



RZECZPOSPOLITA POLSKA
PROKURATOR GENERALNY

PK VIII TK 34.2018

SK 5/18

Warszawa, dnia 24 lipca 2018 r.

TRYBUNAŁ KONSTYTUCYJNY KANCELARIA	
wpl. dnia	25. 07. 2018
L.dz.	L. zał.

TRYBUNAŁ KONSTYTUCYJNY

W związku ze skargą konstytucyjną S Sp. z o.o. „o zbadanie zgodności 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 niebędącemu 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”

- na podstawie art. 42 pkt 7 oraz art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U., poz. 2072) -

- jako osoba nieubezpieczona - nie miał prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W ocenie Sądu Rejonowego, „choć powód miał obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pacjentowi (...) znajdującemu się w stanie zagrożenia życia (art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i zawodzie lekarza dentysty [ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 617 ze zm., dalej: ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty - przyp. wł.] i art. 15 ustawy o działalności leczniczej [ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 160 ze zm., dalej: ustawa o działalności leczniczej - przyp. wł.]), to jednak pozwany nie jest zobowiązany do sfinansowania tego leczenia. Obowiązek pokrycia kosztów leczenia spoczywa w chwili obecnej na spadkobiercach pacjenta” (uzasadnienie wyroku, s. 4).

Sąd Okręgowy w K Wydział Cywilny Odwoławczy (dalej: Sąd Okręgowy), wyrokiem z dnia listopada 2016 r., w sprawie o sygn. akt , oddalił apelację Skarżącego. W ocenie Sądu Okręgowego, zaskarżony wyrok Sądu Rejonowego „w pełni odpowiada prawu”, a w sprawie nie zaistniały podstawy do wystąpienia z pytaniem prawnym do Trybunału Konstytucyjnego, o co też wnosił Skarżący.

W uzasadnieniu tego wyroku Sąd Okręgowy podniósł, że „[j]ak słusznie stwierdził Sąd I instancji w stanie faktycznym w niniejszej sprawie pacjent (...) mógłby ewentualnie być objęty bezpłatnym świadczeniem, o ile okazałoby się, że jak to stanowi punkt 2 przywołanego artykułu 2 ustęp 1 (chodzi o przepis art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 ze zm., dalej: ustawa o świadczeniach - przyp. wł.) [...] spełnia kryterium dochodowe określone w ustawie z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1769 ze zm., dalej: ustawa o pomocy społecznej - przyp. wł.). Jak wynika z ustaleń Sądu właściwy Ośrodek Pomocy

Spółecznej odmówił takiego świadczenia (...) właśnie z uwagi na przekroczenie dochodu uprawniającego do korzystania (...) z refundacji (...) świadczeń z publicznej służby zdrowia, a to w myśl artykułu 54 tejże ustawy (ustawy o świadczeniach - przyp. wł.). A to oznacza, że w myśl artykułu 50 ustęp 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, kosztami obciążony został świadczeniobiorca, czyli (...), a wobec jego śmierci obowiązek ten przeszedł na jego spadkobierców, do których powód winien kierować roszczenia. (...)

Wykładnia, którą prezentuje czy popiera powód tak przed Sądem I (jak i II - przyp. wł.) instancji artykułu 13 i 14 (ustawy o świadczeniach - przyp. wł.) sprowadzałyby się do sytuacji zbędności rozwiązań wskazywanych w cytowanym artykule 2 (ustawy o świadczeniach - przyp. wł.), czy też stanowiącym jego wykonanie, czy określającym dalsze postępowanie artykule 50 ustęp 11 (ustawy o świadczeniach - przyp. wł.)” [uzasadnienie wyroku, s. 4 - 5].

W uzasadnieniu skargi konstytucyjnej Szpital wskazał, że w wyniku wydania wyroku Sądu Okręgowego „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 ustawy zmuszony był ponieść całkowity ekonomiczny ciężar wykonania usługi zdrowotnej (całkowity koszt leczenia zmarłego pacjenta wyniósł złotych - przyp. wł.) nie otrzymując za nią zapłaty od podmiotów, które dysponują środkami publicznymi na zakup świadczeń zdrowotnych dla obywateli” oraz zaznaczył, iż „[i]stnienie 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” (uzasadnienie skargi konstytucyjnej, s. 7 - 8).

W części uzasadnienia skargi konstytucyjnej zatytułowanej „[d]opuszczalność złożenia skargi konstytucyjnej dotyczącej pominięcia prawodawczego” Skarżący wyjaśnił, że „formułuje swoje zarzuty skargi konstytucyjnej jako zarzuty dotyczące niezupełności regulacji, a więc pominięcia prawodawczego” (uzasadnienie skargi konstytucyjnej, s. 9).

Jako przedmiot konstytucyjnej kontroli Szpital wymienił (w określonym zakresie) przepisy art. 2 ust. 1, art. 14 i art. 50 ust. 11 ustawy o świadczeniach oraz, pozostający z nimi w relacji związkowej, art. 15 ustawy o działalności leczniczej. Zdaniem Skarżącego, właśnie te 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” (uzasadnienie skargi konstytucyjnej, s. 14), choć, w ocenie Skarżącego, możliwość taką przewidywać powinny, zważywszy na gwarancje przewidziane

w art. 64 ust. 1 i 3 w związku z art. 31 ust. 3 i art. 2 Konstytucji oraz w art. 64 ust. 2 w związku z art. 32 ust. 1 Konstytucji.

Przepisy art. 2 ust. 1, art. 14 i art. 50 ust. 11 ustawy o świadczeniach (ten ostatni przepis zacytowano w kontekście jego ust. 1 - 10 oraz ust. 12 - 13) brzmią następująco:

„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. z 2016 r. poz. 1990, 1948 i 2066 oraz z 2017 r. poz. 60, 858 i 1543), 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, z późn. zm.), 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
- zwane dalej <świadczeniobiorcami>.”;

„Art. 14. Na zasadach i w zakresie określonych w ustawie podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są: właściwi ministrowie lub Fundusz.”;

„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 2017 r. poz. 570), 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 2017 r. poz. 1219) 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 świadczeniobiorców 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 (podkr. wł.).

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.”.

Przepis art. 15 ustawy o działalności leczniczej ma następujące brzmienie:

„Art. 15. Podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.”.

Z otoczenia normatywnego zaskarżonej regulacji konieczne wydaje się wskazanie art. 13 ustawy o świadczeniach, który brzmi następująco:

„Art. 13. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni są finansowane z budżetu państwa, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.”.

W komentarzu do art. 2 ustawy o świadczeniach A. Sidorko wyjaśnił, że w przepisie tym „wskazany został katalog osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Najliczniejszą grupą osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej są osoby objęte obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem

zdrowotnym (art. 2 ust. 1 pkt 1). Ilekroć ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej wspomina o tej grupie osób, określa je mianem ubezpieczonych. (...)

Poza ubezpieczonymi, osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej są 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 (nadaniem cudzoziemcowi statusu uchodźcy albo udzieleniem cudzoziemcowi ochrony uzupełniającej - przyp. wł.) u. cudz. (ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 2206 ze zm. - przyp. wł.), spełniające kryterium dochodowe określone w ustawie o pomocy społecznej (art. 2 ust. 1 pkt 2 u.ś.o.z.). Powyższe prawo uzyskują osoby nieubezpieczone, spełniające łącznie następujące przesłanki:

- 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 u. cudz.,
- mają miejsce zamieszkania na terenie Polski, czyli przebywają w tym kraju z zamiarem stałego pobytu,
- są osobami pozbawionymi jakichkolwiek dochodów lub ich dochód jest bardzo niski.

Tym samym wspomnianego prawa do bezpłatnych świadczeń nie uzyskają np. inni niż wskazani wyżej cudzoziemcy ani obywatele polscy zamieszkali na stałe za granicą i przebywający jedynie chwilowo na terenie Polski (np. w celach turystycznych lub w związku z odwiedzinami u rodziny).

Przy ustalaniu miejsca zamieszkania należy brać pod uwagę przepisy Kodeksu cywilnego, a w szczególności art. 25. (...)

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej nie uzależnia przyznania prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych od zameldowania w Polsce, lecz od miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Z powyższego uprawnienia nie mogą także skorzystać osoby uzyskujące dochody niepowodujące objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym (np. z umów o dzieło), lecz osiągane w takiej wysokości, że umożliwiają np. zawarcie z NFZ umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Należy zaznaczyć, że podstawą uzyskania bezpłatnego leczenia przez wymienione wyżej osoby jest otrzymanie przez nie decyzji potwierdzającej to prawo i wydanej przez wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej dla ich miejsca zamieszkania (podkr. wł.).

Wspomniana decyzja jest natomiast wydawana po:

- 1) przedłożeniu przez osobę zainteresowaną dokumentów potwierdzających zamieszkiwanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz dokumentów potwierdzających:
 - a) posiadanie przez nią obywatelstwa polskiego lub
 - b) posiadanie statusu uchodźcy, lub
 - c) objęcie ochroną uzupełniającą, lub
 - d) posiadanie zezwolenia na pobyt czasowy udzielonego w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d u. cudz.;
- 2) przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego;
- 3) stwierdzeniu spełniania kryterium dochodowego, o którym mowa w art. 8 u.p.s.;
- 4) stwierdzeniu braku okoliczności, o których mowa w art. 12 u.p.s., w wyniku przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego, tj. braku stwierdzenia przez pracownika socjalnego dysproporcji między udokumentowaną wysokością dochodu a sytuacją majątkową osoby lub rodziny, wskazującą, że osoba ta lub rodzina jest w stanie przezwyciężyć trudną sytuację życiową, wykorzystując

własne zasoby majątkowe, w szczególności w przypadku posiadania znacznych zasobów finansowych, wartościowych przedmiotów majątkowych lub nieruchomości” (A. Sidorko, *Komentarz do art. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, http://lex/lex/content.rpcId=1530103474448_1589262979).

Przepis art. 14 ustawy o świadczeniach „wyraźnie określa podmioty odpowiedzialne za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w granicach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” (A. Pietraszewska - Macheta, *Komentarz do art. 14 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, http://lex/lex/content.rpc?reqId=1530697896483_752608028).

W art. 50 ustawy o świadczeniach na świadczeniobiorcę, czyli pacjenta uprawnionego do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*vide* - art. 2 ustawy o świadczeniach), nałożono obowiązek potwierdzenia faktu posiadania takiego uprawnienia, w określonym w tym przepisie trybie.

Odnosnie do kwestionowanego przez Skarżącego art. 50 ust. 11 ustawy o świadczeniach A. Sidorko stwierdził, że „[w] stanach nagłych (czyli np. w związku z trafieniem do szpitala w wyniku wypadku komunikacyjnego) lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie wskazanego powyżej oświadczenia, świadczenie opieki zdrowotnej zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przy wykorzystaniu eWUŚ (ogólnopolski system Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców - przyp. wł.) lub dokumentów ubezpieczenia (oświadczenia). Jednak w takim przypadku osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń albo złożenia wspomnianego oświadczenia w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie to jest udzielane na oddziale szpitalnym,

to w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, pod rygorem obciążenia tej osoby przez świadczeniodawcę kosztami udzielonych jej świadczeń. Późniejsze niż przewidziane tymi terminami przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń albo złożenie oświadczenia (jednak w okresie nie dłuższym niż rok) nie może stanowić podstawy odmowy przez świadczeniodawcę zwolnienia ubezpieczonego z obowiązku poniesienia kosztów udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej albo zwrotu tych kosztów. Roszczenia świadczeniodawcy przysługujące we wskazanych wyżej przypadkach ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat od dnia upływu wspomnianych terminów, czyli licząc 5 lat od dnia upływu 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie było udzielane na oddziale szpitalnym - od upływu 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej.

Jedynie zatem w przypadku gdy świadczeniodawca nie uzyska w żaden sposób potwierdzenia prawa do świadczeń osoby, której udzielił świadczenia, ma prawo obciążyć taką osobę kosztami wykonanego świadczenia. Z uwagi bowiem na brak wykazania ubezpieczenia (poprzez eWUŚ, złożone dokumenty lub oświadczenie) wspomniana osoba **traktowana jest jako osoba nieuprawniona do świadczeń i musi ponieść koszty udzielonych jej świadczeń bezpośrednio na rzecz świadczeniodawcy** (podkr. wł.)” [A. Sidorko, *Komentarz do art. 50 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, http://lex/lex/content.rpc?reqId=1525092927806_614498161].

Z kolei odnośnie do art. 15 ustawy o działalności leczniczej, F. Grzegorzczak stwierdził, że przepis ten „będący odpowiednikiem art. 7 uchylonej u.z.o.z. (ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408 ze zm. - przyp. wł.), nakłada na każdy bez wyjątku podmiot leczniczy **obowiązek udzielania świadczenia zdrowotnego** osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Wobec powyższego można w miarę bezpiecznie

przyjąć, że aktualność zachowuje linia orzecznicza Sądu Najwyższego wypracowana na gruncie u.z.o.z., tj. w szczególności wyrok SN z 13 października 2006 r., III CSK 123/06 (Lex Polonica nr 2025316) [LEX nr 258671 - przyp. wł.].

Art. 15 ma charakter publicznoprawny w tym sensie, że nakłada obowiązek na podmiot leczniczy. Z drugiej strony przepis ten **kreuje jedynie prawo pacjenta, a nie obowiązek korzystania z leczenia nieodpłatnie w oznaczonym zakresie.**

Z komentowanego przepisu nie wynika, że udzielenie świadczenia zdrowotnego ma być nieodpłatne (podkr. wł.). Do podmiotu leczniczego należy jednak uzyskanie należności z tytułu udzielonego świadczenia (...).

Należy przyjąć, że w wyniku nałożonego na podmiot leczniczy obowiązku publicznoprawnego po stronie podmiotu potrzebującego natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia powstaje **roszczenie o udzielenie takiego świadczenia**. Nieudzielenie świadczenia rodzić może odpowiedzialność odszkodowawczą, a także prawno - karną.

Według wskazanego wyżej orzeczenia III CSK 123/06, Lex Polonica nr 2025316 <[...] ustawy, bezwzględny wymóg natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego obejmuje zarówno sytuacje, gdy nieudzielenie natychmiastowe takiego świadczenia może skutkować utratą życia, jak i sytuacje, gdy nieudzielenie natychmiastowe świadczenia medycznego może skutkować utratą zdrowia>. Z kolei w wyroku z 4 stycznia 2007 r., V CSK 396/06 (Lex Polonica nr 1394730) [LEX nr 244455 - przyp. wł.] Sąd Najwyższy wskazał, że: <[...] świadczeniami zdrowotnymi, [...], objęte zostały w zasadzie stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć (np. pacjenci z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach drogowych). Nie są nimi zabiegi, które wprawdzie ratują życie, jednak stosowane są u chorych leczonych przewlekłe, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym>. Sąd Najwyższy w wyroku z 8 października 2008 r., V CSK 139/08 (LexPolonica

nr 2794760) [LEX nr 602330 - przyp. wł.], podkreślił także, iż: <[...] mimo że każde świadczenie medyczne jest udzielane w sytuacji zagrożenia zdrowia, nie każde jest świadczeniem udzielanym w sytuacji wymagającej natychmiastowej pomocy medycznej, której odroczenie w czasie może skutkować utratą zdrowia lub życia>. (...)

Podstawowy problem związany z komentowanym przepisem polega na wprowadzeniu obowiązku udzielenia świadczenia nawet w sytuacji, gdy osoba uprawniona nie ma środków pozwalających na uregulowanie należności wynikających z udzielenia świadczenia, co dotyczy w szczególności świadczeń udzielanych w związku z zagrożeniem zdrowia. **Stawia to w trudnej sytuacji podmioty lecznicze, na które nałożono obowiązek, ale którym ustawodawca nie zagwarantował jakichkolwiek publicznoprawnych mechanizmów pokrywania kosztów udzielanych świadczeń** (podkr. wł.). Podmiot leczniczy, który zdecyduje się wystąpić do sądu z pozwem o zapłatę za takie świadczenia, musi bowiem wykazać, że określone świadczenia zdrowotne, za które dochodzi wynagrodzenia, zostały wykonane, gdyż ich zaniechanie groziłoby negatywnymi skutkami zagrożenia zdrowia dla pacjenta (art. 6 k.c.)” [F. Grzegorzczuk, *Komentarz do art. 15 ustawy o działalności leczniczej*, http://lex/lex/content.rpc?reqId=1525094134784_472068316].

Natomiast T. Rek w komentarzu do art. 15 ustawy o działalności leczniczej zwrócił w pierwszej kolejności uwagę na to, że adresatami tego unormowania „są podmioty lecznicze - tzn. podmioty wymienione w art. 4 ust. 1 u.d.l. (ustawy o działalności leczniczej - przyp. wł.) - niezależnie od formy organizacyjno-prawnej czy też rodzaju. Zatem jego dyspozycją nie są objęte praktyki zawodowe. W ich przypadku obowiązek w tym zakresie wynika z innych przepisów (np. art. 30 u.z.l.) [ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty - przyp. wł.]. Przepis ten nakłada na podmioty lecznicze generalny obowiązek udzielenia świadczeń zdrowotnych (pomocy medycznej) każdej osobie, która potrzebuje natychmiastowego ich udzielenia ze względu na zagrożenie życia lub

zdrowia. Ustawodawca nie wprowadził w tym przepisie żadnych dodatkowych warunków co do statusu takiej osoby (np. świadczeniobiorcy czy posiadania określonego ubezpieczenia) ani zobowiązania się do pokrycia kosztów udzielonych świadczeń czy też obywatelstwa. Ustawodawca uznał bowiem, że w obliczu zagrożenia życia lub zdrowia każdy człowiek ma prawo do uzyskania niezbędnej pomocy medycznej. W tym zakresie komentowany przepis koresponduje z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP.

Przepis ten ponadto określa okoliczności, w jakich świadczenia zdrowotne muszą być bezwzględnie udzielone pacjentowi. Dotyczy on przede wszystkim pacjenta, który znalazł się w nagłej sytuacji wymagającej natychmiastowej interwencji medycznej. Stan pacjenta bowiem zagraża jego życiu lub zdrowiu, tzn. znalazł się on w sytuacji, gdy odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo życia. Świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w komentowanym przepisie - zdaniem Sądu Najwyższego - nie są natomiast zabiegi, które wprawdzie ratują życie, jednak stosowane są u chorych leczonych przewlekłe, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym (...). Ocena, czy pacjent pozostaje w takiej właśnie sytuacji należy w zasadzie do osób wykonujących zawód medyczny zatrudnionych w podmiocie leczniczym (niezależnie od podstawy zatrudnienia), a z zasady - do uprawnionego lekarza. Kwestie związane z decydowaniem w tego typu sprawach warto określić np. w regulaminie organizacyjnym.

Jak wspomniano, na gruncie komentowanego przepisu żadna okoliczność nie może być podstawą do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych, a w szczególności to, że pacjent nie należy do określonej grupy osób lub nie zamieszkuje na określonym obszarze. Ponadto nie można w opisanych okolicznościach odmówić pomocy medycznej osobie nieposiadającej ubezpieczenia zdrowotnego czy szerzej statusu świadczeniobiorcy (tj. prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) [podkr. wł.]. Nie ma także znaczenia, czy podmiot

lecniczy ma zawartą stosowną umowę z NFZ ani też czy został wyczerpany określony w umowie z publicznym płatnikiem tzw. limit świadczeń zdrowotnych (...). Co zatem oczywiste, pacjent w takim stanie nie musi mieć skierowania. Jednoznacznie potwierdza to art. 60 u.ś.o.z. (ustawy o świadczeniach - przyp. wł.), który stanowi o stanach nagłych, co jest określeniem praktycznie tożsamym z rozważanym stanem osoby wskazanej w komentowanym przepisie (...).

Oczywiście, w omawianej sytuacji pacjent powinien być zaopatrzony w pierwszej kolejności, tzn. przed innymi osobami, które nie potrzebują natychmiastowej pomocy medycznej. Pomija się więc określoną w danym podmiocie leczniczym kolejność dostępu do świadczeń zdrowotnych, czyli tzw. kolejkę medyczną (...). [...]

Przesłanki opisane w art. 15 w zasadzie odpowiadają definicji stanu nagłego (a w istocie - stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego) zawartej w art. 5 pkt 33 u.ś.o.z. w zw. z art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 757 z późn. zm.) [tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 2195 ze zm. - przyp. wł.], zgodnie z którą przez stan (nagłego zagrożenia zdrowotnego należy rozumieć stan - przyp. wł.) polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Zauważyć jednak należy, że ustawa ta (ustawa o świadczeniach - przyp. wł.) w art. 19 odnosi się do zdefiniowanej kategorii osób, tj. świadczeniobiorców, do których - zgodnie z art. 2 u.ś.o.z. - zaliczane są:

- 1) osoby objęte powszechnym - obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym;
- 2) inne niż ubezpieczeni osoby posiadające obywatelstwo polskie i mające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe wskazane w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy

społecznej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 182 z późn. zm.), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 u.p.s., na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych;

3) inne niż wymienione w pkt 1 i 2 osoby posiadające obywatelstwo polskie:

a) które nie ukończyły 18. roku życia lub

b) posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu.

W przepisach komentowanej ustawy mowa jest natomiast o osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego - zatem w istocie może to być każdy człowiek. Jest to więc kategoria znacznie szersza niż grupa osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynikająca z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (podkr. wł.).

Komentowany przepis nie rozstrzyga kwestii związanych z odpłatnością za świadczenia zdrowotne udzielone przez podmiot leczniczy w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia. **W tym zakresie znaczenie decydujące będzie mieć, czy pacjent ma prawo do świadczeń finansowanych ze środków publicznych w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czy też inny tytuł pozwalający na pokrycie kosztów przez instytucję ubezpieczeniową, czy też pokryje ten koszt z własnych środków (podkr. wł.). [...]**

Trudność w uzyskaniu stosownego wynagrodzenia może powstać w przypadku pacjentów nieposiadających statusu świadczeniobiorcy i jednocześnie niemogących pokryć z własnych środków kosztów poniesionych przez podmiot leczniczy. **W takim przypadku podmiot leczniczy powinien rozważyć możliwość podjęcia działań w celu uzyskania przez takiego pacjenta statusu świadczeniobiorcy (podkr. wł.).** Procedurę tę przewiduje art. 54 u.ś.o.z., zgodnie z którym wójt wydaje stosowną decyzję na wniosek świadczeniobiorcy, a w razie

zaistnienia stanu nagłego - na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia.

Innym sposobem uzyskania przez ZOZ zapłaty za udzielone świadczenia jest skorzystanie z trybu przewidzianego w art. 39 u.p.s.

Jak zauważył Sąd Najwyższy - w orzeczeniu, które zachowuje aktualność także obecnie - ustawodawca nie objął kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych przez zakłady opieki zdrowotnej - w warunkach, o których mowa w art. 7 u.z.o.z. - osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. W tej sytuacji nie można przyjmować, że zakładowi opieki zdrowotnej, który udzielił takich świadczeń, przysługuje przeciwko Skarbowi Państwa roszczenie o zwrot poniesionych kosztów (por. wyrok SN z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07, Rejent 2007, nr 12, s. 205, LEX nr 333609).

W przypadku udzielenia świadczeń pacjentom niemającym statusu świadczeniobiorcy, podmiot leczniczy może również dochodzić od nich (tj. pacjentów) zapłaty za te świadczenia, np. na drodze sądowej” (T. Rek, *Komentarz do art. 15 ustawy o działalności leczniczej*, http://lex/lex/content.rpc?reqId=1525094115034_39383914).

Wyjaśniając znaczenie art. 13 ustawy o świadczeniach, I. Kowalska - Mańkowska podniosła, że „[p]odmiotami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej są przede wszystkim ubezpieczeni, ale także inne niż ubezpieczeni osoby wskazane w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej. Ustawa, realizując wyrażony w art. 68 Konstytucji RP obowiązek zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, opiera się na zasadach równego traktowania obywateli oraz solidarności społecznej. Zgodnie ze wskazaną zasadą solidarności społecznej wszyscy świadczeniobiorcy, tj. osoby ubezpieczone oraz inne osoby, które spełniają wskazane w ustawie wymogi, mają prawo do takich samych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (...).

Ze środków budżetu państwa finansowane są świadczenia opieki zdrowotnej udzielane osobom innym niż ubezpieczone, posiadającym miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, określanym jako <świadczeniobiorcy>, które:

- 1) posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy spełniające kryterium dochodowe,
- 2) osoby, które nie ukończyły 18. roku życia, posiadające obywatelstwo polskie,
- 3) osoby, które nie ukończyły 18. roku życia, posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy,
- 4) posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i obywatelstwo polskie, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu,
- 5) posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu (lub połogu - przyp. wł.), które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy.

Na podstawie zmiany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dokonanej ustawą z 27.06.2014 r. o zmianie ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r., poz. 1004 - przyp. wł.) poszerzono krąg osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych o osoby posiadające status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy. Zmiana ta jest konsekwencją obowiązku wdrożenia do polskiego porządku prawnego przepisów dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/95/UE z 13.12.2011 r. w sprawie norm dotyczących kwalifikowania obywateli państw trzecich lub bezpaństwowców jako beneficjentów ochrony międzynarodowej, jednolitego statusu uchodźców lub osób kwalifikujących się do otrzymania

ochrony uzupełniającej oraz zakresu udzielanej ochrony (Dz. Urz. UE L 337, s. 9). Od 30.08.2014 r. osoby posiadające 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 u.cudz., uzyskały status świadczeniobiorcy.

Ze środków budżetu państwa, bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, finansowane są również, choć w ograniczonym zakresie, świadczenia zdrowotne wynikające np. z: ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach czy Kodeksu karnego wykonawczego itd. (...).

Rozróżnienie na świadczeniobiorców, którzy posiadają ubezpieczenie, i na świadczeniobiorców nieposiadających takiego ubezpieczenia, jak również na podmioty, które nabyły prawo do świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, jest istotne ze względu na podmiot finansujący leczenie tych osób (podkr. wł.). Tylko w przypadku osób ubezpieczonych leczenie ich jest finansowane ze środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, którymi dysponuje NFZ. Natomiast świadczenia opieki zdrowotnej udzielone pozostałym świadczeniobiorcom uprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, lecz niebędącym osobami ubezpieczonymi, jak również osobom, którym na mocy przepisów odrębnych udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej, nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, lecz ze środków budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, w formie dotacji, o której mowa w art. 97 ust. 8 u.ś.o.z., lub bezpośrednio przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, ministra właściwego do spraw zdrowia lub Ministra Sprawiedliwości ze środków budżetu państwa, z części, której są dysponentami (...). W konsekwencji w przypadku osób nieubezpieczonych, których świadczenia są finansowane z budżetu na podstawie dotacji, Fundusz jedynie

pośredniczy przy dokonywaniu zapłaty za wykonane na rzecz tych osób świadczenia” (I. Kowalska - Mańkowska, *Komentarz do art. 13 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, http://lex/lex/content.rpc?reqId=1529659781764_55393969).

Biorąc pod uwagę treść i znaczenie zaskarżonych przepisów w ich otoczeniu normatywnym, należy zauważyć, iż Skarżący w sposób niedostateczny rozważył kluczową z punktu widzenia sformułowanego zarzutu kwestię **dopuszczalności merytorycznego rozpoznania skargi konstytucyjnej przez Trybunał Konstytucyjny.**

Otóż rzeczywistym zarzutem Skarżącego pod adresem art. 2 ust. 1, art. 14 i art. 50 ust. 11 ustawy o świadczeniach w związku z art. 15 ustawy o działalności leczniczej jest, jak przyznał sam Skarżący, **niedostatek treściowy tej regulacji**, co oznacza, iż niezgodności z Konstytucją Szpital upatruje tutaj **nie w wynikającym z wykładni autentycznej (treści ustawowej) rzeczywistym brzmieniu tych przepisów, ale w treści, której przepisy te nie zawierają, podczas gdy, w ocenie Skarżącego, zawierać powinny.**

Przed podjęciem rozważań merytorycznych konieczne jest zatem rozstrzygnięcie, czy w tym przypadku mamy do czynienia z „pominięciem”, czy też z, niepodlegającym kognicji Trybunału Konstytucyjnego, „zaniechaniem” ustawodawczym.

W postanowieniu z dnia 2 grudnia 2014 r., w sprawie o sygn. akt SK 7/14, Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że „[w] świetle art. 188 Konstytucji, rolą Trybunału Konstytucyjnego jest przede wszystkim badanie istniejących norm prawnych (<tego, co prawodawca unormował>). Ze względu na założenie o zupełności systemu prawa oraz konieczność zapewnienia skuteczności przepisów konstytucyjnych, dopuszczalne jest także kontrolowanie przez Trybunał Konstytucyjny, czy w badanych aktach prawnych nie brakuje pewnych elementów, koniecznych z punktu widzenia Konstytucji (a więc <tego, czego ustawodawca nie

unormował>, choć był do tego zobowiązany przez ustawę zasadniczą - por. orzeczenie z 3 grudnia 1996 r., sygn. K. 25/95, OTK ZU nr 6/1996, poz. 52).

Ze względu na niebezpieczeństwa związane z korzystaniem z tej możliwości (ryzyko wkroczenia przez Trybunał Konstytucyjny w uprawnienia władzy ustawodawczej, wbrew jego ustrojowej roli <negatywnego ustawodawcy> - por. w szczególności wyrok z 19 listopada 2001 r., sygn. K. 3/00, OTK ZU nr 8/2001, poz. 251 oraz liczne postanowienia wydane na etapie wstępnej kontroli skarg konstytucyjnych, np. postanowienie z 31 lipca 2014 r., sygn. Ts 240/13, niepubl.), podlega ona szczególnym rygorom. Kognicja Trybunału Konstytucyjnego ogranicza się wyłącznie do tzw. pominięć prawodawczych, które mogą polegać na brakach proceduralnych (np. niezapewnieniu sądowej ochrony praw konstytucyjnych - por. wyrok z 22 października 2013 r., sygn. SK 14/13, OTK ZU nr 7/A/2013, poz. 100) albo - co w praktyce jest bardziej kontrowersyjne - materialnoprawnych (np. zbyt wąskiego i arbitralnego zakreslenia przesłanek realizacji praw konstytucyjnych - por. wyrok z 16 grudnia 2009 r., sygn. K 49/07, OTK ZU nr 11/A/2009, poz. 169). Nie obejmuje ona natomiast luk innego rodzaju - tzw. zaniechań prawodawczych.

Podział nieistniejących regulacji prawnych na zaniechania i pominięcia prawodawcze pojawił się w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego jeszcze przed wejściem w życie obecnej Konstytucji (por. wspomniane orzeczenie o sygn. K. 25/95 oraz wyrok z 6 maja 1998 r., sygn. K. 37/97, OTK ZU nr 3/1998, poz. 33, podtrzymujący tę linię orzecznictwa po uchwaleniu Konstytucji z 1997 r.). Jest on powszechnie stosowany także w najnowszych judykatach (por. np. obszerne podsumowanie dotychczasowego orzecznictwa w wyrokach z: 13 czerwca 2011 r., sygn. SK 41/09, OTK ZU nr 5/A/2011, poz. 40 i 6 listopada 2012 r., sygn. K 21/11, OTK ZU nr 10/A/2012, poz. 119). Nie zmienia to jednak faktu, że zakwalifikowanie określonych sytuacji do jednej z tych dwóch kategorii w praktyce często bywa trudne (co zresztą przyznaje sam Trybunał Konstytucyjny - por. np. postanowienie z 11 grudnia 2002 r., sygn. SK 17/02, OTK ZU nr

7/A/2002, poz. 98), pomimo prób ustalenia jednoznacznych kryteriów pozwalających na ich odróżnienie.

W świetle dotychczasowego orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego, punktem wyjścia dla oceny, czy rozwiązanie postulowane przez podmiot inicjujący postępowanie stanowi zaniechanie, czy pominięcie ustawodawcze, powinno być zbadanie, czy materie pozostawione poza zakresem danego przepisu i materie w nim unormowane wykazują <jakościową tożsamość> (albo przynajmniej daleko idące podobieństwo, por. wspomniane orzeczenie o sygn. K. 25/95, a z najnowszego orzecznictwa np. wyroki z 15 kwietnia 2014 r., sygn. SK 48/13, OTK ZU nr 4/A/2014, poz. 40 i 3 czerwca 2014 r., sygn. K 19/11, OTK ZU nr 6/A/2014, poz. 60). Na tej podstawie można ustalić zakres bezczynności regulacyjnej ustawodawcy i rodzaj luki prawnej poddanej ocenie Trybunału Konstytucyjnego. **Całkowity brak regulacji danej kwestii (jej jakościowa odmienność od materii unormowanych w zaskarżonym przepisie) traktowany jest jako zaniechanie ustawodawcze (w doktrynie zwane także zaniechaniem właściwym albo absolutnym), niepodlegające kontroli Trybunału. Jej uregulowanie w sposób niepełny (niewystarczający, niekompletny, przy założeniu jakościowej tożsamości brakujących elementów z elementami ujętymi w zaskarżonym przepisie) stanowi zaś pominięcie prawodawcze (zwane także zaniechaniem względnym albo częściowym)** [podkr. wł.]. Może ono być badane przez Trybunał - jednak tylko wtedy, gdy na poziomie Konstytucji istnieje <norma o treści odpowiadającej normie pominiętej w ustawie kontrolowanej> (postanowienie z 1 marca 2010 r., sygn. SK 29/08, OTK ZU nr 3/A/2010, poz. 29), czyli w danym obszarze obowiązuje konstytucyjny nakaz uregulowania kwestii pominiętych w określony sposób.

Pomocniczym kryterium stosowanym niekiedy do odróżnienia zaniechania od pominięcia ustawodawczego jest przesłanka celowego i świadomego działania prawodawcy (ustawodawcy): jeżeli dane rozwiązanie zostało w zamierzony sposób pozostawione poza zakresem regulacji, należy je

kwaliifikować jako zaniechanie ustawodawcze (podkr. wł.) [...]. Wystąpienie pominięć prawodawczych jest natomiast bardziej prawdopodobne w wypadku regulacji sprawiających wrażenie przypadkowych (np. pozostawionych z poprzedniej wersji przepisu), absurdalnych albo oczywiście dysfunkcjonalnych (por. np. wyrok z 13 listopada 2007 r., sygn. P 42/06, OTK ZU nr 10/A/2007, poz. 123).

Zastosowanie powyższych reguł podlega jeszcze dalszym obostrzeniom.

Ze względu na wyjątkowy charakter badania przez Trybunał Konstytucyjny pominięć prawodawczych, ewentualne wątpliwości co do zakwalifikowania konkretnych sytuacji należy zawsze rozstrzygać na korzyść zaniechań ustawodawczych (<co do zasady brak regulacji oznacza, że mamy do czynienia z zaniechaniem ustawodawczym> - por. np. postanowienie z 10 października 2012 r., sygn. Ts 38/12, OTK ZU nr 6/B/2012, poz. 535).

Przy ocenie <jakościowej tożsamości> materii pominiętych i unormowanych w zaskarżonym przepisie konieczna jest daleko posunięta ostrożność: <zbyt pochopne «upodobnienie» materii nieunormowanych z tymi, które znalazły swoją wyraźną podstawę w treści badanego przepisu, grozi bowiem każdorazowo postawieniem zarzutu o wykraczanie przez Trybunał Konstytucyjny poza sferę kontroli prawa i uzurpowanie sobie uprawnień o charakterze prawotwórczym> (powołane postanowienie o sygn. SK 17/02).

Skuteczne zakwestionowanie pominięcia prawodawczego wymaga od podmiotu inicjującego postępowanie przed Trybunałem Konstytucyjnym także wyjątkowej staranności i zaangażowania (podkr. wł.). Jak stwierdzono we wspomnianym już wyroku o sygn. K 3/00, <postawione zarzuty muszą być precyzyjne i nie mogą polegać na wskazaniu, że przepis nie zawiera konkretnej regulacji, której istnienie zadowalałoby wnioskodawcę (podkr. wł.). Gdyby istniała możliwość zaskarżenia przepisu pod zarzutem, iż nie zawiera on regulacji, które w przekonaniu wnioskodawcy winny się w nim znaleźć, każdą ustawę lub dowolny jej przepis można byłoby zaskarżyć w oparciu o tego rodzaju

przesłankę negatywną. Gdyby ustawodawca uznał za celowe takie ukształtowanie kompetencji Trybunału Konstytucyjnego, zawarłby stosowną normę w Ustawie Zasadniczej (...)>. Dotyczy to w szczególności autorów skarg konstytucyjnych: <Sformułowanie zarzutu pominięcia prawodawczego [w skardze konstytucyjnej] wymaga (...) wykazania związku zachodzącego między treścią przepisu a sposobem naruszenia konstytucyjnych wolności lub praw. (...) Skarżący nie może domagać się jednak wprowadzenia nowego zakresu normowania, byłaby to bowiem skarga konstytucyjna na zaniechanie prawodawcze. Powinien natomiast podnieść, że przepis, którego zakres normowania wykazuje związek ze stawianym przez niego zarzutem, ma zbyt wąski zakres zastosowania. Innymi słowy, skarżący powinien określić normę prawną, która nie znajduje do niego zastosowania, wskazać jej usytuowanie w odpowiedniej jednostce redakcyjnej tekstu prawnego oraz wykazać, że niezastosowanie normy jest wynikiem zbyt wąskiego zakresu jej zastosowania, to z kolei jest źródłem naruszenia jego konstytucyjnych praw> (postanowienie z 8 września 2009 r., sygn. Ts 95/08, OTK ZU nr 5/B/2009, poz. 398)” [OTK ZU seria A nr 11/2014, poz. 123].

W podsumowaniu wywodów, zawartych w uzasadnieniu postanowienia w sprawie o sygn. akt SK 7/14, Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że, aby dopuszczalna była merytoryczna ocena konkretnego zarzutu jako pominięcia ustawodawczego, należy w tym celu „co najmniej ustalić występowanie:

- jakościowej tożsamości (a przynajmniej - daleko idącego podobieństwa) materii pominiętej w zaskarżonym przepisie i materii w nim uwzględnionej i (równocześnie)
- konstytucyjnego nakazu uregulowania kwestii pominiętych konkretnie w sposób wskazany przez (autora wniosku, pytania prawnego bądź skargi konstytucyjnej - przyp. wł.) [...], a dodatkowo ewentualnie także
- przypadkowości (bezrefleksyjności) decyzji ustawodawcy co do pominięcia w zaskarżonym przepisie materii wskazanej (...) [ta ostatnia okoliczność nie może jednak samoistnie przesądzać o dopuszczalności wydania wyroku]” (ibidem).

W jednym z nowszych orzeczeń poświęconych charakterowi kontroli konstytucyjności pominięć prawodawczych - w postanowieniu z dnia 1 marca 2017 r., w sprawie o sygn. akt K 13/14, Trybunał Konstytucyjny przypomniał, że *„specyfika zarzutów dotyczących pominięcia prawodawczego wiąże się z wyjątkowym charakterem orzekania o pominięciach prawodawczych, a także z trudnościami w wyznaczeniu granicy między pominięciem a zaniechaniem prawodawczym. Zgodnie bowiem z art. 188 Konstytucji w kompetencji Trybunału jest orzekanie o wskazanych w nim przepisach prawa stanowionego, natomiast ocenianie konstytucyjności aktów prawnych pod względem zupełności regulacji dopuszcza się zarówno w doktrynie, jak i w samym orzecznictwie TK - na zasadzie wyjątku. Trybunał musi podchodzić z ostrożnością do tego rodzaju zarzutów, aby działalnością orzeczniczą nie wkraczać w sferę tworzenia prawa, zastrzeżoną, co do zasady, dla władzy ustawodawczej. Możliwość oceny konstytucyjności pominięć prawodawczych winna zatem podlegać regule *exceptiones non sunt extendendae*. Charakter kontroli konstytucyjności pominięć legislacyjnych Trybunał określał wielokrotnie. Na szczególną uwagę zasługuje w tym kontekście postanowienie z 18 czerwca 2013 r., sygn. SK 1/12, OTK ZU nr 5/A/2013, poz. 70, w którym wskazano, że: <[o]kreślona regulacja może być uznana za zawierającą unormowanie niepełne w sytuacji, gdy z punktu widzenia zasad konstytucyjnych ma zbyt wąski zakres zastosowania albo pomija treści istotne z punktu widzenia przedmiotu i celu tej regulacji. Ocena, czy ustawodawca dopuścił się pominięcia prawodawczego, wymaga więc *a casu ad casum* zbadania danego unormowania w kontekście wzorców i wartości konstytucyjnych, które ze względu na naturę tej regulacji muszą zostać poszerzone o daną kategorię podmiotów lub zachowań. To znaczy, że z norm konstytucyjnych da się odtworzyć wzorzec instytucji prawnej kształtowanej w akcie normatywnym, lecz instytucja w akcie tym ukształtowana konstytucyjnemu wzorcowi nie odpowiada (...). Niezbędnym warunkiem tej analizy jest ustalenie, że w określonej sytuacji zachodzi jakościowa tożsamość materii unormowanych w danym przepisie i tych*

pozostawionych poza jego zakresem, gdyż zbyt pochopne «upodobnienie» materii nieuregulowanych z materiami, które znalazły swój wyraz w treści kwestionowanego przepisu, może spowodować wykroczenie przez Trybunał poza sferę kontroli prawa>” (OTK ZU seria A z 2017 r., poz. 10).

Powracając na grunt niniejszej sprawy, należy podkreślić, że w uzasadnieniu zarzutu niekonstytucyjności zaskarżonych przepisów art. 2 ust. 1, art. 14 i art. 50 ust. 11 ustawy o świadczeniach w związku z art. 15 ustawy o działalności leczniczej przez to, że nie zawierają one treści, którą - zdaniem Skarżącego - zawierać powinny (powinny nakładać na Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministra Zdrowia lub Skarb Państwa obowiązek 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 niebędącemu świadczeniobiorcą w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach), Skarżący nie odniósł się do, opisanych wyżej, ugruntowanych w orzecznictwie konstytucyjnym kryteriów rozróżnienia pominięcia od zaniechania prawodawczego i niejako „z góry” przesądził, iż określonej (niezbędnej z punktu widzenia wymogów konstytucyjnych) treści brakuje właśnie w tych przepisach, które wskazał.

Tymczasem w zaskarżonych przepisach, o czym wcześniej była mowa, ustawodawca:

- zdefiniował **krag osób uprawnionych** do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i nazwał te osoby „świadczeniobiorcami” (art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach);

- wyznaczył **właściwych ministrów lub Narodowy Fundusz Zdrowia jako podmioty zobowiązane** do finansowania (na zasadach i w zakresie określonych w ustawie o świadczeniach) świadczeń opieki zdrowotnej (finansowanych) ze środków publicznych (art. 14 ustawy o świadczeniach);

- określił **sposób potwierdzania przez świadczeniobiorcę uprawnień** do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie pisemnego oświadczenia o przysługującym **pacjentowi będącemu świadczeniobiorcą** prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 50 ust. 11 ustawy o świadczeniach);

- **nałożył na podmiot leczniczy obowiązek** udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (art. 15 ustawy o działalności leczniczej).

Jeżeli chodzi o powołane przepisy ustawy o świadczeniach, to trzeba pamiętać, że ich treść **dotyczy wyłącznie osób**, których właściwości (cechy) zostały ściśle określone przez ustawodawcę w art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Tak więc, do grona świadczeniobiorców, a zatem osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawodawca **nie zaliczył każdego „beneficjenta” wszelkich świadczeń zdrowotnych**, w tym także udzielanych przez podmiot leczniczy obligatoryjnie (art. 15 ustawy o działalności leczniczej), ale tylko te osoby, które charakteryzują się określonymi cechami, wskazanymi w art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach (osoby objęte ubezpieczeniem oraz inne osoby wskazane w art. 2 ust. 1 pkt 2 - 4 ustawy o świadczeniach).

Podmiotowy zakres świadczeń opieki zdrowotnej **finansowanych ze środków publicznych** został zatem przez ustawodawcę **świadomie ograniczony** poprzez wskazanie konkretnych wymagań, jakie obowiązane są spełnić osoby, którym takich świadczeń się udziela.

Inaczej mówiąc, ustawodawca zdecydował się przyznać prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych **nie wszystkim, ale tylko niektórym**

grupom osób nieubezpieczonych. Należą do nich 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 i spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy o pomocy społecznej;

- nie ukończyły 18. roku życia i posiadają obywatelstwo polskie;

- nie ukończyły 18. roku życia i uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy;

4) są w okresie ciąży, porodu lub połogu i posiadają obywatelstwo polskie;

5) są w okresie ciąży, porodu lub połogu i uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy.

Wyżej wymienione grupy osób nieubezpieczonych, na mocy przepisów ustawy o świadczeniach, **uzyskały prawo do finansowania ze środków publicznych wszelkich świadczeń zdrowotnych, w tym także udzielanych przez podmiot leczniczy obligatoryjnie** (na takich samych zasadach i w takim samym zakresie jak osoby ubezpieczone).

Powyższe wskazuje na to, że pośród osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (świadczeniobiorców) zasadniczą grupę **stanowią osoby ubezpieczone**, przy czym należy podkreślić, że obowiązek finansowania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz tej grupy świadczeniobiorców ustawa o świadczeniach nakłada na Narodowy Fundusz Zdrowia (*vide* - art. 14 ustawy o świadczeniach). Natomiast finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej **dla osób innych niż ubezpieczeni** jest obowiązkiem budżetu państwa (*vide* - art. 13 ustawy o świadczeniach) [w tym kontekście postulat Skarżącego, aby także NFZ był podmiotem zobowiązanym (ewentualnie) do pokrywania kosztów udzielonych świadczeń zdrowotnych na rzecz podmiotu leczniczego, który udzielił tego świadczenia pacjentowi

nieubezpieczonemu w warunkach określonych w art. 15 ustawy o działalności leczniczej, trzeba uznać za systemowo nieuzasadniony].

Biorąc powyższe pod uwagę, należy stwierdzić, że postulowane przez Skarżącego wprowadzenie obowiązku refundacji przez budżet państwa (wprost albo za pośrednictwem Ministra Zdrowia) kosztów udzielonych przez podmiot leczniczy świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacji, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia tego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia **każdego pacjenta nieubezpieczonego**, prowadziłyby, jak trafnie zauważył Sąd Okręgowy, do „zbędności rozwiązań przewidzianych w art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach, czy też stanowiącego jego wykonanie, czy określającym dalsze postępowanie, artykuły 50 ustęp 11” (*vide* - uzasadnienie wyroku tego Sądu w sprawie Szpitala, s. 5).

Jako zakwestionowany przepis związkowy Skarżący powołał art. 15 ustawy o działalności leczniczej, który nakłada na każdy podmiot leczniczy (w tym również na S. Sp. z o.o.) obowiązek udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego jego udzielenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Problem w tym, że art. 15 ustawy o działalności leczniczej, o czym wcześniej była mowa, wprowadza ma charakter publicznoprawny w tym sensie, że nakłada określony obowiązek na podmiot leczniczy, ale, z drugiej strony, **kreuje jedynie prawo pacjenta, a nie obowiązek korzystania z leczenia nieodpłatnie w oznaczonym zakresie.**

Komentowany przepis *per se* nie gwarantuje zatem pacjentowi udzielenia określonego w nim świadczenia zdrowotnego nieodpłatnie, gdyż tego rodzaju gwarancji, z uwagi na *ratio legis* ustawy o działalności leczniczej, zawierać nie może, co jednocześnie oznacza, że art. 15 ustawy o działalności leczniczej nie ma wpływu na rozwiązania przyjęte w ustawie o świadczeniach, zaś w ustawie o świadczeniach zakres finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych nie został uzależniony od potrzeby natychmiastowego

udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta, **lecz od statusu objętej tym świadczeniem osoby.**

Trzeba w związku z tym przypomnieć, że o ile **celem ustawy o działalności leczniczej** jest określenie zasad wykonywania działalności leczniczej, zasad funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami, zasad prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, norm czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych, zasad sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz nad podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (art. 1 pkt 1-5 tejże ustawy), o tyle określenie warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej **finansowanych ze środków publicznych** i ich zakres, a także zasady i tryb finansowania tych świadczeń - to zasadniczy **przedmiot ustawy o świadczeniach** (art. 1 pkt 1 i 2 tejże ustawy).

Wszystko to oznacza, że wprawdzie materia uwzględniona w zaskarżonych przez Szpital art. 2 ust. 1, art. 14 i art. 50 ust. 11 ustawy o świadczeniach **jest jakościowo tożsama** z materia, którą Skarżący ocenił jako w tych przepisach pominiętą (chodzi o finansowanie ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej), to jednak wprowadzenie obowiązku finansowania ze środków publicznych takich świadczeń udzielanych pacjentowi potrzebującemu natychmiastowego ich udzielenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, niebędącemu świadczeniobiorcą w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach, kłóciłoby się z przyjętą przez ustawodawcę koncepcją finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.

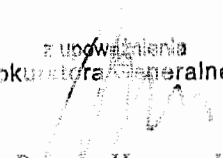
Ustawodawca świadomie bowiem ograniczył zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych **tylko do świadczeń udzielanych osobom objętym powszechnym - obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym oraz do świadczeń udzielanych niektórym grupom osób nieubezpieczonych.**

W tej sytuacji uwzględnienie propozycji Szpitala oznaczałoby wprowadzenie do ustawy o świadczeniach nowości normatywnej polegającej na określeniu dodatkowego zakresu świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, i to ze względu nie - tak jak obecnie - na osobę beneficjenta tych świadczeń (podmiot świadczenia), lecz rodzaj udzielonego świadczenia (przedmiot świadczenia). Byłoby to zatem systemowo sprzeczne z założeniami ustawy o świadczeniach.

Jest to wystarczający powód do stwierdzenia, iż zarzut sformułowany w skardze konstytucyjnej Szpitala w istocie zmierza do zakwestionowania zaniechania ustawodawczego, w odniesieniu do którego kontrola zgodności z Konstytucją nie jest dopuszczalna.

Reasumując, należy stwierdzić, że postępowanie w sprawie kontroli zgodności art. 2 ust. 1, art. 14 i art. 50 ust. 11 ustawy o świadczeniach w związku z art. 15 ustawy o działalności leczniczej, „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 niebędącemu 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 oraz z art. 64 ust. 2 w związku z art. 32 ust. 1 Konstytucji podlega umorzeniu na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U. z 2016 r., poz. 2072) - wobec niedopuszczalności wydania orzeczenia.

Z tych wszystkich względów wnoszę jak na wstępie.

z upoważnienia
Prokuratora Generalnego

Robert Hernand
Zastępca Prokuratora Generalnego