

Warszawa, 4 kwietnia 2025 r.

Postulaty Komisji Unii Metropolii Polskich ds. Polityki Społecznej i Ochrony Zdrowia dot. prawa do świadczeń opieki zdrowotnej

Komisja Unii Metropolii Polskich ds. Polityki Społecznej i Ochrony Zdrowia dostrzega konieczność zmian w obszarze korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

I.

Do zadań wójta, burmistrza, prezydenta miasta należy wydawanie na podstawie **art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.; dalej: **ustawa zdrowotna**) decyzji potwierdzających prawo do świadczeń zdrowotnych osób nieubezpieczonych, których dochód jest poniżej kryterium dochodowego w pomocy społecznej. Ze względu na treść tego przepisu, prowadzenie postępowań jest nieefektywne. Postulujemy więc zmiany w art. 54 ustawy zdrowotnej.

1. Dekoncentracja uprawnień do wydawania decyzji

Zgodnie z art. 54 ust.11 ustawy zdrowotnej, *wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy może upoważnić kierownika ośrodka pomocy społecznej, a w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz. U. poz. 1818) - dyrektora centrum usług społecznych, do załatwiania spraw i wydawania decyzji w jego imieniu dotyczących potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.* Upoważnienie to może być zatem wydane **jedynie kierownikom**. Nie może być wydawane pracownikom ww. jednostek, co znacznie zawęży zakres osób, które mogą decyzje wydawać. W praktyce rozwiązanie to jest problematyczne (zwłaszcza w większych miastach), ponieważ wszystkie postępowania w ośrodkach pomocy społecznej mogą być prowadzone tylko przez kierownika jednostki. W każdym roku jest to kilkaset postępowań administracyjnych.

Postulujemy wprowadzenie rozwiązania umożliwiającego udzielenie przez wójta (burmistrza, prezydenta) upoważnienia do wydawania decyzji w sprawie potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej pracownikom ośrodka pomocy społecznej innym niż kierownik ops, analogicznie jak w wypadku upoważnień wydawanych na gruncie ustawy o pomocy społecznej (art. 110 ust. 7 i 8). Usprawniłoby to prowadzenie postępowań w sprawie potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

Rozwiązanie:

- Rozszerzenie obecnej delegacji o możliwość upoważnienia także innych pracowników ośrodka pomocy społecznej i nadanie nowego brzmienia art. 54 ust. 11 ustawy zdrowotnej:
„Wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy może upoważnić swojego zastępcę, pracownika urzędu albo kierownika ośrodka pomocy społecznej, dyrektora centrum usług społecznych lub kierownika innej jednostki organizacyjnej gminy, **a także inną osobę na wniosek kierownika ośrodka pomocy społecznej, dyrektora centrum usług społecznych lub kierownika innej jednostki organizacyjnej gminy, do**

załatwiania spraw i wydawania decyzji w jego imieniu dotyczących potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.”

2. Ujednolicenie właściwości miejscowej organu

Z art. 54 ust. 1 ustawy zdrowotnej wynika, że do wydania decyzji w sprawie potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej jest wójt (burmistrz, prezydenta) gminy właściwej ze względu na **miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy**. Prawo do tych świadczeń często jest potwierdzane **osobom bezdomnym**, które nie mają miejsca zamieszkania. W takiej sytuacji właściwość miejscową trzeba ustalać na podstawie przepisów ogólnych, tzn. art. 21 Kodeksu postępowania administracyjnego.

Tymczasem te same ośrodki pomocy społecznej udzielając pomocy społecznej osobom bezdomnym, ustalają właściwość miejscową w oparciu o przepisy szczególne, które zawiera ustawa o pomocy społecznej (dalej: u.p.s.). Zgodnie bowiem z art. 101 ust. 1 u.p.s., *właściwość miejscową gminy ustala się według miejsca zamieszkania osoby ubiegającej się o świadczenie*, natomiast w myśl art. 101 ust. 2 u.p.s., *w przypadku osoby bezdomnej właściwą miejscowo jest gmina ostatniego miejsca zameldowania tej osoby na pobyt stały*.

Trudno znaleźć uzasadnienie dla odmiennego ustalania właściwości miejscowej na gruncie tych ustaw, szczególnie że w obu wypadkach przeprowadza się wywiad środowiskowy. Obowiązująca regulacja stwarza problemy z określeniem właściwości miejscowej organu oraz wzajemnym przekazywaniem sobie spraw. Ustalenie właściwości może doprowadzić do tego, że dany OPS będzie właściwy w sprawach pomocy społecznej, a nie będzie właściwy w sprawie wydania decyzji z art. 54 ustawy zdrowotnej. Zasadnym jest, aby potwierdzenie prawa **wydawała gmina, z którą świadczeniobiorca jest związany, analogicznie jak na gruncie u.p.s..**

Postulujemy więc ustalenie właściwości miejscowej w wypadku art. 54 ustawy zdrowotnej na takich samych zasadach jak na gruncie u.p.s., poprzez dodanie w art. 54 ustawy zdrowotnej przepisu szczególnego określającego właściwość miejscową w przypadku świadczeniobiorców niemających miejsca zamieszkania.

Rozwiązanie:

- Dodanie art. 54 ust. 1a: „W przypadku osoby bezdomnej właściwą miejscowo jest wójt (burmistrz, prezydenta) gminy właściwej ostatniego miejsca zameldowania tej osoby na pobyt stały.”

Niezależnie od powyższych postulatów dot. art. 54 ustawy zdrowotnej, zwracamy uwagę, że **reformy wymaga sam system poświadczenia prawa do świadczeń zdrowotnych**. W praktyce decyzje są wydawane odnośnie okresów niekiedy sprzed kilkunastu lat. Odtworzenie sytuacji dochodowej danej osoby w tak odległym czasie następuje z trudnością. Ponadto liczba wydawanych decyzji odmownych jest znikoma. Należy zatem przeanalizować alternatywne sposoby przyznawania prawa do świadczeń zdrowotnych w wypadku osób nieubezpieczonych zdrowotnie.

II.

3. Opłata powiatu za pobyt dziecka umieszczonego w ZOL na podstawie postanowienia sądu

Zgodnie z art. 18 ust. 2 ustawy zdrowotnej, *miesięczną opłatę za wyżywienie i zakwaterowanie dziecka do ukończenia 18. roku życia, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26. roku życia, przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ustala się w wysokości odpowiadającej 200% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. W przypadku dziecka pozbawionego opieki i wychowania rodziców umieszczonego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej przez sąd opłata ta wynosi nie mniej niż 200% najniższej emerytury.*

Zgodnie z art. 18 ust. 3 ustawy zdrowotnej, *opłatę, o której mowa w ust. 2 zdanie drugie, w przypadku dziecka pozbawionego opieki i wychowania rodziców umieszczonego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w*

zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej przez sąd, ponosi powiat właściwy ze względu na miejsce urodzenia dziecka. Jeżeli nie można ustalić powiatu właściwego ze względu na miejsce urodzenia dziecka, właściwy do ponoszenia opłaty jest powiat miejsca siedziby sądu, który orzekł o umieszczeniu dziecka w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej.

Przepisy te znajdują zastosowanie w różnych przypadkach braku należytej opieki nad dzieckiem. Tymczasem jedynie wówczas, gdy chodzi o dziecko pozostawione w szpitalu przez rodziców bezpośrednio po urodzeniu nie ma wątpliwości, że jest ono pozbawione opieki. Inaczej, gdy rodzice uchylają się od obowiązków rodzicielskich w późniejszym czasie. Obowiązujące przepisy stwarzają wątpliwości, **kto jest zobowiązany do ponoszenia opłaty (powiat, czy rodzic) w szczególności w sytuacji, gdy dziecko zostaje umieszczone w ww. placówkach w trybie zabezpieczenia na czas trwania postępowania o pozbawienie bądź ograniczenie władzy rodzicielskiej.** Właściwe byłoby zatem sprecyzowanie, czy każde umieszczenie przez sąd dziecka w ww. zakładach należy interpretować jako pozbawienie opieki i wychowania rodziców w rozumieniu ww. ustawy.

Rozwiązanie:

- Nadanie nowego brzmienia art. 18 ust. 2 ustawy zdrowotnej:
„Miesięczną opłatę za wyżywienie i zakwaterowanie dziecka do ukończenia 18. roku życia, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26. roku życia, przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ustala się w wysokości odpowiadającej 200% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. **W przypadku dziecka umieszczonego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej przez sąd opłata ta wynosi nie mniej niż 200% najniższej emerytury.**
- Nadanie nowego brzmienia art. 18 ust 3 ustawy zdrowotnej:
„Opłatę, o której mowa w ust. 2 zdanie drugie, w przypadku dziecka **umieszczonego na podstawie postanowienia sądu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji,** ponosi powiat właściwy ze względu na miejsce urodzenia dziecka. Jeżeli nie można ustalić powiatu właściwego ze względu na miejsce urodzenia dziecka, właściwy do ponoszenia opłaty jest powiat miejsca siedziby sądu, który orzekł o umieszczeniu dziecka w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej.

III.

4. Badanie mieszkańców DPS chorych psychicznie

Choroba psychicznie lub upośledzenie umysłowe może być podstawą do umieszczenia osoby za jej zgodą lub bez jej zgody w domu pomocy społecznej. Instytucję tę regulują art. 38-39 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 917). Art. 38 ust. 1 tej ustawy stanowi, że *osoba, która wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego, może być za jej zgodą lub zgodą jej przedstawiciela ustawowego przyjęta do domu pomocy społecznej.* W takim przypadku, zgodnie z art. 38 ust. 5 tej ustawy, osoba ta *podlega okresowym badaniom stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym jej pobyt w domu pomocy społecznej. Badania przeprowadza się co najmniej raz na 6 miesięcy.*

DPS ma zatem obowiązek zapewnić przeprowadzenie tych okresowych badań. Ich celem jest weryfikacja zasadności dalszego pobytu w DPS osoby w nim umieszczonej, a obowiązek ich przeprowadzania został ustanowiony w związku z wyrokiem ETPC z 16.10.2012 r., 45026/07, KĘDZIOR v. POLSKA, LEX nr 1219725. Powstają jednak wątpliwości co do ich finansowania. W praktyce **podmioty lecznicze niejednokrotnie odmawiają wykonania tych badań, uzasadniając to koniecznością ponoszenia ich kosztów,** które w ich ocenie powinny obarczać jednostki organizacyjne pomocy społecznej. W rezultacie

badania te nie są więc prowadzone. Postulujemy uwzględnienie wprost w przepisach zasad finansowania tych badań ze środków publicznych przez NFZ, co pozwoli na ich prowadzenie zgodnie z intencją ustawodawcy.

Rozwiązanie:

- Dodanie art. 38 ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w brzmieniu:

„Badania, o których mowa w ust. 5, realizowane są na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)”.

UNIA METROPOLII POLSKICH
Dyrektor Zarządzający

r.pr. Dorota Bąbiak-Kowalska

Otrzymują:

Minister Zdrowia

Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego