



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa marca 2018 r.

Adam Bodnar

V.7010.17.2016.AA

**Pan
Łukasz Szumowski**

Minister Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

W marcu 2016 r. - w nawiązaniu do dotychczasowej korespondencji Rzecznika Praw Obywatelskich poprzedniej kadencji¹ - zwróciłem się do ówczesnego Ministra Zdrowia **w sprawie zapewnienia faktycznej i realnej opieki zdrowotnej osobom bezdomnym oraz innym osobom nieuzyskującym dochodu**². O potrzebie zagwarantowania prawa do świadczeń zdrowotnych dla wspomnianej grupy osób przypominałem również w 2017 r. w wystąpieniu do Ministra Zdrowia w sprawie funkcjonowania opieki zdrowotnej i nierozwiązanych problemów służby zdrowia³. Problem jest nadal aktualny i przedstawiam go Panu Ministrowi.

Niewątpliwie, podmiotowy zakres obecnie obowiązującej ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 ze zm.) jest bardzo szeroki i stwarza możliwość korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez znaczną część bezdomnych i inne osoby nieuzyskujące dochodu. Dotyczy to osób bezdomnych, które są objęte obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, m.in. z tytułu zatrudnienia, pobierania emerytury lub renty albo zasiłku stałego z pomocy społecznej (art. 66 ust. 1 pkt 1, pkt 16, pkt 26) oraz osób bezdomnych wychodzących z bezdomności (art. 66 ust. 1 pkt 29). Poza ubezpieczonymi, osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie, są m.in. osoby posiadające obywatelstwo polskie, które nie ukończyły 18.

¹ Ostatnie wystąpienie z dnia 3 sierpnia 2011 r. - RPO-630971-V/09.

² Pismo z dnia 15 marca 2016 r. – V.7010.17.2016.

³ Pismo z dnia 16 listopada 2017 r. – V.7010.82.2017.

roku życia (art. 2 ust. 1 pkt 3) oraz osoby posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu (art. 2 ust. 1 pkt 4), a także osoby spełniające kryterium dochodowe z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy i które uzyskały decyzję wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzającą prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 2 ust. 1 pkt 2, art. 7 ust. 2 i 3 oraz art. 54).

Instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości, jest pomoc społeczna. W myśl art. 39 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1769 ze zm.), osobom bezdomnym i innym osobom niemającym dochodu oraz możliwości uzyskania świadczeń na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych może być przyznany zasiłek celowy na pokrycie części lub całości wydatków na świadczenia zdrowotne. Przyznawanie i wypłacanie tego zasiłku należy do zadań własnych gminy o charakterze obowiązkowym (art. 17 ust. 1 pkt 7).

Powołane regulacje nie zapewniają jednak osobom bezdomnym oraz innym osobom niemającym dochodu faktycznego i realnego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Uzyskanie na podstawie powołanych przepisów świadczeń zdrowotnych lub prawa do zasiłku celowego poprzedzone jest precyzyjną, rygorystyczną i skomplikowaną procedurą, niedostosowaną do istoty bezdomności. Obowiązujący system wymaga pełnej identyfikacji osoby ubezpieczonej oraz poddania się określonym procedurom, co w praktyce stwarza problemy, zarówno samym zainteresowanym, jak i właściwym w sprawie organom publicznym.

Problemy pojawiają się już przy objęciu obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego lub potwierdzeniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 54 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, głównie w przypadku osób nieposiadających dokumentu tożsamości i niepoddających się obowiązującym procedurom. Szczególnie utrudnione jest postępowanie w przypadku tzw. osób nienazwanych, np. w sytuacji, gdy osoba hospitalizowana utraciła świadomość (jest nieprzytomna) i nie posiada dokumentów lub nagle opuściła szpital.

Również korzystanie przez osoby bezdomne ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych napotyka na sformalizowane i skomplikowane procedury, którym osoby bezdomne nie zawsze są w stanie sprostać, jak np. uzyskanie

skierowania do lekarza specjalisty czy szpitala, oczekiwanie w kolejce na badanie lub zabieg, potwierdzenie zlecenia na wyrób medyczny w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Problem stanowi także zapewnienie osobom bezdomnym dostępu do niezbędnych świadczeń zdrowotnych, leków i wyrobów medycznych po opuszczeniu szpitala, w schroniskach i innych placówkach dla osób bezdomnych, w tym świadczeń jednorazowych (np. iniekcji, zmiany opatrunku, cewnika). Na istotne trudności napotykają bezdomni w realizacji prawa do opieki długoterminowej. Brak możliwości korzystania z niezbędnych świadczeń zdrowotnych oraz przewlekła procedura przyjęcia (szczególnie osób o nieustalonej tożsamości, nieposiadających dowodu osobistego oraz innych dokumentów) do zakładów opiekuńczych i domów pomocy społecznej, skutkuje niejednokrotnie koniecznością długotrwałej i kosztownej hospitalizacji tych osób. Dodatkowe problemy w zapewnieniu osobom bezdomnym właściwej opieki i pomocy wiążą się z występowaniem w środowisku tych osób, zakażeń i chorób zakaźnych, chorób psychicznych, alkoholizmu, a także nieprzestrzeganiem przez osoby bezdomne elementarnych zasad higieny osobistej.

Problem zapewnienia faktycznej i realnej opieki zdrowotnej osobom bezdomnym jest nadal aktualny, szczególnie w zakresie opieki poszpitalnej, opieki psychiatrycznej i pomocy psychologicznej⁴. Zagwarantowanie osobom niesamodzielnym właściwej opieki medycznej po opuszczeniu szpitala wymaga zapewnienia odpowiedniej koordynacji działań pomiędzy szpitalami a instytucjami pomocy społecznej. Na konieczność odpowiedniej koordynacji działań w tym zakresie wskazuje pismo Ministra Zdrowia⁵ skierowane do świadczeniodawców⁶. W świetle treści tego pisma, „jest sprawą niezmiernie istotną, aby w przypadku pacjentów potrzebujących opieki (także medycznej) wypisywanych ze szpitala weryfikowana była możliwość ich egzystencji poza szpitalem”. Jak pokazuje praktyka⁷, nadal zdarzają się sytuacje kierowania (wypisania) przez szpitale niesamodzielnym, chorych - osób bezdomnych wymagających opieki medycznej - „donikąd” (na ulicę) lub do placówek nieprzystosowanych do przebywania w nich osób niezdolnych do samoobsługi.

Jak pokazuje dotychczasowa rzeczywistość, istnieje - i będzie istniała w najbliższej przyszłości - grupa osób bezdomnych, często nieporadnych życiowo, która nie podejmie żadnych działań np. w kierunku posiadania stosownych dokumentów, czy potwierdzenia podstaw do korzystania ze świadczeń pomocy społecznej oraz świadczeń

⁴ Problem opieki poszpitalnej oraz opieki psychiatrycznej i pomocy psychologicznej zgłaszali przedstawiciele organizacji społecznych zajmujących się pomocą osobom bezdomnym, m.in. na posiedzeniu w dniu 29 listopada 2017 r. Komisji Ekspertów ds. Przeciwdziałania Bezdomności przy RPO.

⁵ Pismo z dnia 10 stycznia 2017 r. – ZPG.073.19.2016.

⁶ Do Dyrektorów Szpitali Ogólnych, Dyrektorów Szpitali Psychiatrycznych, Dyrektorów Psychiatrycznych Zakładów Opiekuńczo - Leczniczych, kierowników Oddziałów Psychiatrycznych Szpitali Ogólnych.

⁷ Por. m.in. opisaną w piśmie Ministerstwa Zdrowia z 4 grudnia 2017 r. – DNW.051.423.2017.2.MK, opubl. na <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=1562601493819282&set=pcb.1562594807153284&type=3&theater>

opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Niektóre osoby nie poddadzą się również wymaganiom procedurom korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Co więcej, spotkać można w tym względzie opór i świadome działanie osób bezdomnych, polegające na odrzuceniu w swoim postępowaniu tego rodzaju zdyscyplinowania. Osoby te są świadome, że w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, mają zagwarantowane leczenie i nie interesuje ich, kto i ile za takie świadczenia zapłaci⁸.

Nadal uważam, że konieczne są rozwiązania systemowe, które pozwolą na objęcie wspomnianych osób niezbędną opieką medyczną, zważywszy, że w myśl art. 68 Konstytucji RP, każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Konieczne są również działania na rzecz poprawy organizacji i koordynacji zapewnienia opieki zdrowotnej i pomocy społecznej osobom bezdomnym.

Pozwolę sobie zwrócić uwagę na sygnalizowany także przez moich poprzedników - problem uzależnienia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych od sytuacji materialnej obywateli⁹. W wystąpieniach tych wskazano, że konstrukcja prawna zastosowana w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, odnosząca się do kryterium dochodowego, budzi wątpliwości w świetle art. 68 Konstytucji RP oraz w kontekście orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego. W świetle tego orzecznictwa, 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) oraz z dnia 7 stycznia 2004 r. (sygn. akt K 14/03), 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.

⁸ W myśl art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej - podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

⁹ Pismo RPO z dnia 1 lutego 2010 r. - RPO-630971-X/09 oraz z dnia 4 października 2013 r. - RPO-749843-V/13.

Dokonując wykładni art. 68 ust. 2 zd. 1 Konstytucji RP, Trybunał Konstytucyjny uznał również (wyrok z dnia 7 stycznia 2004 r.), 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 „(...) 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 ujęciu rzeczywistym, a nie tylko formalnym.”

Według konstrukcji prawnej zastosowanej w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, osoby posiadające obywatelstwo polskie, inne niż ubezpieczeni, 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 miałyby 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. Rozwiązanie to 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 artykułu 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.

Dotychczasowi Ministrowie Zdrowia nie podzielili powyższych wątpliwości, uznając, że regulacje dotyczące zapewnienia każdemu konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia są wystarczające, a przyjęcie interpretacji art. 68 Konstytucji RP zakładającej kryterium obywatelstwa, podważałoby istotę systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Zdaniem resortu zdrowia, szczególna pomoc osobom w trudnej sytuacji materialnej, także osobom bezdomnym, odbywa się na zasadach i w zakresie określonym w ustawie o pomocy społecznej.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2017 r. poz. 958), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w niniejszej sprawie oraz podjęcie działań w kierunku zapewnienia osobom bezdomnym oraz innym osobom niemającym dochodu faktycznego i realnego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.