

Received: 30.09.2025
Accepted: 27.10.2025
Published: 30.12.2025

Roczniki Administracji i Prawa
Annals of The Administration and Law
2025, XXV, z. 4: s. 155-174
ISSN: 1644-9126
DOI: 10.5604/01.3001.0055.6548
<https://rocznikiadministracjiiprawa.publisherspanel.com>

Agnieszka Sikorska*
Nr ORCID: 0000-0001-9907-949X

POZYCJA PAŃSTWOWEGO RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA I OPIEKI ZDROWOTNEJ GWARANTOWANYCH KONSTYTUCJĄ

THE POSITION OF THE STATE EMERGENCY MEDICAL SERVICES IN THE SYSTEM OF HEALTH PROTECTION AND HEALTH CARE GUARANTEED BY THE CONSTITUTION

Streszczenie: Podstawowym założeniem systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego jest zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Założenie to w znacznej mierze jest wynikiem pragmatycznego, tudzież praktycznego, działania systemu w ramach przyjętego przez państwo modelu ratownictwa medycznego i sposobu jego finansowania opartych, co oczywiście, na podstawach juretrycznych. Źródeł tych podstaw należy więc upatrywać w konstytucyjnym prawie do ochrony zdrowia, które materializuje się w ramach systemu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej. Pytaniem pozostaje to, na ile treść konstytucyjnego prawa realizowana jest przez organy władzy publicznej, tzn. czy na zasadzie zagwarantowania możliwości korzystania z systemu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej w zakresie, w jakim dotyczy dostępności do świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Po drugie, czy w założeniach ustawodawcy regulowany na płaszczyźnie ustawowej system Państwowego Ratownictwa Medycznego, powołany do realizacji powyższego celu, jest kompatybilny, a jeśli tak, to w jakim zakresie, z systemem ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej opartym na treści konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia. Zasadna w tym kontekście wydaje się zatem analiza i ocena pozycji Państwowego Ratownictwa Medycznego w systemie ochrony

* dr; Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Prawa i Administracji, Zakład Historii Państwa i Prawa. Źródła finansowania publikacji: środki własne autora; e-mail: asikorska@ur.edu.pl

zdrowia i opieki zdrowotnej, tak z perspektywy norm konstytucyjnych wyrażających prawo do tej ochrony, jak i norm ustawowych regulujących tę sferę działalności państwa w oparciu o strukturę i podmioty medyczne oraz organy administracji rządowej/samorządowej. Tym bardziej że prawne rozwiązania od kilku lat zmiierzają w kierunku centralizacji niektórych usług systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, który *notabene* w żadnym akcie prawnym nie został określony wprost jako część systemu ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: prawo do ochrony zdrowia, ochrona zdrowia, opieka zdrowotna, system Państwowego Ratownictwa Medycznego

Summary: The basic premise of the State Emergency Medical Service system is to provide assistance to any person in a state of sudden danger to life or health. This assumption is largely the result of the pragmatic, or practical, operation of the system within the framework of the model of emergency medical services adopted by the state and the way it is financed based, of course, on judicial grounds. The sources of these foundations should therefore be sought in the constitutional right to health protection, which materializes within the framework of the health protection and health care system. The question remains to what extent the content of the constitutional right is implemented by public authorities, i.e. whether on the basis of guaranteeing the possibility of using the health protection and health care system, in the scope in which it concerns access to health services provided within the framework of the State Emergency Medical Service system. Secondly, whether, in the legislator's assumptions, the statutory regulated system of the State Emergency Medical Service system established to implement the above objective is compatible, and to what extent, with the health protection and health care system based on the content of the constitutional right to health protection. In this context, it seems reasonable to analyze and evaluate the position of the State Emergency Medical Service in the health protection and health care system, both from the perspective of constitutional norms expressing the right to this protection, and statutory norms regulating this sphere of state activity based on the structure and medical entities and governmental/local administration bodies. All the more so because legal solutions for several years have been heading towards centralizing some services of the State Emergency Medical Services system, which, incidentally, has not been explicitly defined in any legal act as part of the health protection system.

Keywords: right to health protection, health protection, health care, State Emergency Medical Services system

WPROWADZENIE

Niezależnie od kontekstu oceny systemu ratownictwa medycznego należy uznać go za strategiczny element organizacji systemu ochrony zdrowia. Z perspektywy obowiązującej ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹, podstawowego aktu regulującego jego organizację i funkcjonowanie, kwestia tak usytuowanego

¹ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jedn. Dz.U. 2025, poz. 91, ze zm.); dalej: u.p.r.m.

systemu ratownictwa medycznego nie jest oczywista. Brak wyraźnego (literalnego) wskazania w przepisach ustawy działania tej struktury w ramach systemu ochrony zdrowia, jak miało to miejsce pod rządami ustawy z 2001 roku², może wprowadzać tego typu wątpliwości. Mimo tych zastrzeżeń natury legislacyjnej należałoby założyć, iż zabezpieczenie realizacji celu, jakim jest zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ma swoje umocowanie w obecnej ustawie w przepisie art. 1. Z treści tego przepisu wynika, iż to państwo jest gwarantem realizacji zadań systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Formułowany w nim cel realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu przedmiotowej pomocy znajduje podstawę w konstytucyjnych rozwiązaniach implikujących prawo do ochrony zdrowia oraz dostępność świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w ramach systemu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej. Określone na gruncie przepisu art. 68 Konstytucji³ prawo do ochrony zdrowia można bowiem rozumieć szeroko – jako podmiotowe prawo jednostki oraz obowiązki/cel państwa.

W powyższym znaczeniu, przy wykorzystaniu metody formalno-dogmatycznej, należałoby więc poszukiwać podstaw dla rozumienia systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego jako elementu systemu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej gwarantowanych Konstytucją. Zdeterminowana głównym celem opracowania metodologia badań odwołuje się wobec tego do metod podstawowych – analizy i syntezy obowiązujących norm konstytucyjnych i przepisów ustawowych w oparciu o poglądy doktryny i judykatury.

Nasuwają się w związku z tym podstawowe pytania natury konstytucyjnej: jak rozumieć wyrażony w Konstytucji charakter przepisu art. 68 oraz co stanowi o treści konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia, postrzeganych jednak w niejednoznaczny sposób⁴. W tym kontekście z uwagi na przedmiot rozważań niejako naturalnie należy zastanowić się, czy wyrażana na gruncie konstytucyjnym treść (zakres) tego prawa jest realizowana przez organy władzy publicznej na zasadzie zagwarantowania możliwości korzystania z systemu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej w zakresie, w jakim dotyczy dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych udzielanych przez podmioty systemu ratownictwa medycznego. Nadto, czy określona konstytucyjnie dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, realizowana w ramach ratownictwa medycznego, przysługuje jednostce niezależnie od obywatelstwa, jej statusu prawnego bądź jakiegokolwiek kryterium.

² Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. nr 113, poz. 1207).

³ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. nr 78, poz. 483, ze zm.).

⁴ Doktryna i orzecznictwo, o czym w dalszej części, nie są jednakowo ukierunkowane na interpretację art. 68 Konstytucji. Z tą też uwagą, iż celem nie jest szczegółowa analiza art. 68 i konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia, a jedynie wskazanie na te elementy wynikające z charakteru i treści tego prawa, które można odnieść do tytułowego zagadnienia.

Istotny w ocenie przedmiotowego zagadnienia jest również fakt szeregu nowelizacji, jakim w ostatniej dekadzie, szczególnie od 2016 roku, podlegał system Państwowego Ratownictwa Medycznego. Wprowadzone dotychczas zmiany niewątpliwie stanowią część organizacji systemu ochrony zdrowia, tym samym zapewniają realizację wspomnianego prawa do ochrony zdrowia wywodzonego z postanowień konstytucyjnych. Należy jednak zauważyć, że choć nowelizacje te miały na celu poprawę efektywności systemu ratownictwa medycznego i sprawności działań jego podmiotów, to wprowadziły i takie rozwiązania, które nie kwalifikują się jako opieka zdrowotna stanowiąca *de facto* element systemu ochrony zdrowia. Warto wobec tego wskazać te rozwiązania, a przede wszystkim rozważyć, czy w ogóle regulacje zawarte w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym są kompatybilne z ustawowymi regulacjami systemu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej, a jeśli tak, to czy w dostatecznym zakresie. Zgodnie z tym założeniem analizie będą więc podległy zależności organizacyjne, funkcjonalne, podmiotowe wynikające z przepisów prawa, które w konsekwencji pozwolą ocenić aktualną na płaszczyźnie ustawowej pozycję Państwowego Ratownictwa Medycznego w systemie ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej.

CHARAKTER I TREŚĆ KONSTYTUCYJNEGO PRAWA DO OCHRONY ZDROWIA – PROPOZYCJA INTERPRETACYJNA

Wskazując na charakter przepisu art. 68 Konstytucji, co do którego brak jednolitej interpretacji, należałoby rozważyć go z perspektywy prawa podmiotowego oraz normy programowej. W jednym z orzeczeń Trybunał Konstytucyjny uznał prawo do ochrony zdrowia wyrażone w ust. 1 tego przepisu za podmiotowe prawo każdego, obejmujące zakresem tę ochronę, jak również, przepis ten ujął w kategorii normy gwarancyjnej o charakterze programowym, z której wywodzić należy obiektywny nakaz podejmowania przez władze publiczne działań koniecznych dla należytej ochrony i realizacji tego prawa⁵. Uznanie prawa do ochrony zdrowia w znaczeniu prezentowanym przez Trybunał Konstytucyjny zdaje się uzasadniać żądanie po stronie jednostki podjęcia przez władze publiczne działań, które służyć będą zagwarantowanemu konstytucyjnie *in extenso* celowi, jakim jest zapewnienie realizacji i ochrona tego prawa, co wymaga z kolei stworzenia możliwości korzystania z systemu ochrony zdrowia. Warto przywołać w tym miejscu art. 8 Konstytucji, z treści którego wynika, iż jest ona najwyższym prawem, którego przepisy stosuje się bezpośrednio, chyba że sama stanowi inaczej. Brak realizacji normy programowej we wskazanym zakresie, czyli działań, które zmierzają do urzeczywistnienia zagwarantowanego jednostce prawa, wydawałby się wówczas sprzeczny z treścią zasady konstytucjonalizmu.

⁵ Wyrok TK z dnia 23 marca 1999 r., K2/98, OTK 1999, nr 3, poz. 38.

Podkreśla się co prawda, że chociaż normy programowe, ujmowane jako zasady polityki państwa lub normy o celach państwa, wiążą władze publiczne poprzez nakaz realizacji wskazanych celów, bądź co najmniej dążenie do ich osiągnięcia, to nie wskazują żadnych konkretnych rozwiązań, które z uwagi na realizację założonych celów mają być podjęte⁶. Zarówno w świetle orzecznictwa, jak i ustaleń doktryny przepis art. 68 ust. 1–2 Konstytucji zaliczyć można do norm wyrażających prawo jednostki do ochrony zdrowia o charakterze socjalnym⁷. Bywają też odmienne poglądy, które wywodzą z jego treści wyłącznie charakter normy programowej, i to w zakresie, w jakim odnosi się on do podstawy prawnej roszczenia o zapłatę za ponadlimitowe świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w stanie nagłym⁸. Nie ma więc wątpliwości, że ust. 3–5 przywołanej normy nie ustanawia samodzielnie praw podmiotowych, lecz wyłącznie normy programowe wyznaczające owe cele i program działania władz publicznych⁹.

Wydaje się natomiast, iż zawarte w art. 68 Konstytucji postanowienia, mimo wyraźnego braku takiego wskazania, podlegać powinny wzajemnej interpretacji, w wyniku której deklarowane w ust. 1 prawo każdego do ochrony zdrowia o charakterze socjalnym stanowi cel obowiązków ciążyących na władzy publicznej statutowanych w treści pozostałych postanowień. Odczytywanie łącznie treści ust. 1 z ust. 2–5 art. 68 Konstytucji zdaje się być też nieodosobnione¹⁰. Począwszy zatem od obowiązku zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, których warunki i zakres udzielania zgodnie z konstytucyjnym odesłaniem określa ustawa, przez zapewnienie szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym, w podeszłym wieku, po zwalczanie chorób epidemiologicznych, zapobieganie negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska czy popieranie rozwoju kultury fizycznej. Odczytywanie wówczas normy programowej wyłącznie jako deklaracji określającej cel państwa w postaci zapewnienia każdemu prawa do ochrony zdro-

⁶ P. Sarnecki, *Normy programowe w Konstytucji i odpowiadające im wolności konstytucyjne*, [w:] L. Garlicki, A. Szym (red.), *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, Warszawa 2003, s. 253.

⁷ Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1; wyrok TK z dnia 24 lutego 2004 r., K 54/2, OTK-A 2004, nr 2, poz. 10; J. Trzcinski, *Artykuł 68*, [w:] L. Garlicki (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*. t. III, Warszawa 2003, s. 2, 4–5; B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 412; M. Piechota, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia jako prawo socjalne i prawo podstawowe*, „Roczniki Administracji i Prawa. Teoria i Praktyka” 2012, nr XII, s. 96.

⁸ Wyrok SN z dnia 27 sierpnia 2015 r., III CSK 455/14, LEX nr 1800063 z glosą: G. Głanowski, *Glosa do wyroku Sadu Najwyższego z dnia 27 sierpnia 2015 r., sygn. akt III CSK 455/14/PiM 63*, „Prawo i Medycyna” 2016, nr 2, 63, Vol. 18, s. 154–168.

⁹ Wyrok TK z dnia 22 lipca 2008 r., K 24/07, OTK ZU 2008, Nr 6/A, poz. 110; postanowienie TK z dnia 12 listopada 2003 r., Ts 11/03, OTK-B 2003, nr 4, poz. 227; K. Eckhardt, *Prawo do ochrony zdrowia. Zagadnienia wybrane. Prawa człowieka*, „Humanistyczne Zeszyty Naukowe” 2006, nr 10, s. 67–68.

¹⁰ Podobnie: L. Bosek, *Art. 68*, [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP*, tom I: *Komentarz. Art. 1–86*, Warszawa 2016, s. 1525.

wia bez konieczności realizacji wskazanych Konstytucją, choć niewyczerpująco, obowiązków, które umożliwić mają realne korzystanie z tego prawa, wydaje się niewystarczające.

Jeśli przyjąć powyższy punkt widzenia, zakwalifikowanie przedmiotowego prawa do norm programowych uzasadnia wspomniany nakaz po stronie władz publicznych stworzenia gwarancji możliwości korzystania z systemu ochrony zdrowia w celu realizacji i ochrony tego prawa. Działania władz publicznych wymagając więc będą organizacji, utrzymywania (finansowania) i zapewnienia dostępu do systemu tej ochrony, na który składa się opieka zdrowotna i wyrażone konstytucyjnie zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jak podkreśla w jednym z orzeczeń Trybunał Konstytucyjny, ochrona zdrowia jest pojęciem znaczeniowo szerszym od opieki zdrowotnej, która jest jednym z elementów składowych systemu ochrony zdrowia, a której elementem składowym są świadczenia opieki zdrowotnej¹¹. Zgodnie z definicją legalną¹², szerzej analizowaną przy regulacjach ustawowych, owe świadczenia to, ogólnie rzecz ujmując, usługi medycyny leczniczej na rzecz zdrowia, w tym służącej ratowaniu w stanach nagłych, oraz inne działania wynikające z procesu leczenia. Wynikłe z konstytucyjnych postanowień pozostałe elementy ochrony zdrowia, stanowiące część tego systemu, na co zwraca się słusznie uwagę, postrzegać należałoby w kategorii działań propektywnych, podejmowanych na przyszłość w celu przeciwdziałania zagrożeniom dla zdrowia czy polepszenia ogólnego stanu zdrowia¹³.

W nawiązaniu do powyższego na tym etapie można skonstatować, iż treść prawa do ochrony zdrowia, określona normą konstytucyjną, powinna wyrażać się w gwarancji możliwości korzystania z systemu ochrony zdrowia przez jednostkę i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przy czym chodzi tu o dostępność nie jedynie formalną, deklarowaną przez przepisy prawne o charakterze programowym, ale rzeczywistą, stanowiącą realizację prawa do ochrony zdrowia¹⁴. Z jednej strony gwarancyjna treść tego prawa utożsamiana jest z zakazem ingerencji w procesy życiowe człowieka¹⁵. Z drugiej – oznacza obowiązek ukształtowania systemu ochrony zdrowia tak, by owe procesy

¹¹ Wyrok TK z dnia 22 lipca 2008 r., K 24/07, OTK ZU 2008, Nr 6/A, poz. 110.

¹² Art. 5 pkt 34 w zw. z pkt 37, 38 i 40 ustawy z dnia 27 czerwca 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. 2024, poz. 146, ze zm.); dalej: u.s.z. oraz art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. 2025, poz. 450, ze zm.); dalej: u.d.l.

¹³ W Lis, *Konstytucyjne gwarancje ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych*, [w:] J. Pacian (red.), *Prawne aspekty cywilizacyjnych zagrożeń zdrowia*, Warszawa 2016, s. 16.

¹⁴ Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1.

¹⁵ Orzeczenie TK z dnia 28 maja 1997 r., K 26/96, OTK 1997, nr 2, poz. 19; A Zoll, *Godność człowieka jako źródło wolności i praw*, [w:] A. Dębiński, M. Gałązka, R.G. Hałas, K. Wiak (red.), *Hominum causa omne ius constitutum est. Księga jubileuszowa ku czci profesor Alicji Grześkowiak*, Lublin 2006, s. 8.

życiowe skutecznie zabezpieczyć, szczególnie przez nałożenie udzielania pomocy w sytuacji zagrożenia życia¹⁶, a więc udzielania jej w ramach ratownictwa medycznego i wynikających stąd świadczeń opieki zdrowotnej.

DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH – ZAKRES PODMIOTOWY

W nawiązaniu do poczynionych uwag należy także rozważyć, komu przysługuje dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – czy jedynie obywatelom. Korzystanie z prawa do ochrony zdrowia, ze względu na znacznie szerszy jego zakres, nie jest tożsame z prawem do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zależnych od możliwości finansowych państwa oraz – jak statuuje przepis art. 68 w ust. 2 – dostępnych obywatelom. Wypada w związku z tym zauważyć, iż adresatem tej normy są organy władzy publicznej zobowiązane na jej podstawie do zapewnienia standardu dostępności świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, która to dostępność ma być równa dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Nie oznacza to także powszechnej dostępności wobec wszelkich świadczeń opieki zdrowotnej stosowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Jak wskazuje bowiem zdanie drugie tego ustępu, warunki i zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych określać ma ustawa, owszem, w zależności od przyjętego przez państwo modelu ochrony zdrowia i sposobu jego finansowania, aczkolwiek, jak podkreśla orzecznictwo, bezwzględnie uwzględniając zakres świadczeń przysługujących beneficjentom publicznego systemu opieki zdrowotnej¹⁷. Z drugiej strony, jeśli brać pod uwagę charakter prawa do ochrony zdrowia, słusznie się zauważa, iż decyduje o nim również jego treść, w przeważającym stopniu bezpośrednio jednak uwarunkowana interesami ekonomicznymi, mimo że obowiązki władzy publicznej mają na celu interes niemajątkowy, czyli zdrowie każdego człowieka¹⁸.

Na powyższe ograniczenie nie będzie zaś możliwe powołanie się w sytuacji udzielenia świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, tym bardziej życia. Przemawia za tym przede wszystkim osobisty charakter prawa do ochrony zdro-

¹⁶ L. Bosek, Art. 68, [w:] *Konstytucja RP*, tom I..., s. 1527.

¹⁷ Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1.

¹⁸ L. Bosek, Art. 68, [w:] *Konstytucja RP*, tom I..., s. 1525; A. Pietraszewska-Macheta, *Zakres przedmiotowy i podmiotowy oraz objaśnienia ustaleń ustawowych. Konstytucyjny model ochrony zdrowia*, [w:] A. Pietraszewska-Macheta (red.), *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Warszawa 2018, s. 34-35; wyrok SN z dnia 21 grudnia 2014 r., I CK 320/04, LEX nr 369249.

wia we wspomnianym znaczeniu podmiotowym, czyli przysługującego każdemu. Także rodzaj dobra, jakie podlega ochronie prawnej w związku z celem, jakim jest realizacja tego prawa na płaszczyźnie ustawowej, i wynikająca stąd ochrona dóbr – życia i/lub zdrowia wymagających podjęcia natychmiastowych działań w formie udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie w jakim dotyczą medycznych czynności ratunkowych i leczenia w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Definicja legalna z art. 3 pkt 8 u.p.r.m. wskazuje na stan zagrożenia polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia, co wymaga podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia, w rozumieniu definicji legalnej, jako wskazanych uprzednio świadczeń opieki zdrowotnej z u.ś.z. lub u.d.l.

Wynikająca zatem z prawa do ochrony zdrowia powszechność, jak również wartość ratowanych dóbr, wraz z przesłanką stanu nagłego ich zagrożenia, wymagającego natychmiastowych czynności ratowniczych i leczenia, wyłączają możliwość różnicowania na płaszczyźnie ustawowej ochrony względem jednostki z uwagi obywatelstwo, tytuł z ubezpieczenia zdrowotnego, bądź inne kryterium, i muszą zostać udzielone każdej osobie, bez wyjątku. Słusznie uznaje w jednym z orzeczeń Sąd Najwyższy, że prawo każdego człowieka do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych, jest jednym z fundamentalnych praw, zagwarantowanych w art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP. Prawidłowa wykładnia norm nakazujących udzielenie pomocy prowadzi zaś do wniosku, że podmiot leczniczy bezwzględnie zobowiązany jest osobie, która potrzebuje pomocy, natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia i życia, nawet jeśli wyczerpany zostanie limit przewidziany dla danego rodzaju świadczeń, a także maksymalna jego kwota¹⁹. Zakaz odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego przy spełnieniu przywołanych wyżej przesłanek potwierdza także art. 15 u.d.l.²⁰. Co więcej, obowiązek ochrony życia i zdrowia w stanach nagłych, i nie tylko, rozciąga się także na osoby wykonujące zawody medyczne. Jego egzemplifikacją jest chociażby art. 30 ustawy o zawodzie lekarza²¹ i wynikający stąd nakaz, gdy udzielenie świadczeń

¹⁹ Wyrok SN z dnia 14 listopada 2006 r., II CSK 190/06, LEX nr 445255. W wyroku WSA w Szczecinie z dnia 18 lutego 2021 r. (II SA/Sz 549/20, LEX nr 3165053), w badanej sprawie poza sporem pozostawało, że pacjent został przyjęty do szpitala w stanie nagłym, w rozumieniu art. 5 pkt 33 u.ś.z. i art. 3 pkt 8 u.p.r.m., jak i to, że skarżący szpital nie miał możliwości odmowy udzielenia świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia.

²⁰ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2013, s. 43. Szerzej: R. Kubiak, *Obowiązek udzielenia pomocy medycznej i jego ograniczenia. Odpowiedzialność karna za przestępstwa okołomedyczne*, [w:] J. Zajdel (red.), *Meritum. Prawo medyczne*, Warszawa 2016, s. 285 i n.

²¹ Ustawa z dnia 5 grudnia 1995 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (tekst jedn. Dz.U. 2024, poz. 1287, ze zm.).

zdrowotnych jest bezzwłocznie potrzebne²², z zastrzeżeniem także wyjątków z art. 38, nieobjmujących jednak stanów nagłych²³. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ponad wskazane przypadki nagłego zagrożenia, a finansowanych ze środków publicznych, przysługiwać powinno nie tyle obywatelowi, ile osobie posiadającej w ramach systemu status ubezpieczonego.

Warto również zauważyć, iż w kontekście jednostki i jej prawa do ochrony zdrowia oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, z perspektywy konstytucyjnej gwarancja ochrony zdrowia i życia stanowiących wartości najcenniejsze i równocześnie determinujące się nawzajem, jest wynikiem statuowanej w art. 30 Konstytucji zasady poszanowania i ochrony godności jako źródła tych wartości (praw) bez jakichkolwiek ograniczeń podmiotowych. Słusznie zwraca się też uwagę na pewną korelację godności z zasadą równości, która ostatecznie implikuje obowiązek zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, np. niezależnie od statusu majątkowego obywatela. W związku z tym, że art. 32 ust. 1 Konstytucji statuuje zasadę równości wobec prawa, nie można dopuszczać do dyskryminacji w zakresie godności z jakiegokolwiek powodu. Godność nie jest w żadnym stopniu uzależniona od wieku czy stanu umysłowego. Zasada nienaruszalności godności implikuje z kolei zakaz podejmowania jakichkolwiek działań zmierzających do naruszenia lub choćby ograniczenia godności²⁴. Podstawą zależności jest także przepis art. 38 Konstytucji i prawna ochrona życia. Trybunał Konstytucyjny w jednym z wyroków wskazał na nierozzerwalny związek ochrony zdrowia z ochroną życia, a prawa do życia z godnością człowieka, szczególnie gdy prawo to jest zagrożone²⁵. Podobnie w kontekście zasady godności rozpatrywał zbieg prawa do życia i prawa do ochrony zdrowia, gdy wadliwe przepisy lub brak działań w ochronie zdrowia prowadzą do naruszenia prawa do życia lub narażenia go na niebezpieczeństwo²⁶.

Zasadnie się podkreśla, iż naczelną powinnością podmiotów medycznych jest zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa, wynika ona z całokształtu ustaw medycznych i zawartych tam instytucjonalnych gwarancji minimalizujących naruszenie

²² K. Piech, *Granice obowiązku gwaranta wykonującego zawód lekarza*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2021, z. 3, s. 110, 120.

²³ R. Kubiak, *Prawo lekarza do odmowy leczenia*, „Medycyna Praktyczna” 2020, nr 9, s. 141-148. Autor analizuje ten problem na tle art. 38 przywołanej ustawy, która wprowadza prawo do odmowy udzielenia przez lekarza świadczenia zdrowotnego, tj. leczenia pacjenta, jeśli nie zachodzi przypadek określony w art. 30 przywołanej ustawy, jak również w odniesieniu do Kodeksu Etyki Lekarskiej i jego art. 7 przed jego nowelizacją. Z tym że interpretacja ta pozostaje aktualna.

²⁴ M. Borski, *Godność człowieka jako wartość uniwersalna*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2014, nr 3, s. 7-20, https://sip.lex.pl/#/publication/151188507?unitId=thesis_167899320_167899320_1 [dostęp: 25.05.2025].

²⁵ Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, nr 1 poz. 1, w którym przywołano stanowisko A. Zolla – A. Zoll, *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8, vol. 2

²⁶ Wyrok TK z dnia 24 marca 1999 r., K 2/98, OTK 1999, nr 3, poz. 38; A. Mokrzycka, *Prawo do ochrony zdrowia. Konstytucyjny priorytet czy źródło dylematów w ochronie zdrowia?*, Kraków 2014, s. 75-79.

dóbr osobistych pacjenta do granic niezbędnych z punktu widzenia ochrony jego zdrowia²⁷.

PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE ELEMENTEM OCHRONY ZDROWIA I OPIEKI ZDROWOTNEJ GWARANTOWANYCH KONSTITUCJĄ – INTERPRETACJA USTAWOWA

Mając na uwadze charakter i treść prawa do ochrony zdrowia, zgodnie z konstytucyjnym odesłaniem, prawo to realizuje się znacznie szerzej, bo w płaszczyźnie ustawowej. Należy więc założyć, że przepisy poszczególnych ustaw ostatecznie stanowią normatywne uzasadnienie regulacji systemów, tak ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej, jak i jego elementu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Z perspektywy systemu ochrony zdrowia istotna jest dwojaka sfera działania konkretyzowana ustawami, szczególnie przepisami przywołanych już u.ś.z. oraz u.d.l., ale również ustaw regulujących zawody medyczne²⁸. Zgonie z tymi regulacjami, z jednej strony system ochrony zdrowia obejmuje działania z obszaru opieki zdrowotnej, ujmowane w kategorii medycyny leczniczej oraz wynikających z procesu leczenia, z drugiej – dotyczy tychże działań realizowanych przez odpowiedzialne służby, organy bądź inne podmioty. Wynika to już w samej definicji legalnej „świadczeń opieki zdrowotnej”, statuowanej w art. 5 pkt 34 w zw. z pkt 37, 38 i 40 u.ś.z. Są to bowiem „świadczenia zdrowotne” rozumiane jako działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz „świadczenia rzeczowe i towarzyszące” jako inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia, jak zaopatrzenie w leki, środki medyczne czy transport, które wynikają z poszczególnych ustaw regulujących zasady ich udzielania. Definicję „świadczeń zdrowotnych”, ujętą w powyższej ustawie, powieliła także art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l. Do podejmowania i/lub udzielania świadczeń zdrowotnych ustawodawca zobowiązał natomiast wyspecjalizowane służby zdrowia publicznego, medyczne w przewidzianych przepisami prawa formach, tj. podmioty prowadzące działalność leczniczą, czy lecznicze niebędące przedsiębiorcą, i inne podmioty, jak również organy władzy publicznej odpowiedzialne za, ogólnie rzecz biorąc, zapewnienie i realizację usług zdrowotnych²⁹.

W nawiązaniu do dotychczasowych uwag warto zauważyć, iż przejawem systemu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej będzie podkreślany w doktrynie kontekst

²⁷ M. Boratyńska, *Kontraktowe i pozakontraktowe elementy opieki medycznej w ramach powszechnego ubezpieczenia*, „Przegląd Prawa Medycznego 2020, tom 2, nr 3, s. 158.

²⁸ Ustawa z dnia 5 grudnia 1995 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (tekst jedn. Dz.U. 2024, poz. 1287, ze zm.); ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz.U. 2024, poz. 814, ze zm.); ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (tekst jedn. Dz.U. 2025, poz. 339, ze zm.).

²⁹ Art. 2 ust. 1 pkt 4, 5 w zw. z art. 4 i 5 oraz pkt 6 u.d.z.l., jak i art. 5 pkt 41 i art. 6 u.ś.z.

przedmiotowy, który sprowadzić można do zorganizowanego w oparciu o regulacje ustawowe zespołu działań mających na celu zapewnienie i udzielanie świadczeń zdrowotnych, które zabezpieczą, ochronią, względnie poprawią zdrowie jednostek i zdrowie publiczne. W kontekście podmiotowym system oznaczał będzie podmioty zobligowane ustawą do działań organizacji, finansowania (dostępności) i udzielania (wykonywania) tych świadczeń³⁰. W tym ujęciu za właściwe należałoby więc także przyjąć, iż zapewnienie realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia oznacza nie tylko ustaloną możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia i dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej, ale także na płaszczyźnie ustawowej obowiązek ich udzielania (wykonywania). Jak podkreśla judykatura, norma konstytucyjna wyrażająca zarówno prawo do ochrony zdrowia, którego adresem jest każdy, jak też dostępność do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, może być podstawą do oceny zgodności z nią przyjętego przez prawodawcę systemu ochrony zdrowia, ponieważ nakłada na organy władzy publicznej – państwa/rządowe oraz samorządu terytorialnego określone obowiązki³¹. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym, łącząc te dwie, cechy stanowi wyraz konkretyzacji tego prawa i obowiązku. Normatywnym uzasadnieniem jest przywołany przepis art. 1 u.p.r.m., zgodnie z którym to państwo, a dokładniej jego organy, jako gwarant realizacji zadań systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego zapewnia pomoc każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Przyjmując, że zgodnie z przywołaną normą system Państwowego Ratownictwa Medycznego został stworzony, by realizować zadania państwa polegające na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, należy rozważyć, czym wedle tego systemu jest pomoc³², jako że stan nagłego zagrożenia został już wyjaśniony. Sam ustawodawca w ramach definicji legalnych w art. 3 pkt 7 i 2 u.p.r.m. wskazuje na „kwalifikowaną pierwszą pomoc” i „pierwszą pomoc”. Z obu definicji wynika zaś wspólny zakres działań. Jest nim zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych adekwatnie przez ratownika, bądź przez każdą osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, z wykorzystaniem wyrobów medycznych, wyposażenia tych wyrobów, systemów i zestawów zabiegowych oraz produktów leczniczych dostępnych na miejscu zdarzenia, dopuszczonych do obrotu na terytorium kraju. Powyższe czynności pokrywają się także z przytaczaną wyżej definicją „świadczeń zdrowotnych” stanowiącą podstawę systemu

³⁰ H. Izdebski, *Uwagi wprowadzające. Podstawowe kwestie, podstawowa terminologia*, [w:] M. Dercz (red.), *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, Warszawa 2013, s. 33-34.

³¹ Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1.

³² Z analizy słownej pojęcie „pomoc” to ratowanie kogoś w niebezpieczeństwie, doprowadzanie do poprawy stanu, na korzyść kogoś – *Słownik współczesnego języka polskiego*, red. B. Dunaj, t. 2, Warszawa 1998, s. 94-95 i 226.

ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej, aczkolwiek w zakresie, w jakim dotyczą udzielania świadczeń służących ratowaniu zdrowia i życia. Faktem jest natomiast, że wskazywana w doktrynie dywersyfikacja świadczeń zdrowotnych może opierać się na różnych kryteriach, m.in. kryterium celu, który może mieć charakter leczniczy lub nieleczniczy³³.

W szczególności więc ustawowe zadanie „pomocy” w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego należy wiązać z działaniami mającymi na celu udzielanie medycznych czynności ratunkowych w warunkach pozaszpitalnych i leczenia w warunkach szpitalnych rozumianych w kategorii świadczeń opieki zdrowotnej z u.ś.z. i u.d.l. Warto zauważyć, iż to w obszarze struktury medycznej systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego tworzonej, zgodnie z art. 2 ust. 2 pkt 2 u.p.r.m., z udziałem jednostek systemu jako szpitalnych oddziałów ratunkowych i zespołów ratownictwa medycznego, w tym lotniczych zespołów, następuje ustawowe zobowiązanie tych podmiotów do działań określanych jako przedmiotowa „pomoc”. Po pierwsze, będzie to zapewnienie i utrzymanie gotowości personelu medycznego w osobach lekarza, pielęgniarki systemu czy ratownika medycznego, bądź jednostek organizacyjnych, po wtóre, odpowiedniego stanu zasobów technicznych w zakresie transportu, aparatury medycznej czy leków, a więc wspomniane świadczenia rzeczowe i towarzyszące. Z kolei jako działania służące bezpośrednio ratowaniu i przywracaniu zdrowia, na gruncie przepisu art. 3 pkt 4 i 10 u.p.r.m., należy wskazać na działania specjalistycznych, dwu- lub trzyosobowych zespołów ratownictwa medycznego, lotniczych zespołów oraz motocyklowych zespołów ratownictwa udzielających medycznych czynności ratunkowych w warunkach pozaszpitalnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wypełniając przestrzeń pomiędzy postępowaniem przedszpitalnym a szpitalnym leczeniem specjalistycznym, zgodnie z art. 2 pkt 9 u.p.r.m., świadczeń opieki zdrowotnej udzielają szpitalne oddziały ratunkowe jako komórki organizacyjne szpitala w rozumieniu przepisów u.d.l. Jako podmioty współpracujące z systemem świadczeń udzielają także centra urazowe, w tym dla dzieci (art. 2 pkt 11 i 11a u.p.r.m.), oraz jednostki organizacyjne szpitala wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (art. 32 ust. 2 u.p.r.m.).

O ile w powyższym zakresie regulacje ustawowe można uznać za wystarczające, o tyle warto postulować zdefiniowanie pojęcia „ratownictwo medyczne”³⁴.

³³ A. Zemke-Górecka, C. Rogula, *O potrzebie zmiany definicji świadczenia zdrowotnego*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2025, tom 30, z. 2, s. 15. Autorzy analizują udzielanie świadczeń zdrowotnych w kontekście medycyny estetycznej i zakresu przedmiotowego tych świadczeń, który niekoniecznie bywa odnoszony do tej medycyny. Problem ten wymaga prawdopodobnie redefinicji świadczeń zdrowotnych, ale nie przekłada się on na omawianą sferę ratowania i leczenia.

³⁴ Brzmienie stosowanej przez Światową Organizację Zdrowia definicji *Emergency Medical Service system* – EMS – system jako rozmieszczenie personelu, urządzeń i sprzętu, które zapewnia skuteczne i skoordynowane działanie systemu w zakresie prewencji i zarządzania zagrożeniami będącymi

Z aktualnego zakresu przedmiotowego przepisu art. 2 ust. 1 u.p.r.m. wynikają fundamentalne zasady organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu realizowane *de facto* na przestrzeni ustawy, wsparte nadto zasadą zapewnienia edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Mimo to pozbawienie ustawy definicji tego pojęcia zdaje się wpływać na regulacje, chociażby w części przepisów dotyczących zasad funkcjonowania poszczególnych jednostek systemu (art. 32 ust. 2, 33 u.p.r.m.), transportu bezpośredniego osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 45 u.p.r.m.) czy finansowania jednostek systemu, wyspecjalizowanych (art. 47 u.p.r.m.), w zakresie, w jakim ustawodawca odwołuje się w nich do „udzielenia świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego”. Trudno przy tym zaakceptować pogląd, z którego wynika brak zasadności wprowadzenia w ustawie przedmiotowej definicji, jako że nie ma wpływu na dalsze przepisy ustawowe, co więcej – że jest ona zwyczajowa³⁵.

Oczywiste jest, iż stwarzanie właściwych warunków zdrowotnych w drodze rozwiązań prawnych, ukierunkowanych na organizację struktur i funkcjonowanie systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego jako elementu systemu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej, spełniać powinno oczekiwania dotyczące zapewnienia przez organy władzy publicznej świadczeń opieki zdrowotnej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, a tym samym zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego. Nie ma bowiem możliwości zapewnienia i realizacji prawa do ochrony życia i zdrowia³⁶ bez zapewnienia i realizacji prawa do bezpieczeństwa zdrowotnego, i *vice versa*. W tym przypadku znaczenie będzie miała też klauzula generalna bezpieczeństwa z art. 5, jako wartość konstytucyjna dla wykładni norm ustawowych³⁷, regulujących system Państwowego Ratownictwa Medycznego. Natomiast od dbałości o spójność rozwiązań normatywnych na rzecz efektywnego systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, która jest powinnością państwa, zależeć będzie poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego.

konsekwencjami nagłych zdarzeń, klęsk żywiołowych lub podobnych wydarzeń, *Emergency medical services systems in the European Union: report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization* 2008, s. 11. W znacznej części stanowi ona odpowiednik zaproponowanej przez Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej definicji „ratownictwa medycznego” jako systemu organizacyjnego polegającego na zwartej, skoordynowanej gotowości ludzi, zasobów i jednostek organizacyjnych uruchamianych w trybie pilnym w celu opanowania nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. *Stanowisko Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej w sprawie projektu „ustawy o ratownictwie medycznym” (w wersji z 1 marca 2006)*, Poznań 2006, s. 9.

³⁵ Stanowisko podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia oraz Biura Legislacyjnego Kancelarii Sejmu, *Biuletyn Sejmowy nr 1034/V z 5 września 2006 r., Kancelaria Sejmu, Biuro Komisji Sejmowych, „Biuletyn z posiedzenia Komisji Zdrowia” nr 52*, Warszawa 2006, s. 7.

³⁶ D. Fleszer, K. Małyś, *Bezpieczeństwo publiczne i jego konstytucyjne znaczenie*, „Roczniki Administracji i Prawa” 2024, z. 1, nr XXVI, s. 37. Autorzy słusznie łączą bezpieczeństwo z prawem do życia z art. 38 Konstytucji.

³⁷ A. Sikorska, *Bezpieczeństwo i porządek publiczny jako wartości konstytucyjne – kilka uwag natury ogólnej po zmianach ustrojowych z lat 90. XX wieku*, „Acta Iuridica Resoviensia” 2023, nr 4(43), s. 98-99.

Zgodnie więc z przepisami art. 18 w zw. z art. 19 i 20 u.p.r.m. funkcjonujące w ramach systemu organy administracji rządowej, realizując zadania państwa w zakresie zagwarantowania prawa do ochrony zdrowia oraz związanego z nim bezpieczeństwa zdrowotnego, zobowiązane zostały poprzez organizację i nadzór systemu do zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej. W ramach ustawowych kompetencji minister do spraw zdrowia posiada szereg uprawnień nadzoru nad systemem na terenie kraju i jego podmiotami, w tym kontrolnych³⁸, a także do wydawania rozporządzeń w wielu obszarach działania systemu i jego podmiotów, zarówno z upoważnienia przedmiotowej ustawy, jak i innych ustaw kompatybilnych z systemem. W szczególności powyższe gwarancje są wynikiem realizacji zadań planowania, organizowania, koordynowania systemu i nadzoru nad nim w terenie i jego podmiotami, stanowiących kompetencję wojewody³⁹. Przypisane ustawą zadania właściwy minister oraz wojewoda realizują przy wykorzystaniu Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM, funkcjonującego także w oparciu o system powiadamiania ratunkowego⁴⁰.

Należy jednak zauważyć, iż pewne elementy systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, istotne z punktu widzenia jego funkcjonowania zawarte w ustawie, nie wynikają wprost z obszaru systemu opieki zdrowotnej. Realizowane na poziomie administracji rządowej, jak wojewódzki plan działania systemu sporządzany przez wojewodę (art. 21 u.p.r.m.), czy stanowisko i zadania krajowego koordynatora ratownictwa medycznego i jego zespołu, bądź wojewódzkiego koordynatora (art. 29 u.p.r.m.), funkcjonujących w systemie, ostatecznie są poza systemem tej opieki. Podobnie należałoby zakwalifikować zadania kierownika dyspozytorni medycznej, tworzonej i prowadzonej przez wojewodę na terenie województwa (art. 25a, 25b u.p.r.m.), bądź głównego dyspozytora medycznego (art. 26 ust. 2d-e u.p.r.m.). Inaczej kształtuje się natomiast status dyspozytorów medycznych (art. 26 ust.1 -2, art. 27 u.p.r.m.). Z jednej strony z uwagi na centra-

³⁸ Sprawując zadanie nadzoru na terenie kraju, minister do spraw zdrowia zatwierdza wojewódzkie plany działania systemu i jego aktualizacje, żąda od wojewody informacji dotyczących funkcjonowania systemu, bądź w oparciu o przepisy u.d.l. kontroluje dysponentów jednostek, tj. podmioty lecznicze lub dyspozytornie medyczne na podstawie ustawy z dnia 15 lipca 2011 r., o kontroli w administracji rządowej (Dz.U. 2020, poz. 224), w tym zleca ich kontrolę, nadzoruje dysponentów lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, jak również posiada uprawnienie do powołania krajowego koordynatora ratownictwa medycznego czy nadzoru nad Systemem Wspomagania Dowodzenia PRM i jego rozbudowy.

³⁹ Wojewoda m.in. sporządza wojewódzki plan działania systemu, zapewnia odpowiednie parametry czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego, w ramach nadzoru prowadzi kontrolę dysponentów jednostek, jednostek współpracujących z systemem i podmiotów prowadzących kursy, prowadzi ewidencję jednostek systemu, tworzy i prowadzi dyspozytornię medyczną w województwie, może ustalać harmonogram funkcjonowania jednostek organizacyjnych szpitali w przypadku zwiększonej gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, nadzoruje działania systemu w stanie klęski żywiołowej czy zapewnia utrzymanie i funkcjonowanie Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM na terenie województwa.

⁴⁰ Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz.U. 2023, poz. 748, ze zm.).

lizację dyspozytorni medycznych ich status określa zatrudnienie przez wojewodę. Z drugiej – ustawa uznaje wykonywanie zadań dyspozytora medycznego za udzielanie świadczeń zdrowotnych w rozumieniu u.d.l., co świadczyć będzie na korzyść zakwalifikowania ich statusu i zadań w ramach systemu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej. Z centralizacją związane jest natomiast wdrożenie wspomnianego Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM oraz umiejscowienie dyspozytorni medycznych i stanowisk dyspozytorów medycznych przy wojewodach. Konsekwencją tej zmiany jest upaństwowienie w tym zakresie systemu poprzez zobowiązanie wojewodów do utworzenia dyspozytorni medycznych w celu zapewnienia obsługi zgłoszeń alarmowych oraz powiadamiania o zdarzeniach. Jest to wynik podjętej reorganizacji systemu powiadamiania ratunkowego, która zakładała ich redukcję, a co za tym idzie – stanowisk dyspozytorów medycznych.

Słusznie wskazuje się, iż na podstawie logicznej wykładni ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym można stwierdzić, że jako element składowy systemu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej w zakresie ratowania życia i zdrowia ludzkiego system Państwowego Ratownictwa Medycznego powinien skutecznie współpracować i współdziałać z innymi służbami zobowiązanymi do działań ratowniczych w sytuacjach nagłych. Państwo jest natomiast zobowiązane czuwać nad tym poprzez instytucje powołane w tym właśnie celu⁴¹. Zgodnie z przepisem art. 15 u.p.r.m. przy spełnieniu określonych warunków współpracę z systemem podejmują służby, straże oraz organizacje ratownicze ustawowo lub statutowo powołane do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Przyjmując za podstawę nakaz stworzenia przez państwo gwarancji w zakresie współdziałania z innymi służbami w sytuacjach nagłego zagrożenia życia i zdrowia, zauważyć wypada nieco szerszy ich kontekst – gwarancji zapewnienia przez te służby nie tylko pomocy w ramach udzielania kwalifikowanej pomocy, ale także wspomnianego bezpieczeństwa zdrowotnego.

PODSUMOWANIE

Mając na względzie treść prawa do ochrony zdrowia określoną normą konstytucyjną, należy założyć, iż wyraża się ona w gwarancji możliwości korzystania z systemu ochrony zdrowia przez jednostkę i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie, w jakim dotyczy udzielania ich w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Norma ta w przyjętym zakresie może być podstawą do oceny zgodności z nią przyjętego przez prawodawcę systemu ochrony zdrowia, ponieważ nakłada na organy władzy publicznej wskaza-

⁴¹ S. Poździoch, *Przepisy ogólne*, [w:] S. Poździoch (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, Warszawa 2013, s. 58-59.

ne obowiązki. Przyjmując natomiast określony model związania Państwowego Ratownictwa Medycznego z systemem ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej, należy założyć, iż obecne rozwiązania prawne, mając za podstawę organizację i funkcjonowanie systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, sprowadzają się do zespołu dwóch zasadniczych sfer działania. Stanowiąc konsekwencję konstytucyjnych postanowień, działania te, konkretyzowane ustawami, w kontekście funkcjonalnym mają na celu zapewnienie dostępu i udzielenie w ramach tego systemu świadczeń opieki zdrowotnej każdej osobie, o ile znajduje się ona w nagłym niebezpieczeństwie dla jej życia i zdrowia. W znaczeniu instytucjonalnym dotyczą organizacji i udzielania tych świadczeń przez szeroko ujmowane podmioty systemu.

Wobec powyższego dla systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, jako integralnej części systemu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej gwarantowanych Konstytucją, kluczowe znaczenie mają prawne uregulowania jego struktur – medycznej i administracyjnej, w ramach których organizowane, realizowane oraz nadzorowane są przedmiotowe świadczenia⁴². Podstawą interpretacji systemu jest natomiast analizowany przepis art. 1 u.p.r. w związku z szeregiem kompatybilnych z nim przepisów ustaw regulujących ochronę zdrowia i opiekę zdrowotną. Nie ulega wątpliwości, iż rozwiązania prawne systemu wywołują także szereg wątpliwości interpretacyjnych związanych z jego organizacją i funkcjonowaniem, które nie podlegały tutaj ocenie. Wydaje się natomiast, iż wprowadzenie ustawowej definicji „ratownictwa medycznego” w proponowanej formule Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej mogłoby przyczynić się do usprawnienia zasad organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu. Z uwagi na materię związaną z funkcjonowaniem systemu jako jednego z najważniejszych elementów systemu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej uzasadnione byłoby wprowadzenie tej definicji jako legalnej. Określiłaby ona w sposób bardziej precyzyjny i pełny znaczenie oraz zakres pojęcia systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego z art. 1 u.p.r.m. Tym bardziej że, jak wspomniano we wstępie, na płaszczyźnie ustawowej brak jest bezpośredniego odwołania tegoż systemu do systemu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej. Uregulowanie takie wydaje się być uzasadnione, bowiem zgodnie z założeniami medycyny ratunkowej i funkcjonującego obecnie systemu organizacji ochrony zdrowia przedmiotowa ustawa przy określeniu systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego nie wyczerpuje znamion treści międzynarodowej definicji systemu ratownictwa medycznego.

Zakładając, że Państwowe Ratownictwo Medyczne stanowi także integralną część systemu bezpieczeństwa państwa w zakresie, w jakim zapewnia bezpieczeństwo zdrowotne, istotnym elementem jest także relacja norm konstytucyjnych,

⁴² A. Sikorska, S.J. Rysz, *Wpływ zmian legislacyjnych na organizację i funkcjonowanie systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego – ocena wybranych aspektów*, [w:] B. Wiśniewski, J. Ziobro, T. Zwęgliński (red.), *Racjonalizacja zarządzania jednolitymi formacjami umundurowanymi odpowiedzialnymi za bezpieczeństwo wewnętrzne*, tom IX, Warszawa 2021, s. 130.

głównie art. 5, oraz ustawowych określających pozycję ratownictwa medycznego w tym systemie. Ostatecznie Państwowe Ratownictwo Medyczne można rozumieć nie tylko w kategorii elementu systemu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej, ale także w ujęciu systemowym jako poszczególnych elementów składowych systemu ratowniczego zapewniającego bezpieczeństwo wewnętrzne państwa, którego częścią niewątpliwie jest bezpieczeństwo zdrowotne. Wskazane regulacje przedmiotowej ustawy w zakresie, w jakim dotyczą współpracy z innym służbami w ramach krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego i dziedziny ratownictwa medycznego, konkretyzowane ustawą o systemie powiadamiania ratunkowego i funkcjonowaniem Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM, zdają się tej interpretacji przychylić. W szczególności jednak prezentowane ujęcie systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego stanowi konsekwencję realizacji prawa do ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej, które *de facto* wzmacnia poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego, jako że w drodze systemowych rozwiązań prawnych zapewniać powinno dostęp do świadczeń ratujących życie i zdrowie w sytuacji nagłego zagrożenia tych dóbr. Ostatecznie można też założyć, iż wynika z aksjologii bezpieczeństwa jako wartości nieautotelicznej, która, będąc środkiem do osiągnięcia innych wartości (dóbr), stanowi przecież podstawę szeregu unormowań szczegółowych.

Bibliografia

Literatura

Banaszak B., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012.

Biuletyn Sejmowy nr 1034/V z 5 września 2006 r., Kancelaria Sejmu, Biuro Komisji Sejmowych, Biuletyn z posiedzenia Komisji Zdrowia nr 52, Warszawa 2006.

Boratyńska M., *Kontraktowe i pozakontraktowe elementy opieki medycznej w ramach powszechnego ubezpieczenia*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2020, tom 2, nr 3.

Borski M., *Godność człowieka jako wartość uniwersalna*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2014, nr 3, https://sip.lex.pl/#/publication/151188507?unitId=thesis_167899320_167899320_1 [dostęp: 25.05.2025].

Bosek L., Art. 68, [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP*, tom I: *Komentarz. Art. 1-86*, Warszawa 2016.

Eckhardt K., *Prawo do ochrony zdrowia. Zagadnienia wybrane. Prawa człowieka*, „Humanistyczne Zeszyty Naukowe” 2006, nr 10.

Emergency medical services systems in the European Union: report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization, 2008.

Fleszer D., Małysa K., *Bezpieczeństwo publiczne i jego konstytucyjne znaczenie*, „Roczniki Administracji i Prawa” 2024, z. 1, nr XXVI.

Glanowski G., *Glosa do wyroku Sadu Najwyższego z dnia 27 sierpnia 2015 r., sygn. akt III CSK 455/14/PiM 63*, „Prawo i Medycyna” 2016, nr 2, 63, Vol. 18.

Izdebski H., *Uwagi wprowadzające. Podstawowe kwestie, podstawowa terminologia*, [w:] M. Dercz (red.), *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, Warszawa 2013.

Kubiak R., *Obowiązek udzielenia pomocy medycznej i jego ograniczenia. Odpowiedzialność karna za przestępstwa okołomedyczne*, [w:] J. Zajdel (red.), *Meritum. Prawo medyczne*, Warszawa 2016.

Kubiak R., *Prawo lekarza do odmowy leczenia*, „Medycyna Praktyczna” 2020, nr 9.

Lis W., *Konstytucyjne gwarancje ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych*, [w:] J. Pacian (red.), *Prawne aspekty cywilizacyjnych zagrożeń zdrowia*, Warszawa 2016.

Mokrzycka A., *Prawo do ochrony zdrowia. Konstytucyjny priorytet czy źródło dylematów w ochronie zdrowia?*, Kraków 2014.

Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2013.

Piech K., *Granice obowiązku gwaranta wykonującego zawód lekarza*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2021, z. 3.

Piechota M., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia jako prawo socjalne i prawo podstawowe*, „Roczniki Administracji i Prawa. Teoria i Praktyka” 2012, nr XII.

Pietraszewska-Macheta A., *Zakres przedmiotowy i podmiotowy oraz objaśnienia ustaleń ustawowych. Konstytucyjny model ochrony zdrowia*, [w:] A. Pietraszewska-Macheta (red.), *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Warszawa 2018.

Póździej S., *Przepisy ogólne*, [w:] S. Póździej (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, Warszawa 2013.

Sarnecki P., *Normy programowe w Konstytucji i odpowiadające im wolności konstytucyjne*, [w:] L. Garlicki, A. Szmyt (red.), *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, Warszawa 2003.

Sikorska A., *Bezpieczeństwo i porządek publiczny jako wartości konstytucyjne – kilka uwag natury ogólnej po zmianach ustrojowych z lat 90. XX wieku*, „Acta Iuridica Resoviensia” 2023, nr 4(43).

Sikorska A., Rysz S.J., *Wpływ zmian legislacyjnych na organizację i funkcjonowanie systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego – ocena wybranych aspektów*, [w:] B. Wiśniewski, J. Ziobro, T. Zwęgliński (red.), *Racjonalizacja zarządzania jednolitymi formacjami umundurowanymi odpowiedzialnymi za bezpieczeństwo wewnętrzne*, tom IX, Warszawa 2021.

Słownik współczesnego języka polskiego, red. B. Dunaj, t. 2, Warszawa 1998.

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej w sprawie projektu „ustawy o ratownictwie medycznym” (w wersji z 1 marca 2006), Poznań 2006.

Trzeciński J., *Artykuł 68*, [w:] L. Garlicki (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. III, Warszawa 2003.

Zemke-Górecka A., Rogula C., *O potrzebie zmiany definicji świadczenia zdrowotnego*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2025, tom 30, z. 2.

Zoll A., *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8, vol. 2.

Zoll A., *Godność człowieka jako źródło wolności i praw*, [w:] A. Dębiński, M. Gałązka, R.G. Hałas, K. Wiak (red.), *Hominum causa omne ius constitutum est. Księga jubileuszowa ku czci profesora Alicji Grześkowiak*, Lublin 2006.

Orzecznictwo

Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1.

Wyrok TK z dnia 24 lutego 2004 r., K 54/2, OTK-A 2004, nr 2, poz. 10.

Wyrok TK z dnia 22 lipca 2008 r., K 24/07, OTK ZU 2008, nr 6/A, poz. 110.

Wyrok TK z dnia 24 marca 1999 r., K 2/98, OTK 1999, nr 3, poz. 38.

Orzeczenie TK z dnia 28 maja 1997 r., K 26/96, OTK 1997, nr 2, poz. 19.

Postanowienie TK z dnia 12 listopada 2003 r., Ts 11/03, OTK-B 2003, nr 4, poz. 227.

Wyrok SN z dnia 14 listopada 2006 r., II CSK 190/06, LEX nr 445255.

Wyrok SN z dnia 21 grudnia 2014 r., I CK 320/04, LEX nr 369249.

Wyrok SN z dnia 27 sierpnia 2015 r., III CSK 455/14, LEX nr 1800063.

Wyrok WSA w Szczecinie z dnia 18 lutego 2021 r., II SA/Sz 549/20, LEX nr 3165053.

Akty normatywne

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

Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jedn. Dz.U. 2025, poz. 91, ze zm.).

Ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. nr 113, poz. 1207).

Ustawa z dnia 27 czerwca 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. 2024, poz. 146, ze zm.).

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. 2025, poz. 450, ze zm.).

Ustawa z dnia 5 grudnia 1995 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz.U. 2024, poz. 1287, ze zm.).

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz.U. 2024, poz. 814, ze zm.).

Ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (tekst jedn. Dz.U. 2025, poz. 339, ze zm.).

Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz.U. 2023, poz. 748, ze zm.).