

# KANCELARIA RADCÓW PRAWNYCH NICZPAN, TREFON, KOZIK S.C.

---

Katowice, dnia 28 lutego 2017 r.

Do  
Trybunału Konstytucyjnego  
Al. Jana Christiana Szucha 12a  
00-918 Warszawa

**Skarżący:**

S

spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,  
z siedzibą K ,  
wpisana do Rejestru Przedsiębiorców  
Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem  
NIP , REGON

**reprezentowany przez**

radcę prawnego Michała Kozika (numer wpisu  
Kt 2609),

adres do doręczeń: Kancelaria Radców  
Prawnych Niczpan, Trefon, Kozik s.c.  
ul. Krasieńskiego 29, 40-019 Katowice

**Uczestnicy postępowania:**

1. Organ który wydał zaskarżony akt  
normatywny - Sejm Rzeczypospolitej  
Polskiej
2. Prokurator Generalny

## SKARGA KONSTYTUCYJNA

Działając w imieniu S \_\_\_\_\_ spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, zgodnie z załączonym pełnomocnictwem szczególnym, na podstawie art. 79 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 87, poz. 483, z późn. zm.; dalej: Konstytucja RP) i art. 53 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz.U. z 2016 r. poz. 2072), składam skargę konstytucyjną i wnoszę o zbadanie zgodności:

1) art. 2 ust. 1 i art. 14 oraz art. 50 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.) w związku z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1638, z późn. zm.) w zakresie, w jakim nie nakładają na Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministra Zdrowia lub Skarb Państwa obowiązku zwrotu kosztów udzielonych świadczeń zdrowotnych na rzecz podmiotu leczniczego, który udzielił świadczenia zdrowotnego pacjentowi potrzebującemu natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia nie będącemu świadczeniobiorcą w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- z art. 64 ust. 1 i 3 w związku z art. 31 ust. 3 i art. 2 Konstytucji RP oraz

- z art. 64 ust. 2 w zw. z art. 32 ust. 1 Konstytucji

Wnoszę ponadto o zasądzenie od organu, który wydał zaskarżone przepisy zwrotu kosztów postępowania przed Trybunałem, z uwzględnieniem kosztów zastępstwa prawnego według norm przepisanych.

## UZASADNIENIE

### 1. Legitymacja do wniesienia skargi konstytucyjnej

#### A) Legitymacja osoby prawnej

Zgodnie z art. 79 ust. 1 Konstytucji, *„Każdy, czyje konstytucyjne wolności lub prawa zostały naruszone, ma prawo, na zasadach określonych w ustawie, wnieść skargę do Trybunału Konstytucyjnego w sprawie zgodności z Konstytucją ustawy lub innego aktu normatywnego, na podstawie którego sąd lub organ administracji publicznej orzekł ostatecznie o jego wolnościach lub prawach albo o jego obowiązkach określonych w Konstytucji”*.

Przepis art. 79 ust. 1 Konstytucji RP wskazuje kilka przesłanek, które muszą być spełnione, aby dany podmiot był uprawniony do wniesienia skargi konstytucyjnej. Należy jednak rozpocząć od wskazania, że Konstytucja RP w art. 79 ust. 1 szeroko określiła zakres podmiotowy skargi konstytucyjnej. Przepis art. 79 Konstytucji RP posługuje się pojęciem „każdy”, nie powinno zatem budzić wątpliwości, że skargę konstytucyjną może złożyć zarówno osoba fizyczna, jak i osoba prawna (tak: M. Safjan, L. Bosek, Konstytucja RP Tom I. Komentarz do art. 1-86, Warszawa 2016 r., s. 1830, nb. 34). Stanowisko, w myśl którego legitymację do wnoszenia skargi konstytucyjnej posiadają także osoby prawne jest przyjmowane w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego, który rozpatruje skargi osób prawnych (por. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 października 2015 r., sygn. akt SK 9/14, wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 8 października 2013 r., sygn. akt SK 40/12 – oba orzeczenia wydane na skutek skargi konstytucyjnej wniesionej przez podmiot działający w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością).

S \_\_\_\_\_ spółka z o.o. mieści się więc w pojęciu „każdy” i ma prawo skierować do Trybunału skargę konstytucyjną.

#### B) Ostateczne orzeczenie sądowe

Kolejną przesłanką warunkującą dopuszczalność wniesienia skargi konstytucyjnej jest to, żeby podmiot wnoszący skargę konstytucyjną znajdował się w sytuacji, w której sąd lub organ administracji publicznej orzekł ostatecznie o jego wolnościach,

prawach lub obowiązkach określonych w Konstytucji RP. W tym wypadku ograniczenie dopuszczalności wnoszenia skargi konstytucyjnej wiąże się z koniecznością wykazania, że podmiot wnoszący skargę konstytucyjną prowadził postępowanie, które zakończyło się ostatecznym orzeczeniem sądowym i że w tym postępowaniu podstawą wyrokowania była ustawa lub inny akt normatywny, który skarżący uznaje za niezgodny z Konstytucją RP. Przedmiot kontroli konstytucyjności przepisów przez Trybunał Konstytucyjny w ramach skargi konstytucyjnej jest więc ograniczony do przepisu prawa (normy prawnej), która stanowiła podstawę prawną ostatecznego orzeczenia sądowego. Przyjmuje się, że wymóg wyczerpania toku instancji wynika z subsydiarnego charakteru skargi konstytucyjnej, która przysługuje jedynie, gdy skarżący nie dysponuje już środkiem prawnym pozwalającym na zmianę rozstrzygnięcia sądowego, które narusza jego konstytucyjne wolności, prawa czy obowiązki przez zastosowanie niekonstytucyjnego przepisu.

Zarówno w literaturze jak i orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego dominuje stanowisko, że wymóg „ostatecznego orzeczenia”, o którym mowa w art. 79 ust. 1 Konstytucji RP, jest spełniony w razie wyczerpania przez podmiot wnoszący skargę konstytucyjną normalnego toku instancyjnego. Ustalenie kiedy orzeczenie ma walor ostateczności w rozumieniu art. 79 ust. 1 Konstytucji RP zależy od rodzaju postępowania sądowego, w ramach którego zapadło. Przyjęto, że w przypadku, gdy orzeczenie sądowe zapadło w toku postępowania prowadzącego do rozstrzygnięcia sprawy cywilnej (tj. według norm kodeksu postępowania cywilnego), to wyczerpanie normalnego toku instancji ma miejsce w razie wydania przez sąd orzeczenia w drugiej instancji, które ma walor prawomocności (tak: M. Safjan, L. Bosek, Konstytucja RP. Tom I. Komentarz art. 1-86, s. 1843).

Jeśli podstawą do wnoszenia skargi konstytucyjnej jest orzeczenie, które zapadło w sprawie cywilnej, to skargę konstytucyjną może skierować do Trybunału podmiot, który legitymuje się prawomocnym wyrokiem sądu drugiej instancji rozpatrującego jego sprawę cywilną. W szczególności dla wykazania legitymacji do wniesienia skargi konstytucyjnej nie jest konieczne uprzednie złożenie przez skarżącego skargi kasacyjnej do Sądu Najwyższego na podstawie art. 398<sup>1</sup> k.p.c. Jeżeli przedmiotem zaskarżenia skargi konstytucyjnej są przepisy stanowiące podstawę ostatecznego rozstrzygnięcia sądowego w sprawie cywilnej (prawomocnego wyroku), to nie jest wymagane wniesienie nadzwyczajnych środków zaskarżenia. Skarga kasacyjna w postępowaniu cywilnym, ze względu na fakt, iż wnoszona jest od prawomocnych

rozstrzygnięć (orzeczenie sądu II instancji ma walor orzeczenia prawomocnego) ma charakter środka odwoławczego o charakterze nadzwyczajnym.

Zgodnie z ustaloną już linią orzecniczą Trybunału Konstytucyjnego, wyczerpanie drogi prawnej konieczne do wniesienia skargi konstytucyjnej oznacza jedynie skorzystanie z przysługujących skarżącemu zwyczajnych środków odwoławczych, zaś wystąpienie ze środkami o charakterze nadzwyczajnym nie jest konieczne i nie zawiesza biegu terminu do wniesienia skargi konstytucyjnej (tak postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 7 lutego 2006 r., sygn. akt Ts 63/05, postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 6 marca 2008 r., sygn. akt Ts 47/07).

Odnosząc te ogólne uwagi dotyczące legitymowania się przez skarżącego ostatecznym orzeczeniem sądowym do realiów niniejszej skargi konstytucyjnej należy wskazać, że S \_\_\_\_\_ sp. z o.o. był stroną postępowania sądowego w sprawie cywilnej o zapłatę przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w Warszawie. Powództwo złożył S \_\_\_\_\_

sp. z o.o., a Narodowy Fundusz Zdrowia był stroną pozwaną. Sprawa była rozpatrywana w pierwszej instancji przez Sąd Rejonowy \_\_\_\_\_ w K \_\_\_\_\_, a w drugiej instancji przez Sąd Okręgowy w K \_\_\_\_\_. Ostateczne rozstrzygnięcie sprawy nastąpiło wyrokiem Sądu Okręgowego w K \_\_\_\_\_ z dnia \_\_\_\_\_ listopada 2016 r. pod sygn. akt \_\_\_\_\_. Wyrok ten jest prawomocny. Od wyroku nie była składana skarga kasacyjna do Sądu Najwyższego. Należy dodać, że z uwagi na wartość przedmiotu sporu wynoszącą w tym wypadku \_\_\_\_\_ zł, przekładającą się na taką samą wartość przedmiotu zaskarżenia, skarga kasacyjna w tej sprawie była niedopuszczalna (art. Art. 398<sup>2</sup> § 1 k.p.c. wskazuje, że „Skarga kasacyjna jest niedopuszczalna w sprawach o prawa majątkowe, w których wartość przedmiotu zaskarżenia jest niższa niż pięćdziesiąt tysięcy złotych ...”).

Skarżący z racji tego, że jest stroną postępowania cywilnego, w którym zapadł prawomocny wyrok Sądu Okręgowego w K \_\_\_\_\_ z dnia \_\_\_\_\_ listopada 2016 r., ma prawo wnieść do Trybunału Konstytucyjnego skargę konstytucyjną kwestionując zgodność z Konstytucją RP przepisów, które stanowiły podstawę wydania tego prawomocnego wyroku.

W podsumowaniu stwierdzam, że ostatecznym orzeczeniem naruszającym konstytucyjne prawa skarżącego jest wyrok Sądu Okręgowego w K \_\_\_\_\_ z dnia \_\_\_\_\_

listopada 2016 r. sygn. akt Wyrok ten został doręczony pełnomocnikowi skarżącego wraz z uzasadnieniem dnia 28 grudnia 2016 r.

**Dowód:**

- wyrok Sądu Okręgowego w K z dnia .11.2016 r. wraz z uzasadnieniem  
- elektroniczne potwierdzenie doręczenia wyroku Sądu Okręgowego w K wraz z uzasadnieniem pełnomocnikowi S  
sp. z o.o. w dniu 28 grudnia 2016 r.

Wyrok ten jest prawomocny. Od wyroku nie przysługują skarżącemu żadne dalsze środki zaskarżenia. Z uwagi na wartość przedmiotu zaskarżania niższą niż kwota 50 tys. złotych kodeks postępowania cywilnego nie przyznaje skarżącemu prawa do złożenia od tego wyroku skargi kasacyjnej.

W powołanym wyżej wyroku Sądu Okręgowego w K z dnia listopada 2016 r. rozstrzygnięto ostatecznie o konstytucyjnych prawach skarżącej, których dotyczy skarga konstytucyjna.

**2. Informacja o nadzwyczajnych środkach zaskarżenia od prawomocnego orzeczenia sądowego**

Zgodnie z art. 53 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz.U. z 2016 r. poz. 2072), składając skargę konstytucyjną podmiot ją wnoszący zobowiązany jest przedstawić informację, czy składał nadzwyczajne środki zaskarżenia od prawomocnego orzeczenia, które stanowiło podstawę wniesienia skargi kasacyjnej.

Skarżący informuje, że od wyroku Sądu Okręgowego w K z dnia listopada 2016 r., sygn. akt nie wniósł żadnych nadzwyczajnych środków zaskarżenia, w tym skargi kasacyjnej ani wniosku o wznowienie postępowania.

**3. Naruszenie konstytucyjnych praw skarżącego**

Skarga konstytucyjna może być wniesiona przez podmiot, którego konstytucyjne wolności, prawa czy obowiązki zostały naruszone poprzez zastosowanie przez sąd

wydający ostateczne orzeczenie aktów normatywnych, które skarżący uznaje za niezgodne z Konstytucją RP.

Warunkiem merytorycznego rozpoznania skargi konstytucyjnej przez Trybunał jest zatem ustalenie, że konstytucyjne prawa, wolności lub obowiązki skarżącego zostały naruszone. Do obowiązków skarżącego należy przedstawienie okoliczności świadczących, że doszło do naruszenia jego wolności, praw czy obowiązków opisanych w Konstytucji RP. Tylko prawa i wolności mające rangę konstytucyjną podlegają ochronie poprzez możliwość złożenia skargi konstytucyjnej.

Na gruncie przepisów o skardze konstytucyjnej należy przyjąć, że o naruszeniu konstytucyjnych praw lub wolności skarżącego można mówić, gdy organ sądowy wydając prawomocne orzeczenie w sprawie skarżącego w sposób nieusprawiedliwiony wkroczył w sferę konstytucyjnych praw lub wolności skarżącego albo w sposób nieusprawiedliwiony nie dał tym konstytucyjnym prawom i wolnościom należytej ochrony (tak. M. Safjan. L. Bosek, *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz art. 1-86*, s. 1846). Wymóg ten oznacza, że podmiot wnoszący skargę konstytucyjną musi wykazywać się osobistym interesem prawnym w stwierdzeniu niezgodności danego przepisu z Konstytucją RP. Przyjmuje się także, iż naruszenie interesów wnoszącego skargę konstytucyjną powinno być bezpośrednie.

Skarżący S sp. z o.o. wyjaśnia, że wszystkie te wymogi dotyczące istnienia rzeczywistego i bezpośredniego naruszenia jego konstytucyjnych wolności i praw zostały w niniejszej sprawie spełnione.

Skarżący wskazuje, że w wyniku wydania prawomocnego wyroku Sądu Okręgowego w K z dnia listopada 2016 r. sygn. akt naruszono wynikające z art. 64 ust. 1 i art. 64 ust. 3 Konstytucji prawo własności i innych praw majątkowych skarżącego poprzez nałożenie na niego ustawowego obowiązku udzielenia osobom nieubezpieczonym i niemającym prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych z innego tytułu niż ubezpieczenie zdrowotne (dalej obie te grupy osób będą zwane „osobami niebędącymi świadczeniobiorcami” – świadczeniobiorcy to bowiem osoby ubezpieczone oraz mające inny niż ubezpieczenie zdrowotne tytuł do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych) potrzebującym natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie

życia lub zdrowia wszelkich potrzebnych świadczeń zdrowotnych, bez jednoczesnego zagwarantowania możliwości dochodzenia zwrotu kosztów udzielenia tych świadczeń od Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministra Zdrowia czy Skarbu Państwa. W rezultacie doszło do sytuacji, w której skarżący (podmiot prywatny, bez udziałów Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego czy innych jednostek sektora finansów publicznych) realizując obowiązek ustawowy zmuszony był ponieść całkowity ekonomiczny ciężar wykonania usługi zdrowotnej nie otrzymując za nią zapłaty od podmiotów, które dysponują środkami publicznymi na zakup świadczeń zdrowotnych dla obywateli. Na koszt wykonania przez skarżącego obowiązkowej usługi zdrowotnej pacjentowi nieubezpieczonemu i niemającemu prawa do świadczeń z innego tytułu niż ubezpieczenie zdrowotne składały się m.in. koszty zastosowanych leków, koszt wykonania badań diagnostycznych, koszty stosowania aparatury medycznej, koszty personelu medycznego niezbędnego do zapewnienia pacjentowi całodobowej opieki medycznej. Całkowity koszt, który skarżący poniósł na leczenie nieubezpieczonego pacjenta wyniósł                      złotych. Kwotę tę pokrył ze swoich środków skarżący, nie otrzymując do chwili obecnej zapłaty za wykonaną w warunkach przymusu ustawowego usługę zdrowotną.

Oznacza to, że w wyniku zastosowania przez Sąd Okręgowy w K                      zaskarżonych przepisów skarżący zmuszony został przeznaczyć swoje własne środki finansowe na wykonanie usługi zdrowotnej, której wykonanie stanowi obowiązek ustawowy, bez możliwości domagania się ich zwrotu od podmiotów dysponujących środkami publicznymi na finansowanie świadczeń zdrowotnych (Narodowy Fundusz Zdrowia i Minister Zdrowia) czy od Skarbu Państwa.

Istnienie takiego zobowiązania ustawowego do udzielania świadczeń zdrowotnych, za którym nie podąża obowiązek NFZ, Ministra Zdrowia czy Skarbu Państwa do zwrotu kosztów usługi medycznej prowadzi do uszczuplenia środków finansowych podmiotu leczniczego, który jest ustawowo zobowiązany do udzielenia świadczeń zdrowotnych każdemu kto potrzebuje natychmiastowego udzielenia tych świadczeń ze względu na zagrożenie życia czy zdrowia, w tym także osobie nieubezpieczonej.

W opisanej sytuacji skarżący doznał niewątpliwego uszczerbku na swoich prawach majątkowych w wyniku zastosowania przez Sąd Okręgowy w K                      w wyroku z dnia                      listopada 2016 r. zaskarżonych niniejszą skargą przepisów. Wydatkował bowiem własne środki finansowe na wykonanie zadania publicznego, którego



realizacja jest obowiązkiem ustawowym, a nie otrzymał za nie zwrotu poniesionych kosztów.

#### **4. Dopuszczalność złożenia skargi konstytucyjnej dotyczącej pominięcia prawodawczego**

Przepisy Konstytucji dotyczące skargi konstytucyjnej nie przewidują ograniczenia w zakresie wnoszenia skargi opartej na zarzucie pominięcia prawodawczego. W rezultacie w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego przyjęto, że kwestionowanie w skardze konstytucyjnej pominięcia ustawodawczego jest dopuszczalne (tak m.in. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2013 r., sygn. akt SK 14/13, wyrok TK z dnia 30 października 2012 r. sygn. akt SK 20/11). W kwestii dopuszczalności wnoszenia skarg konstytucyjnych dotyczących pominięcia prawodawczego wypowiedział się Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 15 listopada 2016 r., sygn. akt SK 46/15 wydanym na skutek rozpatrzenia skargi konstytucyjnej uznając, iż orzekanie o pominięciach prawodawczych należy do kompetencji Trybunału.

Skarżący Szpital formułuje swoje zarzuty skargi konstytucyjnej jako zarzuty dotyczące niezupełności regulacji, a więc pominięcia prawodawczego. Jak wynika z przywołanego orzecznictwa Trybunału skarga dotycząca pominięcia prawodawczego jest dopuszczalna.

#### **5. Zachowanie terminu do wniesienia skargi konstytucyjnej**

Zgodnie z art. 77 ust. 1 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym, skarga konstytucyjna może być wniesiona po wyczerpaniu drogi prawnej, o ile droga ta jest przewidziana, w ciągu 3 miesięcy od dnia doręczenia skarżącemu prawomocnego wyroku, ostatecznej decyzji lub innego ostatecznego rozstrzygnięcia.

Ustawowy termin na wniesienie skargi konstytucyjnej wynosi 3 miesiące i jest liczony od doręczenia skarżącemu prawomocnego wyroku. Skarżący, jako powód w sprawie zakończonej wyrokiem Sądu Okręgowego w K z dnia listopada 2016 r. sygn. akt , wystąpił o sporządzenie pisemnego uzasadnienia wyroku

(transkrypcji wyroku) i pełnomocnik Skarżącego otrzymał odpis wyroku z uzasadnieniem dnia 28 grudnia 2016 r.

W tej sytuacji termin na wniesienie skargi konstytucyjnej upływa dnia 28 marca 2017 r.

Skarga konstytucyjna została wniesiona z zachowaniem terminu.

## **6. Przedstawienie stanu faktycznego**

Skarżący, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1638, z późn. zm.), jest podmiotem leczniczym, który prowadzi S w K przy ul.

Skarżący zarejestrowany jest w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę , księga rejestrowa numer Szpital udziela świadczeń medycznych.

### **Dowód:**

- odpis z KRS skarżącego

- odpis z księgi rejestrowej skarżącego w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

Skarżący Szpital ma podpisaną z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę na realizację świadczeń zdrowotnych, obejmującą także świadczenia z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.

Pozwem wniesionym do Sądu Rejonowego w K skarżący domagał się zasądzenia od Narodowego Funduszu Zdrowia kwoty zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia lipca 2015 r. tytułem zwrotu kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych nieubezpieczonemu pacjentowi R M w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala prowadzonego przez skarżącego.

Pozew został oparty o następujący stan faktyczny.

W dniu stycznia 2015 r. do Szpitala prowadzonego przez skarżącego został przywieziony przez Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe (zespół ratownictwa medycznego) pacjent R M . W Szpitalu ustalono, że pacjent jest

nieubezpieczony, a tym samym nie przysługują mu świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych.

Z uwagi na stan zdrowia i rozpoznanie przyjętego pacjenta, tj.

, pacjent wymagał udzielenia przez Szpital świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym. Obowiązek prawny udzielenia pacjentowi świadczeń zdrowotnych, mimo że nie był ubezpieczony i nie ma prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych z innego tytułu niż ubezpieczenie zdrowotne, wynika z art. 15 ustawy o działalności leczniczej. Przepis ten ma następujące brzmienie: „*Podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia*”. Stan zdrowia tego pacjenta niewątpliwie kwalifikował go do zastosowania leczenia w trybie art. 15 ustawy o działalności leczniczej.

Pacjent był hospitalizowany w Szpitalu prowadzonym przez skarżącego w okresie od do stycznia 2015 r. w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Mimo podjętych czynności i udzielonych świadczeń, pacjent w dniu stycznia 2015 r. zmarł. Tym samym od przyjęcia pacjenta do Szpitala, przez cały okres hospitalizacji, stan zagrożenia zdrowia, a nawet życia pacjenta był realny.

W toku postępowania sądowego przed sądem pierwszej jak i drugiej instancji powyższe fakty nie były kwestionowane i jako niesporne znalazły odzwierciedlenie w treści uzasadnienia wyroku Sądu Okręgowego w K z dnia listopada 2016 r. (sygn. akt ), o czym świadczą zapisy na stronie 4 uzasadnienia wyroku stwierdzające, że stan zdrowia pacjenta stanowił zagrożenie dla jego życia oraz, że pacjent był nieubezpieczony. Pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia nie kwestionował również wysokości kosztów, które skarżący poniósł na leczenie pacjenta.

Po zakończeniu leczenia skarżący wezwał Narodowy Fundusz Zdrowia do zapłaty kosztów leczenia pacjenta. W odpowiedzi na to wezwanie Narodowy Fundusz Zdrowia odmówił zapłaty.

**Dowody:**

- wezwanie do zapłaty z dnia czerwca 2015 r.
- odpowiedź NFZ na wezwanie do zapłaty z dnia sierpnia 2015 r.

Skarżący sfinansował koszt udzielonych nieubezpieczonemu pacjentowi świadczeń zdrowotnych w całości z własnych środków i nie otrzymał z tego tytułu zapłaty. W tej sytuacji skarżący wniósł pozew przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia argumentując, że zapłaty powinien dokonać Narodowy Fundusz Zdrowia.

Powództwo wniesione przez skarżącego zostało oddalone wyrokiem Sądu Rejonowego w K z dnia maja 2016 r. Od wyroku została złożona przez skarżącego apelacja. Apelacja została rozpatrzona przez Sąd Okręgowy w K, który w dniu listopada 2016 r. prawomocnym wyrokiem wydanym pod sygn. akt oddalił apelację skarżącego.

## **7. Przedmiot kontroli**

Dopuszczalność wniesienia skargi konstytucyjnej uzależniona jest m.in. od wykazania przez skarżącego, że powołane w skardze konstytucyjnej przepisy poddawane kontroli co do zgodności z Konstytucją RP były podstawą wydania wobec niego ostatecznego orzeczenia, które narusza jego konstytucyjnie zagwarantowane prawa i wolności.

Przedmiotem kontroli w ramach skargi konstytucyjnej może być przepis, który stanowił dla sądu wydającego ostateczne orzeczenie podstawę określenia sytuacji prawnej skarżącego.

Przedmiotem skargi konstytucyjnej może być unormowanie, które po pierwsze – było podstawą prawną ostatecznego orzeczenia, z wydaniem którego skarżący wiąże zarzut naruszenia przysługujących mu konstytucyjnych praw lub wolności. Po drugie - to w treści unormowania kwestionowanego w skardze konstytucyjnej powinna tkwić bezpośrednia przyczyna niedozwolonej ingerencji organów stosujących prawo w sferę konstytucyjnie chronionych praw podmiotowych skarżącego.

W postanowieniu z 27 września 2010 r., w sprawie o sygn. akt Ts 85/08, Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że w świetle przesłanek skargi konstytucyjnej, określonych w art. 79 ust. 1 Konstytucji, kontroli sprawowanej przez Trybunał w trybie skargi konstytucyjnej może podlegać tylko ta norma, której zastosowanie spowodowało skutek oceniany przez skarżącego w kategoriach naruszenia jego praw lub wolności.

Niniejsza skarga konstytucyjna czyni przedmiotem kontroli art. 2 ust. 1 i art. 14 oraz art. 50 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.) w związku z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1638, z późn. zm.) w zakresie, w jakim nie nakładają na Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministra Zdrowia lub Skarb Państwa obowiązku zwrotu kosztów udzielonych świadczeń zdrowotnych na rzecz podmiotu leczniczego, który udzielił świadczenia zdrowotnego pacjentowi potrzebującemu natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia nie będącemu świadczeniobiorcą w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Prawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego w K z dnia listopada 2016 r. oddalono powództwo S sp. z o.o. o zapłatę za świadczenia udzielone przez Szpital nieubezpieczonemu pacjentowi.

Sąd Okręgowy w K swoje rozstrzygnięcie oparł na zastosowaniu przepisów zaskarżonych niniejszą skargą konstytucyjną.

Sąd Okręgowy orzekając wyrokiem z dnia listopada 2016 r. w uzasadnieniu wskazał, że orzeka mając na względzie niekwestionowany fakt, że powodowy Szpital udzielał pacjentowi świadczeń w warunkach art. 15 ustawy o działalności leczniczej, to jest w sytuacji gdy pacjent potrzebował udzielenia tych świadczeń z uwagi na zagrożenie życia czy zdrowia. Fakt ten znalazł odzwierciedlenie w uzasadnieniu wyroku Sądu Okręgowego w K

W uzasadnieniu wyroku Sądu Okręgowego w K powołano się wyraźnie na art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach, który określa krąg osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, wskazano, że pacjent, którego dotyczyło postępowanie sądowe – mimo że znajdował się w stanie zagrożenia życia i zdrowia – nie był uprawniony do świadczeń ze środków publicznych w rozumieniu tego przepisu. Sąd Okręgowy w K w uzasadnieniu wyroku z dnia listopada 2016 r. wyraźnie stwierdził, że nie podziela twierdzenia, że podstawą do zasądzenia zwrotu kosztów udzielonej pacjentowi pomocy medycznej może być art. 14 ustawy o świadczeniach. W ocenie Sądu Okręgowego w K przepis art. 14 ustawy o świadczeniach musi być odczytywany wspólnie z art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach, który ściśle określa krąg osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych

ze środków publicznych. Sąd Okręgowy w rezultacie przyjął, że jedynym przepisem, który przewiduje obowiązek zapłaty za świadczenia zdrowotne udzielone w trybie art. 15 ustawy o działalności leczniczej pacjentowi, który nie był świadczeniobiorcą jest art. 50 ust. 11 ustawy o świadczeniach, który przewiduje, że kosztami takich świadczeń obciąża się pacjenta.

Zaskarżone przepisy, nie przewidują możliwości dochodzenia przez podmiot leczniczy, który udzielił nieubezpieczonemu pacjentowi świadczeń zdrowotnych w warunkach art. 15 ustawy o działalności leczniczej (tj. osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia) zapłaty za te świadczenia od Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministra Zdrowia czy Skarbu Państwa.

Kwestionowane w niniejszej skardze konstytucyjnej przepisy ustaw stanowiły podstawę oddalenia powództwa przez Sąd Okręgowy w K                      wydający prawomocne orzeczenie w sprawie. Skarżący wnosi o zbadanie zgodności tych przepisów z Konstytucją.

## **8. Wzorce kontroli**

Składając skargę konstytucyjną skarżący zobowiązany jest wskazać, które przysługujące mu konstytucyjne wolności lub prawa zostały naruszone przez przepisy będące podstawą prawomocnego orzeczenia sądowego.

Zgodnie z art. 79 ust. 1 Konstytucji, wzorcami kontroli wskazanymi w skardze konstytucyjnej mogą być przepisy ustawy zasadniczej, które wyrażają prawa i wolności, które doznały uszczerbku w sprawie konkretnego skarżącego.

Skarżący wskazuje, że w tym przypadku przepisem wyrażającym prawo podmiotowe jest art. 64 ust. 1 Konstytucji RP przewidujący ochronę prawa własności i innych praw majątkowych.

Jako wzorce kontroli skarżący wskazuje:

- art. 64 ust. 1 i ust. 3 w związku z art. 31 ust. 3 i art. 2 Konstytucji RP
- art. 64 ust. 2 w zw. z art. 32 ust. 1 Konstytucji RP.

## **9. Uzasadnienie niezgodności zaskarżonych przepisów ze wzorcami kontroli**

### **9.1. Zarzut niezgodności zaskarżonych przepisów z art. 64 ust. 1 i ust. 3 w związku z art. 31 ust. 3 i art. 2 Konstytucji RP**

W ocenie skarżącego w niniejszej sprawie konieczne jest przeprowadzenie analizy zgodności zakwestionowanych przepisów z art. 64 ust. 1 i ust. 3 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji, w tym przeprowadzenie testu proporcjonalności i rozważanie, czy wprowadzone przez zaskarżony przepis ograniczenie prawa własności respektuje zakaz „naruszenia istoty tego prawa”, ustanowiony w art. 64 ust. 3 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji oraz czy kwestionowane przepisy – przez to, że przyznają jedynie iluzoryczną ochronę praw majątkowych podmiotów leczniczych zobowiązanych do udzielania osobom nieubezpieczonym świadczeń zdrowotnych w stanie zagrożenia życia czy zdrowia - nie stanowią wypaczenia zasady państwa prawnego, o którym mowa w art. 2 Konstytucji RP.

Zgodnie z art. 64 ust. 1 Konstytucji *„Każdy ma prawo do własności, innych praw majątkowych oraz prawo dziedziczenia”*.

Własność, inne prawa majątkowe oraz prawo dziedziczenia należą do kategorii podstawowych praw ekonomicznych i socjalnych. Podkreśla się, że przywołany w niniejszej skardze konstytucyjnej przepis Konstytucji RP wyraża prawo podmiotowe obejmujące wolność nabywania mienia, korzystania z niego, dysponowania nim i zachowania go. Przywołany przepis jest wyrazem woli prawodawcy konstytucyjnego, który przesądził, iż powinno się zagwarantować ochronę przed ingerencją innych osób w prawo własności i inne prawa majątkowe uprawnionego. Przepis art. 64 ust. 1 Konstytucji powinien chronić przed ustanawianiem przez ustawodawcę zwykłego norm prawnych zobowiązujących do uszczuplania własnego majątku celem wykonania usług, za które nie jest przewidziana zapłata.

System prawny w Polsce oparty jest na silnej ochronie prawa własności i innych praw majątkowych. Z mocy art. 64 ust. 1 Konstytucji na ustawodawcy zwykłym spoczywa nie tylko obowiązek pozytywny ustanowienia przepisów i procedur udzielających ochrony prawnej prawom majątkowym, ale także obowiązek negatywny polegający na powstrzymaniu się od uchwalania przyjmowania regulacji, które owe prawa

mogłyby pozbawiać ochrony prawnej lub też ochronę tą ograniczać (por. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 października 2015 r., sygn. SK 59/13, wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 13 kwietnia 1999 r., sygn. K 36/98, OTK ZU nr 3/1999, poz. 40).

Skarżący ma świadomość, że Konstytucja, ustanawiając ochronę własności, nie czyni tego w sposób absolutny. W pewnych okolicznościach nawet daleko idąca ingerencja w to najmocniej chronione prawo majątkowe, włącznie z pozbawieniem tego prawa, jest dopuszczalna. Dopuszczalny zakres i tryb wprowadzania ograniczeń prawa własności określa przede wszystkim art. 64 ust. 3 Konstytucji. Własność może być - według tego przepisu - ograniczona tylko w drodze ustawy i wyłącznie w zakresie, w jakim ustawa nie narusza istoty prawa własności. Ograniczenie powinno być przy tym uzasadnione koniecznością realizacji jednej z wartości wskazanych w art. 31 ust. 3 Konstytucji i może być dokonane tylko z uwzględnieniem uwarunkowań tam określonych.

W świetle art. 31 ust. 3 Konstytucji *„Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw”*. Art. 31 ust. 3 Konstytucji jako wzorzec kontroli zakłada, że ograniczeniu podlegają zagwarantowane Konstytucją wolności i prawa.

W myśl art. 31 ust. 3 Konstytucji przy rozpatrywaniu zgodności przepisów z zasadą proporcjonalności należy zbadać trzy istotne zagadnienia: po pierwsze, czy oceniana regulacja prawna jest właściwa dla osiągnięcia zamierzonych celów, po drugie, czy jest ona niezbędna dla ochrony i realizacji interesu publicznego, z którym jest związana, i po trzecie, czy jej efekty pozostają w odpowiedniej proporcji do zakresu ciężarów nakładanych na obywatela lub inny podmiot prawny (por. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 6 lutego 2007 r. Sygn. akt P 25/06). Ponadto ograniczenie ustawowych wolności i praw musi mieć formę ustawy. Jak wskazuje uregulowanie z art. 31 ust. 3 Konstytucji, ocena dopuszczalności ustanawiania ograniczeń praw i wolności konstytucyjnych powinna być dokonywana przez pryzmat jednego kryterium formalnego (wymóg regulacji na poziomie ustawy) oraz dwóch kryteriów materialnych (zakazu naruszania istoty wolności lub praw i zasady proporcjonalności).



Na zasadę proporcjonalności składają się trzy elementy:

- 1) przydatność regulacji do osiągnięcia zamierzonych celów,
- 2) konieczność do realizacji zamierzonych celów oraz
- 3) proporcjonalność sensu stricto (zakaz nadmiernej ingerencji) polegająca na wyważeniu, aby efekty osiągane poprzez ograniczenie wolności lub praw pozostawały w proporcji do ciężarów nakładanych na jednostkę (por. wyrok z 11 kwietnia 2000 r., sygn. K 15/98).

Wynikająca z art. 31 ust. 3 Konstytucji zasada przydatności polega na przeprowadzeniu testu racjonalności instrumentalnej, tzn. ustaleniu, czy według dostępnego stanu wiedzy wprowadzona regulacja jest w stanie doprowadzić do zamierzonych przez nią skutków.

Wynikająca z art. 31 ust. 3 Konstytucji zasada konieczności wymaga oceny, czy badane przepisy są niezbędne dla ochrony dóbr wskazanych w art. 31 ust. 3 Konstytucji (pięciu dóbr ogólnospołecznych lub indywidualnych "wolności i praw innych osób"), a ponadto czy spośród środków skutecznie chroniących te wartości zostały wybrane środki najmniej uciążliwe.

Wynikająca z art. 31 ust. 3 Konstytucji zasada proporcjonalności sensu stricto wymaga zaś ustalenia, czy efekty zaskarżonej regulacji pozostają w odpowiedniej proporcji do ciężarów nakładanych przez nią na jednostkę.

Art. 31 ust. 3 Konstytucji jest ważnym wzorcem kontroli przy badaniu niniejszej skargi konstytucyjnej, ponieważ pozwala dokonać oceny, czy regulacja prawna wprowadzona w drodze ustawy zwykłej ograniczająca ochronę własności i innych praw majątkowych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń osobom nieubezpieczonym znajduje dostateczne usprawiedliwienie.

Jako związkowy wzorzec kontroli skarżący wskazuje także art. 2 Konstytucji. Przepis ten stanowi, że: „*Rzeczpospolita Polska jest demokratycznym państwem prawnym, urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej*”.

Pojęcie państwa prawnego jest niezwykle pojemne, niemniej jednak da się z niego wyprowadzić szereg zasad bardziej szczegółowych składających się na zasadę

państwa prawnego. Państwo prawne powinno być utożsamiane z pojęciem państwa praworządnego, w którym wszystkie organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa. W państwie takim ingerencja w prawa i wolności jednostki może zaś mieć miejsce tylko wtedy, gdy jest to konieczne dla osiągnięcia uzasadnionych celów państwa, oraz powinna odpowiadać wzorcowi proporcjonalności. Z orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego wynika również, że z zasady państwa prawa wywodzi się także zasada ochrony zaufania jednostki do państwa i stanowionego przez nie prawa. Przejawia się ona między innymi skierowanym do ustawodawcy zwykłego nakazem tworzenia i stosowania prawa w taki sposób, aby „nie stawało się ono swoistą pułapką dla obywatela” (tak m.in. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 lutego 2001 r., sygn. K 27/00).

Wątpliwości konstytucyjne skarżącego budzi fakt, że skutkiem zaskarżonych przepisów jest nakaz udzielenia świadczeń medycznych osobom niebędącym świadczeniobiorcami w rozumieniu art. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych znajdującym się w stanie zagrażającym życiu czy zdrowiu, za których wykonanie podmiot leczniczy nie może oczekiwać zapłaty ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministra Zdrowia czy innej władzy publicznej dysponującej środkami finansowymi na opłacenie kosztów udzielania obywatelom świadczeń zdrowotnych.

Ustawodawca zwykły tworząc zaskarżone przepisy założył zapewne, że wystarczającą gwarancją ochrony praw majątkowych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych osobom nieubezpieczonym znajdującym się w stanie zagrożenia życia czy zdrowia jest fakt, że podmiotowi leczniczemu przysługuje roszczenie do samego pacjenta, który ze świadczeń udzielonych w tym trybie skorzystał. Założenie to legło u podstaw norm prawnych, które wykluczają możliwość domagania się zwrotu kosztów tych świadczeń od Narodowego Funduszu Zdrowia czy innych płatników publicznych.

W ocenie skarżącego przepisy ustaw objęte niniejszą skargą, które z jednej strony tworzą bezwzględny obowiązek prawny udzielenia świadczeń zdrowotnych osobie znajdującej się w stanie zagrożenia życia czy zdrowia, nawet jeśli osoba ta jest nieubezpieczona, a z drugiej strony nie tworzą żadnej reguły odpowiedzialności finansowej państwa za pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych w tym

trybie stanowi nadmierną ingerencję w prawo własności i prawa majątkowe podmiotów leczniczych.

Skarżący jest zdania, że zaskarżone przepisy ingerują w konstytucyjne prawa gwarantowane w art. 64 ust. 1 Konstytucji, chociaż zamierzony przez ustawodawcę zwykłego cel nie wymaga uszczuplenia środków finansowych podmiotów leczniczych.

Zaskarżone przepisy ograniczają w niedopuszczalny sposób konstytucyjne prawo własności i innych praw majątkowych, w ten sposób, że w praktyce przenoszą na podmiot leczniczy całkowitą odpowiedzialność finansową za zapewnienie opieki medycznej osobom niebędącym świadczeniobiorcami w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych znajdującym się z stanie nagłego zagrożenia życia czy zdrowia nie zapewniając realnego źródła finansowania tych usług medycznych, których wykonanie jest obligatoryjne, w szczególności nie przewidując finansowania tych usług ze środków publicznych płatników.

Skarżący wyjaśnia, że ustawa 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793, dalej: ustawa o świadczeniach) określa krąg osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wyznaczenie kręgu uprawnionych do świadczeń zostało zamieszczone w art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach, który ma następujące brzmienie:

„Art. 2.

*1. Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo:*

*1) osoby objęte powszechnym - obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zwane dalej "ubezpieczonymi",*

*2) inne niż ubezpieczeni osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. poz. 1650, z późn. zm.), spełniające kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 930 i 1583), co do*

których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych,

3) inne niż wymienione w pkt 1 i 2 osoby, które nie ukończyły 18. roku życia:

a) posiadające obywatelstwo polskie lub

b) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

4) inne niż wymienione w pkt 1-3 osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu:

a) posiadające obywatelstwo polskie lub

b) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach”

Przepis ten wskazuje podstawowe 4 grupy osób uprawnionych do świadczeń (świadczeniobiorców), czyli osób, które mogą korzystać ze świadczeń medycznych bez konieczności ponoszenia wydatków na te świadczenia z własnych środków.

Pierwszą grupą są osoby objęte obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym (przez ustawę o świadczeniach zwani są „ubezpieczonymi”).

Drugą grupę stanowią osoby o niskich dochodach (osoby spełniające kryterium dochodowe z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Obecnie kryterium dochodowe dla osoby samotnie gospodarującej wynosi 634 zł, a dla osoby w rodzinie – dochód na osobę nie może przekroczyć kwoty 514 zł).

Trzecią grupę stanowią osoby, które nie ukończyły 18 roku życia.

Czwartą grupę - osoby w okresie ciąży, porodu i połogu.

Najliczniejszą grupą osób korzystających w Polsce ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych są ubezpieczeni. W myśl art. 3 ust. 1 ustawy o świadczeniach ubezpieczonymi są:

1) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA),

2) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej, które przebywają na terytorium

Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizej w celu wykonywania pracy, zezwolenia na pobyt czasowy z wyłączeniem zezwolenia udzielonego na podstawie art. 181 ust. 1 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej, zgody na pobyt ze względów humanitarnych, zgody na pobyt tolerowany,

2a) osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium,

3) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), legalnie zamieszkujące na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)

- jeżeli podlegają zgodnie z art. 66 obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 68”

Krąg osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, które z kolei determinuje status „ubezpieczonego” określa art. 66 ust. 1 ustawy o świadczeniach, który stanowi:

„Art. 66. ust. 1 Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają:

1) osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników, które są:

a) pracownikami w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych,

b) rolnikami lub ich domownikami w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,

c) osobami prowadzącymi działalność pozarolniczą lub osobami z nimi współpracującymi, z wyłączeniem osób, które zawiesiły wykonywanie działalności gospodarczej na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej,

d) osobami wykonującymi pracę nakładczą,

e) osobami wykonującymi pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące zlecenia lub osobami z nimi współpracującymi,

f) osobami duchownymi,

g) członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych, spółdzielni kółek rolniczych lub członkami ich rodzin,

h) osobami pobierającymi świadczenie socjalne wypłacane w okresie urlopu oraz osobami pobierającymi zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia, a także osobami pobierającymi wynagrodzenie przysługujące w okresie korzystania ze świadczenia górniczego albo w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie, wynikające z odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy,

i) osobami pobierającymi świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia;

- 2) żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe oraz pełniący terytorialną służbę wojskową, służbę kandydacką, służbę przygotowawczą lub służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny - o ile nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu;
- 3) osoby odbywające służbę zastępczą;
- 4) osoby podlegające kwalifikacji wojskowej pełniące służbę w Policji, Straży Granicznej i Biurze Ochrony Rządu;
- 5) żołnierze zawodowi oraz żołnierze odbywający nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową;
- 6) policjanci;
- 7) funkcjonariusze Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego;
- 8) funkcjonariusze Agencji Wywiadu;
- 8a) funkcjonariusze Centralnego Biura Antykorupcyjnego;
- 8b) funkcjonariusze Służby Kontrwywiadu Wojskowego;
- 8c) funkcjonariusze Służby Wywiadu Wojskowego;
- 9) funkcjonariusze Biura Ochrony Rządu;
- 10) funkcjonariusze Straży Granicznej;
- 11) funkcjonariusze Służby Celnej;
- 12) funkcjonariusze Służby Więziennej;
- 13) funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej;
- 14) posłowie pobierający uposażenia poselskie oraz senatorowie pobierający uposażenie senatorskie;
- 15) sędziowie i prokuratorzy;
- 15a) ławnicy sądowi niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 16) osoby pobierające emeryturę lub rentę, osoby w stanie spoczynku pobierające uposażenie lub uposażenie rodzinne oraz osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze;
- 17) uczniowie oraz słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 18) dzieci przebywające w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze lub w domach pomocy społecznej niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 19) dzieci do czasu rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego nieprzebywające w placówkach, o których mowa w pkt 18, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, z zastrzeżeniem art. 81 ust. 8 pkt 3;
- 20) studenci i uczestnicy studiów doktoranckich niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1;
- 21) alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów męskich i żeńskich i ich odpowiedników, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 2;

- 22) słuchacze Krajowej Szkoły Administracji Publicznej im. Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Lecha Kaczyńskiego;
- 23) osoby pobierające stypendium sportowe po ukończeniu 15. roku życia niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 24) bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 24a) osoby pobierające stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego dorosłych, na które zostały skierowane przez podmiot inny niż powiatowy urząd pracy, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 25) osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne oraz osoby niepobierające zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn określonych w art. 27 ust. 1 pkt 3-6 i ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz. U. z 2003 r. poz. 514, z późn. zm.) niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 26) osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społecznej niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 27) osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, objęte indywidualnym programem integracji na podstawie przepisów o pomocy społecznej, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 28) osoby pobierające specjalny zasiłek opiekuńczy lub dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania, przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 28a) osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne, przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 28b) osoby pobierające zasiłek dla opiekuna, przyznany na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 29) osoby bezdomne wychodzące z bezdomności niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 30) osoby objęte indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego lub realizujące kontrakt socjalny w wyniku zastosowania procedury, o której mowa w art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, 691, 868, 1265 i 1579), niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 31) kombatanci i osoby represjonowane niepodlegający ubezpieczeniom społecznym w Rzeczypospolitej Polskiej lub niepobierający emerytury lub renty;
- 31a) cywilne niewidome ofiary działań wojennych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 32) osoby korzystające z urlopu wychowawczego niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

- 32a) osoby, o których mowa w art. 6a ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 33) osoby uprawnione do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 34) rolnicy i ich domownicy, którzy nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie pkt 1-33 i 35-37;
- 35) członkowie rad nadzorczych posiadający miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 36) aplikanci Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury;
- 37) osoby pobierające nauczycielskie świadczenia kompensacyjne”.

Ten bardzo obszerny katalog osób podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu wskazuje na to, że ustawodawca założył, że praktycznie wszystkie osoby wykonujące w Polsce stałe zajęcie o charakterze zarobkowym podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Taki wniosek prowadzi także do innego dość oczywistego spostrzeżenia – mianowicie, że osoby, które nie mieszczą się w katalogu osób podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu, to w znacznej części osoby nieposiadające stałych źródeł dochodów.

Do osób podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu (czyli w rezultacie do grona „ubezpieczonych”) zaliczono m.in. osoby osiągające dochody ze stosunku pracy, z prowadzenia działalności gospodarczej, z pracy nakładczej, z umowy agencyjnej lub umowy zlecenia, osoby pełniące funkcje w radach nadzorczych, osoby pobierające świadczenie socjalne czy świadczenie szkoleniowe, żołnierzy, funkcjonariuszy Agencji państwowych, posłów, sędziów, prokuratorów, ławników, osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne, osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społecznej.

Można zatem w pewnym uproszczeniu przyjąć, że w kategorii osób „nieubezpieczonych” mieszczą się osoby, które - z różnych powodów - nie osiągają stałych przychodów.

Wskazanie przez skarżącego zasad podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu ma znaczenie dla rozstrzygnięcia wątpliwości konstytucyjnych zgłoszonych w niniejszej skardze. W skardze konstytucyjnej kwestionuje się bowiem przepisy ustaw, które nakładają na podmioty lecznicze obowiązek udzielenia



świadczeń zdrowotnych osobom niemającym uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (czyli osób nie będących świadczeniobiorcami w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach) – przepisy te opierają się na założeniu, że dla podmiotu leczniczego dostatecznym źródłem finansowania tych świadczeń jest majątek osoby, która ze świadczenia skorzystała.

Skarżący kwestionuje to założenie i wskazuje, że majątek osób niemających prawa do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, które są przyjmowane do szpitala prowadzonego przez skarżącego w trybie art. 15 ustawy o działalności leczniczej (osoby potrzebujące natychmiastowej pomocy z uwagi na zagrożenie życia czy zdrowia) z reguły nie wystarcza na sfinansowanie kosztów udzielenia świadczenia, bowiem są to osoby nieposiadające stałych źródeł dochodów.

Skarżący wskazuje, że prowadzony przez niego Szpital przyjmuje rocznie około tysiąca pacjentów niemających prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (osób niebędących świadczeniobiorcami). Skarżący wyjaśnia, że po udzieleniu w trybie art. 15 ustawy o działalności leczniczej pomocy medycznej osobom niemającym uprawnienia do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, skarżący wystawia faktury i przesyła je tym osobom celem uzyskania zapłaty. Skarżący wskazuje, że znikomy procent osób niebędących świadczeniobiorcami reguluje należność po otrzymaniu faktury lub wezwania do zapłaty. Zdecydowana większość należności nie zostaje zapłacona.

Wobec osób niebędących świadczeniobiorcami, które korzystały ze świadczeń medycznych szpitala prowadzonego przez skarżącego i nie dokonały zapłaty, skarżący kieruje pozwy do sądów, a po uzyskaniu prawomocnego orzeczenia sądowego składa do komorników sądowych wnioski o wszczęcie postępowania egzekucyjnego.

Skarżący informuje, że prowadzone dotychczas z jego wniosku postępowania egzekucyjne przeciwko osobom niemającym prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych praktycznie we wszystkich przypadkach okazywały się całkowicie bezskuteczne.

Proces dochodzenia przez Szpital roszczeń od osób nieposiadających prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, który skorzystały z

tych świadczeń w trybie nagłego zagrożenia życia czy zdrowia, generuje następujące wydatki po stronie skarżącego:

- 1) najpierw na mocy nakazu ustawowego skarżący ponosi koszty udzielenia świadczeń zdrowotnych pacjentowi niemającemu prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
- 2) następnie skarżący zobowiązany jest ponieść koszty wysłania do osoby nieubezpieczonej wezwania do zapłaty.
- 3) w dalszej kolejności skarżący musi wydatkować środki finansowe na obsługę prawną celem złożenia w sądzie pozwu przeciwko pacjentowi nieubezpieczonemu,
- 4) skarżący ponosi także koszty opłaty sądowej od pozwu.
- 5) po uzyskaniu prawomocnego orzeczenia skarżący wydatkuje dalsze środki na zaliczki związane z prowadzeniem przez komornika postępowania egzekucyjnego, które praktycznie w 100 % przypadków kończy się postanowieniem komornika o umorzeniu egzekucji wobec jej całkowitej bezskuteczności.

Przedstawiając powyższe fakty skarżący kwestionuje założenie ustawodawcy, że nabycie roszczenia o zwrot kosztów udzielonego świadczenia medycznego przeciwko osobie nieubezpieczonej, której trzeba było udzielić świadczeń zdrowotnych w sytuacji zagrożenia życia czy zdrowia, zabezpiecza podmiot leczniczy, który udzielił tego świadczenia, przed uszczerbkiem na jego prawach majątkowych. Jest inaczej niż założył ustawodawca - stworzony obecnie na mocy zaskarżonych przepisów system w praktyce przerzuca na podmiot leczniczy całkowity koszt udzielania świadczeń zdrowotnych osobom nieubezpieczonym, a dodatkowo zmusza podmiot leczniczy do ponoszenia dodatkowych kosztów związanych z obsługą procesu dochodzenia roszczeń. Jednocześnie całkowicie uwalnia Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministra Zdrowia i Skarb Państwa od obowiązku ponoszenia tych kosztów.

Skutek funkcjonowania zaskarżonych przepisów jest taki, że podmiot leczniczy niepubliczny (taki jak S sp. z o.o.) ma obowiązek sfinansować z własnych środków określone w ustawie zadanie publiczne, za którego realizację odpowiedzialność powinno ponosić Państwo. To do obowiązków Państwa należy przecież zapewnienie wszystkim osobom znajdującym się w stanie zagrożenia życia czy zdrowia odpowiednich świadczeń zdrowotnych.

W ocenie skarżącego zasadą powinno być finansowanie przez Państwo zadań publicznych powierzonych podmiotom niepublicznym. Nie ma bowiem żadnego uzasadnienia konstytucyjnego, aby przekazanie zadań podmiotom niepublicznym następowało na zasadach gorszych niż w przypadku przekazania zadań samorządowi terytorialnemu (art. 167 ust. 1 Konstytucji), czyli bez zapewnienia odpowiedniego finansowania ze środków publicznych. Zaskarżone przepisy naruszają powyższą zasadę.

Skarżący podkreśla przy tym, że ustawodawca zwykły określając w ustawie o świadczeniach, kto jest osobą ubezpieczoną (czyli kto podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu) wliczył do tej kategorii praktycznie wszystkie osoby posiadające regularne źródła przychodów. Ustawodawca wiedział zatem, albo przynajmniej powinien był przewidzieć, że pozostałe osoby niewymienione w art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach (tj. niebędące świadczeniobiorcami i niemające prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych) to w znacznej części osoby, które nie są w stanie samodzielnie pokryć kosztów udzielonych im świadczeń zdrowotnych. Przemawia to za wnioskiem, że wbrew regule demokratycznego państwa prawnego, ustawodawca stworzył normę prawną, która w zakresie regulowania kosztów świadczeń medycznych udzielonych w trybie nagłym w razie zagrożenia życia czy zdrowia z góry założył, że prawo podmiotu leczniczego do otrzymania zwrotu kosztów udzielonej usługi będzie pozorne. Nabycie roszczenia przeciwko osobie nieubezpieczonej, która w zdecydowanej większości przypadków nie jest w stanie pokryć kosztów usługi, nie respektuje zasady ochrony zaufania do państwa i tworzonego przez nie prawa, i jest swego rodzaju pułapką dla podmiotów leczniczych. Pułapka polega także na tym, że aby podjąć (najczęściej całkowicie bezskuteczną) próbę dochodzenia zwrotu kosztów leczenia od osoby nieubezpieczonej podmiot leczniczy musi ponieść dalsze koszty, w tym koszty obsługi prawnej sprawy sądowej, koszty opłaty sądowej i zaliczek na czynności egzekucyjne. Wszystko po to, aby i tak nie otrzymać od zobowiązanego pacjenta zapłaty należnej za wykonaną usługę medyczną.

S sp. z o.o. jednoznacznie wskazuje, że przedmiotem zaskarżenia w niniejszej skardze konstytucyjnej nie są przepisy nakładające na podmioty lecznicze obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych

osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia życia czy zdrowia. Obowiązek niesienia pomocy medycznej osobom, które potrzebują pilnego udzielania świadczenia zdrowotnego z uwagi na zagrożenie życia czy zdrowia nie budzi konstytucyjnych wątpliwości skarżącego.

Nakaz niesienia pomocy w takich sytuacjach, bez względu na to czy potrzebującym jest ubezpieczony czy nieubezpieczony, jest powszechnie akceptowany w polskim społeczeństwie, jest elementem trwale wpisanym w wartości wyznawane przez zdecydowaną większość obywateli, jest też elementem aksjologii polskiego prawodawstwa. Obowiązek niesienia pomocy osobom, których życie czy zdrowie jest bezpośrednio zagrożone wpisano do:

- ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 30 *„Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”*)
- ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art. 7 ust. 1 *„Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia”*).
- ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (art. 12 ust. 1 *„Pielęgniarka i położna są obowiązane, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego”*),
- zapisano go wyraźnie także w Kodeksie Etyki Lekarskiej (art. 69 *„Lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach nie cierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy”*).

Przedmiotem zaskarżenia w niniejszej skardze konstytucyjnej jest natomiast wyłącznie brak wskazania przez ustawodawcę realnych źródeł finansowania kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych osobom nieubezpieczonym, którzy znajdowali się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia czy zdrowia. Jak wykazano powyżej, ustawowemu obowiązkowi udzielenia świadczeń zdrowotnych każdej osobie znajdującej się w stanie zagrażającym życiu czy zdrowiu nie towarzyszy zapewnienie podmiotowi leczniczemu realnej możliwości odzyskania tych kosztów. Można zatem powiedzieć, że w chwili obecnej ustawodawca przerzucił na podmioty lecznicze

całkowity koszt udzielania świadczeń osobom nieubezpieczonym znajdującym się w stanie zagrożenia życia czy zdrowia, tymczasem ciężar zapewnienia wszystkim obywatelom opieki medycznej jeśli znajda się w stanie zagrożenia życia czy zdrowia to zadanie publiczne, które powinno być finansowane nie ze środków prywatnych podmiotów leczniczych, lecz ze środków publicznych. W ten sposób zaskarżone przepisy ograniczają chronione w art. 64 ust. 1 Konstytucji prawo do własności i innych praw majątkowych podmiotu leczniczego, który zobowiązany jest do udzielenia świadczeń zdrowotnych osobie nieubezpieczonej znajdującej się z stanie zagrożenia życia czy zdrowia. Ograniczenie to nie znajduje dostatecznych podstaw w art. 64 ust. 3 oraz art. 31 ust. 3 Konstytucji.

Odnosząc zaskarżone przepisy do zasady proporcjonalności, która wyznacza granice dopuszczalności ograniczania praw i wolności gwarantowanych w Konstytucji, w tym prawa własności i innych praw majątkowych, skarżący stwierdza, że w jego przekonaniu przepisy przerzucające na podmioty lecznicze całkowity ciężar finansowy zapewnienia świadczeń zdrowotnych pacjentom znajdującym się w stanie zagrożenia życia czy zdrowia narusza zasadę konieczności stanowiącą element składowy zasady proporcjonalności.

Wątpliwości konstytucyjne skarżącego dotyczą spełnienia przez zaskarżoną regulację prawną zasady konieczności. O ile nie budzi wątpliwości, że aby zapewnić obywatelom (niezależnie od tego czy mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) prawa do świadczeń zdrowotnych w sytuacji zagrożenia życia czy zdrowia, konieczne jest nałożenie na podmioty lecznicze obowiązku ich wykonania, o tyle skarżący jest zdania, że konstytucyjna zasada proporcjonalności nie pozwala na przerzucenie na te podmioty lecznicze całkowitych kosztów wykonania tych świadczeń. Nie jest bowiem uzasadnione, aby podmioty lecznicze wykonywały te świadczenia zdrowotne kosztem swojego własnego majątku bez możliwości realnego odzyskania tych kosztów od pacjenta i bez możliwości odzyskania kosztów świadczenia zdrowotnego od Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministra Zdrowia czy od Skarbu Państwa.

W ocenie skarżącego Państwo powinno refundować podmiotom leczniczym koszty świadczeń udzielonych osobom nieubezpieczonym potrzebującym pilnego udzielania świadczeń z uwagi na zagrożenie życia czy zdrowia, a władze państwowe powinny

podjąć decyzję, czy dla tych osób świadczenia ratujące życie powinny być finansowane ze środków publicznych (czyli bezpłatne), czy też Państwo powinno żądać od nieubezpieczonych pacjentów zwrotu kosztów udzielenia tych świadczeń, ale wówczas powinno wziąć na siebie ciężar finansowy i organizacyjny dochodzenia roszczeń od nieubezpieczonych pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń zdrowotnych w sytuacji zagrożenia życia czy zdrowia. Skoro ustawodawca zwykły uznaje, że przyznanie podmiotowi leczniczemu roszczenia wobec nieubezpieczonego pacjenta o zwrot kosztów udzielonego mu świadczenia zdrowotnego jest wystarczającą gwarancją ochrony praw majątkowych podmiotu leczniczego, to z punktu widzenia zasady konieczności należałoby przyjąć, że rozwiązaniem właściwszym byłoby pokrywanie tych kosztów przez Państwo i przyznanie Państwu prawa do dochodzenia zwrotu kosztów świadczenia od pacjentów nieubezpieczonych. Obciążanie podmiotów leczniczych kosztami leczenia osób nieubezpieczonych w sytuacjach nagłego zagrożenia życia czy zdrowia jest rozwiązaniem nieproporcjonalnym, niespełniającym kryteriów zasady konieczności. Trybunał Konstytucyjny w swoim orzecznictwie wyjaśnia, że jeżeli dany cel jest możliwy do osiągnięcia przy zastosowaniu innego środka, nakładającego mniejsze ograniczenia na prawa i wolności, to zastosowanie przez ustawodawcę środka bardziej uciążliwego wykracza poza to, co jest konieczne, a zatem narusza Konstytucję (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 lipca 2007 r., sygn. akt K 25/07). Z taką sytuacją mamy do czynienia w niniejszej sprawie, gdzie cel zapewnienia pacjentom potrzebującym pomocy medycznej w sytuacji zagrożenia życia czy zdrowia można osiągnąć nakładając na instytucje państwowe, a nie na podmioty lecznicze, obowiązek dochodzenia od pacjentów roszczeń z tytułu zwrotu kosztów udzielonej pomocy medycznej.

Można dodatkowo wskazać, że organy państwowe dysponują lepszymi niż podmioty lecznicze narzędziami pozwalającymi na ustalenie miejsca zamieszkania pacjenta nieubezpieczonego, weryfikację jego źródeł przychodów, Skarb Państwa wreszcie korzysta ze zwolnienia od opłat sądowych, co pozwala na tańsze i skuteczniejsze dochodzenie od nieubezpieczonych pacjentów roszczeń o zapłatę za leczenie. Oznacza to, że Państwo i jego organy są lepiej przygotowane do dochodzenia roszczeń od nieubezpieczonych pacjentów niż pojedynczy szpital. Z tego powodu obecna regulacja prawna nie spełnia kryteriów przydatności stanowiących jeden z elementów składowych zasady proporcjonalności. Mechanizm dochodzenia roszczeń

za udzielone świadczenia zdrowotne od pacjentów nieubezpieczonych byłby bardziej efektywny, gdyby realizowały go organy powołane przez Państwo, a nie poszczególne podmioty lecznicze.

W ocenie Szpitala wnoszącego skargę konstytucyjną nie ulega natomiast wątpliwości, że zaskarżona regulacja prawna w niewłaściwy sposób wyważa konkurujące wartości (narusza zakaz nadmiernej ingerencji). Nie ma żadnego uzasadnienia dla sytuacji, w której Państwo nakłada – za pomocą zaskarżonych przepisów – obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych osobom nieubezpieczonym znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia życia czy zdrowia, nie zapewniając żadnych realnych możliwości odzyskania zwrotu kosztów tego świadczenia. Tego rodzaju rozwiązanie w sposób nieproporcjonalny ogranicza własność i prawa majątkowe podmiotu leczniczego, całkowicie zwalniając Narodowy Fundusz Zdrowia i władze państwowe z obowiązku pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych przez ten podmiot leczniczy w warunkach przymusu ustawowego.

Zaskarżone przepisy przez to, że wprowadzają jedynie pozorną ochronę praw majątkowych podmiotów leczniczych, które na mocy nakazu ustawowego, udzielają świadczeń zdrowotnych ratujących życie czy zdrowie osobom, które nie są wymienione w art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, narusza także art. 2 Konstytucji RP i wyrażoną w nim zasadę demokratycznego państwa prawnego. Podmioty lecznicze po udzieleniu świadczenia zdrowotnego osobie, która nie mieści się w katalogu osób uprawnionych do świadczeń z art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, muszą ponosić dalsze koszty związane z podjęciem (prawie zawsze bezskutecznej) próby odzyskania należności od nieubezpieczonego pacjenta. Te koszty pogłębiają dodatkowo wysokość nakładów, które musi ponosić podmiot leczniczy. Skarżący zwraca przy tym uwagę, że ze względu na zachowanie reguł prawidłowej gospodarki finansowej podmioty lecznicze są prawnie zobowiązane do podjęcia próby odzyskania należności od pacjenta - niepodjęcie próby obciążenia pacjenta kosztami tego świadczenia zdrowotnego mogłoby być odczytywane jako niegospodarność bądź jako naruszenie zasad rachunkowości. Zaskarżona regulacja prawna w ocenie skarżącego z jednej strony

daje tylko iluzoryczne uprawnienie do dochodzenia kosztów udzielonej pomocy medycznej, a z drugiej strony dodatkowo pogłębia stan uszczerplenia majątku podmiotu leczniczego przez to, że generuje dalsze koszty, których poniesienie jest niezbędne do podjęcia próby dochodzenia roszczeń od pacjenta, który skorzystał ze świadczeń zdrowotnych ratujących życie czy zdrowie.

W ocenie skarżącego w ramach wzorca kontroli z art. 2 Konstytucji należy jeszcze wskazać na inny niekorzystny aspekt stosowania zaskarżonych przepisów. Skarżący Szpital wskazuje, że zaskarżone przepisy, które zostały skonstruowane w ten sposób, że najpierw pacjentowi nieubezpieczonemu gwarantuje się ustawowe prawo do świadczeń w stanie zagrożenia życia czy zdrowia, a następnie przewiduje się, że podmiot leczniczy, który tych świadczeń udzielał, będzie od tegoż pacjenta dochodził roszczeń z tytułu zwrotu kosztów udzielania tych świadczeń, mogą wywoływać efekt mrozący. Mogą odstraszać pacjenta nieubezpieczonego od korzystania ze świadczeń zdrowotnych, które mają na celu ratowanie jego życia czy zdrowia. Nieubezpieczony pacjent, który raz skorzystał ze świadczeń udzielonych w tym trybie i był obciążany koniecznością zapłaty za nie, może w razie kolejnego pogorszenia stanu zdrowia odmówić zgody na leczenie z obawy przed wysokimi kosztami leczenia. Zaskarżona regulacja prawna może więc wywoływać efekt odwrotny do zamierzonego – przepisy stworzone gwarancją, aby każdy miał prawo do świadczeń zdrowotnych ratujących życie czy zdrowie, mogą w rezultacie prowadzić do świadomej odmowy przez pacjenta udzielenia zgody na leczenie podyktowanej wyłącznie obawą o ryzyko poniesienia kosztów tych świadczeń zdrowotnych. Zainicjowana przez skarżącego sprawa sądowa, która zakończyła się prawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego w K z dnia listopada 2016 r. dowodzi, że koszty udzielenia specjalistycznych świadczeń zdrowotnych osobie potrzebującej ich z uwagi na zagrożenie życia czy zdrowia mogą być znaczne, w tym wypadku przekroczyły kwotę złotych. Można zasadnie założyć, że wielu nieubezpieczonych pacjentów, gdyby z góry posiadali wiedzę o wysokości kosztów udzielania świadczenia, odmówiłoby zgody na interwencję medyczną, mając świadomość, że kosztów tych nie są w stanie ponieść. Zaskarżona regulacja prawna jest zatem także swego rodzaju pułapką dla pacjentów, którym miała służyć. Nieubezpieczony pacjent, który skorzystał z ustawowego uprawnienia do tego, aby w razie nagłego pogorszenia stanu zdrowia jego życie i zdrowie było ratowane, jest następnie „zaskakiwany” faktem, że udzielone mu świadczenia okazują się w pełni



odpłatne i że to on jest wyłącznie odpowiedzialny finansowo za pokrycie kosztów tych świadczeń. Narusza to wywodzoną z art. 2 Konstytucji zasadę zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa.

## **9.2. Zarzut niezgodności zaskarżonych przepisów z art. 64 ust. 2 w zw. z art. 32 ust. 1 Konstytucji RP**

Art. 64 ust. 2 Konstytucji stanowiący, że „*Własność, inne prawa majątkowe oraz prawo dziedziczenia podlegają równej ochronie prawnej*”, przewiduje nakaz równego traktowania wszystkich podmiotów w sferze przysługującego im prawa własności. Na ustawodawcy zwykłym – na mocy tego przepisu Konstytucji – spoczywa pozytywny obowiązek stworzenia regulacji prawnej, która będzie chroniła własność i inne prawa majątkowe oraz obowiązek negatywny powstrzymywania się od tworzenia regulacji prawnych, które mogłyby pozbawiać lub ograniczać ochronę praw majątkowych. Przepis ten ustanawia także zasadę równej ochrony praw majątkowych.

Na mocy tego przepisu w związku z art. 32 Konstytucji jednakowo potraktowane powinny być wszystkie podmioty, które znajdują się w podobnych okolicznościach. Art. 32 ust. 1 Konstytucji RP ma następujące brzmienie: „*Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne*”. Konstytucyjne pojęcie zasady równości oznacza, że podmioty znajdujące się w podobnej sytuacji powinny być traktowane w sposób podobny (tak. M. Safjan, L. Bosek. Konstytucja, Tom I. Komentarz do art. 1-86, s. 831). Ujmując sprawę nieco inaczej można powiedzieć, że zasada równości wysłowiona w art. 32 ust. 1 Konstytucji sprowadza się do tego, aby wszystkie podmioty prawa będące adresatami norm prawnych charakteryzujące się daną cechą istotną w równym stopniu, były traktowane równo, według tej samej miary, bez zróżnicowań faworyzujących jak i dyskryminujących.

Wywodzona z art. 32 ust. 1 Konstytucji równość musi być postrzegana jako uprawnienie podmiotowe związane zawsze z pewnym kontekstem sytuacyjnym, w ramach którego porównuje się sytuacje dwóch podmiotów, istotne są zatem okoliczności, w ramach których bada się równość. Równość, o której mowa w art. 32 Konstytucji nie oznacza równości w znaczeniu faktycznym, lecz sprowadza się do

przyznania każdemu równych szans (uprawnień) do korzystania z wolności i praw – chodzi zatem o równość w płaszczyźnie prawnej, a nie faktycznej.

Z art. 32 ust. 1 Konstytucji wywodzi się zakaz ustanawiania przez ustawodawcę takich norm prawnych, które prowadziłyby do nieuzasadnionego różnicowania podmiotów i ich sytuacji prawnej, mimo, że charakteryzują się tą samą cechą relewantną.

W ocenie skarżącego zaskarżone w niniejszej skardze konstytucyjnej przepisy naruszają powyższe zasady poprzez to, że stawiają podmioty lecznicze, które udzieliły świadczenia zdrowotnego pacjentowi niebędącemu świadczeniobiorcą w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach, potrzebującemu pomocy z uwagi na zagrożenie życia czy zdrowia, w gorszej sytuacji niż są podmioty lecznicze, które w innych sytuacjach udzieliły świadczeń zdrowotnych pacjentom niemającym prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Skarżący przywołuje w tym miejscu regulację art. 50 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przepis ten nakazuje podmiotom leczniczym udzielić świadczenia zdrowotnego m.in. osobie, która złożyła oświadczenie o tym, że przysługują jej uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawodawca, nakładając na podmioty lecznicze obowiązek udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej osobom, które złożyły jedynie oświadczenie, że mają prawo do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, gwarantuje jednak w art. 50 ust. 15 ustawy, że Narodowy Fundusz Zdrowia zapłaci podmiotowi leczniczemu za koszty tego świadczenia w razie gdyby oświadczenie pacjenta okazało się nieprawdziwe, a sam pacjent okazał się być osobą nieubezpieczoną i niemającą prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

W sytuacji gdy takie oświadczenie pacjenta okazało się nieprawdziwe (tj. dana osoba nie miała uprawnień do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) koszty wykonania świadczenia ponosi Narodowy Fundusz Zdrowia, który następnie dochodzi zwrotu tych kosztów od pacjenta, który złożył nieprawdziwe oświadczenie, na podstawie którego skorzystał z opieki medycznej.

Można zatem powiedzieć, że w sytuacji, w której podmiot leczniczy wykonał usługę zdrowotną osobie nieubezpieczonej, które złożyła nieprawdnie oświadczenie, że przysługuje jej prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, usługa ta jest wykonana w ramach przymusu ustawowego.

Podmiot leczniczy nie mając dowodu, że pacjent jest ubezpieczony, został ustawowo zobowiązany do wykonania świadczeń zdrowotnych temu pacjentowi na mocy samego oświadczenia tego pacjenta. Zagwarantowano jednak w ustawie o świadczeniach, że w takiej sytuacji ryzyko ekonomiczne udzielenia tego świadczenia nie spoczywa na podmiocie leczniczym, lecz na Narodowym Funduszu Zdrowia, który musi za to świadczenie zapłacić podmiotowi leczniczemu, a następnie dochodzić od pacjenta składającego nieprawdziwe oświadczenie zwrotu kosztów tej usługi medycznej. Analiza tej sytuacji dowodzi, że w lepszej sytuacji co do ochrony praw majątkowych gwarantowanych w art. 64 Konstytucji RP są podmioty lecznicze, które wykonały świadczenia zdrowotne osobom nieubezpieczonym na podstawie nieprawdziwego oświadczenia tej osoby, niż podmioty lecznicze, które na mocy normy ustawowej z art. 15 ustawy o działalności leczniczej udzieliły pacjentowi nieubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych w sytuacji realnego zagrożenia jego życia czy zdrowia. Wydaje się tymczasem, że na większą ochronę zasługują sytuacje ratowania życia czy zdrowia osobom nieubezpieczonym niż sytuacje udzielenia świadczeń zdrowotnych komuś, kto złożył nieprawdziwe oświadczenie uprawniające do skorzystania z opieki medycznej. Jest jednak odwrotnie – lepszą ochronę praw majątkowych gwarantuje się podmiotowi leczniczemu w razie udzielenia świadczeń osobie składającej nieprawdziwe oświadczenie, niż w razie ratowania czyjegoś zagrożonego życia czy zdrowia.

Treść opisanego powyżej art. 50 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest następująca:

*Art. 50.*

*1. Świadczeniobiorca ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić:*

*1) kartę ubezpieczenia zdrowotnego - w przypadku ubezpieczonego oraz osób, do których stosuje się art. 67 ust. 4-7;*

*2) dokument, o którym mowa w art. 54 ust. 1 - w przypadku świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony.*

*2. Przedstawienie przez świadczeniobiorcę dokumentów, o których mowa w ust. 1, nie jest wymagane, jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:*

*1) świadczeniobiorca potwierdzi swoją tożsamość poprzez okazanie dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy albo legitymacji szkolnej; legitymacja szkolna może być okazana jedynie przez osobę, która nie ukończyła 18. roku życia;*

*2) świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji uzyska potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 3.*

*3. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej może zostać potwierdzone na podstawie dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 1114 oraz z 2016 r. poz. 352 i 1579), sporządzonego, na podstawie numeru PESEL, przez Fundusz dla świadczeniodawcy lub niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji i przesłanego za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną*

(Dz. U. z 2016 r. poz. 1030 i 1579) z zapewnieniem integralności i poufności zawartych w nim danych oraz uwierzytelnieniem stron uprawnionych do przetwarzania tych danych.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, warunki, jakie muszą spełniać świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, występujący do Funduszu o dokument elektroniczny, o którym mowa w ust. 3, mając na uwadze konieczność zapewnienia integralności oraz poufności przetwarzanych danych.

5. Dokument elektroniczny, o którym mowa w ust. 3, zawiera imię i nazwisko oraz numer PESEL świadczeniobiorcy, a także informację, według stanu na dzień sporządzenia dokumentu, o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.

6. W przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 1 lub 3 świadczeniobiorca po okazaniu dokumentu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, może przedstawić inny dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, a jeżeli takiego dokumentu nie posiada, złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.

7. Świadczeniobiorca składający oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych."

7a. W sytuacji udzielania świadczeniobiorcy stacjonarnych albo całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej, oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, obejmuje okres od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia do dnia zakończenia udzielania świadczenia, nie dłuższy jednak niż do końca miesiąca następującego po miesiącu rozpoczęcia udzielania świadczenia. W przypadku, gdy świadczenie opieki zdrowotnej trwa dłużej - świadczeniobiorca składa kolejne oświadczenie, które obejmuje okres nie dłuższy niż jeden miesiąc.

8. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, zawiera imię i nazwisko, adres zamieszkania, wskazanie podstawy prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, numer PESEL oraz wskazanie dokumentu, na podstawie którego świadczeniodawca potwierdził tożsamość świadczeniobiorcy, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL - dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 9. Świadczeniodawca albo niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji potwierdza podpisem na oświadczeniu dane identyfikujące dokument, na podstawie którego potwierdzono tożsamość.

9. W przypadku świadczenioborców małoletnich oraz innych osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, składa przedstawiciel ustawowy albo opiekun prawny lub faktyczny w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Przepisy ust. 7 i 8 stosuje się odpowiednio.

10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzory oświadczeń, o których mowa w ust. 6 i 9, mając na względzie zapewnienie czytelności oświadczeń.

11. W stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, świadczenie opieki zdrowotnej zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób wskazany w ust. 1, 3 lub 6. W takim przypadku osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie to jest udzielane w oddziale szpitalnym, w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej - pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych jej świadczeń.

12. Późniejsze niż przewidziane terminami określonymi w ust. 11, jednak w okresie nie dłuższym niż 1 rok, licząc od dnia upływu tych terminów, przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, nie może stanowić podstawy odmowy przez świadczeniodawcę zwolnienia świadczeniobiorcy z obowiązku poniesienia kosztów udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej albo zwrotu tych kosztów.

13. Roszczenia przysługujące na podstawie ust. 11 ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat od dnia upływu terminów określonych w ust. 11.

14. W przypadku dzieci do ukończenia 3. miesiąca życia, które nie posiadają numeru PESEL, potwierdzenie, o którym mowa w ust. 3, następuje na podstawie numeru PESEL osoby obowiązanej do zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia zdrowotnego.

15. Fundusz nie może odmówić świadczeniodawcy sfinansowania świadczenia opieki zdrowotnej z powodu braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, która uzyskała to świadczenie, albo żądać od niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej poniesionych przez Fundusz pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, która uzyskała to świadczenie na podstawie recepty wystawionej przez osobę uprawnioną, jeżeli:

*1) w dniu udzielenia tego świadczenia potwierdził, w sposób określony w ust. 3, prawo świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej albo świadczeniobiorca ten w tym dniu przedstawił dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożył oświadczenie, o którym mowa w ust. 6.*

*2) świadczeniobiorca w terminie przedstawił dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożył oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, w przypadkach określonych w ust. 11*

*- o ile świadczenie to zostało zrealizowane zgodnie z warunkami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej ze świadczeniodawcą albo niebędącą świadczeniodawcą osobą uprawnioną w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.*

*16. W przypadku gdy świadczenie opieki zdrowotnej zostało udzielone pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w wyniku:*

*1) posługiwania się kartą ubezpieczenia zdrowotnego albo innym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę, która utraciła to prawo w okresie ważności karty albo innego dokumentu, albo*

*1a) potwierdzenia prawa do świadczeń w sposób określony w ust. 3 osób, o których mowa w art. 52 ust. 1, albo*

*2) złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 6*

*- osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia, z wyłączeniem osoby, której udzielono świadczenia, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1. 16*

*17. 17 Obowiązku, o którym mowa w ust. 16, nie stosuje się do osoby, która w chwili przedstawienia innego dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia pisemnego oświadczenia o przysługującym jej prawie do świadczeń opieki zdrowotnej działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.*

*18. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przypadkach określonych w ust. 16, które Fundusz poniósł zgodnie z ust. 15, podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną ustalającą obowiązek poniesienia kosztów i ich wysokość oraz termin płatności. Do postępowania w sprawach o ustalenie poniesienia kosztów stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.*

*18a. 18 Przepisów ust. 16 i 18 nie stosuje się w przypadku dopełnienia obowiązku, o którym mowa w art. 67 ust. 1 i 3, w terminie 30 dni od dnia udzielenia świadczenia albo 30 dni od dnia poinformowania przez Fundusz o wszczęciu postępowania, o którym mowa w ust. 18, jeżeli przyczyną braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej było niezgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego mimo podlegania takiemu zgłoszeniu.*

*18b. 19 W przypadku dopełnienia obowiązku określonego w art. 67 ust. 1 i 3 w terminie, o którym mowa w ust. 18a, poniesione koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w okresie, którego dotyczy ten obowiązek, nie podlegają zwrotowi.*

*19. Od kwoty należności, o których mowa w ust. 18, nalicza się odsetki ustawowe za opóźnienie, poczynając od dnia, w którym upłynął termin płatności tych należności.*

*20. Nie wydaje się decyzji, o której mowa w ust. 18, jeżeli od dnia, w którym zakończono udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 15, upłynęło 5 lat.*

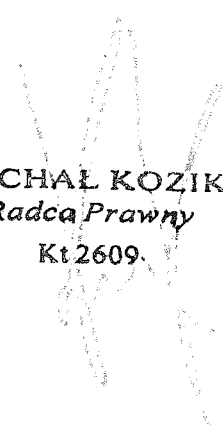
*21. Należności, o których mowa w ust. 18, ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat, licząc od dnia, w którym decyzja ustalająca te należności stała się ostateczna.*

*22. 20 Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może umorzyć w całości albo w części spłatę należności ustalonej w decyzji, o której mowa w ust. 18, lub odroczyć spłatę tej należności, lub rozłożyć ją na raty, stosując odpowiednio zasady określone w art. 56-58 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.*

W ocenie skarżącego przyjęcie regulacji z art. 50 ustawy o świadczeniach dowodzi tego, że ustawodawca miał świadomość trudności, jakie dla podmiotów leczniczych wiążą się z dochodzeniem od osób nieubezpieczonych roszczeń o zwrot kosztów udzielonego świadczenia zdrowotnego. Po drugie ustawodawca miał świadomość, że zezwalając pacjentowi na otrzymanie świadczenia zdrowotnego na podstawie samego oświadczenia o prawie do korzystania ze świadczeń zdrowotnych tworzy po

stronie podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń obowiązek udzielenia tego świadczenia, nakładając zaś obowiązek udzielenia świadczenia trzeba zagwarantować podmiotowi leczniczemu realne źródła jego finansowania.

Regulacji takiej zabrakło natomiast przy przepisach, które tworzą ustawowy przymus wykonania świadczeń zdrowotnych osobie potrzebującej pomocy medycznej w sytuacji zagrożenia życia czy zdrowia. Względy te decydują o tym, że zaskarżone przepisy w zakresie ochrony praw majątkowych stawiając w lepszej sytuacji podmioty lecznicze, które udzieliły świadczeń osobom składającym nieprawdziwe oświadczenia o „byciu ubezpieczonym” niż podmioty lecznicze, które ratowały życie i zdrowie osób, które rzeczywiście tej pomocy pilnie potrzebowały, narusza art. 64 ust. 2 w zw. z art. 32 ust. 1 Konstytucji RP.



MICHAŁ KOZIK  
Radca Prawny  
Kt 2609.

Załączniki:

- pełnomocnictwo szczególne
- odpis z KRS skarżącego
- odpis z księgi rejestrowej skarżącego w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
- wyrok Sądu Okręgowego w K z dnia .11.2016 r. wraz z uzasadnieniem
- elektroniczne potwierdzenie doręczenia wyroku Sądu Okręgowego w K wraz z uzasadnieniem pełnomocnikowi S sp. z o.o. w dniu 28 grudnia 2016 r.
- wezwanie do zapłaty z dnia czerwca 2015 r.
- odpowiedź NFZ na wezwanie do zapłaty z dnia sierpnia 2015 r.
- odpis skargi konstytucyjnej wraz z załącznikami x 4