



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
Sygn. akt K 48/14
BAS-WPTK-2906/14

Warszawa, dnia 10 listopada 2015 r.

TRYBUNAŁ KONSTYTUCYJNY KANCLARIA	
wpi. dnia	10. 11. 2015
L.dz.	L.zał.

Trybunał Konstytucyjny

Na podstawie art. 34 ust. 1 w związku z art. 27 pkt 2 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. Nr 102, poz. 643 ze zm.) w związku z art. 134 pkt 3 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. poz. 1064), w imieniu Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej przedkładam wyjaśnienia w sprawie wniosku grupy senatorów z 8 grudnia 2014 r. (sygn. akt K 48/14), jednocześnie wnosząc o **umorzenie postępowania** na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym w związku z art. 134 pkt 3 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o Trybunale Konstytucyjnym, ze względu na utratę mocy obowiązującej zakwestionowanego przepisu.

Uzasadnienie

I. Reżim prawny postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym

W dniu 30 sierpnia 2015 r. weszła w życie ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. poz. 1064; dalej: ustawa o TK z 2015 r.), której art. 138 uchylił ustawę z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. Nr 102, poz. 643 ze zm.; dalej: ustawa o TK z 1997 r.).

Jednakże w myśl art. 134 pkt 3 ustawy o TK z 2015 r., w sprawach wszczętych i niezakończonych przed wejściem w życie tej ustawy, w postępowaniu przed Trybunałem stosuje się przepisy dotychczasowe, jeżeli zachodzą przesłanki umorzenia postępowania. Niniejsza sprawa została zainicjowana wnioskiem grupy senatorów (dalej także: wnioskodawca) z 8 grudnia 2014 r. Wniosek wpłynął do Kancelarii Trybunału Konstytucyjnego tego samego dnia. Na dzień wejścia w życie ustawy o TK z 2015 r. sprawa była zatem wszczęta, ale niezakończona. Ponieważ w sprawie zachodzi przesłanka umorzenia postępowania (zob. *petitum* oraz pkt IV niniejszego stanowiska), Sejm uznaje, że w postępowaniu tym powinny być stosowane przepisy dotychczasowe, tj. przepisy ustawy o TK z 1997 r.

II. Przedmiot kontroli

1. Grupa senatorów wnosi o zbadanie zgodności z Konstytucją art. 48 ust. 1 w związku z art. 5 pkt 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.; dalej: u.ś.o.z.).

Kwestionowany art. 48 ust. 1 u.ś.o.z. w dacie zaskarżenia miał następujące brzmienie: „Programy zdrowotne mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie, jednostki samorządu terytorialnego lub Fundusz [Narodowy Fundusz Zdrowia – uwaga własna; dalej: NFZ]”. Natomiast powiązany z nim art. 5 pkt 30 u.ś.o.z. definiował program zdrowotny jako „zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb

zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany ze środków publicznych”.

2. Obok przywołanej regulacji, wnioskodawca postuluje objęcie kontrolą konstytucyjną także „Program – Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016” (dookreślając go zbędnym dopiskiem „in vitro”) opracowany przez Ministra Zdrowia (dalej jako: Program). Należy podkreślić, że zgodnie z art. 27 pkt 1 ustawy o TK z 1997 r. Sejm jest uczestnikiem postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym wyłącznie jako „organ, który wydał akt objęty wnioskiem lub skargą konstytucyjną”, w związku z czym analiza zakwestionowanego we wniosku Programu może stanowić jedynie tło dla rozważenia problemu konstytucyjności przepisu u.ś.o.z. stanowiącego podstawę prawną jego przyjęcia, a odrębna ocena zgodności z Konstytucją tego aktu wykracza poza pozycję procesową Sejmu. Tym niemniej, antycypując ustalenia o braku normatywnego charakteru Programu (zob. stanowisko, pkt IV.5), Sejm podaje w wątpliwość kognicję Trybunału Konstytucyjnego w odniesieniu do tego dokumentu.

III. Zarzuty wnioskodawcy

1. Jako podstawowy przedmiot kontroli wnioskodawca wskazał przepis stanowiący podstawę prawną dla opracowywania, wdrażania, realizowania i finansowania programów zdrowotnych, które w dacie zaskarżenia mogły stanowić instrument polityki zdrowotnej NFZ, ministrów oraz jednostek samorządu terytorialnego. Istota zarzutów wnioskodawcy sprowadza się do tezy o naruszeniu przez kwestionowaną regulację zasady wyłączności ustawowej dotyczącej warunków i zakresu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W opinii grupy senatorów, art. 48 ust. 1 u.ś.o.z. – umożliwiając NFZ, ministrom oraz jednostkom samorządu terytorialnego określanie w aktach innych niż ustawa warunków i zakresu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – godzi bezpośrednio w art. 68 ust. 2 zdanie drugie Konstytucji. Standard konstytucyjny wymaga bowiem w tym wypadku formy ustawy. Grupa senatorów wskazuje, iż: „zaskarżone przepisy w sposób dorozumiany zezwalają na arbitralne ustalenie przez podmioty wskazane w art. 48 ust. 1 ustawy warunków i zakresu udzielania niektórych świadczeń zdrowotnych” (wniosek, s. 13), zaś „[s]woboda organów przygotowujących

i wdrażających programy nie jest w żaden sposób ograniczona przez zaskarżone przepisy, nie wprowadzono również jakichkolwiek kryteriów mających rozstrzygać o podejmowaniu *in casu* «skutecznych, bezpiecznych i uzasadnionych działań» (wniosek, s. 14).

2. Zdaniem wnioskodawcy, posłużenie się w definicji programu zdrowotnego sformułowaniem „działania z zakresu opieki zdrowotnej” (art. 5 pkt 30 u.ś.o.z.) umożliwi określanie w drodze aktów podustawowych warunków i zakresu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Grupa senatorów wywodzi, że programy zdrowotne, zawierając normy abstrakcyjne i generalne, nie mieszczą się w katalogu źródeł prawa powszechnie obowiązującego skonstruowanym w art. 87 Konstytucji „ani pod względem przedmiotowym (programy zdrowotne jako akty normatywne nie są przewidziane w Konstytucji RP), ani pod względem podmiotowym (programy zdrowotne mogą być ustanawiane przez podmioty nie wymienione w Konstytucji), ani też proceduralnym (programy zdrowotne są wydawane według procedury, która nie jest przewidziana przez Konstytucję RP)” (wniosek, s. 18).

Ze względu na swoją blankietowość, zaskarżony w niniejszej sprawie przepis stanowiący podstawę prawną do przyjmowania programów zdrowotnych nie wytrzymuje także, w opinii inicjatora postępowania, konfrontacji z art. 92 ust. 1 oraz art. 94 Konstytucji. Jak wskazuje wnioskodawca, „uprawnienie do określenia zakresu wolności i praw jednostek (prawo do ochrony zdrowia) następuje w zaskarżonych przepisach w sposób blankietowy, co pozwala podmiotom opracowującym i wdrażającym programy zdrowotne na samodzielne i arbitralne «uregulowanie» całego kompleksu zagadnień, byle tylko wskazana regulacja odnosiła się do «działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione» oraz «umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i realizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców»” (wniosek, s. 19).

3. Na wypadek, gdyby Trybunał Konstytucyjny nie podzielił poglądu o niezgodności art. 48 ust. 1 w związku z art. 5 pkt 30 u.ś.o.z. z przywołanymi wzorcami kontroli, grupa senatorów sformułowała ewentualny zarzut naruszenia

przez tę regulację zasady określoności przepisów prawa, wynikającej z zasady demokratycznego państwa prawnego (art. 2 Konstytucji).

Inicjator postępowania podnosi, że: „na podstawie wykładni literalnej i gramatycznej z zaskarżonych przepisów nie da się wyprowadzić jednoznacznego wyłączenia działań *quasi* prawodawczych z pojęcia [jakim posłużył się ustawodawca, definiując programy zdrowotne – uwaga własna] «działań z zakresu opieki zdrowotnej oceniane jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione»” (wniosek, s. 21).

IV. Analiza formalnoprawna

1. Analizę formalnoprawną wniosku przedstawionego Trybunałowi Konstytucyjnemu należy zacząć od tego, że art. 48 ust. 1 u.ś.o.z. w zakwestionowanym brzmieniu został wprowadzony do systemu prawnego jako element (jednostka redakcyjna) ustawy w jej pierwotnym brzmieniu. Jednakże z dniem 1 stycznia 2015 r. przepis ten utracił moc obowiązującą w zaskarżonym kształcie. Zgodnie z art. 1 pkt 28 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U., poz. 1138; dalej: ustawa zmieniająca), art. 48 ust. 1 u.ś.o.z. otrzymał nowe brzmienie, zgodnie z którym: „Programy zdrowotne może opracowywać, wdrażać, realizować i finansować Fundusz, a programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie oraz jednostki samorządu terytorialnego. Fundusz realizuje programy polityki zdrowotnej zlecone przez ministra właściwego do spraw zdrowia”. Jednocześnie w definicji „programu zdrowotnego” zawartej w art. 5 pkt 30 u.ś.o.z. doprecyzowano, iż jest to „zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Fundusz”. Zważywszy, że ustawa zmieniająca przewidziała dla ministrów oraz jednostek samorządu terytorialnego aktywność w zakresie programów polityki zdrowotnej, do art. 5 u.ś.o.z. wprowadzono pkt 29a, definiujący program polityki zdrowotnej jako: „zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione,

umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego”.

2. W świetle wyjaśnień projektodawcy, wprowadzony ustawą zmieniającą podział na programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej – które *prima facie* różni wyłącznie podmiot uprawniony do ich opracowania, wdrażania, realizowania i finansowania – był reakcją na wnioski pokontrolne zawarte w wystąpieniu Najwyższej Izby Kontroli (dalej: NIK) sformułowanym po kontroli wykonania w 2012 r. budżetu państwa w części 46 – Zdrowie oraz wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych (informacja nr KZD-4100-01/2013 96/2013/P13126/KZD opublikowana na stronie <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/13/126/KZD>; dalej: informacja NIK).

Najwyższa Izba Kontroli zauważyła, że: „W 2012 r. Minister Zdrowia po raz kolejny, pomimo braku podstawy prawnej w przepisach powszechnie obowiązujących, sfinansował świadczenia zdrowotne realizowane w ramach programów polityki zdrowotnej w kwocie ogółem 24.879 tys. zł. Na brak uregulowań legislacyjnych tej kwestii NIK zwracała uwagę w latach ubiegłych” (informacja NIK, s. 7).

Z uzasadnienia projektu ustawy zmieniającej wynika, że rozróżnienie na programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej „jest konieczne, gdyż programy zdrowotne opracowywane, wdrażane i finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia są już w obecnym stanie prawnym ujęte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i podlegają ocenie Agencji Oceny Technologii Medycznych na podstawie przepisów rozdziału 1a działu II tej ustawy, a programy opracowywane, wdrażane i finansowane przez ministrów oraz jednostki samorządu terytorialnego podlegają ocenie tej Agencji na podstawie art. 48 ww. ustawy” (druk sejmowy nr 2505/VII kad.).

3. Sejm, dostrzegając konieczność wskazania wpływu ustawy zmieniającej na istotę problemu konstytucyjnego przedstawionego we wniosku grupy senatorów, podnosi, co następuje.

Programy zdrowotne, w świetle przepisów obowiązujących do dnia wejścia w życie ustawy zmieniającej (1 stycznia 2015 r.), były fakultatywnym dla NFZ, ministrów i jednostek samorządu terytorialnego instrumentem polityki zdrowotnej. Jak wskazał Trybunał Konstytucyjny, „[z]arówno monitorowanie zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej oraz stanu zdrowia obywateli, jak i prowadzenie profilaktyki zdrowotnej i realizacja programów zdrowotnych służą zapewnieniu bezpieczeństwa publicznego oraz zdrowia (art. 31 ust. 3 Konstytucji)” (wyrok TK z 18 grudnia 2014 r., sygn. akt K 33/13).

Co istotne z perspektywy zarzutów wniosku, już na mocy art. 1 pkt 4 ustawy z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz. U. Nr 118, poz. 989), która weszła w życie 12 sierpnia 2009 r., do katalogu świadczeń gwarantowanych zostały zaliczone świadczenia z zakresu programów zdrowotnych (art. 15 ust. 2 pkt 13 u.ś.o.z.). Zgodnie z przyjętą techniką legislacyjną, koszyk świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach ustala Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia (art. 31d u.ś.o.z.). W przedmiotowych rozporządzeniach minister ma obowiązek określić: 1) poziom lub sposób finansowania danego świadczenia gwarantowanego, o którym mowa w art. 18 u.ś.o.z. (pobyt w zakładzie leczniczym), art. 33 u.ś.o.z. (lecznictwo uzdrowiskowe) i art. 41 u.ś.o.z. (bezpłatny przewóz chorego), mając na uwadze treść rekomendacji oraz uwzględniając kryteria określone w art. 31a ust. 1 u.ś.o.z.; 2) warunki realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.

Świadczenia gwarantowane z zakresu programów zdrowotnych zostały wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1505 ze zm.; dalej: r.p.z.). Ustawa zmieniająca nie zmodyfikowała art. 15 ust. 2 u.ś.o.z., który wyczerpująco wylicza zakresy świadczeń gwarantowanych, jakie przysługują świadczeniobiorcom.

Odnosząc poczynione ustalenia do podstawowego zarzutu wnioskodawcy, jakim jest pozaustawowe, wbrew nakazowi płynącemu z art. 68 ust. 2 zdanie drugie Konstytucji, określenie warunków i zakresu udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, należy przypomnieć, że już w wyroku

z 18 grudnia 2002 r. (sygn. akt K 43/01) Trybunał Konstytucyjny wskazał, że: „art. 68 ust. 2 Konstytucji przekazuje ustawie obowiązek określenia warunków udzielenia świadczeń ze środków publicznych”. Najistotniejsze znaczenie ma jednak wyrok TK z 7 stycznia 2004 r. (sygn. akt K 14/03), 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 wyraźnie, 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 przy tym, 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, iż: „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”.

W opinii Sejmu, nie ulega wątpliwości, że ustawodawca zwykły wypełnił normę wynikającą z art. 68 ust. 2 zdanie drugie ustawy zasadniczej, a ustawą, o której stanowi w tym przepisie Konstytucja, jest ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w której art. 15 ust. 2 został wskazany zakres świadczeń gwarantowanych. Jednocześnie, zdaniem Sejmu, trudno od racjonalnego ustawodawcy oczekiwać, zważywszy dynamikę zmian w naukach medycznych, rozwój technologii medycznej, zmiany potrzeb zdrowotnych w populacji oraz zmieniające się koszty realizacji świadczeń i kondycję finansów publicznych, że ustali on na poziomie ustawowym listę konkretnych świadczeń gwarantowanych w określonej jednostce rozpoznania medycznego.

Jak wskazał Trybunał w przywoływanym już wyroku o sygn. akt K 14/03, „Konstytucja nie zakłada powszechnej dostępności do wszystkich znanych i stosowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej świadczeń opieki zdrowotnej. Wręcz przeciwnie – zamieszczona w zd. 2 ust. 2 art. 68 ustawy zasadniczej wzmianka, iż nie tylko warunki, ale i zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych określać ma ustawa, otwiera możliwość kompilowania przez ustawodawcę modelu ochrony zdrowia zasadzającego się na środkach publicznych z innymi znanymi we współczesnych systemach sposobami finansowania (czy raczej – dofinansowania) kosztów tych świadczeń (udział własny, dodatkowe ubezpieczenie). Ustawa nie może jednak pozostawiać wątpliwości co do tego, jaki jest zakres świadczeń medycznych przysługujących beneficjentom publicznego systemu opieki zdrowotnej wobec istnienia wyraźnego nakazu konstytucyjnego określenia tej materii, a w konsekwencji nie może wprowadzać – w ramach tego systemu – modelu pozwalającego na dyferencjację świadczeń w wypadku występowania podobnych potrzeb zdrowotnych”. Dążąc do realizacji wymogów trybunalskich, ustawodawca zdecydował się na przyjęcie w art. 15 ust. 1 u.ś.o.z. zasady, zgodnie z którą: „Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie [u.ś.o.z. – uwaga własna], 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”, determinując jednocześnie zakres świadczeń gwarantowanych w ust. 2 art. 15 u.ś.o.z. oraz konstruując delegację dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzeń zawierających wykazy poszczególnych świadczeń gwarantowanych w zakresach wynikających z art. 15 ust. 2 pkt 1-8 i 10-13 u.ś.o.z.

Z tego względu, zdaniem Sejmu, a wbrew twierdzeniom wnioskodawcy, realizacja standardu konstytucyjnego zakotwiczonego w art. 68 ust. 2 zdanie drugie ustawy zasadniczej nastąpiła przez przyjęcie w art. 15 ust. 2 pkt 13 u.ś.o.z. zasady, iż świadczeniami gwarantowanymi są świadczenia wynikające z programów zdrowotnych, oraz przez dookreślenie wykazu świadczeń w r.p.z.

4. Jednocześnie należy wskazać, że w zakresie dookreślenia przedmiotu świadczenia gwarantowanego w ramach programu zdrowotnego, u.ś.o.z. przewiduje konkretne kryteria, jakie dane świadczenie powinno spełniać, oraz procedurę ich oceny. W świetle art. 48 ust. 1 u.ś.o.z., programy zdrowotne (jak również nieobjęte wnioskiem programy polityki zdrowotnej) mogą dotyczyć: 1) ważnych zjawisk epidemiologicznych; 2) innych niż określone w pkt 1 istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów; 3) wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych. Trzeba dodać, że jest to wyliczenie przykładowe, ponieważ ustawodawca posłużył się sformułowaniem „w szczególności”.

Zgodnie z art. 31a u.ś.o.z., podstawą zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego w zakresie programu zdrowotnego jest jego ocena uwzględniająca następujące kryteria:

1) wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu:

a) priorytetów zdrowotnych określanych w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia wydawanym na podstawie art. 31a ust. 2 u.ś.o.z.; aktualnie – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz. 1126),

b) wskaźników zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określonych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej;

2) skutki następstw choroby lub stanu zdrowia, w szczególności prowadzących do:

a) przedwczesnego zgonu,

b) niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,

c) niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,

d) przewlekłego cierpienia lub przewlekłej choroby,

- e) obniżenia jakości życia;
- 3) znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności:
- a) ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia,
 - b) ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia,
 - c) zapobiegania przedwczesnemu zgonowi,
 - d) poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość;
- 4) skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo;
- 5) stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego;
- 6) stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych;
- 7) skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Powyższe kryteria są wiążące dla ministra właściwego do spraw zdrowia, który ponadto musi w przedmiotowym zakresie uzyskać rekomendację Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej: AOTMiT; art. 31b ust. 1 u.ś.o.z.)

Z ustaleń tych wynika, że nieaktualne są twierdzenia wnioskodawcy, iż: „[w]drażane programy mogą opierać się na najbardziej nieracjonalnych różnicowaniach w dostępie do świadczeń medycznych (stosując *reductio ad absurdum* należałoby stwierdzić, że wykonanie zaskarżonych przepisów stanowiłby również program medyczny przyznający prawo do określonych badań dla wszystkich osób, których nazwiska zaczynają się na określonej literę)” (wniosek, s. 14).

5. W świetle obowiązujących przepisów bezzasadne są twierdzenia grupy senatorów, że programy zdrowotne są aktami normatywnymi, na których wydawanie, wbrew postanowieniom art. 87, art. 92 ust. 1 oraz art. 94 Konstytucji, pozwala art. 48 ust. 1 u.ś.o.z. Dla kompletności wyводу warto przypomnieć, że w świetle art. 5 pkt 30 u.ś.o.z., program zdrowotny to obecnie „zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Fundusz”.

Wnioskodawca stoi na stanowisku, że blankietowość tej definicji pozwala na przyjmowanie aktów normatywnych przez podmioty i w procedurze nieprzewidzianej w Konstytucji.

Odnosząc się do tej wątpliwości konstytucyjnej, warto przywołać ustalenia Trybunału Konstytucyjnego w odniesieniu do klasyfikacji pewnych wypowiedzi jako norm prawa. Należy podkreślić, że konstytucyjna regulacja źródeł prawa – zarówno powszechnie obowiązującego, jak i wewnętrznego – odnosi się do aktów normatywnych, tj. do aktów prawnych, które ustanawiają normy prawne (np. wyrok TK z 10 czerwca 2003 r., sygn. akt SK 37/02). W orzecznictwie trybunalskim ukształtowała się materialna koncepcja aktu normatywnego. Aktem normatywnym jest akt ustanawiający normy prawne o charakterze generalnym i abstrakcyjnym (zob. np.: orzeczenie TK z 7 czerwca 1989 r., sygn. akt U 15/88; wyroki TK z: 12 lipca 2001 r., sygn. akt SK 1/01; 16 listopada 2011 r., sygn. akt SK 45/09; 3 lipca 2012 r., sygn. akt K 22/09; 10 lutego 2015 r., sygn. akt SK 50/13). Generalność oznacza, że adresat normy prawnej jest określony przez wskazanie określonej cechy lub cech rodzajowych. Natomiast abstrakcyjność „dotyczy przedmiotu normy określającego należne zachowanie się adresata. Przedmiotem normy prawnej winna być klasa zachowań się, nie zaś konkretne zachowanie się adresata. Konsekwencją abstrakcyjności normy jest [...] to, że nie ulega umorzeniu czy «skonsumowaniu» poprzez jednorazowe zastosowanie” (zob. postanowienie TK z 14 grudnia 1999 r., sygn. akt U 7/99).

Przenosząc te ustalenia na grunt niniejszej sprawy, w opinii Sejmu, nie sposób mówić o normatywnym charakterze programów zdrowotnych. Należy bowiem zauważyć, że jakkolwiek adresaci programów zdrowotnych mogą być (i najczęściej są) dookreślani przez wskazanie ich cechy (np. wieku: populacja noworodków, osoby po 55 roku życia, dzieci do 2 roku życia, czy też zdiagnozowanej jednostki chorobowej), to postanowienia programów nie zawierają norm o charakterze abstrakcyjnym, zakładających powtarzalność zachowań adresatów.

Nawiązując do definicji programu zdrowotnego, trzeba wskazać, że idzie o „zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej”. Jakkolwiek u.ś.o.z. nie zawiera definicji pojęcia „opieka zdrowotna”, to z zakresu pojęcia „świadczenia opieki zdrowotnej” (art. 5 pkt 34 u.ś.o.z.) można wyinterpretować, że opieka zdrowotna to udzielanie świadczeń zdrowotnych, świadczeń zdrowotnych rzeczowych i świadczeń towarzyszących (por. pojęcie

„podstawowa opieka zdrowotna” objaśnione w art. 5 pkt 27 u.ś.o.z.), zdefiniowanych odpowiednio w art. 5 pkt: 40, 37 i 38 u.ś.o.z. „Działania z zakresu opieki zdrowotnej” nie mogą więc być utożsamiane z działaniami prawotwórczymi, co zdaje się wywodzić wnioskodawca, zarzucając – zdaniem Sejmu, niezasadnie – kwestionowanej regulacji naruszenie zasady określoności przepisów prawa.

Programy zdrowotne precyzują przesłanki dostępności konkretnych gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, przy czym zasadność przyjęcia tych kryteriów (zarówno ekskluzyjnych, jak i inkluzyjnych) musiała zostać zweryfikowana przez Prezesa AOTMiT (por. art. 31b ust. 1 u.ś.o.z.). Ponadto, w świetle § 3 r.p.z., świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej. Program zdrowotny jest więc merytorycznie zaplanowanym działaniem, którego przedmiotem jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, niezbędnych z punktu widzenia zdiagnozowanego problemu zdrowotnego w określonej (geograficznie, wiekowo) części populacji.

Wobec stwierdzenia, że programy zdrowotne nie mają charakteru normatywnego, nie jest wymagane, aby miały one formę przewidzianą dla aktów prawa powszechnie obowiązującego. Nie oznacza to jednak, że programy zdrowotne pozostają poza zasięgiem regulacji prawa powszechnie obowiązującego.

Programy zdrowotne są opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane przez NFZ na podstawie ustawy, a więc mają podstawę kompetencyjną w źródłach prawa powszechnie obowiązującego. Nie wyznaczają one praw lub obowiązków pacjentów, ale określają kryteria, jakimi mają się kierować podmioty realizujące program zdrowotny na podstawie umowy zawartej z NFZ (art. 48b ust. 5 u.ś.o.z.).

Sejm pragnie podnieść, że jakkolwiek Trybunał Konstytucyjny nie zajmował się dotychczas kwalifikacją programu zdrowotnego jako aktu normatywnego, to jednak w orzecznictwie trybunalskim został zaprezentowany pogląd, zgodnie z którym poza pojęciem „źródła prawa” w ujęciu konstytucyjnym „znajdują się różnego rodzaju akty pozbawione cech normatywności, takie jak instrukcje, apele, opinie, a także akty niebędące źródłem klasycznych norm prawnych. Chodzi tu o plany, strategie, programy, koncepcje, założenia, studia, raporty, analizy oceny i inne zbliżone formy działania administracji publicznej, które są przewidziane w wielu aktach prawnych. Zadaniem aktów tego rodzaju jest koordynacja działań,

współdziałanie, wspieranie i aktywizowanie różnych podmiotów. Podkreśla się, że plany i inne zbliżone formy działania administracji przyjmowane są w różnych trybach i mogą mieć różny charakter prawny. Mogą być uznawane za czynności prawne albo za czynności faktyczne; w tym drugim przypadku pełnią jedynie rolę pomocniczą, zawierają wskazówki co do rodzaju i kierunku działania (zob. szerzej: Z. Duniewska, M. Górski, B. Jaworska-Dębska, E. Olejniczak-Szałowska, M. Stahl, *Plany, strategie, programy i inne zbliżone formy prawne działania administracji*, [w:] *Podmioty administracji publicznej i prawne formy ich działania*, Toruń 2005, s. 143-147)" (wyrok TK z 3 lipca 2012 r., sygn. akt K 22/09). W przywołanym judykacie sąd konstytucyjny odmówił cechy normatywności Narodowemu Planowi Zarządzania Kryzysowego oraz Raportowi o zagrożeniach bezpieczeństwa narodowego, przyjmowanym na podstawie ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 1166 ze zm.).

6. Oceniając wpływ ustawy zmieniającej na aktualność zarzutów wnioskodawcy, należy wyjść przede wszystkim od tego, że grupa senatorów wyraźnie powiązała zastrzeżenia konstytucyjne skierowane wobec art. 48 ust. 1 u.ś.o.z. z przyjętym na jego podstawie programem zdrowotnym. Oznacza to, że zarzuty wniosku dotyczą wyłącznie programów zdrowotnych, nie obejmują natomiast problematyki programów polityki zdrowotnej.

W opinii Sejmu, uwzględniając zasadę związania Trybunału Konstytucyjnego treścią wniosku (art. 66 ustawy o TK z 1997 r., art. 50 ust. 1 ustawy o TK z 2015 r.), należy uznać, że ze względu na zmianę brzmienia kwestionowanej regulacji, zarzuty sformułowane przez wnioskodawcę oraz argumenty na ich rzecz zdezaktualizowały się.

Biorąc pod uwagę, że zaskarżony art. 48 ust. 1 w związku z art. 5 pkt 30 u.ś.o.z. został – z dniem 1 stycznia 2015 r. – zmieniony, oraz to, iż nowa regulacja, zawierając odmienną od pierwotnej treść normatywną, dezaktualizuje wątpliwości konstytucyjne podnoszone przez wnioskodawcę, Sejm wnosi o **umorzenie postępowania** z powodu utraty mocy obowiązującej przepisu kwestionowanego we wniosku. W myśl art. 39 ust. 1 pkt 3 ustawy o TK z 1997 r., utrata mocy obowiązującej przez akt normatywny w zakwestionowanym zakresie jest obligatoryjną przesłanką umorzenia postępowania. W opinii Sejmu, ocena konstytucyjna postanowień art. 48 ust. 1 u.ś.o.z. w brzmieniu obowiązującym do

31 grudnia 2014 r., a więc z całą pewnością nieobowiązującym w dniu wydawania orzeczenia przez Trybunał, jest niedopuszczalna (por. postanowienia TK z: 20 września 2011 r., sygn. akt SK 9/09; 10 stycznia 2012 r., sygn. akt K 8/11; 7 maja 2013 r., sygn. akt U 8/12). Jednocześnie należy podkreślić, iż w niniejszej sprawie nie aktualizuje się nakaz merytorycznej kontroli nieobowiązującego przepisu, płynący z art. 39 ust. 3 ustawy o TK z 1997 r. Wydanie wyroku *in casu* nie jest bowiem konieczne dla ochrony konstytucyjnych wolności lub praw, gdyż zarzuty wniosku ogniskują się wokół wzorców kontroli, z których nie sposób wywieść praw i wolności. Reasumując, w sprawie zawisłej przed TK zachodzi ujemna przesłanka procesowa uniemożliwiająca merytoryczne rozpatrzenie przez sąd konstytucyjny wniosku grupy senatorów.

7. Odnosząc się do postulatu grupy senatorów o pilne rozpoznanie wniosku przez Trybunał Konstytucyjny, Sejm wskazuje, że konieczność ta (pozostająca wszakże w dyspozycji Trybunału Konstytucyjnego) zdezaktualizowała się z dwóch powodów.

Po pierwsze, rozstrzygnięcie niniejszej sprawy przez Trybunał Konstytucyjny nie ma znaczenia dla postępowania przed Trybunałem Sprawiedliwości Unii Europejskiej (dalej: TSUE) zainicjowanego skargą Komisji Europejskiej o stwierdzenie uchybienia przez Polskę zobowiązaniom państwa członkowskiego na podstawie art. 258 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, wniesioną 21 stycznia 2014 r.

W dniu 11 czerwca 2015 r. TSUE wydał bowiem wyrok w sprawie o sygn. akt C-29/14, w którym orzekł, że: „Poprzez nieobjęcie komórek rozrodczych, tkanek płodowych i tkanek zarodkowych zakresem stosowania przepisów prawa krajowego stanowiących transpozycję dyrektywy 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich, dyrektywy Komisji 2006/17/WE z dnia 8 lutego 2006 r. wprowadzającej w życie dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do niektórych wymagań technicznych dotyczących dawstwa, pobierania i badania tkanek i komórek ludzkich oraz dyrektywy Komisji 2006/86/WE z dnia 24 października 2006 r. wykonującej dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie wymagań dotyczących możliwości śledzenia,

powiadamiania o poważnych i niepożądanych reakcjach i zdarzeniach oraz niektórych wymagań technicznych dotyczących kodowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich Rzeczpospolita Polska uchybiła zobowiązaniom ciążącym na niej na mocy art. 31 dyrektywy 2004/23, art. 3 lit. b), art. 4 ust. 2, art. 7 dyrektywy 2006/17 oraz załącznika III do niej, jak również art. 11 dyrektywy 2006/86”.

Po drugie, 25 czerwca 2015 r. została przyjęta ustawa o leczeniu niepłodności (Dz. U., poz. 1087), która normuje zagadnienia jakości i bezpieczeństwa tkanek ludzkich, o co troskę wyrażał wnioskodawca, kontestując treść Programu.

MARSZAŁEK SEJMU



Małgorzata Kidawa-Błońska