

Decyzja o potwierdzeniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej z perspektywy ośrodka pomocy społecznej

Damian Aptowicz

**Radca prawny specjalizujący się w prawie socjalnym,
prawie i postępowaniu administracyjnym i sądowno-administracyjnym**

I. Wstęp

Ośrodki pomocy społecznej jako organy pomocy społecznej na poziomie gminy bądź miast na prawach powiatu realizują coraz więcej zadań wynikających z oddzielnych aktów prawnych, w których wskazano, iż wójt/burmistrz/prezydent może upoważnić kierownika ośrodka pomocy społecznej do realizowania zadań bądź prowadzenia postępowań administracyjnych. Jednym z takich zadań jest wydawanie decyzji o potwierdzeniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a to w oparciu o art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹.

Chociaż wskazane zadanie zostało uregulowane tak naprawdę w jednej jednostce redakcyjnej aktu prawnego, to realizacja tego zadania może budzić wiele wątpliwości natury interpretacyjnej, co zostanie wykazane w niniejszym dokumencie. Szczególnie problematyczne jest odwołanie do ustawy o pomocy społecznej w wąskim zakresie,

co spowoduje dualizm stosowania ustaw w prowadzonym postępowaniu administracyjnym.

Na potrzeby niniejszej ekspertyzy będzie konieczne sięgnięcie uzupełniająco przede wszystkim do ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej², ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku – Kodeks postępowania administracyjnego³ oraz aktów wykonawczych wydanych na podstawie wskazanych ustaw.

II. Przesłanki merytoryczne wydania decyzji o potwierdzeniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Zgodnie z art. 54 ust. 1 u.ś.o.z., dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta)

² Dz. U. z 2023 r. poz. 901 ze zm., dalej u.p.s.,

³ Dz. U. z 2024 r. poz. 572, dalej k.p.a.

¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 146, dalej u.ś.o.z.,

gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzająca to prawo. Z kolei stosownie do art. 2 ust. 1 pkt 2 u.s.o.z., prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przysługuje osobom posiadającym 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 cudzoziemcach⁴ spełniające kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 u.p.s. co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych.

Zgodnie z art. 54 ust. 3 u.s.o.z. wskazaną decyzję wydaje się po:

- 1) przedłożeniu przez świadczeniobiorcę dokumentów potwierdzających zamieszkiwanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz dokumentów potwierdzających:
 - a) posiadanie 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 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;
- 2) przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego;
- 3) stwierdzeniu spełniania kryterium dochodowego, o którym mowa w art. 8 u.p.s.
- 4) stwierdzeniu braku okoliczności, o której mowa w art. 12 u.p.s., w wyniku przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego.

⁴ Udzielenie zezwolenia na pobyt czasowy w celu połączenia się z rodziną, która zamieszkuje na terenie Rzeczypospolitej Polski w związku z nadaniem statusu uchodźcy lub udzieleniem ochrony uzupełniającej,

Obecnie kryteria dochodowe, które muszą zostać spełnione, zostały uregulowane w § 1 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 14 lipca 2021 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej⁵ i wynoszą odpowiednio 776 zł dla osoby samotnie gospodarującej bądź 600 zł na osobę w rodzinie.

Przez rodzinę rozumie się, w myśl art. 6 pkt 14 u.p.s., osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące. Przykładową definicję rodziny przybliżył WSA w Krakowie w jednym z orzeczeń: „Faktyczny związek, o jakim mowa w powołanym przepisie, oznacza codzienne współdziałanie osób zmierzające do lepszego zaspokojenia ich potrzeb bytowych, w tym mieszkaniowych, żywnościowych i polegających na zapewnieniu dochodu stanowiącego źródło utrzymania (zarobkowych). Wspólne zamieszkiwanie jest przesłanką uznania za rodzinę osób zamieszkujących ze sobą, jeżeli równocześnie z tym zamieszkiwaniem występuje element wspólnego gospodarowania. Polega ono na dzieleniu lokalu mieszkalnego w sposób pozwalający stwierdzić, że koncentruje się w nim aktywność życiowa osoby zamieszkującej. Wspólne gospodarowanie opiera się zaś na podziale zadań związanych z właściwym prowadzeniem gospodarstwa domowego. Cechami charakterystycznymi dla prowadzenia wspólnego gospodarstwa domowego może być udział i wzajemna ścisła współpraca w załatwianiu codziennych spraw związanych z prowadzeniem domu, niezarobkowanie i pozostawanie w związku z tym na całkowitym lub częściowym utrzymaniu osoby, z którą się gospodarstwo domowe prowadzi, a wszystko dodatkowo uzupełnione cechami stałości, które tego typu sytuację charakteryzują. Pojęcie wspólnego gospodarowania nie oznacza zatem wyłącznie, przyczyniania się do funkcjonowania wspólnoty poprzez wykonywanie na jej rzecz jakichkolwiek czynności, współdecydowania o przeznaczeniu dochodu rodziny oraz wykonywania czynności związanych z codziennymi zajęciami. Istotną cechą wspólnego gospodarowania jest również pozostawanie na utrzymaniu osoby, z którą takie gospodarstwo się tworzy. Wspólne zamieszkiwanie finan-

⁵ Dz. U. poz. 1296,

sowane z dochodu tylko jednej osoby zawsze będzie oznaczać wspólne gospodarowanie.⁶ Ustawodawca kładzie zatem wyraźny nacisk na okoliczności faktyczne ustalane indywidualnie dla każdej sprawy, a nie na więzy prawne i pokrewieństwa pomiędzy poszczególnymi osobami.

Przepisy u.ś.o.z. nie zawierają swojej definicji dochodu, stąd też ponownie uzupełniając należy stosować odesłanie do art. 8 u.p.s. Przez dochód, zgodnie z treścią art. 8 ust. 3 u.p.s., rozumie się a dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, pomniejszoną o:

- 1) miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych i koszty uzyskania przychodu;
- 2) składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach;
- 3) kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób.

Artykuł 8 ust. 4 u.p.s. zawiera szereg świadczeń, które nie podlegają wliczeniu do dochodu, wśród nich jest m.in. świadczenie wychowawcze tzw. „800+”, rodzinny kapitał opiekuńczy, zasiłek celowy czy dodatki pieniężne wprowadzone w związku z kryzysem energetycznym (węglowy, osłonowy, gazowy, elektryczny czy energetyczny). Ustawodawca przyjmuje zatem szeroką definicję dochodu. Co ważne jednak, decydujący nie jest fakt samego posiadania uprawnienia do świadczenia, lecz rzeczywista możliwość dysponowania tym dochodem⁷. Tym samym, jeżeli wnioskodawcy przysługuje prawo do wynagrodzenia z umowy o świadczenie usług, ale nie uzyskał tego dochodu (np. niewypłacalność usługodawcy, różne systemy rozliczeniowe), to świadczenie to nie będzie mogło podlegać wliczeniu do dochodu osoby, której ma zostać potwierdzo-

ne prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Kolejną przesłanką, która musi zostać spełniona, aby potwierdzić prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest stwierdzenie braku dysproporcji między udokumentowaną wysokością dochodu a sytuacją majątkową osoby lub rodziny, wskazującą, że osoba ta lub rodzina jest w stanie przewyciężyć trudną sytuację życiową, wykorzystując własne zasoby majątkowe, w szczególności w przypadku posiadania znacznych zasobów finansowych, wartościowych przedmiotów majątkowych lub nieruchomości. Wskazana regulacja ma charakter represyjny, stąd też nie może być interpretowana rozszerzająco, natomiast organ administracji publicznej powinien w sposób wyczerpujący i niebudzący wątpliwości ustalić, iż pomiędzy deklarowanymi dochodami osoby ubiegającej się o wydanie decyzji a rzeczywistym stanem faktycznym zachodzi różnica, dysproporcja, która ma charakter wprost zauważalnej⁸. Przykładową okolicznością, które mogą być brane pod uwagę przy ustalaniu dysproporcji jest ustalenie, czy podmiot uprawniony często udaje się na wyjazdy wakacyjne czy turystyczno-rekreacyjne, nawet jeżeli wyjazdy te są współfinansowane przez inne osoby⁹.

Decyzję o potwierdzeniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej wydaje się co do zasady na 90 dni, w zależności od okoliczności faktycznych, kto i kiedy występuje z wnioskiem o wydanie decyzji administracyjnej. Kwestia ta zostanie omówiona przy okazji w kolejnych akapitach niniejszej ekspertyzy. Decyzja wydana w oparciu o art. 54 ust. 1 u.ś.o.z. ma charakter decyzji deklaratoryjnej. Oznacza to, iż nie ma możliwości wydania decyzji negatywnej dla strony, jeżeli zostaną spełnione łącznie wszystkie przesłanki materialnoprawne¹⁰.

6 wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 9 kwietnia 2024 roku, sygn. akt III SA/Kr 135/24,

7 wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego we Wrocławiu z dnia 4 kwietnia 2024 roku, sygn. akt IV SA/Wr 488/23,

8 przykładowo wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 8 września 2021 roku, sygn. akt II SA/Gl 266/21 czy wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z 28 września 2023 roku, sygn. akt III SA/Kr 1772/22,

9 wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z 8 września 2021 roku, sygn. II SA/Gl 263/21,

10 A. Sidorko [w:] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, wyd. IV, red. A. Pietraszewska-Macheta, Warszawa 2023, art. 54 – dostęp elektroniczny w dniu 28 maja 2024 roku,

W praktyce, postępowanie wyjaśniające będzie dotyczyło przede wszystkim ustalenia uzyskiwanego dochodu i ewentualnego wystąpienia dysproporcji, jak i braku posiadania prawa do ubezpieczenia zdrowotnego. W tym celu, poza rodzinnym wywiadem środowiskowym, należy wystąpić do wszelkich instytucji, w których strona mogłaby dysponować prawem do ubezpieczenia zdrowotnego. Będą to przede wszystkim powiatowy urząd pracy w celu zweryfikowania, czy osoba nie jest zarejestrowana jako osoba bezrobotna z prawem do ubezpieczenia zdrowotnego, Zakład Ubezpieczeń Społecznych czy Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w celu zweryfikowania, czy świadczeniobiorca nie posiada uprawnień do emerytury bądź renty, jak i właściwego miejscowo urzędu skarbowego, celem ustalenia, czy świadczeniobiorca nie uzyskiwał wynagrodzenia z jakiegokolwiek tytułu, od którego to wynagrodzenia byłyby opłacane składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Ustawodawca na osobę, której potwierdzono prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, nałożył obowiązek informowania o każdej zmianie w sytuacji dochodowej lub majątkowej bądź o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym (art. 54 ust. 10 u.ś.o.z.). O ile wprowadzenie takiej regulacji należy ocenić jak najbardziej pozytywnie (nałożenie obowiązku współpracy, pobudzanie świadczeniobiorcy do postawy aktywnej oraz wzbudzanie w świadczeniobiorcach świadomości konieczności informowania organu administracji publicznej o wszelkich zmianach, które mogą mieć wpływ na wydaną decyzję administracyjną), o tyle należy wskazać, że jest to jedynie regulacja prawna nieposiadająca sankcji prawnych. Należy zauważyć, iż w przypadku świadczeń z pomocy społecznej, niepoinformowanie ośrodka pomocy społecznej może wpłynąć na orzeczenie o nienależnie pobranych świadczeniach pieniężnych (czyli wypłaconych stronie, mimo tego, iż przekroczyła ona kryterium dochodowe) bądź ustaleniu wyższej odpłatności za świadczenia niepieniężne (np. opłata za pobyt w domu pomocy społecznej, opłata za pobyt w ośrodku wsparcia) również z mocą wsteczną¹¹. W przypadku decyzji wydanej

w oparciu o art. 54 ust. 1 u.ś.o.z. jedyną negatywną konsekwencją dla świadczeniobiorcy może być wygaśnięcie decyzji z mocą wsteczną, co jednak nie wiąże się z obowiązkami fiskalnymi czy zwrotem należności dla strony.

Należy zauważyć, iż stosownie do art. 12a u.ś.o.z., przepisów określających zasady i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej, przepisów określających kolejność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne oraz przepisów określających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, nie stosuje się wobec osób, którym świadczenia zdrowotne są udzielane bezpłatnie, bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, na podstawie art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy¹² - dalej k.k.w. Zgodnie z tym ostatnim przepisem, skazanemu zapewnia się bezpłatne świadczenia zdrowotne, leki i artykuły sanitarne.

Stąd też, w przypadku złożenia wniosku przez osobę przebywającą w jednostce penitencjarnej o potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, organ administracji powinien wydać postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania w oparciu o art. 61a k.p.a.¹³. Z kolei w przypadku trafienia do jednostki penitencjarnej osoby, która wcześniej złożyła taki wniosek, należałoby rozważyć wydanie decyzji przyznającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej do dnia następującego przed pierwszym dniem umieszczenia w jednostce penitencjarnej.

Wskazana regulacja ma charakter podobny do art. 13 ust. 1 u.p.s., który wskazuje, że osobie odbywającej karę pozbawienia wolności nie przysługuje prawo do świadczeń z pomocy społecznej, z wyłączeniem pracy socjalnej.

Ustawodawca w art. 54 ust. 6 u.ś.o.z. nałożył również obowiązek na wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy dostarczenia w terminie 7 dni od dnia jej wy-

11 przykładowo wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego we Wrocławiu z dnia 27 marca 2024 roku, sygn. akt IV SA/Wr 543/23 czy wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Łodzi z dnia 19 marca 2024 roku, sygn. akt II SA/Łd 974/23,

12 Dz. U. z 2024 r. poz. 706,

13 wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z dnia 16 maja 2019 roku, sygn. akt III SA/Gd 7/19,

dania, kopii tej decyzji Funduszowi. Można się domyślać, iż obowiązek doręczenia decyzji Narodowemu Funduszowi Zdrowotnemu ma na celu umożliwienie zgłoszenia świadczeniobiorcy do ubezpieczenia zdrowotnego oraz refundacja kosztów leczenia podmiotowi leczniczemu, jeżeli ten udzielił świadczeń zdrowotnych osobie, której potwierdzono prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Należy jednak zauważyć, iż Narodowy Fundusz Zdrowia nie występuje tutaj jako strona w rozumieniu art. 28 k.p.a. W mojej opinii, gdyby intencją ustawodawcy było uznanie Narodowego Funduszu Zdrowia za stronę w postępowaniu administracyjnym, prawodawca nadałby inne brzmienie wskazanej regulacji, posłużyłby się on zwrotem „za stronę uznaje się”, a nie „decyzję doręcza się”. Posłużenie się takimi sformułowaniami semantycznymi wskazuje, że art. 54 ust. 6 u.ś.o.z. realizuje raczej dyrektywę umieszczoną w art. 7b k.p.a., tj. współdziałania organów administracji publicznej w zakresie niezbędnym do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego i prawnego sprawy, mając na względzie interes społeczny i słuszny interes obywateli oraz sprawność postępowania. Konsekwencją powyższego jest brak obowiązku doręczania Narodowemu Funduszowi Zdrowotnemu pism w toku postępowania, np. zawiadomień o wszczęciu postępowania administracyjnego bądź zawiadomienia o przedłużeniu terminu do rozpoznania sprawy. Obowiązek ten zaktualizuje się wyłącznie w sytuacji, gdy Narodowy Fundusz Zdrowia wystąpi z wnioskiem o wydanie takiej decyzji.

Na marginesie, w art. 54 u.ś.o.z. ustawodawca kilkakrotnie posłużył się sformułowaniem „wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy”. Konstrukcję tę należy ocenić krytycznie. Bezspornie, do wydania decyzji w trybie art. 54 ust. 1 u.ś.o.z. dojdzie również w stosunku do osób bezdomnych czy osób, które w dniu wydania decyzji nie mają miejsca zamieszkania.

III. Legitymacja do złożenia wniosku

Przepisy u.ś.o.z. przewidują, które podmioty są uprawnione do złożenia wniosku o wydanie decyzji potwierdza-

jące prawo do świadczeń zdrowotnych; mianowicie są to:

- 1) świadczeniobiorca,
- 2) świadczeniodawca, który udzielił świadczeń w trybie nagłym i niezwłocznie złożył wniosek o wydanie decyzji,
- 3) Narodowy Fundusz Zdrowia,
- 4) organ administracji publicznej, który może wszcząć postępowanie z urzędu.

Pierwszym podmiotem legitymowanym do złożenia wniosku jest osoba, której ma zostać potwierdzone prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. W opisanym stanie faktycznym, wydana decyzja potwierdza prawo na 90 dni od dnia złożenia wniosku (art. 54 ust. 7 pkt 1 u.ś.o.z.). Problematycznym może się wydawać ustalenie, kiedy następuje moment „złożenia wniosku”. Rozsądnym będzie sięgnięcie do art. 61 § 3 k.p.a., który stanowi, iż datą wszczęcia postępowania na żądanie strony jest dzień doręczenia żądania organowi administracji publicznej. Podanie w tej sprawie może być wniesione na piśmie, za pomocą telefaksu, w formie elektronicznej lub ustnie do protokołu (art. 63 § 1 i § 2 k.p.a.).

Pojawia się jednak pytanie, który dzień uznać za dzień złożenia wniosku, jeżeli podanie wpłynie do niewłaściwego miejscowo organu administracji publicznej. Sytuacje takie mogą często się pojawiać, kiedy osoba zainteresowana przebywa na terapii uzależnień czy w ośrodkach prowadzonych przez organizacje pozarządowe w innej miejscowości (gminie), co nie oznacza odgórnie utraty miejsca zamieszkania. Ze względu na brak prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, składa ona wniosek o wydanie takiej decyzji, ale czyni to w gminie swojego obecnego pobytu, przy czym wniosek ten (wraz z innymi dokumentami) następnie zostanie przesłany do organu administracji publicznej właściwej według miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy. Stwierdzenie, iż „dniem złożenia wniosku” będzie data wpływu do organu właściwego w sprawie może odbyć się z pokrzywdzeniem wnioskodawcy, który zostanie obciążony okolicznościami, na które nie ma wpływu, np. czas przesyłki pomiędzy organami administracji publicznej czy obciążenie pracą pracowników i nadmierna liczba obowiązków w instytucji, w której pierwotnie został złożony wniosek.

Stąd też uważam, iż pośrednio należałoby rozważyć zastosowanie art. 65 § 2 k.p.a., który wskazuje, że podanie wniesione do organu niewłaściwego przed upływem przepisanej terminu uważa się za wniesione z zachowaniem terminu. Jest to o tyle ważne, że organ administracji publicznej wydający decyzję w trybie art. 54 ust. 1 u.ś.o.z. nie posiada uprawnień, aby w ramach uznania administracyjnego modyfikować początkową datę potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej; art. 54 ust. 7 u.ś.o.z. ma charakter normy bezwzględnie obowiązującej niepodlegającej modyfikacji¹⁴.

W sytuacji złożenia wniosku przez świadczeniobiorcę należy uznać, iż wyłącznie on będzie stroną w rozumieniu art. 28 k.p.a. ze względu na swój interes prawny. Stąd też, nie ma obowiązku kierowania zawiadomienia o wszczęciu postępowania, bowiem jak stanowi art. 61 § 4 k.p.a., o wszczęciu postępowania zawiadamia się wszystkie strony, jeżeli postępowanie zostało wszczęte na żądanie jednej ze stron. Natomiast wnioskodawca (świadczeniobiorca) występuje w takim postępowaniu administracyjnym jako jedyna strona, co wyłącza stosowanie niniejszego przepisu. Na organie administracji publicznej dalej ciąży obowiązek uregulowany w k.p.a., czyli skierowanie zawiadomienia o przedłużeniu terminu do rozpoznania sprawy czy umożliwienie wypowiedzenia się co do zebranego w sprawie materiału dowodowego (art. 10 § 1 k.p.a.).

Kolejnym podmiotem legitymowanym do złożenia wniosku o wydanie decyzji o potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej jest świadczeniodawca (podmiot zajmujący się działalnością leczniczą), ale wyłącznie w przypadku udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w trybie nagłym, przy czym wniosek powinien zostać złożony „niezwłocznie”. Sformułowanie „niezwłocznie” ma charakter nieostry i powinno być oceniane indywidualnie. Orzecznictwo wyraźnie wskazuje, że „Termin „niezwłocznie”, którym w art. 54 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych posługuje się ustawodawca nie jest terminem materialnym. Nie jest to terminem materialnym, bo jego upływ nie prowadzi do przedawnienia uprawnienia świadczeniodawcy

do potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy. Zatem przyjąć należy, że termin ten jest przesłanką złożenia wniosku i odnosi się do skutku materialnego, jakim jest potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.¹⁵ Termin ten ma wyłącznie charakter instrukcyjny i dyscyplinujący, a jego przekroczenie nie wiąże się z negatywnymi konsekwencjami dla świadczeniodawcy, w szczególności z bezskutecznością złożonego wniosku¹⁶.

W przypadku udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych przez świadczeniodawcę, posiada on interes prawny w rozumieniu art. 28 k.p.a., co czyni go stroną prowadzonego postępowania administracyjnego. Interes prawny polega na uzyskaniu refundacji kosztów leczenia od Narodowego Funduszu Zdrowia w sytuacji, gdy świadczeniobiorca posiadał prawo do udzielenia mu takich świadczeń (art. 108 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z.)¹⁷. W przypadku uzyskania decyzji negatywnej, świadczeniodawca musiałby dochodzić kosztów leczenia od podmiotu, któremu udzielono świadczeń, względnie od spadkobierców zmarłego świadczeniobiorcy¹⁸. Konsekwencją uznania świadczeniodawcy za stronę jest obowiązek doręczenia decyzji, uprawnienie do złożenia odwołania od niekorzystnej dla świadczeniodawcy decyzji, jak i obowiązek skierowania zawiadomienia o wszczęciu postępowania w oparciu o art. 61 § 4 k.p.a. – mamy bowiem do czynienia z kilkoma stronami, ze świadczeniobiorcą, któremu ma zostać potwierdzone prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, jak i ze świadczeniodawcą, który udzielił tych świadczeń, a uzyskanie korzystnej decyzji umożliwia uzyskanie refundacji poniesionych kosztów leczenia.

Pojawia się wątpliwość, jak daleko powinien ingerować organ administracji publicznej przy złożeniu wniosku przez świadczeniodawcę – czy powinien badać przesłanki takie jak chwila udzielenia świadczenia oraz czy miało ono tryb nagły. Orzecznictwo pośrednio rozwiewa te

¹⁵ wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 19 listopada 2020 roku, sygn. akt II GSK 399/18,

¹⁶ wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 28 czerwca 2018 roku, sygn. akt III SA/Kr 149/18,

¹⁷ wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 15 marca 2011 roku, sygn. akt IV SA/Gl 329/10,

¹⁸ wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Lublinie z dnia 17 czerwca 2020 roku, sygn. akt II SA/Lu 35/20,

¹⁴ wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26 lutego 2020 roku, sygn. akt II GSK 1494/19,

wątpliwości, wskazując, iż wszelkie wątpliwości powinny być tłumaczone na korzyść pacjenta oraz placówek udzielających świadczeń opieki zdrowotnej¹⁹. Wydaje się zatem, że wskazane okoliczności nie powinny być przedmiotem postępowania wyjaśniającego.

W przypadku złożenia wniosku przez świadczeniodawcę, decyzję wydaje się na okres 90 dni począwszy od dnia udzielenia świadczenia w trybie nagłym.

Przepisy powszechnie obowiązujące przewidują możliwość wszczęcia z urzędu postępowania w przedmiocie wydania decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 54 ust. 5 u.ś.o.z.). Jako przykładową sytuację wszczęcia takiego postępowania wskazuje się udzielenie świadczeń w trybie nagłym przez świadczeniodawcę, ale ten nie wystąpił z wnioskiem o objęcie świadczeniobiorcy prawem do świadczeń opieki zdrowotnej²⁰. Przepis ten szczególnie będzie miał zastosowanie, gdy podopieczny ośrodka pomocy społecznej będzie miał zadłużenie z powodu braku objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, ale udzielone świadczenie nie miało trybu nagłego. Wydanie z urzędu takiej decyzji będzie działaniem na korzyść świadczeniobiorcy i umożliwi refundację kosztów leczenia świadczeniodawcy. Niemniej, należy rozważyć zastosowanie uzupełniająco art. 61 § 2 k.p.a., który wskazuje, że w przypadku wszczęcia postępowania administracyjnego z urzędu, organ obowiązany jest uzyskać na to zgodę strony w toku postępowania, a w razie nieuzyskania zgody - postępowanie umorzyć.

W przypadku wydania decyzji z urzędu, organ administracji publicznej potwierdza prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na okres 90 dni począwszy od dnia określonego w decyzji. W praktyce oznacza to możliwość objęcia prawem do świadczeń opieki zdrowotnej również z mocą wsteczną, bowiem ustawodawca nie wskazał tutaj ograniczeń czasowych, tak jak było to we wcześniejszych trybach, gdzie decydującym kryterium był dzień złożenia wniosku albo dzień udzielenia świadczeń w trybie nagłym.

Ostatnim podmiotem legitymowanym do złożenia

wniosku jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Podobnie jak w przypadku wszczęcia postępowania z urzędu, również w postępowaniu wszczętym na wniosek Narodowego Funduszu Zdrowia możliwym jest wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej z mocą wsteczną. Mając na uwadze, iż Narodowy Fundusz Zdrowia występuje tutaj jako wnioskodawca, należy przyznać mu status strony, czego konsekwencją jest możliwość złożenia odwołania od niekorzystnej decyzji oraz obowiązek zapewnienia Narodowemu Funduszowi Zdrowia czynnego udziału w postępowaniu administracyjnym. Chociaż przepisy nie wskazują, od kiedy przyznaje się w opisanym stanie prawnym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, podobnie jak w przypadku wydania decyzji z urzędu, również w tym trybie możliwe jest wydanie decyzji z mocą wsteczną.

Na co jeszcze należy zwrócić uwagę, jest fakt, iż przepisy u.ś.o.z. nie przewidują jakiegokolwiek karencji czy limitu co do wydania decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Tym samym, możliwy będzie stan faktyczny, w którym świadczeniobiorcy zostanie potwierdzone prawo do świadczeń opieki zdrowotnej nawet kilka razy w roku, każdorazowo jak spełnia on przesłanki do potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

Warto zauważyć, że w art. 2 ust. 1 u.p.s. wprowadzono tzw. zasadę subsydiarności (pomocniczości), która wskazuje, iż pomoc społeczna ingeruje dopiero w momencie, gdy osoba (rodzina) nie jest w stanie przezwyciężyć trudnej sytuacji życiowej, wykorzystując przy tym swoje zasoby, uprawnienia i możliwości. Natomiast u.ś.o.z. w swoich zapisach nie przewiduje nałożenia takiego obowiązku na świadczeniobiorcę. Oznacza to, iż w hipotetycznej sytuacji, świadczeniobiorca, który mógłby ubiegać się o emeryturę, przy której posiadałby prawo do ubezpieczenia zdrowotnego, lecz uchyla się od złożenia takiego wniosku, dalej powinien otrzymać, przy spełnieniu pozostałych przesłanek, decyzję dla siebie korzystną, z uwagi na brak wyraźnej podstawy prawnej zobowiązującej do wykorzystania własnych zasobów przy decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej²¹.

19 wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 31 stycznia 2019 roku, sygn. akt IV SA/Gl 700/18,

20 wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Rzeszowie z dnia 2 marca 2021 roku, sygn. akt II SA/Rz 116/21,

21 wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z 7 lipca 2022 r., sygn. akt III SA/Gl 1773/21,

IV. Właściwość miejscowa

Co do zasady, organem właściwym do wydania decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej jest wójt (burmistrz, prezydent) właściwy według miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy.

Omówienie definicji zamieszkania na gruncie u.ś.o.z. nie powinno sprawiać problemów ze względu na dość powszechnie stosowane odesłanie do kodeksu cywilnego. Zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku – Kodeks cywilny²² o miejscu zamieszkania możemy mówić, jeżeli zostały spełnione równocześnie dwie przesłanki:

- 1) czynnik zewnętrzny, czyli fakt przebywania w danej miejscowości,
- 2) czynnik wewnętrzny, czyli zamiar stałego pobytu w danej miejscowości, przy czym wyrażenie zamiaru stałego pobytu nie jest czynnością prawną, więc nie wymaga złożenia oświadczenia woli. Wystarczające będzie zachowanie danej osoby, które wskazuje na zesrodkowanie swojej aktywności życiowej w konkretnej miejscowości²³.

Przepisy u.ś.o.z. nie wskazują jednak, jak ustalić właściwość miejscową organu, gdy świadczeniobiorca jest osobą bezdomną bądź nie ma stałego miejsca zamieszkania (posiada wyłącznie miejsce pobytu, jednak z żadną z miejscowości nie wiąże zamiaru stałego pobytu). Ośrodki pomocy społecznej stosują często odesłanie zawarte w art. 101 ust. 2 u.p.s., tj. w przypadku osób bezdomnych właściwą gminą jest gmina ostatniego zameldowania na pobyt stały. Praktyka taka jest jednak nieprawidłowa. Przepisy u.ś.o.z. nigdzie nie odsyłają do stosowania uzupełniająco przepisów u.ś.o.z. Co więcej, decyzja o potwierdzeniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej nie jest świadczeniem z pomocy społecznej, stąd też nieracjonalnym byłoby stosowanie właściwości miejscowej przewidzianej dla osób ubiegających się o świadczenia przyznawane w oparciu o u.p.s. Należy zauważyć, iż wydanie decyzji administracyjnej z naruszeniem przepisów o właściwości stanowi

podstawę do stwierdzenia jej nieważności w oparciu o art. 156 § 1 pkt 1 k.p.a.

Orzecznictwo jednolicie stoi na stanowisku, iż w przypadku braku posiadania miejsca zamieszkania, właściwość miejscową należy ustalić w oparciu o przepisy k.p.a.²⁴.

I tak, zgodnie z art. 21 § 1 pkt 3 k.p.a., właściwość miejscową organu administracji publicznej ustala się w innych sprawach - według miejsca zamieszkania (siedziby) w kraju, a w braku zamieszkania w kraju - według miejsca pobytu strony lub jednej ze stron; jeżeli żadna ze stron nie ma w kraju zamieszkania (siedziby) lub pobytu - według miejsca ostatniego ich zamieszkania (siedziby) lub pobytu w kraju. Uwzględniając niniejszą regulację, kwestia meldunku na pobyt stały nie będzie miała żadnego wpływu na ustalenie właściwego miejscowo organu administracji publicznej w sprawach dot. potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

Uzupełniająco można stosować również art. 21 § 2 k.p.a., który wskazuje, iż jeżeli nie można ustalić właściwości miejscowej w sposób wskazany w § 1, sprawa należy do organu właściwego dla miejsca, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące wszczęcie postępowania, albo w razie braku ustalenia takiego miejsca - do organu właściwego dla obszaru dzielnicy Śródmieście w m.st. Warszawie²⁵.

V. Problematiczna kwestia upoważnień do załatwiania spraw i wydawania decyzji

Artykuł 54 ust. 11 u.ś.o.z. przewiduje, iż 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) -

²⁴ postanowienia Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 4 października 2013 roku, sygn. akt I OW 121/13 czy z dnia 28 września 2021 roku, sygn. akt II GW 59/21,

²⁵ postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 4 września 2012 roku, sygn. akt I OW 100/12,

²² Dz. U. z 2023 r. poz. 1610 ze zm.

²³ postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 19 kwietnia 2012 roku, sygn. akt I OW 25/12,

dyrektora centrum usług społecznych, do załatwiania spraw i wydawania decyzji w jego imieniu dotyczących potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. W przeciwieństwie do innych aktów prawnych stosowanych przez ośrodki pomocy społecznej, cytowana regulacja nie przewiduje możliwości udzielenia dalszego upoważnienia innym niż kierownik (np. zastępcy kierownika ośrodka, kierownikowi działu) pracownikom ośrodka pomocy społecznej czy centrum usług społecznych.

Kwestia ta wydaje się szczególnie problematyczna w dużych ośrodkach miejskich, gdzie funkcjonuje również wiele podmiotów mogących udzielać świadczeń zdrowotnych, co wiązałoby się z większą liczbą składanych wniosków o potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Problematicznym może być dłuższa nieobecność kierownika ośrodka pomocy społecznej np. w związku z niezdolnością do pracy czy udzielonym urlopem wypoczynkowym. Niniejsze determinowałoby podpisywanie wszelkich pism w toku postępowania administracyjnego przez wójta (burmistrza, prezydenta).

Podstawy prawnej do udzielenia dalszego upoważnienia pracownikom ośrodka pomocy społecznej bez wątpienia nie powinien stanowić art. 268a k.p.a., w którym wskazano, że organ administracji publicznej może upoważniać, na piśmie utrwalonym w postaci papierowej lub elektronicznej, pracowników obsługujących ten organ do załatwiania spraw w jego imieniu w ustalonym zakresie, a w szczególności do wydawania decyzji administracyjnych, postanowień, zaświadczeń, a także do poświadczania za zgodność odpisów dokumentów przedstawionych przez stronę na potrzeby prowadzonych postępowań z oryginałem. Przepis ten bez wątpienia jest przepisem ogólnym w stosunku do art. 54 ust. 11 u.ś.o.z., gdzie również wskazano wprost o upoważnieniu do wydawania decyzji administracyjnych. Zgodnie z ogólną regułą prawną „lex specialis derogat legi generali”²⁶, art. 54 ust. 11 u.ś.o.z. znajduje pierwszeństwo.

Z podobnych przyczyn podstawy prawnej do udzielenia upoważnienia nie powinien stanowić art. 39 ust. 2 ustawy z 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym²⁷, który stanowi, iż wójt może upoważnić swoich zastępców lub

innych pracowników urzędu gminy do wydawania decyzji administracyjnych w imieniu wójta. Udzielenie upoważnienia w oparciu o ten przepis doprowadziłoby do sytuacji paradoksalnej, w której jakikolwiek pracownik urzędu gminy mógłby w imieniu wójta (burmistrza, prezydenta) załatwiać sprawy i wydawać decyzje z zakresu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, ale nie mógłby tego uczynić jakikolwiek pracownik ośrodka pomocy społecznej. W przepisie jest bowiem mowa o „pracowniku urzędu gminy” a nie „pracowniku jednostki organizacyjnej gminy”.

Jest to o tyle ważne, bowiem przepisy stanowiące podstawę do udzielenia upoważnień nie powinny być interpretowane rozszerzająco. Natomiast wydanie decyzji bez upoważnienia do jej wydania bądź w oparciu o wadliwe wydane upoważnienie skutkuje stwierdzeniem nieważności decyzji administracyjnej ze względu na rażące naruszenie prawa (art. 156 § 1 pkt 2 k.p.a.)²⁸.

Równocześnie stosowanie którejkolwiek regulacji prawnej jako podstawy prawnej do udzielenia dalszego upoważnienia osobie innej niż kierownik ośrodka pomocy społecznej kwestionowałoby jakąkolwiek zasadność wprowadzenia art. 54 ust. 11 u.ś.o.z. Niemniej, trudno ustalić przesłanki, którymi kierował się ustawodawca, wprowadzając tak wąski krąg podmiotów uprawnionych do wydawania decyzji, o których mowa w art. 54 ust. 1 u.ś.o.z.

VI. Przeprowadzenie rodzinnego wywiadu środowiskowego

Artykuł 54 ust. 3 pkt 2 u.ś.o.z. przewiduje, iż decyzję o potwierdzeniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej wydaje się po przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego, o którym mowa w Rozporządzeniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 8 kwietnia 2021 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego – dalej r.w.ś.²⁹. Jak wskazano w jednym z orzeczeń: „Wywiad środowiskowy specyficznym sposobem zbierania informacji

²⁸ wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy z dnia 18 czerwca 2013 roku, sygn. akt II SA/Bd 468/13.

²⁹ Dz. U. poz. 893,

²⁶ łac. przepis szczególny uchyla przepis ogólny,
²⁷ Dz. U. z 2024 r. poz. 609 ze zm.,

o sytuacji strony, stanowiącym dla organu pomocy społecznej konieczne i podstawowe źródło informacji o sytuacji osobistej, rodzinnej i majątkowej osoby ubiegającej się o świadczenia, będąc podstawą ustaleń faktycznych dokonywanych w decyzji administracyjnej i poddawanych prawnej ocenie. Na stronie ubiegającej się oświadczenie z pomocy społecznej spoczywa obowiązek umożliwienia organowi dokonania ustaleń faktycznych w takiej formie. Co do zasady ta forma postępowania wyjaśniającego nie może zostać zastąpiona innymi środkami dowodowymi.³⁰

Charakter i specyfika rodzinnego wywiadu środowiskowego powoduje, iż wywiad ten może przeprowadzić wyłącznie pracownik socjalny zatrudniony w ośrodku pomocy społecznej, a nie pracownik urzędu gminy (miasta).

Zgodnie z § 3 ust. 1 r.w.ś., wywiad przeprowadza się z osobą lub rodziną w miejscu zamieszkania lub pobytu, w dniach roboczych, w godzinach pracy podmiotu uprawnionego, albo w innym terminie uzgodnionym z osobą lub rodziną, za zgodą kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. Wywiad przeprowadza się w terminie 14 dni roboczych od dnia powzięcia wiadomości o konieczności jego przeprowadzenia (§ 3 ust. 2 r.w.ś.). Jeżeli osoba przebywa w podmiocie udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, wywiad środowiskowy może przeprowadzić również pracownik socjalny zatrudniony w tym podmiocie (§ 2 ust. 2 r.w.ś.).

Pojawia się wątpliwość, jakie znaczenie dla przeprowadzonego postępowania administracyjnego będzie miał fakt odmowy udziału w takiej czynności dowodowej. Należy jednak wprowadzić kryterium, które będzie tutaj decydujące – podmiot, na którego wniosek wszczęto postępowanie w sprawie wydania decyzji, o której mowa w art. 54 ust. 1 u.ś.o.z.

Jeżeli odmowy przeprowadzenia wywiadu środowiskowego dokonał świadczeniobiorca, na którego wniosek zostało wszczęte postępowanie administracyjne, należałoby rozważyć wydanie decyzji administracyjnej odmawiającej

potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej³¹. Pośrednio można odnieść się do zasady współdziałania z organem pomocy społecznej przy rozwiązywaniu trudnej sytuacji życiowej³². Chociaż w przeciwieństwie do postępowań prowadzonych w oparciu o inne ustawy, w postępowaniu administracyjnym ciężar dowodowy spoczywa również na organie administracji publicznej, to jednak trudno oczekiwać, aby świadoma odmowa udziału w rodzinnym wywiadzie środowiskowym przerzucała na organ administracji publicznej ciężar dowodu, w momencie, gdy to zainteresowany wyszedł z inicjatywą wszczęcia postępowania administracyjnego i to on ma interes prawny oraz faktyczny w uzyskaniu korzystnego rozstrzygnięcia.

Odmienne należy podejść do tej problematyki, gdy postępowanie zostało wszczęte na wniosek podmiotu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w trybie nagłym. Jak wskazano powyżej, stronami takiego postępowania są zarówno świadczeniobiorca, jak i podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Orzecznictwo stoi na stanowisku, iż brak możliwości przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego bądź trudności w ustaleniu sytuacji dochodowej świadczeniobiorcy nie mogą działać na niekorzyść podmiotu udzielającego świadczeń, który ma interes w uzyskaniu korzystnego rozstrzygnięcia, którego skutkiem będzie refundacja poniesionych kosztów leczenia. W tak zainicjowanym postępowaniu administracyjnym odmowa potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej powinna się opierać wyłącznie o przesłanki uregulowane w u.ś.o.z., np. brak polskiego obywatelstwa czy przekroczenie kryterium dochodowego³³.

Należy również rozważyć kwestię, czy przeprowadzenie rodzinnego wywiadu środowiskowego jest konieczne, jeżeli z wnioskiem o wydanie decyzji występuje świad-

31 wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 5 października 2021 roku, sygn. akt I OSK 501/21,

32 S. Nitecki, 2.2.5. Zasada współdziałania osób i rodzin korzystających z pomocy społecznej w rozwiązywaniu ich trudnej sytuacji życiowej [w:] Prawo do pomocy społecznej w polskim systemie prawnym, Warszawa 2008, dostęp elektroniczny w dniu 31 maja 2024 roku,

33 wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Szczecinie z dnia 2 marca 2017 roku, sygn. akt II SA/Sz 1422/16 czy wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 18 maja 2017 roku, sygn. akt III SA/Kr 285/17,

30 wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego we Wrocławiu z dnia 4 października 2023 roku, sygn. akt IV SA/Wr 112/23,

zawieszona albo wykreślona bądź też osoba ta padła ofiarą przestępstwa czy kradzieży tożsamości i założono na nią działalność gospodarczą, natomiast podmiot udzielający świadczeń opieki zdrowotnej zwróci się do organu administracji publicznej o wydanie decyzji w trybie art. 54 ust. 1 u.s.o.z.

zdeniedawca w związku z udzieleniem świadczeń opieki zdrowotnej w trybie nagłym świadczeniobiorcy, którego zgon nastąpił kilka dni po udzieleniu świadczeń. Zgodnie z cyt. już § 3 ust. 1 r.w.ś., rodzinny wywiad środowiskowy przeprowadza się z osobą bądź rodziną ubiegającą się o przyznanie świadczenia. Natomiast stosownie do § 4 ust. 1 i 2 r.w.ś., pracownik socjalny, przeprowadzając wywiad, bierze pod uwagę indywidualne cechy, sytuację osobistą, rodzinną, dochodową i majątkową osoby samotnie gospodarującej lub osób w rodzinie, mogące mieć wpływ na rodzaj i zakres przyznawanej im pomocy, dokonując jednocześnie analizy i diagnozy sytuacji danej osoby lub rodziny i formułując wnioski z nich wynikające. W przypadku posiadania przez świadczeniobiorcę najbliższej rodziny, możliwe jest przeprowadzenie z nią rodzinnego wywiadu środowiskowego, w trakcie którego można ustalić najważniejsze okoliczności faktyczne. Z kolei, gdy świadczeniobiorca nie posiadał najbliższej rodziny bądź też z różnych przyczyn nie jest możliwe jej odnalezienie (np. zamieszkuje ona za granicą, w państwowych rejestrach danych osobowych nie widnieje jakikolwiek adres zamieszkania bądź pobytu w.w.), to w mojej osobistej opinii, ztraca się cel takiego środka dowodowego. Wszelkie okoliczności faktyczne dla sprawy i tak muszą zostać ustalone w drodze innych środków dowodowych (wniosków o udostępnienie danych, celem ustalenia ewentualnego dochodu oraz podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu, co zostało opisane we wcześniejszych akapitach), stąd też przeprowadzenie rodzinnego wywiadu środowiskowego, abstrahując od faktu, iż bez udziału podmiotu, z którym potencjalnie mógłby zostać przeprowadzony, nie wniesie dodatkowych ustaleń koniecznych dla końcowego rozstrzygnięcia.

VII. A co z osobą prowadzącą jednoosobową działalność gospodarczą?

Zgodnie z art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c u.s.o.z., obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników, które są osobami prowadzącymi działalność pozarolniczą lub osobami z nimi współpracującymi, z wyłączeniem osób, które zawiesiły wykonywanie działalności gospodarczej na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo

przedsiębiorców lub przepisów o ubezpieczeniach społecznych lub ubezpieczeniu społecznym rolników. Bezspornie na przedsiębiorcy ciąży obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Zdarzać się będą sytuacje, w których osoba fizyczna znajduje się w ewidencji osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą, jednak takiej działalności faktycznie nie wykonuje, natomiast nie została ona nigdy zawieszona albo wykreślona bądź też osoba ta padła ofiarą przestępstwa czy kradzieży tożsamości i założono na nią działalność gospodarczą, natomiast podmiot udzielający świadczeń opieki zdrowotnej zwróci się do organu administracji publicznej o wydanie decyzji w trybie art. 54 ust. 1 u.s.o.z.

Niestety, nie wykształtowała się tutaj jednolita linia orzecznicza, jak należy postąpić w przypadku wystąpienia takiego stanu faktycznego. Z jednej strony orzecznictwo podchodzi dość rygorystycznie i wskazuje, iż decydujący charakter ma sam wpis do rejestru przedsiębiorców, przez co nie jest możliwe wydanie takiej decyzji ze względu na zbieg tytułów do ubezpieczenia społecznego³⁴. Zauważalna jest jednak tendencja w orzecznictwie, iż o zaprzestaniu prowadzenia działalności gospodarczej decydują okoliczności faktyczne, a nie samo wykreślenie wpisu z rejestru³⁵, w związku z czym istnieje możliwość wydania takiej decyzji, jeżeli w toku postępowania dowodowego zostanie ustalone, iż świadczeniobiorca nie prowadzi działalności gospodarczej.

Autor przychyła się do tego drugiego poglądu, kierując się również do wspomnianej już wyżej zasady wyjaśniania okoliczności na korzyść pacjenta oraz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej. Interpretacja ta będzie miała szczególne znaczenie dla osób w kryzysie ubóstwa czy bezdomności, które rzeczywiście nie prowadzą działalności gospodarczej od dłuższego czasu, natomiast nie dokonały odpowiedniej czynności wyrejestrowującej.

³⁴ wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 18 kwietnia 2018 roku, sygn. akt I OSK 1380/16 czy wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 17 września 2020 roku, sygn. akt II GSK 128/20,

³⁵ wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 8 listopada 2017 roku, sygn. akt VI SA/Wa 958/17 czy wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 10 lipca 2023 roku, sygn. akt II GSK 1306/19,

VIII. Wnioski końcowe

Samą istotę decyzji o potwierdzeniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej należy ocenić jak najbardziej pozytywnie. Stanowi ona narzędzie ochrony interesów zarówno świadczeniobiorców, jak i świadczeniodawców udzielających świadczeń zdrowotnych. Nie jest to jednak narzędzie idealne; legislacja w tym zakresie pozostawia kilka niedopowiedzeń. Chociaż na pozór jest to instytucja podobna do świadczenia z pomocy społecznej, o czym świadczy uzupełniające stosowanie przepisów w zakresie ustalenia dochodu, przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego czy katalog podmiotów uprawnionych jest podobny do katalogu osób mogących korzystać ze świadczeń z pomocy społecznej, to pojawiają się również niedopowiedzenia choćby w zakresie właściwości miejscowej, braku zobowiązania do wykorzystania własnych zasobów czy wąskie wskazanie podmiotów mogących załatwiać sprawy z zakresu decyzji o potwierdzeniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.



Narodowy Instytut Samorządu Terytorialnego powstał w 2015 r.
Jest państwową jednostką budżetową podległą MSWiA.
Działa na rzecz dalszej profesjonalizacji samorządu terytorialnego i administracji publicznej.

EKSPERTYZY NIST, ul. Zielona 18, Łódź 90-601
Sekretariat tel. +48 42 633 10 70
e-mail: sekretariat@nist.gov.pl