RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

RPO-630971-X/09/TG

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

Warszawa, dnia 1 lutego 2010 r.

Pani Ewa Kopacz

Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

Uprzejmie informuję Panią Minister, że w toku badania przez Rzecznika Praw Obywatelskich sprawy dotyczącej zaprzestania udzielania finansowego wsparcia przez m. st. Warszawa poradni lekarskiej dla osób bezdomnych prowadzonej przez Stowarzyszenie „Lekarze Nadziei" ujawnił się problem niewystarczających rozwiązań prawnych w zakresie finansowania pomocy medycznej dla osób bezdomnych.

Z treści pisma Dyrektora Biura Polityki Społecznej Urzędu m. st. Warszawy z dnia 17 grudnia 2009 r. (sygn. PS -P-PZY-0717-4-2-09) nadesłanego do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich (kopia pisma w załączeniu) wynika, że problem związany z dostępem do bezpłatnych usług medycznych osób bezdomnych pozostaje nierozwiązany. Jak stwierdza Dyrektor Biura Polityki Społecznej Urzędu m. st. Warszawy obowiązująca procedura powoduje, „(…), że jest duża grupa osób bezdomnych, która nie jest objęta uprawnieniem do bezpłatnego leczenia."

Obowiązujące w powyższym zakresie przepisy prawa zawierają szereg regulacji dotyczących finansowania świadczeń zdrowotnych dla osób bezdomnych. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) do

CodziennikPrawny.pl
Wszystko, co każdy o prawie wiedzieć powinien

korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w tej ustawie uprawnione są przede wszystkim osoby objęte powszechnym (obowiązkowym i dobrowolnym) ubezpieczeniem zdrowotnym. Ponadto ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mogą korzystać także inne, niż ubezpieczeni, osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 maja 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362 ze zm.), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych (art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Część osób bezdomnych podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu. Z mocy art. 66 ust. 1 pkt 29 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynika bowiem, że obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby bezdomne wychodzące z bezdomności niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu. Składki na ubezpieczenia zdrowotne dla tych osób zostały zaliczone do świadczeń niepieniężnych (art. 36 pkt 2 lit. c ustawy o pomocy społecznej) i opłaca je ośrodek pomocy społecznej realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności (art. 86 ust. 1 pkt 11 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz art. 49 ust. 8 ustawy o pomocy społecznej). Ta kategoria osób bezdomnych posiada zatem prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe osoby bezdomne, które swoje prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych wywodzą z art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, aby otrzymać świadczenia zdrowotne powinny

przedstawić dokument, o którym mowa w art. 54 ust. 1 tej ustawy (art. 50 ust. 1 pkt 2 ustawy). Zgodnie z wymienionym art. 54 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2, jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzająca to prawo. Decyzję powyższą wydaje się w myśl art. 54 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych po:

1) przedłożeniu przez świadczeniobiorcę dokumentów potwierdzających posiadanie obywatelstwa polskiego oraz zamieszkiwanie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
2) przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego;
3) stwierdzeniu spełniania kryterium dochodowego, o którym mowa w art. 8 ustawy o pomocy społecznej;
4) stwierdzeniu braku okoliczności, o której mowa w art. 12 ustawy o pomocy społecznej, w wyniku przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego.

Omawiana decyzja jest wydawana na wniosek świadczeniobiorcy, a w przypadku stanu nagłego - na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia (art. 54 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji przysługuje przez okres 90 dni od dnia określonego w decyzji, którym jest : dzień złożenia wniosku, a w przypadku udzielania świadczeń w stanie nagłym - dzień udzielania świadczenia, chyba że w tym okresie świadczeniobiorca zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym (art. 54 ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Wymienione powyżej przepisy, a zwłaszcza art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nie pozostawiają wątpliwości, iż w

tym przypadku prawo obywatela polskiego mieszkającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych zostało uzależnione od jego sytuacji materialnej. Prawo to bowiem uzyskuje zainteresowany tylko wówczas, gdy spełnia kryterium dochodowe określone w art. 8 ustawy o pomocy społecznej, a ponadto nie posiada stosownych zasobów majątkowych. W związku z tym należy dokonać oceny, czy konstytucyjnie dopuszczalne jest uzależnienie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych od sytuacji materialnej świadczeniobiorcy.

Zgodnie z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP każdy ma prawo do ochrony zdrowia. W myśl zaś art. 68 ust. 2 Konstytucji RP obywatelom, niezależnie od sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Ustrojodawca przyjął zatem, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, zaś obywatele polscy, niezależnie od sytuacji materialnej, mają równy dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

W świetle orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego ochrona zdrowia jest ściśle powiązana z ochroną życia (art. 38 Konstytucji RP), a prawo do życia z godnością człowieka (art. 30 Konstytucji RP). W konsekwencji prawo do ochrony zdrowia, to przede wszystkim prawo do zachowania życia i jego ochrony, gdy jest zagrożone. Art. 68 ust. 1 Konstytucji RP nie ma więc deklaratywnego charakteru, wynikają z niego określone obowiązki władzy publicznej. Z faktu, iż „każdy" ma prawo do ochrony życia wynika w szczególności, że Konstytucja wyklucza jakiekolwiek wyłączenia podmiotowe w tym zakresie. Ponadto, na co zwrócił uwagę Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 23 marca 1999 r. (sygn. akt K 2/98, OTK z 1999 r. Nr 3, poz. 38) oraz w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r. (sygn. akt K 14/03, OTK z 2004 r. Nr 1/A, poz. 1) z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP należy wywieść prawo podmiotowe jednostki do ochrony zdrowia. Treścią tego prawa jest możliwość korzystania z systemu

ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności.

Dokonując wykładni art. 68 ust. 2 zd. 1 Konstytucji RP Trybunał Konstytucyjny uznał również (wyrok z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03), że świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych mają być dostępne dla obywateli. Przy czym nie chodzi tylko o dostępność formalną, deklarowaną przez przepisy prawa o charakterze programowym, ale o dostępność rzeczywistą, stanowiącą realizację określonego w art. 68 ust. 1 Konstytucji RP prawa do ochrony zdrowia. Ponadto zdaniem Trybunału Konstytucyjnego „(…) dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych musi być równy dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Proklamowana w analizowanym przepisie równość w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej stanowi rozwinięcie wyrażonej w art. 32 Konstytucji zasady równości oraz koncepcji solidaryzmu społecznego. Zasady korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie są bowiem niezależne od zakresu partycypacji poszczególnych członków wspólnoty obywatelskiej w tworzeniu zasobu środków publicznych stanowiących źródło ich finansowania. Podobnie też jak sam dostęp do świadczeń, musi to być równość w ujęcie rzeczywistym, a nie tylko formalnym."

W kontekście powołanych powyżej poglądów Trybunału Konstytucyjnego wątpliwości budzi konstrukcja prawna zastosowana w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Najogólniej rzecz ujmując, według tej kontrukcji inne niż ubezpieczeni, osoby posiadające obywatelstwo polskie nabywają prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej tylko wówczas, gdy spełniają kryterium dochodowe i majątkowe określone przez ustawodawcę. Konstrukcja taka byłaby możliwa do przyjęcia, jeśli zastosowane przez ustawodawcę kryterium dochodowe i majątkowe miałoby wyłącznie decydować o partycypowaniu przez obywatela polskiego w finansowaniu systemu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych ze środków publicznych. Tymczasem ustawodawca

przyjął rozwiązanie dalej idące, mianowicie uzależnił prawo obywateli polskich do świadczeń finansowanych ze środków publicznych od ich sytuacji materialnej.

Powyższe rozwiązanie musi budzić wątpliwości, zwłaszcza w kontekście treści art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Gwarantuje on wszystkim obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ze wspomnianego art. 68 ust. 2 Konstytucji RP wynika więc w istocie, że jedynym kryterium równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest kryterium obywatelstwa. Nie oznacza to oczywiście, iż sytuacja materialna obywatela polskiego korzystającego z owych świadczeń nie ma prawnego znaczenia. Ma ona znaczenie, lecz wyłącznie w zakresie jego zdolności materialnej do współuczestnictwa w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Nie decyduje natomiast o samym prawie do świadczenia, to bowiem prawo Konstytucja wiąże wyłącznie z posiadaniem obywatelstwa polskiego.

W związku z powyższym, stosownie do art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.) zwracam się do Pani Minister o zajęcie stanowiska w tej sprawie.

W załączeniu kopia pisma Dyrektora Biura Polityki Społecznej Urzędu m. st. Warszawy z dnia 17 grudnia 2009 r. (sygn. PS-P-PZY-0717-4-2-09) nadesłanego do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Rzecznika Praw Obywatelskich

Stanisław Trociuk
Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich