

18/2/A/2005

WYROK

z dnia 28 lutego 2005 r.

Sygn. akt P 7/03*

W imieniu Rzeczypospolitej Polskiej

Trybunał Konstytucyjny w składzie:

Marek Mazurkiewicz – przewodniczący

Marian Grzybowski

Wiesław Johann – sprawozdawca

Jerzy Stępień

Bohdan Zdziennicki,

protokolant: Krzysztof Zalecki,

po rozpoznaniu, z udziałem Sejmu i Prokuratora Generalnego, na rozprawie w dniu 28 lutego 2005 r., pytania prawnego Sądu Apelacyjnego w Lublinie o zbadanie zgodności: art. 53 ust. 2 oraz ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.), uchylonej ustawą z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zm.), z art. 68 ust. 2 Konstytucji,

o r z e k a:

Art. 53 ust. 2 oraz ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468, z 1998 r. Nr 117, poz. 756, Nr 137, poz. 887, Nr 144, poz. 929 i Nr 162, poz. 1116, z 1999 r. Nr 45, poz. 439, Nr 49, poz. 483, Nr 63, poz. 700, Nr 70, poz. 777, Nr 72, poz. 802, Nr 109, poz. 1236 i Nr 110, poz. 1255 i 1256, z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 18, poz. 230, Nr 95, poz. 1041 i Nr 122, poz. 1311 i 1324, z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 88, poz. 961, Nr 97, poz. 1050, Nr 126, poz. 1382 i 1384 i Nr 154, poz. 1796 i 1801 oraz z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 83, poz. 749, Nr 153, poz. 1271, Nr 200, poz. 1689, Nr 230, poz. 1920 i Nr 241, poz. 2074) **nie są niezgodne z art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.**

UZASADNIENIE:

I

1. Postanowieniem z 16 stycznia 2003 r. (sygn. akt I A Ca 583/02) Sąd Apelacyjny w Lublinie zwrócił się z pytaniem prawnym czy art. 53 ust. 2 i ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.; dalej: ustawa o p.u.z.) jest zgodny z art. 68 ust. 2 Konstytucji.

* Sentencja została ogłoszona dnia 8 marca 2005 r. w Dz. U. Nr 38, poz. 364.

Wątpliwość Sądu powstała na gruncie następującego stanu faktycznego. Jeden z samodzielnych publicznych szpitali zawarł z kasą chorych umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego na rok 2000. Maksymalny poziom finansowania świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej strony ustaliły na 14 130 zł, natomiast poziom świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego na 160 000 zł. Określiły też sposób i terminy uiszczania należności oraz ustaliły miesięczne limity i wartości świadczeń. Na podstawie umowy szpitalowi nie przysługuje roszczenie z tytułu wykonania świadczeń ponadlimitowych, chyba że po upływie każdego kwartału strony dodatkowym porozumieniem ustalą sposób ich finansowania. W ciągu roku do szpitala zgłaszali się chorzy w liczbach przekraczających ustalone limity, a szpital w roku 2000 – wykonując świadczenia – przekroczył limit umowy o ponad 265 tys. zł. Kasa chorych uiszczała należności z tytułu świadczeń mieszczących się w limicie, a w drodze zawartego porozumienia refundowała szpitalowi w 40% świadczenia ponadlimitowe udzielone w pierwszym półroczu 2000 r.; w pozostałym zakresie (ponad 217 tys. zł) odmówiła refundacji. Podstawą roszczenia szpitala jest art. 471 k.c. (odpowiedzialność z tytułu niewykonania zobowiązania) i art. 405 k.c. (odpowiedzialność z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia) oraz art. 68 Konstytucji w związku z art. 31, art. 58 ust. 3 i art. 60 ustawy o p.u.z. i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 ze zm.; dalej: pragmatyka lekarska) oraz art. 19 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. Nr 91, poz. 410 ze zm.), art. 10 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 ze zm.; dalej: ustawa o zdrowiu psychicznym) i art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. Nr 35, poz. 230 ze zm.; dalej: ustawa o wychowaniu w trzeźwości). Sąd I instancji oddalił powództwo co do art. 68 Konstytucji stwierdzając, że przepisy wskazanych ustaw nakładają na pracowników służby zdrowia określone obowiązki względem pacjentów, nie precyzując jednak kto ma finansować realizację zadań. Podstawy finansowania zostały określone w art. 4 i art. 53 ustawy o p.u.z., z których wynika, iż kasa chorych ma obowiązek przestrzegania zasady równoważenia kosztów z przychodami oraz zasady, że suma kwot zobowiązań kasy chorych wobec świadczeniodawców ze wszystkich zawartych umów musi się mieścić w planie finansowym kasy chorych.

Pytający sąd powziął wątpliwość co do zgodności art. 53 ust. 2 oraz ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy o p.u.z. z art. 68 ust. 2 Konstytucji, stanowiącym iż każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a władze publiczne obowiązane są do zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, zaś warunki i zakres udzielania świadczeń winna określić ustawa.

Zgodnie z art. 33 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.; dalej: ustawa o z.o.z.) publiczny zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów, nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub za odpłatnością całkowitą. Wynika stąd, że świadczenia finansowane są ze środków publicznych oraz pozapublicznych, niemniej – na podstawie art. 68 ust. 2 Konstytucji – władze publiczne zobligowane zostały do zapewnienia równego dostępu jedynie w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Ustawa o p.u.z. określa warunki i zakres świadczeń opieki zdrowotnej w sposób sprzeczny z art. 68 ust. 2 Konstytucji, bowiem przekazuje kwestię warunków i zakresu świadczeń do uregulowania umowami cywilnoprawnymi zawieranymi przez kasy chorych i świadczeniodawców. Skoro Konstytucja nakłada obowiązek ustawowej regulacji warunków i zakresu świadczeń zdrowotnych to – zgodnie z zasadą dostatecznej określoności prawa – ustawa winna czynić to w sposób kompletny, precyzyjny i jednoznaczny.

Podmioty mające – w drodze umów cywilnoprawnych – regulować warunki i zakres świadczeń zdrowotnych nie stoją na równych pozycjach negocjacyjnych, skutkiem czego umowy zawierane są na warunkach dyktowanych przez stronę silniejszą – instytucję prawa publicznego, dysponującą środkami publicznymi. Tym samym to kasy chorych określają w praktyce zasady dostępności i sposób rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych, a umowy zawierają jedynie ze świadczeniodawcami, oferującymi warunki najbardziej zbliżone do proponowanych przez kasę. Tymczasem zakłady opieki zdrowotnej (zwłaszcza szpitale) udzielające świadczeń zdrowotnych znajdują się w diametralnie odmiennej sytuacji, bowiem są tworzone i utrzymywane w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia (art. 1 ust. 1 ustawy o z.o.z.) i w żadnych okolicznościach nie mogą odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli pacjent potrzebuje go ze względu na zagrożenie życia (art. 7 ustawy o z.o.z.). Przytłaczającą większość pacjentów stanowią ubezpieczeni w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, których leczenie finansowane jest przez kasy chorych. Przyjętemu pacjentowi szpital zobowiązany jest zapewnić świadczenia zdrowotne, środki farmaceutyczne i materiały medyczne oraz pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia (art. 20 ustawy o z.o.z.). Obowiązkiem lekarza jest przy tym udzielenie pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka mogłaby grozić utratą życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki (art. 30 pragmatyki lekarskiej). Aby więc zakład opieki zdrowotnej uzyskał zapłatę za udzielenie pomocy medycznej osobie ubezpieczonej (której nie może odmówić świadczenia), musi zawrzeć umowę z właściwą kasą chorych, na warunkach przez nią określonych.

Realizacja art. 53 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy o p.u.z. następuje drogą ilościowego i wartościowego określenia poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych, które w ciągu danego roku zostaną sfinansowane przez kasę chorych (limitowania). Skutkiem tego po wyczerpaniu umownego rocznego limitu świadczeń chorzy – mimo, iż ubezpieczeni – leczeni są już wyłącznie na koszt zakładu opieki zdrowotnej, bowiem kasa chorych odmawia zapłaty za świadczenia udzielone ponad ustalony limit.

W opinii pytającego sądu art. 53 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy o p.u.z. nie zapewniają równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, przez co godzą w konstytucyjną normę art. 68 ust. 2 zd. 1 Konstytucji. Możliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych nie może zależeć od terminu udzielania pomocy medycznej (tj. przed czy po wyczerpaniu limitu świadczeń na dany rok), a już samo odesłanie kwestii warunków i zakresu udzielania świadczeń do regulacji umownej pozostaje w sprzeczności z normą konstytucyjną. Pytający sąd wskazał, że jeśli zaskarżone przepisy byłyby zgodne z Konstytucją, to wyłączona byłaby możliwość dochodzenia od kasy chorych roszczeń na podstawie przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu. Natomiast uznanie niekonstytucyjności zakwestionowanych przepisów otwierałoby możliwość oceny żądania szpitala przez pryzmat zawartej umowy, ale z wyłączeniem ustalonych limitów ilościowych, a tym samym pod kątem przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu.

2. Pismem z 15 maja 2003 r. stanowisko w sprawie zajął Prokurator Generalny stwierdzając, że art. 53 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy o p.u.z. jest zgodny z art. 68 ust. 2 Konstytucji i wnosząc o umorzenie postępowania w zakresie konstytucyjności art. 53 ust. 2 ustawy o p.u.z. ze względu na niedopuszczalność orzekania.

Uzasadniając wniosek o częściowe umorzenie postępowania Prokurator Generalny wskazał, że od odpowiedzi na pytanie prawne zależeć musi rozstrzygnięcie sprawy toczącej się przed sądem. Pytający sąd – twierdząc, że art. 53 ust. 2 ustawy o p.u.z. stanowić będzie podstawę oceny żądania powoda – przytaczał ów przepis w brzmieniu „kasa chorych, po

zasięgnięciu opinii przedstawicieli właściwych terytorialnie organów samorządów medycznych oraz organów założycielskich zakładów opieki zdrowotnej, określa zasady dostępności i sposoby rozliczania kosztów świadczeń medycznych”. Niemniej jednak, zdaniem Prokuratora Generalnego, w dacie zawarcia umowy oraz w okresie jej obowiązywania poddany kontroli przepis nie obowiązywał, bowiem art. 53 ust. 2 ustawy o p.u.z. stanowił wówczas: „kasa chorych po zasięgnięciu opinii samorządów zawodów medycznych określa warunki dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych, zapewnienia jakości i dostępności świadczeń, rozliczania kosztów świadczeń i mechanizmów ograniczania wzrostu tych kosztów, a także zasady kontroli realizacji umów”. Przepis znowelizowany został ustawą z dnia 20 lipca 2001 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 88, poz. 961; dalej: nowela lipcowa), która weszła w życie 27 września 2001 r. Wobec tego – w opinii Prokuratora Generalnego – art. 53 ust. 2 ustawy o p.u.z. w brzmieniu wskazanym przez sąd nie będzie stanowił bezpośredniej podstawy orzeczenia, a postępowanie w tym zakresie podlega umorzeniu z uwagi na niedopuszczalność wydania orzeczenia.

Odnosząc się do zarzutu niekonstytucyjności art. 53 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy o p.u.z. Prokurator Generalny stwierdził, że kasy chorych (art. 4 ust. 1 ustawy) realizowały ciężący na władzy publicznej konstytucyjny obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Zobowiązane były one jednak do racjonalnego wydatkowania środków (przestrzegania zasady równoważenia wydatków przychodami oraz tego, by suma kwot zobowiązań kasy wobec świadczeniodawców mieściła się w planie finansowym kasy – art. 53 ust. 3 ustawy), czego konsekwencją było między innymi kształtowanie cen usług medycznych. Tym samym kasy chorych obowiązek zapewnienia ubezpieczonym dostępu do świadczeń zdrowotnych realizowały w ramach posiadanych środków finansowych. Ustawodawca nie zagwarantował ubezpieczonym prawa do korzystania – w ramach ubezpieczenia – ze świadczeń zdrowotnych wszystkich publicznych zakładów opieki zdrowotnej, lecz jedynie tych zakładów (albo lekarzy), z którymi kasy chorych podpisały umowy, zawierane po przeprowadzeniu konkursu.

Wynikającym z art. 68 ust. 2 Konstytucji obowiązkiem władzy publicznej jest stworzenie systemu, gwarantującego równość dostępu do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. W opinii Prokuratora Generalnego nie można podzielić poglądu, że ustawodawca – niezgodnie z konstytucyjnym obowiązkiem ustawowej regulacji warunków i zakresu świadczeń zdrowotnych – odesłał regulację tej materii do umów między kasami chorych a świadczeniodawcami. Ustawa o p.u.z. określała zarówno warunki udzielania świadczeń, jak i ich zakres, a art. 53 ust. 4 ustawy nie może być rozumiany jako odesłanie przez ustawodawcę regulacji warunków i zakresu świadczeń do umów cywilnoprawnych. W świetle innych uregulowań ustawowych, przepis ten określał wyłącznie niezbędne elementy umowy między kasą chorych a konkretnym świadczeniodawcą.

3. Pismem z 26 sierpnia 2003 r. stanowisko w sprawie zajął Marszałek Sejmu stwierdzając, że art. 53 ust. 2 oraz ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy o p.u.z. jest zgodny z art. 68 ust. 2 Konstytucji. Uzasadniając powyższe wskazał, że zaskarżona ustawa (na mocy art. 165 ust. 1 ustawy o p.u.z.) nie naruszała przepisów o świadczeniach udzielanych na podstawie ustaw powołanych przez pytający sąd (m.in. ustawy o wychowaniu w trzeźwości, czy ustawy o zdrowiu psychicznym). Świadczenia, o których mowa w tych przepisach były – w odniesieniu do osób nieubezpieczonych – finansowane z budżetu państwa, a w odniesieniu do osób ubezpieczonych – przez kasy chorych w ramach zawartych umów. Zdaniem Marszałka Sejmu ustawodawca nie określił warunków równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a „zaznaczył tylko, że równy dostęp do świadczeń jest niezależny od sytuacji materialnej obywateli”.

W opinii Marszałka Sejmu każda z kas chorych miała ustalać zasady dostępności świadczeń i sposoby rozliczania ich kosztów przed zawarciem umów ze świadczeniodawcami. Za bezzasadne uznał domniemanie niekonstytucyjności art. 53 ust. 2 ustawy o p.u.z. ze względu na aprioryczne założenie, iż kasy „na własnym terenie działania wypaczać będą intencje ustawodawcy”. Celem tego przepisu było ujednoczenie treści umów pomiędzy kasami chorych a świadczeniodawcami, wzorzec ten nie może zaś wzbudzać wątpliwości konstytucyjnych.

Zdaniem Marszałka Sejmu wątpliwości pytającego sądu w zakresie konstytucyjności art. 53 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy o p.u.z. wynikają „z negacji kontraktowego systemu realizacji świadczeń”. Powołując orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego stwierdził on, że na kasach chorych ciążył obowiązek racjonalnego kształtowania odpłatności za usługi poprzez formułowanie kontraktów (ze świadczeniodawcami), które umożliwiłyby realizację świadczeń zdrowotnych bez podważania podstaw funkcjonowania systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

II

Na rozprawie 28 lutego 2005 r. uczestnicy postępowania podtrzymali zajęte w pismach stanowiska, z tym że Prokurator Generalny cofnął wniosek o umorzenie postępowania w zakresie badania konstytucyjności art. 53 ust. 2 ustawy o p.u.z. stwierdzając, że mimo nowelizacji zakres przedmiotowy przepisu nie uległ zmianie bowiem nowela lipcowa dotyczyła podmiotów opiniujących kwestie ustalania przez kasę chorych warunków dostępności świadczeń zdrowotnych oraz stopnia szczegółowości nie zaś *meritum* sprawy.

Przedstawiciel Sejmu wskazał, że pytający sąd pomiął przepisy ustawy, stanowiące o warunkach i zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, tymczasem już w art. 1a ustawy o p.u.z., wymienione są zasady (solidarności społecznej, samorządności i samofinansowania), na jakich muszą opierać się działania zarówno kas chorych, jak i podmiotów zawierających z nimi kontrakty na świadczenie usług zdrowotnych. W opinii przedstawiciela Sejmu czwarty rozdział ustawy o p.u.z., szczegółowo i wyczerpująco określa rodzaj i zakres świadczeń oraz warunki i zasady ich udzielania, a więc to, jakim osobom przysługują jakie świadczenia, w jakich okolicznościach i na jakich warunkach. Stwierdził on, że kasy chorych posiadały, a zakłady opieki zdrowotnej wciąż posiadają osobowość prawną, zaczynając stosunki między nimi miały charakter cywilnoprawny i można przyjąć założenie swobody zawierania między nimi umów, co jednak nie oznacza oderwania problemu od całego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, opartego na kontraktowaniu usług medycznych i podpisywaniu umów o ich świadczenie. Przedstawiciel Sejmu poddał w wątpliwość czy art. 53 ustawy o p.u.z. może być podstawą rozstrzygnięcia sądu apelacyjnego. Zgodził się jednak, że gdyby Trybunał Konstytucyjny orzekł, iż art. 53 jest niezgodny z Konstytucją, to zaistniałaby podstawa wzruszenia umowy, jako opartej na przepisie niekonstytucyjnym, jednak w razie orzeczenia zgodności tego przepisu z Konstytucją strona powodowa winna oprzeć się na art. 405 kodeksu cywilnego. Podkreślił, że art. 68 Konstytucji nie może być samodzielną podstawą rozstrzygnięcia sprawy przez sąd, bowiem wprost odsyła do ustawy. Nie sposób też wywieść, iżby zakład opieki zdrowotnej mógł domagać się od kasy chorych (a obecnie od Skarbu Państwa) całej kwoty za wykonane przez siebie usługi. Wyraził pogląd, że sąd apelacyjny zmierza do uznania roszczenia, poprzez zastosowanie art. 471 kodeksu cywilnego, a przywołanie art. 68 ust. 2 Konstytucji jest zabiegiem dodatkowym.

Przedstawiciel Prokuratora Generalnego stwierdził, że ustrojodawca pozostawił ustawodawcy określenie warunków i zakresu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz

wyznaczenie organu, który miał realizować konstytucyjną zasadę dostępu obywateli do tych świadczeń. Z kolei ustawodawca zobowiązał kasy chorych do tego, aby kierowały się przede wszystkim zasadą zrównoważenia wydatków z przychodami kas chorych, wprowadził też ograniczenie, by kwoty zobowiązań kas chorych wobec świadczeniodawców mieściły się w planie finansowym kas chorych. Poddał w wątpliwość czy brak pieniędzy, skutkujący problemami z zapłatą za świadczenia ponadlimitowe, determinuje niezgodność zaskarżonego przepisu ze wskazanym wzorcem kontroli. Przychylił się do stanowiska przedstawiciela Sejmu, że art. 53 ustawy o p.u.z. nie może być samodzielną podstawą rozstrzygnięcia przez pytający sąd. Wskazał, że odnośnie charakteru kas chorych istnieje dwoistość, bowiem z jednej strony obowiązuje swoboda zawierania umów (o czym świadczy np. fakt, że niektóre zakłady z własnej woli nie zawierały umów z kasami chorych, a kasy chorych z kolei wybierały tylko niektórych oferentów), z drugiej jednak – podmioty te mają realizować konstytucyjny obowiązek zapewnienia dostępności świadczeń medycznych. Oznacza to – zdaniem Prokuratora Generalnego „silny związek systemowy – związek publiczny”. Za dyskusyjne uznał prawo samodzielnego z.o.z. do żądania finansowania wszystkich świadczonych przez niego usług.

III

Trybunał Konstytucyjny zważył, co następuje:

1. Problematyka poruszona w pytaniu prawnym była już – po części – przedmiotem rozstrzygnięcia Trybunału Konstytucyjnego, a zasadnicza wątpliwość co do prawidłowości przyznania instytucjom ubezpieczenia zdrowotnego możliwości kształtowania warunków i zakresu udzielania świadczeń zdrowotnych została w jego orzecznictwie rozstrzygnięta. Już w wyroku z 18 grudnia 2002 r., sygn. K 43/01 (OTK ZU nr 7/A/2002, poz. 96) Trybunał Konstytucyjny wskazał, że „art. 68 ust. 2 Konstytucji przekazuje ustawie obowiązek określenia warunków udzielenia świadczeń ze środków publicznych”. Najistotniejsze znaczenie ma jednak wyrok z 7 stycznia 2004 r., sygn. K 14/03 (OTK ZU nr 1/A/2004, poz. 1), rozstrzygający o niekonstytucyjności ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zm.; dalej: ustawa o NFZ). Trybunał Konstytucyjny stwierdził w nim dobitnie, że „art. 68 ust. 2 nakłada (...) na ustawodawcę obowiązek określenia zasad realizowania prawa do ochrony zdrowia. Nakazuje więc stworzenie normatywnego układu odniesienia (systemu prawnego), który pozwoli dookreślić treść prawa do ochrony zdrowia, a to łączy się z koniecznością określenia warunków i zakresu udzielania świadczeń zdrowotnych (...). Ustawodawca dokonując wyboru określonego modelu normatywnego bierze na siebie związaną z tym odpowiedzialność za spójność, jasność i zupełność instrumentów, które go wyrażają. Konstytucja nie określa np. zakresu świadczeń opieki zdrowotnej dostępnych dla wszystkich obywateli na równych prawach, odsyłając to zagadnienie do uregulowania w ustawie (...). Norma zawarta w art. 68 ust. 2 zdanie drugie nie jest jedynie upoważnieniem ustawodawcy zwykłego do określenia warunków i zakresu świadczeń, lecz nakłada na ustawodawcę taki obowiązek”. Trybunał Konstytucyjny podkreślił, że „ustawa nie może (...) pozostawiać wątpliwości co do tego, jaki jest zakres świadczeń medycznych przysługujących beneficjentom publicznego systemu opieki zdrowotnej wobec istnienia wyraźnego nakazu konstytucyjnego określenia tej materii”. Ponadto kategorycznie stwierdził, że „ustrojodawca wprowadził w art. 68 ust. 2 zd. 2 Konstytucji wymóg, aby warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ten sposób określiła ustawa. Zakres świadczeń, do których obywatele (a więc nie tylko ubezpieczeni) mają prawo w ramach

publicznego systemu finansowania (Konstytucja nie przesądza konkretnej postaci tego systemu) został więc zaliczony do materii ustawowej. W przypadku osób opłacających przymusową składkę na ubezpieczenie zdrowotne, wymóg precyzyjnego określenia rodzaju świadczeń dostępnych «w zamian» wynika również z istoty (...) ubezpieczenia. Bezpośrednim celem takiego uregulowania jest nie tylko stworzenie pewności beneficjentów systemu opieki zdrowotnej co do rodzajów świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz zapewnienie związanej z formą ustawy stabilności takiego katalogu, ale również długoterminowe planowanie zabezpieczenia pozostałych potrzeb zdrowotnych poza systemem publicznym”.

2. W świetle powołanego wyżej orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego nie ulega wątpliwości, że warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej muszą zostać określone ustawą. Chodzi niewątpliwie o unormowanie problemu w skali kraju i w sposób odpowiadający wymogowi formułowania norm prawnych w sposób generalny i abstrakcyjny. Z całą pewnością dopiero w ramach tego „globalnego” unormowania funkcjonować mają poszczególne instytucje ubezpieczenia zdrowotnego oraz sami świadczeniodawcy. Poza zakresem sprawy niniejszej pozostaje czy ustawodawca wymienione kwestie należycie w ustawie o p.u.z. unormował (jak twierdził na rozprawie przedstawiciel Sejmu), bowiem brak takich regulacji nie był przedmiotem pytania prawnego, a Trybunał Konstytucyjny związany jest jego granicami (art. 66 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym; Dz. U. Nr 102, poz. 643 ze zm.).

Stwierdzić należy, że art. 53 ust. 2 i ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy o p.u.z. nie kolidują z normą zawartą w art. 68 ust. 2 zd. 2 Konstytucji. Zaskarżone przepisy – w chwili utraty mocy przez ustawę o p.u.z. – stanowiły odpowiednio: „kasa chorych, po zasięgnięciu opinii przedstawicieli właściwych terytorialnie organów samorządów medycznych oraz organów założycielskich zakładów opieki zdrowotnej, określa zasady dostępności i sposoby rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych”, oraz „umowy między kasą chorych a świadczeniodawcami powinny określać w szczególności (...) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń [oraz] warunki i zasady [ich] udzielania”. Z brzmienia przepisów wynika, że ich celem nie jest abstrakcyjne określenie warunków i zakresu świadczeń, lecz „przełożenie” ustawowych norm ogólnych (o ile takowe w ogóle w ustawie występują, czego badanie nie jest przedmiotem sprawy) na „warunki miejscowe” i konkretne stosunki prawne. Z art. 53 ust. 2 wynika, że każda kasa chorych (obejmująca swą właściwością jedno województwo; wyjątkiem jest „ogólnokrajowa” branżowa kasa chorych) winna zasięgnąć opinii właściwych terytorialnie organów samorządów medycznych, czyli: właściwej okręgowej izby lekarskiej (art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich; Dz. U. Nr 30, poz. 158 ze zm.), okręgowej izby pielęgniarek i położnych (art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych; Dz. U. Nr 41, poz. 178 ze zm.) oraz okręgowej izby aptekarskiej (art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich; Dz. U. z 2003 r. Nr 9, poz. 108 ze zm.), a także organów założycielskich tych zakładów opieki zdrowotnej, które leżą na obszarze jej właściwości. Ma to na celu zapewnienie optymalnego – oczywiście w granicach finansowych możliwości płatnika – dostępu do świadczeń zdrowotnych na obszarze działania konkretnej kasy chorych.

Z kolei art. 53 ust. 4 – stanowiący o określaniu w umowie między kasą chorych a świadczeniodawcą rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń oraz warunków i zasad ich udzielania – określa jedynie *essentialia negotii* (warunki konieczne) umowy wiążącej konkretną kasę chorych z określonym świadczeniodawcą. Sformułowanie warunków i zakresu udzielania pewnych świadczeń w konkretnej umowie, wiążącej którąś z kas chorych z jednym z setek świadczeniodawców, stanowi – z istoty rzeczy – tylko sprecyzowanie ustawowych norm *ad casum* – w odniesieniu do konkretnego stosunku prawnego, jest więc

jedynie przełożeniem ustawowego abstraktu na konkretną sytuację uczestników obrotu prawnego.

Powyższe oznacza, że obie zaskarżone regulacje, nie mające na celu ogólnego unormowania warunków i zakresu udzielania świadczeń, lecz tylko przełożenie kwestii, które powinny być unormowane przez ustawodawcę, na poziom lokalny, nie pozostają w związku ze wskazanym wzorcem kontroli, a zatem nie są z nim niezgodne.

3. Tytułem uzupełnienia Trybunał Konstytucyjny zauważa, że brzmienie art. 53 ust. 2 uległo zmianie, jednak nie ma to znaczenia dla werdyktu. W stanie prawnym sprzed noweli lipcowej (a zatem brany pod uwagę przez sąd rozpatrujący konkretną sprawę) przepis ten brzmiał „kasa chorych po zasięgnięciu opinii samorządów zawodów medycznych określa (...)”. Nie ma żadnych powodów dla jakich każda z kas chorych miałaby zasięgać opinii naczelných organów samorządów zawodów medycznych (Naczelnej Izby Lekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Izby Aptekarskiej), mogąc mieć bezpośredni kontakt z izbami okręgowymi, z natury rzeczy lepiej zorientowanymi w sprawach i problemach lokalnych. Być może praktyka była inna (jest to jednak zagadnienie z zakresu stosowania prawa leżące poza zakresem kompetencji Trybunału Konstytucyjnego), co wywołało uściślającą reakcję ustawodawcy, to jednak nie może mieć znaczenia dla rozpatrywanej sprawy.

Z tych względów Trybunał Konstytucyjny orzekł, jak na wstępie.