawet jeżeli jej rozmiar będzie przewyższać trzykrotność jego zarobków. (art. 122 k.p.) W takim przypadku pod pojęciem szkody pracodawcy w pełnej wysokości z art. 122 k.p. rozumieć należy również utracone przez pracodawcę korzyści. Przy czym do przypisania pracownikowi winy umyślnej w postaci zamiaru ewentualnego wystarczy jego świadomość, że działanie lub zaniechanie może

⁴⁶Odpowiedzialność majątkowa lekarzy, <http://www.klch.pl/aktualnosci/20-odpowiedzialnosc-majatkowa-lekarzy.html> [dostęp 28.06.2016 r.].

⁴⁷W braku winy lekarz nie będzie ponosił odpowiedzialności wobec pracodawcy.

⁴⁸§ 3 rozp. MPIPS z dnia 29 maja 1996 r. w sprawie sposobu ustalania wynagrodzenia w okresie niewykonywania pracy oraz wynagrodzenia stanowiącego podstawę obliczania odszkodowań, odpraw, dodatków wyrównawczych do wynagrodzenia oraz innych należności przewidzianych w Kodeksie pracy, Dz.U. Nr 62, poz. 289 ze zm.

⁴⁹M. Nesterowicz, *Prawo... op. cit.*, s. 125-126.

doprowadzić do powstania szkody i godzenie się na to⁵⁰.

Zobowiązanie do zwrotu pełnego wypłaconego przez pracodawcę odszkodowania, wynikające z wyrządzenia szkody z winy umyślnej, może być szczególnie dotkliwe dla lekarza, z uwagi na to, iż w polskim prawie brak jest limitów kwotowych bądź rodzajowych przy świadczeniach odszkodowawczych. Rozwiązanie polegające na przyjęciu limitów (kwot maksymalnych) jest nieznanne polskiemu prawu odszkodowawczemu, w którym, formalnie obowiązuje zasada naprawienia szkody w pełnej wysokości⁵¹. Może zatem okazać się, że lekarz-pracownik będzie zobowiązany do zapłaty roszczenia regresowego na rzecz pracodawcy w znacznej wysokości. Biorąc pod uwagę coraz wyższe wypłacane na rzecz pacjentów odszkodowania i zadośćuczynienia, wydaje się, że nie stanowi całkowitej ochrony nawet wysoka suma ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Pojawiają się również stanowiska, iż w przypadku umyślnego wyrządzenia szkody przez pracownika, przepis art. 120 Kodeksu pracy w ogóle nie znajdzie zastosowania. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 2 lutego 2011 r.⁵² wskazał, że w razie wyrządzenia przez pracownika szkody innemu pracownikowi z winy umyślnej art. 120 k.p. nie znajduje zastosowania. W tego typu sytuacji pracownik odpowiada wobec poszkodowanego za naprawienie szkody na zasadach ogólnych niezależnie od odpowiedzialności zakładu pracy. Nie wyłącza to jednakże odpowiedzialności pracodawcy za szkodę wyrządzoną przez pracownika na zasadzie art. 430 Kodeksu cywilnego.

Wysokość roszczenia regresowego

Odszkodowanie cywilne różni się od odszkodowania pracowniczego, należnego pracodawcy od pracownika. To pierwsze obejmuje, zgodnie z art. 361 § 2 Kodeksu cywilnego⁵³ stratę (*damnum emergens*) i utracony zysk (*lucrum cessans*), drugie natomiast nie przekracza wartości tego, co zakład opieki zdrowotnej posiadał i czego, wskutek wyrządzenia przez pracownika z winy nieumyślnej szkody, został pozbawiony⁵⁴. Inaczej sprawa wygląda w przypadku gdy pracownik wyrządził szkodę z winy umyślnej – w tej sytuacji pracownik odpowiada także za utracony zysk (*lucrum cessans*).

Wynagrodzenie lekarza ustalone powinno zostać na podstawie pobieranych przez niego w danym zakładzie opieki zdrowotnej zarobków w dniu wyrządzenia szkody. W przypadku, w którym lekarz zatrudniony jest w niepełnym wymiarze czasu pracy, miarodajne jest pobierane przez niego wynagrodzenie, a nie wynagrodzenie, jakie pobierałby, gdy pracował w pełnym wymiarze czasu pracy. Jeśli w dniu wyrządzenia szkody lekarz był zatrudniony w kilku zakładach opieki zdrowotnej – jego wynagrodzeń nie sumuje się. Jeśli jednak wyrządzono kilka szkód odrębnymi czynami, za każdą z nich pracownik odpowiada samodzielnie⁵⁵. Ograniczenie z art. 119 Kodeksu pracy dotyczy bowiem tylko jednego zdarzenia. Jeśli zatem lekarz wyrządził swoim działaniem lub zaniechaniem (błędem medycznym) kilka szkód, zakład opieki zdrowotnej będzie mógł dochodzić regresem 3-krotności wynagrodzenia, ale w odniesieniu do każdej ze szkód.

Najczęstszą formą odszkodowania regresowego jest forma pieniężna. W przypadku zwrotu pracodawcy kwoty, która została wypłacona poszkodowanemu błędem medycznym będzie to w zasadzie

⁵⁰Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 czerwca 2005 r., III PK 45/05, LEX nr 1620327.

⁵¹Zob. L. Stecki, *Zasada pełnej kompensacji szkody, Zagadnienia wybrane*, [w:] J. Błęszyński, J. Rajski [red.], *Rozprawy z prawa cywilnego, Księga pamiątkowa ku czci Witolda Czachórskiego*, Warszawa 1985, s. 229.

⁵²II PK 189/10, LEX nr 811844.

⁵³Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny, Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93.

⁵⁴Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 1975 r., I PR 291/74, OSNP 1976, nr 1, poz. 15.

⁵⁵M. Nesterowicz, *Prawo... op. cit.*, s. 126.

jedyna dostępna forma regresu. W zależności od okoliczności odszkodowanie może być:

- potrącone jednorazowo z wynagrodzenia lekarza
- potrącane w ratach z wynagrodzenia lekarza,
- wpłacone jednorazowo w całości przez lekarza,
- wpłacane w ratach przez lekarza⁵⁶.

Sąd Najwyższy w swoim orzecznictwie konsekwentnie uznaje, że na zabezpieczenie roszczeń regresowych zakładu opieki zdrowotnej do lekarza nie może znaleźć zastosowania w stosunkach pracy ani kara umowna⁵⁷, ani weksel *in blanco*⁵⁸.

Obniżenie wysokości odszkodowania na skutek ugody

Od zasady wysokości roszczenia regresowego istnieje również wyjątek, który pozwala stronom stosunku pracy na ustalenie niższej kwoty odszkodowania należnego pracodawcy. Zgodnie z przepisem art. 121 § 1 Kodeksu pracy, jeśli naprawienie szkody nastąpi na podstawie ugody pomiędzy lekarzem, a zakładem opieki zdrowotnej, wysokość odszkodowania może być obniżona, przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy, a szczególnie stopnia winy pracownika oraz jest stosunku do obowiązków pracowniczych. Na tych samych zasadach odszkodowanie może zostać obniżone przez sąd pracy (§2). Oznacza to w praktyce, że pracodawca nie musi bezwzględnie egzekwować od pracownika całości należnego mu roszczenia regresowego. Jest to prawo (uprawnienie) pracodawcy, z którego może, lecz nie musi korzystać. Wydaje się, że jeśli lekarz, którego stopień winy jest niski, który podjął wszelkie działania, aby rozmiar szkody został pomniejszony, ma dobrą opinię i długi staż pracy – może liczyć na obniżenie odszkodowania należnego pracodawcy. Natomiast pracownik, którego stopień winy jest wyższy, który tuszuje swoje niedbalstwo, karany porządkowo, posiadający nie najlepszą opinię i krótki staż pracy, raczej nie powinien liczyć na obniżenie wysokości odszkodowania regresowego w oparciu o ugodę z zakładem opieki zdrowotnej⁵⁹. Jeśli pracownik wyrządził zakładowi pracy (zakładowi opieki zdrowotnej) z winy nieumyślnej szkodę przewyższającą kwotę jego trzymiesięcznego wynagrodzenia, odszkodowanie, które jest ograniczone z mocy art. 119 § 1 Kodeksu pracy do tej kwoty, może być przez sąd obniżone tylko z przyczyn i tylko w granicach przewidzianych w art. 121 § 2 Kodeksu pracy⁶⁰.

Odpowiedzialność kilku lekarzy

W większości przypadków do powstania szkody wobec pracodawcy przyczynia się jeden pracownik. Zdarzają się jednak przypadki, w których szkodę wyrządza kilku pracowników. W takim przypadku każdy z nich ponosi odpowiedzialność za część szkody stosownie do przyczynienia się do niej oraz stopnia winy. O ile oczywiście możliwe są takie ustalenia. W przeciwnym wypadku pracownicy odpowiadać będą za szkodę w równych częściach (art. 118 k.p.)⁶¹. Może to mieć miejsce np. w przypadku wspólnego wykonywania zabiegu, którym została wyrządzona pacjentowi szkoda lub krzywda. Niemniej jednak w przypadku szkód medycznych znacznie częściej do czynienia można mieć z inną sytuacją, a mianowicie tzw. winą bezimienną.

⁵⁶K. Zblewska - Wrońska, [w:] A. Fiutak, M. Kozik, T. Podleśny, P. Szczerba, K. Zblewska-Wrońska, *op. cit.*, s. 300-301.

⁵⁷Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 2008 r., II PK 120/07, OSNAPiUS 2009, nr 3-4, poz. 120.

⁵⁸Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., II PK 159/10, OSNAPiUS 2012, nr 7-8, poz. 87.

⁵⁹A. Fiutak, [w:] A. Fiutak, M. Kozik, T. Podleśny, P. Szczerba, K. Zblewska-Wrońska, *op. cit.*, s. 283-284.

⁶⁰Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 1977 r., IV PZP 4/77, OSP 1978, nr 3, poz. 42.

⁶¹K. Zblewska - Wrońska, [w:] A. Fiutak, M. Kozik, T. Podleśny, P. Szczerba, K. Zblewska-Wrońska, *op. cit.*, s. 287.

Wina organizacyjna

Należy zauważyć, że szpital nie będzie miał roszczenia regresowego do lekarza, jeśli zadośćuczynienie lub odszkodowanie zostanie wypłacone po uznaniu tzw. winy organizacyjnej czy też winy bezimiennej. Podmiot leczniczy poniesie bowiem odpowiedzialność nawet, gdy nie jest możliwe ustalenie osoby faktycznie winnej powstałej szkody. Dochodząc roszczeń, poszkodowany pacjent udowodnić musi, że niedbalstwa dopuścił się jeden z niezidentyfikowanych pracowników zakładu leczniczego obecnych w danym czasie na konkretnym oddziale⁶². Wina taka może przejawiać się wówczas w niewłaściwej organizacji placówki lub nieprawidłowym jej funkcjonowaniu⁶³. Skoro zatem niemożliwe jest ustalenie pracownika zakładu opieki zdrowotnej, który swym działaniem bądź zaniechaniem doprowadził do powstania szkody, brak jest możliwości skierowania przez pracodawcę roszczenia w trybie regresu.

Natomiast uchybienia zakładu pracy w żaden sposób nie uzasadniają obniżenia odszkodowania należnego od lekarza na rzecz zakładu opieki zdrowotnej, gdy szkoda została przez konkretnego lekarza wyrządzona umyślnie⁶⁴.

Zgodnie ponadto z art. 117 § 1 Kodeksu pracy pracownik nie ponosi odpowiedzialności za szkodę w takim zakresie, w jakim pracodawca lub inna osoba przyczyniły się do jej powstania albo zwiększenia. Jeśli zatem warunki panujące w zakładzie pracy, bądź pracodawca osobiście, w drodze np. wydawania poleceń, przyczyniają się do powstałej szkody, w odpowiednim zakresie pracownik będzie zwolniony również z odszkodowania regresowego.

Działanie w granicach dopuszczalnego ryzyka

Istotnym ograniczeniem odpowiedzialności materialnej lekarza etatowego jest działanie w granicach dopuszczalnego ryzyka. Może to stanowić praktyczne narzędzie w rękach lekarzy przy obronie przed roszczeniami regresowymi. Zgodnie z art. 117 § 2 k.p. pracownik nie ponosi ryzyka związanego z działalnością pracodawcy, a w szczególności nie odpowiada za szkodę wynikłą w związku z działaniem w granicach dopuszczalnego ryzyka. Kodeks pracy nie definiuje dopuszczalnego ryzyka, z tego względu, że w literaturze prawa pracy przyjmuje się, iż winno być ono konkretyzowane stosownie do okoliczności, doświadczenia i wiedzy w danej dziedzinie działalności⁶⁵.

Dość powszechnie przyjmuje się w doktrynie, że przy ocenie, czy działanie pracownika mieściło się w pojęciu działania w granicach dopuszczalnego ryzyka, należy kierować się dorobkiem przedstawicieli prawa karnego⁶⁶. Wskazuje się w tym zakresie na treść przepisu art. 27 § 1 Kodeksu karnego⁶⁷ zgodnie z którym nie popełnia przestępstwa, kto działa w celu przeprowadzenia eksperymentu poznawczego, medycznego, technicznego lub ekonomicznego, jeżeli spodziewana korzyść ma istotne znaczenie poznawcze, medyczne lub gospodarcze, a oczekiwanie jej osiągnięcia, celowość oraz sposób przeprowadzenia eksperymentu są zasadne w świetle aktualnego stanu wiedzy. Z przepisów ani Kodeksu pracy, ani Kodeksu cywilnego nie wynika bowiem, jakimi przesłankami kierować się przy ocenie działań pracownika w granicach dopuszczalnego ryzyka⁶⁸. Niemniej jednak w doktrynie prawa pracy pojawiają się głosy

⁶²Por. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 8 lutego 2006 r., I ACa 1131/15, LEX nr 194522.

⁶³M. Żyła, [w:] P. Bała, M. Załucki [red.], *op. cit.*, s. 185-186.

⁶⁴A. Wąsek, R. Zawłocki, *Kodeks karny. Część szczególna, Komentarz do artykułów 117-221, Tom I, Wydanie 4*, Warszawa 2010, Legalis – komentarz do art. 157 KK.

⁶⁵W. Muszalski, [w:] W. Muszalski [red.], *Kodeks pracy. Komentarz*, Warszawa 2011, komentarz do art. 117 k.p.

⁶⁶A. Krajewski, [w:] J. Jończyk [red.], *Kodeks pracy, Komentarz*, Warszawa 1977, s. 444 i n.

⁶⁷Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny, Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553.

⁶⁸P. Korus, [w:] A. Sobczyk [red.], *Kodeks pracy, Komentarz*, Warszawa 2015, s. 566.

podnoszące, że w prawie karnym dopuszczalne ryzyko pojmowane jest zbyt wąsko i na potrzeby prawa pracy winno być ujmowane szerzej⁶⁹.

Wydaje się, że problematyka wyłączenia odpowiedzialności pracownika działającego w granicach dopuszczalnego ryzyka dotyczy przede wszystkim osób, które zatrudnione są na stanowiskach, w których występować będzie znaczny stopień niepewności co do rezultatu działania. Dotyczy to przede wszystkim pracowników zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych, decyzyjnych, samodzielnych, koncepcyjnych, innowacyjnych czy twórczych⁷⁰. W ocenie autora dotyczy to również w pewnej mierze lekarzy. Oczywiście pod tymże warunkiem, że świadczenia medyczne są udzielane w zgodzie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, zaś możliwe do osiągnięcia korzyści, przy uwzględnieniu łączącego się z nimi ryzyka, mają przewyższać mogące nastąpić straty⁷¹.

Trudności może powodować między innymi wyznaczenie granic dopuszczalnego ryzyka w funkcjonowaniu zakładu opieki zdrowotnej, np. szpitala. Należałoby się zastanowić, jak daleko możemy posunąć się w ocenie, by uznać, że niepowodzenie związane z procesem leczenia, czy też podjęcie błędnych decyzji w zakresie sposobu leczenia pacjenta, mieścić się będzie w granicach dopuszczalnego ryzyka. Dyskusje dotyczące tego problemu toczono już od dłuższego czasu zarówno w środowisku medycznym jak i prawniczym. Wydaje się, że najbezpieczniejsze rozwiązanie to przyjęcie założenia, iż granicę dopuszczalnego ryzyka stanowić będzie podejmowanie działań mających prowadzić do polepszenia stanu zdrowia pacjenta. W związku z tym, lekarz nie odpowiadałby za niepowodzenie prawidłowo prowadzonej terapii. Odpowiedzialnością byłyby jednak obciążone takie działania bądź zaniechanie lekarza, które mogłyby zostać, w wyniku obiektywnej oceny, kwestionowane z punktu widzenia współczesnej wiedzy medycznej oraz wymaganej, należytej staranności⁷².

Okoliczności działania w granicach dopuszczalnego ryzyka nie mają zastosowania w przypadku szkód wyrządzonych umyślnie⁷³.

Przedawnienie roszczenia regresowego

Możliwość dochodzenia przez pracodawcę roszczeń regresowych w stosunku do pracowników, którzy wyrządzili mu szkodę przy wykonywaniu obowiązków pracowniczych jest ograniczona w czasie. Powoduje to usunięcie niepewności w stosunkach pracy, co ma związek z ochroną pracownika jako kontrahenta słabszego ekonomicznie w stosunku pracy przed nadmiernie przeciągającym się w czasie obowiązkiem spłacenia należności na rzecz pracodawcy⁷⁴.

Zgodnie z art. 291 § 2 k.p. roszczenia pracodawcy o naprawienie szkody, wyrządzonej przez pracownika wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków pracowniczych, ulegają przedawnieniu z upływem 1 roku od dnia, w którym pracodawca powziął wiadomość o wyrządzeniu przez pracownika szkody, nie później jednak niż z upływem 3 lat od jej wyrządzenia.

Przepis ten jednak nie ma zastosowania do szkód wyrządzonych w sposób umyślny. Zgodnie z § 3 art. 291 § 2 k.p. jeżeli pracownik umyślnie wyrządził szkodę, do przedawnienia roszczenia o naprawienie tej szkody stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego. Kwestia ta jest uregulowana przez art. 442¹ k.c. zgodnie z

⁶⁹Tak: B. Wagner, [w:] L. Florek [red.], *op. cit.*, s. 664; M. Gersdorf, K. Rączka, J. Skoczyński, [w:] Z. Salwa [red.], *Kodeks pracy, Komentarz*, Warszawa 2004, s. 476.

⁷⁰B. Wagner, [w:] T. Zieliński [red.], *op. cit.*, s. 589.

⁷¹K. Jaśkowski, [w:] K. Jaśkowski [red.], *Kodeks pracy, Tom I, Komentarz LEX*, Warszawa 2012, s. 469.

⁷²Odpowiedzialność lekarza zatrudnionego na umowę o pracę, <http://blog-med.asecurama.pl/1392-odpowiedzialnosc-lekarza-zatrudnionego-na-umowe-o-prace> [dostęp 28.06.2016 r.].

⁷³W. Perdeus, [w:] K. Baran [red.], *Kodeks pracy, Komentarz*, Warszawa 2016, s. 814.

⁷⁴W. Patulski, [w:] W. Muszalski [red.], *Kodeks pracy, Komentarz*, Warszawa 2009, s. 1242.

którym (§ 1 i 2) roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę. Jeżeli szkoda wynikła ze zbrodni lub występku, roszczenie o naprawienie szkody ulega przedawnieniu z upływem lat dwudziestu od dnia popełnienia przestępstwa bez względu na to, kiedy poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia.

Wątpliwości może budzić to, od kiedy należy liczyć bieg terminu przedawnienia roszczenia regresowego zakładu opieki zdrowotnej przeciwko lekarzowi, gdy pracodawca naprawił szkodę wyrządzoną przez pracownika osobie trzeciej (zapłacił odszkodowanie lub zadośćuczynienie za błąd medyczny). Kwestię tą przesądził Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 16 września 1997 r.⁷⁵ wskazując, że chwilą powstania uprawnień do dochodzenia od pracownika odszkodowania regresowego jest moment, gdy szkoda zostaje naprawiona przez pracodawcę, a nie moment, w którym faktycznie została ona wyrządzona przez pracownika. Termin przedawnienia roszczenia regresowego pracodawcy liczy się zatem od chwili naprawienia szkody (kompensacji szkody lub krzywdy pacjentowi), a nie od chwili jej wyrządzenia przez pracownika (chwili popełnienia błędu medycznego)⁷⁶. Często zatem bieg terminu przedawnienia rozpocznie swój bieg w kilka lat po szkodzie samego bezpośrednio poszkodowanego - pacjenta, po przeprowadzeniu postępowania sądowego przeciwko szpitalowi, względnie przeciwko zakładowi ubezpieczeń i uzupełniająco szpitalowi.

Jedynie na marginesie warto zauważyć, że ewentualna zmiana pracodawcy, który naprawił osobie trzeciej szkodę wyrządzoną przez pracownika, nie ma znaczenia dla odpowiedzialności tego pracownika, jeśli został on przejęty w trybie art. 23¹ k.p.⁷⁷

Wnioski

Pomimo, iż przepisy Kodeksu pracy gwarantują lekarzowi zatrudnionemu na umowę o pracę znacznie szersze zabezpieczenie przed odpowiedzialnością materialną za błędy medyczne, aniżeli w przypadku tzw. lekarzy kontraktowych, nie jest to równoznaczne z brakiem jakiegokolwiek odpowiedzialności. Przepisy te nie zawsze bowiem znajdują zastosowanie, jak to np. ma miejsce w przypadku szkód wyrządzonych z winy umyślnej. Zawsze zaś lekarz - pracownik ponosi regresową odpowiedzialność wobec swojego pracodawcy według ściśle określonych reguł.

Roszczenie regresowe nie są uwzględniane w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej zawieranej przez zakłady opieki zdrowotnej jako pracodawców. Oznacza to, że jeśli pracodawca wystąpi z roszczeniem regresowym do swojego pracownika, to lekarz zobowiązany będzie do pokrycia należności bądź z własnych środków, bądź wypłata nastąpi „z prywatnej polisy” – jeśli oczywiście pracownik zawarł umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu w zakresie odpowiedzialności pracowniczej. Każdy pracownik medyczny zatrudniony na podstawie umowy o pracę powinien posiadać własną polisę pracowniczą odpowiedzialności cywilnej, której suma ubezpieczenia powinna być równa przynajmniej trzykrotności aktualnego wynagrodzenia wynikającego ze stosunku pracy⁷⁸.

Niemniej jednak, zanim zakład opieki zdrowotnej podejmie decyzję o zastosowaniu wobec lekarza jakiegokolwiek sankcji, w tym wytoczeniu powództwa regresowego, winien przeanalizować m.in. sposób w

⁷⁵II PR 254/72, PiZS 1974, nr 1, poz. 77.

⁷⁶E. Stawszewska, [w:] Z. Góra [red.], *Odpowiedzialność pracownicza*, Warszawa 2013, s. 128.

⁷⁷Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 grudnia 2004 r., I PK 71/04, OSNP 2005, nr 19, poz. 301.

⁷⁸A. Fiutak, *op. cit.*, s. 136.

jaki lekarz do tej pory wykonywał swoje obowiązki, stopień jego winy, przyczynienia się innych osób do powstania lub zwiększenia szkody, jej rozmiar, a także fakt, czy zachowanie pracodawcy spowodowało uzasadnioną utratę zaufania pracodawcy⁷⁹. Nawet bowiem zawinione wyrządzenie szkody powoduje, że po stronie pracodawcy powstaje jedynie prawo, a nie obowiązek dochodzenia regresem od pracownika odszkodowania wypłaconego uprzednio poszkodowanemu pacjentowi.

W praktyce, odpowiedzialność pracownicza lekarza jest w zasadzie rzadko spotykana. W takich sytuacjach najczęściej bądź pracodawca – zakład opieki zdrowotnej rozwiązuje umowę z pracownikiem w trybie bez zachowania okresu wypowiedzenia (tzw. zwolnienie dyscyplinarne), ewentualnie umowa zostaje rozwiązana na mocy porozumienia stron. Sytuacja taka miała miejsce w głośnej medialnej sprawie dotyczącej wyjęcia wcześniaków z inkubatora przez pielęgniarki w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka i Matki w Katowicach. Ostatecznie umowy o pracę zostały rozwiązane za porozumieniem stron, natomiast nie wystąpiono z roszczeniem regresowym do pielęgniarek⁸⁰.

Szpitala niezwykle rzadko występują z roszczeniem regresowym w stosunku do lekarzy, którzy popełnili błąd w sztuce lekarskiej. A. Fiutak⁸¹ wskazuje, że w swojej prawie dziewięcioletniej pracy w zawodzie pielęgniarki, nie spotkała się w praktyce z ani jednym przypadkiem, gdy w stosunku do lekarza szpital wystąpiłby z roszczeniem regresowym za wypłacone pacjentowi zadośćuczynienie bądź odszkodowanie za błąd medyczny. Niemniej jednak może być to spowodowane upowszechnieniem się ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, a zatem wypłacaniem odszkodowań lub zadośćuczynień przez zakłady ubezpieczeń do wysokości sumy ubezpieczenia.

RECOURSE RESPONSIBILITY OF A FULL-TIME DOCTOR FOR MEDICAL ERRORS

Although it is becoming increasingly popular provision of work based on the so-called. contracts, ie. civil law contracts, contract of employment is still the most popular way to recruit doctors. Even widely circled the protection of property and income of a doctor employed by establishing contract of employment, the provisions of the Labour Code provides for a special kind of recourse responsibility of a doctor to the employing entity - healthcare facility. This responsibility is limited, not only by the character of guilt of the doctor, but also by contribution of the employer, activity within the limits of acceptable risk, or a joint infliction of damage. Labor laws and the doctrine and judicature indicate cases where the employer can require the doctor to repay all or part of the compensation paid to the patient injured by a medical error. Although in practice, recourse claims in health care are not particularly frequent, which is probably due to more common third party liability insurance with large sums of insurance, it is worth remembering that the claim of the employer will not be covered by the insurer of the healthcare facility.

⁷⁹K. Zblewska - Wrońska, [w:] A. Fiutak, M. Kozik, T. Podleśny, P. Szczerba, K. Zblewska-Wrońska, *op. cit.*, s. 303.

⁸⁰*Pielęgniarki oskarżone o narażenie życia wcześniaków*, Gazeta Wyborcza z dnia 30.04.2007 r.; *Sąd umorzył sprawę pielęgniarek, które fotografowały się z wcześniakami*, Rzeczpospolita z dnia 24.10.2007 r.

⁸¹A. Fiutak, *op. cit.*, s. 137.

Mirosław Borkowski
Gdańska Szkoła Wyższa

PACJENT (KONSUMENT) I JEGO MIEJSCE W SYSTEMIE BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO

I. Wprowadzenie

Problematyka „bezpieczeństwa zdrowotnego” jest niezwykle popularnym i aktualnym tematem wszelkiego rodzaju dyskusji, opracowań i konferencji naukowych. Zagadnienie to jest szeroko analizowane i komentowane również przez wszystkich „uczestników” tego systemu, przez osoby, które są bezpośrednio zainteresowane sprawnym jego funkcjonowaniem.

Należy jednak zdawać sobie sprawę, że „system bezpieczeństwa zdrowotnego” nie jest wyrażeniem łatwym do zdefiniowania; złożone jest ono bowiem z dwóch niedookreślonych pojęć: *bezpieczeństwo* i *zdrowie*. I chociaż w ostatnich latach powszechne rozumienie i odbiór tych określeń przyjmują coraz bardziej zunifikowany kształt, to w dalszym ciągu daje się zauważyć wiele elementów różnicujących. Wpływ na to mają różnorodne, wielowymiarowe czynniki wpływające na rozumienie tych pojęć.

Systemowe ujmowanie „zdrowia” jako wartości najważniejszej dla każdego człowieka, z jednej strony nie jest wolne od analiz i obserwacji dokonywanych na przestrzeni wieków, zarówno przez lekarzy jak i filozofów, z drugiej zaś strony – podlega procesowi konceptualizacji opartemu o coraz to nowsze osiągnięcia nauki. Ta próba dookreślenia, zdefiniowania „zdrowia” nie jest jednorodna. Dokonywana jest zarówno przez obywateli, jednostki jak i przez specjalistów profesjonalnie zajmujących się tym zagadnieniem. W takiej sytuacji zrozumiałe jest funkcjonowanie różnych „definicji” czy opisów tego stanu. Niektóre z nich zostaną przytoczone w dalszej części opracowania. Nie wnikając w zawartości semantyczne, wielowymiarowy sposób postrzegania zdrowia czy wpływ różnorodnych czynników kreujących zakres pojęciowy „zdrowia”, do dalszych rozważań prowadzonych w tym rozdziale przyjęto definicję stworzoną przez Światową Organizację Zdrowia.

Podobnie rzecz się ma z definicją „bezpieczeństwa”. Nikt chyba nie ma wątpliwości, że „bezpieczeństwo” jest jedną z najważniejszych wartości i potrzeb człowieka. Jednak prawie każdy człowiek postrzega to określenie w inny sposób, najczęściej wiążąc je z aktualną sytuacją społeczno – polityczno – gospodarczą państwa czy regionu i oddziaływaniem tych zależności na codzienne życie. Pojęcie to było i jest interpretowane przez przedstawicieli różnych nauk i w zależności od ich potrzeb tworzone są różnorodne typologie bezpieczeństwa. Na przestrzeni wieków tworzone były różnorodne klasyfikacje i koncepcje bezpieczeństwa, z których część jedynie w nieco zmienionym kształcie funkcjonuje do dnia dzisiejszego.¹ Z uwagi na bardziej skomplikowany charakter tej kategorii, zagadnienie „bezpieczeństwa” będzie poddane nieco szerszej analizie, która –niestety– z uwagi na ograniczenia redakcyjne monografii, będzie również mocno okrojona. Większych problemów związanych z definiowaniem nie budzą podmioty wymienione w tytule. Zarówno bowiem „pacjent” jak i „konsument”

¹ Więcej na temat ewolucji pojęcia bezpieczeństwa i typologii m.in. w: K. Żukrowska [red.], *Bezpieczeństwo międzynarodowe. Przegląd aktualnego stanu*, Warszawa 2011, s.21 i nast.; L. F. Korzeniowski, *Podstawy nauk o bezpieczeństwie*, Warszawa 2012, s. 11-36; S. Sulowski, M. Brzeziński [red.], *Bezpieczeństwo wewnętrzne państwa. Wybrane zagadnienia*, Warszawa 2009, s. 11 i nast.

mają swoje legalne definicje, i w tym rudymmentarnym, prawnym znaczeniu będą one stosowane w dalszym toku rozważań.

II. Definicja zdrowia

Jak już powyżej wspomniano, do dalszych analiz przyjęto definicję zdrowia zaprezentowaną przez WHO, to jednak warto wskazać przynajmniej kilka innych definicji tej kategorii. W licznych publikacjach, m.in., z zakresu medycyny, prawa, filozofii czy psychologii znajdują się różne definicje „zdrowia”. Szacuje się, że obecnie istnieje około 120 definicji tej kategorii, oczywiście nie wszystkim można przypisać walory naukowe.² Ilość ta winna być uzupełniona o definicje tzw. historyczne, takie jak np. definicja stworzona przez Hipokratesa w IV w.p.n.e, według którego, *zdrowie chorego jest najwyższym prawem*. Ten sam Hipokrates twierdził, że *zdrowiem jest stan równowagi między czterema płynami organizmu, to jest żółcią, czarną żółcią, krwią i śluzem*.³ Nie można zapominać, że każdy człowiek ma swój indywidualny sposób postrzegania zdrowia, który wpływa na tworzenie definicji „indywidualnych” takich jak chociażby te przedstawione przez M. Blaxter w monografii „Zdrowie”.⁴ Przedstawione, w przywołanej literaturze, definicje potwierdzają, iż zakres i znaczenie „zdrowia” opierają się na różnorodnych przesłankach a znaczenie tego terminu zależy między innymi od okoliczności ich tworzenia, uwarunkowań kulturowych czy intencji twórców takich definicji. Funkcjonująca w obrocie naukowym mnogość definicji, m.in.: biologicznych funkcjonalnych, obiektywizujących, naturalistycznych, negatywnych czy atrybutywnych, z jednej strony wzbogaca warsztat naukowy, wpływa na sposób postrzegania kategorii „zdrowia”, z drugiej zaś strony, ta wielość i różnorodność ich występowania potwierdza, że definiowanie zdrowia jest niezwykle trudne i daremne. Dlatego też, jak wspomniano powyżej, do dalszych rozważań przyjęto definicję, zgodnie z którą *zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności* – wstęp do Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (Dz. U z 1948 r., Nr 61, poz. 477). I chociaż można mieć wiele zastrzeżeń do brzmienia tej definicji, mimo wielu głosów krytycznych zwracających uwagę czy to na różnice w tłumaczeniu⁵ czy na użycie w niej zwrotów niedookreślonych, należy podkreślić jej znaczenie. Zdaniem piszącego, to co uznawane jest za niedociągnięcia tej definicji, stało się jej mocną stroną. Definicja, w różnych wersjach językowych⁶ i tłumaczeniach, okazuje się dalej być aktualną, przywoływaną w wielu współczesnych dokumentach. Co prawda, definicja ta „występuje” obecnie w nieco zmodyfikowanej wersji, bowiem wykreślono z niej określenie „pełnego”, nie zmienia to jednak jej znaczenia i dowodzi jej siły i jakości.

III. Bezpieczeństwo – krótka analiza pojęcia

² Informacja podana przez J. Domaradzki, *O definicjach zdrowia i choroby*, Folia Medica Lodziensia, 2013, 40/1, s. 6; przedstawiona na podstawie: Kowalski M., Gawel A., *Zdrowie, wartość, edukacja*, Kraków 2006.

³ Więcej historycznych definicji [w:] M. Borkowski, *Reklama produktów leczniczych i podobnych mających wpływ na zdrowie i życie ludzkie. Problematyka prawna*, niepublikowana rozprawa doktorska, Olsztyn 2011, s. 23 i literatura tam przywołana.

⁴ M. Blaxter, *Zdrowie*, Warszawa 2009, s. 7 i nast. Autorka cytuje tu wybrane definicje przedstawione przez „zwykłych ludzi”, którzy odpowiadając na pytania stwierdzają np., że *zdrowie jest odbiciem mojego stylu życia, czy zdrowie oznacza, że mogę się sprawniej poruszać i wykonywać pracę w domu, gdy nie dokuczają mi kolana*.

⁵ Zob. m.in. I. Wrześniewska-Wal, *Wspólnotowe regulacje prawne w obszarze zdrowia publicznego* [w:] *Prawo i Medycyna* 2004/4.

⁶ W angielskiej wersji językowej znajdującej się w przywołanym publikatorze odpowiedni fragment brzmi: *health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*.

W nauce, doktrynie i w codziennym życiu, podejmowane są różnorodne próby określające przestrzeń bezpieczeństwa, listę priorytetów, podmioty bezpieczeństwa. Jak podkreśla P. D. Williams „pytanie o istotę bezpieczeństwa jest uwikłane w problemy z dziedziny teorii wiedzy – epistemologii (jak poznajemy świat ?) ontologii (jakie zjawiska wypełniają przestrzeń życia społecznego ?) i metodologii (jak można badać życie społeczne ?)”.⁷

Podjmując próbę odpowiedzi na te zasadnicze pytania można stwierdzić, że problematyka bezpieczeństwa może być analizowana przynajmniej na dwóch płaszczyznach. Pierwsze to rozumienie bezpieczeństwa – jako „niemalże synonim akumulacji potęgi”.⁸ W takim ujęciu bezpieczeństwo powinno być postrzegane jako cecha i zadanie państwa. To państwo, jako główny podmiot bezpieczeństwa wykorzystując m.in. wszystkie prawne (np. umowy międzynarodowe, system prawny) czy techniczne (np. broń, infrastruktura) możliwości odpowiedzialne jest za ogólne bezpieczeństwo i bezpieczeństwo obywateli. Druga płaszczyzna bezpieczeństwa – to bezpieczeństwo społeczeństwa, obywateli, jednostki. Bezpieczeństwo powinno być więc rozumiane jako gwarancja realizacji podstawowych praw i wolności tych grup. Koncepcja bezpieczeństwa winna być oparta na godności człowieka, sprawiedliwości. Istotną cechą tak postrzeganego bezpieczeństwa jest uczestnictwo jednostki w funkcjonowaniu społeczeństwa, zbiorowości. Rolą państwa ma być zapewnienie realizacji praw i obowiązków obywateli. Jest rzeczą oczywistą, że te płaszczyzny muszą współistnieć, wzajemnie się przenikać a zapewnienie bezpieczeństwa ma być oparte o zasadę współpracy i współistnienia obu podmiotów bezpieczeństwa: państwa i społeczeństwa, jednostki. Rodzi się więc pytanie o rolę i miejsce tych podmiotów w systemie bezpieczeństwa – czy ważniejsze jest bezpieczeństwo państwa czy bezpieczeństwo jednostki.

Nie zagłębiając się (celowo) we wszelkiego rodzaju podziały i proveniencje bezpieczeństwa, należy zgodzić się z powszechnym jego rozumieniem i odbieraniem tej kategorii, jako brak poczucia zagrożenia jednostki, rodziny, społeczeństwa, narodu. Takie definiowanie bezpieczeństwa przekłada się na tworzenie indywidualnych systemów preferencji i zagrożeń bezpieczeństwa. W zależności od np. wieku, pochodzenia, miejsca zamieszkania jednostki itp. tworzone będą z jednej strony priorytety bezpieczeństwa, z drugiej zaś strony, konstruowane będą listy zagrożeń – np. wojny, choroby, przemoc, głód, przestępczość. Przyznanie preferencji bezpieczeństwu jednostki powodować będzie to, że większe znaczenie dla jej bezpieczeństwa przyznawane może być takim czynnikom jak stan środowiska, nierówności ekonomiczne czy zagrożenie zachorowalnością na niektóre choroby. Szerokie rozumienie i postrzeganie bezpieczeństwa nie zawsze spotyka się z właściwym zrozumieniem i odbiorem czy to społecznym czy instytucjonalnym. Takie wieloaspektowe podejście powodować może złudne poczucie bezpieczeństwa, bowiem tworząc obszerną listę priorytetów bezpieczeństwa nie ma możliwości określenia zasad dotyczących prawidłowej ochrony ani stworzenia wykazu najważniejszych zagrożeń.⁹ Trudno jest w takiej sytuacji przekonać jednostki, społeczeństwo czy instytucje państwowe do konieczności np. szczególnej ochrony zdrowia obywateli, zwłaszcza w sytuacjach, w których brak ochrony zdrowia można zarzucić samym jednostkom.

Do dalszych rozważań przyjęto znaczenie bezpieczeństwa w brzmieniu zawartym w słowniku języka polskiego, zgodnie z którym, bezpieczeństwo to stan *niezagrożenia, spokoju, pewności*.¹⁰ Ta krótka,

⁷ P. D. Williams [red.] *Studia bezpieczeństwa*, Kraków 2012, s. 5; przekład: W. Nowicki.

⁸ *Op. cit.* s. 6

⁹ Jak podaje Y. F. Khong „współzależność pomiędzy konkurencyjnymi celami bezpieczeństwa jednostki zostają przesłonięte przez złudne nadzieje polityczne” – zob. (w) P.D Williams, *Studia...*, s. 227.

¹⁰ S. Dubisz [red.], *Uniwersalny słownik języka polskiego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, tom 1, s. 234-235, hasło: bezpieczeństwo.

słownikowa eksplikacja „bezpieczeństwa”, zgodna z powszechnym odbiorem tego stanu, wydaje się być uniwersalną i wystarczającą do prowadzenia dalszych rozważań.

IV. System bezpieczeństwa zdrowotnego czy system ochrony zdrowia

Jak już wspomniano na wstępie, pojęcie „bezpieczeństwa zdrowotnego” coraz częściej pojawia się zarówno w nauce jak i w różnych programach instytucji zajmujących się „ochroną zdrowia”. Należy jednak stwierdzić, że nie są to określenia synonimiczne, bowiem ochrona zdrowia jest tylko jednym z elementów systemu bezpieczeństwa zdrowotnego – pomiędzy tymi określeniami zachodzi więc stosunek nadrzędności „bezpieczeństwa” nad „ochroną”. Niestety, w wielu wypadkach, nawet w oficjalnych dokumentach, wyraźnie wyodrębnia się te dwa elementy (a nawet większą ich ilość), sugerując tym samym równoległe funkcjonowanie systemu bezpieczeństwa zdrowotnego i systemu ochrony zdrowia. Nawet w tak ważnym dokumencie jakim jest „Strategia Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej”¹¹ (dalej: Strategia) panuje swego rodzaju chaos terminologiczny. W rozdziale II – przywołanego dokumentu – pt. Środowiska Bezpieczeństwa Polski, w punkcie 2.3, określającym „Wymiar krajowy” znajduje się informacja, o tym, że *bezpieczeństwo zdrowotne obywateli współkształtuje bezpieczeństwo narodowe. Wpływają na nie nasilające się zmiany demograficzne, zmiany warunków środowiskowych oraz rozwój nowych technologii.* W dalszej części Strategii, w punktach dotyczących „Koncepcji działań strategicznych. Strategia obrony” wśród kierunków działań strategicznych określających priorytety polityki bezpieczeństwa wspomina się o *ochronie zdrowia obejmującej rozpoznawanie i przeciwdziałanie zagrożeniom bezpieczeństwa zdrowotnego, w tym związanym z rozwojem współczesnej cywilizacji, a także ratowania życia i zdrowia ludzi.* Dalej w przywoływanym punkcie 93 Strategii, stwierdza się, że *zapewnienie właściwego poziomu świadczeń zdrowotnych jest nadrzędnym zadaniem realizowanym przez szereg organów i inspekcji oraz podmioty lecznicze, zaangażowane w proces świadczenia usług medycznych.* W dalszych punktach Strategia znajduje się rozwinięcie zadań dotyczących ochrony zdrowia – m.in. pkt 134 i 135. Warto też podkreślić, że z systemu zarówno bezpieczeństwa zdrowotnego jak i systemu ochrony zdrowia wyodrębniono ratownictwo i ochronę ludności, kwalifikując te działania jako elementy „bezpieczeństwa powszechnego”. Z kolei, inne części Strategii zawierają m.in. wskazania dotyczące bezpieczeństwa żywnościowego – wyodrębnionego jako samodzielna kategoria bezpieczeństwa, rozumiana jako, z jednej strony działania mające na celu m.in. *zwiększenie odporności produkcji rolnej i zagwarantowanie właściwego poziomu samowystarczalności żywnościowej* (pkt. 104), a z drugiej strony – polegającej na *wzmocnieniu kontroli żywności, zapewnieniu sprawnego nadzoru nad jej produkcją i dystrybucją* (pkt 149).¹² Analiza tylko tego jednego dokumentu świadczy o znaczeniu bezpieczeństwa zdrowotnego w całym systemie funkcjonowania państwa ale też dowodzi istnienia różnorodnych problemów związanych z prawidłowym określaniem zakresu przedmiotowego tej kategorii.

Wyodrębnieniu „bezpieczeństwa zdrowotnego” i stworzeniu względnie określonej przestrzeni naukowej, badawczej nie ułatwia również lektura innych dokumentów i aktów prawnych, i to zarówno krajowych jak i unijnych. Wystarczy porównać np. treść decyzji nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r., ustanawiającej drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008-2013 (Dz. Urz. WE L 301 z 20.11.2007, str. 3-13; dalej zamiennie: Drugi Program) z treścią

¹¹ „Strategia Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej”, dokument podpisany przez Prezydenta RP w dniu 5 listopada 2014 r., na wniosek Prezesa Rady Ministrów. Jest to dokument zastępujący Strategię Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej z 2007 r. Tekst dokumentu znajduje się m.in. na stronach internetowych Kancelarii Prezydenta RP, Biura Bezpieczeństwa Narodowego: www.bbn.gov.pl.

¹² Należy wspomnieć, że od 2006 r. obowiązuje ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (t.j. Dz. U z 2010 r. Nr 136, poz. 914 z późn. zm.), którą to ustawą ustanowiono legalną definicję „bezpieczeństwa żywności” – art. 3 ust 3 pkt 5.

rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 282/2014 z dnia 11 marca 2014 r. w sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014-2020) oraz uchylającego decyzję nr 1350/2007/WE (Dz. Urz. UE L 86 z 21.3.2014 r. str. 1-13; dalej zamiennie: Trzeci Program). W pierwszym z przywołanych dokumentów jest mowa o „ochronie zdrowia i bezpieczeństwa obywateli przez działania w dziedzinie zdrowia publicznego” – preambuła pkt (1). Jednym ze *szczegółowych zadań realizowanych przez działania (...) ma być poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli* – art. 2 ust 2 Drugiego Programu. Ta poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, zgodnie z treścią załącznika do przedmiotowej decyzji, ma polegać *na ochronie obywateli przed zagrożeniami zdrowotnymi (...) i na reagowaniu na zagrożenia takie jak: zagrożenia związane z chorobami zakaźnymi i niezakaźnymi, zagrożeniami pochodzenia fizycznego, chemicznego lub biologicznego (...)* – pkt 1 – 1.1.1. Jest to więc „typowa” ochrona zdrowia. Trzeci Program „rezygnuje” z określenia: bezpieczeństwo zdrowotne i w całym dokumencie przywołuje jedynie „ochronę zdrowia ludzkiego”, wzbogacając je o różnego rodzaju określenia wartościujące tj. np. „wysoki poziom” ochrony, itp. Taka zmiana nazewnictwa może być odbierana jako sygnał do tego, że instytucje unijne stawiają znak równości pomiędzy bezpieczeństwem zdrowotnym a ochroną zdrowia. Podobnie również dzieje się i w naszym, krajowym systemie społecznym i prawnym. Należy się więc zastanowić czy jest to dobra tendencja.

V. Ministerstwo Zdrowia jako jeden z podmiotów odpowiedzialnych za bezpieczeństwo zdrowotne człowieka

Podstawowymi aktami prawnymi stanowiącymi podstawę funkcjonowania i regulującymi zakres przedmiotowy Ministerstwa Zdrowia są:

- a) ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (t.j. Dz. U z 2016 r. poz. 543, 749, dalej zamiennie: ustawa o działach),
- b) zarządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 kwietnia 2006 r. w sprawie nadania statutu Ministerstwu Zdrowia (M.P z 2016 r. poz. 369),
- c) zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 marca 2016 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. MZ z 2016 r., poz. 32).

Zgodnie z brzmieniem art. 33 ustawy o działach, dział zdrowie obejmuje sprawy:

- 1) ochrony zdrowia i zasady organizacji opieki zdrowotnej,
- 2) nadzoru nad produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi, wyrobami medycznymi do diagnostyki in vitro, wyposażeniem wyrobów medycznych, wyposażaniem wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, aktywnymi wyrobami medycznymi do implantacji i produktami biobójczymi oraz nad kosmetykami w zakresie bezpieczeństwa i zdrowia ludzi;
- 3) organizacji i nadzoru nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne;
- 4) zawodów medycznych;
- 5) 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,
- 6) organizmów genetycznie zmodyfikowanych w zakresie wydawania decyzji zezwalających na wprowadzenie do obrotu nowej żywności oraz w zakresie wydawania zezwoleń na wprowadzenie do obrotu produktów leczniczych,
- 7) lecznictwa uzdrowiskowego,

8) koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń leczniczych.

Zakres przedmiotowy zadań ministerstwa wydaje się potwierdzać możliwość synonimicznego używania pojęć: bezpieczeństwo zdrowotne i ochrona zdrowia. Jednak głębsza analiza zarówno w/w spraw jak i zadań organów i innych jednostek podległych Ministrowi Zdrowia, takich jak: Główny Inspektor Farmaceutyczny, Główny Inspektor Sanitarny, Inspektor do spraw Substancji Chemicznych, Prezes Urzędu Regulacji Produktów Leczniczych WYROBÓW MEDYCYNICH I PRODUKTÓW BIOBÓJCZYCH czy nadzorowanych przez ministerstwo takich jak m.in.: Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego, Instytut Żywności i Żywienia im. Prof. dr. med. Aleksandra Szczygła¹³ pokazuje, że poza kontrolą ministerstwa zdrowia, a tym samym poza „systemem ochrony zdrowia” pozostaje jeszcze kilka obszarów działań wpływających na zdrowie i mieszczących się w „systemie bezpieczeństwa zdrowotnego”. Jedynie dla przykładu warto przypomnieć zagrożenie bezpieczeństwa żywności, na które to w dużym stopniu może oddziaływać minister właściwy do spraw rolnictwa. Można też wspomnieć o oddziaływaniu środowiska na kwestie bezpieczeństwa zdrowotnego a regulowanych przez ministra właściwego do spraw środowiska. Jeżeli jeszcze przywoła się stanowisko Rządowej Rady Ludności w sprawie „Bezpieczeństwa zdrowotnego ludności Polski”, w którym to zwraca się uwagę m.in. na zmiany demograficzne, starzenie się społeczeństwa – a więc zagrożenia, za które „odpowiada” minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, to jawi się nam „system bezpieczeństwa zdrowotnego” jednak nie w pełni unitarny z „systemem ochrony zdrowia”. Należy więc skonstatować, jak na wstępie, że ochrona zdrowia, system ochrony zdrowia jest niewątpliwie najważniejszym, ale jednak tylko elementem bezpieczeństwa zdrowotnego człowieka.

VI. Pacjent/konsument w systemie bezpieczeństwa zdrowotnego

Warto zastanowić się nad miejscem człowieka, jednostki, w tym wielowymiarowym systemie bezpieczeństwa zdrowotnego. Obserwacja systemu związanego z ochroną zdrowia, lektura wielu materiałów i ekspertyz pozwala skonstatować iż system ów (bez względu na jego nazwę) jest niedoskonały. Jednak jego niedociągnięcia różne mankamenty nie mogą w żadnym wypadku, w żadnym systemie wpływać, na prawa jednostki, które w obszarze bezpieczeństwa zdrowotnego swoje podstawy wywodzą z ochrony godności ludzkiej, a formalno-prawne umocowanie mają w najważniejszych aktach prawnych – konstytucjach, konwencjach, paktach. Niestety, analiza regulacji prawnych, potwierdza, że nie zawsze, nawet w przypadku „tylko” ochrony zdrowia, rola i prawa jednostek biorących udział w procesie ochrony zdrowia, są adekwatne do praw pacjenta, którego to legalna definicja znajduje się w art. 3 ust 4, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U z 2012 r., poz. 159 z późn. zmianami; dalej zamiennie: ustawa o prawach pacjenta). Problematyka praw pacjenta jest przedmiotem wielu wartościowych monografii¹⁴, i nie ma potrzeby dokonywania kolejnego ich przeglądu w niniejszym opracowaniu. Z tych samych powodów również sama wykładnia definicji: „pacjent” oraz „świadczenia zdrowotne” będzie mocno ograniczona i dokonana jedynie w zakresie niezbędnym do zasygnalizowania problemu będącego tematem artykułu.

¹³ Pełny wykaz jednostek podległych lub nadzorowanych przez ministerstwo znajduje się na stronie internetowej: www.mz.gov.pl.

¹⁴ Z bogatej literatury przedmiotu, jedynie dla przykładu warto wspomnieć o: D. Karkowska, Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Wolters Kluwer, Warszawa 2016; J. Bujny, Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem, Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2007.

Zgodnie z brzmieniem definicji zawartej w ustawie o prawach pacjenta, pacjent to –*osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medycznych.*

Z kolei świadczenie zdrowotne to – *świadczenie zdrowotne, o którym mowa w art. 2 ust 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* – art. 3 ust 6 ustawy o prawach pacjenta. I definicja tych świadczeń jako *działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania* (ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U z 2015 r., poz. 618 z późn. zm.) stanowi istotę problemu w zakresie funkcjonowania w obszarze bezpieczeństwa zdrowotnego jednego podmiotu, któremu można przypisać przymioty zarówno „pacjenta” jak i „konsumenta”.

Artykuł 4 ust 1 ustawy o działalności leczniczej stanowi, że podmiotami leczniczymi są m.in. : *przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 584) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej.* Proste zestawienie „przywracania lub poprawy zdrowia” z wszelkimi „formami przewidzianymi dla wykonywania działalności gospodarczej” rodzi więc pytanie o prawa i pozycję jednostki np. dokonującej zakupu środków przeciwbólowych w osiedlowym sklepiu czy na stacji paliw. Można się zastanawiać nad tym, czy taki sklep jest podmiotem leczniczym a kupujący – pacjentem; czy w takiej sytuacji kupującemu jako „pacjentowi” przysługują prawa pacjenta. To oczywiście mocno uproszczone podejście do problemu ma zwrócić uwagę na pojawiający się coraz częściej problem.

Właściwe rozróżnienie relacji pacjent-konsument i wynikający z tych zależności problem dostrzegany jest również przez farmaceutów, którzy zastanawiają się nad tym czy w aptece mają do czynienia z pacjentem czy już z konsumentem.¹⁵

Podobne pytania mogą być stawiane w przypadku, gdy np. człowiek ma korzystać z różnych urządzeń przystosowanych do „noszenia w ciele” czy „na ciele”. Można się zastanawiać, czy np. powszechnie stosowane zegarki z funkcjami np. pomiaru tętna, ciśnienia, wszelkiego rodzaju pulsomierze i „krokomierze”, które nie są ani produktami leczniczymi ani wyrobami medycznymi a mogą służyć (jak to normuje ustawa o działalności leczniczej) „poprawie zdrowia” są stosowane przez pacjentów czy konsumentów. Analiza definicji „konsumenta” zawarta w art. 22¹ kodeksu cywilnego (ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. t.j. Dz. U 2014, poz.121 z późn.zm.), *zgodnie z którą, jest to osoba fizyczna dokonująca z przedsiębiorcą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową*, wręcz nakazuje zaliczanie wszystkich przykładowo podanych czynności do „obrotu konsumenckiego”.

Można więc stwierdzić, że w przypadku ochrony zdrowia funkcjonuje podwójny system ochrony podmiotów oparty z jednej strony na ustawie o prawach pacjenta, z drugiej zaś strony – system ochrony wynikający z odpowiednich regulacji tworzących „prawo konsumenckie”.

Podsumowanie

System bezpieczeństwa zdrowotnego nie jest w stanie oprzeć się wszelkiego rodzaju zmianom wynikającym

¹⁵ Więcej zobacz m.in. w: Rynek Aptek 2015 nr 6, rozmowa z A. Chojnackim, lubuskim inspektorem farmaceutycznym; Sed3ak, *W aptece pacjent, czy tylko konsument*, materiał na stronie internetowej: www.salon24.pl.

z technicznego rozwoju. Używanie coraz to nowszych urządzeń i wyrobów, z założenia służących poprawie zdrowia, zmienia tradycyjną rolę lekarza, wpływa na sposób leczenia.

Tym samym zaciera się tradycyjny podział na: pacjenta i konsumenta. Pacjenci stają się coraz bardziej świadomymi konsumentami, którzy mając dostęp do informacji mogą kształtować swój tryb życia, wpływać na stan swojego bezpieczeństwa zdrowotnego. Ulegające przekształceniom zmiany systemów społeczno – kulturowych i prawnych dowodzą że zmiana w koncepcjach praw pacjenta i przyjęcie modelu autonomicznego było ze wszech miar słuszne. Na ochronę zdrowia należy patrzeć wielowymiarowo, bowiem dopiero suma wszystkich elementów wpływających na ten stan daje podstawę do istnienia i funkcjonowania sprawnego systemu bezpieczeństwa człowieka.

Bezpieczeństwo żywności i żywienia, ochrona środowiska, dostęp do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, właściwa analiza zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego, a przede wszystkim nieograniczony dostęp do informacji zarówno o zagrożeniach jak i metodach ochrony życia i zdrowia, to tylko niektóre elementy, które powinny być podstawowymi przesłankami funkcjonowania sprawnego systemu bezpieczeństwa zdrowotnego.

In the present article we attempt to define the term: system of health security, noting the significant differences compared to the commonly functioning legal term "health care system".

Attention was also drawn to the increasingly common problem of correctly defining which entity is one of the parties of health benefits. The author, also drew attention to the need of regulation for the legal situation of consumers in the system related to health security.

Adrian Świątkiewicz

Wydział Prawa i Administracji

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

PROBLEMY ALKOHOLOWE – PRZYCZYNY, SKUTKI I ZAPOBIEGANIE

Wprowadzenie

Alkoholizm i pijaństwo są niewątpliwie jedną z największych patologii społecznych, prowadzącą do licznych problemów zdrowotnych i społecznych, takich jak: zaniedbywanie rodziny i pracy, problemy w kontaktach z innymi ludźmi i przemoc wobec bliskich, znaczny wzrost przestępczości, wypadki komunikacyjne pod wpływem alkoholu, kilkukrotnie większe ryzyko zarażenia się HIV lub chorobą weneryczną, zanik wyższych potrzeb, depresje i samobójstwa. Terminu medycznego alkoholizm (*alcoholismus*) po raz pierwszy użył Magnus Huss w 1849 roku¹. Od tego czasu zaczęto traktować problem w kategoriach medycznych, a nie jak dawniej jako występki, grzechy. Potępianie i odwoływanie się do moralności zaczęło ustępować próbom leczenia². Ograniczone efekty leczenia opartego na modelu medycznym doprowadziły do odejścia od koncepcji medycznej choroby na rzecz koncepcji wieloprzyczynowo uwarunkowanego zaburzenia³. Od 20 lat Światowa Organizacja Zdrowia zaleca unikanie używania terminu alkoholizm, a w zamian propaguje używanie terminów uzależnienie od alkoholu oraz picie szkodliwe. Picie szkodliwe, inaczej nadużywanie alkoholu, występuje wówczas, gdy picie wywołuje szkody zdrowotne. Ten problem jest często niesłusznie lekceważony przez lekarzy ze względu na brak uzależnienia, a takich osób jest 2-3 razy więcej niż osób uzależnionych. Natomiast przy uzależnieniu występuje przymus picia, objawy abstynencyjne i zdominowanie życia przez alkohol. Podział na uzależnienie i picie szkodliwe nie jest jednak wystarczający. Wyróżnia się jeszcze picie ryzykowne, które występuje wtedy, gdy może doprowadzić do szkód zdrowotnych, np. na skutek wypadku. Nadużywanie alkoholu i często picie ryzykowne można nazwać pijaństwem, które przejawia się nawykiem nadmiernej konsumpcji alkoholu, powodującej mniej lub bardziej trwałe zakłócenia psychofizyczne w organizmie⁴.

Ze starożytnych źródeł pisanych wynika, że już w III tysiącleciu p.n.e. picie alkoholu było dość powszechne w Egipcie i Mezopotamii. Już wtedy dostrzegano negatywne skutki picia alkoholu i zaczęto wprowadzać ograniczenia dotyczące picia i sprzedaży alkoholu. Liczne restrykcje w tej dziedzinie wprowadził m.in. słynny Kodeks Hammurabiego, których nieprzestrzeganie skutkowało surowymi karami, nawet karą śmierci⁵. Mimo to problem nie został nadal rozwiązany i w ostatnich dziesięcioleciach nasilił się.

W niniejszej pracy omówione zostaną przyczyny picia alkoholu, problemy związane z nadużywaniem alkoholu oraz politykę prewencyjną.

¹ B. Habrat, *Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem*, Warszawa 1996, s. 16.

² *Ibidem*.

³ *Ibidem*, s. 17.

⁴ A. Markiewicz, *Środki odurzające a młodzież*, Warszawa 1997, s. 34.

⁵ A. Bielewicz, J. Moskalewicz, *Historia społeczno-kulturowa alkoholu*, [w:] I. Wald [red.], *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, Warszawa 1986, s. 15.

1. Przyczyny picia alkoholu

Zjawisko picia alkoholu i jego skalę determinuje wiele czynników. Główne przyczyny podzieliłbym na 4 kategorie: przyczyny historyczno-kulturowe, społeczno-polityczne, oddziaływanie środowiskowe i czynniki indywidualne.

a. Przyczyny historyczno-kulturowe

Kultura picia alkoholu kształtowała się przez wieki. Ze źródeł historycznych możemy się dowiedzieć, że zwyczaj picia alkoholu w Europie sięga bardzo dawnych czasów i obejmował wszystkie stany społeczne. W Polsce piwo i miód były znane jeszcze przed wprowadzeniem chrześcijaństwa. W średniowiecznej Polsce piwo było składnikiem codziennej diety. Istotną przyczyną rozpowszechnienia się piwa w ówczesnej Europie był brak dobrej wody pitnej, zwłaszcza w dużych miastach. Spożywanie takiej wody groziło wybuchem epidemii i w związku z tym władcy dbali o zapewnienie odpowiedniej jakości i niskiej ceny napojów alkoholowych⁶. Wraz z rozwojem chrześcijaństwa na prawie całym kontynencie rozpowszechniły się również uprawy winnej latorośli. W Polsce ze względu na wysoką cenę wina i ograniczoną podaż przez długi czas było ono pite głównie przez magnaterię i wyższe duchowieństwo, a w domach średniej szlachty pojawiało się przy ważnych okazjach.

Przez długi czas alkohol pito ze względów zdrowotnych (wspomniany brak dobrej wody pitnej) oraz dla towarzystwa i podkreślenia swojego statusu społecznego. Do plagi pijaństwa doprowadziła dopiero polityka właścicieli ziemskich. Produkcja i sprzedaż alkoholu zawsze przynosiły ogromne zyski, dlatego też władcy feudalni dążyli do pełnej kontroli nad wyrobem i dystrybucją alkoholu. Na ziemiach polskich aż do końca XIX wieku obowiązywało prawo propinacji. Polegało ono na tym, że panowie feudalni mieli wyłączne prawo do produkcji i sprzedaży alkoholu chłopom zamieszkujących w obrębie ich dóbr. Szlachta uzyskiwała również prawo zmuszania chłopów do kupowania określonych z góry, zawyżonych ilości alkoholu⁷.

Dochody ze sprzedaży alkoholu stanowiły około 30% ogółu dochodów pieniężnych z dóbr ziemskich, a często przekraczały 50%⁸. Dla przykładu w Królestwie Polskim w 1844 r. przeciętne spożycie czystego alkoholu na jednego mieszkańca wynosiło 12 litrów rocznie, a niektóre szacunki mówią nawet o 38 litrach⁹. Taki stan rzeczy doprowadził do powstania wśród chłopów masowego ruchu bractw trzeźwości, który był kierowany przez wiejskie duchowieństwo. Również władze carskie, zaniepokojone pogarszającym się stanem rekruta, podjęły działania ograniczające spożycie alkoholu. W 1844 r. wyszedł ukaz carski, który ograniczył dostępność alkoholu. Niedługo po tym nastąpiło uwłaszczenie chłopów, co doprowadziło do likwidacji przywilejów propinacyjnych. Te wszystkie czynniki spowodowały gwałtowny spadek spożycia alkoholu pod koniec XIX w. i na początku XX w. W 1912 r. wyniosło ono w Królestwie 3,7 l czystego alkoholu na mieszkańca, czyli spadło kilkakrotnie od 1844 r.¹⁰

W komunistycznej publicystyce zwracano dużą uwagę na to, że celem tej polityki rozpijania nie była tylko chęć łatwego zysku, ale również rozładowanie nastrojów buntowniczych wśród chłopów pańszczyźnianych. Słusznie dostrzeżono, że rozpijanie chłopów i robotników było narzędziem panowania klasowego, bowiem pozbawia on ludzi wyższych zainteresowań i chęci do walki. Irena Dąbrowska w swojej książce przywołuje przykład roli jaką odegrał alkohol w podboju Ameryki przez białych kolonizatorów¹¹. Alkohol został również wykorzystany do kolonizacji Afryki. Jeden z wodzów plemiennych powiedział na

⁶ *Ibidem*, s. 19.

⁷ <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/62-wiat-problemow/787-z-perspektywy-historycznej.html> [dostęp : 8.05.2016].

⁸ A. Świącicki, *Alkohol. Zagadnienia polityki społecznej*, Warszawa 1968, s. 29-30.

⁹ *Ibidem*, s. 29.

¹⁰ *Ibidem*, s. 31.

¹¹ I. Dąbrowska, *Co zdrowie niszczy, gospodarczo rujnuje i szkodę społeczną przynosi*, Warszawa 1953, s. 20.

początku XIX w.: „Potrzebujemy prochu, kul oraz brandy dając trzy rzeczy w zamian: mężczyzn, kobiety, dzieci”¹². W rozpowszechnieniu pijaństwa w Polsce mieli również udział fabrykanci produkujący alkohol na masową skalę. Zachęcali oni wszelkimi sposobami do picia alkoholu i rozprowadzali go po całym kraju.

W okresie międzywojennym spożycie napojów alkoholowych spadło jeszcze bardziej i w latach 30-ych nieznacznie przekraczało 1 l czystego alkoholu. Wzrosło ono gwałtownie w czasie II wojny światowej na skutek celowego rozpijania społeczeństwa przez okupanta hitlerowskiego, aby zniszczyć i zdeprawować podbity naród. Niemcy produkowali duże ilości alkoholu oraz pozwalali nieoficjalnie ludności pędzić bimber. Przydzielali oni również chłopom nagrody w postaci wódki za dostarczone kontyngenty zboża, nabiału i innych produktów rolnych¹³. Rozpowszechniane były również po całym kraju różne piśmidła takie jak „Fala”, które promowały lekkie obyczaje i pijaństwo. Brak jest danych jakie było spożycie w czasie okupacji, ale na podstawie dostępnych informacji możemy założyć, że wzrosło ono wielokrotnie w porównaniu do lat 30-ych. Dla przykładu w jednej z gmin powiatu warszawskiego na jednego pijącego mieszkańca przypadało 27 l wódki rocznie, czyli ponad 10 litrów czystego alkoholu¹⁴. Wszystkie te czynniki sprawiły, że alkohol stał się ważnym elementem życia Polaków, bez którego większość nie wyobraża sobie życia.

b. Przyczyny społeczno-polityczne

W dużym stopniu pokrywają się one z przyczynami historyczno-kulturowymi. Ten dość sztuczny i nieostry podział zastosowałem, aby oddzielić odległą historię od przemian zachodzących w ostatnich dziesięcioleciach. Jak wynika z tego co napisałem powyżej, polityka władz i wpływowych grup społecznych oraz reakcje społeczeństwa w XIX i XX wieku były w stanie doprowadzić w niedługim czasie nawet do dziesięciokrotnego spadku lub wzrostu spożycia alkoholu. Poruszyłem już także problem wykorzystywania alkoholu jako oręża w walce politycznej, w walce o utrzymanie niesprawiedliwego porządku społecznego lub zniewolenie narodu przez siły zagraniczne.

Tendencje wzrostowe w spożyciu alkoholu były obserwowane po wojnie oraz po 1989 r. Miało to związek z różnymi procesami społecznymi. W pierwszym przypadku, w okresie powojennym, kiedy władze nie pozwalały już na rozpijanie ludności i zapowiadano rychłe wyplenienie pijaństwa, główną przyczyną wzrostu konsumpcji alkoholu stała się urbanizacja, która powodowała zmianę stylu życia i struktury społeczeństwa. Napływ ludności wiejskiej do dużych miast spowodował przenikanie się wiejskich i miejskich wzorów picia, które jeszcze przed wojną różniły się znacznie. Na wsi pito rzadziej, w ściśle określonych sytuacjach, na ogół w kręgu rodziny i sąsiadów, ale w dużych ilościach i tolerowano w takich sytuacjach nawet ciężkie upicie. Natomiast w mieście pito częściej, ale jednorazowo spożywano mniejsze ilości alkoholu, co było związane z miejskim rytmem pracy i większą liczbą szkód jakie było można odnieść w wyniku upicia się. Zanik tradycyjnych mechanizmów kontroli społecznej występujących na wsi powodował pogłębianie się pijaństwa wśród ludności napływającej do miasta. Zachował się bowiem zwyczaj niekontrolowanego upijania się, ale w mieście następowało to znacznie częściej. Problem był szczególnie poważny wśród samotnych robotników budowlanych. Urbanizacja i industrializacja doprowadziła również do wzmocnienia pozycji kobiet w społeczeństwie, które coraz częściej podejmowały pracę zarobkową. W wyniku tego kobiety stały się bardziej wyzwolone i picie alkoholu przestało być czynnością typowo męską.

¹² Bielewicz, Moskalewicz, *Historia...*, op. cit., s. 30-31.

¹³ Dąbrowska, *Co zdrowie...*, op. cit., s. 23.

¹⁴ *Ibidem*.

Z kolei wzrost spożycia alkoholu po 1989 r. związany był z bolesnymi dla znacznej części społeczeństwa skutkami transformacji ustrojowej oraz szerzeniem zgniłej, hedonistycznej kultury zachodniej, co odbiło się przede wszystkim na młodzieży. Rozpijanie młodych ludzi jest elementem szerszej polityki prowadzonej przez światową elitę polityczno-biznesową, pod której wpływami Polska znajduje się od 1989 roku, mającej na celu złamanie kręgosłupa moralnego społeczeństw zachodnich i zrobienie z nich bezmyślnych niewolników-konsumentów. Niemalą rolę odegrało przywrócenie ustroju kapitalistycznego, bowiem produkcja i sprzedaż alkoholu ponownie stała się świetnym biznesem. Istotną przyczyną jest także krótkowzroczna polityka władz, tak typowa dla tzw. liberalnych demokracji, które nie liczą się z dobrem obywateli, lecz dążą do maksymalizacji dochodów z akcyzy, które i tak nie pokrywają strat spowodowanych przez alkohol.

c. Oddziaływanie środowiskowe

Czynniki środowiskowe odgrywają bardzo ważną rolę w powstawaniu problemów alkoholowych. Ryzyko stania się osobą nadużywającą alkoholu zależy od tego, jak bardzo krąg kulturowy, do którego należy dana osoba, sprzyja piciu. Zachowania związane z piciem są zachowaniami społecznymi, gdyż uczymy się ich i praktykujemy je razem z innymi członkami naszej kultury. Szczególnie duży wpływ na postawy i zachowania alkoholowe mają wzorce wyniesione ze środowiska rodzinnego¹⁵. Według J.K. Falewicza dzieci, które są świadkami nadużywania alkoholu przez rodziców, piją częściej od pozostałych¹⁶. Podobny pogląd wyraża D. Soszyńska twierdząc, że to głównie rodzice odpowiadają za nadużywanie alkoholu przez dzieci, gdyż w domu rodzinnym kształtują się obyczaje i moralność¹⁷. Ryzyko wystąpienia uzależnienia lub picia szkodliwego u syna alkoholika jest aż 4-7-krotnie większe niż w populacji ogólnej¹⁸. Ogromny wpływ na powstanie pijaństwa mają również grupy rówieśnicze i towarzystwo w jakim się obracamy. W czasach powszechnej demoralizacji młodym ludziom ciężko jest odmówić picia alkoholu, gdyż wiąże się to często z alienacją i wyśmiewaniem przez innych. Z drugiej strony to rodzice są odpowiedzialni za wychowanie swoich dzieci i powinni temu przeciwdziałać, a kryzys rodziny i spożywanie alkoholu w ich obecności temu nie sprzyja.

Znaczenie czynników środowiskowych można też zaobserwować porównując poziom konsumpcji alkoholu w różnych grupach zawodowych. Nie ulega wątpliwości, że będzie on znaczenie wyższy w przypadku robotnika budowlanego niż pracownika biurowego czy kierowcy autobusu.

d. Czynniki indywidualne

Ludzie decydują się na wypicie alkoholu, pomijając powody towarzyskie, aby odczuć działanie alkoholu. Alkohol pije się, aby się zrelaksować, odstresować, zapomnieć na chwilę o problemach. W przypadku osób uzależnionych głównym celem picia jest złagodzenie objawów abstynencyjnych. Zazwyczaj mówiąc o przyczynach picia wymienia się właśnie czynniki indywidualne i ewentualnie jeszcze oddziaływanie środowiskowe. Z pewnością są one bezpośrednią, decydującą przyczyną picia, ale wynikają one ze spuścizny po dawnych czasach i czynników społeczno-politycznych.

2. Problemy zdrowotne związane z alkoholem

¹⁵ Świącicki, *Alkohol ...*, op. cit., s. 61.

¹⁶ J.K. Falewicz, *Walka o trzeźwość narodu*, Warszawa 1982, s. 29.

¹⁷ D. Soszyńska, *Chcę aby on nie pił*, Warszawa 1982, s. 33.

¹⁸ Habrat, *Szkody...*, op. cit., s. 61.

Alkohol uznaje się za trzecią, po chorobach układu krążenia i nowotworach, przyczynę zgonów¹⁹. Nadużywanie alkoholu nie skutkuje tylko pojawianiem się chorób odalkoholowych, ale przede wszystkim wywołuje pogorszenie przebiegu innych chorób, późniejszym zgłaszaniem się do lekarzy, gorszym reagowaniem na terapię, nieregularnym leczeniem. Według Światowej Organizacji Zdrowia aż ponad 60 różnych chorób i urazów ma związek z alkoholem²⁰. Alkohol ma szkodliwy wpływ na praktycznie wszystkie tkanki i narządy. Przyczynia się do powstania m.in. chorób układu krążenia, nowotworów, chorób metabolicznych i zakaźnych. Alkohol wywołuje też niedobory witamin i innych pierwiastków niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania organizmu.

Nadużywanie alkoholu prowadzi również do problemów psychicznych i prób samobójczych. We krwi około połowy ofiar zamachów samobójczych wykrywa się alkohol. Przeprowadzone badania wykazują, że co czwarty leczony alkoholik podejmował w przeszłości próby samobójcze²¹. Picie alkoholu sprzyja też zwiększonej wypadkowości, gdyż zakłóca zdolności poznawcze, spostrzegawczość i sprawność ruchową. Takie urazy odnoszą zazwyczaj ludzie młodzi, co wynika z panującego wśród młodzieży wzorca picia oraz mniejszego doświadczenia i mniejszej tolerancji na alkohol.

8. Problemy społeczne

Osoby nadużywające alkoholu szkodzą nie tylko sobie, ale również innym. Ze względu na ograniczoną formę artykułu omówię tylko trzy problemy związane z nadużywaniem alkoholu – zaburzenia życia rodzinnego, wpływ alkoholu na przestępczość oraz straty ekonomiczne.

a. Zaburzenia życia rodzinnego

Uzależnienie i nadużywanie alkoholu wywiera negatywny wpływ na pozostałych członków rodziny, powodując problemy zdrowotne, psychologiczne, społeczne i materialne. Życie alkoholików koncentruje się na piciu i zdobywaniu pieniędzy na alkohol, co powoduje zaniedbywanie rodziny. Taki człowiek nie tylko nie wychowuje właściwie dzieci i nie zapewnia im godnych warunków życia, ale często stosuje również przemoc psychiczną i fizyczną. Obecnie problem przemocy fizycznej jest prawdopodobnie mniejszy niż kilkadziesiąt lat temu²², ale niewątpliwie najbliżsi alkoholika żyją w stresie, strachu, niepewności i wstydzie. W 2015 roku w ramach programu „Niebieska Karta” zgłoszono stosowanie przemocy domowej przez 76 034 osoby, z czego pod wpływem alkoholu było 48 841 sprawców²³. Alkohol jest też jedną z trzech głównych przyczyn rozwodów obok niewierności małżeńskiej i niezgodności charakterów, a biorąc pod uwagę, że alkohol przyczynia się do zdrad, problemów w pracy i ogólnej demoralizacji, można stwierdzić, że alkohol odgrywa dominującą rolę w rozbiciu małżeństwa.

b. Przestępczość związana z nadużywaniem alkoholu

Alkohol może być celem przestępstwa (chęć zdobycia pieniędzy na wódkę), jego powodem (przestępstwa dokonywane w stanie upojenia alkoholowego) oraz ułatwiającym je środkiem (niektórych czynów sprawca nie byłby w stanie dokonać na trzeźwo). Alkohol odgrywa szczególnie istotną rolę przy takich przestępstwach jak zabójstwa, pobicia, gwałty czy kradzieże. Statystyki policyjne nie mówią jednoznacznie jaka część przestępstw danego rodzaju jest popełniana pod wpływem alkoholu, ponieważ trzeźwość sprawdza się tylko w części przypadków. W 2012 na 361 zbadanych pod kątem trzeźwości podejrzanych o zabójstwo - 294 było nietrzeźwych, rok wcześniej 359 z 443. W przypadku bójek i pobić w

¹⁹ *Ibidem*, s. 22.

²⁰ <http://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/szkody-zdrowotne> [dostęp : 8.05.2016].

²¹ <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/viewFile/29095/23860> [dostęp : 8.05.2016].

²² Zob. S. Batawia, *Spoleczne skutki nałogowego alkoholizmu*, Warszawa 1951.

²³ <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie/50863,Przemoc-w-rodzinie.html> [dostęp 8.05.2016].

tym samym czasie alkohol stwierdzono u 4 416 na 5 636 przebadanych podejrzanych, a zgwałcenia u 227 z 357²⁴. W roku 1980 osoby podejrzane o popełnienie przestępstwa pod wpływem alkoholu według niektórych rodzajów przestępstw stanowiły : 77% - zabójstwo, 72,7% - uszkodzenie ciała, 79,7% - bójka lub pobicie, 82,3% - zgwałcenie, 87,8% - znęcanie się nad członkiem rodziny, 93,1% - naruszenie nietykalności cielesnej²⁵. Należy jednak zaznaczyć, że w 1980 roku spożycie alkoholu było najwyższe w całym okresie Polski Ludowej i to może być przyczyną tak wysokiego wskaźnika przestępstw popełnianych pod wpływem alkoholu²⁶. Obecnie szacuje się, że 90% wykroczeń o charakterze chuligańskim oraz ponad 60% pobić i uszkodzeń działa dokonują osoby pod wpływem alkoholu²⁷. Trzeba również pamiętać o tym, że znaczny procent dzieci nałogowych alkoholików również popada w alkoholizm i ulega wykolejeniu. Badania przeprowadzone przez S. Batawie na grupie 50 nieletnich przestępców wykazały, że aż 44% z nich miało ojca lub ojczyma alkoholika²⁸. Z kolei z badań przeprowadzonych w latach 1970-1971 na grupie 100 młodych mężczyzn, którzy w 1958 r. jako młodzi chłopcy (w wieku 16-20 lat) przebywali po raz pierwszy w izbie wytrzeźwień w Łodzi, wynika że aż 79% z nich było sądownie karanych, a odsetek recydywistów wyniósł 61%²⁹. Pijaństwo, jak wynika z powyższych danych, bardzo obniża moralność społeczną i jest jednym z najważniejszych źródeł przestępstw.

c. Straty ekonomiczne

Problemy alkoholowe mają również wymiar ekonomiczny. Koszty związane z piciem alkoholu, takie jak leczenie, pomoc społeczna, egzekwowanie prawa i utrzymywanie systemu penitencjarnego, szkody powstałe w wyniku przestępstw, straty w przemyśle pochłaniają ogromną część budżetu państw. W Polsce dochody z akcyzy, VAT-u i innych opłat wynoszą 15-18 mld zł, zaś koszty szacuje się na 40 mld zł³⁰. W UE w 2003 r. koszty związane z nadużywaniem alkoholu szacowano na 125 mld euro³¹, a obecnie wg szacunków KE wynoszą 150 mld euro³². W USA zaś w 1990 r. wyniosły one ponad 100 mld dolarów³³.

9. Walka z alkoholizmem

Szkodliwość alkoholizmu dostrzegano już w czasach starożytnych i podejmowano działania mające na celu ograniczenie tego zjawisko, o czym wspominałem we wprowadzeniu. Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi uznaje życie w trzeźwości za „niezbędny warunek moralnego i materialnego dobra Narodu”³⁴. Istnieje wiele metod zwalczania alkoholizmu i krótko omówię najważniejsze z nich.

a. Opodatkowanie alkoholu

Podwyższanie cen alkoholu poprzez opodatkowanie jest obecnie główną formą walki z alkoholizmem, a ponadto wpływy z tych podatków są ważną częścią budżetu państw. Przeprowadzone badania dowodzą, że alkohol, tak jak inne towary, podlega ekonomicznym prawom popytu i podaży. Jeżeli inne czynniki kształtujące popyt pozostają niezmiennione, wzrost ceny prowadzi do obniżenia spożycia, a spadek ceny zazwyczaj powoduje wzrost spożycia. Podobnie dzieje się przy zmianie dochodów – przy niezmienności innych wskaźników wzrost dochodów prowadzi do wzrostu popytu, a spadek dochodu do obniżenia popytu³⁵.

²⁴<http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/nietrzezwi-sprawcy-prz/50862,Nietrzezwi-sprawcy-przestepstw.html> [dostęp : 8.5.2016].

²⁵ J. Morawski, *Alkohol a przestępstwa i wykroczenia*, [w:] *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, Warszawa 1986, s. 153 (Tabela 1).

²⁶ M. Jarosz [red.], *Alkohol w zakładzie pracy*, Warszawa 1990, s.45.

²⁷ Markiewicz, *Środki ...*, op. cit., s. 45.

²⁸ D. Dymek, *Alkoholizm w rodzinie a przestępczość nieletnich*, Stupsk 1977, s. 17.

²⁹ P. Zakrzewski, *Losy życiowe i przestępczość młodych alkoholików*, Warszawa 1977, s. 109.

³⁰ <http://www.polskieradio.pl/7/172/Artykul/1065613,Alkohol-i-Polacy-Wiecej-strat-niz-korzysci-a-polityki-alkoholowej-brak> [dostęp : 8.05.2016].

³¹ <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2015/hyg-2015-2-314.pdf> [dostęp : 8.05.2016].

³² <http://www.euractiv.pl/politykaspoleczna/artikul/nowa-strategia-alkoholowa-w-2016-r-007696> [dostęp : 8.05.2016].

³³ G. Edwards i inni, *Polityka wobec alkoholu i dobro publiczne*, Warszawa 1995, s. 16.

³⁴ Dz. U. 1982 Nr 35 poz. 230

³⁵ Edwards i inni, *Polityka...*, op. cit., s. 100-101.

Określając wysokość podatku należy mieć jednak na uwadze, że zbyt duża podwyżka cen może doprowadzić do wzrostu nielegalnego obrotu.

b. Ograniczanie dostępności alkoholu

Ograniczenie podaży alkoholu znacznie wpływa na zmniejszenie spożycia alkoholu i związane z tym problemy. W XX wieku dokonywano tego na wiele sposobów – objęcie sprzedaży alkoholu monopolem państwowym, ograniczanie liczby sklepów sprzedających alkohol, racjonowanie alkoholu, a nawet wprowadzano całkowitą prohibicję. Zawsze powodowało to zmniejszenie spożycia alkoholu oraz zmniejszenie problemów zdrowotnych i społecznych. Szczególnie interesujące i nie powodujące gwałtownego rozwoju szarej strefy są dwie pierwsze metody. Ograniczanie liczby sklepów sprzedających alkohol stosuje się w całej Europie, ale z różnym natężeniem. W Polsce na sprzedaż alkoholu powyżej 4,5% (z wyjątkiem piwa) wymagane jest zezwolenie, a liczbę punktów sprzedaży ustala Rada Gminy³⁶. W praktyce jednak większość gmin kieruje się interesami przedsiębiorców, a nie dobrem mieszkańców. Obecnie w Polsce jeden punkt sprzedaży przypada na 273 osoby³⁷, a sprzedaż piwa jest nieograniczona. To jest 4-krotnie więcej niż zaleca WHO, według której na jeden punkt sprzedaży powinno przypadać co najmniej 1000 osób. Nie trudno też dostrzec, że pomimo ustawowego zakazu sprzedaży alkoholu niepełnoletnim, nie mają oni z tym większego problemu. Wzór powinny stanowić kraje skandynawskie, gdzie panuje monopol na sprzedaż alkoholu, a liczba punktów sprzedaży w tych krajach nie przekracza pół tysiąca – np. w Norwegii w 2013 r. było ich tylko 288³⁸. Alkohol jest również sprzedawany w określonych godzinach, a w niedzielę i w sobotę po południu sklepy są zamknięte.

c. Zakaz reklamy i działania wychowawczo-informacyjne

Badania wykazały, że zakaz reklamowania alkoholu obniżał spożycie alkoholu o kilkanaście procent³⁹. Pewne sukcesy odnoszą również kampanie edukacyjne w mediach, jeśli są wspierane przez organizacje społeczne⁴⁰. Większe sukcesy odnoszą ruchy promujące abstynencję, które motywują swoją działalność religią (np. bractwa trzeźwości w XIX-wiecznej Polsce, ruch prohibicyjny w USA) bądź ideologią polityczną (np. skandynawska lewica). Dlatego właśnie ciężar walki z tym problemem powinny przejąć ruchy społeczne. Straszanie ludzi chorobami, które mogą ich dotknąć za wiele lat, nie odnoszą większych rezultatów. Potrzebne jest szersze podejście do problemu. Jak już wcześniej pisałem, rozpijanie młodzieży jest obecnie elementem polityki światowej elity polityczno-biznesowej, której celem jest zdemoralizowanie ludzi i zrobienie z nich niewolników-konsumentów, bezmyślnych zombi, pozbawionych wyższych wartości, których jedynym celem życia jest zaspakajanie kreowanych przez nich potrzeb i kupowanie kolejnych niepotrzebnych rzeczy. Nie trudno dostrzec podobieństwo w tym zakresie z polityką hitlerowców wobec podbitych narodów, o której również pisałem. Państwo tzw. liberalnej demokracji, w dodatku uwikłane w różne międzynarodowe struktury, nie jest w stanie się temu przeciwstawić. Problem mogą rozwiązać, a przynajmniej ograniczyć, współpracujące ze sobą organizacje społeczne, polityczne i religijne, które podejmą walkę z przychodzącym z Zachodu stylem życia i staną w obronie godności ludzkiej.

³⁶ Dz. U. 1982 Nr 35 poz. 230

³⁷ <http://www.polskieradio.pl/42/273/Artykul/1536608,Alkoholizm-w-Polsce-jest-cztery-razy-wiecej-sklepow-z-alkoholem-niz-dopuszcza-norma-WHO> [dostęp : 8.05.2016].

³⁸ <http://www.mojanorwegia.pl/czytelnia/polityka-alkoholowa-w-norwegii-6899.html> [dostęp : 8.05.2016].

³⁹ Edwards i inni, *Polityka...*, op. cit., s. 151.

⁴⁰ *Ibidem*, s. 155.

In the article it was show that the alcoholism is one of the biggest, if not the biggest social problem. It causes endless human suffering, it demoralizes the socjety and causes countless economic loss. That's why it's necessary to show the results of drunk addiction and declare war on it. The history, both Polish and worldwide, teaches us that good political will and social initiative can decrease alcohol's consumption and results of it's abuse a lot.

Przemysław Rusinowski

Wydział Prawa i Administracji

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE W ŚWIELE POLSKIEJ USTAWY ZASADNICZEJ

Wstęp

Słownik języka polskiego definiuje bezpieczeństwo publiczne jako „ogół warunków i instytucji chroniących obywateli oraz majątek ogólnonarodowy, ustrój i suwerenność państwa przed zjawiskami groźnymi dla ładu prawnego, głównie w stanach nadzwyczajnych”¹.

Już artykuł 1 Konstytucji, stanowi, że: „Rzeczpospolita Polska jest dobrem wspólnym wszystkich obywateli”, z czego wynika, że bezpieczeństwo jako jeden z elementów dobra wspólnego podlega ochronie.

Problematyka bezpieczeństwa w sposób bezsprzeczny dotyczy kwestii zdrowia i choroby. Zdrowie i choroba to zjawiska zupełnie sobie przeciwstawne, znajdujące się na zupełnie innych biegunach. Jedno zawsze wyklucza drugie. Większość autorów unika podejmowania się rozważań na temat poświęcony zdrowiu, uważając to za jedno z trudniejszych przedsięwzięć i koncentrując się na rozważaniach nad łatwiejszym tematem poświęconym chorobie. Tym bardziej, że tradycyjną linią frontu dla lekarzy jest walką z dolegliwościami pacjenta objawiającymi się w postaci choroby. Zdrowie jest do pewnego stopnia czymś innym niż tylko brakiem objawów choroby. Dlatego nie wystarczy posługiwanie się definicją negatywną definicją zdrowia sprowadzającej zdrowie do braku choroby lub innego rodzaju zaburzeń zdrowotnych. Z biologicznego punktu widzenia zdrowie traktowane jest jako stan, w którym każda komórka ciała funkcjonuje w sposób optymalny i w doskonałej harmonii z każdą inną komórką ciała. Poczucie dobrostanu i optymizm życiowy to nieodłączne elementy towarzyszące każdemu człowiekowi, choć przyjmujące różne wielkości w zależności od sytuacji życiowej i predyspozycji psychologicznych. Wysoki poziom poczucia dobrostanu wpływa w sposób pozytywny na pracę zawodową, stan zdrowia oraz na relacje z innymi ludźmi. Osoby o wysokim poziomie dobrostanu subiektywnego często są lepiej oceniane, osiągają wyższe wyniki zarówno w życiu prywatnym jak i zawodowym, łatwiej przeciwdziałają wypaleniu zawodowemu oraz charakteryzują się mniejszą ilością nieobecności w miejscu pracy. Z poczuciem dobrostanu bezpośrednio związane jest pojęcie optymizmu, który stanowi istotny zasób osobisty, wpływający w sposób bezpośredni na zdrowie, sukcesy życiowe i samopoczucie. Optymizm determinuje zachowanie człowieka, kształtuje stosunek do samego siebie, buduje wysoką samoocenę i stosunek do innych ludzi, a także decyduje o własnej skuteczności oraz motywuje do podejmowania nowych inicjatyw. W sytuacjach trudnych sprzyja zmniejszenia stresu, ułatwia radzenie sobie z trudnościami przez ich skuteczne rozwiązywanie, pomaga lepiej opanować emocje².

Uwzględnienie perspektywy socjologicznej i psychologicznej w definiowaniu dwóch stanów: zdrowia i choroby ma również swój wyraz w języku angielskim. Mówiąc o braku zdrowia ma się na myśli trzy wymiary, które określa się jako *disease* (choroba w sensie biologicznym, czyli zmiana patologiczna

¹ <http://encyklopedia.pwn.pl/encyklopedia/bezpiecze%C5%84stwo.html>

² J.Czapliński, *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu zdrowiu i sile i cnotach człowieka*, Warszawa 2004, s. 8-9.

organizmu), *illness* (choroba w sensie samopoczucia danego człowieka) oraz *sickness* (choroba jako pojęcie socjologiczne)³.

Na stan zdrowia wpływają obiektywne czynniki, w tym społeczne oraz uwarunkowany kulturowo świat znaczeń. Na przykład ubóstwo rodziców może być czynnikiem inicjującym łańcuch zagrożeń zdrowotnych towarzyszących człowiekowi przez całe życie (WHO 1999). Obiektywnie twierdząc, warunki stworzone przez społeczeństwo zwiększają lub zmniejszają prawdopodobieństwo występowania dysfunkcji organizmu lub chorób, tak więc są odpowiedzialne za społeczny potencjał ludzkiego zdrowia. Wyraźnie uwidacznia się socjologiczne spojrzenie na problematykę zdrowia w ujęciu pozytywnym, a w głównym zakresie jej odzwierciedlenie w społecznych uwarunkowaniach. W badaniach socjologicznych poszukujących odpowiedzi na pytanie o źródło i czynniki trwania w zdrowiu można wyróżnić przynajmniej dwa główne nurty. Pierwszy z nich to nurt badań nad laickimi koncepcjami zdrowia, laickim pojmowaniem dróg utrwalenia i pomnażania zdrowia oraz indywidualnymi zachowaniami skierowanymi na zdrowie. Drugi nurt obejmuje badania nad szeroko pojętymi zasobami zdrowia, takimi jak środowiska społeczne sprzyjające zdrowiu, odpowiednie działanie organów państwowych wspierające zdrowie swoich obywateli. Zagrożenie w sferze bezpieczeństwa w tak specyficznym obszarze życia społecznego, jakim jest zdrowie i opieka społeczna, wpłynęło na stanowisko Światowego Stowarzyszenia Medycznego. Stowarzyszenie to sformułowało standardy deontologiczne⁴. W okręcie ochrony zdrowia funkcjonują obecnie również wiele umów międzynarodowych, z których najważniejsze są przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia w 1994 Deklaracja Praw Pacjenta oraz Europejska Konwencja o ochronie praw pacjenta i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny z 1997 roku. Konstytucja WHO wskazuje, że: „Zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności. Korzystanie z najważniejszego, osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej bez różnicy rasy, religii, przekonań politycznych, warunków ekonomicznych i społecznych. Zdrowie wszystkich ludów jest podstawą do osiągnięcia pokoju i bezpieczeństwa, a zależne jest od najpełniejszej współpracy jednostek i państw”⁵. Dalej wskazuje się, że „Rozciągnięcie na wszystkie ludy dobrodziejstw wiedzy lekarskiej, psychologicznej i pokrewnych jest istotne dla najpełniejszego osiągnięcia zdrowia”⁶. Celem WHO jest „osiągnięcie przez wszystkie ludy możliwie najwyższego poziomu zdrowia”⁷. Należy stwierdzić, że zdrowie jest najważniejszym prawem każdego człowieka, bardzo ściśle powiązane z innymi rodzajami praw mającymi za główny cel ochronę życia ludzkiego.

1. Wprowadzenie do rozważań konstytucyjnych

Mając na uwadze „państwo dobrze urządzone”, nie sposób nie odnieść się do najważniejszej regulacji prawnej w państwie demokratycznym, jakim jest ustawa zasadnicza. Termin „konstytucja” pochodzi od łacińskiego słowa *constituere*, co oznacza urządzać, ustanawiać. W odniesieniu do państwa oznacza tyle, co urządzenie, organizowanie państwa, nadanie państwu ustroju⁸. W Rzeczypospolitej Polskiej aktem normatywnym o tej randze jest Konstytucja RP z 2 kwietnia 1997 roku⁹. Najwyższa moc konstytucji wskazuje na to, że wszystkie inne akty normatywne muszą być z nią w zgodzie, a więc nie mogą pozostawać

³ B. Hołyst, *Bezpieczeństwo ogólne problemy badawcze*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2014, s. 111-113.

⁴ Hołyst, *Bezpieczeństwo*, op. cit., s. 120.

⁵ Hołyst, *Bezpieczeństwo*, s. 118-121.

⁶ Konstytucja WHO (Dz.U. z 1948r. Nr 61, poz. 477 ze zm.).

⁷ Konstytucja WHO (Dz.U. z 1948r. Nr 61, poz. 477 ze zm.).

⁸ Konstytucja WHO (Dz.U. z 1948r. Nr 61, poz. 477 ze zm.). art.1.

⁹ S. Korycki, J. Kuciński, Z. Trzciński, J. Zaborski, *Zarys Prawa*, Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis, Warszawa 2006, s.107.

¹⁰ S. Korycki i in., *Zarys*..., s.106-109.

z nią w sprzeczności. Ta cecha ustawy zasadniczej oznacza, że zagadnienia uregulowane w tym akcie prawnym rozciągają się na cały system prawny obowiązujący na terytorium danego państwa. Źródła prawa konstytucyjnego mają swoją specyfikę. Wyraża się ona w tym, że oprócz prawa pisanego nadal występują źródła prawa niepisanego, w głównej mierze zwyczajowe prawo konstytucyjne oraz zwyczaje konstytucyjne. Ponieważ odgrywają one w prawie konstytucyjnym Rzeczypospolitej Polskiej bardzo niewielką rolę, zostają one z reguły pomijane w rozważaniach konstytucyjnych. Ogólnie można stwierdzić, że obowiązująca obecnie ustawa zasadnicza nadal odpowiada aktualnym tendencjom rozwoju nowoczesnego konstytucjonalizmu światowego i europejskiego. Umieszcza ono państwo polskie jako nowoczesne i typowe dla współczesnych państw europejskich, spełniających ich standardy i w równej mierze odpowiadającym potrzebom współczesnego społeczeństwa polskiego. Ta pozytywna ocena konstytucji nie oznacza równie pozytywnej oceny każdego z jej artykułów, zarówno pod względem ich treści jak i formy legislacyjnej. Ponadto preambuła owej konstytucji, czyli jej uroczysta nieartykułowana część, odnosi się do wielu cennych wartości chrześcijańskich. Stworzenie tej regulacji prawnej w bezsprzeczny sposób związane jest z dorobkiem duchowym narodu polskiego, w którym na pierwszy plan wychodzi stwierdzenie równości obywateli w prawach i obowiązkach wobec państwa. Przy jej tworzeniu doszło do pewnego rodzaju kompromisu między ludźmi wierzącymi oraz niewierzącym widocznym we fragmencie arengi - „my, Naród Polski - wszyscy obywatele Rzeczypospolitej, zarówno wierzący w Boga będącego źródłem prawdy, sprawiedliwości, dobra i piękna, jak i nie podzielający tej wiary, a te uniwersalne wartości wywodzący z innych źródeł [...]”¹⁰. Preambuła wskazuje również na przyrodzoną godność osoby ludzkiej oraz jej prawa do wolności i obowiązku solidarności z innymi ludźmi.

2. Konstytucyjne regulacje dotyczące bezpieczeństwa zdrowotnego

Materia dotycząca zdrowia publicznego uregulowana jest w Rozdziale II Konstytucji RP noszącym nazwę „Wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela”, w podrozdziale odnoszącym się do „Wolności i prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne”. Sfera ta jest bliska każdemu obywatelowi państwa polskiego. Przy formułowaniu konstytucyjnych przepisów odnoszących się do praw i wolności uregulowanych w ustawie zasadniczej z dnia 2 kwietnia 1997 roku nawiązano do zachodniej tradycji w tym zakresie. Ma ona korzenie sięgające bardzo głęboko zarówno w historię instytucji, jak i myśli. Niektórzy poszukiwali ich już w okresie antycznym, nie należy jednak zapominać, że instytucje rzymskie i greckie wniosły znacznie więcej dla uformowania idei demokratycznej organizacji państwa niż dla idei praw jednostki. Za punkt wyjścia tych rozważań należy umieścić myśl judeochrześcijańską, która ukształtowała pozycję jednostki ludzkiej w otaczającym ją świecie. Samo stworzenie człowieka na podobieństwo Boga, czyni go istotą niezwykłą i jest źródłem wyjątkowego traktowania w stosunku do innych istot żywych. Te aksjologiczne punkty wyjścia kształtowały się i dojrzewały przez blisko dwa tysiące lat. W pierwszym okresie było to dzieło przede wszystkim pierwszych teologów katolickich, wśród których jednym z najwybitniejszych był św. Tomasz z Akwinu. To on sformułował koncepcję prawa do oporu, według której władca łamiący ustanowione przez Boga zasady rządzenia traci sakrę pomazańca i przeistacza się w tyrana, którego można i należy obalić¹¹. Poczynając od XII wieku, dominowały koncepcje szkoły prawa natury, też wychodzące z zasygnalizowanych wcześniej przesłanek filozoficznych. Podstawą tej rozważań było przyznanie każdej jednostce ludzkiej pewnych przyrodzonych i niezbywalnych praw, których pochodzenie jest starsze od instytucji państwa. Stąd

¹⁰ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, część nieartykułowana- preambuła (Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483).

¹¹ L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne- zarys wykładu*, Wydawnictwo Liber, Warszawa 2011, s. 81.

państwo może organizować ochronę i sposób korzystania z tych praw, ale nie może w żadnej sytuacji pozbawić człowieka tych praw. Prawa jednostki do życia, zdrowia istnieją niezależnie od uregulowań prawnych ustanowionych przez organy władzy państwowej. Państwo według koncepcji prawnonaturalnych powinno zapewnić w sposób maksymalny, zagwarantowanie każdemu obywatelowi znajdującymi się pod jej jurysdykcją ochronę zarówno zdrowia, jak i życia.

Bardzo duży wpływ na powstanie rozdziału II Konstytucji RP miały uregulowania międzynarodowe. Konwencje te wymieniały prawa i wolności za najważniejsze dla obywateli oraz bardzo podatne na naruszenie ze strony państwa. Na pierwszy plan wysunęły się wolności osobiste. Godność człowieka nie można traktować tylko jako jedno z wielu zagwarantowanych w konstytucji praw i wolności jednostki. Jest to bowiem ogólna norma konstytucyjna, stanowiąca fundament i zasadę całego systemu prawnego. Jest to norma podstawowa, tzw. *grundnorm* tego porządku w sensie ontologicznym, logicznym i hermeneutycznym. Zdrowie człowieka w sposób nieoderwalny związane jest z życiem jednostki ludzkiej. We wszelkich rozważaniach nad ochroną zdrowia nie można pominąć kwestii ochrony życia ludzkiego. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej nakłada na państwo obowiązek zagwarantowania ochrony zdrowia, stanowiąc: „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia”¹². Prawo do życia jest ono ujęte ogólnie, jego podmiotem jest każdy człowiek, a obowiązkiem władzy państwowej jest zapewnienie każdemu prawnej ochrony życia. W najwyższej regulacji prawnej w Rzeczypospolitej nie rozstrzygnięto bardzo ważnego problemu, odnoszącego się do ochrony prawnej nasciturusa oraz nie wprowadzono wyraźnych regulacji odnoszących się do kary śmierci¹³. Natomiast w prawie europejskim przyjęto, zwłaszcza dwa Dodatkowe protokoły do Konwencji o ochronie podstawowych praw i wolności, którą Polska przyjęła 19 stycznia 1993 roku i również od tego okresu nasz kraj wiąże te regulacje¹⁴. Protokoły dodatkowe, których głównym celem była ochrona życia ludzkiego Rzeczpospolita również przyjęła. Protokół numer 6 pochodzi z 1983 roku, główny cel tej regulacji to wprowadzenie zakazu kary śmierci w czasie pokoju. Natomiast protokół numer 13 z 2002 roku reguluje całkowity zakaz kary śmierci, zarówno w czasie wojny jak i pokoju. Te dwa akty normatywne w sposób oczywisty wpłynęły na treści obowiązującej obecnie konstytucji.

Prawo do ochrony zdrowia uregulowane zostało w artykule 68 ust. 1, który stanowi, że: „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”¹⁵. Norma ta przyznaje prawną ochronę zdrowia każdemu człowiekowi, bez względu na posiadane obywatelstwo. Przepis ten ma dwoisty charakter można go zaliczyć do norm socjalnych, których celem jest ochrona podstawowej potrzeby człowieka – zdrowia życia ludzkiego oraz jest to norma podstawowa, która ze względu na przyrodzoną godność człowieka powinna mu przysługiwać. Ustęp 2 tegoż artykułu stanowi, że: „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”¹⁶. Przyznaje on obywatelom niezależnie od jej sytuacji materialnej równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej przez organy władzy publicznej z środków publicznych. Wiąże się to z obowiązkiem państwa do stworzenia i utrzymania dla obywateli bezpłatnej służby zdrowia, czego potwierdzeniem był wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7 stycznia 2004 roku, K14/03. Każdy obywatel ma zagwarantowaną ochronę zdrowia na terytorium państwa polskiego. Nikt nie może go tego prawa pozbawić. Zarówno jego pochodzenie, status majątkowy, jego postępowanie oraz

¹² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, art. 38.

¹³ Garlicki, *Polskie, op. cit.*, s. 105.

¹⁴ Garlicki, *Polskie, op. cit.*, s. 105-107.

¹⁵ Konstytucja RP, art. 68 ust.1.

¹⁶ Konstytucja RP, art.68 ust.2.

zawód wykonywany i wykształcenie nie powinny, według polskiej ustawy zasadniczej, wpływać na jego dostęp do bezpłatnej służby zdrowia. Osoby pochodzące z bardzo zamożnej rodziny miejskiej czy z ubogiego gospodarstwa chłopskiego w świetle polskiego prawodawstwa mają równy dostęp do publicznej służby zdrowia. Osoba skazana prawomocnym wyrokiem skazującym również nie traci tego prawa. Służba więzienna ma obowiązek zagwarantować skazanemu pomoc medyczną podczas odbywania skazania. Norma zawarta w konstytucji jest jedynie normą programową. Do jej zrealizowania wymagany jest akt prawny niższej rangi (ustawy). Norma art. 68 ma charakter blankietowy. Ustawa reguluje zakres pomocy, a więc wskazuje badania podlegające całościowej refundacji. Ustanawia również wykaz leków, do których państwo zobowiązuje się dopłacić lub w niektórych przypadkach całkowicie pokryć koszty zakupu medykamentów i innych specyfików mających na celu powrót do pełnej sprawności fizycznej oraz psychicznej obywatela polskiego. Najważniejszy akt prawny w Polsce w szczególności sposób chroni opiekę zdrowia dzieci, kobiet ciężarnych, osób niepełnosprawnych oraz osób w podeszłym wieku. W tej mierze, w pierwszej kolejności należy wymienić podstawową i najszerszą regulację traktującą wyłącznie o dzieciach, jaką jest Konwencja o Prawach Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r.¹⁷. Konwencja ta obliguje do traktowania jako sprawę nadrzędną najlepsze zabezpieczenie interesów dziecka. W katalogu praw, jakie dziecko winno mieć zagwarantowane, wymienia się prawo do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób (art. 24). Te regulacje prawne stanowią podstawę rozważań konstytucyjnych. Dodatkowo ustawodawca wyróżnił kobiety w ciąży; uzasadnieniem tego stanowiska jest szczególna rola kobiety jako matki. Osoba taka wymaga szczególnej ochrony ze względu na „noszone” w sobie nowe życie i znacznie podwyższone koszty medyczne związane ze zbliżającym się porodem.

Podobnie organy władzy publicznej gwarantują specjalne przywileje osobom niepełnosprawnym, zmierzające do polepszenia lub zminimalizowania negatywnych odczuć spowodowanych złym stanem zdrowia. Ministerstwo Sportu i Rekreacji przewiduje dodatkowe fundusze na wsparcie niepełnosprawnych sportowców, pomaga to im do powrotu do zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Bardzo duże nakłady finansowe przeznaczane są na dotacje leczenia psychicznego takich osób. Polski ustawodawca wydał wiele ustaw wykonawczych względem konstytucji mających na celu odpowiednie rozdysponowanie tych funduszy.

Państwo polskie ma również według ustępu 5 artykułu 68 „... popierać rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży”¹⁸. Lepiej zapobiegać niż leczyć w tym ustępie chyba ustawodawca wyszedł z takim założeniem. Realizacją tej normy programowej zajmują się w głównej mierze samorządy, które mają obowiązek dofinansowywać działalność klubów sportowych szkolących młodzież. Dofinansowanie obejmuje również wyjazdy na różnego rodzaju obozy sportowe, jak i turnieje oraz zwykłą działalność klubów. Bardzo często w szkołach podstawowych i gimnazjach organizowane są dodatkowe godziny wychowania fizycznego realizowane w formie tzw. SKS-ów. W Polsce coraz bardziej widoczny jest problem otyłości dzieci, które niezbyt chętnie uczęszczają na te dodatkowe formy rekreacji. Polski parlament stara się również wprowadzać do szkół zdrowe jedzenie, eliminując tłuste i tuczące posiłki.

W rozważaniach nad kwestią bezpieczeństwa zdrowotnego warto zwrócić jeszcze uwagę na artykuł 76 polskiej ustawy zasadniczej, który stanowi, że: „Władze publiczne chronią konsumentów, użytkowników i najemców przed działaniami zagrażającymi ich zdrowiu, prywatności i bezpieczeństwu...”¹⁹. W myśl przepisów tego artykułu władze publiczne chronią konsumentów, użytkowników i najemców przed

¹⁷ Korycki i in., *Zarys...*, s. 106-109.

¹⁸ Konstytucja RP, art. 68, ust. 5.

¹⁹ Konstytucja, art. 76.

działaniami zagrażającymi ich zdrowiu, prywatności i bezpieczeństwu oraz przed nieuczciwymi praktykami rynkowymi. Ustawodawca w tym artykule konstytucji obciąża władze publiczne obowiązkiem ochrony zdrowia jednostek, jeśli to zdrowie mogłoby doznać uszczerbku wynikającego z korzystania ze zdobyczy współczesnej techniki, poprzez zagrożenia wynikające niekiedy z nieuczciwości usługodawców, sprzedawców czy producentów różnego rodzaju urządzeń i wyrobów. Współcześnie wiele zagrożeń dla zdrowia, a niekiedy i życia jednostek wynika właśnie z różnego rodzaju zdarzeń związanych z nieprawidłowym lub nieumiejętnym, a czasami nawet prawidłowym posługiwaniem się coraz bardziej skomplikowanymi, lecz niezbędnymi w życiu codziennym maszynami czy urządzeniami. Niekiedy negatywny wpływ dla zdrowia i życia jednostek zdarzenia, są wynikiem błędu lub nieprawidłowości działania innych osób. Wiele niekorzystnych dla życia i zdrowia zdarzeń wynika z działania sił przyrody, i to zarówno tej ożywionej, jak i nieożywionej. Dodatkowo należy wskazać, iż zdarzenia związane z działaniem sił przyrody, a także występowaniem awarii technicznych czy innych katastrof, o stanie wojny nie wspominając, stwarzają zagrożenia nie tylko dla jednostek. Dotyczy to coraz częściej określonych grup ludzkich, niekiedy także małych²⁰.

W podobnym tonie można odczytywać, art. 66 poruszanej wyżej regulacji. Państwo zapewnia komfort przy wykonywaniu pracy. Poprzez gwarancje ubezpieczeniowe w razie wypadku lub innego rodzaju uszczerbku zdrowia przy wykonywaniu pracy. Pracodawca obowiązany jest do odprowadzania różnego rodzaju składek na ubezpieczenia zdrowotne. Osłona socjalna w postaci zabezpieczenia warunków pracy jest bardzo istotnym elementem zarówno dla jego komfortu psychicznego jak i ewentualnych urazów fizycznych.

Podsumowanie

Powyższy zarys regulacji konstytucyjnych dotyczących bezpieczeństwa zdrowotnego pokazuje, że polska ustawa zasadnicza w dużym zakresie korzystała z międzynarodowych rozwiązań prawnych, którymi jest związany nasz kraj jako członek wielu organizacji międzynarodowych. Dotyczy to przede wszystkim implementacji przepisów Unii Europejskiej. Wstępując w szeregi państw unijnych Polska przygotowywała nowy tekst Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Polska została zobligowana do zamieszczenia gwarancji przestrzegania praw człowieka w akcie prawnym o największej mocy prawnej. W tych regulacjach prawnych widocznie jest również odwołanie do nauki chrześcijańskiej, poglądów doktryny oraz ideałów rewolucji francuskiej. Wszystkie te dokumenty, a szczególnie Karta Praw Podstawowych gwarantują równość wszystkich ludzi, przestrzeganie praw człowieka, w których na pierwszy plan wysuwa się gwarancja życia i zdrowia ludzkiego.

Normy konstytucyjne mają charakter jedynie programowy i blankietowy. Same w sobie nie regulują kwestii proceduralnych, stanowiąc jedynie zabezpieczenie regulacji określonych praw w aktach normatywnych hierarchicznie niższych. Same regulacje normatywne w najwyższym akcie prawnym w Polsce są solidną gwarancją praw obywateli i mogą sprawiać wrażenie, że każdy człowiek mieszkający, pracujący lub uczący się w naszym kraju może być spokojny o ochronę własnego zdrowia. Jednak rzeczywista sytuacja w polskiej służbie zdrowia nie wygląda już tak dobrze. Bardzo długie kolejki do lekarzy specjalistów, limity na określone badania specjalistyczne, odległe terminy operacji i zabiegów, nie mogą powodować u pacjentów zadowolenia. Tego typu zaniedbania państwa mogą budzić wątpliwości, czy jego prawa konstytucyjne są w rzeczywistości realizowane. Słaba sytuacja ekonomiczna służby zdrowia powoduje w konsekwencji poczucie braku zaufania członków naszego społeczeństwa do swego rządu. Jest to jednak

²⁰ T. Kocowski, M. Gruszka, *Ustawa o państwowym ratownictwie medycznym a bezpieczeństwo zdrowotne obywateli*, Wrocław 2011, s. 3.

zagadnienie wykraczające poza zakres niniejszego opracowania i nakazujące zatrzymanie się nad nowym modelem życia społecznego w zmienionych warunkach politycznych.

The article concerns the subject of safety in the matter of health safety. At the beginning it defines the term „health” as the base for more specified consideration, which are the ethical and philosophical sources of Polish law concerning healthcare. This type of concerning is the clue of whole article and it focuses on the Polish Constitution as the base of such regulation.

Jacek Zieliński

Wydział Prawa i Administracji

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

IDEOLOGIE (W SŁUŻBIE ?) ZDROWIA

Podjęte wcześniej (Ogólnopolskie Seminarium Naukowe „Państwo dobrze urządzone” - 19 listopada 2015 r.) rozważania o państwie dobrze urządzonym, zapowiadały ich kontynuację. Wskazywany zakres zainteresowania w obrębie podstawowego tematu, to bezpieczeństwo zdrowotne, intelektualne, gospodarcze oraz wykluczenia państwa liberalnego.

1. Intuicyjne czytanie państwa

Intuicja myślicieli rozważających o podstawach istnienia i funkcjonowania państwa skupiona była na elemencie zapewnienia bezpieczeństwa jednostkom wchodzącym w obręb społeczeństwa. To był właściwy *spiritus movens* decyzji o częściowej rezygnacji z osobowej suwerenności obywatela na rzecz wspólnoty. Ten swoisty, niepisany kontrakt społeczny stał u podstaw tworzenia wspólnot państwowych. Wytworzone jego mocą konkretyzacje budowały odpowiedzialność państw i ich rządów w stosunku do obywateli oraz stanowiły elementy walki politycznej o uznanie wyborców. Istotne wydaje się jednak, by określone wymagania i zobowiązania, wytworzone na zasadach kontraktualistycznych, były zachowywane wobec współobywateli. Roszczenia obywateli skutecznie podpierają się sferą podatkową i stanowią podstawę rozliczeń odpowiedzialności polityków. I choć jest to prosty rachunek, wciąż obywatele mają często uzasadnione zarzuty o brak realizowania ze strony władz jej zobowiązań.

Mówienie, że obywatele winni patrzeć władzy lub politykom na ręce urąga podstawowym zasadom uczciwości zobowiązań politycznych. Odpowiedzialność i realizowanie wzajemnego układu winny być mechanizmem automatycznym, nie zaś wymuszonym aktem łaski ze strony rządzących. W skomercjalizowanej demokracji nie wydaje się to jednak takie pewne. Oto jawi się przed oczami obywateli model państwa liberalnego lub neoliberalnego, który usprawiedliwia wolność polityków do swobodnego kształtowania dyskursu ideologicznego. Tenże dyskurs, w imię czasowego wyboru społecznego, nobilituje polityków do kształtowania masy społecznej według narzucanych poglądów mających czasową władzę i siłę. Sentymenty polityczne rządzących niekoniecznie liczą się z poglądami społeczeństwa. I, choć politycy radośnie śpiewają pieśń wolnościową, to jednak narzucają swoje lub ich mocodawców poglądy pozostałej reszcie społeczeństwa. Tak realizowane są ideologie i poglądy ekonomiczne; tak narzucane są, technikami *political correctness*, jedynie słuszne opinie. To one włączają lub wykluczają jednostki z kooperatywu społecznego. Modele liberalne, szczególnie neoliberalizm, ułatwiają funkcje kierowania społeczeństwem bez odpowiedzialności ze strony rządzących, przerzucając odpowiedzialność na jednostki.

Istota problemu władzy polega na słusznym zapewnieniu bezpieczeństwa społeczeństwu lub, jako fałszywa alternatywa, na dawaniu fikcji bezpieczeństwa.

2. Czym w istocie jest bezpieczeństwo?

Wbrew obiegowemu rozumieniu pojęcie „bezpieczeństwo” nie jest aż tak łatwo zdefiniować, jest to bowiem termin niejednoznaczny. Sfera bezpieczeństwa nie jest jakimś stanem w pełni weryfikowalnym, bo jest nim zarówno odczuwanie bezpieczeństwa, ale są nimi także działania podejmowane w celu zapewnienia bezpieczeństwa. Istnieje wszak prawdopodobieństwo, że nawet przy zachowaniu procedur realizujących zabezpieczenie, nie spełnią one pokładanych w nich nadziei. Probabilizm sytuacyjny weryfikuje zakładane cele zmierzające do uzyskania stanu zbliżonego do spokoju lub stanu niezagrożenia. Dlatego mądrzy Rzymianie stosowali przysłowie „Si vis pacem, para bellum” lub w innej formie „Qui desiderat pacem, praeparet bellum”. Ważnym elementem bezpieczeństwa jest umiejętność przewidywania i zastosowania odpowiednich, to znaczy proporcjonalnych środków, do zakładanego celu. Jednak istnieje zawsze ryzyko, które reflektuje ułomność przewidywań. Trzeba mieć również świadomość, że w sferze publicznej brak bezpieczeństwa rodzi strach, frustrację, a nawet agresję. W zgodzie z powiedzeniem „strach ma wielkie oczy”, nawet ułuda bezpieczeństwa koi niepokoje. Może dlatego tak ważne są medialne próby trywializowania sytuacji zagrażających jakości życia i przedstawianie „świata równoległego” (choćby w formie filmów o życiu bogatych elit skierowanych do mas łaknących dóbr wszelkich). Istnienie lub brak troski o bezpieczeństwo społeczne może być też narzędziem obróbki socjotechnicznej obywateli i narodów; może stanowić nagrodę dla posłusznych lub narzędzie przyporządkowania dla niepokornych, może skłaniać do agresji lub tę agresję tamować. W rozważaniach o bezpieczeństwie należy uwzględnić również i to, że obejmuje różne stany i funkcje, obszary życia i działalności systemów, państw. Z tego powodu możemy mówić o bezpieczeństwie politycznym, militarnym, gospodarczym, psychologicznym, ekologicznym i wielu innych. Tak więc brak zagrożenia i poczucie pewności są wyznacznikami pojęcia bezpieczeństwa.

Tak rozumiane bezpieczeństwo, jako stan psychiki lub świadomości zagrożenia, sprowadzić można do ich percepcji. Brak uświadomienia problemów koi ból wątpliwości, jednak „poczucie bezpieczeństwa i poczucie zagrożeń są subiektywne”, natomiast zagrożenie jest stanem zobiektywizowanym, odchodzącym od przyjętej normy. Dlatego definicyjne określenia bezpieczeństwa skupiają się na wskazywaniu stanu psychicznego lub prawnego jednostki, która gubi strach przed rzeczywistością, mając oparcie i poczucie pewności w innych osobach lub sprawnym systemie prawnym i społecznym. Rysem specyficznym takiego rozumienia bezpieczeństwa jest to, że jego zapewnienie nie mieści się w możliwościach samotnej jednostki. Dokonywane kategoryzacje pojęcia bezpieczeństwa obejmują szerokie spektrum potrzeb jednostkowych, na których wspiera się hierarchia zapewniania bezpieczeństwa i eliminacji zagrożeń. Braki w rzeczonym zakresie powodowane są zagrożeniami politycznymi, gospodarczymi, psychologiczno-społecznymi, ekologicznymi, ładu i porządku publicznego, militarnymi. Ścisła interakcja pomiędzy jednostkowym i zbiorowym poczuciem bezpieczeństwa wskazuje, że, pomimo liberalnego modelu społeczeństwa, wciąż tkwimy w symbiozie społecznej. Wydaje się jednak, że w konsekwencji rozwoju technologicznego wzrasta się efekt „niepewności wytworzonej”, jak to ujął Anthony Giddens.

Współczesny człowiek funkcjonuje coraz bardziej w świecie totalnego ryzyka. Posługując się opracowaniami Ulricha Beck'a, można już mówić o społeczeństwie ryzyka. W książce *Gegengifte* ukazuje trzy typy niebezpieczeństw związanych z okresami modernizacyjnymi: przedindustrialne zagrożenia, ryzyka epoki przemysłowej oraz zagrożenia późnej nowoczesności. Zagrożenia typowe dla trzeciego stadium rozwojowego stwarzają „nowe typy ryzyka, wywołujące globalne oczekiwanie globalnych katastrof, podważają podstawy nowoczesnego społeczeństwa”. Cechami globalnych ryzyk są: delokalizacja,

niekalkulowalność oraz nieodwracalność i nierekompensowalność. Posługując się wypowiedzią Zygmunta Baumana, należy wskazać, że „Ponowoczesność to stały nacisk na rozmontowywanie i deregulowanie wszelkich ograniczeń, także kulturowych. Prowadzi to do tego, że powstaje pilna konieczność obrony przed tymi, którzy z nadmierną wiarą przyjęli nowy konsumpcyjny ład i nie ma Baumaną już żadnych ograniczeń w zaspokajaniu indywidualnych pragnień”. I, jak konkluduje: „Świat staje się nieprzewidywalny i coraz bardziej kurczy się sfera bezpieczeństwa”. Istnieje wiele opracowań mówiących o zmianach funkcjonowania społeczeństwa w ponowoczesnym świecie.

3. Michela Foucaulta odczytywanie rzeczywistości państwa liberalnego

Z perspektywy podjętego tematu może być zasadne spożytkowanie dzieł filozoficznych Michela Foucaulta, dotyczących biowładzy i jego poglądy na „rządomyślność” lub, jak inni wolą urządzenie, rządzenie lub inne pojęcia z palety różnych terminów, używanych przez Foucaulta. Pojęcie owo jest efektem dociekań nad archeologią wiedzy, nad poszukiwaniem pochodzenia władzy; służy krytycznej refleksji nad tradycją filozoficzną związaną z racjonalizmem i empiryzmem. Władzą jest posiadanie wiedzy. Archeologia wiedzy łączy się ściśle z genealogią władzy. Wiedza służy do ujarzmienia intelektualnego mechanizmów funkcjonujących w społeczeństwie. Odwołanie się do poglądów tego myśliciela wydaje się frapującym zabiegiem, by móc zrozumieć również politykę państwa wobec obywateli w zakresie ochrony zdrowotnej w Polsce czasów obecnych.

Masa społeczna działa na zasadzie „jakoś to będzie”, w zaufaniu oddając się „opiece” państwa, by nie powiedzieć polityków. W skomercjalizowanym już państwie technokratyczna władza pragnie rządzić każdym szczegółem życia społecznego populacji. Ta wszechobecność aparatu państwa żąda potężnego wysiłku, bowiem ta sama władza zarzeka się, iż jest demokratyczna. Jednak współczesne władztwo wytwarza ułudę demokracji. To tylko społeczeństwo ma wierzyć, że ono właśnie rządzi, natomiast rzeczywiście rządzący niekoniecznie słuchają woli społecznej. Mówi się o wyjątkowości i o roli jednostki, jej wolnościach, natomiast traktowanie tejże samej jednostki przez aparat, przez „system” dokonuje się w sposób odmienny; człowiek widziany jest jako „populacja”. Foucault rozumie przez to zracjonalizowanie systemowe, statystyczne podejście do jednostki, traktowanie jej „en masse” - masowo. Foucaultowskie poszukiwania wcale nie były pochwałą nowego systemu władzy, lecz jej krytyką. To populacja jest przedmiotem, celem rządzenia. Jednak sposób „urządawiania” następuje odmiennie, aniżeli pokazuje to dotychczasowa praktyka polityczna. Zamiast form zniewolenia, nakazu stosuje się pojęcie wolności rozumianej jako ideologię i technikę rządzenia. Podstawą techniki rządzenia jest zarządzanie pragnieniem jednostki i populacji. Urządzanie bezpieczeństwa populacji nie polega na wymuszaniu posłuszeństwa, lecz odpowiedniemu sterowaniu pragnieniami i zachowaniami w prowadzeniu do celów władzy. Wskazuje się, iż do technik rządzenia należy zaprząć chrześcijańską praktykę duszpasterską, która ma na celu zarówno dobro zbiorowe, jak i indywidualne („omnes et singulatim”). Jednostka poddaje się samokontroli, „uwłasnowalnia”, dyscyplinując się według wymagania i projektu władzy. Nie jest wówczas potrzebny nadzór, lecz uświadomiony proces samokontroli (synoptikon, panoptikon zamiast więzienia). Taka technologia władzy winna dawać populacji poczucie bezpieczeństwa. Skoro pragniesz być zdrowym człowiekiem, zadbaj o swoje zdrowie. Ten wprost neoliberalny model społeczeństwa połączony został w myśli Foucaulta z „rządomyślnością” w jedną całość. Pod pojęciem „biowładza”, „biopolityka” Foucault widzi nie tylko rządzenie aspektami biologicznymi życia, lecz także funkcjonowanie moralno-polityczne. Autorefleksyjność

lub jak nazywa to Foucault „techniki siebie” przesuwają odpowiedzialność z państwa, „systemu” na populację. Ten „synoptyzm” społeczny, nadzór bez nadzoru, zmusza jednostki do samoodpowiedzialności, uwalniając państwo od podjętych zobowiązań wobec obywateli. Za tym mechanizmem kryje się jednak bezwzględne posłuszeństwo sterowaniu niewidzialnej władzy, swoisty społeczny „Big Brother”. Z jednej strony samowystarczalność jednostki, a obok grupowa solidarność – typowa antynomia neoliberalna, to specyfika „rządomyślności”. Jest to władza rządzenia pragnieniami jednostki, uczenie współuczestnictwa i uspołecznienia, zarządzanie produkcją szans i możliwości, dbałość o „dobro, podtrzymywanie, wygodę i przyjemność życia”. Nie jest to więc zastępowanie jednostki, lecz nadawanie jej nadziei. Im więcej wolności, tym więcej odpowiedzialności, szczególnie tej zindywidualizowanej; samodyscypliny. Jednocześnie jednostka nie może liczyć na intymność, wszystko staje się przezroczyste. Reżim widzialności, zwiększająca się przestrzeń inwigilacji, społeczeństwo otwarte, to synonimy obowiązków jednostki usieciowionej (lub interaktywnej). Dlatego właśnie przygotowuje się społeczeństwo do ujawniania szerokiego spektrum swego działania poprzez np. uczestnictwo w portalach społecznościowych typu Facebook.

4. Genealogia życia społecznego

Taki obraz procesów społecznych w neoliberalnych reżimach, pozwala zrozumieć sytuację problematyki bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa. Oto zindywilizowana albo inaczej, zracjonalizowana gospodarka liberalna różnych odcieni, domaga się od społeczeństwa zainteresowania się sobą i własnym losem. Płacenie podatków, ukierunkowanych na zapewnienie sobie bezpieczeństwa, niekoniecznie jednak oznacza realizację społecznych pragnień. I nie jest to niewydolność społeczna, lecz ideologiczna niedrożność systemu. Władza wie lepiej, co należy dać obywatelowi, bo jest przecież jedynie słuszną. Swoje działanie opiera na analizach naukowych, badaniach statystycznych; jest emanacją oświeceniowych dążeń. Jakiegokolwiek braki z zakresu spodziewanej troski państwa, należy więc medialnie ukazać jako skutek zbyt niskich podatków celowych, zbyt niskiego zainteresowania społecznego profilaktyką zdrowotną, nieekologicznego trybu życia społeczeństwa. Natomiast za realizacją tych postulatów społecznych kryją się potężne konieczności zwiększającego się uczestnictwa jednostek w płaceniu za obsługę zdrowotną. Państwo patrzy na jednostkę globalnie jako na populację, oceniając statystycznie swoje duże nakłady finansowe na służbę zdrowia. Obywatele natomiast oceniają swoją pozycję indywidualnie, widząc braki społecznej opieki. Wydaje się, że są to braki bardziej natury systemowej, aniżeli związane z poziomem wykształcenia i obsługi kadry służby zdrowia.

Takie usytuowanie jednostki w rzeczywistości ekonomicznej sprawia, że zaprzęgnięty do realizowania celów politycznych aparat administracyjny i medialny, ukazuje niedobory finansowe państwa, jako podstawę i wytłumaczenie konieczności zmiany mentalnościowej. Społeczeństwo coraz bardziej autorefleksyjnie dostrzega znaczenie dbałości o własne zdrowie w skomercjalizowanym otoczeniu. Neoliberalne założenia polityki i ekonomii sprawiają jednakże, że pojawia się niebagatelny dylemat. Oto dywersyfikacja społeczna sprawia, że warstwy bogate społeczeństwa są w stanie zapewnić sobie opiekę zdrowotną na wyższym poziomie, aniżeli pozostała część społeczeństwa. Rozrośnięta wizja dobrostanu rozwinięta przed masami i medialne obrazowane Eldorado nie jest dostępne dla wszystkich. Warunki ekonomiczne i dorabianie się społeczeństwa wytwarza błędne przekonanie, że na chwilę obecną ważniejsza jest ciężka praca, aniżeli perspektywiczna dbałość o siebie. Brakuje ekologii życia. A ten element jakości życia zależy od uczciwej polityki społecznej i ekonomicznej. I to jest istotny element frustracji społecznej, wytwarzający braki zaufania do władzy. To jest też grzech pierworodny programów neoliberalnych – pozostawienie sobie samemu zbiedzonej jednostki w zakresie troski o zdrowie. Dysonans ten uwidacznia się

w porównaniach dystrybuowania opieki w czasach nieodległych w systemie socjalizmu. Wówczas ujawniała się polityka biedy i ona była motorem napędowym podążania ku szczytnym ideałom usilnej pracy, przy zachowaniu iluzji równości. Obecnie odczarowano świat, pokazując, że równości nie ma i być nie może, ale pozostawiając jako wciąż aktualny postulat konieczność wytężonej pracy. Ujawnia się znaczna rozbieżność w zakresie redystrybucji dóbr wytworzonych i przesunięcia akcentów z produkcji dóbr na finansjeryzację biznesową. Największe transakcje są efektem nie wytwarzania, lecz gry zasobnych portfeli.

Połączenia pomiędzy programami ekonomicznymi a bezpieczeństwem zdrowotnym *prima facie* nie ujawniają się jako zasadniczo rujnujące reputację wadliwym lub niepełnym koncepcjom ekonomicznym. Technologicznie ukierunkowany dyskurs społeczny nie dostrzega człowieka jednostkowego, nie jest spersonalizowany. Życie staje się walką, szczególnie w wymiarze ekonomicznym. Często jest to walka o przetrwanie. W walce jednak brakuje sentymentów, szczególnie zaufania. To ten element odpowiada za kształt społeczny każdej zbiorowości. Neoliberalna konwencja regulowania przestrzeni publicznej, oprócz dobrych skutków, przyniosła degradację wartości zaufania, bez którego brakuje motywacji do uczciwej pracy społeczeństwa. Wykoncypowana ideologia liberalna ukazuje samotnego człowieka, zapominając o postulacie „rozsądnego egoisty” Adama Smitha i przyzwalając na liczne przewłaszczenia ze sfery dobra wspólnego do sprywatyzowanego. Brak równowagi pomiędzy ekonomizacją myślenia a realnością życia powoduje rozszczepienie społeczne, także w zakresie dostępu do uprawnień wynikających z bezpiecznego dobrostanu.

10. Konfliktowanie problemów społecznych

U podstaw życia społecznego ujawnia się podstawowe zagadnienie reprodukcji społecznej. Już ten pierwszy problem rodzi konflikt rozstrzygany na pułapie ideologicznym i politycznym. Szacunek do życia zakłada dbałość o nie na każdym jego etapie – od poczęcia do naturalnej śmierci. Tak mówią podstawowe dokumenty prawa międzynarodowego. Ufundowane jednak obok prawa wolnościowe wynikające z prawa do życia, w ramach których obecnie mówi się o prawach reprodukcyjnych, oddają decyzje o życiu zaszczytym pracą lub walką o przetrwanie ludziom. Zamiast pozostawienia ważnych decyzji w dyspozycji jednostek, poddaje się społeczeństwo tresurze ideologicznej. Zamiast dbałości o poziom ekonomiczny życia społecznego roztacza się katastrofalną, neomaltuzjańską wizję przeludnienia. Jest to typowy strach wytworzony, jakby to ujął Anthony Giddens. Często życie powołane do istnienia przegrywa ze zwykłym odruchem zatrwożenia o komfort istnienia. Zapomniano, że dylematy wolnościowe rozstrzyga się na podstawie priorytetowych praw. Niskie bezrobocie i dynamika wzrostu PKB ma znaczenie dla dietności. Rozrodczość Polaków pracujących za granicą jest o wiele większa aniżeli w kraju; w Anglii wskaźnik urodzeń wynosił 2,13, gdy w Polsce – 1,3. Statystycznie badana populacja Polaków, zgodnie z danymi GUS, wykazuje stałe tendencje ubożenia i kontrastowego kształtowania struktury płac. Takie rozwarstwienie nie buduje zaufania społecznego.

Większość polskich obywateli swoje największe zadowolenie upatruje w swoich dzieciach. One są przyszłością i nadzieją, one są chlubą rodziców. Istotna staje się problematyka jakości życia, czego potwierdzeniem jest wielość rankingów tej problematyki dotyczących. Ewaluacja tego typu zawiera jednak cały szereg wskaźników dobrostanu społecznego. Zaniechanie równego statusu wszystkich obywateli jest podstawowym zaburzeniem i źródłem dewiacyjnych zachowań oraz konfliktów w społeczeństwie. Odmienność dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej już powoduje stratyfikację społeczną oraz podział na gorszych i lepszych (i jest to wada systemowa). Braki w zakresie całonocnej kontroli nad zdrowiem

obywateli jest oskarżeniem państwa o liczne zaniedbania (dotyczy to częściowej realizacji programów komputerowych opieki zdrowotnej zleconych NFZ). Minister Zdrowia K. Radziwiłł stwierdza w swoim wywiadzie: „mieliśmy do czynienia po prostu z odejściem od idei odpowiedzialności państwa za system ochrony zdrowia na rzecz samoregulacji rynkowej”. Dochodziło również do zachowań patologicznych w sposobie finansowania służby zdrowia i takiej ekonomizacji, która tolerowała niewłaściwą działalność lobbyngów.

Jednym z ważnych etapów życia człowieka jest tzw. wiek produkcyjny. Dlatego wytworzone standardy ochrony zdrowia pracownika, tworzącego dochód państwa, są określone przepisami prawnymi. Te jednak często, w praktyce, są naruszane. Istnieją co prawda instytucje kontrolujące (np. PIP), ale są one często nasyłane na zakłady w przypadku nagłośnionej medialnie sprawy, a potem praca tych instytucji się wycisza – brak permanentnej kontroli służy omijaniu praw pracowniczych. Narażanie życia i zdrowia pracowników, przy zadowoleniu z coraz skuteczniejszej ochrony, jest marnotrawieniem zasobów ludzkich. Godzą się na to sami robotnicy, oszczędzają pracodawcy. Wielość przypadków chorobowych i wypadków przy pracy jest symptomatyczna i można by było ich uniknąć w jakimś procencie, stosując profilaktykę. Niedospani kierowcy, przemęczeni lub dopuszczeni po libacji dnia poprzedniego robotnicy nie są ewenementem. Ci ludzie też wzmagają koszty leczenia. Zagadnienie bezpieczeństwa zdrowia pracujących jest na tyle ważnym problemem, że powstała Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EU-OSHA). Agencja zajmuje się badaniem i rozpowszechnieniem wiarygodnych i bezstronnych informacji na temat bezpieczeństwa i higieny pracy, organizuje także ogółouropejskie kampanie informacyjne. W Polsce od roku 1918 działa Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, który również patronuje wielu działaniom profilaktycznym i badaniu problemów związanych z pracą. Funkcjonuje Centralny Instytut Ochrony Pracy, który stale monitoruje sytuację na rynku pracy, szczególnie w zakresie społecznych kosztów wypadków przy pracy. Wzrost wypadkowości przy pracy generuje znaczne straty ekonomiczne w całej gospodarce. W zgodzie z danymi Centralnego Instytutu Ochrony Pracy przeciętny koszt społeczny wypadku śmiertelnego w czasie pracy to 79,5 tys. zł, zaś wypadku, w wyniku którego poszkodowany jest trwale niezdolny do pracy - 285,5 tys. zł. 76 proc. kosztów ponosi społeczeństwo, 13 proc. - osoby poszkodowane i ich rodziny, a 11 proc. przedsiębiorcy. Zyski lokowane są po jednej stronie, a straty rozkładają się nierównomiernie.

Przychodząca na członków społeczności starość jest znacznym kosztem państwa, ale i znaczącym kapitałem ludzkim. Niestety, perspektywa biznesowa, wpisana w neoliberalne perspektywy życia społecznego, każe spoglądać na tę grupę społeczną tylko jako na obciążenie. Ale to właśnie niekiedy dokuczliwe babcie są zasobem potrzebnym w kształtowaniu młodego pokolenia, przy braku obecności rodziców angażujących się w pracę. To starsze pokolenie kiedyś wypracowywało PKB w socjalistycznej ojczyźnie. Majątek przez nich wypracowany w trudnych powojennych czasach dziwnie stopniał po przemianach, tak jak i ich emerytury. Pozostało jednak narastające zobowiązanie państwa do roztoczenia opieki geriatrycznej. Niestety stan pomocy geriatrycznej w stosunku do potrzeb nie jest zadowalający. W rzeczonym zakresie dużo wskazań może wynikać z raportów EHLEIS (Joint Action European Health and Life Expectancy Information System), dotyczących oczekiwanej długości życia w zdrowiu po osiągnięciu 65 roku życia.

Odmiernym, ale ściśle złączonym zagadnieniem, jest dopuszczalne normami prawnymi stosowanie przy produkcji żywności różnego rodzaju chemicznych dodatków. Choć produkcja zdrowej żywności i niemodyfikowanej w Polsce jest na wyższym poziomie w stosunku do innych krajów, to jednak standaryzacja dopuszczalnych ingerencji w jakość żywności sprawia, że znajdujemy się na 19 miejscu w

Europie pod względem jakości żywności wytworzonej. Dzieje się to zgodnie z przyjętymi normami UE. Faszerowanie chemikaliami gotowych wyrobów mącznych lub mięsnych, chociaż w dozwolonych niekiedy normach, jest nieodpowiedzialną praktyką, ale zasługuje na pochwałę w zakresie przedsiębiorczości. Przynosi zyski producentom i problemy pacjentom i Skarbowi Państwa. Wśród 27 krajów unijnych Polacy płacą za żywność 61% cen unijnych, czyli najniższe ceny, ale otrzymują relatywnie gorszą jej jakość.

Celem niniejszej publikacji nie jest torpedowanie wprowadzanych zmian ideologicznych zaistniałych w Rzeczypospolitej Polskiej. Po okresach społecznej euforii, przychodzi czas stonowanej refleksji. I, często bywa, że apoteozowane ideały same powodują ich krytykę. Funkcjonując w politycznym kalejdoskopie ponętnych wizji dobrostanu, weryfikujemy je w różnego rodzaju raportach o jakości życia. Wizje adresowane są do populacji, a jakość życia odczuwana jest jednostkowo. Szemrane oceny, oddające faktyczne uczucia społeczne, trudno uchwycić formalnymi ankietami i badaniami opinii publicznej. Najpierw więc należy zdobyć stosowną wiedzę o zagrożeniach bezpiecznego życia, by móc znaleźć antidotum na jego bolączki. Archeologia prawdy bywa trudna, ale konieczna.

Przemyślenia zawarte w niniejszej książce służą rozwojowi dyskusji nad problematyką bezpieczeństwa zdrowotnego polskiego społeczeństwa. Kierowane są do osób już pracujących w placówkach ochrony zdrowia, placówkach opiekuńczo-leczniczych, w ośrodkach pomocy społecznej oraz administracji publicznej, jak również do tych, którzy planują w nich pracę w przyszłości, m.in. w charakterze opiekunów, asystentów rodziny, terapeutów, doradców, pracowników socjalnych, osób zarządzających instytucjami pomocy społecznej, pracowników instytucji oświatowych i kulturalnych, pracowników instytucji zajmujących się edukacją i promocją zdrowia, animatorów aktywności seniorów, pracowników instytucji polityki społecznej i w ośrodkach pomocy społecznej, powiatowych centrach pomocy rodzinie, centrach interwencji kryzysowej, w zespołach do spraw seniorów, pracowników instytucji medycznych w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki gerontologicznej (poradnie, oddziały rehabilitacyjne, sanatoria, szpitale, hospicja) oraz w innych organizacjach wspierających edukację zdrowotną i opiekę nad osobami starszymi. Jest to wspólne dzieło pracowników i studentów Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Zdajemy sobie sprawę, że wiele ważnych zagadnień nie znalazło odbicia w wypowiedziach uczestników Seminarium. Z pewnością wypowiedzi nie wyczerpują zagadnienia. Mamy jednak nadzieję, że sprowokują one do dalszej dyskusji na temat istotnych problemów społecznych.

The article concerns the influence that political authorities has on public health. In first part there is considered state's and politics' meaning to safety. Taking the matter of defining the term "safety" as opportunity, the meaning of this term is put as the opposition to current situation of total risk. Then Michael Foucault's ideas are pretext for the forthcoming consideration of how the authorities can influence our life. There are pointed weaknesses of political system, starting from their enumeration, moving towards to their influence to reproduction and human health in adulthood and old age. All those thoughts are presented not only to criticize, but rather as a pretext for discussion.

Hubert Skierkowski

Wydział Prawa i Administracji

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

JEDNOŚĆ, TOŻSAMOŚĆ, CZY TEŻ ROZDZIELNOŚĆ PRAWNYCH POJĘĆ „OCHRONA ZDROWIA” I „OCHRONA ŻYCIA” W ŚWIETLE ROZSTRZYGNIĘĆ ETYCZNYCH

Wstęp

Współcześnie rozróżnia się pojęcia „ochrona zdrowia” i „ochrona życia”. Wskazuje na to choćby Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, która zalicza ochronę życia do prawa i wolności osobistych, a z kolei ochrona zdrowia mieści się w katalogu prawa i wolności ekonomicznych, socjalnych i kulturalnych. W hierarchii wartości zatem dobra te nie są traktowane na równi. Pozostaje jednak pytanie czy między tymi wartościami nie istnieje pewna spójność. Z punktu widzenia etyki, jak najbardziej „ochrona zdrowia” i „ochrona życia” mają wiele cech wspólnych i nie należy ich nadmiernie rozgraniczać. Etyka nie mówi o prawach. Znacznie bliższa etyce niż prawu jest religia¹.

Z etyką na pewno nierozdzielnie połączona jest moralność, a także prawa człowieka czy prawo naturalne. Systemy te nie należą do norm prawa stanowionego, ale na pewno odgrywają ważną rolę w jego powstawaniu i nie mogą być pominięte przez ustawodawcę. Ze światem ludzkim nierozdzielnie wiąże się świat wartości². Wartości te wynikają właśnie z tych systemów norm. Mają o tyle doniosłą rolę, że ich przestrzeganie nie wynika z obowiązku narzuconego przez władzę. Jest to pewne poczucie obowiązku wobec społeczeństwa. System prawny musi być zatem zgodny z systemem wartości jakie panują w społeczeństwie. Najlepiej oddaje to paremia „wszelkie prawo powinno być stanowione ze względu na człowieka” i powinno być tworzone na miarę ludzkich możliwości, potrzeb i oczekiwań.

Znaczenie etyki w kontekście praw ochrony życia i zdrowia

W sensie potocznym — etyka to ogół norm moralnych uznawanych w pewnym czasie przez jakąś zbiorowość społeczną jako punkt odniesienia dla oceny i regulacji postępowania w celu integracji grupy wokół pewnych wartości. Bez wątpienia wartościami ponadczasowymi są prawo do życia i korelatywnie sprzężone z tym prawo do ochrony zdrowia. Nie ma wątpliwości, że te prawa stanowią obiekt zainteresowania etyki, ale także innych specjalizacji, takich jak prawa człowieka czy też prawa naturalne. Systemy te istnieją w społeczeństwie i są ważnym elementem systemu prawnego. Etyka wyznacza pewne kierunki, jakimi powinien kierować się ustawodawca na etapie stanowienia i stosowania praw. Życie jest prawem stojącym na szczycie hierarchii wartości co nie budzi, a przynajmniej nie powinno budzić, wątpliwości. Inaczej jest z prawem do ochrony zdrowia. Wskazuje na to chociażby zaliczenie tego prawa do drugiej generacji praw człowieka podczas gdy prawo do życia i jego ochrony jest oczywiście w pierwszej generacji tych praw. Jest to klasyfikacja która umniejsza nieco funkcję prawa do ochrony zdrowia gdyż ma ono ogromny wpływ na prawidłową realizację prawa do ochrony życia. Ochrona zdrowia pełni funkcję

¹ W. Osiatyński, *Prawa człowieka i ich granice*, Zak, Kraków 2011, s. 326.

² *Filozofia prawa*, Red. M. Szyszkowska, Lexis Nexis, Warszawa 2002, s. 111.

pomocniczą w stosunku do ochrony życia. Z etycznego punktu widzenia nie wystarczy gwarancja prawa do życia ale także potrzebne jest zapewnienie odpowiednich środków do jego zachowania i zapewnienia warunków do „cieszenia się nim”. Jest to wyzwanie dla ustawodawcy jakie stawia przed nim etyka będąca niejako „głosem ludzkości” który dopomina się uwzględnienia swoich przyrodzonych i naturalnych praw. Prawo rażąco sprzeczne z zasadami moralnymi, według Gustawa Radbrucha, nie jest wiążące dla społeczeństwa i nie musi być przez nie przestrzegane, co jest wyrażone w formule *lex iniustissima non est lex*. W przypadku ustawodawstwa dotyczącego ochrony zdrowia pogląd ten wydaje się zbyt daleko idący. Jednak, gdy weźmiemy pod uwagę rolę jaką pełni to prawo względem prawa do życia i jego ochrony, aspekt ochrony zdrowia nabiera większej wartości.

Prawo do ochrony życia

Analiza najstarszych zbiorów prawa wskazuje, że idea ochrony życia ludzkiego pojawiła się po raz pierwszy wśród norm prawnych judaizmu. Próbuąc ustalić genezę prawa do życia należy cofnąć się aż do przełomu XIII i XII wieku p.n.e.³ Wtedy właśnie żydowski prorok i prawodawca Mojżesz miał ogłosić zbiór praw znanych powszechnie jako Dekalog⁴. Tekst Dekalogu spisany między VIII a VI wiekiem p.n.e. to Pięcioksiąg i część judaistycznej Tory.

Prawo do życia umocowane jest w każdym z dokumentów kreujących ogólne standardy praw człowieka oraz potwierdzane w niektórych konwencjach specjalnych i to zawsze na pierwszym miejscu. Prawo do życia jest przesłanką i warunkiem korzystania z wszelkich innych praw człowieka⁵. Na płaszczyźnie etycznej czy moralnej termin prawo do „ochrony życia” ujmowany jest szeroko. Oznacza to, że życie pojawia się od chwili poczęcia do chwili naturalnej śmierci i w takim odcinku czasu powinno podlegać ochronie. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej ujmuje ten aspekt w węższym zakresie. Oznacza to, że życie pojawia się w chwili urodzenia. Budzi to wiele konfliktów w społeczeństwie czego przejawem jest chociażby gorące dyskusje na temat aborcji. Nie ulega jednak wątpliwości, że prawo polskie gwarantuje ochronę życia do chwili naturalnej śmierci, mimo że i na tym tle pojawiają się spory dotyczące eutanazji. Są jednak one dużo mniej kontrowersyjne niż aborcja. Nie mniej jednak należy przyjąć, że prawo do ochrony życia istnieje i nikt nie może być go bezprawnie pozbawiony.

Brak kary śmierci w katalogu kar zamieszczonym w polskim kodeksie karnym, bez wątpienia jest powiązany z zasadami, jakie zostały przyjęte w systemie prawnym. Zasady te są niczym innym jak rozwinięciem norm, jakie zostały zawarte w wyżej wspomnianym Dekalogu. Stąd też możemy śmiało powiedzieć, że polski system prawny, jego aksjologia, opiera się na dorobku chrześcijańskim. W tym miejscu należy zaznaczyć, że rozważania na temat ochrony życia ma także podłoże etyczne i moralne, gdyż są one niczym innym jak pochodną od wartości chrześcijańskich. Prawo do życia to oczywiście nie tylko zezwolenie na istnienie jednostki ludzkiej ale i także zapewnienie jej warunków go godnego egzystowania, które to pozwolą jej to życie zachować. Istnienie człowieka wiąże się z prawem do „ochrony życia” i jest to pojęcie szersze w porównaniu z prawem do „ochrony zdrowia”, które wiąże się z egzystencją każdego człowieka. Z tego też względu umniejszenie znaczenia prawa do ochrony zdrowia skutkuje niejako

³ R. Grabowski, *Prawo do ochrony życia w polskim prawie konstytucyjnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2006, s. 19.

⁴ Zob. W. Tyloch: *Mojżesz*, [w:] J. Keller, E. Słuszkiewicz, E. Szymański, W. Tyloch, T. Żbikowski: *Od Mojżesza...*, op. cit., s. 19-51; G. L. Seidler: *Przedmarksistowska myśl polityczna*, Kraków 1974, ss. 67-70.

⁵ B. Gronowska, *Prawa człowieka i ich ochrona*, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa "Dom Organizatora", Toruń 2010, s.269.

pogwałceniem prawa do ochrony życia. Pod względem celowości prawa te się pokrywają w bardzo znacznym stopniu, gdyż każda ochrona zdrowia jest ochroną życia ludzkiego. Życie ludzkie jest wartością najwyższą i każdy sposób jego ratowania i ochrony powinien być traktowany jako dobro szczególnej wartości.

Prawo do ochrony zdrowia

Prawo do ochrony zdrowia mimo, iż powszechnie zaliczane jest do drugiej generacji praw człowieka to pozostaje w istotnej interakcji z prawami pierwszej generacji⁶, w tym bez wątpienia z prawem do życia. Zasadniczo każda osoba ma prawo do korzystania z najwyższej osiągalnego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego. Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych wymienia konieczne środki do pełnego urzeczywistnienia tego prawa. Są to: „zmniejszenie wskaźnika martwych urodzeń i śmiertelności niemowląt” oraz „zapewnienie zdrowego rozwoju dziecka”; „poprawa higieny środowiska i higieny przemysłowej we wszystkich aspektach”; zapobieganie, zwalczanie i leczenie „chorób epidemicznych, endemicznych, zawodowych i innych”; „stworzenie odpowiednich warunków dla stworzenia wszystkim pomocy i opieki na wypadek choroby”. Szczególnie pierwszy z wymienionych środków jest wyraźnie powiązany z prawem do ochrony życia. Zapewnienie zdrowego stylu życia matkom w ciąży, jednocześnie wiąże się z higieną środowiska, a także odstępem do opieki zdrowotnej i zapewnia większe szanse na urodzenie się dziecka zdrowego i co ważniejsze żywego. Widać wyraźnie na tym przykładzie jak ogromne znaczenie ma ochrona zdrowia dla tego aby życie w ogóle istniało. Wysoki wskaźnik śmiertelności niemowląt istnieje w krajach gdzie dostęp do opieki lekarskiej jest na niskim poziomie, a opieka ta jest słabej jakości. Dodatkowo ochrona środowiska, zapewnienie odpowiednich warunków pracy, walka z chorobami to wszelkie przesłanki jakie muszą być kumulatywnie spełnione aby można było mówić o prawie do ochrony zdrowia i tym samym prawie do ochrony życia.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej zapewnia powszechny i równy dostęp do opieki zdrowotnej, a także zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia szczególnej opieki lekarskiej dzieciom, matkom w ciąży, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku, zwalczania chorób epidemiologicznych i zwalczania negatywnych skutków degradacji środowiska, a także propagowania kultury fizycznej zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży. Jest to nic innego jak powtórzenie zasad wyznaczonych przez Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych. Ochrona zdrowia jest jak widać bardzo złożona, ale tylko w taki sposób może być skutecznie realizowana i spełniać swoją funkcję pomocniczą w stosunku do ochrony życia. Jest to podstawowa metoda jaka ma służyć ochronie życia dlatego jej doniosłość jest równie wielka jak sama idea prawa do życia.

Moralny aspekt ochrony życia i zdrowia

Moralność jest to zbiór norm określających co jest dobre, a co złe i dlatego jest przedmiotem zainteresowania etyki. Rozważając moralny aspekt ochrony życia należy odnieść się do zasad zawartych w Dekalogu który tak naprawdę jest spisem zasad, które są fundamentem kultury europejskiej. Przykazanie piąte „Nie zabijaj” jest zasadą, która dla jej pełnego zrozumienia wymaga rozwinięcia. Polega ono nie tylko na zakazie pozbawiania kogoś życia, ale także na obowiązku i na zapewnieniu jego ochrony oraz dążeniu do jego zachowania. Zakaz pozbawiania kogoś życia odnosi się oczywiście do „ochrony życia”, natomiast wszystko inne należy rozumieć jako prawo do „ochrony zdrowia”. Sam zakaz zabijania w swoim brzmieniu

⁶ Gronowska, *Prawa*, op. cit., s 491.

jest bardzo prosty, lecz zawiera wiele nakazów jakie należy spełnić, aby był on w pełni realizowany. „Nie zabijaj” oznacza tyle co „nie rób nic co prowadzi do utraty życia”. Utrata zdrowia jest szlakiem do utraty życia. Wskazuje to na istotną rolę ochrony zdrowia w realizacji prawa do życia.

Zasady moralne istnieją w społeczeństwie nawet wówczas, gdy nie stanowią części prawa stanowionego, ale są połączone z człowieczeństwem i godnością każdego człowieka, więc muszą być respektowane przez władzę. W przypadku rozważań na temat ochrony życia i zdrowia państwo powinno podejmować działania, które służą ochronie zarówno jednego prawa, jak i drugiego. Wszystko wynika z odpowiedniej interpretacji zakazu „Nie zabijaj”, który jako część zasad stanowiących podłoże aksjologiczne, nie tylko polskiego, ale i europejskiego kręgu kulturowego i prawnego, musi być respektowany.

Moralność istnieje w społeczeństwie z natury. Od początku istnienia ludzkość podświadomie rozróżniała to, co jest dobre, od tego, co złe, mimo że nieznana była definicja dobra czy zła. Bez wątpienia prawo do ochrony życia i zdrowia jest z natury dobre i z tego względu społecznie pożądane. Niestety wciąż istnieje dość wyraźna granica między tymi wartościami. Mimo różnic jakie dzielą te dwa prawa, cele jakim one służą są takie same. Bez wątpienia moralne i tym samym dobre jest wszelkie działanie służące ochronie i ratowaniu życia. Takim działaniem jest ochrona zdrowia. Poglądy te nie są założeniami, które zostały zaakceptowane przez społeczeństwo, ale wynikają z faktu, że społeczeństwo jest złożone z jednostek ludzkich. Człowiek odczuwa potrzebę ochrony swojego życia. Państwo i prawo powinno zaspokajać takie potrzeby i właśnie dlatego istnieje ochrona zdrowia, której bezpośrednim celem jest ochrona życia. Nie ma innego wyższego celu jakiemu służy to prawo. Oczywiście nie zawsze każde zagrożenie zdrowia, jest bezpośrednim zagrożeniem życia, jednak słusznym założeniem wydaje się być to, że wszelkie działania służące ochronie zdrowia odnoszą skutek dla ochrony życia. Wracając do rozważań nad znaczeniem przykazania „Nie zabijaj” należy dodać także, że nie wystarczy nie czynić tego, co prowadzi do utraty życia, ale także należy czynić wszystko, co będzie służyło jego ochronie, zachowaniu i gwarancji. Kwestionowanie zasady moralnych i religijnych często doprowadza do wielu wypaczeń i nadmiernego rozgraniczania pojęć ochrony życia i zdrowia. Brak głębszego spojrzenia na problem jest przyczyną zjawisk, które na gruncie rozważań moralnych są po prostu złe. Należy pamiętać, że dobro w ujęciu moralnym, a tym samym w ujęciu etycznym, jest tym, co ma prowadzić człowieka do szczęścia. Zło natomiast oddala od tego celu. Państwo dobrze urządzone nie może nie przestrzegać zasad, na których przez wieki tworzył się system prawny, kulturowy i społeczny. Najdobitniej oddają to słowa Jana Pawła II „... abyście nie podcinali sami tych korzeni, z których wyrastamy...”.

Ochrona zdrowia i życia w prawach człowieka

Prawa człowieka są niczym innym jak spisem podstawowych, powszechnych, przyrodzonych i naturalnych zasad, jakie przysługują każdemu dlatego, że jest człowiekiem. Wynika z tego, że każdy człowiek ma godność, która odróżnia go od innych stworzeń. Prawa człowieka są w istocie głównym komponentem wspólnego, międzynarodowego obszaru wartości⁷. Prawa te mają swoje podłoże etyczne i

⁷ R. Kuźniar, *Prawa człowieka: prawo, instytucje, stosunki międzynarodowe*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2000, s.263.

moralne. W szerszym ujęciu prawa człowieka są częścią etyki⁸ Katalog praw człowieka to nic innego, jak potwierdzenie norm wynikających z ludzkiego rozumu, który jest zdolny do odróżnienia dobra od zła.

Prawo do życia jest najbardziej fundamentalnym prawem człowieka, gdyż dopiero jego uznanie i zapewnienie urealnia gwarantowanie innych praw, które inaczej mogą stać się ideowymi abstrakcjami⁹. Zakazane jest nie tylko pozbawienie kogoś życia, ale także należy stwarzać warunki do „cieszenia się życiem”. Trudno jest przyjąć pogląd, że osoba, która jest pozbawiona innych praw człowieka, nadal cieszy się prawem do życia¹⁰. Bez wątpienia do takich praw, które są niejako uzupełnieniem prawa do życia zalicza się prawo do ochrony zdrowia. Państwo jest zatem obowiązane podejmować wszelkie kroki do tego, aby zapewnić powszechny dostęp do służby zdrowia, nie zapominając o jakości tych usług. Zdaniem Profesora Wiktora Osiatyńskiego fundamentalny charakter praw człowieka nie wymaga ich uzasadniania, a jedynie odstępstwa od tych praw tego wymagają. Więc skoro obowiązkiem państwa jest ochrona zdrowia to każde odstępstwo od tej normy musi być w jakiś sposób umotywowane. W przypadku prawa do opieki zdrowotnej, jako że jest to prawo roszczeniowe, od państwa żąda się dostarczenia instrumentów ochrony praw, a także ich materialnej treści¹¹. Rozpatrując to zagadnienie na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zapewnia, bez względu na stan majątkowy, równy dostęp do opieki zdrowotnej, finansowany ze środków publicznych. Praktyka niestety pokazuje, że usługi te są często słabej jakości, co zmusza obywateli do korzystania z usług prywatnych. W związku z tym, mimo, iż formalnie państwo spełnia swoją powinność, o tyle faktyczny sposób jej realizacji budzi wiele zastrzeżeń. Państwo w ten sposób nie realizuje swojej powinności względem społeczeństwa, ale daje „wolną rękę” obywatelom. Jest to jednak wyzbycie się obowiązku, który wynika właśnie z praw człowieka. Niezapewnienie odpowiedniej jakości opieki zdrowotnej narusza prawo do ochrony zdrowia, a co za tym idzie nie stwarza warunków do „cieszenia się życiem” czyli ogranicza w pewien sposób prawo do życia i jego ochrony. Należy także pamiętać, że ochrona zdrowia jest gwarantem zachowania życia, zatem relacje między tymi wartościami są bardzo mocno powiązane.

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z 10 grudnia 1948 roku w artykule 3 zapewnia prawo do życia. Uzupełnieniem tego prawa jest artykuł 25 tej deklaracji, który brzmi: „Każdy człowiek ma prawo do poziomu życia zapewniającego zdrowie i dobrobyt jemu i jego rodzinie włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i niezbędne świadczenia socjalne oraz prawo do zabezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w sposób od niego niezależny”. Jak widać dokument ten gwarantuje nie tylko prawo do życia, ale również prawo do godnego życia, którego nieodłącznym elementem jest prawo do ochrony zdrowia. Prawo to więc polega nie tylko na zapewnieniu opieki lekarskiej, chociaż to jest warunek podstawowy, ale także na zapewnieniu świadczeń socjalnych.

Podstawą wolności, sprawiedliwości i pokoju na świecie jest uznanie przyrodzonej godności człowieka. Stąd realizacja praw jakie zawiera Powszechna Deklaracja Praw Człowieka musi być oparta na poszanowaniu tej wartości. Samo zapewnienie prawa do życia jest niewystarczające. Władza państwowa realizując to zadanie musi mieć na względzie także wszystkie czynniki które pośrednio lub bezpośrednio oddziałują na jakość życia, jego swobodę i ochronę. Zapewnienie prawa do ochrony zdrowia jest bez wątpienia czynnikiem bezpośrednim i dlatego zasługuje on na szczególne uwzględnienie. Z prawa do życia

⁸ Kuźniar, *Prawa człowieka.*, s.263.

⁹ A. Redelbach, *Prawa naturalne – Prawa człowieka – Wymiar sprawiedliwości*, TNOiK, Toruń 2000, s. 176.

¹⁰ F. Przetacznik, *The right to life as a basic Human Right*, Human Right Journal, 1976, No. IX-4, s. 589.

¹¹ Osiatyński, *Prawa człowieka*, s. 181.

wynika obowiązek państwa do podejmowania pozytywnych działań dla wykluczenia możliwości utraty życia przez obywatela, takich jak zapewnienie opieki medycznej¹². Jest to stanowisko krytykowane, ale w mojej ocenie niezbędne, aby zapewnić obywatelom prawo do godnego i bezpiecznego życia, które jest podstawą praw człowieka i *conditio sine qua non* uznania przyrodzonej godności człowieka.

Podsumowanie

Rozgraniczenie praw do „ochrony życia” i „ochrony zdrowia” nie znosi zasadniczych punktów wspólnych jakie łączą te dwie wartości. Przede wszystkim mają one bardzo silne powiązania, jakich nie mają żadne inne prawa. Chodzi tu oczywiście o wspólny cel jakim jest ochrona życia, gdyż ochrona zdrowia jest to prawo subsydiarne względem tego prawa. Współczesne poglądy na temat etyki, moralności i podstawowych wartości jednostki ludzkiej coraz bardziej odizolowują te dwie wartości od siebie. Wartości na jakich budowany jest system prawny w Polsce czy Europie wyznacza kierunki, w jakich powinien podążać ustawodawca. Celem pracy było ukazanie prawa do życia i jego ochrony jako kierunku podstawowego i zestawienie go z prawem do ochrony zdrowia, które jest drogą do pełnej realizacji tego prawa. Wynika to z analizy zasad etycznych, moralnych czy też praw człowieka, które stanowią prąródło wartości na jakich współcześnie zbudowany jest system prawny, kulturowy i społeczny w Europie. Należy pamiętać, że funkcją prawa jest funkcja organizacyjna, która ma jedynie porządkować to, co jest w społeczeństwie pożądane i przez nie akceptowane. Jeśli akceptowane jest prawo do życia to jednocześnie akceptowane są wszystkie uprawnienia służące jego realizacji i nie mogą być pominięte przez ustawodawcę. Ochrona zdrowia jest silnie zespolona z prawem do ochrony życia i na tle rozstrzygnięć etycznych pełnią tę samą rolę i służą tym samym celom, co skłania do zestawienia tych pojęć jako równoznacznych.

UNITY, IDENTITY OR SEPARATION OF LEGAL CONCEPTS, NAMELY „PROTECTION OF LIFE” AND „PROTECTION OF HEALTH” IN THE LIGHT OF ETHICAL CONCLUSIONS

This thesis was written in order to settle the degree in which the "protection of life" and "protection of health" overlap from the ethical point of view. It's particularly important when taking into account the protection of the mentioned values. Ethics is a science with a broad subject of study, therefore references to morality, religion and human rights are necessary. The analysis of the mentioned systems gives a full image of the ethical standpoint. It's a part of the legal system and only the profound knowledge of it enables the legislator to ensure the full protection of the mentioned values.

¹² Redelbach, *Prawa naturalne*, s. 181.

Jakub Werner

Wydział Prawa i Administracji

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

OCHRONA ZDROWIA PUBLICZNEGO JAKO KORELAT BEZPIECZEŃSTWA PAŃSTWA. ANALIZA NIEKTÓRYCH ZAKRESÓW ZAGADNIENIA

Wprowadzenie

Bezpieczeństwo publiczne jest jednym z głównych obszarów zainteresowania państwa. Pojęcie bezpieczeństwa jest definiowane szeroko i wieloznacznie. Można spotkać się z rozbudowanym katalogiem pojęć bezpieczeństwa, w szczególności bezpieczeństwa osobistego i zbiorowego, lokalnego i międzynarodowego, wewnętrznego i zewnętrznego, bezpieczeństwa socjalnego, finansowego a także publicznego. Niezależnie od analizowania różnych kontekstów poprzez bezpieczeństwo powinniśmy rozumieć stan spokoju i niezagrożenia. Od tej definicji powinny powstawać dalsze rozważania na ten temat¹.

Stale zachodzące zmiany w strukturach systemowych, politycznych, gospodarczych, kulturowych i społecznych, którym towarzyszą przyspieszony rozwój zjawisk cywilizacyjnych powoduje pojawianie się dotąd niespotykanych aspektów do rozpatrywania. Jedne z nich mają charakter negatywny inne pozytywny. Spośród negatywnych można wyróżnić takie, które implikują obniżenie poziomu społecznego poczucia bezpieczeństwa. Organizm jakim jest państwo to gwarant bezpieczeństwa publicznego wobec własnych obywateli i mieszkańców. Poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o skuteczność środków stanowi problem wielu dyskusji społecznych i politycznych.

Jednym z aspektów utrzymania wysokiego poziomu bezpieczeństwa w państwie jest ochrona zdrowia publicznego. Obecnie literatura zmagą się z problemem terminologii i klasyfikacji zdrowia publicznego w Unii Europejskiej. Jedną z obowiązujących definicji zdrowia publicznego stanowi, iż: „Zdrowie publiczne to ustalane przez społeczeństwo formy zorganizowanych wysiłków zmierzających do ochrony, promowania i przywracania zdrowia. Jest to połączenie wiedzy naukowej, umiejętności przekonań i postaw, ukierunkowanych na podtrzymanie i poprawę zdrowia wszystkich ludzi poprzez różnorakie społeczne działania”². Zakres zdrowia publicznego, jego problematyka i priorytety, planowanie i podejmowanie działań interwencyjnych związanych z zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych dotyczy zarówno populacji w całości, jak też budujących ją społeczności i jednostek. Wiele trudności nastręcza wyznaczenie granicy pomiędzy zdrowiem publicznym a praktyką lekarską. Stale powracającym tematem dyskusji jest próba zakreślenia obszaru działań „zdrowia publicznego”, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnienia, czy działania profilaktyczne świadczone jednostkom indywidualnym mieszczą się w jego definicji. Kontrowersyjna wydaje się kwestia włączenia do definicji zdrowia publicznego działań, które zakładają kontrolę i zapobieganie

¹ B. Ruszkiewicz, M. Pietkiewicz, *Wybrane formy zapewniania bezpieczeństwa i porządku publicznego w gminie*, w: *Bezpieczeństwo społeczności lokalnej* A. Lewkowicz, T. Majer, Olsztyn 2012, s. 333.

² wg Health Systems Strengthening Glossary WHO, <http://tinyurl.com/htlls63>, 23.04.2016.

chorobom przewlekłym, co dotyczy również osób indywidualnych w ramach działań podstawowej opieki zdrowotnej³.

Koncepcje zdrowia publicznego

Idea zdrowia populacji swój początek zawdzięcza Raportowi LALONDE'A, który powstał w Kanadzie w 1974 r. i promował (wówczas dość rewolucyjny) pogląd, że stan zdrowia i dobre samopoczucie zależą zarówno od sprawności systemu opieki zdrowotnej, predyspozycji osobistych, jak i przyjętego stylu życia czy fizycznego i socjalnego środowiska człowieka. Zdrowie populacji jako element wywierający wpływ na politykę socjalną i ekonomiczną, które z kolei kształtują system ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej wyrósł z tradycji zdrowia publicznego i promocji zdrowia, które skupiają się czymś więcej niż tylko na problemach medycznych i biologicznych. Obszar zainteresowań zdrowia publicznego na przestrzeni lat podlegał ciągłym zmianom, dlatego też problem jednolitego zdefiniowania pojęcia zdrowie publiczne ma częściowo charakter semantyczny. W ujęciu klasycznym, czy też w tradycyjnym rozumieniu zdrowie publiczne ma wymiar środowiskowy, zewnętrzny i jest ukierunkowane na działania dotyczące otoczenia. Nowe znaczenie pojęcia „zdrowie publiczne” jest syntezą klasycznego zdrowia publicznego wzajemnie oddziaływującego z biomedycznymi, klinicznymi i socjologicznymi naukami, ekonomiczną i technologiczną oceną oraz doświadczeniem systemów zdrowotnych w kierunku uniwersalnej opieki zdrowotnej, zarządzania zasobami ludzkimi i społecznym działaniem w celu holistycznego podejścia do zdrowia, chorób czynników ryzyka chorób. Zatem zdrowie publiczne stanowi połączenie działań praktycznych, dyscypliny naukowej i funkcji instytucji społecznych⁴. Obszar działań zdrowia publicznego został dobrze opisany przez Westerling'a, który odnosi się do różnych form nadzoru nad zdrowiem populacji, wraz z badaniem wskaźników zdrowia, planowaniem i uczestnictwem w programach profilaktycznych oraz ich oceną, promocją zdrowia i podejmowaniem problematyki organizacji opieki zdrowotnej. Dlatego też mimo faktu iż zdrowie publiczne zostało w UE uznane jako specjalizacja medyczna to trzeba pamiętać o wielowymiarowości i interdyscyplinarności tej dziedziny wiedzy⁵.

Zespół stresu pourazowego u żołnierzy czynnej służby zawodowej

Definicja stresu obejmuje stan organizmu wywołany działaniem fizycznym, chemicznym lub emocjonalnym bodźca szkodliwego tzw. stresora powodującego cielesne lub psychiczne napięcia i mogącego wywoływać choroby⁶. Natomiast zespół stresu pourazowego, zaburzenie stresowe pourazowe to (ang. posttraumatic stress disorder, PTSD) zaburzenie psychiczne będące formą reakcji na skrajnie stresujące wydarzenie (traumę), które przekracza zdolności danej osoby do radzenia sobie i adaptacji. Pośród tego rodzaju wydarzeń wymienić można działania wojenne, katastrofy, kataklizmy żywiołowe, wypadki komunikacyjne, bycie ofiarą napaści, gwałtu, uprowadzenia, tortur, uwięzienia w obozie koncentracyjnym, doświadczenie ciężkiego bad tripu, otrzymanie diagnozy zagrażającej życiu, choroby itp. Typowymi objawami PTSD są: napięcie lękowe, uczucie wyczerpania, poczucie bezradności, doświadczanie nawracających, intruzywnych wspomnień traumatycznego wydarzenia, flashbacków lub koszmarów

³L. Kapka, *The issues behind public health terminology and classification in EU countries*, Częstochowa 2010, s. 78.

⁴Public Health Classification Project. Phase One: Final report. Report to the National Public Health Partnership Group. National Public Health Partnership, December 2005.

⁵R. Westerling, *The harmonization of the medical speciality in public health in the EU countries - a challenge for the profession*. Eur J Public Health 2009 nr 19(3).

⁶wg Światowej Organizacji Zdrowia.

sennych o tematyce związanej z doznaną traumą oraz unikanie sytuacji kojarzących się z doznaną traumą. Nierzadko początek zaburzenia występuje po okresie latencji, który może trwać od kilku tygodni do kilku miesięcy. Przebieg PTSD ma charakter zmienny, ale w większości przypadków można oczekiwać ustąpienia objawów. U niektórych osób objawy PTSD mogą utrzymywać się przez wiele lat i przejść w trwałą zmianę osobowości (według klasyfikacji ICD-10 kodowaną jako F62.0 Trwała zmiana osobowości po katastrofach - po przeżyciu sytuacji ekstremalnej)⁷.

Zespół stresu pourazowego u żołnierzy czynnej służby zawodowej to poważny problem który w mojej ocenie zagraża bezpieczeństwu państwa i jego obronności. Według szacunku Narodowego Centrum PTSD cierpi na niego około 11-20% żołnierzy wracających z Iraku i Afganistanu, 10 % wracających z operacji Pustynna Burza (krótkotrwała operacja więc niewielki procent) i około 30 % weteranów wojny w Wietnamie⁸. Liczba żołnierzy ewakuowanych z Iraku i Afganistanu ze względu na kłopoty psychiczne wzrosła w latach 2004- 2005 o 32% a w latach 2006-2007 aż o 62%⁹.

W Polsce zespół stresu pourazowego u żołnierzy był tematem pracy magisterskiej napisanej przez Justynę Skotnicką pod kierunkiem prof. dr hab. Gabrieli Chojnackiej - Szawłowskiej. Objęła ona badanie oraz bardzo dokładny opis reakcji towarzyszących zespołowi stresu pourazowego. Najczęściej u żołnierzy, którzy przeżyli traumatyczne zdarzenie, występowały reakcje fizjologiczne, tj. wzmożona potliwość oraz drżenie rąk, 66,7% badanych zadeklarowało obecność powtarzających się stresujących snów o przeżytym zdarzeniu traumatycznym, nieco mniej stres i lęk (62,5%). Połowa badanych deklarowała również powracanie przykrych wspomnień. Najmniej żołnierzy (4,2%) doświadczyło ponownego przeżywania traumatycznych zdarzeń w postaci halucynacji czy iluzji.

Trzy czwarte (75%) badanych żołnierzy relacjonowało unikanie rozmów, wspomnień wojennych, zaś 62,5% – miejsc, ludzi i czynności wiążących się z traumatycznym doświadczeniem. Znacznie mniej, bo 16,7% badanych pesymistycznie oceniało swą przyszłość, a 8,3% odczuwało niezdolność do przeżywania miłości i innych pozytywnych uczuć. Tyle samo badanych miało trudności z przypomnieniem sobie ważnych szczegółów dotyczących traumatycznego zdarzenia i stwierdziło brak zainteresowania sprawami, które przed tragicznym zdarzeniem były dla nich ważne. Najmniej osób (4,2%) miało poczucie wyobcowania. Największy odsetek badanych (75%) częściej niż przed misją w Iraku reagował gwałtownym przestraszaniem na nagły hałas, ruch czy dotyk. Istotny procent badanych (66,7%) relacjonował wzmożoną czujność, a 54,2% – zaburzenia snu. Stan poirytowania i wybuchy gniewu deklaroowało 33,3% badanych, podobnie jak trudności z koncentracją. Uzyskane wyniki korespondują zatem z badaniami dotyczącymi skutków traumy wojennej¹⁰.

Z przedstawionych danych wynika, że duża liczba żołnierzy podczas misji w Iraku była świadkiem bądź uczestnikiem zdarzeń traumatycznych. Mimo iż prawie wszyscy badani silnie reagowali na tego typu doznania, to jednak u żadnego z żołnierzy nie zostały spełnione kryteria pozwalające postawić diagnozę PTSD. Nie były to reakcje na tyle intensywne bądź trwałe zbyt krótko, aby spowodować rozwój symptomów właściwych dla zaburzenia pourazowego. Żaden z badanych nie relacjonował wystarczającej ilości objawów

⁷ *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*, Kraków 1998, s. 96-97.

⁸ T. Adamowski, A. Kiejna, *Zaburzenia psychiczne występujące wśród weteranów konfliktów zbrojnych* w: *Advances in Clinical and Experimental Medicine* 15 (2), Wrocław 2006, s. 355-360.

⁹ wg danych naukowców z Johns Hopkins School of Medicine w Baltimore.

¹⁰ J. Skotnicka, *Analiza zaburzeń polskich żołnierzy po stresie traumatycznym po powrocie z misji stabilizacyjnej w Iraku*, *Psychiatria Polska* 47(6): 1065–1075, Kraków 2013.

należących do trzech grup kategorii symptomów (B, C, D). Uzyskane wyniki wskazują, iż ponad połowa respondentów deklaruje powracanie stresujących snów i wspomnień o przeżytym zdarzeniu. Relacjonowane przez badanych wzmożone reakcje fizjologiczne (potliwość, drżenie rąk), powtarzające się koszmary senne oraz lęki były reakcją powstałą po traumatycznym zdarzeniu. Uzyskane wyniki korespondują zatem z danymi zawartymi w literaturze przedmiotu. Zgodnie z teorią Horowitza powracające wspomnienia dotyczące przeżytych sytuacji ekstremalnych mogły być wynikiem podjętego przez żołnierzy świadomego i/ lub nieświadomego procesu przetwarzania informacji. Najprawdopodobniej utrzymująca się rozbieżność między nowymi informacjami a dotychczasowymi schematami oraz uporczywie powracające obrazy dramatycznych przeżyć powodowały u żołnierzy silną emocjonalną odpowiedź w postaci lęku i reakcji fizjologicznych.

Jak podaje Ministerstwo Obrony Narodowej RP, podczas pierwszego roku trwania misji stabilizacyjnej w Iraku wielu żołnierzy polskiego kontyngentu nie było w stanie przystosować się do panujących warunków. U 90 z nich zdiagnozowano PTSD¹¹. Ciężkie i wymagające warunki misji stabilizacyjnych ujawniają się u żołnierzy m.in. zaburzeniami pod postacią stanów depresyjnych i lękowych¹². Uzyskane wyniki są zatem pewnym zaskoczeniem. Wynika z nich, iż fakt pobytu na misji w Iraku nie różnicował poziomu depresji i lęku między żołnierzami z grupy badanej i kontrolnej. Być może powrót do domu i rodzin odbudował w badanych poczucie bezpieczeństwa oraz przeciwdziałał rozwojowi zaburzeń po stresie traumatycznym. Wiadomo bowiem, że wsparcie społeczne odgrywa ogromną rolę w ochronie przed negatywnym wpływem stresu

Bioterroryzm jako zagrożenie cywilizacyjne

Terroryzm definiowany jest w literaturze różnie. Jednak na potrzeby tej publikacji przyjąłem definicję profesora Stanisława Pikulskiego. Działalność przestępcza na tle politycznym zorganizowanych grup przestępczych o charakterze antypaństwowym. Podejmowane przez te ugrupowania akty terrorystyczne zmierzają do wymuszenia określonych następstw przez władze państwowe. Ugrupowania te osiągają swój cel poprzez wywołanie strachu i paniki w opinii publicznej, a służy temu na przykład podkładanie bomb w miejscach publicznych czy zamachy na życie znanych osób z życia politycznego¹³. Terroryzm jako forma agresji ma wiele wspólnego z wojną. Najważniejszą cechą łączącą te zjawiska jest wszechogarniający, nieustający stres. Jednak w przeciwieństwie do wojny, która toczy się na określonym terytorium działania, terroryzm nie zna granic państwowych. Terroryzm jest plagą w wymiarze międzynarodowym a nawet globalnym. Ciągłe pojawiające się akty terroru doprowadziły do zakłócenia bezpieczeństwa państwa. Ważne jest również zaakcentowanie problemu ofiar terroryzmu w odniesieniu do systemu zdrowia publicznego. Podczas ewentualnego ataku to właśnie owy system bierze na siebie odpowiedzialność za ratowanie ранnego społeczeństwa. Ostatnie ataki terrorystyczne w Belgii wskazują światowy zasięg terroryzmu i na eskalację tych działań.

Zagrożenie atakami terrorystycznymi w Europie i w Polsce jest konsekwencją działania zwłaszcza Globalnych Sieci Islamistycznych. Zagrożenie to jest poważne i powinno być brane pod uwagę. Polska należy bowiem do państw wysokiego ryzyka, jesteśmy potencjalnie atrakcyjnym celem. Należy zakładać, że konflikt będzie długotrwały i potrwa co najmniej kilkanaście lat. Istotnym elementem pogarszającym

¹¹P. Lemanowicz, T. Daroszewska, *Stres i pomoc psychologiczna w misjach wojskowych. Poradnik dla dowódców*, Warszawa 2004.

¹² *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*, Genewa 1993, s. 84.

¹³S. Pikulski, *Prawne środki zwalczania terroryzmu*, Olsztyn 2000, s. 13.

pozycje Polski jest nagłaśnianie informacji o rzekomych tajnych więzieniach CIA w których przetrzymuje się dowódców GSI. Najbardziej realne wydaje się zagrożenie zamachem bombowym, mniej prawdopodobne są złożone sytuacje, w których brani są zakładnicy, bądź zamachy na startujący lub lądujący samolot. Użycie broni masowego rażenia: nuklearnej, radiologicznej, biologicznej lub chemicznej nie jest niemożliwe¹⁴. W związku z zagrożeniem nie tylko terrorystycznym szczególną uwagę należy zwrócić na przygotowanie służb ratowniczych, przede wszystkim medycznych, by ograniczyć starty w ludziach. Najbardziej interesującym aspektem dotyczącym postawionej przeze mnie tezy jest bioterroryzm. Broń biologiczną posiada współcześnie co najmniej 15 krajów. W czasie operacji Pustynna Burza żołnierze amerykańscy posiadali odzież ochronną, 150000 żołnierzy zostało zaszczepionych przeciwko wągliкови, 8000 otrzymało anatoksynę botulinową, zgromadzono 30 milionów dawek ciprofloksacyny.

W Polsce działa nowoczesne laboratorium mikrobiologiczne BSL 3 w Puławach, ponadto na wyposażeniu sił zbrojnych są Zespoły Rozpoznania Biologicznego z urządzeniami do identyfikacji zagrożeń biologicznych. Najślabszym ogniwem w systemie obrony przed bioterroryzmem jest lecznictwo a w nim niewystarczająca ilość łóżek zakaźnych. O możliwości ataku bioterrorystycznego mogą świadczyć następujące wskazówki epidemiologiczne: duża liczba chorych z podobnymi objawami, duża liczba przypadków o niewyjaśnionej etiologii, wysoka zachorowalność i śmiertelność, pojedyncze zachorowania związane z rzadko występującymi drobnoustrojami, transmisja chorób przez aerozol, pokarm lub wodę. Zabezpieczenie medyczne obejmuje działania mające zapobiegać lub zmniejszyć szkodliwy wpływ czynników biologicznych na populację ludzką. Obejmują one działania przedekspozycyjne, jak szczepienia ochronne i racjonalną antybiotykoterapię oraz poekspozycyjne: szczepienia ochronne podawanie antybiotyków i środków przeciwwirusowych. Duże nadzieje z ochroną przed bioterroryzmem wiąże się z Europejskim Centrum Chorób Zakaźnych. Powstała sieć laboratoriów, które uczestniczą w programach przeciwdziałania bioterroryzmowi. Epidemie spowodowane przez procesy naturalne jak i w wyniku ataku terrorystycznego mają przebieg zależny od odporności populacji i kompetencji pracowników ochrony zdrowia¹⁵. Stąd istnieje pilna potrzeba szkoleń personelu medycznego w diagnostyce i leczeniu ofiar bioterroryzmu.

Narkomania

Czynnikiem obniżającym poziom zdrowia publicznego jest również narkomania. Posiadanie, wytwarzanie a także zażywanie narkotyków niesie ze sobą negatywny skutek dla zdrowia obywateli. Za zjawiskiem narkomanii stoi nielegalny przemysł wytwarzający te substancje. To zagrożenie które wpływa na jednostkę społeczną ponieważ każdy z nas może przypadkiem zostać ofiarą porachunków producentów narkotyków albo mieć styczność z sytuacją w której ktoś bliski zażyje takie środki. W dniu 21 grudnia 1965 Polska ratyfikowała sporządzoną w Nowym Jorku Jednolitą Konwencję o Środkach Odurzających z 1961 roku której celem jest ograniczenie dostępu do przetworów konopi, kokainy, marihuany, heroiny i kodeiny w celach pozamedycznych. Zostały one skatalogowane w postaci 4 wyrazów, które można znaleźć w tzw. „Żółtej Liście” Międzynarodowego Organu Kontroli Środków Odurzających. Jedenaście lat później Polska

¹⁴A. Denys, *Terroryzm-Zagrożenia w Polsce*, Warszawa 2014, s. 209.

¹⁵K. Chmichewski, J. Kocik, M.T. Szkoda, *Bioterroryzm zasady postępowania lekarskiego*, Warszawa 2002, s. 45.

ratyfikowała konwencję o substancjach psychotropowych¹⁶. Wspomniana umowa międzynarodowa ma na celu ograniczenie dostępu do substancji, o których mowa w jej tytule. Nowa ustawa w zakresie zwalczania narkomanii konieczna była również z powodu nasilenia się tego zjawiska wśród młodzieży, która domowym sposobem zaczęła wytwarzać kompot czyli tzw. „polską heroinę”, a więc była i producentem i konsumentem narkotyku. Ponadto jako zamienniki zaczęto stosować również leki uspokajające i nasenne. Zachowania te potwierdziły, że konieczne jest natychmiastowe wprowadzenie nowych przepisów, które będą zapobiegać temu zjawisku. Efektem było uchwalenie ustawy z dnia 31 stycznia 1985r. o zapobieganiu narkomanii¹⁷, która była pierwszym w Polsce aktem normatywnym, a który w sposób kompleksowy regulował posiadanie, wytwarzanie, udzielanie osobom trzecim a także przywóz zza granicy środków odurzających. W przepisach karnych zawartych w rozdziale 5 penalizował zachowania takie jak: nielegalna uprawa maku lub konopi; zbieranie: mlecza makowego, opium, słomy makowej, żywicy, ziela konopi, ich przywłaszczanie, a także czerpanie korzyści majątkowych lub osobistych z popełnianych czynów. Podpisanie w dniu 30 kwietnia 1994r. Konwencji Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi¹⁸ spowodowało konieczność uchwalenia nowej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii¹⁹.

Z chwilą przystąpienia Rzeczypospolitej Polskiej do Unii Europejskiej pojawiła się konieczność dostosowania prawa krajowego do prawodawstwa Unii Europejskiej, w tym transpozycji dyrektyw wspólnotowych, których termin wprowadzenia do polskiego porządku prawnego minął w dniu akcesji. Obecnie obowiązująca ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii²⁰ jest kompleksowym aktem normatywnym w zakresie środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów oraz przeciwdziałania używania tych substancji do celów innych niż medyczne i naukowe. Podobnie, jak w ustawie z 1985 roku, istotną rolę odgrywają przepisy karne których celem jest dążenie do ograniczenia rozmiarów zjawiska narkomanii, ponieważ może doprowadzić do popełnienia przestępstwa lub towarzyszyć popełnianemu przestępstwu ułatwiając bądź przyspieszając jego realizację. Powiązania pomiędzy przyjmowaniem środków odurzających a zachowaniami przestępczymi pozwalają zaliczyć narkomanie do grupy zjawisk o charakterze kryminogennym²¹.

Bezpieczeństwo żywności

Istotne dla udowodnienia bezpośredniego związku pomiędzy zdrowiem publicznym a bezpieczeństwem państwa jest również właściwe nadzorowanie produkcji żywności. Celem prawa żywnościowego Unii Europejskiej jest zapewnienie bezpiecznej żywności, bezpiecznego łańcucha dostaw oraz zaufania konsumentów do tak dostarczanej żywności. Rozporządzenie 178/2002/WE wskazuje, iż „bezpieczeństwo żywności i zabezpieczenie interesów konsumenta coraz bardziej staje się przedmiotem zainteresowania ogółu społeczeństwa, organizacji pozarządowych stowarzyszeń zawodowych, międzynarodowych partnerów handlowych i organizacji handlowych. Konieczne jest zapewnienie zaufania klienta i zaufania partnerów handlowych poprzez otwarty i zrozumiały rozwój prawa żywnościowego oraz

¹⁶Konwencja o substancjach psychotropowych, sporządzona w Wiedniu dnia 21 lutego 1971 r. (Dz.U. 1976 nr 31 poz. 180).

¹⁷Ustawa z dnia 31 stycznia 1985 r. o zapobieganiu narkomanii (Dz.U. 1985 nr 4 poz. 15).

¹⁸Konwencja Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi, sporządzona w Wiedniu dnia 20 grudnia 1988 r. (Dz.U.1995.15.69).

¹⁹Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 1997 nr 75 poz. 468).

²⁰Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005 nr 179 poz. 1485).

²¹A. Muszyńska, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Lex/el.

dzięki podejmowaniu przez władze publiczne odpowiednich kroków mających na celu informowanie społeczeństwa, tam gdzie istnieją uzasadnione powody, aby podejrzewać, iż żywność może stwarzać zagrożenie dla zdrowia²². Przywołane rozporządzenie ustanawia zakaz wprowadzania na rynek żywności niebezpiecznej czyli żywności szkodliwej dla zdrowia lub nie nadającej się do spożycia przez ludzi. W świetle tego rozporządzenia żywność można uznać za bezpieczną, gdy spełnia ona dwa warunki: po pierwsze, nie stwarza zagrożenia dla zdrowia (nie jest szkodliwa), a po drugie, nadaje się do spożycia przez ludzi. W doktrynie zwraca się uwagę, iż spełnianie wszelkich wymogów prawa żywnościowego nie gwarantuje, iż żywność jest bezpieczna. Żywność spełniająca wymogi prawa żywnościowego może być po prostu niebezpieczna (stwarzać zagrożenie dla zdrowia i życia), dlatego organy kontroli żywności mają obowiązek podejmowania działań zmierzających do usunięcia zagrożenia, gdy pomimo faktu spełniania wymagań prawa istnieje podejrzenie co do jej bezpieczeństwa. Z powyższego wynika, iż rola organów urzędowej kontroli żywności w zapewnieniu bezpieczeństwa żywności jest niezmiernie istotna, gdyż organy te korygują niedoskonałości system bezpieczeństwa żywności²³.

Istotnym warunkiem jakości zdrowotnej żywności jest stosowanie procedur zapobiegawczych przez wdrażanie dobrej praktyki higienicznej (GHP)²⁴, produkcyjnej (GMP)²⁵ oraz systemu krytycznych punktów kontroli - HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points). Od 1 maja 2004 każdy przedsiębiorca sektora spożywczego w Polsce przyjął na siebie obowiązek wdrażania systemu HACCP, polegającego na stałym monitorowaniu zagrożeń w miejscu ich powstawania²⁶. System HACCP tworzy się indywidualnie dla każdego zakładu (linii produkcyjnej), uwzględniając specyfikę prowadzonej tam działalności. HACCP jest skutecznym narzędziem oceny zagrożeń i ustalenia systemów kontroli z przeniesieniem punktu ciężkości nie na produkt końcowy ale na poszczególne etapy produkcji. Zgodnie z tą filozofią zagrożenia są identyfikowane i kontrolowane w trakcie całego procesu wytwarzania produktu. W myśl art.100 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia kto nie wdraża w zakładzie procedur opartych na zasadach systemu HACCP lub nie przestrzega wymagań higienicznych podlega karze grzywny.

Obok systemu HACCP funkcjonuje też system RASFF (Rapid Alert System for Food and Feed) system wczesnego ostrzegania o niebezpiecznej żywności i paszach. System RASFF umożliwia szybką i skuteczną wymianę informacji między państwami członkowskimi a komisją w przypadku żywnościowym ludzi lub zwierząt stwierdzono obecność czynnika stanowiącego zagrożenie dla zdrowia ludzi. W przypadku gdy organizacja będąca w systemie RASFF zanotuje poważne pośrednie lub bezpośrednie zagrożenie powinna taką informację natychmiast dostarczyć do Komisji Europejskiej (instytucja zarządzania siecią) za jej pośrednictwem informacja taka jest przekazywana do pozostałych członków sieci. Nie ulega wątpliwości, iż żywność jest niezbędna dla zdrowia i życia człowieka. Oczywiście jest, iż taka żywność powinna być zdrowa i bezpieczna gdyż w przeciwnym razie zamiast być niezbędna do życia będzie prowadzić do chorób i niebezpieczeństwa utraty życia. Dzisiejszy postęp nauki (biotechnologia, modyfikacje genetyczne) oraz

²²Preambuła, punkt 22 Rozporządzenia (WE) Parlamentu Europejskiego i rady nr 178/2002 z dnia 28 stycznia 2002 roku (DzU UE.L.2002.31.12 z 1 lutego 2002 roku).

²³M. Korzycka-Iwanow, *Prawo żywnościowe. Zarys prawa polskiego i wspólnotowego*, Warszawa 2007, s.112 oraz P. Wojciechowski, *Wspólnotowy model urzędowej kontroli żywności*, Warszawa 2008, s.250.

²⁴GHP to działania, które muszą być podjęte i warunki higieniczne które muszą być spełnione i kontrolowane na wszystkich etapach produkcji lub obrotu, aby zapewnić bezpieczeństwo żywności, art.3 ust 3 pkt 8 ustawy o bezpieczeństwie żywności.

²⁵GMP to w odniesieniu do produkcji żywności: działania które muszą być podjęte, i warunki, które muszą być spełnione, aby produkcja żywności odbywała się w sposób zapewniający bezpieczeństwo żywności, zgodnie z jej przeznaczeniem, art. 3 ust 3 pkt 9 ustawy o bezpieczeństwie żywności.

²⁶H. Kaczmarczyk, w: *Prawne aspekty cywilizacyjnych zagrożeń zdrowia*, Warszawa 2016, s. 78.

wysocze zmechanizowany przemysł związany z produkcją żywności niesie za sobą istotne zagrożenia. Do tych zagrożeń należy dołączyć obecna od wieków pokusę nieuczciwych praktyk związanych z fałszowaniem żywności. Zapewnienie bezpieczeństwa żywności stanowi więc istotne zadanie dla organów władzy publicznej co ma także znaczenie dla sfery społecznej i finansowej. Żywność zafałszowana lub o niskiej wartości powodująca liczne choroby czy epidemie powoduje powstawanie sytuacji kryzysowych także w obszarach finansów publicznych. Zapewnienie bezpiecznej żywności jest więc istotnym obowiązkiem państwa, ale też jednym z podstawowych praw obywatela i konsumenta.

Spółeczne oczekiwania wobec państwa jako instytucji zabezpieczającej funkcjonowanie zdrowia publicznego

W Polsce w latach 90 XX wieku odnotowano wzrost wydatków na opiekę zdrowotną, które wynikały przede wszystkim z postępów technologicznych w dziedzinie medycyny, rosnących wskaźników starzenia się społeczeństwa oraz rosnącej inflacji medycznej. Jak zauważa Hans Maarse „wzrost cen postępuje w sektorze usług medycznych znacznie częściej niż w innych gałęziach gospodarki. Powodem jest tzw. efekt Baumola, który zakłada, że wzrost wydajności w opiece medycznej jest znacznie niższy niż w innych sektorach ekonomii. Istnieją naturalne ograniczenia sprawiające, że podniesienie wydajności nie jest możliwe²⁷. Obecnie mamy społeczeństwo dychotomiczne. Jedna grupa społeczna jest zwolennikiem prorynkowego wariantu strategii działań państwa druga natomiast jest niezadowolona z polityki państwa i oczekują działań redystrybucyjnych. Ta druga grupa znacznie mniej chętnie godzą się do brania odpowiedzialności za własny los. Polaryzacja społeczeństwa jest spowodowana rozwiązaniami redystrybucyjnymi, ponieważ rosną oczekiwania wobec państwa tych grup społecznych, które są ubogie w kapitał zarówno materialny, jak i kulturowy. Omawiany problem powinniśmy wiązać z atrofią więzi społecznych lub dezintegracją więzi społecznych. są to dogodne warunki prowadzące do indywidualizacji odpowiedzialności²⁸.

Podsumowanie

Dowodząc postawionej tezy wysoki poziom zdrowia publicznego i jego ochrona jest korelatem bezpieczeństwa państwa. Obecność zespołu stresu pourazowego u żołnierzy czynnej służby zawodowej jest utratą przynajmniej części wartości bojowej jaką stanowią. Zagrożeniem dla ogółu zdrowia publicznego jest również problem adaptacyjny i agresja jako jeden z symptomów stresu pourazowego. Bioterroryzm opisany przeze mnie w artykule jest szczególnie groźny ze względu na siłę rażenia. Taki atak dotyka dużej ilości cywili. Prowadzi to do nagłej konieczności radzenia sobie przez system zdrowia publicznego z dużą ilością poszkodowanych. W dobie walki z narkotykami na kontynencie europejskim należy zaakcentować duży odsetek uzależnionych od narkotyków. Silne uzależnienie jest problemem z powodu nagłej i częstej hospitalizacji oraz mnogości powstających nowych środków. Państwo nie radzi sobie z wymyślaniem kolejnych środków przeciwdziałających zatruciu organizmu. Zagadnienie bezpieczeństwa żywności poruszone w publikacji może budzić kontrowersje jednak moją uwagę zwraca podobieństwo do bioterroryzmu. W przypadku wprowadzenia do obrotu dużej liczby zatrutej żywności mamy konieczność

²⁷H. Maarse, *Europejska reforma służby zdrowia – doświadczenia zachodnioeuropejskie i wnioski dla krajów Europy Środkowo-Wschodniej*, Warszawa 2004.

²⁸I. Borkowska, *Polityka zdrowotna w perspektywie socjologicznej społeczne wyobrażenia i oczekiwania w: Uwarunkowania prawne ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, Białystok 2011, s.328.

podobnego działania systemu jak w bioterroryzmie. Społeczeństwo pragnie coraz większej interwencji państwa w zdrowie publiczne i system go chroniący. Jednak trzeba podkreślić, że jest to często spowodowane słabym akcentowaniem profilaktyki, przekazywaniem wiedzy oraz medycyny zapobiegawczej.

The aim of this paper was to examine the public health protection as an important part of state security. The article proves the thesis that high level of public health protection ensures a high level of state security. The author examined a number of aspects directly referring to the issue of public health and safety. PTSD, bioterrorism, drug or food safety are currently of great significance, occurrence of any of the above is a problem to public health that reduces the state security. Summary of the article consists of conclusions that proves statements presented in the thesis.

Adrian Wieczorkiewicz

Wydział Prawa i Administracji

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

PRIMUM NON NOCERE – ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA BŁĘDY W SZTUCE LEKARSKIEJ

1. Wstęp

Normatywne aspekty relacji lekarz – pacjent przejawiają się głównie za pośrednictwem szeroko pojmowanej odpowiedzialności w jej pozytywnych i negatywnych formach. Lekarz odpowiada za pacjenta przed nim samym, własnym sumieniem, społeczeństwem i wymiarem sprawiedliwości. Pacjent może też współodpowiadać za swój stan, jeśli utrudnia lub wręcz uniemożliwia pracę lekarza. Zarówno doktryna prawa, jak i orzecznictwo łączą odpowiedzialność osób udzielających świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza zaś lekarzy, z problematyką tzw. błędu medycznego (błędu w sztuce lekarskiej, błędu lekarskiego). Często można znaleźć poglądy, że podstawą odpowiedzialności karnej czy cywilnej w przypadku negatywnego skutku na zdrowiu jest stwierdzenie owego błędu¹.

2. Pojęcie błędu w sztuce lekarskiej

Na początku winniśmy zdefiniować pojęcie *błąd w sztuce lekarskiej*. W założeniu starej definicji prof. Rudolfa Virchowa, utrwalonej przez orzecznictwo niemieckie: „jest to postępowanie naruszające zasady wiedzy medycznej”. Definicja ta funkcjonowała w doktrynie powojennej Polski, jednakże nie do końca oddawała istotę dyskryminowanego czynu. Zbyt syntetyczna definicja ograniczała możliwość prawidłowej kwalifikacji działania bądź zaniechania. Aktualnie w prawie stosowana jest definicja prof. Liszewskiej, która stanowi, iż „błędem w sztuce medycznej powinniśmy oznaczyć naruszenie przez lekarza, obowiązujące go w konkretnym wypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki reguł postępowania zawodowego wobec dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka, które na gruncie prawa stanowią podstawę do stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności”². Analizując definicję należy zauważyć dwa kryteria oceny: obiektywne przedmiotowo (bezprawność działania) i subiektywne podmiotowo (czyn stanowi następstwo niedołożenia należytej staranności w działaniu). Profesor Sawicki słusznie stwierdza, że „błąd sztuki lekarskiej jest kategorią obiektywną zależną od stanu wiedzy medycznej na danym etapie rozwoju” oraz „że istnienie lub nieistnienie błędu lekarskiego w konkretnym zabiegu nie może być uzależnione od jakichkolwiek właściwości dotyczących osoby sprawcy, a nawet okoliczności, wśród których dokonano zabiegu: albo zabieg odpowiada stanowi wiedzy medycznej, albo mu nie odpowiada”³. Problem znajduje się w pojmowaniu „zasad wiedzy medycznej”, ponieważ wraz z rozwojem medycyny nabiera ona w różnym czasie zmiennej treści. A doktryna nie tworzy kanonu wiedzy obowiązującej lekarza raz na zawsze.

¹ R. Tokarczyk, *Prawa narodzin, życia i śmierci*, Warszawa 2012, s. 317.

² A. Górski, *Leksykon prawa medycznego*, Warszawa 2012, s. 3-4.

³ Ibidem, s.4.

3. Zakres pojęcia

Skupmy się teraz nad zakresem pojęcia *błędu w sztuce lekarskiej*. W cywilistyce przyjmuje się wąskie rozumienie błędu, traktowane zresztą, jako zaniedbanie. Doktryna, więc wyróżnia różne kryteria podziału błędów, np.: szczegółowe i ogólne lub aktywne i pasywne. W praktyce największe znaczenie ma rozróżnienie na trzy główne rodzaje błędów medycznych: błąd leczniczy, błąd diagnostyczny i błąd organizacyjny. Pierwszy wymieniony jest dookreślany intuicyjnie przez lekarzy. Jego istoty doszukujemy się w podjęciu złej decyzji terapeutycznej mimo występowania właściwych przesłanek; rozumiemy przez to badania i wchodzącą w nią diagnostykę. Taki błąd rozpatrujemy na podstawie art. 4 *Ustawy o zawodzie lekarza*⁴, zwrócić należy uwagę również, iż ten błąd może polegać na wyborze niewłaściwych środków (sprzęt, leki) spośród dostępnych lekarzowi. Przy zarzucie popełnienia tego typu błędu postępowanie musi zmierzać do wykazania, że lekarz podjął właściwą decyzję terapeutyczną, dochował należytej staranności w wyborze metody postępowania i posługiwał się wszystkimi dostępnymi środkami. Dowodem głównym w tym przypadku jest opinia biegłego i dokumentacja medyczna⁵.

Błąd diagnostyczny jest bardziej złożony, ponieważ przybiera różną postać. Jednym z przykładów jest błąd popełniony przez samego diagnostę. Wtedy, choć postępowanie terapeutyczne jest wadliwe z punktu widzenia lekarza, zostanie uznane za poprawne. Może, on również polegać na wadliwej ocenie stanu zdrowia pacjenta pomimo prawidłowego wyniku badania diagnostycznego. W tej sytuacji analogicznie postępujemy jak w przykładzie pierwszym. Błąd diagnostyczny zdejmuje odpowiedzialność z lekarza. Należy jednak pamiętać, iż w przypadku sytuacji wątpliwych czy niepewnych należy zawsze powtórzyć badanie, co jest przyjętą ogólną zasadą postępowania – jedyny wyjątek to sytuacja nagłego zagrożenia życia pacjenta⁶.

Ostatni z wyżej wymienionych praktycznych naruszeń medycznych stanowi błąd typu organizacyjnego, z którym wiążą zdarzenia problematyczne w postępowaniu sądowym. Najlepszym przykładem tego rodzaju naruszenia jest zakażenie wewnątrzszpitalne. Podstawowe dowody przy wystąpieniu tego typu komplikacji, to przedstawienie wdrożonych procedur popartych zeznaniami świadków. Sprawy z zakresu zakażeń wewnątrzszpitalnych skupiają się na wykazaniu jak największej liczby możliwych źródeł zakażenia spoza szpitala, przy jednoczesnym wskazaniu na dopełnienie wszystkich procedur i wymagań sanitarnych. Zaliczamy do tego typu błędu, także zaniedbanie logistyczne, brak dostępu do diagnostyki i wymaganego sprzętu, czy niewłaściwa polityka urlopową⁷.

4. Cywilna i karna odpowiedzialność lekarza

Odpowiedzialność cywilna w przedmiocie szkód medycznych uregulowana jest w Kodeksie cywilnym. Wyróżniamy dwa rodzaje odpowiedzialności: umowną (art. 471- 486 k.c.) i deliktową (art. 415 – 449 k.c.). Aby mówić o odpowiedzialności uregulowanej w Kodeksie cywilnym muszą wystąpić trzy elementy: zawinione zdarzenie, szkoda i związek przyczynowy. Zawróćmy uwagę na pierwszy element - sama odpowiedzialność cywilna opiera się na zasadzie winy i wystarczy jej każdy stopień. Polski ustawodawca nie przewiduje umownego ograniczenia odpowiedzialności lekarza, na podstawie art. 58 § 2 k.c. takie zastrzeżenie jest nieważne. Wina zachodzi w dwóch przypadkach, gdy zachowanie było obiektywnie

⁴ Art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152).

⁵ A. Sieńko, *Błędy medyczne - odpowiedzialność lekarza i placówki medycznej. Jak uniknąć kosztownych płaćek*, Warszawa 2013, s. 67-68.

⁶ Sieńko, *Błędy medyczne*, s. 68.

⁷ Sieńko, *Błędy medyczne*, s. 68-69.

(bezprawność postępowania) i subiektywnie (podmiotowa zarzucalność czynu) niewłaściwe. Zdarzeniem sprawczym jest określone zachowanie powodujące szkodę i może przybrać formę działania bądź zaniechania. Stanowisko, iż lekarz nie odpowiada za niezawiniony błąd zostało wielokrotnie wyrażone w orzeczeniach Sądu Najwyższego.

W zakresie cywilnym, mówiąc o szkodzie mamy na myśli wyłącznie szkodę na osobie. Czynności medyczne wykonuje się na pacjencie, czyli na osobie. W przypadku błędu medycznego może dojść do uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia; powoduje on wówczas formę: szkody majątkowej lub niemajątkową, czyli krzywdy. Pierwsza dotyczy straty lub utraconych korzyści, które z majątku poszkodowanego ubyły z powodu błędu. Krzywda natomiast występuje w postaci: cierpień fizycznych i cierpień psychicznych. W przypadku tej szkody przysługuje poszkodowanemu roszczenie o zadośćuczynienie za doznaną krzywdę. Im większa krzywda tym większe zadośćuczynienie. Regulacja wskazuje, iż musi zaistnieć związek przyczynowy pomiędzy zawinionym zdarzeniem a doznaną szkodą. Oznacza to, że doznana przez pacjenta szkoda musi być następstwem zaistniałego zdarzenia. Związek może być pośredni i bezpośredni, ale co najważniejsze powinien być przy tego rodzaju odpowiedzialności pewny, jednak nie zawsze jest to możliwe. Dlatego też w doktrynie dopuszcza się ustalenia wysokiego stopnia prawdopodobieństwa⁸.

Zgłoszenie roszczenia przez pacjenta występuje w kilku wariantach, a w szczególności:

- 1) Skarga skierowana bezpośrednio do podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
- 2) Skarga skierowana do rzecznika praw pacjenta;
- 3) Skarga skierowana do płaćnika (NFZ);
- 4) Zawezwanie do próby ugodowej;
- 5) Bezpośrednie zgłoszenie do organów samorządu zawodowego;
- 6) Bezpośrednie zgłoszenie do organów ścigania;
- 7) Powództwa przed sądem cywilnym⁹.

Istotne z punktu widzenia prawnego są roszczenia, jakie przysługują pacjentowi, który doznał szkody. Roszczenia przysługujące poszkodowanemu to odszkodowanie, renta, jednorazowe odszkodowanie, zadośćuczynienie, wyłożenie z góry sumy pieniężnej na koszty leczenia i ustalenie odpowiedzialności na przyszłość. Zarówno w odpowiedzialności na mocy umowy, jaki i deliktu możliwe jest żądanie odszkodowania za poniesioną szkodę majątkową (stratę czy utracone korzyści).

Jeżeli pacjent utraci całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej może domagać się renty. Może być ona przyznana tymczasowo lub na stałe, wyróżniamy jej trzy rodzaje: z tytułu całkowitej lub częściowej utraty zdolności do pracy, z tytułu zwiększenia się potrzeb oraz z tytułu zmniejszenia się perspektyw na przyszłość. W konkretnych przypadkach stosuje się jednorazowe odszkodowanie, wówczas, gdy jest to bardziej korzystne dla pacjenta aniżeli renta.

Oddzielną funkcję spełnia zadośćuczynienie, które występuje obok odszkodowania lub jako samodzielnie występujące. Stosowane tylko i wyłącznie na podstawie odpowiedzialności z czynów niedozwolonych za szkodę niemajątkową, czyli krzywdę. Przy ustalaniu zadośćuczynienia bieżą się pod uwagę: cierpienia psychiczne i fizyczne, ich wymiar, długotrwałość, stały lub przemijający skutek błędu, wiek poszkodowanego, okoliczności, winę sprawcy, zachowanie sprawcy po popełnieniu i konieczność pomocy osób trzecich. Ostatnie dwie formy rzadziej występują w praktyce, a mianowicie chodzi o wyłożenie

⁸ J. Brykczyński, *Odpowiedzialność cywilna lekarza i podmiotu leczniczego za szkodę medyczną*, Poznań 2013, s. 6-28.

⁹ Sieńko, *Błędy medyczne*, s. 111-112.

z góry określonej sumy pieniężnej na koszty leczenia oraz ustalenie odpowiedzialności na przyszłość. Pierwsza występuje w sytuacji, gdy pacjent musi podjąć leczenie, które jest skutkiem błędu a sam proces nie jest refundowany ze środków publicznych. Również wtedy, kiedy poszkodowany chce wybrać prywatną placówkę, do której ma większe zaufanie w takim przypadku koszt ponosi sprawca. Natomiast drugi rodzaj roszczenia ma zastosowanie, gdy poszkodowany chce ustalenia odpowiedzialności za szkody mogące powstać z tego samego zdarzenia, ale jeszcze się nie ujawniły. Cechą tych świadczeń jest całkowita kompensacja w pełnym zakresie szkody, którą pacjent ponosi w związku z zawinionym i błędnym leczeniem - spoczywa ona na lekarzu lub podmiocie leczniczym¹⁰.

Odpowiedzialność karna uregulowana w kodeksie karnym nie przywiduje odrębnej kwalifikacji czynu jako błąd medyczny, z tego względu lekarze odpowiadają za ujemne skutki swojego zachowania na zasad ogólnych za przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu. Podstawową przesłanką odpowiedzialności karnej jest czyn zabroniony, uregulowany i usankcjonowany w ustawie. Błąd jako zachowanie bezprawne będzie miał miejsce tylko w przypadku naruszenia normy prawnej przy jednoczesnym braku okoliczności wyłączającej bezprawność czynu. Czyn lekarza będzie więc ujemnie wartościowany tylko pod warunkiem naruszenia obiektywnego obowiązku przestrzegania zasad ostrożności wynikających z wiedzy i praktyki medycznej. W wyroku Sądu Najwyższego z 30 września 1960 r. stwierdzono: „Uszkodzenie ciała będące następstwami zabiegów leczniczych, a więc czynności zmierzających również do ochrony życia i zdrowia ludzkiego, pozbawione są cech materialnej bezprawności, pod warunkiem dokonania zabiegu w sposób zgodny z powszechnie uznawanymi zasadami wiedzy i sztuki lekarskiej¹¹. A więc nie możemy mówić o przestępstwie dopóki działania są zgodne z warunkami prawności czynności leczniczych, są legalne i nie naruszają dóbr prawnych, a je ratuje. A zatem, można stwierdzić, że niezachowanie wymogów ostrożności w postępowaniu medycznym stwarza zagrożenia dla zdrowia i życia pacjenta, a zatem narusza normę chroniącą te dobra¹².

Odpowiedzialność za błąd lekarski jest odpowiedzialnością za przestępstwa materialne. W naszym przypadku jest to normowany i sankcjonowany skutek w postaci negatywnych konsekwencji dla życia lub zdrowia. Błąd może się stać przyczyną śmierci pacjenta, spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lub innego rodzaju rozstroju zdrowia o lżejszym charakterze. Należy zwrócić uwagę, iż skutek może przybrać dwie formy: naruszenia dobra prawnego lub narażenia na niebezpieczeństwo takiego dobra. Ryzyko jest nieodłącznie związane z zabiegami leczniczymi i powstania ujemnych skutków nie da się wykluczyć. Często nie mają one nic wspólnego z jakąkolwiek winą czy zaniedbaniem ze strony lekarza, a są wynikiem zbiegu okoliczności czy zaistniałych warunków faktycznych. Warunkiem odpowiedzialności jest więc ustalenie związku między działaniem lub zaniechaniem a skutkiem. Związek powinien być udowodniony w sposób pewny albo bardzo wysoce prawdopodobny. Natomiast niezbędne jest, by zachowanie lekarza było jedną i wyłączną przyczyną takiego skutku¹³. W doktrynie rozważa się problem oceny zachowania lekarza, który stojąc przed koniecznością wyboru, ratuje dobro jednego pacjenta kosztem drugiego. Pogląd doktryny skłania do uznania, iż mamy do czynienia w tym przypadku ze stanem wyższej konieczności wyłączającym bezprawność¹⁴.

¹⁰ J. Brykczyński, op. cit., s. 33-37.

¹¹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 września 1960 r., sygn. akt II K 675/60, OSNPG 1961 nr 1 poz. 1

¹² R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, s. 230-233.

¹³ T. Sroka, *Odpowiedzialność Karne za niewłaściwe leczenie – problematyka obiektywnego przypisania skutku*, Warszawa 2013, s. 452-470.

¹⁴ E. Zatyka, *Lekarski obowiązek udzielenia pomocy*, Warszawa 2011, s. 130.

Wina w odpowiedzialności karnej stanowi w każdym przypadku niezbędny subiektywny warunek i ma zastosowanie tylko do zawinionego błędu lekarskiego. W wyroku SN z 30 września 1960 r. stwierdzono: „Nie każdy błąd w sztuce lekarskiej może obciążać lekarza, ale tylko taki błąd, który jest skutkiem co najmniej lekkomyślności lub niedbalstwa lekarza, a więc został przez niego zawiniony”. Zauważyć należy, iż błąd w sztuce lekarskiej związany jest z nieumyślnym naruszeniem zasad. Z tego względu stosuje się w postępowaniu faktyczne ustalenie czy sprawca przewidywał czy miał indywidualną możliwość przewidzenia ujemnych skutków¹⁵.

5. Odpowiedzialność etyczna, zawodowa lekarza

Powszechnie przyjmowany podział odpowiedzialności, to głównie cywilna i karna. Pierwsza ma na celu naprawienie szkody wyrządzonej przez jeden podmiot drugiemu. Natomiast druga skupia się na ukaraniu sprawcy, który dopuścił się czynu zabronionego. Odpowiedzialność zarówno cywilna, jak i karna jest powszechna, odpowiadają co do zasady wszyscy obywatele, z wyjątkiem niepełnoletnich i osób posiadających immunitet. Oprócz wymienionych głównych odpowiedzialności istnieje jeszcze jedna szczególna, której podlegają wyłącznie przedstawiciele zawodów zaufania publicznego. Jest nią odpowiedzialność zawodowa, rozumiana jest jako „ogół negatywnych następstw wymierzanych przez organy do tego upoważnione za takie zachowania, które przez system prawny uważane są za niewłaściwe”¹⁶. W szczególności odpowiedzialność ta polega na przestrzeganiu zasad wykonywania danego zawodu i obowiązujących w danym zawodzie zasad etyki. Istotą dochodzenia jest ukaranie sprawcy, ponieważ jest silnie wzorowana na odpowiedzialności karnej. Odpowiedzialność zawodowa cechuje również specyficzny sposób organizowania instytucji orzekających¹⁷. Przy odpowiedzialności cywilnej i karnej przyzwyczajaliśmy się do tego, iż sprawę prowadzą i wydają wyroki organy państwowe, np. policja, prokuratura czy sądy powszechne. Sprawa rozstrzygana przez korporację lekarską przedstawia się zupełnie inaczej, bo w tym przypadku odpowiedzialności orzeczenia wydają samorządy zawodowe pełniące rolę sądów zawodowych. Odpowiednikiem prokuratora jest rzecznik odpowiedzialności zawodowej, który bada sprawę, przesłuchuje świadków i decyduje czy skierować sprawę z wnioskiem do sądu, w takim przypadku pełni rolę oskarżyciela. Osoba ukarana ma prawo zaskarżyć decyzję sądu zawodowego do sądu powszechnego. Podstawą odpowiedzialności stanowi ustawa z 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2009 r. Nr 219, poz.1708). Odpowiedzialności zawodowej poświęcono artykuły od 53 do 112 tej ustawy, w kwestiach nieuregulowanych zastosowanie ma Kodeks postępowania karnego. W odróżnieniu od Kodeksu karnego, ustawa o izbach lekarskich nie wskazuje zamkniętego katalogu czynów uznawanych za przewinienia zawodowe. Teoretycznie za każde przewinienie sąd lekarski może wymierzyć karę¹⁸. Dopuszcza się wymierzenia przez sąd lekarski następujących kar:

- 1) Kary upomnienia;
- 2) Kary nagany;
- 3) Kary pieniężnej;
- 4) Kary zakazu pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach zdrowotnych na okres od roku do pięciu lat;

¹⁵ Kędziora, *op. cit.*, s. 240-245.

¹⁶ *Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych*, M. Figuła [red.], Warszawa 2013, s. 3.

¹⁷ *Ibidem*, s. 3-7.

¹⁸ *Ibidem*, s. 9-10.

- 5) Kary ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat;
- 6) Kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat;
- 7) Kary pozbawienia praw wykonywania zawodu.

Wymienione kary uszeregowane są od najłagodniejszej do najsurowszej i stanowią katalog zamknięty¹⁹.

Odpowiedzialność dyscyplinarna (pracownicza) to ostatni szczególny rodzaj. Jej podstawą prawną jest Kodeks pracy i skupia się na stosunku między pracodawcą a pracownikiem i szkodzi na rzecz osoby trzeciej. Pracownicy-lekarze ponoszą dodatkowo dwa rodzaje odpowiedzialności wobec pracodawcy – podmiotu leczniczego: odpowiedzialność materialną i porządkową. Za pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę podmioty lecznicze ponoszą pełną odpowiedzialność wobec osób poszkodowanych i są zobowiązane do naprawienia szkody i poniesienia związanym z tym kosztów. W razie wyrządzenia przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych szkody osobie trzeciej, do naprawienia szkody zobowiązany jest wyłącznie pracodawca (art. 120 k.p.). Wynika z tego, że co do zasady lekarz-pracownik nie jest zobowiązany do naprawienia szkody wyrządzonej pacjentowi podczas procesu leczenia. Podstawą odszkodowania jest stosunek prawny, który pacjent zawiera podmiotem leczniczym. Pracodawcy przysługuje jednak roszczenie regresowe do swojego pracownika, czyli mogą żądać zwrotu świadczenia. Zakres odpowiedzialności pracownika wobec pracodawcy zależy od stopnia winy. Zgodnie z art. 119 k.p. odszkodowanie należy się w wysokości wyrządzonej szkody. Przepis ten stosuje się do działania bądź zaniechania lekarza. Jeżeli вина jest nieumyślna odszkodowanie nie może przekraczać kwoty miesięcznego wynagrodzenia przysługującej pracownikowi w dniu wyrządzenia szkody. Jeżeli szkoda była popełniona umyślnie, pracodawca ma prawo dochodzić całej kwoty. Lekarze-pracownicy ponoszą również odpowiedzialność porządkową, która ma związek z zarządzeniem zakładem pracy. W szczególności za nieprzestrzeganie ustalonej organizacji i porządku w procesie pracy, przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych, stawiania się w pracy w stanie nietrzeźwym lub spożywanie alkoholu w czasie pracy. Za naruszenie przysługuje kara porządkowa w postaci: upomnienia, nagany lub kary pieniężnej. Przy zastosowaniu bierze się pod uwagę rodzaj naruszonego obowiązku, stopień winy i dotychczasowy stosunek do pracy. Na skutek ciężkich naruszeń pracodawca może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia z winy pracownika, czyli lekarza²⁰.

Na zakończenie pragnę zwrócić uwagę, iż prawo i bardzo szeroka interpretacja dotycząca podjętego zagadnienia zmieniła się znacznie względem poprzednich lat. Odpowiedzialność lekarza za nieudzielenie pomocy osobie, która znajduje się w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia przebiega dwutorowo. Zależy od tego czy lekarz jest gwarantem, czyli czy ciąży na nim szczególny prawny obowiązek troski o konkretnego chorego. Nie udzielając mu pomocy poniesie odpowiedzialność karną na zasadach, jaką by poniosła każda osoba. Jednak w tych przypadkach lekarze nie mogą się powołać na kryteria ograniczające obowiązek, które wyłączają przymus udzielenia pomocy przez osobę nieposiadającą odpowiednich kwalifikacji²¹.

¹⁹ *Ibidem.*, s. 37.

²⁰ Brykczyński, *op. cit.*, s. 16-17.

²¹ R. Tobiaszewski. *Człowiek jego prawa i odpowiedzialność*, Lublin 2013, s. 128.

Natomiast odpowiedzialność za błędy w sztuce lekarskiej z jednej strony stanowi ogromną zaletę, bo lekarze przestają być bezkarni, z drugiej natomiast to szansa do nadużyć. Pojawia się coraz większa ilość dokumentacji, działań administracyjnych i coraz mniej czasu na normalną aktywność lekarską. Powoduje to, iż osoby wykonujące ten zawód przestaną to robić z powołania, a staną się zwykłymi urzędnikami aparatu administracyjnego. A już w starożytności funkcjonowało powiedzenie Kwintyliana, iż „Nic nie jest tak potrzebne, jak medycyna²².”

The attitude of patients towards doctors, and more broadly to all areas of healthcare is highly ambivalent. On the one hand, omnipotence of medical science is believed in, and on the other hand the failure of therapy provokes suspicion of errors made by the doctor, negligence or even wrongful intent. Medical error complaints have been always present, yet their incidence has been recently on the increase, in particularly in highly developed countries. Medical error is a concept as old as medicine itself and its meaning, social and legal implications have evolved over time. A new development is the evolution of the “doctor’s error” concept towards the present “medical error” concept, since the patient’s well-being no longer depends on the doctor only, but rather on a number. A medical error is a preventable adverse effect of care, whether or not it is evident or harmful to the patient. This might include an inaccurate or incomplete diagnosis or treatment of a disease, injury, syndrome, behavior, infection, or other ailment. The word error in medicine is used as a label for nearly all of the problems harming patients. Medical errors are often described as human errors in healthcare. Whether the label is medical error or human error, one definition used for it in medicine says that it occurs when a healthcare provider chooses an inappropriate method of care or improperly executes an appropriate method of care.

²² R. Tymiński, *Odpowiedzialność prawna lekarzy w praktyce- wybór orzeczeń Sądu Najwyższego z lat 2000-2012*, Kraków 2013, s. 9.

BIBLIOGRAFIA

Akty prawne:

1. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej* z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483).
2. *Konstytucja Rumunii z dnia 21 listopada 1991 r.* w tłum. A. Cosma., Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 1996.
3. *Konstytucja Republiki Słowenii* w tłum. P. Winczorek, M.T. Wójcik, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 1994.
4. *Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia* (Dz. U z 1948 r., Nr 61, poz. 477).
5. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z 10 grudnia 1948 roku (Dz. U. z 1977 r. nr 38, poz. 167).
6. Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych (Nowy Jork , 16XII 1966), Dz.U.1977 nr 38 poz.167.
7. Konwencja o substancjach psychotropowych, sporządzona w Wiedniu dnia 21 lutego 1971 r. (Dz. U. 1976 nr 31 poz. 180).
8. Konwencja Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi, sporządzona w Wiedniu dnia 20 grudnia 1988 r. (Dz.U.1995.15.69).
9. FAO, *Food Quality and Safety Systems – A Training Manual on Food Hygiene and the Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP) System*, Rome 1998.
10. *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r.* (Dz. U. 2012 ,poz. 1169).
11. Rozporządzenie (WE) nr 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28 stycznia 2002 r. *ustanawiającego ogólne zasady i wymagania prawa żywnościowego, powołującego Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności oraz ustanawiającego procedury w zakresie bezpieczeństwa żywności* (Dz. Urz. WE L 31 z 01.02.2002, str. 1).
12. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady WE nr 852/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w *sprawie higieny środków spożywczych* (Dz. Urz. UE L 139 z 30.04.2004, str. 1).
13. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1333/2008 z dnia 16 grudnia 2008r. w *sprawie dodatków do żywności* (Dz.Urz. L 354/ z dnia 31.12.2008 r.
14. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1151/2012 z dnia 21 listopada 2012 r. w *sprawie systemów jakości produktów rolnych i środków spożywczych*.
15. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1305/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w *sprawie wsparcia rozwoju obszarów wiejskich przez Europejski Fundusz Rolny na rzecz rozwoju obszarów wiejskich (EFRROW) i uchylającego Rozporządzenie Rady (UE) nr 1698/2006* (Dz. U. UE L 347, str. 487).
16. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 282/2014 z dnia 11 marca 2014 r. w *sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014-2020) oraz uchylającego decyzję nr 1350/2007/WE* (Dz. Urz. UE L 86 z 21.3.2014 r.).
17. Parlament Europejski, Komisja Praw Kobiet i Równouprawnienia, *Sprawozdanie w sprawie zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego oraz praw w tej dziedzinie* (2013/2040(INI)), Sprawozdawczyni: Edite Estrela, 02 grudnia 2013 r.
18. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 178/2002 z dnia 28 stycznia 2002 roku (Dz. U. UE.L.2002.31.12 z 1 lutego 2002 roku).

19. Decyzja nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r., ustanawiającej drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008-2013 (Dz. Urz. WE L 301 z 20.11.2007).
20. Rezolucja Organizacji Narodów Zjednoczonych A/RES/47/88.
21. *Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. - Kodeks rodzinny i opiekuńczy* (Dz. U. 1964 nr 9 poz. 59 z późn. zm.).
22. *Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny* (Dz. U. 1964 nr 16 poz. 93 z późn. zm.).
23. *Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy* (Dz. U. 1974 nr 24 poz. 141).
24. *Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (Dz. U. 1982 Nr 35 poz. 230).
25. *Ustawa z dnia 31 stycznia 1985 r. o zapobieganiu narkomanii* (Dz. U. 1985 nr 4 poz. 15).
26. *Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej* (Dz. U. 1991 Nr 91 poz. 408 z późn. zm.).
27. *Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* (Dz. U. 2001, nr 154, poz. 1792).
28. *Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów* (Dz. U. Nr 138, poz. 682 z późn. zm.).
29. *Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. 1997 Nr 28 poz. 152 z późn. zm.).
30. *Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii* (Dz. U. 1997 nr 75 poz. 468).
31. *Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny* (Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553 z późn. zm.).
32. *Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym* (Dz. U. z 2005 r., Nr 109, poz. 908, z późn. zm.).
33. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz. U. 1997 nr 123 poz. 776).
34. *Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej* (Dz. U z 2016 r. poz. 543, 749).
35. *Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych* (Dz. U. 1998 nr 162 poz.1118).
36. *Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa* (Dz. U. 1999 Nr 60 poz. 636).
37. *Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia* (Dz. U. 2003 nr 45 poz. 391).
38. *Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych* (Dz. U z 2003 r., Nr 124, poz. 1152).
39. *Ustawa z dnia 27 czerwca 2003r. o rencie socjalnej* (Dz. U. 2003 nr 135 poz.1268).
40. *Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* (Dz. U. 2004 nr 64 poz.593).
41. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135).
42. *Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów* (Dz. U. Nr 169, poz. 1411 z późn. zm.).
43. *Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii* (Dz. U. 2005 nr 179 poz. 1485).

44. *Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia* (Dz. U. Nr 136, poz. 914, z późn. zm.).
45. *Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417).
46. *Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich* (Dz. U. 2009 nr 219, poz. 1708).
47. *Ustawa z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz o zmianie ustawy – Przepisy wprowadzające Kodeks karny* (Dz. U. Nr 141, poz. 1149).
48. *Ustawa z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych* (Dz. U. Nr 182, poz. 1228).
49. *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* (Dz. U. 2011 Nr 112 poz. 654).
50. *Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o zmianie ustawy o służbie cywilnej oraz niektórych innych ustaw* (Dz.U. 2011 nr 201 poz. 1183).
51. *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* (Dz. U. 2016, poz.1638).
52. *Ustawa z dnia 20 lutego 2015 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich w ramach Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014–2020* (Dz. U. z 2015, poz. 349).
53. *Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. Kodeks karny* (Dz. U. z dnia 15 lipca 1932 r.).
54. *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 maja 1996 r. w sprawie sposobu ustalania wynagrodzenia w okresie niewykonywania pracy oraz wynagrodzenia stanowiącego podstawę obliczania odszkodowań, odpraw, dodatków wyrównawczych do wynagrodzenia oraz innych należności przewidzianych w Kodeksie pracy* (Dz. U. Nr 62, poz. 289 ze zm.).
55. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. Z 2008 r., Nr 81, poz. 484).
56. *Zarządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 kwietnia 2006 r. w sprawie nadania statutu Ministerstwu Zdrowia* (M.P z 2016 r. poz. 369).
57. *Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 marca 2016 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia* (Dz. Urz. MZ z 2016 r., poz. 32).
58. „Strategia Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej”, dokument podpisany przez Prezydenta RP w dniu 5 listopada 2014 r., na wniosek Prezesa Rady Ministrów.
59. *Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. - Karta Praw Osób Niepełnosprawnych* (M.P. 1997 nr 50 poz.475).
60. NIK, *Informacja o wynikach kontroli. Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym*, Warszawa, 10 marca 2015 (KZD-4101-003/2014).

Orzecznictwo:

1. Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 1977 r., IV PZP 4/77, OSP 1978, nr 3, poz. 42.
2. Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 1977 r., III CZP 80/77, OSN 1978, nr 5-6, poz. 84.
3. Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 31 sierpnia 1994 r., I KZP 20/94, OSNKW 1994, nr 9-10, poz. 58.
4. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 września 1960 r., sygn. akt II K 675/60, OSNPG 1961 nr 1 poz. 1.
5. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 grudnia 1972 r., II PR 254/72, PiZS 1974, nr 1, poz. 77.

6. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 1975 r., I PR 291/74, OSNP 1976, nr 1, poz. 15.
7. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 czerwca 1975 r., V PRN 2/75, OSNP 1976, nr 4, poz. 10.
8. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 lutego 1976 r., III PR 21/76, PiZS 1977, nr 10, poz. 68.
9. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 maja 1977 r., IV PR 109/77, LexPolonica nr 317682.
10. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 marca 1985 r., IV PR 32/85, LEX nr 14633.
11. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 kwietnia 2000 r., I PKN 594/00, PPiPS 2001, nr 7-8, s. 3.
12. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 maja 2001 r., I PKN 432/00, OSNAP 2001, nr 9, poz. 310.
13. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 grudnia 2004 r., I PK 71/04, OSNP 2005, nr 19, poz. 301.
14. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 czerwca 2005 r., III PK 45/05, LEX nr 1620327.
15. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 listopada 2007 r., V KK 81/07, OSNKGW 2008/2/14.
16. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 2008 r., II PK 120/07, OSNAPiUS 2009, nr 3-4, poz. 120.
17. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 2008 r., II CSK 618/07, OSNC-ZD 2009, nr 2, poz. 41.
18. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., II PK 159/10, OSNAPiUS 2012, nr 7-8, poz. 87.
19. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 lutego 2011 r., II PK 189/10, LEX nr 811844.
20. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 lipca 2011 r., II PK 22/11, MoPr 2012, nr 1, poz. 34.
21. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 8 lutego 2006 r., I ACa 1131/15, LEX nr 194522.
22. Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 14 listopada 2008 r., I ACa 849/08, OSAW 2010, nr 2, poz. 168.

Literatura:

1. Adamkiewicz M. [red.], *Interdyscyplinarny wymiar bezpieczeństwa: profesorowi doktorowi habilitowanemu Zenonowi Trejnisowi z okazji siedemdziesiątych urodzin*, pod Wojskowa Akademia Techniczna, Warszawa 2012.
2. Adamowski T., Kiejna A., *Zaburzenia psychiczne występujące wśród weteranów konfliktów zbrojnych* w : *Advances in Clinical and Experimental Medicine* 15 (2), Wrocław 2006.
3. Bała P., Załucki M. [red.], *Prowadzenie działalności leczniczej*, Warszawa 2013.
4. Baran K. [red.], *Kodeks pracy, Komentarz*, Warszawa 2016.
5. Barker C., *Studia kulturowe. Teoria i praktyka*, tłum. A. Sadza, Wyd. UJ, Kraków 2005.
6. Bartoszewski J., *Człowiek XXI wieku. Recepcja kartezjańskiej filozofii przyrody*, Kraków 2012.
7. Basak G. W., W. W. Jędrzejczak, *Mobilizacja krwiotwórczych komórek macierzystych – wczoraj i dziś*, „Hematologia” 2012, tom 3, nr 1.
8. Batawia S., *Społeczne skutki nałogowego alkoholizmu*, Warszawa 1951.
9. Bauman Z., *Ponowoczesność jako źródło cierpień*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2000.
10. Bączyk-Rozwadowska K., *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2013.
11. Beck U., *Gegengifte. Die organisierte Unverantwortlichkeit*, Edition Suhrkamp 1988.
12. Beck U., *Macht und Gegenmacht im globalen Zeitalter: Neue weltpolitische Ökonomie* (suhrkamp taschenbuch) Taschenbuch – 22. Juni 2009.
13. Beck U., *Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*, Wyd. Scholar, Warszawa 2002.
14. Beck U., *Was ist Globalisierung? Irrtümer des Globalismus - Antwort auf Globalisierung Broschiert – Edition Suhrkamp, 3. Dezember 2004.*

15. Beck U., *Weltrisikogesellschaft. Auf der Suche nach der verlorenen Sicherheit*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, Taschenbuch – 17. November 2008.
16. Beck U., *Weltrisikogesellschaft. Weltöffentlichkeit und globale Subpolitik* Picus Verlag GmbH, 1997.
17. Beck U., *World Risk Society: Towards a New Modernity* (Published in association with Theory, Culture & Society) Paperback – 3 Sep 1992(1999).
18. Bieniek G., *Odpowiedzialność materialna pracowników w praktyce*, Warszawa 1988.
19. Blaxter M., *Zdrowie*, Warszawa 2009.
20. Błęszyński J., Rajski J. [red.], *Rozprawy z prawa cywilnego, Księga pamiątkowa ku czci Witolda Czachórskiego*, Warszawa 1985.
21. Borkowska I., *Polityka zdrowotna w perspektywie socjologicznej społeczne wyobrażenia i oczekiwania w: Uwarunkowania prawne ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, Wyd. Temida 2, Białystok 2011.
22. Borkowski M., *Reklama produktów leczniczych i podobnych mających wpływ na zdrowie i życie ludzkie. Problematyka prawna*, niepublikowana rozprawa doktorska, Olsztyn 2011.
23. Bromber P. i in., *System ochrony zdrowia w Polsce*, CeDeWu, Warszawa 2015.
24. Brykczyński J., *Odpowiedzialność cywilna lekarza i podmiotu leczniczego za szkodę medyczną*, Poznań 2013.
25. Brykczyński J., *Odpowiedzialność cywilna lekarza i podmiotu leczniczego za szkodę medyczną*, Poznań 2013.
26. Bujny J., *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2007.
27. Chmiczewski K., Kocik J., Szkoda M.T., *Bioterroryzm zasady postępowania lekarskiego*, Wyd. PZWL, Warszawa 2002.
28. Czapliński J., *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu zdrowiu i sile i cnotach człowieka*, Warszawa 2004.
29. Czyżewski M., *Między panoptyzmem i „rządomyślnością”*, Kultura Współczesna 2(2009), s. 83-95.
30. Dąbrowska I., *Co zdrowie niszczy, gospodarczo rujnuje i szkodę społeczną przynosi*, Warszawa 1953.
31. Denys A., *Terroryzm-Zagrożenia w Polsce*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2014.
32. Domaradzki J., *O definicjach zdrowia i choroby*, Folia Medica Lodziensia, 2013, 40/1, s. 6 [cyt. za:] Kowalski M., Gawel A., *Zdrowie, wartość, edukacja*, Kraków 2006.
33. Domżał U., *Opieka państwa i organizacji pozarządowych nad dzieckiem w latach 1919-1939*, Łódź 2009.
34. Drabik K., *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne*, Akademia Obrony Narodowej, Warszawa 2013.
35. Drabik K., *Natura bezpieczeństwa w perspektywie personalnej i strukturalnej*, Akademia Obrony Narodowej, Warszawa 2013.
36. Drozdowska U., Wnukiewicz-Kozłowska A [red.] ., *Prawa pacjenta*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2016.
37. Dubisz S. [red.], *Uniwersalny słownik języka polskiego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, tom 1.
38. Duda J., *Cywilnoprawna problematyka transplantacji medycznej*, Warszawa 2011.

39. Dymek D., *Alkoholizm w rodzinie a przestępczość nieletnich*, Słupsk 1977.
40. Dzienniki Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej z lat: 1921, 1923, 1924, 1927.
41. Edwards G. i inni, *Polityka wobec alkoholu i dobro publiczne*, Warszawa 1995.
42. EHLEIS, Raporty Krajowe, nr 7 – kwiecień 2014.
43. Eurostat, *Newsrelease*, 99/2013, 21 June 2013.
44. Falewicz J.K., *Walka o trzeźwość narodu*, Warszawa 1982.
45. Fechner N., Nęcki Z. [red.], *Bezpieczeństwo zdrowotne - ujęcie interdyscyplinarne. Podmioty, środowiska i obszary wyzwań oraz zagrożeń zdrowotnych*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, Poznań 2015.
46. Figuła M., *Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych*, Warszawa 2013.
47. Filar M., *Odpowiedzialność karna związana z nieterapeutycznymi czynnościami lekarskimi*, PiM 2000, nr 5.
48. Fiutak A., Kozik M., Podleśny T., Szczurba P., Zblewska-Wrońska K., *Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych, Przepisy – Przykłady – Orzecznictwo*, Warszawa 2013.
49. Fiutak A., *Odpowiedzialność lekarza za błąd w sztuce*, Jurysta 2011.
50. Fiutak A., *Prawo w medycynie*, Warszawa 2013.
51. Florek L. [red.], *Kodeks pracy, Komentarz*, Warszawa 2011.
52. Foucault M., *Bezpieczeństwo, terytorium, populacja*, tłum. M. Herer, Wyd. PWN, Warszawa 2010.
53. Foucault M., *Filozofia, historia, polityka. Wybór pism*, tłum. D. Leszczyński, L. Rasiński, Wyd. PWN, Warszawa-Wrocław 2000.
54. Gałęcka F., *O stacjach opieki nad matką i dzieckiem*, Łódź 1932.
55. Garlicki L., *Polskie prawo konstytucyjne- zarys wykładu*, Wydawnictwo Liber, Warszawa 2011.
56. Giddens A., *Consequences of Modernity*, Cambridge 1990.
57. Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, Przeł. A. Szulżycka, Wyd. PWN, Warszawa 2010.
58. Góra Z. [red.], *Odpowiedzialność pracownicza*, Warszawa 2013.
59. Góral R., *Zarys chirurgii. Podręcznik dla studentów medycyny. Tom I*, Warszawa 1987.
60. Górski A., *Leksykon prawa medycznego*, Warszawa 2012.
61. Grabowski R., *Prawo do ochrony życia w polskim prawie konstytucyjnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2006
62. Granowska B. i in., *Prawa człowieka i ich ochrona – podręcznik dla studentów prawa i administracji*, Wydawnictwo Dom Organizatora, Toruń 2005.
63. Grego-Hoffman M., *Odpowiedzialność podmiotów leczniczych i personelu medycznego*, Wrocław 2013.
64. Grego-Hoffmann M., *Odpowiedzialność podmiotów leczniczych i personelu medycznego*, Wydawnictwo PRESSCOM Sp. z o. o., Wrocław 2013.
65. Gronowska B., *Prawa człowieka i ich ochrona*, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa "Dom Organizatora" Toruń 2010
66. Grzywo-Dąbrowski W., *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem pracy zawodowej (w zakresie rozpoznawania i leczenia chorób oraz wydawania orzeczeń lekarskich)*, Warszawa 1958.

67. Gwiazdowicz-Włodarczyk E., *Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza*, Nr 3/2013.
68. Habrat B., *Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem*, Warszawa 1996.
69. Harebko J., *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*, Warszawa 2010.
70. Hołyst B., *Bezpieczeństwo gatunku ludzkiego*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016.
71. Hołyst B., *Bezpieczeństwo ogólne problemy badawcze*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2014.
72. Horwath D., *Dyskurs*, tłum A. Gąsior-Niemiec, Oficyna Naukowa, Warszawa 2008.
73. Hryniewicz J., *Spółeczeństwo ryzyka. Teoria, model, analiza krytyczna*, Przegląd Socjologiczny 63(2014), z. 2.
74. Jacek A., Sarnacka E., *Prawo medyczne i orzecznictwo lekarskie, Repetytorium do LEK i LDEK*, Warszawa 2015.
75. Jarosz M. [red.], *Alkohol w zakładzie pracy*, Warszawa 1990.
76. Jaśkowski K. [red.], *Kodeks pracy, Tom I, Komentarz LEX*, Warszawa 2012.
77. Jemioła T., Malak K., *Bezpieczeństwo zewnętrzne Rzeczypospolitej Polskiej*, Wyd. AON, Warszawa 2002.
78. Jończyk J. [red.], *Kodeks pracy, Komentarz*, Warszawa 1977.
79. Kaczmarczyk H., w: *Prawne aspekty cywilizacyjnych zagrożeń zdrowia*, Wyd. Difin, Warszawa 2016.
80. Kapka L., *The issues behind public health terminology and classification in EU countries*, Wyd. Educator, Częstochowa 2010.
81. Karaś R., *Teorie motywacji w zarządzaniu*, Poznań 2003.
82. Karkowska D., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016.
83. Karkowska D., *Zawody medyczne*, Warszawa 2012.
84. Kędziora R., *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, el./ LEX.
85. Kędziora R., *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009.
86. Kępka Cz., *Dziecko sieroce i opieka nad nim w Polsce w okresie międzywojennym*, Lublin 1991.
87. Kieniewicz S., *Historia Polski 1795-1918*, Warszawa 1983.
88. Kil A., *Nadzorować i nie karać – o rządomyślnym obliczu dziennikarstwa obywatelskiego. Krytyczne studia nad dyskursem*, Palimpsest. Czasopismo socjologiczne, 2(2012).
89. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10.*, Wyd. Vesalius, Kraków 1998.
90. Kluz M., *Kliniczne i etyczne aspekty medycyny transplantacyjnej*, „Roczniki teologii moralnej” 2011, t. 3(58).
91. Kocowski T., Gruszka M., *Ustawa o państwowych ratownictwie medycznym a bezpieczeństwo zdrowotne obywateli*, Wrocław 2011.

92. Kokot R., Banasiewicz M., *Z problematyki odpowiedzialności karnej za błąd w sztuce lekarskiej*, NKPK 2009, nr XXIV.
93. Kopec T., *Rozwój opieki społecznej nad matką i dzieckiem w Polsce*, Warszawa 1936.
94. Korycki S., Kuciński J., Trzciński Z., Zaborski J., Zarys Prawa, Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis, Warszawa 2006.
95. Korzeniowski L. F., *Podstawy nauk o bezpieczeństwie*, Warszawa 2012.
96. Korzycka-Iwanow M., *Prawo żywnościowe. Zarys prawa polskiego i wspólnotowego*, Wyd. Lexis Nexis Warszawa 2007.
97. Kropińska S., Wieczorowska-Tobis K., *Opieka geriatryczna w wybranych krajach Europy*, Geriatria 2009, 3.
98. Krzakowski M., Warzocha K. [red.], *Zalecenie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych* Warszawa 2013.
99. Kubiak R., *Wykłady specjalizacyjne. Prawo medyczne*, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2014.
100. Kubiak R., *Prawo medyczne*, Warszawa 2014.
101. Kuźniar R., *Prawa człowieka: prawo, instytucje, stosunki międzynarodowe*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2000
102. Leczyk M., *Oblicze społeczno-polityczne Drugiej Rzeczypospolitej*, Warszawa 1988.
103. Lemanowicz P., Daroszewska T., *Stres i pomoc psychologiczna w misjach wojskowych. Poradnik dla dowódców*, Warszawa 2004.
104. Lemke T., *Biopolityka*, tłum. T. Dominiak, Wyd. Sic!, Warszawa 2010.
105. Lemke T., *Foucault, rządomyślność, krytyka*, Recykling idei, 9, tłum. J. Maciejczyk http://www.recykling-idei.pl/lemke_foucault_rzadomyślność_krytyka
106. Lewaszkiewicz-Petrykowska B., *Wyrządzenie szkody przez kilka osób*, Warszawa 1978.
107. Lipowicz M., *Krytyka nowoczesnych stosunków społecznych jako podstawa ponowoczesnej sztuki życia – egzystencjalny wymiar dzieła Michela Foucaulta*, Analiza i Egzystencja 21(2013).
108. Liszewska A., *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998.
109. Maarse H., *Europejska reforma służby zdrowia – doświadczenia zachodnioeuropejskie i wnioski dla krajów Europy Środkowo-Wschodniej*, Warszawa 2004.
110. Majkut Z., *Bezpieczeństwo ekonomiczne lokalnej społeczności*, w: *Bezpieczeństwo społeczności lokalnej*, red. A. Lewkowicz, T. Majer, Wyd. WPIA UWM w Olsztynie, Olsztyn 2012.
111. Markiewicz A., *Środki odurzające a młodzież*, Warszawa 1997.
112. Monastyrzewska E. M., *Psychologiczne i prawne aspekty transplantacji ex vivo*, „Medycyna ogólna i nauki o zdrowiu” 2014, Tom 20, Nr 2.
113. *Monitor Polski*, 1920.
114. Mróz T. [red.], *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Temida 2, Białystok 2011.
115. Muszalski W. [red.], *Kodeks pracy. Komentarz*, Warszawa 2009.
116. Muszalski W. [red.], *Kodeks pracy. Komentarz*, Warszawa 2011.
117. Nałęcz M., *Prawo pracy po zmianach, cz. II*, Monitor Prawniczy 2002, nr 22, poz. 1028.
118. Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2010.
119. Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Wydawnictwo „Dom Organizatora”, Toruń 2010.

120. Nesterowicz M., *Stosunek prawa pracy do przepisów kodeksu cywilnego o czynach niedozwolonych*, Palestra 1977, nr 7.
121. *Odpowiedzialność lekarza zatrudnionego na umowę o pracę*, <http://blog-med.asecurama.pl/1392-odpowiedzialnosc-lekarza-zatrudnionego-na-umowe-o-prace> [dostęp: 28.06.2016 r.].
122. *Odpowiedzialność majątkowa lekarzy*, <http://www.klch.pl/aktualnosci/20-odpowiedzialnosc-majatkowa-lekarzy.html> [dostęp: 28.06.2016 r.].
123. *Odpowiedzialność prawna pracowników medycznych. Przepisy – Przykłady – Orzecznictwo*, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2013.
124. Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Finansów – z upoważnienia ministra – na interpelację nr 13557 w sprawie ulgi rehabilitacyjnej dla osób niepełnosprawnych.
125. Olejniczak E., Kukiełka B., *Medialny obraz transplantacji ex mortuo a przepisy prawa*, „Folia Linguistica” 2012, Nr 46.
126. *Opieka nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą w Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 1928.
127. Osiatyński W., *Prawa człowieka i ich granice*, Znak, Kraków 2011.
128. Ożóg M., *Transgresje panoptikonu. Nadzór w dobie technologii cyfrowych*, Kultura Współczesna 2(2009).
129. Paszkowska M., *Ochrona zdrowia w Unii Europejskiej*, [w:] „Prawo i medycyna”, t. 6, 2004, nr 3.
130. Paszkowska M., *Odpowiedzialność prawna „etatowca” i „kontraktowca”*, <http://medium.dilnet.wroc.pl/index.php/padziernik-2015/834-etat-czy-kontrakt-odpowiedzialno-prawna-etatowca-i-kontraktowca> [dostęp: 28.06.2016 r.].
131. Petrozalin-Skowrońska B. [red.], *Mała Encyklopedia PWN*, Warszawa 1996.
132. *Pielęgniarki oskarżone o narażenie życia wcześniaków*, Gazeta Wyborcza z dnia 30 kwietnia 2007 r.
133. Pieprzny S., *Administracja bezpieczeństwa i porządku publicznego*, Wyd. Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2012.
134. Pikulski S., *Prawne środki zwalczania terroryzmu*, Wyd. UWM, Olsztyn 2000.
135. Piórkowska – Flieger J., Szwarczyk M., *Warunki dopuszczalności zabiegu leczniczego i eksperymentu medycznego w świetle nowej ustawy o zawodzie lekarza*, Rzeszowskie Zeszyty Naukowe „Prawo -Ekonomia”, Tom XXIII, 1998 r.
136. Pisarczyk Ł., *Różne formy zatrudniania*, Warszawa 2003.
137. Pokruszyński W., *Filozofia bezpieczeństwa*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Gospodarki Euroregionalnej im. Alcide De Gasperi, Józefów 2013.
138. Projekt Ustawy o opiece nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą. AAN, sygn. 533.
139. Przetacznik F., *The right to life as a basic Human Right*, Human Right Journal, 1976, No. IX-4
140. Public Health Classification Project. Phase One: Final report. Report to the National Public Health Partnership Group. National Public Health Partnership, December 2005.
141. Radzki J., *Ryzyko zabiegów lekarskich w prawie karnym*, Warszawa 1967, s. 45-51

142. Red. M. Szyszkowska, *Filozofia prawa*, Lexis Nexis, Warszawa 2002
143. red. Szewczak M., Drop B., Śmiech R., *Prawo ochrony zdrowia*, Lublin 2013.
144. Redelbach A., *Prawa naturalne – prawa człowieka – wymiar sprawiedliwości*, TNOiK, Toruń 2000
145. Ruszkiewicz B., Pietkiewicz M. w: *Bezpieczeństwo społeczności lokalnej* red: A. Lewkowicz, T. Majer, Wyd. UWM, Olsztyn 2012.
146. Rzepecki J., *Społeczne koszty wypadków przy pracy*, Centralny Instytut Ochrony Pracy–Państwowy Instytut Badawczy, http://rop.sejm.gov.pl/1_Old/opracowania/pdf/material62.pdf
147. Sadlik R., *Odpowiedzialność materialna i porządkowa pracowników*, Gdańsk 2012.
148. Salwa Z.[red.], *Kodeks pracy, Komentarz*, Warszawa 2004.
149. Sankowska M., Kauc L., *Transplantacja szpiku i transplantacja komórek krwiotwórczych krwi obwodowej*, Warszawa 2000.
150. Sarnecki P., *Prawo konstytucyjne Rzeczypospolitej Polskiej*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2008.
151. *Sąd umorzył sprawę pielęgniarek, które fotografowały się z wcześniakami*, Rzeczpospolita z dnia 24 października 2007 r.
152. Schooyans M., *Aborcja a polityka*, Lublin 1991.
153. Seligman M., *Pełnia życia. Nowe spojrzenie na kwestię szczęścia i dobrego życia*, Media Rodzina, Poznań 2011.
154. Sieńko A., *Błędy medyczne - odpowiedzialność lekarza i placówki medycznej. Jak uniknąć kosztownych pułapek*, Warszawa 2013.
155. Sieńko A., *Błędy medyczne – odpowiedzialność lekarza i placówki medycznej. Jak uniknąć kosztownych pułapek*, Wydawnictwo Wiedza i Praktyka, Warszawa 2015.
156. Sieńko A., *Błędy medyczne – odpowiedzialność lekarza i placówki medycznej, Jak uniknąć kosztownych pułapek*, Warszawa 2015.
157. Sitarz-Żelazna Z., *ABC przeszczepiania szpiku*, Kielce 2010.
158. Sitek W., *Zadośćuczynienie w sprawach wrongful life w świetle prawa polskiego*, PiP 2010.
159. Skoczyński J., *Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez pracownika osobie trzeciej przy wykonywaniu obowiązków pracowniczych*, PiZS 1998, nr 11.
160. Skotnicka J., *Analiza zaburzeń polskich żołnierzy po stresie traumatycznym po powrocie z misji stabilizacyjnej w Iraku*, Psychiatria Polska 47(6): 1065–1075, Kraków 2013.
161. Sławik K., *Zagrożenia życia i zdrowia ludzkiego w Polsce*, Warszawa 2015.
162. Sobczyk A. [red.], *Kodeks pracy, Komentarz*, Warszawa 2015.
163. Soszyńska D., *Chcę aby on nie pił*, Warszawa 1982.
164. Sprutta K., *Zatrudnianie, czas pracy i wynagrodzenie w podmiotach leczniczych*, Wrocław 2013.
165. Sroka T., *Odpowiedzialność Karna za niewłaściwe leczenie – problematyka obiektywnego przypisania skutku*, Warszawa 2013.
166. Sroka T., *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie . Problematyka obiektywnego przypisania skutku*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2013.
167. Stankiewicz P., *W świecie ryzyka. Niekończąca się opowieść Ulricha Becka*, Studia Socjologiczne 2008, 3 (190).

168. Sulowski S., Brzeziński M. [red.], *Bezpieczeństwo wewnętrzne państwa. Wybrane zagadnienia*, Warszawa 2009.
169. Szpunar A., *Odpowiedzialność Skarbu Państwa za funkcjonariusza*, Warszawa 1985.
170. Ślipko T., Starowieyski M., Muszala A., *Aborcja - spojrzenie filozoficzne, teologiczne, historyczne i prawne*, Kraków 2010.
171. Śliwka M., *Brak umowy ubezpieczenia na rzecz pacjenta w kontekście postępowania przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, Komentarz praktyczny*, Serwis Prawo i Zdrowie Wolters Kluwer S.A., publikacja nr 144770.
172. Świeboda P. [red.], *Innowacje w sektorze ochrony zdrowia w Unii Europejskiej*, Warszawa 2007.
173. Świącicki A., *Alkohol. Zagadnienia polityki społecznej*, Warszawa 1968.
174. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*, Wyd. WHO Genewa 1993.
175. Tobaszewski R., *Człowiek jego prawa i odpowiedzialność*, Lublin 2013.
176. Tokarczyk R., *Prawa narodzin, życia i śmierci*, Warszawa 2012.
177. Tokarski J., *Słownik wyrazów obcych*, Warszawa 1971.
178. Tyc A., *Ciężar dowodu w prawie pracy, Studium na tle prawnoporównawczym*, Warszawa 2016.
179. Tymiński R., *Odpowiedzialność prawna lekarzy w praktyce- wybór orzeczeń Sądu Najwyższego z lat 2000-2012*, Kraków 2013.
180. Tymiński R., *Odpowiedzialność prawna lekarzy w praktyce. Wybór orzeczeń Sądu Najwyższego z lat 2000-2012*, Medycyna Praktyczna, Kraków 2013.
181. Tymiński R., *Prawo medyczne, Podręcznik dla lekarzy i studentów wydziałów lekarskich*, Warszawa 2014.
182. Tyrała P., *Zarządzanie bezpieczeństwem*, Wyd. Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 2000.
183. Tyrała P., *Zarządzanie kryzysowe; ryzyko, bezpieczeństwo, obronność*, Toruń 2001.
184. Urząd Publikacji Unii Europejskiej, *Zrozumieć politykę Unii Europejskiej - Zdrowie publiczne*, Luksemburg 2016.
185. Wald I. [red.], *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, Warszawa 1986.
186. Watson J. , *Health and Structural Funds in 2007-2013: Country and regional assessment*.
187. Wąsek A., Zawłocki R., *Kodeks karny. Część szczególna, Komentarz do artykułów 117-221, Tom I, Wydanie 4*, Warszawa 2010.
188. Westerling R., *The harmonization of the medical speciality in public health in the EU countries - a challenge for the profession.*, Eur J Public Health 2009 nr 19(3).
189. Williams P. D. [red.] *Studia bezpieczeństwa*, Kraków 2012.
190. Winczorek P., *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, wyd. 2, Wydawnictwo Liber 2008.
191. Wojciechowski P., *Wspólnotowy model urzędowej kontroli żywności*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2008.

192. Wojtyniak B., Stokwiszewski J., *Regional and social differences in health status of the adult Polish population*, w: *Social Inequalities in health in Poland*. WHO Regional Office for Europe 2012.
193. Wolanin J., *Zarys bezpieczeństwa obywateli*, Szkoła Główna Straży Pożarnej, Warszawa 2006.
194. Wrześniewska-Wal I., *Wspólnotowe regulacje prawne w obszarze zdrowia publicznego* [w:] *Prawo i Medycyna* 2004/4.
195. *Wybór dokumentów prawa międzynarodowego dotyczących praw człowieka*, red. Zubik M., t. 2, Warszawa 2008.
196. *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce. Monografie nr 128*, Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego, Siedlce 2011.
197. Z. Góral [red.], *Rozstrzyganie indywidualnych sporów ze stosunku pracy*, Warszawa 2013.
198. Zakrzewski P., *Losy życiowe i przestępczość młodych alkoholików*, Warszawa 1977.
199. Zalewski S., *Bezpieczeństwo polityczne państwa. Studium funkcjonalności instytucji*, Akademia Podlaska Siedlce, Siedlce 2010.
200. Zatyka E., *Lekarski obowiązek udzielenia pomocy*, Warszawa 2011.
201. Zielińska E., *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Wydawnictwo LIBER, Warszawa 2001.
202. Zięba A., *Historia Legalizacji Aborcji*, Blog Pro-Life, 2016, <http://blog.pro-life.pl/opracowania/historia-legalizacji-aborcji/>
203. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*, Warszawa 1988.
204. Żarnowski J., *Spółeczeństwo Drugiej Rzeczypospolitej 1918-1939*, Warszawa 1973.
205. Żukiewicz A., *Bezpieczeństwo publiczne u progu XXI wieku*, Wrocław 2002.
206. Żukrowska K. [red.], *Bezpieczeństwo międzynarodowe. Przegląd aktualnego stanu*, Warszawa 2011.

Źródła internetowe:

1. Cembrowska D., *Auto-, allo-, syn-, czyli słów kilka o przeszczepach szpiku*, <https://www.dawca.pl/>
2. *Dobrostan subiektywny*, https://pl.wikipedia.org/wiki/Dobrostan_subiektywny
3. Europejska Agencja ds. Leków http://europa.eu/about-eu/agencies/regulatory_agencies_bodies/policy_agencies/ema/index_pl.htm [dostęp: 20.04.2016 r.]
4. Europejska Fundacja na rzecz Poprawy Warunków Życia i Pracy (EUROFOUND) http://europa.eu/abouteu/agencies/regulatory_agencies_bodies/policy_agencies/eurofound/index_pl.htm [dostęp: 20.04.2016 r.]
5. Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA) http://europa.eu/abouteu/agencies/regulatory_agencies_bodies/policy_agencies/efsa/index_pl.html [dostęp: 20.04.2016 r.]
6. Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC): http://europa.eu/about-eu/agencies/regulatory_agencies_bodies/policy_agencies/ecdc/index_pl.htm [dostęp: 20.04.2016 r.]
7. Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, *Informacje o ciężach nieletnich, gwałcie i aborcji*, http://www.federa.org.pl/?option=com_content&view=article&id=6&Itemid=14
8. Gosc.pl, *Ordo Iuris*, <http://gosc.pl/doc/3044791.Jest-nowy-projekt-ustawy-antyaborcyjnej>,

9. Hady J., Leśniowska M., *Finansowanie polskiego systemu opieki zdrowotnej na tle wybranych krajów Unii Europejskiej*,
https://rf.gov.pl/files/20725__5260__Joanna_Hady__Malgorzata_Lesniowska__Finansowanie_polskiego_systemu_opieki_zdrowotnej_na_tle_wybranych_krajow_Unii_Europ.pdf
10. *Health Systems Strengthening Glossary* WHO, <http://tinyurl.com/htlsl63>.
11. <http://biznes.onet.pl/praca/zarobki/mediana-plac-w-polsce-w-2014-roku/0z99lj>.
12. <http://encyklopedia.pwn.pl/encyklopedia/bezpiecze%C5%84stwo.html>
13. http://fakty.interia.pl/polska/news-radziwill-sa-ludzie-ktorzy-chca-zrobic-mi-krzywde-atakuja-mo,nId,2194839#utm_source=paste&utm_medium=paste&utm_campaign=firefox.
14. <http://mamadu.pl/121157,to-polki-rodza-najwiecej-dzieci-w-europie>.
15. <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/nietrzezwi-sprawcy-prz/50862,Nietrzezwi-sprawcy-przestepstw.html>
16. <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie/50863,Przemoc-w-rodzinie.html>
17. http://www.diagnoza.com/pliki/raporty_tematyczne/Niska_dzietnosc_w_Polsce.pdf.
18. <http://www.euractiv.pl/politykaspoleczna/artukul/nowa-strategia-alkoholowa-w-2016-r-007696>
19. <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2015/hyg-2015-2-314.pdf>
20. <http://www.michalstopka.pl/polska-katastrofa-demograficzna-prognoza-demografii-gus-2014-a-2002-i-2007/>.
21. <http://www.mojanorwegia.pl/czytelnia/polityka-alkoholowa-w-norwegii-6899.html>
22. <http://www.money.pl/gospodarka/wiadomosci/artukul/poprawia-sie-bezpieczenstwo-w-pracy,242,0,2072306.html>.
23. <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/322598>
24. http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_283876.pdf.
25. <http://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/szkody-zdrowotne>
26. <http://www.polskieradio.pl/42/273/Artykul/1536608,Alkoholizm-w-Polsce-jest-cztery-razy-wiecej-sklepow-z-alkoholem-niz-dopuszcza-norma-WHO>
27. <http://www.polskieradio.pl/7/172/Artykul/1065613,Alkohol-i-Polacy-Wiecej-strat-niz-korzysty-a-polityki-alkoholowej-brak>
28. <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/62-wiat-problemow/787-z-perspektywy-historycznej.html>
29. http://www.unic.un.org.pl/konf_obchody/obchody.php#niepelnosprawni1
30. http://wyborcza.biz/biznes/1,147880,13814197,Koszt_spoeczny_smierci_w_pracy_to_79_tys_zl_w_ypadku.html#ixzz47JHtf1ZT.
31. <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/viewFile/29095/23860>
32. <https://przeszczepy.wordpress.com/jak-zostac-dawca-szpiku/>
33. <https://www.dkms.pl/pl/rak-krwi>
34. <https://www.pfron.org.pl/pl/komunikaty/3186,List-od-Prezesa-Zarzadu-PFRON-25-lat-ustawy-o-rehabilitacji.html>
35. Informacja Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych
<http://www.niepelnosprawni.gov.pl/art,14,uznawanie-dokumentow-w-obrebie-unii-europejskiej>

36. Kamińska J., *Więzenie za aborcję. Obywatelski projekt ustawy czeka na akceptację*, <http://fakty.interia.pl/tylko-u-nas/news-wiezienie-za-aborcje-obywatelski-projekt-ustawy-czeka-na-akc,nId,2172468>
37. Klinika Hematologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, *Ostra białaczka*, <http://www.spchn.lbl.pl/>
38. Kolarzowski J., *Polski spór o aborcję. Część 1: Pierwszy okres kontrowersji i nowa faza sporów 1989-1990*, http://otokoclub.pl/temat_,300,polski-spor-o-aborcje-czesc-1-pierwszy-okres-kontrowersji-i-nowa-faza-sporow-1989-1990,2.html
39. Łęczycka A., *Rejestr przeszczepień komórek krwiotwórczych szpiku i krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej*, <http://www.poltransplant.pl/Download/Biuletyn2013/10.pdf>
40. Muszyńska A., *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Lex/el.
41. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Plan finansowy na 2014 r.*, <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>
42. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Plan finansowy na 2015 r.*, <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>
43. Obszary działalności UE- http://europa.eu/pol/health/index_pl.htm [dostęp: 20.04.2016 r.]
44. Osiecki G., Klingiel K., <http://wiadomosci.dziennik.pl/polityka/artykuly/516112,aborcja-usuniecie-ciazy-matka-sejm-prawo-projekt-ustawy-pis-wiezienie-kobieta-dziecko-przerywanie-ciazy.html>
45. Piechowiak Ł., *Ile wydajemy na ochronę zdrowia i czy to dużo?*, <http://www.bankier.pl/wiadomosc/Ile-wydajemy-na-ochrone-zdrowia-i-czy-to-duzo-7230185.html>
46. *Polska. Krajowy Raport Społeczny 2013/14* – ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=12615&langId=pl.
47. Radwan A., *Urzędy nadal nie chcą zatrudniać niepełnosprawnych* Gazeta Prawna z dnia 24.11.2011 <http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/569086,urzed-y-nadal-nie-chca-zatrudniac-niepelnosp-rwnych.html>
48. Rogowiecki P., *Niepełnosprawny nie zawsze z pierwszeństwem zatrudnienia w administracji publicznej* Gazeta Prawna z dnia 13.01.2016 r. <http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/917194,niepelnosp-rwny-pierwszenstwo-zatrudnienia-w-administracji-publicznej.html>
49. *Składka na ubezpieczenie zdrowotne*, <http://www.wskazniki.gofin.pl/8,334,2,skladka-na-ubezpieczenie-zdrowotne.html>
50. Strona internetowa Komisji Europejskiej: http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index_pl.htm [dostęp: 20.04.2016 r.]
51. Strona internetowa Parlamentu Europejskiego: http://www.europarl.europa.eu/atyourservice/pl/displayFtu.htmlftuId=FTU_5.5.3.html [dostęp: 20.04.2016 r.]
52. Szuldrzyński M., *Ustawa aborcyjna. Co powinien zrobić wierzący polityk?*, <http://wiadomosci.wp.pl/kat,1041267,title,Ustawa-aborcyjna-Co-powinien-zrobic-wierzacy-polityk,wid,18251054,wiadomosc.html?ticaid=116ea7>
53. Trykozko M., *Wydatki na służbę zdrowia w państwach OECD [WYKRES DNIA]*, <http://forsal.pl/artykuly/796771,wydatki-na-sluzbe-zdrowia-w-panstwach-oecd-wykres-dnia.html> - wydatki poniesione

54. United Nations Development Programme (UNDP), *Krajowy Raport o Rozwoju Społecznym. Polska 2012. Rozwój regionalny i lokalny*, Warszawa 2012 - www.euroreg.uw.edu.pl/dane/web.../raport_undp-2012_www.pdf.
55. Wasiak , Szelaǵ P., *Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej w latach 2007-2011*, http://www.financeiprawofinansowe.uni.lodz.pl/Publikacje/6/5_Wasiak_Szelag.pdf
56. Wiara.pl, *Najnowsze statystyki legalnych aborcji w Polsce*, <http://rodzina.wiara.pl/doc/2432742.Najnowsze-statystyki-legalnych-aborcji-w-Polsce>
57. www.mz.gov.pl.
58. www.salon24.pl.
59. *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020. Projekt*, Warszawa, 29 października 2013.
60. *Zdrowie - nowoczesne ujęcie WHO*, <http://www.seremet.org/zdrowie.html>
61. Zoń K. M., *Dopuszczalność transplantacji ex vivo od dawcy małoletniego w prawie polskim*, <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/>