

# Jacek A. Piątkiewicz

---

## Chorować w Polsce

---

Studia Ecologiae et Bioethicae 7/1, 296-298

---

2009

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

## **Chorować w Polsce**

Tematem mojego wystąpienia jest określenie, czego może oczekiwać pacjent od polskiego systemu ochrony zdrowia. To, o czym będę mówił, w dużej mierze opiera się na regulacjach prawnych, które są tutaj wiodące. Taką podstawową normą, która decyduje o tym, czym jest system ochrony zdrowia, jest przepis art. 68 ust. 1 *Konstytucji RP*, który mówi:

„Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”.

Jest to stwierdzenie zasadnicze, które determinuje to czym ma być i jaki ma być kształt opieki zdrowotnej. Z tego artykułu wynika, że w sytuacji, jaką można określić jako potrzebę zdrowotną, czyli jakiś problem zdrowotny, każda osoba oczekuje, że uzyska pomoc i to pomoc fachową. Ponieważ gwarantem realizacji tego prawa są władze publiczne, mają one obowiązek stworzyć taki system ochrony zdrowia. Kwestia potrzeb zdrowotnych jest to szeroki bardzo wachlarz, związany z różnymi niedomaganiem stanu zdrowia. Idealnym rozwiązaniem byłoby, gdyby kształt systemu ochrony zdrowia, stanowił zwierciadlane odbicie potrzeb, które u nas występują. Mamy tu zatem ideę wiodącą, którą władze publiczne muszą zrealizować: dostosować kształt systemu ochrony zdrowia, do potrzeb, jakie istnieją. To dostosowanie musi mieć zarówno charakter jakościowy, jak i ilościowy, ponieważ te potrzeby rozkładają się z różnym natężeniem ilościowym. Z tego wynika konieczność odpowiedniej liczby określonych jednostek specjalistycznych, które będą realizowały te potrzeby. Dlatego możemy powiedzieć, że kształt systemu ochrony zdrowia powinien być zdeterminowany.

Oczywiście w znacznej mierze odpowiada on temu profilowi istniejących potrzeb. Jednakże potrzeby zdrowotne mają charakter dynamiczny. Nie mówiąc o epidemiach, które powodują nadwyżkę potrzeb zdrowotnych, ale generalnie w związku ze zmianami demograficznymi, zmieniają się również potrzeby zdrowotne. zatem system ochrony zdrowia nie może mieć charakteru stałego, sztywnego, musi mieć charakter dynamiczny, elastyczny, dostosowany do zmieniających się potrzeb zdrowotnych. Taką najprostszą metodą reagowania na zmieniające się potrzeby jest konieczność istnienia pewnej rezerwy. W całym systemie ochrony zdrowia, struktura powinna być tak dostosowana, aby w razie zwiększających się potrzeb określonego rodzaju, były do tego przygotowane jednostki opieki zdrowotnej. To jest pierwsza i podstawowa norma.

Druga kwestia wiąże się z finansowaniem. Ta sprawa jest opisana z kolei w art. 68 ust. 2 *Konstytucji*, który był już cytowany, a który mówi:

„Obywatele mają prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych”.

Z tej normy wynika zasadniczy obowiązek władz publicznych, żeby zapewnić finansowanie publiczne, w takim zakresie, w jakim jest niezbędne. Skąd możemy wnioskować o niezbędności zakresu? Tutaj niestety mamy dwie normy, które nie są ze sobą całkowicie spójne. Pierwszą normą jest prawo do ochrony zdrowia. Zatem ten system powinien na tyle zapewniać prawo do ochrony zdrowia, ażeby nie doszło do uszczerbku na zdrowiu, związanym z brakiem pieniędzy. Druga norma mówi o możliwościach finansowych danego kraju. Z natury rzeczy jest nie możliwe, aby te 2 kryteria nie wchodziły ze sobą w kolizję. W związku z tym, dostosowując ten zakres niestety do możliwości finansowych, trzeba stosować pewne ograniczenia.

Ograniczenia te, które wbudowane są w nasz system, w mniejszym stopniu dotyczą zakresu świadczeń, ponieważ poza zakresem finansowania, znajduje się bardzo niewielka liczba świadczeń, które są ujęte w załączniku do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, tj. kilkadziesiąt pozycji. Wynikałoby z tego, że reszta powinna być finansowana. Ponieważ finanse nie pozwalają jednak na równoczesny dostęp dla wszystkich potrzebujących, stosuje się wobec tego ograniczenie dostępu do konkretnego świadczenia. To ograniczenie dostępu realizuje się w Polsce przez zasadę dostępu na podstawie kolejności zgłoszeń, czyli tworzenia list oczekujących. W tej chwili dostęp do znacznej liczby świadczeń opieki zdrowotnej oparty jest właśnie na tzw. kolejkach oczekujących, które w zależności od wielkości podaży i wielkości środków finansowych, mogą być krótsze lub dłuższe. Jeżeli są krótkie, nie powinny stanowić jakiegoś wielkiego ograniczenia. Ale zdarzają się sytuacje, kiedy te kolejki są bardzo długie i kształtują się od kilku miesięcy do kilkunastu lat, co jest sprawą nie do przyjęcia, bo czekanie kilkanaście lat na jakąkolwiek pomoc medyczną, z reguły powoduje, że ta pomoc nigdy nie dotrze.

Zatem mamy system, który ma bardzo liczne ograniczenia. Przy tych nakładach finansowych, raczej nie ma możliwości, by poprawiła się dostępność świadczeń zdrowotnych w Polsce. Chcę jeszcze odnieść się do konstytucyjnego obowiązku władz publicznych realizowania uprawnień obywateli do dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a ten obowiązek m. in. oznacza, że władze publiczne powinny stwarzać możliwości wskazania świadczeniodawcy w sytuacji, kiedy występują jakieś szczególne braki. Żeby sprostać temu zadaniu, władze publiczne muszą mieć możliwość wpływu na te osoby i instytucje, które udzielają pomocy medycznej. Ten wpływ zależy w dużej mierze od tego, czy w danym sektorze ochrony zdrowia mamy do czynienia z podmiotami, które mają charakter publiczny czy niepubliczny. Jeżeli dominują podmioty niepubliczne, z natury rzeczy dochodzi do osłabienia możliwości wpływu władz publicznych na działanie tych podmiotów. W moim przekonaniu jesteśmy w tej chwili w dosyć niebezpiecznej

sytuacji, kiedy zdecydowanie idziemy w kierunku ograniczenia wpływu podmiotów publicznych na sferę udzielania świadczeń w ochronie zdrowia. Myślę, że to się może skończyć dalszym ograniczeniem, a wreszcie zróżnicowaniem dostępu, w zależności od zamożności pacjenta.

Sprawa, o której jeszcze warto powiedzieć to, jak przypomnę, norma art. 68 ust. 2 Konstytucji, mówiąca o uprawnieniach obywatela do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Stąd sytuacje, w których jakiś obywatel ma ograniczony dostęp do świadczeń w porównaniu z innym obywatelem, wydają się być niezgodne z Konstytucją. W prawie polskim ta sprawa nadal nie jest należycie rozwiązana, choćby przez podział obywateli na ubezpieczonych i nieubezpieczonych.

To było przedstawienie, w telegraficznym skrócie, pewnych tylko uwarunkowań, bez wskazywania możliwości wyjścia z tej sytuacji, a tylko zarysowania podstaw prawnych i realnych problemów.