



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Sygn. akt K 26/20

BAS-WAK-51/21

Warszawa, 1 października 2021 r.

Trybunał Konstytucyjny

Na podstawie art. 69 ust. 2 w związku z art. 42 pkt 3 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2393), w imieniu Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej przedkładam wyjaśnienia w sprawie wniosku Krajowej Rady Fizjoterapeutów z 29 października 2019 r. (sygn. akt K 26/20), jednocześnie wnosząc o stwierdzenie, że art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.) w zakresie, w jakim odnosi się do zawartych w nim wytycznych, **jest zgodny** z art. 92 ust. 1 Konstytucji.

Uzasadnienie

I. Przedmiot zaskarżenia

W dniu 30 grudnia 2020 r. do Kancelarii Sejmu wpłynęło zawiadomienie Prezes Trybunału Konstytucyjnego o wszczęciu postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym ze wniosku Krajowej Rady Fizjoterapeutów (dalej: Krajowa Rada, wnioskodawca) z 29 października 2019 r. (sygn. akt K 26/20).

Przedmiotem kontroli jest art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.; dalej: u.ś.z.). Zaskarżony art. 137 ust. 2 u.ś.z. stanowi: „Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia właściwego wykonania umów”.

Przedmiotem kontroli wnioskodawca czyni także przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z: 4 stycznia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 34 i 1629) oraz 27 sierpnia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628). Zgodnie z art. 69 ust. 2 w związku z art. 42 pkt 3 ustawy z 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2393, ze zm.; dalej: u.o.TK) organ, który wydał zakwestionowany akt normatywny, jako uczestnik postępowania jest zobowiązany do złożenia wyjaśnień. Wobec tych postanowień Sejm odniesie się wyłącznie do zarzutu naruszenia Konstytucji przez zaskarżony art. 137 ust. 2 u.ś.z.

II. Zarzuty wnioskodawcy

1. Zaskarżony przepis, zdaniem wnioskodawcy, jest niezgodny z art. 92 ust. 1 Konstytucji (konstytucyjne wymogi upoważnienia ustawowego).

2. W ocenie wnioskodawcy, art. 137 ust. 2 u.ś.z. budzi wątpliwości konstytucyjne, bowiem zawiera blankietowe upoważnienie do wydania rozporządzenia – nie zawiera prawidłowo sformułowanych wytycznych treściowych. Wytycznych nie można zrekonstruować ani na podstawie art. 137 ust. 1 u.ś.z., ani też na podstawie innych przepisów zaskarżonej ustawy.

Jak podnosi wnioskodawca, „wytyczne powinny stanowić kierunek rozwiązań w odniesieniu do każdego z elementów wskazanych w art. 137 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, które składają się na ogólne warunki umów. Analiza przepisów wskazuje, iż pojęcie interesu świadczeniobiorców występuje w kilku przepisach ustawy o świadczeniach zdrowotnych (poza art. 137 ust. 2 – w art. 148 ust. 3, art. 165 ust. 3, art. 167 ust. 1 i 2, art. 171 ust. 1 i 2 oraz w art. 173 ust. 1 pkt 1 i 2). W każdym z nich stanowi ono o kryterium działania ministra właściwego do spraw zdrowia i ma ono charakter ocenny, nie zostało ono zdefiniowane. Nadto, w art. 137 ust. 2 i w art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej jest jedną z wytycznych do treści rozporządzenia wykonawczego. W pozostałych przypadkach pojęcie «naruszenia interesów świadczeniobiorców» odnosi się do nadzoru ministra właściwego do spraw zdrowia nad Narodowym Funduszem Zdrowia. Pojęcie to nie zostało zdefiniowane w ustawie, a działania organów Funduszu, które mogą być uznane za naruszenie interesów świadczeniobiorców, podlegają ocenie ministra. Z kolei dyrektywa zapewnienia właściwego wykonania umów występuje w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej tylko raz. Pojęcie to należy odczytywać w świetle konstytucyjnych regulacji, w tym przede wszystkim art. 68 Konstytucji RP tj. równego dostępu do gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej (tak Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 10 maja 2018 r., sygn. akt U 1/16)” (wniosek, s. 14).

W opinii wnioskodawcy, uprawnia to do konstatacji, że wytyczne mają charakter blankietowy, bowiem oparte są na zwrotach ocennych i trudno definiowalnych. W rezultacie przyznają rozporządzeniodawcy szeroki margines działania i nieskrępowaną swobodę w zakresie treści aktu podustawowego. W rezultacie „w rozporządzeniu mogą zostać uregulowane dowolne kwestie związane z systemem ochrony zdrowia, ale już niekoniecznie związane z wykonywaniem ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” (wniosek, s. 12).

Taki stan ma miejsce w rozpatrywanej sprawie, bowiem w rozporządzeniu wydanym na podstawie powyższego upoważnienia właściwy minister określił wysokość wynagrodzenia dla określonych grup zawodowych w służbie zdrowia. „Zwrócić należy uwagę, iż ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej w ogóle nie odnosi się do kwestii wynagrodzeń osób wykonujących zawody medyczne,

więc trudno oczekiwać, iż rozporządzenie będzie w tym zakresie wykonywało przedmiotową ustawę” (wniosek, s. 13).

Jak podnosi wnioskodawca „akt normatywny w randze rozporządzenia nie może regulować zagadnień całkowicie pominiętych przez ustawodawcę ani uzupełniać ustawy, rozbudowywać przesłanek zrealizowania jakiejś normy prawnej, określonej w ustawie, lub takich elementów procedury, które nie odpowiadają jej ustawowym założeniom. Przepisy wykonawcze, aby mogły pomyślnie przejść test konstytucyjności, muszą pozostawać w merytorycznym i funkcjonalnym związku z rozwiązaniami ustawowymi. Z tego właśnie powodu, w ocenie Wnioskodawcy, przepisy te, a także inne przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej nie zawierają wskazań i rekomendacji, które mogą być uznane za wytyczne w rozumieniu art. 92 ust. 1 Konstytucji” (wniosek, s. 14).

Wnioskodawca podnosi, że „kryterium interesu świadczeniobiorców oraz zapewnienia właściwego wykonania umów nie zostały zdefiniowane, co świadczy o tym, że upoważnienie to pozostawiło organowi wykonawczemu absolutną swobodę w uregulowaniu przedmiotowej materii, który to pod pozorem regulowania ogólnych warunków umów o udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej [...] zaczął poprzez zmiany rozporządzenia dotyczącego ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wprowadzać normy prawne przyznające podwyżki wynagrodzenia dla wybranych grup zawodowych wykonujących zawód medyczny. To pokazuje, iż upoważnienie ustawowe pozostawiło upoważnionemu prawodawcy zbyt daleką idącą swobodę w kształtowaniu merytorycznych treści rozporządzenia” (wniosek, s. 14).

Wnioskodawca stwierdza w konkluzji, że działając na podstawie blankietowych wytycznych właściwy minister wydał rozporządzenie, w którym zagwarantował wzrost wynagrodzeń dla niektórych tylko grup zawodowych służby zdrowia. Argument ten potwierdza niezgodność art. 137 ust. 2 u.ś.z. z art. 92 ust. 1 Konstytucji.

III. Analiza formalna

Postanowieniem z 16 grudnia 2020 r., sygn. akt Tw 13/19, Trybunał Konstytucyjny nadał bieg wnioskowi Krajowej Rady Fizjoterapeutów. Sejm podziela ustalenia TK, że Krajowa Rada jest uprawniona do wszczęcia postępowania przed

TK. Jest bowiem ogólnokrajową organizacją zawodową, o jakiej mowa w art. 191 ust. 1 pkt 4 Konstytucji. A ponadto w myśl art. 191 ust. 2 Konstytucji ogólnokrajowe władze organizacji zawodowych są uprawnione do inicjowania abstrakcyjnej kontroli norm, jeżeli kwestionowany przez nie akt normatywny dotyczy spraw objętych ich zakresem działania. Z kolei art. 48 ust. 1 pkt 1 u.o.TK przewiduje, że wnioskodawca – powołując przepis prawa lub statutu – powinien uzasadnić, że kwestionowany akt normatywny lub jego część dotyczy spraw objętych zakresem jego działania. Ten obowiązek wypełnił wnioskodawca, uprawdopodobniając że zaskarżony przepis u.ś.z. ma „bezpośredni wpływ na wykonywanie zawodu fizjoterapeuty u świadczeniodawcy, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”.

Jeszcze raz należy podkreślić, że Sejm w pełni podziela ustalenia poczynione przez TK w powyżej opisanym postanowieniu, które nadało bieg analizowanemu wnioskowi. Nie dostrzega przeszkód formalnych, uniemożliwiających rozstrzygnięcie sprawy przez TK.

IV. Wzorce kontroli

Wzorcem jest art. 92 ust. 1 Konstytucji, który określa standardy konstruowania upoważnień do wydawania rozporządzeń. Zgodnie z tym przepisem: „Rozporządzenia są wydawane przez organy wskazane w Konstytucji, na podstawie szczegółowego upoważnienia zawartego w ustawie i w celu jej wykonania. Upoważnienie powinno określać organ właściwy do wydania rozporządzenia i zakres spraw przekazanych do uregulowania oraz wytyczne dotyczące treści aktu”. Przepis ten wskazuje „z jednej strony wymogi, jakie muszą zostać spełnione przez ustawodawcę przy udzielaniu upoważnień do wydawania rozporządzeń, a z drugiej strony – wymogi, jakie muszą spełniać rozporządzenia wydawane na podstawie tych upoważnień” (wyrok TK z 14 lutego 2006 r., sygn. akt P 22/05). Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego, rozporządzenia muszą mieścić się w granicach upoważnienia ustawowego, a ponadto powinny realizować wytyczne i cele określone przez ustawę. Rozporządzenie jest bowiem formą prawodawstwa delegowanego (zob. B. Skwara, *Rozporządzenie jako akt wykonawczy do ustawy w polskim prawie konstytucyjnym*, Warszawa 2010, s. 223 i n.) i może być uchwalane tylko na podstawie szczegółowej dyspozycji zawartej

w ustawie. Z kolei przepis upoważniający musi określać: organ uprawniony do wydania rozporządzenia (szczegółowość podmiotowa), zakres spraw przekazanych do uregulowania (szczegółowość przedmiotowa) oraz wytyczne dotyczące treści (szczegółowość treściowa).

Cechą rozporządzenia jest powiązanie treściowe między przepisami ustawy, wyznaczającymi podstawowe regulacje w danej dziedzinie, a przepisami wydanego na jej podstawie rozporządzenia, konkretyzującymi postanowienia ustawowe. W rozporządzeniu mogą być uregulowane wyłącznie materie przekazane wyraźnie przez przepis upoważniający, zaś przepisy rozporządzenia mają służyć realizacji postanowień zawartych w ustawie. Rozporządzeniodawca nie może tym samym nadawać dowolnej treści regulacjom przyjętym w akcie wykonawczym, muszą one pozostawać spójne („wykonawcze”) względem postanowień ustawowych. Ten drugi aspekt jest realizowany przez obowiązek zawarcia w upoważnieniu wytycznych wskazujących merytoryczny kierunek regulacji.

Zakres rozporządzenia wyznaczają sprawy, które ustawodawca może przekazać do uregulowania w rozporządzeniu. Po pierwsze, nie mogą to być zagadnienia nieuregulowane na poziomie ustawowym. Stopień koniecznej regulacji ustawowej nie jest przy tym stały i zależy od normowanej materii. Minimalnym wymogiem jest, by ustawa zawierała „merytoryczną treść dyrektywną, której wykonaniu przepisy rozporządzenia mają służyć” (wyrok TK z 26 października 1999 r., sygn. akt K 12/99). W judykatach Trybunału Konstytucyjnego powszechny jest pogląd, że im bardziej dana materia dotyczy sfery praw i wolności jednostki, tym bardziej zawężeniu ulega przedmiot rozporządzenia, co odnosi się zarówno do zagadnień prawa materialnego, jak również procedury (por. wyroki TK z: 2 grudnia 2009 r., sygn. akt U 10/07; 10 marca 2010 r. sygn. akt U 5/07). Po drugie, nie mogą to być sprawy mające istotne znaczenie dla konstrukcji normowanej instytucji (por. wyrok TK z 10 września 2010 r., sygn. akt P 44/09). Po trzecie, nie mogą to być sprawy, które ustrojodawca objął dyrektywą zupełności regulacji ustawowej. Możliwość przekazania ich do unormowania w rozporządzeniu jest, co do zasady, niedopuszczalna (tak L. Garlicki, M. Zubik, *Ustawa w systemie źródeł prawa [w:] Konstytucyjny system źródeł prawa w praktyce*, red. A. Szmyt, Warszawa 2005, s. 59).

Wytyczne mogą przybierać różną postać redakcyjną. Mogą one mieć zarówno charakter „negatywny” (tzn. ze wszystkich wchodzących w rachubę

rozstrzygnięć rozporządzeniodawcy mogą wykluczać te, których ustawodawca sobie nie życzy), jak i charakter „pozytywny” (np. wskazując kryteria, którymi powinien się kierować twórca rozporządzenia normując przekazany mu zakres spraw, wskazując cele jakie ma spełniać dane unormowanie, czy funkcje które ma spełniać instytucja, której ukształtowanie ustawa powierzyła rozporządzeniu). Ponadto sposób ujęcia wytycznych, zakres ich szczegółowości i zawarte w nich treści są w zasadzie sprawą uznania ustawodawcy. „Wytyczne” nie muszą być także zawarte w przepisie formującym upoważnienie do wydania rozporządzenia. Możliwe jest zamieszczenie ich w pozostałych przepisach ustawy, pod warunkiem, że istnieje możliwość precyzyjnego zrekonstruowania treści wytycznych (wyroki TK z: 26 października 1999 r., sygn. akt K 12/99; 27 marca 2013 r. sygn. akt K 27/12).

„Sposób sformułowania wytycznych, zakres ich szczegółowości i ujęte w nich treści są w zasadzie sprawą uznania ustawodawcy (zob. wyrok TK z 3 kwietnia 2012 r., sygn. K 12/11, OTK ZU nr 4/A/2012, poz. 37). Kontrola Trybunału Konstytucyjnego ogranicza się jedynie do dwóch kwestii. Po pierwsze, Trybunał bada, czy w ustawie w ogóle zawarto jakieś wytyczne; całkowity brak wytycznych przesądza o niekonstytucyjności upoważnienia i stanowi oczywistą obrazę art. 92 ust. 1 zdanie drugie Konstytucji. Jak stwierdził TK w wyroku z 27 czerwca 2000 r., sygn. K 20/99 (OTK ZU nr 5/2000, poz. 140), kategoryczne sformułowanie art. 92 ust. 1 Konstytucji powoduje, że „wszelkie ustawowe upoważnienie, co do którego nie jest możliwe wskazanie jakichkolwiek treści ustawowych, które pełniłyby rolę «wytycznych dotyczących treści aktu», jest sprzeczne z Konstytucją”. Po drugie, Trybunał ustala, czy sposób zredagowania wytycznych (o ile zostaną zidentyfikowane) pozostaje w zgodzie z ogólnymi zasadami wyłączności ustawy, tj. nakazami, by pewne kwestie były uregulowane w całości na poziomie ustawowym. Minimum treściowe wytycznych jest zatem określone stosownie do regulowanej materii, przy czym im większy jest stopień ingerencji w sferę konstytucyjnych praw i wolności jednostki, tym bardziej szczegółowa musi być treść wytycznych (zob. np. wyroki z: 26 października 1999 r., sygn. K 12/99, OTK ZU nr 6/1999, poz. 120; 27 czerwca 2000 r., sygn. K 20/99, OKT ZU nr 5/2000, poz. 140; 16 stycznia 2007 r., sygn. U 5/06, OTK ZU nr 1/A/2007, poz. 8). Wytyczne dotyczące treści rozporządzenia, będące wskazówkami co do kierunku merytorycznych rozwiązań, które mają znaleźć w nim wyraz, nie mogą mieć charakteru blankietowego” (wydany w pełnym składzie wyrok TK z 27 marca 2013 r. sygn. akt

K 27/12; por. W. Brzozowski, *Wytyczne dotyczące treści rozporządzenia (uwagi na tle formułowania upoważnień ustawowych)*, „Przeгляд Sejmovy” 2013, nr 4, s. 65-83).

IV. Analiza materialnoprawna

1. Problem konstytucyjny, jaki wyłania się z treści wniosku, dotyczy sposobu sformułowania tzw. wytycznych co do treści rozporządzenia. Jest to element konieczny i trzon konstrukcyjny każdego upoważnienia ustawowego, ale – jak wynika z orzecznictwa TK – nie można ustalić w sposób pewny i niezmienny stopnia szczegółowości wytycznych. „Minimum treściowe wytycznych nie ma charakteru stałego i musi być wyznaczane *a casu ad casum*, stosownie do regulowanej materii” (wyrok TK z 21 kwietnia 2009 r., sygn. akt K 6/08). Taki stan rzeczy wymaga zarysowania problematyki umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, jej regulacji ustawowej i zakresu spraw przekazanych do regulacji w drodze rozporządzenia. Dopiero na tej podstawie można oceniać treść wytycznych w kontekście art. 92 ust. 1 Konstytucji.

2. Na podstawie zaskarżonego przepisu właściwy minister otrzymał kompetencję do określenia w drodze rozporządzenia ogólnych warunków umowy, która jest podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie bowiem z art. 132 u.ś.z. podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej: Fundusz, NFZ) jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem. Taka umowa może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń na zasadach określonych w u.ś.z. Świadczenia opieki zdrowotnej nieokreślone w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowane przez Fundusz udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w u.ś.z.

W nauce prawa i orzecznictwie TK pozytywnie ocenia się stosowanie umów w relacji z NFZ w celu wykonania konstytucyjnych obowiązków przewidzianych art. 68 Konstytucji (T. Sroka, *Świadczenia opieki zdrowotnej, finansowanie*, [w:] *System prawa medycznego*, red. Bach-Golecka, C.H. Beck 2020, t. III, komentarz do art. 132, Legalis; wyrok TK z 19 listopada 2001 r., sygn. akt K 3/00).

Dokonując jej charakterystyki wskazuje się, że jest to umowa: a) nienazwana, b) pozakodeksowa, c) jej treść ukształtowana jest przez przepisy u.ś.z. i ogólne warunki, mające charakter aktu podustawowego (rozporządzenie), d) umowa wzajemna, e) odpłatna (T. Sroka, *op. cit.* Legalis). Umowy te zawiera się w drodze konkursu lub rokowań (art. 139 u.ś.z.): w trybie konkursu ofert - Fundusz zamieszcza ogłoszenie, zaś w celu przeprowadzenia rokowań po zamieszczeniu ogłoszenia Fundusz wysyła zaproszenia. Ustawa szczegółowo określa procedurę jej zawarcia, wyłączając przy tym stosowanie trybu właściwego dla zamówień publicznych (art. 138 u.ś.z.). Między innymi zastrzega, że przedmiot zamówienia opisuje się w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty (art. 140 u.ś.z.). A ponadto ustawodawca dookreśla zakres podmiotowy tej umowy, wskazując na cechy i właściwości świadczeniodawców.

Z punktu widzenia zarzutów skarżącego ważną okolicznością jest ustalenie przez ustawodawcę istotnych elementów treściowych tej umowy, która powinna zawierać: rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej; warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej; sposób realizacji instrumentów dzielenia ryzyka; wykaz podwykonawców oraz wymagania dla nich inne niż techniczne i sanitarne, zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami; kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy; zasady rozpatrywania kwestii spornych; postanowienie o rozwiązaniu umowy, które może nastąpić za uprzednim nie krótszym niż 3 miesiące okresem wypowiedzenia, chyba że strony postanowią inaczej; postanowienie o karze umownej (art. 132 u.ś.z.). Co więcej, szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych w ramach systemu zabezpieczenia określa Prezes Funduszu (art. 136c ust. 5 u.ś.z.). Nadto Minister właściwy do spraw zdrowia ustala tzw. ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które obejmują przedmiot umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej; sposób finansowania świadczeń opieki zdrowotnej; tryb ustalania kwoty zobowiązania, w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych na okres dłuższy niż rok; zakres i warunki odpowiedzialności świadczeniodawcy z tytułu nieprawidłowego wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; przesłanki, sposób ustalania wysokości oraz tryb

nakładania kar umownych; przesłanki i tryb rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki jej wygaśnięcia (art. 137 ust. 1 u.ś.z.).

Ogólne warunki umów (dalej: OWU) ustala się w drodze rozporządzenia, a więc aktu prawa powszechnie obowiązującego i z mocy prawa kształtują one treść umowy, ograniczając przy tym swobodę kontraktowania (I. Kowalska-Mańkowska [w:] *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, wyd. III*, red. A. Pietraszewska-Macheta, Warszawa 2018, komentarz do art. 137, Lex, nb. 6). Należy dodać, że treść umowy kształtują także przepisy kodeksu cywilnego, ponieważ art. 155 ust 1 u.ś.z. odsyła do regulacji kodeksowej, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Powyższe uprawnia do tezy, że „Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być uznana za umowę adhezyjną lub *quasi*-adhezyjną, ponieważ pewne jej elementy (choć w wąskim zakresie) są narzucone przez jedną ze stron, w tym wypadku Fundusz. Element adhezyjności dotyczy przede wszystkim tych praw i obowiązków świadczeniodawców, które zostały określone w zarządzeniach wydawanych przez Prezesa Funduszu. W konsekwencji swoboda świadczeniodawcy została zredukowana *de facto* do swobody podjęcia decyzji o zawarciu umowy, zaś przedmiotem ewentualnych ustaleń między stronami są jedynie (choć nie zawsze) cena i liczba świadczeń (czyli wynagrodzenie umowne)” (T. Sroka, *Świadczenia opieki zdrowotnej, finansowanie*, [w:] *System prawa medycznego*, red. Bach-Golecka, C.H. Beck 2020, t. III, komentarz do art. 136, Legalis, nb. 47).

Analizowany stosunek prawny jest postrzegany w orzecznictwie i nauce prawa w kategorii umowy na rzecz osoby trzeciej (art. 393 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny; t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1740, ze zm.; dalej: k.c.). „W umowie takiej pomiędzy NFZ (zastrzegającym) a podmiotem wykonującym działalność leczniczą będącym świadczeniodawcą (przyrzekającym) istnieje stosunek pokrycia, pomiędzy świadczeniodawcą a pacjentem istnieje stosunek zapłaty, a między NFZ a świadczeniobiorcą (pacjentem – osobą trzecią) stosunek waluty. Świadczeniodawca spełnia własne zobowiązanie umowne, jednak z punktu widzenia stosunku waluty spełnia je na rachunek NFZ. Fundusz, w zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, działa bowiem w imieniu własnym, lecz na rzecz ubezpieczonych [...]. Względem umowy zawieranej między NFZ a podmiotem leczniczym pacjent ma więc jedynie status osoby trzeciej – beneficjenta” (W. Borysiak, *Instytucje Prawa Medycznego* [w:] *System prawa*

medycznego, red. M. Safjan, C.H. Beck 2018, komentarz do art. 132, Legalis, nb. 9-10). Z drugiej strony podnoszone są głosy krytyczne wobec powyższej kwalifikacji, wskazujące, że „[...] nie jest w takiej umowie wiadome, kto jest dłużnikiem i do jakich świadczeń jest on zobowiązany, a więc nie wie on, wobec którego podmiotu leczniczego ma wystąpić z roszczeniem. W świetle tej koncepcji umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej miałaby mieć charakter umowy ramowej. Świadczenie zaś udzielane pacjentom przez podmiot leczniczy w ramach ubezpieczenia zdrowotnego miałoby mieć charakter administracyjny, a ich niewykonanie lub nienależyte wykonanie rodziłoby odpowiedzialność o charakterze publicznoprawnym, a nie prywatnoprawnym” (*ibidem*). Analizując treść tej umowy Witold Borysiak stwierdza: „[...] zawarcie pomiędzy NFZ a podmiotem wykonującym działalność leczniczą umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jedynie w sposób pośredni będzie prowadziło do powstania stosunku regulowanego przez prawo medyczne między pacjentem a podmiotem wykonującym działalność leczniczą, lecz samo stosunku takiego *per se* nie tworzy. Do chwili złożenia przez pacjenta oświadczenia woli (choćby dorozumianego) o wyborze świadczeniodawcy (a więc zarazem i chęci skorzystania ze świadczenia przyznanego mu w takiej umowie) nie dojdzie do powstania między nim a podmiotem leczniczym stosunku prawnego. Ponadto pacjent, w chwili składania takiego oświadczenia, musi spełniać określone prawem dodatkowe wymogi (np. posiadać odpowiednie skierowanie)” (*ibidem*, nb. 18).

Powyższe różnice poglądów co do charakteru tej umowy nie mogą przysłaniać jej istoty, ukierunkowanej na ochronę życia i zdrowia pacjenta, który korzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej. Ustalony umownie zakres świadczeń zdrowotnych adresowany jest do świadczeniobiorcy, czyli pacjentów. Tak więc celem tej umowy jest zapewnienie równego i powszechnego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. „Ta okoliczność musi być zatem kluczową wskazówką interpretacyjną dla właściwej rekonstrukcji treści analizowanej umowy. Stosunek prawny między świadczeniodawcą a Funduszem powinien być tak skonstruowany, interpretowany i realizowany, aby świadczeniobiorcy mogli uzyskać odpowiedniej jakości świadczenia opieki zdrowotnej, udzielone zgodnie ze standardem postępowania *lege artis*, jako finansowane ze środków publicznych. Na drugi plan schodzi zaś realizacja wyłącznych interesów świadczeniodawcy czy Funduszu” (T. Sroka, *Świadczenia opieki zdrowotnej, finansowanie [w:] System*

prawa medycznego, red. Bach-Golecka, C.H. Beck 2020, t. III, komentarz do art. 132, Legalis, nb. 246).

Powyższe wypowiedzi doktryny prawa znajdują potwierdzenie w orzecznictwie Sądu Najwyższego, który stoi na stanowisku, że stosunek między Funduszem a świadczeniodawcą ma charakter zobowiązania umownego. Jego powstanie i wykonanie, w sprawach nieuregulowanych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego. „Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej mają zapewnić, aby pacjent uzyskał przysługujące mu świadczenia zgodnie z zasadami wynikającymi z wiedzy medycznej oraz by trafiły one do osób, które mają do tego prawo” (wyrok SN z 24 listopada 2017 r., sygn. akt III CSK 296/16).

Reasumując, umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma naturę cywilnoprawną, której treść ukształtowana jest wielopoziomowo. Jej zasadnicze elementy konstrukcyjne zawarte są w u.ś.z., zaś w kwestiach nieuregulowanych u.ś.z. stosuje się subsydiarnie przepisy k.c. Szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych w ramach systemu zabezpieczenia określa Prezes Funduszu (art. 136c ust. 5 u.ś.z.), zaś minister właściwy do spraw zdrowia ustala tzw. ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które przybierają formę rozporządzenia. Sformułowanie warunków i zakresu udzielania pewnych świadczeń w konkretnej umowie stanowi, jak zauważył TK, „sprecyzowanie ustawowych norm *ad casum* – w odniesieniu do konkretnego stosunku prawnego, jest więc jedynie przełożeniem ustawowego abstraktu na konkretną sytuację uczestników obrotu prawnego” (wyrok TK z 28 lutego 2005 r., sygn. akt P 7/03). Innymi słowy, treść umowy kształtują przepisy prawa mające charakter bezwzględnie wiążący oraz wola stron stosunku prawnego (samodzielne określenie treści umowy przez strony).

3. Kolejnym zagadnieniem niezbędnym do oceny wytycznych zawartych w upoważnieniu jest ustalenie charakteru prawnego ogólnych warunków, do określenia których został upoważniony w drodze rozporządzenia właściwy minister. Ogólne warunki umów są to wzorce umowne, które mają charakter jednostronny i dotyczą umów o masowym charakterze. OWU ustalone w rozporządzeniu stanowią przykład tzw. normatywnego wzorca umownego, wydanego na podstawie delegacji ustawowej (wyrok SN z 15 listopada 2016 r., sygn.

akt III CSK 414/15). Zasadą jest jednak, że wzorce umowne nie mają charakteru normatywnego, bowiem „Są tworem uczestnika obrotu, który je stosuje. U genezy wzorca leży zatem nie władztwo państwowe, lecz swoboda umów” (wyrok TK z 8 grudnia 2003 r., sygn. akt K 3/02). Jak zaznacza TK: „W polskim systemie prawnym wzorce umowne są znane od dawna i były poddane prawnej reglamentacji w kodeksie cywilnym. Istniejący w nim reżim prawny wzorców został w zasadniczy sposób zreformowany od 1 lipca 2000 r. (nowela do k.c. wprowadzona ustawą z 2 marca 2000 roku o ochronie niektórych praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny, Dz. U. Nr 22 poz. 271). W szczególności nowela ta wyeliminowała z obrotu ogólne warunki zawierania i wykonywania umów wydawane jako rozporządzenia Rady Ministrów na podstawie upoważnienia art. 384 k.c. Przyczyną była okoliczność (powszechnie dostrzegana w piśmiennictwie), że po wejściu w życie Konstytucji z 1997 r. upoważnienie do wydawania rozporządzeń Rady Ministrów, o którym mowa w art. 384 k.c. (w brzmieniu przed 1 lipca 2000), określające szczegółowe warunki zawierania i wykonywania umów – wykazywało braki z punktu widzenia wymagań art. 92 Konstytucji. Tak więc zmiana art. 384 k.c. była koniecznością zarówno w świetle zmiany pozycji Rady Ministrów co do wpływu na stosunki obrotu gospodarczego, jak i z uwagi na ujęcie omawianego przepisu, nie odpowiadające obecnym wymogom konstytucyjnym (art. 92 ust. 1 Konstytucji) co do konkretności upoważnień do tworzenia aktów wykonawczych” (wyrok TK z 8 grudnia 2003 r. sygn. akt K 3/02). Mimo tej zmiany w obrocie istnieją upoważnienia ustawowe do wydawania w drodze rozporządzenia wzorców umownych (tzw. wzorce kwalifikowane lub normatywne wzorce umowne). Taki stan rzeczy jest dopuszczalny i niekwestionowany (tak M. Leśniak, *Normatywne wzorce umów spółek handlowych w prawie polskim*, Warszawa 2017, s. 1 i przywołana tam literatura). Wzorce normatywne są ukierunkowane, jak podnosi się w doktrynie prawa cywilnego, na ograniczenie swobody umów w celu ochrony słabszej strony stosunku prawnego (np. konsumentów) i narzucaniu krzywdzących warunków umowy przez przedsiębiorców. W takim stanie rzeczy ogólne warunki powinny mieć charakter bezwzględnie obowiązujący (W. Popiołek [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2020, t. I, komentarz do art. 384, Legalis, nb. 8). Jak zauważa TK, pozycja tzw. wzorców „kwalifikowanych” czy też „normatywnych”

i „niekwalifikowanych” jest równa w obrocie cywilnoprawnym (wyrok TK z 8 grudnia 2003 r., sygn. akt K 3/02).

Przenosząc te ustalenia na grunt sprawy zawistej przed TK należy stwierdzić, że ogólne warunki umów ustalone przez Ministra Zdrowia: a) są zbiorem postanowień, służącym do masowego zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, b) kształtują w sposób jednolity treść tych umów, c) precyzują wzajemne prawa i obowiązki stron umowy, d) mają charakter przepisów prawa powszechnie obowiązującego, a więc bezwzględnie wiążących, e) ograniczają swobodę umów. W orzecznictwie SN wskazuje się, że: „Rozporządzenie Ministra Zdrowia jest aktem prawnym, z uwagi na przedmiot regulacji określanym w piśmiennictwie jako wzorzec normatywny wydany na podstawie delegacji ustawowej, niemniej jego ogólny charakter, złożoność materii, konieczność indywidualizacji i uszczegółowienia postanowień umów uniemożliwia oznaczenie praw i obowiązków stron indywidualnych kontraktów” (wyrok SN z 19 maja 2016 r., sygn. akt IV CSK 550/15).

4. Powyższa charakterystyka umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz ogólnych warunków umów nie pozwala uznać zarzutów wnioskodawcy za zasadne. Zdaniem Sejmu, zaskarżony przepis jest zgodny z art. 92 ust. 1 Konstytucji, ponieważ zawiera wytyczne, które ograniczają w sposób dostateczny swobodę rozporządzeniodawcy. Na rzecz tej tezy przemawiają następujące argumenty.

Po pierwsze, słusznie zauważa wnioskodawca, że „Pojęcie interesu świadczeniobiorców występuje w kilku przepisach ustawy o świadczeniach zdrowotnych (poza art. 137 ust. 2 – w art. 148 ust. 3, art. 165 ust. 3, art. 167 ust. 1 i 2, art. 171 ust. 1 i 2 oraz w art. 173 ust. 1 pkt 1 i 2). W każdym z nich stanowi ono o kryterium działania ministra właściwego do spraw zdrowia. W art. 137 ust. 2 i w art. 148 ust. 3 jest jedną z wytycznych do treści rozporządzenia wykonawczego. W pozostałych przypadkach pojęcie «naruszenia interesów świadczeniobiorców» odnosi się do nadzoru ministra właściwego do spraw zdrowia nad Narodowym Funduszem Zdrowia. Pojęcie to nie zostało zdefiniowane w ustawie, a działania organów Funduszu, które mogą być uznane za naruszenie interesów świadczeniobiorców, podlegają ocenie ministra” (wyrok TK z 10 maja 2018 r., sygn. akt U 1/16).

Brak legalnej definicji „interesu świadczeniobiorców” nie może przesądzać o tym, że wytyczne zawarte w zakwestionowanym przepisie mają charakter blankietowy. Wprawdzie ustawodawca posłużył się zwrotem niedookreślonym w konstrukcji upoważnienia, jednak technika ta jest dopuszczalna, jeśli treść zwrotu można ustalić za pomocą istniejących reguł wykładni. Na gruncie zaskarżonej ustawy bez trudu można zidentyfikować znaczenie słowa „świadczeniobiorca”. Przede wszystkim świadczeniobiorcą jest osoba uprawniona do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w u.ś.z. (art. 2 u.ś.z.). Co do zasady, prawo to przysługuje osobom objętym powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym (dalej: ubezpieczeni). Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie (art. 15 ust. 1 u.ś.z.). Następnie wspomniane uprawnienie zostało dookreślone za pomocą katalogu świadczeń gwarantowanych, o którym mowa w art. 15 ust. 1 u.ś.z. (np. podstawowa opieka zdrowotna; ambulatoryjna opieka specjalistyczna; leczenie szpitalne; opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień; rehabilitacja lecznicza, itd.). Dookreślenie tego katalogu ma chronić interesy świadczeniobiorców. Z kolei słowo „interes” nie posiada legalnej definicji w u.ś.z., jak słusznie zauważył wnioskodawca, ale jego treść można ustalić na gruncie językowych dyrektyw wykładni prawa, odwołując się do znaczenia potocznego. I tak przez interes należy rozumieć „sprawy dotyczące, obchodzące kogoś” lub „w interesie czyim lub dla czyjego dobra, dla powodzenia jakiejś sprawy”, „pożytek, korzyść, rzecz opłacalna” (*Słownik języka polskiego pod red. W. Doroszewskiego*; <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/interes;5435039.html>, dostęp: 12 czerwca 2021). A zatem „interes świadczeniobiorców” oznacza reprezentowanie spraw ubezpieczonych oraz innych podmiotów uprawnionych do świadczeń, a także działanie na ich rzecz i dla ich dobra. Powyżej zarysowane rozumienie dyrektywy pozostaje w związku z celem tej umowy, która ukierunkowana jest na ochronę życia i zdrowia pacjenta. Jest ona jedną z form realizacji obowiązku, o którym mowa w art. 68 Konstytucji („Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”). W istocie chodzi o to, aby pacjenci otrzymali świadczenia o odpowiedniej jakości,

w sposób równy i udzielone w sposób profesjonalny przez świadczeniodawców. Należy dodać, że ustawodawca nie precyzuje charakteru tego interesu, co pozwala ująć go zarówno w kategoriach prawnych, jak i faktycznych. Interes prawny ma oparcie w normach prawnych, które kształtują prawa i obowiązki pacjenta, zaś interes faktyczny, „który oznacza, że określony podmiot jest bezpośrednio zainteresowany rozstrzygnięciem sprawy administracyjnej, lecz to «zainteresowanie» nie znajduje oparcia w przepisach prawa powszechnie obowiązującego, które stanowiłyby podstawę żądania stosownych czynności organu administracji” (zob. wyrok NSA z 20 maja 2021 r., sygn. akt I OSK 2508/18).

Należy podkreślić, że rozporządzenie w większości swych postanowień odnosi się przede wszystkim do świadczeniodawców, ale wywołuje skutek wobec świadczeniobiorców. Wskazuje na to treść OWU, które zawiera między innymi przedmiot umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (art. 137 ust. 1 pkt 1 u.ś.z.), czyli „warunki techniczne towarzyszące udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej” rozumiane jako „określenie (opis) technicznych, formalnych elementów towarzyszących udzielaniu świadczeń” (wyrok TK z 10 maja 2018 r., sygn. akt U 1/16). Oznacza to, że treść OWU oddziałuje bezpośrednio na świadczenia zdrowotne udzielane pacjentom. Tak więc mają oni interes w ukształtowaniu treści OWU. Ten interes reprezentuje rozporządzeniodawca, będąc związany zakwestionowaną wytyczną.

Postanowienia OWU są przede wszystkim zdeterminowane naturą związków prawnych (postanowienia u.ś.z.) oraz faktycznych (zdolności finansowej NFZ, postępu w medycynie, itd.), jakie zachodzą pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ. W konsekwencji zasady ustalania treści normatywnego wzorca umownego nie mogą znajdować oparcia w kazuistycznych wytycznych treściowych dla wydania rozporządzenia. Jeśli bowiem rozporządzenie ma ustalać szczegółowe warunki umów, to musi ono brać pod uwagę ogólne obowiązki i uprawnienia nałożone ustawowo na świadczeniodawców, świadczeniobiorców i NFZ, a także zmieniające się otoczenie społeczno-gospodarcze.

Druga wytyczna, która ogranicza swobodę prawodawcy, polega na „zapewnieniu właściwego wykonania umów”. I jak słusznie zauważa wnioskodawca „[...] występuje w ustawie o świadczeniach zdrowotnych tylko raz” (wyrok TK z 10 maja 2018 r., sygn. akt U 1/16). Słowo „zapewnienie”, które jest

tu kluczowe, jest rzeczownikiem pochodzącym od czasownika „zapewniać”, czyli „sprawić, że coś się stanie lub ktoś uzyska coś” (*Słownik języka polskiego PWN*, <https://sjp.pwn.pl/szukaj/wykonanie.html>, dostęp: 14 czerwca 2021 r.). Z kolei przez słowo „właściwe” należy rozumieć odpowiednie, czy „takie, jaki być powinno” (*ibidem*), zaś przez „wykonanie” – wprowadzenie w czyn, urzeczywistnienie, spełnienie (*Słownik języka polskiego* pod red. W. Doroszewskiego, <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/wykonanie;5520303.html>, dostęp: 14 czerwca 2021 r.). Trzeba również odnotować, że „zapewnienie właściwego wykonania umów” „należy odczytywać w świetle konstytucyjnych regulacji, w tym przede wszystkim art. 68 Konstytucji” (wyrok TK z 10 maja 2018 r., sygn. akt U 1/16). W rezultacie można stwierdzić, że analizowana wytyczna oznacza nakaz określenia warunków umów w sposób możliwy do zrealizowania zgodnie z istniejącym stanem wiedzy i istniejącym stanem prawnym, a także w sposób zapewniający dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w sposób równy i powszechny.

Sejm pragnie zwrócić uwagę, że wytyczne sformułowane w sposób zbliżony do zawartych w analizowanym przepisie były już przedmiotem kontroli ze strony TK i przeszły pozytywnie ocenę konstytucyjności. Przykładowo dyrektywa „zapewnienia właściwego funkcjonowania prokuratur” została uznana przez TK za wytyczną w rozumieniu art. 92 ust. 1 Konstytucji (wyrok TK z 22 maja 2014 r., sygn. akt U 10/13). Z kolei w sprawie dotyczącej czynszu za lokale służbowe TK przyjął, że w pewnych okolicznościach ustawa nie może w sposób szczegółowy i sztywny określać wytycznych treściowych, zaś właściwy minister musi uwzględniać interesy Skarbu Państwa. „Stąd też wytyczne treściowe w odniesieniu do tej materii muszą z natury rzeczy mieć bardziej ramowy, ogólny i elastyczny zarazem charakter” (wyrok TK z 29 listopada 2004 r., sygn. akt K 7/04).

Reasumując dotychczasowe ustalenia należy stwierdzić, iż: po pierwsze, u.ś.z. określa zakres podmiotowy i przedmiotowy umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także szczegółowo determinuje tryb zawarcia tej umowy. Po drugie, umowa ta jest instrumentem prawnym służącym realizacji celu konstytucyjnego, którym jest ochrona zdrowia. Po trzecie, treść tej umowy określona jest przez przepisy u.ś.z. i k.c., a także szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych w ramach systemu zabezpieczenia określone przez Prezesa Funduszu i OWU ustalone w formie rozporządzenia, a więc

aktu prawa powszechnie obowiązującego. Po czwarte, umowa ma charakter cywilnoprawny i jest to zobowiązanie dwustronne, które wywołuje skutek wobec pacjenta (świadczeniobiorcy). Świadczeniobiorca posiada interes prawny i faktyczny w zakresie dostępu do świadczeń, udzielanych na podstawie analizowanej umowy. Ten interes jest wytyczną, która wiąże Ministra Zdrowia wydającego rozporządzenie w sprawie OWU. Z kolei wytyczna polegająca na „zapewnieniu właściwego wykonania umów” jest dyrektywą, którą należy interpretować w świetle postanowień art. 68 Konstytucji.

W konkluzjach należy stwierdzić, że nawet jeśli zawarte w analizowanym przepisie wytyczne mają ramowy, ogólny i elastyczny charakter, to ich treść daje się ustalić na gruncie reguł wykładni językowej. Ponadto swoboda rozporządzeniodawcy ograniczona jest regulacją ustawową odnoszącą się do treści umowy, a także trybu jej zawarcia oraz przepisami k.c. Z tych względów Sejm stoi na stanowisku, iż w badanym zakresie istnieją podstawy do uznania wytycznych za dostateczne z punktu widzenia normowanej materii. Tym samym art. 137 ust. 2 u.ś.z. w zakresie, w jakim odnosi się do zawartych w nim wytycznych, **jest zgodny** z art. 92 ust. 1 Konstytucji.

MARSZAŁEK SEJMU

I A I II

II VI II

Elżbieta Witek