



Warszawa, 04-09-2025 r.

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Marcin Wiącek

V.7010.5.2025.ETP

Pan

Donald Tusk

Prezes Rady Ministrów

via ePUAP

Szanowny Panie Premierze,

bezdomność jest uznawana za najdotkliwszą formę wykluczenia społecznego, gdyż wiąże się nie tylko z brakiem miejsca do zamieszkania, ale prowadzi także do niemożności prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie przez osoby dotknięte tym zjawiskiem oraz ich społecznej stygmatyzacji. Osoby w kryzysie bezdomności zazwyczaj pozbawione są, poza doraźnymi interwencjami w stanach nagłych, specjalistycznej opieki medycznej, zwłaszcza diagnostyki i leczenia psychiatrycznego. Na przestrzeni lat przeciwdziałanie samemu zjawisku bezdomności znajduje się wśród priorytetów Rzecznika Praw Obywatelskich i należy do najważniejszych zadań ciążących na władzy publicznej, o czym świadczy szereg norm odnoszących się do tej problematyki, zawartych m.in. w art. 75 Konstytucji RP, art. 25 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka przyjętej przez ONZ dnia 10 grudnia 1948 r., art. 11 Międzynarodowego Paktu Praw Ekonomicznych, Społecznych i Gospodarczych ONZ z dnia 16 grudnia 1966 r. oraz w art. 30 i art. 31 Europejskiej Karty Społecznej z dnia 18 października 1961 r. Warto również podkreślić, że do priorytetów polityki polonijnej rządu należy **monitorowanie sytuacji wykluczonych społecznie Polaków**

zamieszkujących za granicą, ze szczególnym uwzględnieniem osób w kryzysie bezdomności, w tym bezdomności długotrwałej, przygotowanie kompleksowej reakcji państwa, w sytuacji gdy zjawiska takie nabierają masowego wymiaru, w tym w zakresie stworzenia procedur umożliwiających potencjalny ich powrót do Polski¹, zwłaszcza w sytuacji konieczności kontynuacji leczenia, rehabilitacji medycznej czy rekonwalescencji.

Należy zwrócić uwagę na przepisy Konstytucji RP, z których w sposób jednoznaczny można wywieść prawo do pomocy władz publicznych w uzyskaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich miejsca zamieszkania i sytuacji materialnej**. Przepis art. 68 Konstytucji RP, formułujący prawo do ochrony zdrowia, nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Natomiast art. 36 Konstytucji RP wskazuje, że podczas pobytu za granicą obywatel polski ma prawo do opieki ze strony Rzeczypospolitej Polskiej.

Warunki i zakres świadczeń określa ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych², która wskazuje na możliwość korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez znaczną część osób w kryzysie bezdomności i inne osoby nieuzyskujące dochodu. Dotyczy to osób w kryzysie bezdomności, które są objęte obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, m.in. z tytułu zatrudnienia, pobierania emerytury lub renty albo zasiłku stałego z pomocy społecznej (art. 66 ust. 1 pkt 1, pkt 16, pkt 26) oraz osób bezdomnych wychodzących z bezdomności (art. 66 ust. 1 pkt 29). Poza ubezpieczonymi – osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w tej ustawie – są osoby nieubezpieczone. Do tej grupy osób ma zastosowanie przepis art. 54 ustawy o świadczeniach dający możliwość objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym osób, które takiego ubezpieczenia nie posiadają, pod warunkiem spełnienia wymienionych w tym przepisie przesłanek. W tym celu *de lege lata* konieczna jest decyzja burmistrza (wójta, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzająca prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹ Rządowa strategia współpracy z Polonią i Polakami za granicą na lata 2025-2030
<https://www.gov.pl/web/libia/rzadowa-strategia-wspolpracy-z-polonia-i-polakami-za-granica-na-lata-2025-2030>.

² tj. Dz.U. z 2024 r. poz. 146, dalej: ustawa o świadczeniach.

Jednocześnie, pomimo wskazanych regulacji, **w praktyce występują liczne problemy w dostępie osób w kryzysie bezdomności – posiadających obywatelstwo polskie, które przebywały/przebywają za granicą – do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz komunikacji z właściwymi polskimi służbami w przypadkach nagłego zagrożenia życia w ramach opieki transgranicznej.** Widoczne są także problemy tej grupy osób z otrzymaniem świadczeń leczniczych w ramach opieki krajowej.

Uzyskanie na podstawie powołanych przepisów potwierdzenia prawa do świadczeń zdrowotnych poprzedzone jest rygorystyczną i skomplikowaną procedurą, niedostosowaną do istoty zjawiska bezdomności. Obowiązujący system wymaga poddania się określonym formalnym procedurom oraz konieczności obligatoryjnego spełnienia wszystkich przesłanek zawartych w art. 54 ustawy o świadczeniach, które są problematyczne do zrealizowania dla osób w kryzysie bezdomności. Przekłada się to na liczne trudności tej grupy osób w potwierdzaniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co ma wpływ na dostępność do tych świadczeń na terenie kraju. Powyższe, w praktyce stwarza problemy, zarówno samym zainteresowanym, jak i właściwym organom publicznym.

Do mojego Biura wpływają sygnały obywateli polskich, którzy są osobami w kryzysie bezdomności i przebywają czasowo poza granicami – na terenie Niemiec³, a ich ostatnie miejsce zamieszkania było w Polsce. Jednocześnie doszło u nich do znacznego pogorszenia stanu zdrowia, tj. do utraty przytomności oraz konieczności wykonania pilnej operacji nierzadko ratującej życie. Wspomniani pacjenci z uwagi na stan zdrowia byli poddani intensywnej terapii oraz leczeniu operacyjnemu w szpitalu poza granicami kraju, jednakże, dalszy pobyt tych osób za granicą nie daje możliwości do leczenia ich schorzeń neurologicznych czy psychiatrycznych, z powodu bariery językowej i niemożności porozumienia się lekarzami różnych specjalizacji – osoby te zazwyczaj są w stanie komunikować się wyłącznie w języku polskim.

Wobec tego, w **celu poratowania zdrowia i zachowania życia tej grupy osób, dalsze leczenie specjalistyczne, w tym neurologiczne, rehabilitacja czy leczenie psychiatryczne, jest możliwe wyłącznie w Polsce.** Dochodzi do sytuacji, w których w wyniku wskazanych regulacji, polscy obywatele w kryzysie bezdomności, czasowo

³ Szacuje się, że tylko w Berlinie może być 5 tysięcy Polaków w kryzysie bezdomności, zob. [Niemiecki problem. Bezdomni Polacy na ulicach – DW – 09.02.2025](#) (dostęp: 1 września 2025 r.)

przebywając poza granicami kraju, w oczekiwaniu na długotrwałą procedurę potwierdzania prawa do świadczeń, tracą życie⁴.

Okoliczności te, w połączeniu z wnioskami płynącymi z posiedzenia działającej przy Rzeczniku Praw Obywatelskich Komisji Ekspertów ds. Przeciwdziałania Bezdomności⁵ oraz docierającymi do mnie sygnałami podczas spotkań⁶, determinują konieczność podjęcia działań systemowych w ramach zakresu odpowiednich resortów – zdrowia, spraw zagranicznych oraz sprawiedliwości. Szczegółowy zakres tych działań, wynikający z konieczności poszanowania przez władze publiczne wskazanych na wstępie norm konstytucyjnych i międzynarodowych, został przedstawiony w dalszej części niniejszego wystąpienia.

I. Zapewnienie realnej opieki zdrowotnej osobom w kryzysie bezdomności oraz innym osobom nieuzyskującym dochodu

1) Art. 54 w zw. z art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach a konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia

Należy podkreślić, że zgodnie z obecnymi regulacjami, do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oprócz osób objętych powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, mają prawo również inne osoby, tj. osoby nieubezpieczone (art. 2 ust. 1 pkt 1 i 2). Niemniej osoby inne niż ubezpieczeni muszą spełnić dodatkowe kryteria, tj. posiadać miejsce zamieszkania na terytorium Polski, legitymować się obywatelstwem polskim, mieścić się w kryterium dochodowym (art. 8 ustawy o pomocy społecznej) oraz nie posiadać zasobów majątkowych w wysokości stanowiącej podstawę odmowy przyznania świadczeń z pomocy społecznej (art. 12 ustawy o pomocy społecznej). Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osób nieubezpieczonych jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, na zasadzie art. 54 ustawy o świadczeniach.

W tym miejscu pozwolę sobie zwrócić uwagę na – sygnalizowany także przez moich poprzedników – problem uzależnienia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej

⁴ Znak: V.7010.69.2024.ETP.

⁵ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/posiedzenie-ke-przeciwdzialanie-bezdomnosci-polacy-zagranica>

⁶ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/brpo-spotkanie-leczenie-kryzys-bezdomnosci>

finansowanych ze środków publicznych od sytuacji materialnej obywateli⁷. W szczególności podkreślenia wymaga, że **konstrukcja prawna zastosowana w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, odnosząca się do kryterium dochodowego, budzi wątpliwości w świetle art. 68 Konstytucji RP** oraz w kontekście orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego. Trzeba bowiem pamiętać, że ochrona zdrowia jest ściśle powiązana z ochroną życia (art. 38 Konstytucji RP), a prawo do życia z godnością człowieka (art. 30 Konstytucji RP). W konsekwencji prawo do ochrony zdrowia, to przede wszystkim prawo do zachowania życia i jego ochrony, gdy jest zagrożone. Przepis art. 68 ust. 1 Konstytucji RP nie ma więc deklaratorywnego charakteru, wynikają z niego bowiem określone obowiązki władzy publicznej. Z faktu, iż „każdy” ma prawo do ochrony zdrowia, wynika w szczególności, że Konstytucja RP wyklucza jakiekolwiek wyłączenia podmiotowe w tym zakresie. Ponadto, na co zwrócił uwagę Trybunał Konstytucyjny w wyrokach z dnia 23 marca 1999 r.⁸ oraz z dnia 7 stycznia 2004 r.⁹, z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP należy wywieść prawo podmiotowe jednostki do ochrony zdrowia. Treścią tego prawa jest możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności.

Prawo do ochrony zdrowia jest konstytucyjnie gwarantowane, i to nie tylko jako prawo, które co do szczegółów nadane zostaje jego adresatom przez władzę państwową, ale jako prawo podstawowe wynikające z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka, którego przestrzeganie władza państwowa jest zobowiązana ochraniać¹⁰.

W wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r. Trybunał Konstytucyjny uznał również, że świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych mają być dostępne dla obywateli¹¹. Przy czym nie chodzi tylko o dostępność formalną, deklarowaną przez przepisy prawa o charakterze programowym, ale o dostępność rzeczywistą, stanowiącą realizację określonego w art. 68 ust. 1 Konstytucji RP prawa do ochrony zdrowia. Ponadto, zdaniem Trybunału „(...) dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych musi być równy dla wszystkich obywateli,

⁷ Pismo RPO z dnia 1 lutego 2010 r. - RPO-630971-X/09 oraz z dnia 4 października 2013 r. - RPO-749843-V/13 oraz pismo z dnia 5 marca 2018 r. V.7010.17.2016.AA.

⁸ sygn. akt K 2/98.

⁹ sygn. akt K 14/03.

¹⁰ zob. A. Zoll, *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8.

¹¹ sygn. akt K 14/03.

niezależnie od ich sytuacji materialnej. Proklamowana w analizowanym przepisie równość w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej stanowi rozwinięcie wyrażonej w art. 32 Konstytucji zasady równości oraz koncepcji solidaryzmu społecznego. **Zasady korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie są bowiem niezależne od zakresu partycypacji poszczególnych członków wspólnoty obywatelskiej w tworzeniu zasobu środków publicznych stanowiących źródło ich finansowania.** Podobnie też jak sam dostęp do świadczeń, musi to być równość w ujęciu rzeczywistym, a nie tylko formalnym.”

Według konstrukcji prawnej zastosowanej w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, osoby posiadające obywatelstwo polskie, inne niż ubezpieczeni, nabywają prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej tylko wówczas, gdy spełniają kryterium dochodowe i majątkowe określone przez ustawodawcę. Rozwiązanie to budzi wątpliwości, zwłaszcza w kontekście treści art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, który gwarantuje wszystkim obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wobec tego, przepis ten w istocie wskazuje na jedyne kryterium równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jakim jest kryterium obywatelstwa. W tym zakresie sytuacja materialna obywatela polskiego korzystającego ze świadczeń zdrowotnych zdaje się mieć prawne znaczenie w zakresie jego zdolności materialnej do współuczestnictwa w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast nie decyduje o samym prawie do świadczenia, bowiem to prawo Konstytucja RP wiąże wyłącznie z posiadaniem obywatelstwa polskiego.

Kolejnym argumentem potwierdzającym wątpliwości co do kryterium dochodowego w potwierdzeniu prawa do świadczeń, są pozyskane przez Rzecznika Praw Obywatelskich informacje z Centrali NFZ wskazujące, że z treści uzasadnień decyzji odmownych przekazanych do tego organu wynikają powody **odmów potwierdzenia prawa do świadczeń z art. 54 ustawy o świadczeniach, do których należą m.in. brak możliwości ustalenia przez pracowników socjalnych miejsca pobytu, sytuacja dochodowa i materialno-bytowa osoby objętej postępowaniem oraz przekroczenie kryterium dochodowego**¹².

¹² Pismo z dnia 10.03.2025 r., znak: V.7010.5.2025.ETP.

Jednocześnie należy zauważyć, że przepisy ustawy o świadczeniach nie dopuszczają możliwości wydania decyzji o odmowie potwierdzenia prawa do świadczeń zdrowotnych z powodu trudności lub niemożności przeprowadzenia wywiadu ze świadczeniobiorcą¹³ czy braku ustalenia sytuacji dochodowej świadczeniobiorcy¹⁴.

Organy, niezależnie od ich woli lub przekonania, przy podejmowaniu decyzji w trybie art. 54 ustawy mają obowiązek ustalić, czy strona spełnia warunki określone w przepisie tym i jedynie w takiej sytuacji wydać decyzję zgodną z wnioskiem. Organy orzekające w tym przedmiocie nie mogą działać na zasadzie uznania administracyjnego, bowiem decyzja ta ma charakter decyzji związanej.

Ustawodawca nie przewidział możliwości odmówienia potwierdzenia prawa do świadczeń zdrowotnych z powodu np. trudności czy niemożności przeprowadzenia wywiadu środowiskowego, jak też ustalenia sytuacji dochodowej świadczeniobiorcy. Nie uwzględniono specyfiki sytuacji zdrowotnej, w tym stanu nieprzytomności, zaburzeń świadomości czy pamięci.

Jednocześnie wskazane trudności zarówno świadczeniobiorców, jak i organów, z ustaleniem, czy spełnione zostały przesłanki obligatoryjne z art. 54 ustawy, tj. kryterium dochodowe, przeprowadzenie wywiadu środowiskowego, wskazują na konieczność zmian systemowych w tym zakresie.

2) Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium innego państwa członkowskiego UE/EFTA

Kwestie związane z dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej oraz potwierdzaniem prawa do świadczeń osób znajdujących się w sytuacji transgranicznej na terytorium państw członkowskich UE/EFTA regulują przepisy rozporządzenia unijnego¹⁵. Jak wynika z informacji przekazanych z Centrali NFZ, zakres uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium innego państwa członkowskiego UE/EFTA uzależniony jest od charakteru pobytu osoby na

¹³ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 31 maja 2010 r., sygn. I OSK 316/10, Wojewódzki Sąd Administracyjny w Poznaniu, wyrok z dnia 16 lipca 2009 r. wydanym w sprawie o sygn. IV SA/Po 337/09.

¹⁴ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Rzeszowie z dnia 2 marca 2021 r., sygn. II SA/Rz 116/21.

¹⁵ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 dotyczące wykonywania rozporządzenia nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

terytorium tego państwa oraz od trybu leczenia¹⁶. Wśród dokumentów uprawniających do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji wymienić można np. Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ (CTZ) czy dokument przenośny S1. Do NFZ wpływają prośby o wydanie certyfikatów tymczasowo zastępujących EKUZ kierowane bezpośrednio przez zagraniczne placówki medyczne - zdarza się, że zagraniczni świadczeniodawcy informują ten organ, że dana osoba znajduje się w kryzysie bezdomności.

W przypadku osób znajdujących się w sytuacji transgranicznej, które nie mają prawa do świadczeń zgodnie z polskim ustawodawstwem, nie ma podstawy do wydawania dokumentów uprawniających z uwagi na brak właściwości polskiego ustawodawstwa.

Wobec powyższego, potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jest niezbędne, aby obywatel Polski mógł korzystać ze świadczeń zdrowotnych zgodnie z przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w innym państwie UE/EFTA.

- 3) **Problem dostępu do świadczeń zdrowotnych osób w kryzysie bezdomności jest również widoczny na gruncie krajowym.** Do Biura Rzecznika wpływają sprawy, w których podnoszone są trudności w dostępie do opieki stomatologicznej dla osób w kryzysie bezdomności i skrajnego ubóstwa¹⁷. W tym zakresie towarzyszącym problemem osób w kryzysie bezdomności jest często brak ubezpieczenia zdrowotnego, z uwagi na nieposiadanie przez te osoby stałego miejsca zamieszkania.

Problem stanowi również to, że osoby w kryzysie bezdomności znajdują się niejednokrotnie poza systemem zdrowotnym, z uwagi na brak miejsca stałego pobytu czy brak dowodu osobistego. Natomiast, gdy osoby te trafiają do podmiotów leczniczych wymagają nie tylko leczenia i diagnostyki, jak wszyscy pacjenci, ale też wielu dodatkowych działań - niezwiązanych wyłącznie ze stroną medyczną. Wymagają również zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego po opuszczeniu placówki i kontynuacji dalszego leczenia¹⁸. Na istotne trudności napotykają bezdomni w realizacji prawa do opieki długoterminowej. Brak

¹⁶ Pismo z dnia 10.03.2025 r., znak: V.7010.5.2025.ETP.

¹⁷ Pismo z dnia 22.08.2024 r. znak: V.7010.44.2024.ETP.

¹⁸ Pismo z dnia 20.11.2024 r. znak: V.7010.83.2024. ETP.

możliwości korzystania z niezbędnych świadczeń zdrowotnych oraz przewlekła procedura przyjęcia do zakładów opiekuńczych i domów pomocy społecznej, skutkuje niejednokrotnie koniecznością długotrwałej i kosztownej hospitalizacji tych osób.

Dodatkowe problemy w zapewnieniu osobom w kryzysie bezdomności właściwej opieki i pomocy wiążą się z występowaniem w środowisku tych osób wielochorobowości, w tym chorób psychicznych, włącznie z uzależnieniami i ich skutkami. Problem zapewnienia faktycznej i realnej opieki zdrowotnej tym osobom jest nadal aktualny, szczególnie w zakresie opieki poszpitalnej, opieki psychiatrycznej i pomocy psychologicznej. Oddziały leczenia nerwic przekształcane są na oddziały dzienne, co wyklucza *a priori* osoby bezdomne. Kolejną problematyczną kwestią jest to, że szpitale psychiatryczne zazwyczaj odmawiają przyjęcia osób w kryzysie bezdomności, co skutkuje pozbawieniem realnego dostępu do leczenia dla tej grupy osób.

II. Usprawnienie i odformalizowanie potwierdzenia prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych i wydawanych decyzji z art. 54 ustawy o świadczeniach dla osób w kryzysie bezdomności

- 1) W powyższym przepisie **brak jest regulacji przewidującej obowiązek niezwłocznego wydania decyzji**, w sytuacji, gdy z uwagi na stan zdrowia, pacjent wymaga dalszego pilnego leczenia w Polsce, którego zaniechanie stanowi zagrożenie dla jego zdrowia i życia.

Do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich wpływają sygnały świadczące o przewlekłym prowadzeniu postępowania administracyjnego w sprawie potwierdzania prawa do świadczeń z art. 54 ustawy o świadczeniach.

Natomiast w przypadku zagrożenia zdrowia i życia, **organ powinien wydać decyzję poświadczającą prawo do świadczeń z art. 54 ustawy o świadczeniach bez zbędnej zwłoki w momencie wpłynięcia kompletnego wniosku, a jedynie w szczególnie uzasadnionych okolicznościach w terminie nie dłuższym niż 3 dni**. Wynika to z faktu, że osoba w kryzysie bezdomności i cierpiąca na zaburzenia psychiczne może nie mieć możliwości odebrania decyzji wysłanej pocztą (gdyż nie ma miejsca zamieszkania) czy też elektronicznie. Wydanie decyzji „od ręki” jest w takiej sytuacji jedynym rozwiązaniem, które w praktyce będzie skuteczne i zgodne z intencją ustrojodawcy.

- 2) Obecny kształt przepisów determinuje konieczność spełniania jednej z obligatoryjnych przesłanek określonej w art. 54 ustawy o świadczeniach, jaką jest przedłożenie dokumentów potwierdzających zamieszkiwanie na terenie Polski przez osobę będącą obywatelem Polski, która znajduje się w kryzysie bezdomności i czasowo przebywają poza granicami kraju. Spełnienie tego wymogu może być szczególnie utrudnione dla osób w kryzysie bezdomności, które nie posiadają stałego miejsca zamieszkania.

Wobec tego, **konieczność spełnienia przesłanki pod postacią przedłożenia dokumentów potwierdzających miejsce zamieszkania na terenie Polski jest bardzo utrudniona i nie jest dostosowana do sytuacji osób bezdomnych**. W szczególności dotyczy to osób hospitalizowanych za granicą.

Wydaje się, że kluczowym rozwiązaniem jest zastąpienie tej przesłanki np. oświadczeniem pacjenta lub reprezentującego go pełnomocnika o ostatnim miejscu zamieszkania w kraju oraz **odstąpienie od wywiadu środowiskowego**. Występują bowiem przypadki, gdy organy odmawiały potwierdzenia prawa do świadczeń zgodnie z art. 54 ustawy o świadczeniach z uwagi na odmowę przez osobę objętą postępowaniem przeprowadzenia wywiadu środowiskowego.

- 3) Za wiarygodne i wystarczające źródło informacji potwierdzającej kryzys bezdomności należy przyjąć oświadczenia i zaświadczenia wystawione przez osoby wykonujące zawody zaufania publicznego, lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych oraz prawniczych. Nie wymagają one weryfikacji ani dodatkowego potwierdzania.

4) **Zastosowanie przepisów uproszczonych k.p.a.**

Z docierających do Rzecznika Praw Obywatelskich sygnałów pełnomocników reprezentujących osoby w kryzysie bezdomności wynika, że w postępowaniu w przedmiocie poświadczenia prawa do świadczeń na zasadzie art. 54 ustawy o świadczeniach, urzędy gminne (MOPS) działają w sposób opieszły, czasem wręcz wrogi. Postępowanie dowodowe jest prowadzone w sposób przewlekły, a decyzje w tym przedmiocie są wydawane w długiej perspektywie czasowej. Niejednokrotnie organy wydają decyzje odmowne, co determinuje każdorazowe odwołanie do właściwego samorządowego kolegium odwoławczego, a to w konsekwencji wydłuża okres całego postępowania. Wszystko to w sytuacji, gdy każdy dzień opóźnienia zwiększa ryzyko zgonu osoby w kryzysie bezdomności, a jednocześnie podnosi koszty leczenia poza granicami kraju.

Mając na uwadze powyższe, **w przypadkach nagłego udzielania świadczenia, w tym w odniesieniu do osób w kryzysie bezdomności, za niezbędne należałoby uznać odesłanie w art. 54 ustawy o świadczeniach możliwości prowadzenia postępowania administracyjnego uproszczonego, maksymalnie przyśpieszonego - art. 163b-163g k.p.a¹⁹.**

Celem tej procedury jest uproszczenie w pewnych sytuacjach postępowania i jego odformalizowanie, co w założeniu ma się przyczynić do poprawy szybkości i sprawności postępowania²⁰.

Jednocześnie kodeksowymi przesłankami prowadzenia postępowania uproszczonego są następujące przesłanki: istnienie przepisu szczególnego pozwalającego na załatwienie sprawy w trybie uproszczonym (art. 163b § 1 k.p.a.), gdy dotyczy jednej strony postępowania (art. 163b § 2 k.p.a.), na wniosek której wszczyna się postępowanie (art. 163c w zw. z art. 163e § 1 k.p.a.), brak powołania przez stronę w toku postępowania nowych okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, których uwzględnienie doprowadzi do jego przedłużenia (art. 163d k.p.a.)²¹. Nadto w sprawach rozpatrywanych w postępowaniu uproszczonym stosuje się przepisy o milczącym załatwieniu sprawy (art. 163b § 3 k.p.a.). To znaczy, że decyzja w postępowaniu w tym trybie, w uzasadnionych (np. kryzysem bezdomności, chorobą, nieprzytomnością) przypadkach jest wydawana bezpośrednio po złożeniu wniosku, o ile nie wystąpią przesłanki do jej niewydania lub prowadzenia postępowania w innym trybie.

III. Uprawnienie konsulów do poświadczania prawa do świadczeń na zasadzie art. 54 ustawy o świadczeniach

Niezwykle istotny jest postulat przyznania konsulowi polskiemu uprawnienia do wydania decyzji zgodnie z art. 54 ustawy o świadczeniach, umożliwiającej powrót osoby chorej do kraju dla ratowania życia i zdrowia. Powyższe

¹⁹ Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 572, dalej: k.p.a.).

²⁰ por. Z. Kmiecik, *Koncepcja trybu uproszczonego w postępowaniu administracyjnym ogólnym*, PiP 2014/8, s. 100.

²¹ por. Jaśkowska Małgorzata, Wilbrandt - Gotowicz Martyna, Wróbel Andrzej, *Komentarz aktualizowany do Kodeksu postępowania administracyjnego*, Opublikowano: LEX/el. 2025.

determinuje zmianę nie tylko w przepisach ustawy o świadczeniach – art. 54, ale również w prawie konsularnym²² – art. 34.

1) Zmiany w ustawie o świadczeniach – nowe uprawnienie dla konsulów

W tym zakresie w ustawie o świadczeniach należałoby dookreślić w szczególności, że w przypadku obywateli polskich doświadczających kryzysu bezdomności za granicą, konsul właściwy terytorialnie zgodnie z bieżącym miejscem pobytu świadczeniobiorcy może przyjąć oświadczenie o kryzysie bezdomności oraz wydać decyzję, o której mowa w art. 54 ustawy o świadczeniach, informując o niej wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania bądź ostatniego miejsca zameldowania w kraju świadczeniobiorcy. Konsul właściwy terytorialnie, zgodnie z bieżącym miejscem pobytu świadczeniobiorcy, mógłby wszcząć postępowanie w celu wydania przedmiotowej decyzji, również z urzędu, na wniosek Funduszu, na wniosek rodziny lub osoby najbliższej świadczeniobiorcy, lekarza prowadzącego lub pracownika socjalnego.

W przypadku obywateli polskich w kryzysie bezdomności doświadczających utraty przytomności, zaburzeń pamięci lub świadomości bądź innego stanu zdrowotnego uniemożliwiającego dopełnienie wymogów, o których mowa w art. 54 ust. 3 ustawy o świadczeniach, decyzja poświadczająca prawo do świadczeń powinna być wydana z urzędu przez konsula właściwego terytorialnie zgodnie z bieżącym miejscem pobytu świadczeniobiorcy, informując wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub ostatniego zameldowania w Polsce świadczeniobiorcy.

Jednocześnie w przypadku obywateli polskich doświadczających kryzysu bezdomności za granicą konsul właściwy terytorialnie zgodnie z bieżącym miejscem pobytu świadczeniobiorcy mógłby przekazać do właściwych organów w kraju, na wniosek osoby w kryzysie bezdomności lub z urzędu – w przypadku osoby nieprzytomnej czy doświadczającej zaburzeń pamięci lub świadomości – skierowanie na leczenie szpitalne lub rehabilitację leczniczą w kraju.

²² Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. Prawo konsularne (Dz.U. z 2023 r., poz. 1329, dalej: prawo konsularne).

- 2) **Konieczne jest wyznaczenie osoby z Centrali NFZ**, która będzie koordynować powrót osób nieprzytomnych, z zaburzeniami świadomości bądź pamięci oraz obywateli w kryzysie bezdomności do kraju, tj. będzie znajdowała miejsce w szpitalu dla bezdomnych pacjentów, będzie dalej kierować ich do leczenia oraz koordynować transport medyczny. Obecnie w szpitalach oraz klinikach rehabilitacyjnych występują częste odmowy przyjęcia osób w kryzysie bezdomności powracających do kraju. Kontakt z NFZ ze strony osób ze służby konsularnej czy lekarzy prowadzących leczenie chorego za granicą jest obecnie utrudniony, niejednokrotnie niemożliwy.

3) **Zmiany w prawie konsularnym – nowe uprawnienie dla konsułów**

W związku z postulowanymi wyżej zmianami, należałoby dookreślić w prawie konsularnym nowe uprawnienia konsula w zakresie:

- przyjmowania oświadczenia o kryzysie bezdomności doświadczanym za granicą i wydawania decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych lub innych świadczeń opieki społecznej na wniosek lub z urzędu, na podstawie odrębnych przepisów;
- przekazywania właściwym organom w kraju skierowania lekarskiego z zagranicy na leczenie szpitalne lub rehabilitację leczniczą w kraju, na wniosek osoby w kryzysie bezdomności oraz lekarza prowadzącego lub rodziny w przypadku osoby nieprzytomnej, osoby z zaburzeniami pamięci lub świadomości w przebiegu chorób psychicznych lub innego stanu utrudniającego komunikację. W uzasadnionych przypadkach konsul mógłby wnioskować do NFZ z urzędu o objęcie leczeniem szpitalnym lub rehabilitacją leczniczą w kraju bez skierowania np. w stanach nagłych;
- występowania z urzędu do właściwych organów państwa i samorządu terytorialnego w imieniu osoby nieprzytomnej, osoby z zaburzeniami pamięci lub świadomości w przebiegu chorób psychicznych lub innego stanu utrudniającego komunikację w zakresie dotyczącym organizacji powrotu do kraju w celu kontynuacji leczenia szpitalnego, rehabilitacji leczniczej lub rekonwalescencji. W procesie wspomaganego podejmowania decyzji, konsul powinien w uzasadnionych przypadkach mieć możliwość formalnego reprezentowania chorego przed organami i instytucjami krajowymi i zagranicznymi w zakresie niezbędnym do sprawnej organizacji kontynuacji

leczenia i transportu do kraju, zgodnie z domniemaną wolą chorego i w jego interesie, spełniając tymczasowo obowiązki pełnomocnika wspomagającego lub asysty prawnej, w miarę możliwości w porozumieniu z chorym i jego rodziną.

IV. Inne uwagi dotyczące art. 54 ustawy o świadczeniach

- 1) W ustawie o świadczeniach **brak jest definicji miejsca zamieszkania** i ewentualnego odesłania w art. 54 ustawy o świadczeniach do regulacji cywilistycznych. Kreuje to problemy interpretacyjne dla organów I instancji wydających decyzje o poświadczające prawo do świadczeń, w których miejsce zamieszkania jest utożsamiane jedynie z miejscem zameldowania.

W konsekwencji przy ustaleniu miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy zasadne jest posiłkowanie się treścią art. 25 k.c.²³, zgodnie z którym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

Ponieważ zamieszkanie będzie definiowane nie w rozumieniu prawa administracyjnego – przez zameldowanie, lecz zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego, każdy dokument potwierdzający, że dana osoba przebywa w danej miejscowości z zamiarem stałego pobytu będzie dokumentem potwierdzającym fakt zamieszkania²⁴.

Wystarczy więc, że zamiar taki wynika z zachowania danej osoby, polegającej na ześrodkowaniu swojej aktywności życiowej w określonej miejscowości – tak rozumiane zamieszkanie nie sprowadza się zatem do zameldowania²⁵.

Jednocześnie nie bez znaczenia jest przy tym, że obywatel polski, będący osobą w kryzysie bezdomności, czasowo przebywający poza granicami, dla trwałego poratowania zdrowia oraz zachowania życia z uwagi na niezbędne dalsze leczenie specjalistyczne np. neurologiczne, rehabilitację neurologiczną czy leczenie psychiatryczne, będzie przebywać w kraju.

²³Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1061, dalej: k.c.).

²⁴ zob. B. Łukasik, J. Nowak-Kubiak, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, LEX/el.

²⁵ Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 19 marca 2019 r. sygn. II GW 43/18 i Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 28 września 2021 r. sygn. II GW 59/21.

- 2) **W art. 54 ustawy o świadczeniach brak jest regulacji określających właściwość miejscową organu, w sytuacji braku możliwości ustalenia miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy.** W orzecznictwie można dostrzec, że na tym tle dochodzi do sporów kompetencyjnych między organami. W jednym z orzeczeń NSA²⁶ zauważył, że pomimo, iż ustawa o świadczeniach stanowi *lex specialis* w stosunku do przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego, to należy się posłkować regulacją art. 21 k.p.a.

Brzmienie tego przepisu wskazuje, że **w sytuacji braku możliwości ustalenia miejsca zamieszkania lub pobytu strony, właściwy miejscowo organ określa się według ostatniego miejsca zamieszkania lub ostatniego miejsca pobytu.**

Gdy jest to niemożliwe 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 miasta stołecznego Warszawy.

Należy dostrzec, że w znaczeniu materialnym miejsce zamieszkania należałoby dookreślić w myśl regulacji cywilistycznych, a proceduralnie – zgodnie z k.p.a., gdyż niezbędne jest uszczegółowienie definicji zamieszkania, tak aby wyjść na naprzeciw orzecznictwu²⁷. Warto rozważyć przyjęcie zasady określania właściwości miejscowej na podstawie miejscowości ostatniego zameldowania w przypadku osób o niemożliwym do ustalenia miejscu zamieszkania w kraju, które nie są w stanie udzielić informacji na ten temat z powodu nieprzytomności (np. śpiączki), zaburzeń pamięci lub świadomości w przebiegu chorób psychicznych lub innych stanów utrudniających komunikację.

- 3) Kolejną kwestią problematyczną jest to, że art. 54 pkt 4 ustawy o świadczeniach **nie przewiduje, że w sytuacjach nagłych z wnioskiem o wydanie decyzji poświadczającej prawo do świadczeń finansowanych ze środków publicznych może zwrócić się również świadczeniodawca zagraniczny.** Natomiast można wyobrazić sobie sytuację, gdy z uwagi na stan zdrowia pacjenta, który może być nieprzytomny i wymagający pilnej interwencji medycznej z uwagi na zagrożenie zdrowia i życia, z wnioskiem o poświadczenie prawa z tego tytułu zwróci się

²⁶ sygn. II GW 43/18.

²⁷ por.m.in. postanowienia NSA: z 19 marca 2019 r., sygn. akt II GW 43/18; z 14 listopada 2017 r., sygn. akt II GW 36/17; z 28 września 2017 r., sygn. akt II GW 33/17; z 2 czerwca 2017 r., sygn. akt. II GW 12/17.

zagraniczna placówka udzielająca świadczeń zdrowotnych, bądź lekarz prowadzący chorego, również za pośrednictwem właściwego miejscowo konsula.

Wskazana ustawa definiuje bowiem, podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej. Z kolei art. 4 ustawy o działalności leczniczej wskazuje na różne podmioty – np. przedsiębiorców, prowadzących działalność gospodarczą, instytuty badawcze itd., lecz nie ma wśród nich podmiotów leczniczych zagranicznych.

Wobec czego, art. 54 ustawy o świadczeniach nie dostrzega aspektu transgraniczności, tak jak czyni to np. art. 42a czy art. 42j wskazanej ustawy. Wymaga to ujednolicenia podejścia tych przepisów.

V. Abolicja i upadłość konsumencka stosowana wobec osób w kryzysie bezdomności

- 1) Za konieczne uznać należy uproszczenie upadłości konsumenckiej wobec osób w kryzysie bezdomności. Niejednokrotnie występują bowiem sytuacje, w których osoby bezdomne nie są w stanie pracować na umowę o pracę czy kontrakt z uwagi na długi – pracują w tzw. szarej strefie lub wręcz są zmuszane systemowo do pracy „na czarno”.
- 2) Warto zauważyć, że upadłość konsumencka nie rozwiązuje kluczowych problemów, które w dużej części przypadków uniemożliwiają w praktyce wyjście z kryzysu bezdomności. Chodzi tu o zobowiązania alimentacyjne, nawiązki i grzywny, których umorzenie wyłącza art. 491²¹ ust. 2 Prawa upadłościowego²⁸. W sytuacjach skrajnych, a taką jest niemal zawsze kryzys bezdomności, także i te zobowiązania powinny być umarzane. Są one i tak nieściągalne, natomiast stanowią nieusuwalne obciążenie.
- 3) Warto zastanowić się nad wprowadzeniem abolicji warunkowej, choćby uzależnionej od przyjętej, minimalnej cezury czasu regulowania obowiązku alimentacyjnego w przyjętym przedziale czasu. Dla przykładu można przyjąć konstrukcję abolicji opartej o warunkową formułę czynnego żalu podjęcia pracy w ciągu 12 miesięcy od powrotu do kraju i dokonania zapłaty co najmniej 6 rat alimentacyjnych.

²⁸ Ustawa z dnia 28 lutego 2003 r. Prawo upadłościowe (tj. Dz.U. z 2025 r., poz. 614, dalej: Prawo upadłościowe).

4) Istotne wydaje się być odroczenie/przerwa na warunkach fakultatywnych, opisanych w art. 151 i art. 153 k.w.²⁹. Pozwoliłoby to objąć szersze grono beneficjentów tej instytucji, zarazem stwarzając w określonej jednostce czasu możliwość readaptacji osobie w kryzysie bezdomności. Należałoby tu uwzględnić, iż w stosunku do osób w kryzysie bezdomności, które wróciły do kraju jako dłużnicy alimentacyjni **można byłoby zaproponować szersze warunki dla warunkowego zawieszenia, nie obejmujące wyłącznie kar do roku pozbawienia wolności**, a więc odnoszących się tylko do czynów opisanych w art. 209 § 1 k.k.³⁰. Dotychczasowa konstrukcja nie obejmuje bowiem sytuacji opisanych w art. 209 § 1a k.k., co z punktu widzenia osób w kryzysie bezdomności, których należałoby realnie zachęcić do powrotu do kraju pod warunkiem podjęcia pracy, jest rozwiązaniem optymalnym i oczekiwanym. Świadczenie przez nich pracy w warunkach wolnościowych przyniesie zarówno skazanym, jak osobom uprawnionym w zakresie alimentacji znacznie więcej pożytku.

Wobec powyższego, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 1264 ze zm.), zwracam się do Pana Premiera z uprzejmą prośbą o ustosunkowanie się do przedstawionych problemów oraz przedstawienie podjętych, jak i planowanych przez wskazane resorty działań w celu poprawy zaistniałej sytuacji, w szczególności w zakresie zmian legislacyjnych w poświadczaniu prawa do świadczeń ze środków publicznych dla osób w kryzysie bezdomności przebywających zarówno za granicą, jak i w kraju, oraz w zakresie abolicji i upadłości konsumenckiej.

Z poważaniem

Marcin Wiącek

Rzecznik Praw Obywatelskich

²⁹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (tj. Dz.U., z 2024 r., poz. 706, ze zm., dalej: k.w.).

³⁰ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tj. Dz.U. z 2025 r., poz. 383, dalej: k.k.).

/-wydano i podpisano elektronicznie/

Do wiadomości:

1. **Pan Radosław Sikorski** – Przewodniczący Międzyresortowego Zespołu do spraw Polonii i Polaków za Granicą, Minister Spraw Zagranicznych, Wiceprezes Rady Ministrów.
2. **Pani Poseł Marcelina Zawisza** – Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. zakończenia bezdomności.
3. **Pani Poseł Marta Golbik** - Przewodnicząca Komisji Zdrowia Sejmu RP.