

Konstytucyjny obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej kobietom ciężarnym

I.

W katalogu wartości chronionych konstytucyjnie poczesne miejsce zajmuje wartość, jaką jest zdrowie. Jakkolwiek jako termin występuje ono w prawie międzynarodowym i krajowym brak jest jednak jego jednolitej, uniwersalnej definicji prawnej. Zakres pojęciowy terminu „zdrowie” należy zatem wyinterpretować z odnoszących się do niego przepisów prawa krajowego, międzynarodowego i literatury prawniczej². W nauce powszechnej definicja zdrowia ewoluowała na przestrzeni wieków. Za przełomowe w dookreśleniu tego pojęcia uznaje się opublikowane w 1941 r. stwierdzenie G. Sigerista: „Zdrowym może być człowiek, który odznacza się harmonijnym rozwojem fizycznym i psychicznym i dobrze adaptuje się do otaczającego go środowiska społecznego. Całkowicie realizuje on swoje zdolności fizyczne i umysłowe, może dostosowywać się do zmian w otoczeniu, jeśli nie wykraczają one poza granice normy i wnosi swój wkład w pomyślność społeczeństwa, odpowiednio do swoich możliwości i zdolności”³. Takie sformułowanie pojęcia w innowacyjny sposób ukazywało zdrowie w ujęciu wielowymiarowym, obejmującym aspekt fizyczny, społeczny i psychiczny jednostki. Propozycja ta położyła kres dotychczasowemu błędnemu postrzeganiu zdrowia wyłącznie w kontekście niewystępowania choroby z pominięciem wymiaru psychofizycznego⁴. Myśl G. Sigerista stała się podstawą do stworzenia powszechnie dziś używanego terminu zawartego w preambule Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 1946 r. Deficyt legalnej definicji zdrowia w systemie prawa międzynarodowego jest niejako uzupełniany poprzez posługiwanie się tymże terminem w jego oryginalnej wersji: „zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”⁵.

Przedmiotem niniejszego opracowania jest konstytucyjny obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej kobietom ciężarnym. Celem artykułu jest przedstawienie tego marginalizowanego naukowo zagadnienia istotnego zarówno z punktu

¹ Autorka jest doktorantką w Katedrze Prawa Konstytucyjnego Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, ORCID: 0000-0001-5203-872X.

² Zob. A. Redelbach, *Prawo do korzystania z optymalnego stanu zdrowia*, w: *Prawa człowieka. Model prawny*, red. R. Wieruszewski, Wrocław-Warszawa-Kraków 1991, s. 897.

³ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Warszawa 2008, s. 18–19.

⁴ Tak: E. Kozłowska, A. Marzec, P. Kalinowski, U. Bojakowska w: *Koncepcja zdrowia i jego ochrony w świetle literatury przedmiotu*, <http://docplayer.pl/26304953-Koncepcja-zdrowia-i-jego-ochrony-w-swietle-literatury-przedmiotu.html>, 23.01.2019.

⁵ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, porozumienie zawarte przez rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., Dz. U. 1948, Nr 61, poz. 477.

widzenia prawa, jak i medycyny. W opracowaniu podjęta została próba odpowiedzi na pytanie – czy ustawodawca konstruuje prawne reżimy mające na celu skuteczną realizację konstytucyjnego obowiązku zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej kobietom ciężarnym? Podstawową metodą badawczą zastosowaną w pracy jest metoda formalno-dogmatyczna polegająca na analizie aktów prawnych, interpretacji norm prawa obowiązującego. Pomocniczo wykorzystana została analiza praktyki stosowania poszczególnych norm prawnych regulujących wskazaną powyżej tematykę.

Choć problematyka ochrony zdrowia jest przedmiotem zainteresowania głównie innych dziedzin prawa ustalenia poczynione we wskazanej materii na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.⁶ (dalej: Konstytucja RP) są niezwykle doniosłe. Konstytucyjne aspekty ochrony zdrowia mają duże znaczenie teoretyczne i praktyczne, zwłaszcza z punktu widzenia praw i wolności jednostki⁷. Niewątpliwie ochrona zdrowia stanowi bowiem jedno z najważniejszych zadań państwa i jest jego powinnością wobec obywatela. Warto nadmienić, że w doktrynie w sposób niepodważalny przyjmuje się, iż prawo do zdrowia jest na tyle istotne, że m.in. na podstawie jego respektowania można dokonywać oceny rozwoju standardu państwa prawa⁸.

Nie można marginalizować faktu, że polski ustrojodawca ustanowił w Konstytucji RP niejako naczelną zasadę w zakresie wolności i praw obywatelskich, w tym także prawa do ochrony zdrowia. W myśl art. 30 Konstytucji RP przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych. Przepis ten jest wyznacznikiem standardów legislacyjnych dla prawodawcy zwykłego. Wskazać należy także na relację zachodzącą pomiędzy art. 68 gwarantującym prawo do ochrony zdrowia a art. 38 Konstytucji RP. Art. 38 Konstytucji RP stanowi, iż Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia. Trybunał Konstytucyjny stwierdził jednoznacznie, że „nie ulega wątpliwości, że z art. 30 i 38 Konstytucji wyjątkowo mocno, wręcz nierozzerwalnie związany jest art. 68 Konstytucji. Ochrona zdrowia jest ściśle związana z ochroną życia, a prawo do życia z godnością człowieka. Prawo do ochrony zdrowia, to przede wszystkim prawo do zachowania życia i jego obrony, gdy jest zagrożone”⁹.

Gwarancje prawa do ochrony zdrowia zawarte w Konstytucji RP można odczytywać w dwojaki sposób. Węższe ujęcie odnosi się bezpośrednio do art. 68 Konstytucji RP traktującego o prawie każdego do ochrony zdrowia. Szersze obejmuje zaś również wszelkiego rodzaju przepisy odnoszące się do nietykalności cielesnej i ochrony jednostki ludzkiej (art. 30 dotyczący godności człowieka, art. 38 dotyczący prawa do życia, art. 41 dotyczący nietykalności i wolności osobistej, art. 39 dotyczący zakazu

⁶ *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.

⁷ K. Prokop, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP*, w: *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, red. T. Mróz, Białystok 2011, s. 35.

⁸ Zob.: Ch. Byk, *Prawo do zdrowia jako prawo konstytucyjne*, „Państwo i Prawo” 2000, z. 9, s. 22.

⁹ Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03, OTK 2004, nr 1A, poz. 1, Dz. U. Nr 5, poz. 37.

poddawania eksperymentom naukowym oraz art. 51 dotyczący ochrony danych osobowych Konstytucji RP)¹⁰. Podstawowa regulacja prawa do ochrony zdrowia w Konstytucji RP ujęta jest w art. 68. Warto zauważyć, że przepis ten znajduje się w II Rozdziale Konstytucji RP poświęconym wolnościom, prawom i obowiązkom człowieka i obywatela, a więc niemal na początku regulacji prawnych najważniejszego aktu prawnego w państwie¹¹. Bez wątplenia takie umiejscowienie świadczy o randze, jaką nadano prawom człowieka w systemie prawa konstytucyjnego¹². Potwierdzeniem zdaje się być stanowisko Trybunału Konstytucyjnego wyrażone w uzasadnieniu wyroku z dnia 27 czerwca 2000 r.: „Ochrona zdrowia i życia obywateli jest bowiem jedną z najważniejszych wartości konstytucyjnych i z pewnością odstąpienie od ich realizacji nie można usprawiedliwić wyłącznie korzyściami gospodarczymi, [...]”¹³. W myśl art. 68 ust. 1. Konstytucji RP każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Prawo do zdrowia ma charakter powszechny, co oznacza, że każda jednostka, od momentu przyjścia na świat aż do chwili śmierci, jest bezpośrednim i finalnym dysponentem zdrowia jako dobra chronionego¹⁴. Warto wskazać na wyrok Trybunału Konstytucyjnego, zgodnie z którym „każdy” ma prawo do ochrony, co oznacza, że Konstytucja wyklucza jakiegokolwiek wyłączenia podmiotowe z zakresu jej działania¹⁵. Odnosząc się do wskazanej gwarancji przyznanej przez ustrojodawcę Trybunał Konstytucyjny doprecyzował także, że treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest naturalnie jakiś abstrakcyjnie określony (i w gruncie rzeczy niedefiniowalny – [...]) stan „zdrowia” poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności¹⁶. Trybunał Konstytucyjny stwierdził jednoznacznie, że jest to norma prawna, z której wywodzą się bezpośrednio obowiązki w stosunku do władzy publicznej: „należy wywieść podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia oraz obiektywny nakaz podejmowania przez władze publiczne takich działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa”¹⁷. Wątpliwości zatem budzić nie powinno uznanie art. 68 ust. 1 Konstytucji RP za publiczne prawo podmiotowe. Stanowisko takie jest dominujące w doktrynie, podobnie jak wskazujące, iż ust. 2–5 art. 68 Konstytucji RP zawierają jedynie normy programowe, a nie publiczne prawa podmiotowe. Niemniej jednak art. 68 Konstytucji RP jest przedmiotem licznych dyskusji doktrynalnych, które dotyczą głównie charakteru zagwarantowanego w nim

¹⁰ Zob.: K. Prokop, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP*, w: *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, red. T. Mróz, Białystok 2011, s. 38.

¹¹ Por.: A. Sieńko, *Prawo do ochrony zdrowia*, Warszawa 2006, s. 21.

¹² Por.: W. Skrzydło, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, wyd. IV, Zakamycze 2002, s. 77–101.

¹³ Wyrok TK z dnia 27 czerwca 2000 r., sygn. akt K 20/99, OTK 2000, nr 5, poz. 140, Dz. U. Nr 52, poz. 632.

¹⁴ Tak: R. Tabaszewski, *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Lublin 2016, s. 182.

¹⁵ Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03, OTK 2004, nr 1A, poz. 1, Dz. U. Nr 5, poz. 37.

¹⁶ Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03, OTK 2004, nr 1A, poz. 1, Dz. U. Nr 5, poz. 37.

¹⁷ Wyrok TK z dnia 23 marca 1999 r., K. 2/98, OTK 1999, nr 3, poz. 38.

prawa, sposobu jego interpretacji, a także tego, czy jego poszczególne ustępy wyrażają publiczne prawa podmiotowe czy są to wyłącznie normy programowe¹⁸.

Szczególny walor w doktrynie i orzecznictwie przyznawany jest ust. 2 art. 68 Konstytucji RP: „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”. Trybunał Konstytucyjny wskazał, że omawiana regulacja „nakłada na władze publiczne, a w szczególności na ustawodawcę obowiązek określenia zasad realizowania prawa do ochrony zdrowia. Nakazuje więc stworzenie normatywnego układu odniesienia (systemu prawnego), który pozwoli dookreślić treść prawa do ochrony zdrowia, a to łączy się z koniecznością określenia warunków i zakresu udzielania świadczeń zdrowotnych. Ustrojodawca nie przesądza tego, jaki model normatywny powinien ustawodawca przyjąć w tej materii. Kształtując go powinien jednak kierować się treścią Konstytucji, a przede wszystkim mieć na uwadze te wartości konstytucyjne, które są konsekwencją przyjętej w art. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zasady, że Rzeczypospolita Polska jest dobrem wspólnym wszystkich obywateli oraz wynikającej z art. 30 Konstytucji zasady, że godność człowieka jest źródłem wszelkich praw i wolności”¹⁹. Mniemać zatem można, iż intencją polskiego ustrojodawcy było wykreowanie prawa do ochrony zdrowia jako prawa socjalnego w jego wąskim znaczeniu, tj. prawa do pewnych świadczeń materialnych ze strony władz publicznych. W doktrynie często podnosi się, iż prawa tego rodzaju mają charakter norm programowych. Zatem wyznaczają cele, do których realizacji państwo powinno dążyć, jednak sposób i zakres ich realizacji zależy od możliwości państwa²⁰. Podkreślenia wymaga jednak, że jednostki pozbawione są możliwości powoływania się wyłącznie na te prawa przy dochodzeniu swych roszczeń. Art. 68 ust. 2 Konstytucji RP kładzie szczególny nacisk na konieczność zapewnienia obywatelom prawa do ochrony zdrowia. Pełni on ważną funkcję w zabezpieczeniu możliwości korzystania z prawa do ochrony zdrowia. Jest *sui generis* gwarancją uzyskania świadczeń medycznych, umożliwiających efektywną ochronę zdrowia²¹. Zatem można uznać, iż prawo do ochrony zdrowia ma dwoistą naturę – jest jednocześnie prawem socjalnym i podstawowym. Bardziej poprawnie teoretycznie należałoby powiedzieć, że w pewnym zakresie jest ono prawem socjalnym, a w innym prawem podstawowym²².

¹⁸ Tak: A. Wołoszyn-Cichoćka, *Konstytucyjny obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku przez władze publiczne*, <https://journals.umcs.pl/g/article/view/5009>, 23.01.2019.

¹⁹ Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03, OTK 2004, nr 1A, poz. 1, Dz. U. Nr 5, poz. 37.

²⁰ Por.: J. Trzcíński, *Art. 68*, w: *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. III, s. 3, a także A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2012/3, <http://marszalek.com.pl/przegladprawakonstytucyjnego/ppk11/05.pdf>, 23.01.2019.

²¹ Zob. A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2012/3, <http://marszalek.com.pl/przegladprawakonstytucyjnego/ppk11/05.pdf>, 23.01.2019.

²² M. Piechota, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia jako prawo socjalne i prawo podstawowe*, <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-f268c2a7-865e-4791-884e-45cf2e364fc2>, 23.01.2019.

W myśl art. 68 ust. 3. władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Konstytucja RP nakłada zatem na władze publiczne w sposób wyraźny obowiązek zapewnienia szczególnej opieki określonemu kręgowi podmiotów choć jej zakresu i formy nie określa. „Zostało to podyktowane w jednym przypadku troską o zapewnienie rozwoju narodu, w innych zaś wynika ze względów humanitarnych”²³. Regulacja ta niewątpliwie ma za zadanie wyznaczać kierunek polityki państwa w sferze ochrony zdrowia. Jednakże wydawać może się, że „uzasadniona jest teza, zgodnie z którą przepis art. 68 ust. 3 Konstytucji RP nie statuuje odrębnej normy programowej, mogącej konkurować z tą wyinterpretowaną z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, ale jest jej dopełnieniem i uszczegółowieniem. Innymi słowy, Konstytucja RP nakłada na władze publiczne obowiązek stworzenia systemu opieki zdrowotnej, który gwarantowałby obywatelom równy (więc zasadnie zróżnicowany) dostęp do świadczeń, a jednocześnie zapewniał szczególną opiekę zdrowotną dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku”²⁴. W ten specyficzny sposób przyznając uprzywilejowaną pozycję wskazanemu kręgowi osób, ustrojodawca dokonuje realizacji zasady sprawiedliwości społecznej (art. 2 *in fine* Konstytucji RP). Zasada ta pozwala państwu na ingerowanie w życie społeczne obywateli w celu korygowania pewnych zjawisk czy tendencji występujących w społeczeństwie, powodujących uprzywilejowywanie jednych grup kosztem innych czy też prowadzących do niezrównoważonego rozwoju społeczeństwa²⁵. Podkreślenia wymaga, że ustrojodawca konstruując prawo do ochrony zdrowia szczególnie skoncentrował się na uszanowaniu zasady równości. Regulacje konstytucyjne gwarantują bowiem obywatelom, niezależnie od ich statusu materialnego, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Zgodnie ze stanowiskiem Trybunału Konstytucyjnego wyrażonym w orzeczeniu z dnia 6 kwietnia 1993 r.: „zasada równości polega na tym, że wszystkie podmioty prawa charakteryzujące się daną cechą istotną w stopniu równym mają być traktowane równo, a więc według jednakowej miary, tj. bez zróżnicowań zarówno dyskryminujących, jak i faworyzujących, co oznacza także – sprawiedliwie”²⁶. W kontekście wyżej przytoczonego orzeczenia jakiegokolwiek faworyzowanie określonych podmiotów byłoby z gruntu niedopuszczalne, a zatem gwarancje ustanowione przez ustrojodawcę wobec określonych grup wskazanych w art. 68 ust. 3 Konstytucji RP nie mogłyby się ostać. Jednakże sam Trybunał Konstytucyjny dopuścił możliwość odstępstwa od zasady równości: „samo odstępstwo od równego traktowania nie prowadzi jeszcze do uznania wprowadzających je przepisów za niekonstytucyjne. Trybunał Konstytucyjny zwracał wielokrotnie uwagę, że nierówne traktowanie podmiotów podobnych nie musi oznaczać dyskryminacji lub uprzywilejowania, a w konsekwencji niezgodności z art. 32 Konstytucji RP. [...] Konieczna jest jeszcze ocena kryterium, na podstawie którego dokonano róż-

²³ W. Skrzydło, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2013, s. 83.

²⁴ D. E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011, s. 31.

²⁵ Tak: A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, PRZEGLĄD PRAWA KONSTYTUCYJNEGO 2012/3, <http://marszalek.com.pl/przegladprawakonstytucyjnego/ppk11/05.pdf>, 23.01.2019.

²⁶ Orzeczenie TK z dnia 6 kwietnia 1993r., K 7/92, OTK ZU 1993, nr 1, poz. 7.

nicowania, bowiem wszelkie odstępstwo od nakazu równego traktowania podmiotów podobnych musi zawsze znajdować podstawę w odpowiednio przekonujących argumentach. Argumenty te muszą: po pierwsze, mieć charakter relewantny, [...] muszą mieć charakter racjonalnie uzasadniony. Nie wolno ich dokonywać według dowolnie ustalonego kryterium [...] po drugie, mieć charakter proporcjonalny, a więc waga interesu, któremu ma służyć różnicowanie sytuacji adresatów normy, musi pozostawać w odpowiedniej proporcji do wagi interesów, które zostaną naruszone w wyniku nierównego potraktowania podmiotów podobnych [...] po trzecie, pozostawać w jakimś związku z innymi wartościami, zasadami czy normami konstytucyjnymi, uzasadniającymi odmienne traktowanie podmiotów podobnych [...]”²⁷. W świetle powyższego stanowiska uzasadnione jest twierdzenie, że gwarancje szczególnej opieki zdrowotnej dla określonego katalogu podmiotów enumeratywnie określonego w art. 68 ust. 3 Konstytucji RP stanowią wyjątek od obowiązku zapewnienia wszystkim obywatelom bez ich jakiegokolwiek różnicowania równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Można domniemywać, iż ustrojodawca dążył tym samym do „wyrównania szans” bowiem kategorie podmiotów, którym zagwarantował szczególną opiekę zdrowotną obejmują jednostki szczególnie narażone na problemy zdrowotne, uzależnione od osób trzecich, często z ograniczoną samodzielnością czy możliwościami finansowymi.

II.

Jako, że w Konstytucji RP brak jest jednoznacznego wskazania na czym miałyby polegać taka „szczególna opieka” wobec podmiotów wskazanych w art. 68 ust. 3 Konstytucji, ustawodawca ma w tym zakresie swobodę interpretacyjną. Wydawać by się mogło, że odpowiedzią ustawodawcy wobec regulacji konstytucyjnych są choćby przepisy zawarte w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁸, umożliwiające skorzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określonemu katalogowi podmiotów również w przypadku braku ubezpieczenia zdrowotnego. Jednakże trudno doszukiwać się w tych przepisach pełnej realizacji konstytucyjnych gwarancji. Czy zatem władze publiczne stworzyły system ochrony zdrowia uwzględniający szczególne potrzeby dzieci, kobiet ciężarnych, osób niepełnosprawnych i osób w podeszłym wieku? Niestety, żadna z grup obdarzona przez ustrojodawcę w art. 68 ust. 3 Konstytucji RP gwarancją szczególnej opieki zdrowotnej nie ma jej zapewnionej w stopniu dostatecznym. Dla celów niniejszej pracy dalszej analizie poddane zostaną regulacje wdrażające w życie szczególną opiekę zdrowotną, dotyczącą kobiet ciężarnych.

Niewątpliwie jest obowiązkiem władz publicznych zapewnienie kobietom ciężarnym nie tylko respektowania praw każdego pacjenta, ale również stworzenie regulacji prawnych gwarantujących szczególną opiekę w okresie ciąży, porodu i połogu, a więc uwzględniających wyjątkowość sytuacji, w jakiej znajdują się kobiety w tym stanie.

²⁷ Wyrok TK z dnia 18 stycznia 2000 r., K 17/99.

²⁸ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2016, poz. 1793 z późn. zm.

Nawiązując do wyjątkowości tej sytuacji, wskazać należy na istotność takich zagadnień jak powszechność dostępu do badań prenatalnych, opieki psychologicznej czy świadczeń związanych z opieką okołoporodową, w tym w szczególności znieczulenia uśmierzającego ból porodowy. Na uwagę zasługuje również położenie szczególnego nacisku na prawo pacjenta do poszanowania jego intymności i godności.

Do niedawna żaden z aktów prawnych nie gwarantował wprost prawa kobiety do badań prenatalnych, znaleźć jednak można było w obowiązującym prawie nieliczne regulacje dotyczące opieki prenatalnej²⁹. Zgodnie z art. 27 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób obejmują prowadzenie badań profilaktycznych obejmujących kobiety w ciąży, w tym badań prenatalnych zalecanych w grupach ryzyka i u kobiet powyżej 40. roku życia oraz profilaktyki stomatologicznej. Z kolei, art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*³⁰ wskazuje, iż organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są obowiązane do zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej w szczególności poprzez opiekę prenatalną nad płodem oraz opiekę medyczną nad kobietą w ciąży. Rzecznik Praw Obywatelskich wielokrotnie wskazywał na konieczność ułatwienia kobietom ciężarnym dostępu do badań prenatalnych. Odnosił się również do zapewnienia niezbędnej kobietom w odmiennym stanie opieki psychologicznej. Uzasadniona jest ona bowiem nie tylko wyjątkowością stanu, w którym znajduje się kobieta brzemienna, ale też występującymi niepowodzeniami położniczymi i brakiem dostatecznej opieki nad matką, której taka szczególna sytuacja dotknęła. Już w 2009 r. Rzecznik Praw Obywatelskich apelował o poszanowanie praw kobiety rodzącej, występując z propozycją uchwalenia Karty Praw Kobiety Rodzącej³¹. Projekt ten zawierał również postanowienie dotyczące przyznania kobietom ciężarnym prawa do ochrony zdrowia psychicznego w każdym okresie ciąży, porodu i połogu.

Ustawodawca nie jest jednak całkowicie bierny w kwestii wprowadzania konstytucyjnych gwarancji zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej kobietom ciężarnym. Od 1 stycznia 2017 r. obowiązuje ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. *o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”*, która reguluje kwestie wsparcia w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej i instrumentów polityki na rzecz rodziny. Ustawa ta była podstawą zmian w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przyznającej dziś w art. 47c ust. 1 szczególny przywilej: „Kobiety w ciąży, [...] mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach”. Ustawa o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” zagwarantowała także w art. 6 wprost, iż uprawnienia na rzecz kobiety w ciąży obejmują w szczególności: diagnostykę prenatalną, świadczenia opie-

²⁹ Tak: A. Wołoszyn-Cichońska, *Konstytucyjny obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku przez władze publiczne*, <https://journals.umcs.pl/g/article/view/5009>, 23.01.2019.

³⁰ Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. *o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.

³¹ *Karta Praw Kobiety Rodzącej*, <https://www.rpo.gov.pl/pliki/12282221170.pdf>, 23.01.2019.

ki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego, w tym zabiegi wewnątrzmaciczne, wsparcie psychologiczne, rehabilitację leczniczą, zaopatrzenie w wyroby medyczne, opiekę paliatywną i hospicyjną, poradnictwo laktacyjne, ze szczególnym uwzględnieniem matek dzieci urodzonych przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży lub urodzonych z masą urodzeniową poniżej 2500 g.

Na uwagę zasługują także owiane kontrowersjami zmiany w zakresie standardów opieki okołoporodowej. Od 1 stycznia 2019 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej³². Standard organizacyjny w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem, określa poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnych interwencji medycznych. Jednakże mimo uwagi opinii publicznej oraz licznych konsultacji nie uniknięto niefortunnym uregulowań. Doskonałym przykładem jest uzależnienie realizacji praw pacjenta od woli personelu, choćby poprzez poddanie swobodnej ocenie personelu czy rodzica może spożywać posiłki podczas porodu. Tymczasem Światowa Organizacja Zdrowia jednoznacznie wskazuje, że w przypadku porodu o niskim ryzyku prowadzonego w jakimkolwiek miejscu, nie ma potrzeby zakazywania kobietom przyjmowania pokarmu. Za naganny uznać można także brak uregulowań w zakresie procesu szkolenia personelu, zarówno w zakresie wiedzy medycznej, jak i zagadnień prawnych, bowiem był to społecznie akceptowany postulat legislacyjny popierany przez stowarzyszenia i fundacje chroniące prawa kobiet ciężarnych³³. Prowadzając zaniechał także choćby kwestię opieki psychologicznej nad kobietą rodzącą i wręcz zaniechał udzielenia gwarancji dostępu do znieczulenia podczas porodu. Aktualnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej stanowi powtórzenie części wcześniejszych regulacji, wprowadza również nowe przepisy nie ustanawiając jednak zmian kluczowych, które były społecznie oczekiwane. Można pokusić się o stwierdzenie, że prowadząc wprowadzając nowe standardy nie zapewnił kobietom ciężarnym należytej opieki i tym samym nie wykorzystał niewątpliwej szansy zagwarantowania należnych im praw.

Stan realizacji zadań państwa polskiego w zakresie szczególnej opieki zdrowotnej kobiet ciężarnych jest monitorowany nie tylko przez instytucje państwowe, ale również stowarzyszenia czy fundacje zajmujące się ochroną praw kobiet ciężarnych. Jak możemy wyczytać w najnowszym Raporcie z monitoringu oddziałów położniczych Fundacji Rodzić po Ludzku: „Zbadanie doświadczeń kobiet rodzących w 2017 i 2018 r. przeprowadzone na dużej próbie (8378 ankiet) pozwala wysnuć wnioski, że [...] prawa kobiet rodzących w szpitalach i na oddziałach położniczych nie są respektowane”³⁴. Wyniki

³² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, Dz. U. 2018, poz. 1756.

³³ Fundacja Rodzić po Ludzku, <http://www.rodzicpoludzku.pl/Aktualnosci/Nowy-Standard-Organizacyjny-Opieki-Okoloporodowej.html>, 23.01.2019.

³⁴ Fundacja Rodzić po Ludzku, *Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet*, http://www.rodzicpoludzku.pl/images/RAPORT_FRpL_2018.pdf, 23.01.2019.

przeprowadzonego monitoringu potwierdzają, że w wielu miejscach w salach porodowych i na oddziałach położniczych wciąż obecne są szkodliwe procedury i przestarzałe rutyny tj.: rutynowe zakładanie wenflonu, indukcja porodu, przyspieszanie porodu za pomocą kroplówki z oksytocyną, nacinanie krocza, ograniczanie aktywności, rodzenie dziecka w najbardziej нефизjologicznej pozycji, jaką jest pozycja leżąca, przerywanie kontaktu matki z dzieckiem po narodzinach w celu zmierzenia i zważenia noworodka, podawanie mleka modyfikowanego. Niewątpliwie na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat doszło do pozytywnych zmian w opiece okołoporodowej. Kobiety jednak wciąż doświadczają łamania podstawowych praw pacjenta, a także praw człowieka. Dynamika zachodzących zmian nie idzie w parze ze zmieniającą się rzeczywistością – oczekiwania kobiet w zakresie podmiotowego traktowania rosną. W urzędach i instytucjach krytykowanie klienta, wyśmiewanie, szantażowanie czy wręcz szturchanie jest naganne i karane przez samą instytucję. Niestety, ze wskazanego powyżej raportu wynika, że opieka okołoporodowa w Polsce nie jest wolna od tego typu zachowań, nie jest wolna od łamania prawa w zakresie przestrzegania praw pacjenta, w tym najczęściej łamanego prawa do wyrażenia zgody lub odmowy, nie jest wolna od dyskryminacji ze względu na wiek, stan zdrowia czy wygląd. Opieka w szpitalu nie jest także wolna od przemocy werbalnej tj.: wypowiadania niestosownych komentarzy, ignorowania próśb i obaw pacjenta, krytykowania, lekceważenia, podnoszenia głosu czy wyśmiewania. Kobiety czują się gorzej traktowane w szpitalu zwłaszcza wówczas, gdy nie znajdują się pod opieką „swojego lekarza lub położnej”. Odmawia im się znieczulenia zewnątrzoponowego, mimo że tego potrzebują. Część opieki sprawowanej nad kobietą oparta jest na wymuszaniu. Na słowa ogromnej krytyki zasługuje fakt, że kobiety w Polsce doświadczają przemocy fizycznej podczas pobytu w szpitalach – na porodówkach nadal zdarzają się sytuacje rozkładania nóg na siłę czy przywiązywania ich do łóżka porodowego, a także bardzo bolesne badanie wewnętrzne bez zgody rodzącej, masaż szyjki macicy oraz chwyt Kristellera³⁵. Najwyższa Izba Kontroli w informacji o wynikach kontroli dotyczącej opieki okołoporodowej na oddziałach położniczych z dnia 20 czerwca 2016 r. również wskazała na skalę i wagę negatywnych ustaleń kontroli, szczególnie w aspekcie bezpieczeństwa i zdrowia pacjentek i noworodków, a także zapewnienia im odpowiedniej godności i intymności³⁶. „Skontrolowane oddziały położnicze nie zapewniały pacjentkom i noworodkom wymaganej jakości świadczeń medycznych. Przepisy regulujące wymagania dotyczące pomieszczeń i niezbędnego personelu oraz standardy opieki okołoporodowej, pozwalały bowiem na szereg odstępstw, były stosowane w zakresie nieodpowiednim do faktycznych potrzeb, a często wręcz nieprzestrzegane. Regulacje te nie są zatem skutecznym narzędziem do zapewnienia pacjentkom i noworodkom odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa, a także poszanowania intymności i godności”³⁷. Jakkolwiek badania

³⁵ Fundacja Rodzić po Ludzku, *Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet*, http://www.rodzicpoludzku.pl/images/RAPORT_FRpL_2018.pdf, 23.01.2019.

³⁶ Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli OPIEKA OKOŁOPORODOWA NA ODDZIAŁACH POŁOŻNICZYCH*, LBI.410.008.2015, Nr ewid. 203/2015/P/15/065/LBI, s. 13, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,11621,vp,13972.pdf>, 23.01.2019.

³⁷ Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli OPIEKA OKOŁOPORODOWA NA ODDZIAŁACH POŁOŻNICZYCH*, LBI.410.008.2015, Nr ewid. 203/2015/P/15/065/LBI, s. 8, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,11621,vp,13972.pdf>, 23.01.2019.

kontrolne dotyczyły lat 2013–2015 (do dnia zakończenia kontroli w jednostkach) niestety również dziś jakość świadczeń medycznych zapewniana przez oddziały położnicze budzi uzasadnione wątpliwości.

Stąd konieczność przestrzegania nie tylko praw pacjenta, zagwarantowanych choćby w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*³⁸, ale również w kodeksach etyki osób wykonujących zawody medyczne. Należy żałować, że nadal aktualne są przestarzałe rutyny i szkodliwe poglądy, jak choćby przeświadczenie o konieczności odczuwania bólu przez kobietę rodzącą. „Prawo kobiety do uzyskania świadczenia gwarantowanego w postaci znieczulenia podawanego pacjentce w trakcie porodu niekoniecznie, mimo rozwoju medycyny, pozwala na skorzystanie z dobrodziejstwa tego świadczenia. W naszym kraju istota tego problemu tkwi już nie tylko w kwestii ideologicznej, ale przeważnie finansowej. Niestety, niekiedy odzywają się jeszcze głosy, iż poród jest częścią życia kobiety, że poród to rzecz naturalna, że poród musi boleć. Wynika to przeważnie z własnych, osobistych przekonań lekarzy, uważających, że polityka naturalna rodzenia i brak ingerencji dodatkowych środków jest zdrowsze i bezpieczniejsze dla zdrowia przyszłego dziecka”³⁹. W kontekście powyższych rozważań warto przytoczyć przykład sprawy Pani Anny z Warszawy. Rzecznik Praw Obywatelskich przyłączył się na etapie apelacyjnym do sprawy pacjentki Szpitala św. Zofii, która przed podaniem znieczulenia zewnątrzoponowego w czasie porodu musiała podpisać umowę darowizny na rzecz szpitala. Sąd Okręgowy oddalił powództwo pacjentki i uznał, że swoboda wyrażenia woli u pani Anny nie była wyłączona na skutek porodu. Wskazywał również, że pani Anna na miesiąc przed porodem była informowana o odpłatności „znieczulenia na życzenie” i dostała formularz darowizny, zaś cennik usług szpitalnych był publicznie dostępny – zawarta umowa była umową pozorną, ponieważ ukrywała umowę sprzedaży. Zdaniem Sądu zatem obie strony miały pełną świadomość, że zapłata 600 zł na cele statutowe jest *de facto* opłatą za znieczulenie. „Celem przystąpienia Rzecznika było zwrócenie uwagi na fakt, iż przedłożenie pani Annie do popisania umowy w trakcie akcji porodowej naruszyło prawa pacjenta do godnego traktowania. Co więcej, w opinii Rzecznika, wątpliwe było, aby pani Anna miała możliwość swobodnego złożenia oświadczenia woli – w momencie składania oświadczenia woli rodząca znajdowała się w stanie silnego bólu. Intensywność bólu bez wątpienia ma zaś wpływ na stan psychiczny i zdolność podejmowania decyzji. Ważne jest, że mimo oddalenia powództwa, Sąd Okręgowy stwierdził w pisemnym uzasadnieniu, że niedopuszczalne i nieakceptowalne społecznie jest by w czasie porodu wymuszać na kobietach podpisywanie jakiegokolwiek umowy, niezależnie od jej treści”⁴⁰.

Rzecznik Praw Obywatelskich wielokrotnie zwracał uwagę choćby Ministra Zdrowia, Konsultanta Krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii czy też opinii publicznej na obszary opieki okołoporodowej, w których wciąż dochodzi do niepra-

³⁸ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 1318 ze zm.

³⁹ M. Sokołowski, *Znieczulenie po porodzie w świetle świadczeń gwarantowanych*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 2(47), s. 47.

⁴⁰ Za: <https://www.rpo.gov.pl/postepowania-strategiczne-rpo/zawarcie-waznej-umowy-darowizny-podczas-porodu>, 23.01.2019.

widłości. W korespondencji skierowanej do Ministra Zdrowia 11 kwietnia 2017 r. Rzecznik Praw Obywatelskich wskazywał, że: „Taki stan rzeczy potwierdzają zarówno skargi wpływające do mojego Biura, sygnały napływające od organizacji pozarządowych, jak i ustalenia poczynione przez organy władzy publicznej, jak Najwyższa Izba Kontroli, czy Narodowy Fundusz Zdrowia. W mojej opinii, pomocnym instrumentem w ocenie efektywności standardów opieki okołoporodowej mogłaby być dokonywana okresowo, przez Ministra Zdrowia, ewaluacja samych regulacji i ich skuteczności, z uwzględnieniem opinii personelu medycznego i kobiet rodzących. Samo obowiązywanie tychże przepisów bez narzędzi służących kontroli ich skuteczności jest niewystarczające”⁴¹. Postulat ten należy uznać za wysoce trafny i zasługujący na realizację w praktyce. Podsumowując powyższe rozważania wskazać należy bowiem, że przyjęcie nawet najlepszych przepisów prawa nie gwarantuje jeszcze, że będą one w praktyce funkcjonować. Jednakże gdyby i przewidzianych powyżej, niedoskonałych przecież regulacji powszechnie przestrzegano i skutecznie je egzekwowano niewątpliwie doszłoby do znacznej poprawy sytuacji kobiet ciężarnych i pełniejszej realizacji konstytucyjnych gwarancji zapewnienia im szczególnej opieki zdrowotnej.

III.

Warto również wskazać, że aktualny jest wciąż temat braku świadomości społecznej analizowanego problemu zarówno wśród pacjentek, służby medycznej, ale i ogółu społeczeństwa. Należałoby zatem przeprowadzić kampanie edukacyjne przybliżające kobietom należne im prawa. Cięża, poród i połóg bowiem nie powinny wiązać się z osamotnieniem, poczuciem odczłowieczenia, brakiem poszanowania godności czy też bólem psychicznym i fizycznym. Żadna jednostka nie powinna doświadczać łamania prawa i nadużywania władzy. Jest to szczególnie naganne w sytuacji, gdy kobieta oczekuje wsparcia i pomocy od wykwalifikowanego personelu medycznego, który ma pomóc przyjąć jej dziecko na świat. Fakt, iż dochodzi do tego rodzaju karygodnych zachowań pokazuje jednoznacznie jak ważny jest proces szkolenia personelu, zarówno w zakresie wiedzy medycznej, jak i zagadnień prawnych, bowiem świadomość prawna personelu bywa często zdecydowanie niższa od świadomości pacjentów. Niezrozumiałym jest dlaczego do tej pory ustawodawca nie uwzględnił w obowiązujących przepisach wymogu odbywania systematycznych szkoleń, narad i dyskusji, które miałyby na celu poznawanie nowych standardów opieki okołoporodowej czy obowiązków wobec tej szczególnej kategorii pacjentów, jaką są kobiety ciężarne.

Same normy prawne jednak nie są w stanie zagwarantować skuteczności funkcjonowania systemu opieki nad pacjentami, również kobietami w ciąży. Aby były one skuteczne muszą być nie tylko realizowane, ale również dopełnione przez przestrzegane normy etyczne. „Szczególnego zwrócenia uwagi wymaga nakaz kierowania się dobrem chorego. Ta z pozoru oczywistość w czasach, gdy coraz częściej mówi się

⁴¹ Rzecznik Praw Obywatelskich, *Wystąpienie do Ministra Zdrowia*, <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wystapienie%20RPO%20do%20Ministra%20Zdrowia%20-standardy%20opieki%20okołoporodowej.pdf>, 23.01.2019.

o rynku usług medycznych jako podstawowym mechanizmie mającym rządzić systemem ochrony zdrowia, staje czasem pod znakiem zapytania⁴².

Współcześnie, mimo widocznego postępu w zakresie dotyczącym stosowania najnowszych metod leczenia, udoskonalenia procedur medycznych i znaczącego postępu technicznego, problem jakości świadczeń medycznych względem kobiet ciężarnych wciąż pozostaje swoistą „szarą strefą” polskiej opieki zdrowotnej.

Bibliografia

- Bujny J., *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007.
- Byk Ch., *Prawo do zdrowia jako prawo konstytucyjne*, „Państwo i Prawo” 2000.
- Fundacja Rodzic po Ludzku, *Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet*, http://www.rodzicpoludzku.pl/images/RAPORT_FRpL_2018.pdf, 23.01.2019.
- Fundacja Rodzic po Ludzku, <http://www.rodzicpoludzku.pl/Aktualnosci/Nowy-Standard-Organizacyjny-Opieki-Okoloporodowej.html>, 23.01.2019.
- Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej uchwalona przez Sejm Ustawodawczy w dniu 22 lipca 1952 r.*, Dz. U. 1952, Nr 33, poz. 232.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, porozumienie zawarte przez rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., Dz. U. 1948, Nr 61, poz. 477.
- Kozłowska E., Marzec A., Kalinowski P., Bojakowska U. w: *Koncepcja zdrowia i jego ochrony w świetle literatury przedmiotu*, <http://docplayer.pl/26304953-Koncepcja-zdrowia-i-jego-ochrony-w-swietle-literatury-przedmiotu.html>, 23.01.2019.
- Karta Praw Kobiety Rodzącej*, <https://www.rpo.gov.pl/pliki/12282221170.pdf>, 23.01.2019.
- Lach D. E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011.
- Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli OPIEKA OKOŁOPORODOWA NA ODDZIAŁACH POŁOŻNICZYCH*, LBI.410.008.2015, Nr ewid. 203/2015/P/15/065/LBI, s. 13, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,11621,vp,13972.pdf>, 23.01.2019.
- Orzeczenie TK z dnia 6 kwietnia 1993 r., K 7/92, OTK ZU 1993, nr 1, poz. 7.
- Piechota M., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia jako prawo socjalne i prawo podstawowe*, <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-f268c2a7-865e-4791-884e-45cf2e364fc2>, 23.01.2019.
- Prokop K., *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP*, w: *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, red. T. Mróz, Białystok 2011.
- Radziwiłł K., *Prawa pacjenta powinnością lekarza*, w: *Konferencja naukowa: „Prawa pacjenta – czy są dostatecznie chronione? (27 listopada 2002 r.)*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2003.

⁴² K. Radziwiłł, *Prawa pacjenta powinnością lekarza*, w: *Konferencja naukowa: „Prawa pacjenta – czy są dostatecznie chronione? (27 listopada 2002 r.)*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2003, s. 40–41.

- Redelbach A., *Prawo do korzystania z optymalnego stanu zdrowia*, w: *Prawa człowieka. Model prawny*, red. R. Wieruszewski, Wrocław–Warszawa–Kraków 1991.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, Dz. U. 2018, poz. 1756.
- Rzecznik Praw Obywatelskich, *Wystąpienie do Ministra Zdrowia*, <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wystapienie%20RPO%20do%20Ministra%20Zdrowia%20-standardy%20opieki%20okoloporodowej.pdf>, 23.01.2019.
- Rzecznik Praw Obywatelskich, <https://www.rpo.gov.pl/pl/postepowania-strategiczne-rpo/zawarcie-waznej-umowy-darowizny-podczas-porodu>, 23.01.2019.
- Sieńko A., *Prawo do ochrony zdrowia*, Warszawa 2006.
- Skrzydło W., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, wyd. IV, Zakamycze 2002, s. 77–101.
- Skrzydło W., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2013, s. 83.
- Sokołowski M., *Znieczulenie po porodzie w świetle świadczeń gwarantowanych*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 2(47).
- Surówka A., *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2012/3, <http://marszalek.com.pl/przegladprawakonstytucyjnego/ppk11/05.pdf>, 23.01.2019.
- Tabaszewski R., *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Lublin 2016.
- Trzciniński J., Art. 68, w: *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. III.
- Ustawa Konstytucyjna z dnia 17 października 1992 r. o wzajemnych stosunkach między władzą ustawodawczą i wykonawczą Rzeczypospolitej Polskiej oraz o samorządzie terytorialnym, Dz. U. 1992, Nr 84 poz. 426.
- Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tekst jedn. Dz. U. 2017, poz. 1318 ze zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2016, poz. 1793 z późn. zm.
- Wołoszyn-Cichocka A., *Konstytucyjny obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku przez władze publiczne*, <https://journals.umcs.pl/g/article/view/5009>, 23.01.2019.
- Wojnarowska B., *Edukacja zdrowotna*, Warszawa 2008.
- Wyrok TK z dnia 23 marca 1999 r., K. 2/98, OTK 1999, nr 3, poz. 38.
- Wyrok TK z dnia 18 stycznia 2000 r., K 17/99.
- Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03, OTK 2004, nr 1A, poz. 1, Dz. U. Nr 5, poz. 37.
- Wyrok TK z dnia 27 czerwca 2000 r., sygn. akt K 20/99, OTK 2000, nr 5, poz. 140, Dz. U. Nr 52, poz. 632.

Streszczenie

Prawo do ochrony zdrowia jest zagwarantowane w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Co więcej, władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom

ciążarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Celem tego artykułu jest weryfikacja, czy ustawodawca zapewnia skuteczne wykonanie konstytucyjnego obowiązku zapewnienia specjalnej opieki zdrowotnej kobietom w ciąży. Niestety państwo nie spełnia obowiązku zapewnienia wysokiej jakości opieki zdrowotnej dla kobiet w ciąży w zadowalający sposób.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, prawa pacjenta, szczególna opieka zdrowotna

Constitutional Duty of Providing High-Quality Health Care for Pregnant Women

Summary

The right to health care is guaranteed by the Polish Constitution. Equal access to health care services, financed from public funds, shall be ensured by public authorities to citizens, irrespective of their material situation. Furthermore, public authorities shall ensure special health care to children, pregnant women, handicapped people and persons of advanced age. The purpose of this article is to verify whether the legislator ensures effective implementation of the constitutional obligation to provide special health care for pregnant women. Unfortunately, the State does not fulfil the obligation to provide high-quality health care for pregnant women in a satisfactory manner.

Key words: health care, patient's right, special health care