



# ORZECZNICTWO TRYBUNAŁU KONSTYTUCYJNEGO ZBIÓR URZĘDOWY

Seria A

Warszawa, dnia 27 lutego 2018 r.

Pozycja 8

## POSTANOWIENIE

z dnia 21 lutego 2018 r.

Sygn. akt K 15/15

### Trybunał Konstytucyjny w składzie:

Julia Przyłębska – przewodniczący  
Małgorzata Pyziak-Szafnicka  
Stanisław Rymar – sprawozdawca  
Michał Warciński  
Sławomira Wronkowska-Jaśkiewicz,

po rozpoznaniu, na posiedzeniu niejawnym w dniu 21 lutego 2018 r., wniosku Naczelnej Rady Lekarskiej o zbadanie zgodności:

- 1) art. 32a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.) w zakresie, w jakim różnicują uprawnienia lekarzy udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy udzielających świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej do wydawania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, z art. 2, art. 32 i art. 68 ust. 2 Konstytucji,
- 2) art. 32a ust. 9-11 ustawy powołanej w punkcie 1 w zakresie, w jakim różnicują sytuację prawną lekarzy, zobowiązując lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do osiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, z art. 2, art. 32, art. 17 ust. 1 i art. 68 ust. 2 Konstytucji,
- 3) art. 32a ust. 12-14 ustawy powołanej w punkcie 1 w zakresie, w jakim zakazują lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej wydawania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego wskutek nieosiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów ustalonego przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, a także nakładają na lekarza podstawowej opieki zdrowotnej będącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą sankcje finansowe za wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego pomimo nieosiągnięcia wymaganego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, z art. 2, art. 17 ust. 1, art. 31 ust. 3 w związku z art. 2, art. 32 oraz art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji,
- 4) art. 32a ust. 18 ustawy powołanej w punkcie 1 w zakresie, w jakim zawarte w tym przepisie wytyczne co do treści rozporządzenia są niewystarczająco szczegółowe z punktu widzenia rodzaju spraw przekazywanych do uregulowania w akcie wykonawczym, a także w zakresie, w jakim upoważnienie ustawowe nie przewiduje udziału samorządu lekarskiego w procedurze określania zasad ustalania indywidualnego i wartości minimalnego wskaźnika rozpozna-

wania nowotworów, z art. 92 ust. 1 oraz z art. 17 ust. 1 w związku z art. 2 Konstytucji,

- 5) art. 137 ust. 2 ustawy powołanej w punkcie 1 w zakresie, w jakim pozbawia samorząd lekarski wpływu na kształt ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, realizowanego dotąd w ramach jego konstytucyjnej funkcji reprezentowania osób wykonujących zawód zaufania publicznego i sprawowania pieczy nad jego należytym wykonywaniem w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, z art. 17 ust. 1 w związku z art. 2 Konstytucji,

p o s t a n a w i a:

**na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U. poz. 2072) umorzyć postępowanie.**

**Orzeczenie zapadło jednogłośnie.**

## UZASADNIENIE

### I

1. Naczelna Rada Lekarska (dalej: NRL), w piśmie z 16 kwietnia 2015 r., uzupełnionym pismem z 22 maja 2015 r., wniosła o stwierdzenie, że:

1) art. 32a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.; dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej) w zakresie, w jakim różnicują uprawnienia lekarzy udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: lekarze POZ) i lekarzy udzielających świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (dalej: lekarze AOS) do wydawania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (dalej: karta DiLO), są niezgodne z art. 2, art. 32 i art. 68 ust. 2 Konstytucji,

2) art. 32a ust. 9-11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w zakresie, w jakim różnicują sytuację prawną lekarzy, zobowiązując lekarzy POZ do osiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, są niezgodne z art. 2, art. 32, art. 17 ust. 1 i art. 68 ust. 2 Konstytucji,

3) art. 32a ust. 12-14 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w zakresie, w jakim zakazują lekarzom POZ wydawania kart DiLO wskutek nieosiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów ustalonego przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, a także nakładają na lekarza POZ będącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą sankcje finansowe za wydanie karty DiLO pomimo nieosiągnięcia wymaganego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, są niezgodne z art. 2, art. 17 ust. 1, art. 31 ust. 3 w związku z art. 2, art. 32 oraz art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji,

4) art. 32a ust. 18 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w zakresie, w jakim zawarte w tym przepisie wytyczne co do treści rozporządzenia są niewystarczająco szczegółowe z punktu widzenia rodzaju spraw przekazywanych do uregulowania w akcie wykonawczym, a także w zakresie, w jakim upoważnienie ustawowe nie przewiduje udziału samorządu lekarskiego w procedurze określania zasad ustalania indywidualnego i wartości minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, jest niezgodny z art. 92 ust. 1 oraz z art. 17 ust. 1 w związku z art. 2 Konstytucji,

5) art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w zakresie, w jakim pozbawia samorząd lekarski wpływu na kształt ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, realizowanego dotąd w ramach jego konstytucyjnej funkcji reprezentowania osób wykonujących zawód zaufania publicznego i sprawowania pieczy nad jego należytych wykonywaniem w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, jest niezgodny z art. 17 ust. 1 w związku z art. 2 Konstytucji.

1.1. NRL wskazała, że jest ogólnokrajową władzą organizacji zawodowej, która skupia i reprezentuje wszystkie osoby wykonujące na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zawód lekarza i lekarza dentystry. Złożony wniosek dotyczy ochrony zasad wykonywania profesji lekarza, tzn. norm prawnych w zakresie, w jakim dotyczą one uprawnień i obowiązków zawodowych lekarzy, kształtując ich sytuację prawną w związku z wykonywanym zawodem.

1.2. Kwestionowane art. 32a ust. 1-2 i 9-11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej prowadzą do zróżnicowania uprawnień zawodowych lekarzy POZ i lekarzy AOS. Zróżnicowanie to dotyczy uprawnień lekarzy do kierowania pacjentów do diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz skutkuje istotnym ograniczeniem swobody podejmowania przez nich decyzji terapeutycznych w tym zakresie. Nieosiągnięcie minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów jest ponadto podstawą pociągnięcia lekarza POZ do swoistej odpowiedzialności zawodowej polegającej na nałożeniu na lekarza obowiązku szkolenia, okresowym pozbawieniu go uprawnień do kierowania pacjentów do diagnostyki i leczenia onkologicznego w tzw. szybkiej ścieżce onkologicznej, a także ryzyku nałożenia kary finansowej. Przepisy te wpływają również na zakres uprawnień lekarzy związanych z wykonywanym zawodem, ponieważ ustalają różne dla lekarzy POZ i AOS przesłanki kierowania pacjentów na tzw. szybką ścieżkę diagnostyki i leczenia onkologicznego, ograniczając uprawnienie lekarzy AOS do wydawania karty DiLO jedynie do przypadków stwierdzenia nowotworu u pacjenta, podczas gdy wystarczające jest, by lekarze POZ stwierdzili podejrzenie nowotworu złośliwego.

Wprowadzony mechanizm ustalania wskaźników rozpoznawania nowotworów przez lekarzy POZ ingeruje również w prawa i obowiązki samorządu lekarskiego określone w art. 17 ust. 1 Konstytucji. Administracyjne wyznaczanie statystycznego wskaźnika trafności decyzji lekarskich i ograniczanie uprawnień zawodowych w związku z jego nieosiągnięciem nie służy bowiem ani dobru pacjenta, ani należytemu wykonywaniu zawodu lekarza.

1.3. Kwestionowane art. 32a ust. 12-14 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej określają skutki nieosiągnięcia przez lekarza POZ minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów: obowiązek udziału w szkoleniu, wyłączenie uprawnienia do wydawania kart DiLO do czasu jego ukończenia oraz karę umowną, jaką może nałożyć Narodowy Fundusz Zdrowia za wydawanie przez lekarza POZ kart w okresie pomiędzy przekroczeniem minimalnego wskaźnika a udokumentowaniem zakończenia szkolenia. Zdaniem NRL, zakaz wydawania kart DiLO:

- po pierwsze, nie rozstrzyga, czy karty DiLO wystawione świadczeniobiorcom przez lekarza objętego zakazem ich wydawania pozostają ważne i uprawniają do skorzystania z szybkiej ścieżki diagnostyki i leczenia onkologicznego;
- po drugie, skutkuje ograniczeniem faktycznego dostępu niektórych pacjentów do szybkiej ścieżki onkologicznej z przyczyn całkowicie od nich niezależnych, a wobec lekarzy POZ ograniczeniem uprawnień zawodowych;
- po trzecie, stanowi arbitralne ograniczenie uprawnień zawodowych lekarza POZ.

Sankcje przewidziane za nieosiągnięcie przez lekarza POZ minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów są nieproporcjonalne. Nie są przydatne do zwiększenia dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego, a wręcz przeciwnie: istotnie go ograniczają. Istnieją

inne skuteczne, a zarazem mniej dotkliwe metody zapewnienia, że prawo do wydawania kart DiLO nie będzie nadużywane. Efekty analizowanej regulacji nie odpowiadają wymogom proporcjonalności *sensu stricto*, nie pozostają bowiem w odpowiedniej proporcji do nałożonych na obywateli ograniczeń polegających, z jednej strony, na ograniczeniu swobody wykonywania zawodu lekarza, a z drugiej, na ograniczeniu prawa do ochrony zdrowia oraz równości świadczeniobiorców w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej.

1.4. Kwestionowany art. 32a ust. 18 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej przewiduje, że indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów i wartość minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów określa w drodze rozporządzenia minister właściwy do spraw zdrowia z pominięciem, koniecznego, w ocenie NRL, udziału samorządu lekarskiego, jako podmiotu opiniującego projekt rozporządzenia przed jego wydaniem przez ministra. Stosowanie w praktyce indywidualnego i minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów znajduje bezpośrednie przełożenie na sposób wykonywania zawodu lekarza, stanowiąc podstawę ograniczania uprawnień zawodowych lekarzy POZ do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego. Ma również wpływ na stopień zróżnicowania tych uprawnień lekarzy POZ i lekarzy AOS – im niższa wartość minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, którego osiągnięcie warunkuje posiadanie przez lekarza POZ uprawnienia do kierowania pacjentów do diagnostyki i leczenia onkologicznego w tzw. szybkiej ścieżce, tym dalej idące jest zróżnicowanie ich sytuacji prawnej w stosunku do lekarzy AOS. Podobnie w wypadku sposobu ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów – im bardziej rygorystyczny algorytm jego określania, tym większe ryzyko nieosiągnięcia jego minimalnej wartości, a w konsekwencji dalej idące zróżnicowanie zakresu uprawnień lekarzy POZ i AOS.

W ocenie NRL, wytyczne co do treści rozporządzenia należy uznać za niewystarczająco szczegółowe w perspektywie rodzaju spraw przekazywanych do uregulowania, a zatem nieodpowiadające wymogom stawianym przez art. 92 ust. 1 Konstytucji. Ponadto wątpliwości co do zgodności z art. 17 ust. 1 w związku z art. 2 Konstytucji budzi brak udziału samorządu lekarskiego w procedurze określania zasad ustalania indywidualnego i wartości minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów.

1.5. Z kolei kwestionowany art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej pozbawia samorząd lekarski wpływu na kształt ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: OWU), a przez to na sytuację prawną członków samorządu lekarskiego i sposób wykonywania przez nich zawodu lekarza.

2. Marszałek Sejmu, w piśmie z 21 kwietnia 2017 r., wniósł o stwierdzenie, że:

1) art. 32a ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w zakresie, w jakim nie umożliwia wydania karty DiLO przez lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w razie stwierdzenia podejrzenia nowotworu złośliwego, jest zgodny z zasadą prawidłowej legislacji, wywodzoną z art. 2 Konstytucji, oraz z art. 32 Konstytucji;

2) art. 32a ust. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej jest zgodny z zasadami proporcjonalności i prawidłowej legislacji, wywodzonymi z art. 2 Konstytucji, oraz z art. 17 ust. 1 i art. 32 Konstytucji;

3) art. 32a ust. 14 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej jest zgodny z zasadami proporcjonalności i prawidłowej legislacji, wywodzonymi z art. 2 Konstytucji;

4) art. 32a ust. 18 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej jest zgodny z art. 17 ust. 1 Konstytucji.

Ponadto Marszałek Sejmu wniósł o umorzenie postępowania w pozostałym zakresie na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie po-

stępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U. poz. 2072; dalej: u.o.t.p. TK) ze względu na niedopuszczalność wydania wyroku.

2.1. W ocenie Marszałka Sejmu, przedmiotem kontroli w niniejszej sprawie mogą być:

– art. 32a ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w zakresie, w jakim nie umożliwia wydania karty DiLO przez lekarza AOS w razie stwierdzenia podejrzenia nowotworu złośliwego – z zasadą prawidłowej legislacji, wywodzoną z art. 2 Konstytucji, oraz z art. 32 Konstytucji;

– art. 32a ust. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej z zasadami proporcjonalności i prawidłowej legislacji, wywodzonymi z art. 2 Konstytucji, oraz z art. 17 ust. 1 i art. 32 Konstytucji;

– art. 32a ust. 14 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej z zasadami proporcjonalności i prawidłowej legislacji, wywodzonymi z art. 2 Konstytucji;

– art. 32a ust. 18 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej z art. 17 ust. 1 Konstytucji.

2.2. Marszałek Sejmu wskazał, że przyjęte rozwiązanie definiuje rolę lekarza AOS w systemie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób odmienny niż rolę lekarza POZ. Kontakt z podstawową opieką zdrowotną jest etapem hipotezy onkologicznej (stwierdzenie podejrzeń), natomiast ambulatoryjna opieka specjalistyczna ma na celu zweryfikowanie tej hipotezy (potwierdzenie lub obalenie).

Zdaniem Marszałka Sejmu, nie można zgodzić się z przekonaniem wnioskodawcy, że przyjęty model diagnostyki i terapii onkologicznej jest dysfunkcyjny, wewnętrznie niespójny i niezdolny do realizacji celów ustawy. Konstytucja nie wymaga, aby w imię zasady równości wszyscy lekarze, niezależnie od posiadanego przygotowania zawodowego oraz ich roli w systemie opieki zdrowotnej, zostali wyposażeni w jednolite uprawnienia do kierowania świadczeniobiorców na badania diagnostyczne. Nawet jednak w razie przyjęcia, że w analizowanych przepisach doszło do zróżnicowania sytuacji prawnej przedstawicieli pewnej grupy zawodowej (lekarzy), które nadaje się do oceny w świetle zasady równości, to nie sposób uznać, by dotknęło ono podmioty znajdujące się w takiej samej lub podobnej sytuacji prawnie relewantnej. Analiza treści i celu zakwestionowanych przepisów wskazuje wyraźnie na wolę wykorzystania wiedzy i umiejętności osób o różnym przygotowaniu zawodowym (lekarzy POZ i lekarzy AOS) do realizacji odmiennych funkcji w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej. Nie oznacza to potraktowania którejs z tych kategorii osób jako „lepszej” lub „gorszej”, lecz uczynienia pożytku z ich pracy w sposób przyczyniający się do zapewnienia realnego dostępu obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2.3. W ocenie Marszałka Sejmu, zakwestionowany przepis pozwala na wydanie potencjalnie nieograniczonej liczby kart DiLO, o ile tylko podejrzenia lekarza POZ potwierdzą się choćby w minimalnym wymaganym odsetku przypadków.

Nie można podzielić przekonania, że ustanowienie mechanizmu wskaźnikowego stanowi niedopuszczalną ingerencję w prawa i obowiązki samorządu lekarskiego związane ze sprawowaniem pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu. Dopuszczalność ukształtowania przez państwo ram prawnych wykonywania zawodu lekarza nie powinna budzić wątpliwości. Z art. 17 ust. 1 Konstytucji nie wynika obowiązek państwa przekazania samorządowi zawodowemu uprawnienia do regulacji całokształtu spraw związanych z wykonywaniem zawodu.

Pewien poziom powściągliwości lekarzy POZ w wystawianiu kart DiLO nie jest szkodliwym efektem ubocznym, lecz celowo założonym elementem mechanizmu ustawowego. Owa powściągliwość powinna sprzyjać kierowaniu na szybką ścieżkę onkologiczną pacjen-

tów, co do których istnieje realne – a nie znikome – podejrzenie nowotworu złośliwego. Ma to zapobiegać sparaliżowaniu systemu przez kierowanie do diagnostyki poza kolejnością zbyt wielu osób, w oderwaniu od rzeczywistych podejrzeń choroby nowotworowej, co mogłoby spowodować pogorszenie sytuacji osób faktycznie wymagających pilnych procedur diagnostycznych.

2.4. Mechanizm wskaźnikowy jest funkcjonalnie związany z pierwszym etapem ścieżki onkologicznej, jakim jest stwierdzenie podejrzenia nowotworu złośliwego, to z natury rzeczy może odnosić się tylko do osób odpowiedzialnych za obsługę tego etapu, czyli do lekarzy POZ. Samo wprowadzenie tego mechanizmu przesądza o odniesieniu go do tej grupy lekarzy.

2.5. Utrata przez lekarza POZ uprawnień do wystawiania kart DiLO pozostaje w ścisłym związku z jego zdolnością do wykrywania (stwierdzania podejrzeń) nowotworów złośliwych. Zakaz, obowiązujący od dnia otrzymania od oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o nieosiągnięciu minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, jest konsekwencją powtarzalnego braku trafności podejrzeń. Ponadto prowadzi do ograniczenia uprawnień zawodowych lekarza jedynie w zakresie uprawnień do kwalifikowania świadczeniobiorcy do szybkiej ścieżki onkologicznej. Trzeba też zauważyć, że analizowany zakaz nie jest bezwzględny i bezterminowy, gdyż możliwe jest odzyskanie uprawnień do wydawania kart DiLO.

2.6. Sankcja finansowa nie jest w żadnym razie efektem wysokiej czujności onkologicznej, lecz stanowi zabezpieczenie zakazu wydawania kart DiLO do czasu odbycia przez lekarza POZ szkolenia w zakresie wczesnego rozpoznawania nowotworów. Przesłanką nałożenia kary umownej jest złamanie prawa przez lekarza wykraczającego poza swoje uprawnienia zawodowe, a nie zbyt niska trafność podejrzeń nowotworu złośliwego. Posługiwanie się karami umownymi ma zniechęcać do wystawiania kart DiLO mimo czasowej utraty uprawnień, wynikającej z niedostatecznej wiedzy w zakresie onkologii. Jest to więc instrument niewątpliwie służący realizacji mechanizmu ustawowego. NRL nie wykazała, że przyjęta sankcja jest z jakiegoś względu nieadekwatna, nieracjonalna lub niewspółmiernie dolegliwa.

2.7. Z art. 17 ust. 1 Konstytucji, a ściśle rzecz ujmując, z reprezentowania osób wykonujących zawody zaufania publicznego i sprawowania pieczy nad należyтым wykonywaniem tych zawodów nie wynika obowiązek przeprowadzania konsultacji w każdym wypadku, gdy materia objęta projektowanym aktem normatywnym wykazuje związek ze statusem danej grupy zawodowej. Określenie szczegółowego kształtu uprawnień samorządu zawodowego w relacjach z państwem jest objęte swobodą regulacyjną ustawodawcy, dopóki nie pozbawia samorządu zdolności do realizowania zadań określonych w art. 17 ust. 1 Konstytucji, a także nie narusza innych zasad, norm i wartości konstytucyjnych.

3. Prokurator Generalny (dalej: PG), w piśmie z 20 grudnia 2017 r., zajął stanowisko, że postępowanie podlega umorzeniu na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 i 4 u.o.t.p. TK w związku z art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 13 grudnia 2016 r. – Przepisy wprowadzające ustawę o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym oraz ustawę o statusie sędziów Trybunału Konstytucyjnego (Dz. U. poz. 2074; dalej: przepisy wprowadzające).

3.1. Zdaniem PG, art. 137 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dotyczy materii niezwiązanej wprost z wykonywaniem zawodu lekarza. Przekazuje on ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do uregulowania kwestię zawierania umów pomiędzy Narodowym

Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą. Kwestionując ten przepis NRL występuje – w istocie – w interesie podmiotów leczniczych zawierających umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a nie w celu ochrony interesów zawodowych lekarzy, ściśle związanych z wykonywaniem tego zawodu. W konsekwencji postępowanie, w części dotyczącej badania konstytucyjności art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej podlega umorzeniu na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 u.o.t.p. TK w związku z art. 9 ust. 1 przepisów wprowadzających.

3.2. PG wskazał, że kwestionowane przez NRL przepisy art. 32a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej zostały istotnie zmienione w wyniku nowelizacji ustawą z dnia 9 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 759) oraz ustawą z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217). Zmiany te weszły w życie odpowiednio 1 lipca 2017 r. i 1 grudnia 2017 r.

Zgodnie z art. 59 ust. 3 u.o.t.p. TK, Trybunał nie umarza postępowania z przyczyny utraty mocy obowiązującej aktu normatywnego w zakwestionowanym zakresie przed wydaniem orzeczenia przez Trybunał, jeżeli wydanie orzeczenia jest konieczne dla ochrony konstytucyjnych wolności i praw w postępowaniu zainicjowanym skargą konstytucyjną. Z tego powodu postępowanie w zakresie kontroli aktu normatywnego, który utracił moc obowiązującą przed wydaniem orzeczenia przez Trybunał, zainicjowane w inny sposób niż skargą konstytucyjną, podlega umorzeniu na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 4 u.o.t.p. TK.

4. NRL, w piśmie z 17 stycznia 2018 r., wycofała wniosek w niniejszej sprawie.

## II

Trybunał Konstytucyjny zważył, co następuje:

1. Obowiązująca ustawa z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U. poz. 2072; dalej: u.o.t.p. TK) weszła w życie 3 stycznia 2017 r. Zgodnie z art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 13 grudnia 2016 r. – Przepisy wprowadzające ustawę o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym oraz ustawę o statusie sędziów Trybunału Konstytucyjnego (Dz. U. poz. 2074) do postępowań wszczętych i niezakończonych przed wejściem w życie u.o.t.p. TK stosuje się przepisy tej ustawy. Z tego względu w niniejszej sprawie zastosowanie znajdują przepisy u.o.t.p. TK.

2. Zgodnie z u.o.t.p. TK wnioskodawca może wycofać wniosek do rozpoczęcia rozprawy (art. 56 ust. 2 pkt 1). Tak się stało w rozpatrywanej sprawie – Naczelna Rada Lekarska cofnęła wniosek.

W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego, ukształtowanym pod rządami art. 31 ust. 2 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. Nr 102, poz. 643, ze zm.; dalej: u.TK z 1997 r.), przyjęto, że prawo do wycofania wniosku, pytania prawnego lub skargi konstytucyjnej przed rozpoczęciem rozprawy mieści się w granicach swobodnego uznania podmiotu mającego kompetencję do wszczęcia postępowania i jest jednym z przejawów zasady dyspozycyjności, na której opiera się postępowanie przed Trybunałem Konstytucyjnym (zob. np. postanowienia TK z: 4 marca 1999 r., sygn. SK 16/98, OTK ZU nr 2/1999, poz. 26; 8 marca 2000 r., sygn. K 32/98, OTK ZU nr 2/2000, poz. 64; 5 czerwca 2000 r., sygn. P 1/00, OTK ZU nr 5/2000, poz. 146; 15 maja 2013 r., sygn. P 42/12, OTK ZU nr 4/A/2013, poz. 51; 8 października 2013 r., sygn. SK 15/13, OTK ZU nr 7/A/2013, poz. 109; 16 czerwca 2015 r., sygn. K 30/13, OTK ZU nr 6/A/2015, poz. 92).

Z uwagi na podobieństwo art. 56 ust. 2 u.o.t.p. TK do art. 31 ust. 2 u.TK z 1997 r., ustalenia te zachowują aktualność. W konsekwencji cofnięcie wniosku przed rozpoczęciem rozprawy nie podlega kontroli Trybunału i skutkuje koniecznością umorzenia postępowania na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 1 u.o.t.p. TK.

Z tych względów Trybunał Konstytucyjny postanowił jak w sentencji.