



ORZECZNICTWO TRYBUNAŁU KONSTYTUCYJNEGO ZBIÓR URZĘDOWY

Seria A

Warszawa, dnia 19 listopada 2019 r.

Pozycja 56

POSTANOWIENIE z dnia 19 września 2019 r. Sygn. akt SK 5/18

Trybunał Konstytucyjny w składzie:

Jarosław Wyrembak – przewodniczący
Zbigniew Jędrzejewski
Justyn Piskorski – sprawozdawca
Julia Przyłębska
Michał Warciński,

po rozpoznaniu, na posiedzeniu niejawnym w dniu 19 września 2019 r. skargi konstytucyjnej spółki Szpital Zakonu Bonifratrów w Katowicach sp. z o.o. o zbadanie zgodności:

art. 2 ust. 1 i art. 14 oraz art. 50 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.) w związku z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, ze zm.) w zakresie, w jakim nie nakładają na Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministra Zdrowia lub Skarb Państwa obowiązku zwrotu kosztów udzielonych świadczeń zdrowotnych na rzecz podmiotu leczniczego, który udzielił świadczenia zdrowotnego pacjentowi potrzebującemu natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia niebędącemu świadczeniobiorcą w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z:

- a) art. 64 ust. 1 i 3 w związku z art. 31 ust. 3 i art. 2 Konstytucji oraz
- b) art. 64 ust. 2 w związku z art. 32 ust. 1 Konstytucji,

p o s t a n a w i a:

na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U. poz. 2072 oraz z 2019 r. poz. 125) umorzyć postępowanie.

Orzeczenie zapadło większością głosów.

UZASADNIENIE

I

1. W skardze konstytucyjnej z 28 lutego 2017 r. spółka Szpital Zakonu Bonifratrów w Katowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (dalej: skarżąca) zakwestionowała zgodność art. 2 ust. 1 i art. 14 oraz art. 50 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.; dalej: ustawa o świadczeniach) w związku z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, ze zm.; dalej: ustawa o działalności leczniczej) w zakresie, w jakim nie nakładają na Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministra Zdrowia lub Skarb Państwa obowiązku zwrotu kosztów udzielonych świadczeń zdrowotnych na rzecz podmiotu leczniczego, który udzielił świadczenia zdrowotnego pacjentowi potrzebującemu natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia niebędącemu świadczeniobiorcą w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z art. 64 ust. 1 i 3 w związku z art. 31 ust. 3 i art. 2 oraz z art. 64 ust. 2 w związku z art. 32 ust. 1 Konstytucji.

1.1. Skarga konstytucyjna została wniesiona w wyniku następującego stanu faktycznego:

Skarżąca spółka jest podmiotem leczniczym, prowadzącym szpital w Katowicach. W ramach działalności podpisała z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: NFZ) umowę na realizację świadczeń zdrowotnych, obejmującą także świadczenia z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.

Z uwagi na wynikający z art. 15 ustawy o działalności leczniczej obowiązek, skarżąca w okresie od 3 do 12 stycznia 2015 r. hospitalizowała pacjenta potrzebującego natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Pacjent nie był ubezpieczony, co ustalono jeszcze przed podjęciem terapii. Pomimo podjętego leczenia, pacjent zmarł.

Skarżąca wystąpiła do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej (dalej: MOPS) o przyznanie pacjentowi prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Z uwagi na przekroczenie przez pacjenta kryterium dochodowego, MOPS odmówił przyznania tego prawa.

Pismem z 30 czerwca 2015 r. skarżąca wezwała NFZ do zapłaty kwoty 40 765,40 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia pacjenta. NFZ odmówił dobrowolnej zapłaty. Wobec powyższego, skarżąca skierowała sprawę na drogę sądową. Wyrokiem z 30 maja 2016 r. Sąd Rejonowy oddalił powództwo, wskazując na brak podstawy prawnej żądania skarżącej. W ocenie Sądu Rejonowego, chociaż powódka miała obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pacjentowi znajdującemu się w stanie zagrożenia życia (art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty; Dz. U. z 2018 r. poz. 617 i art. 15 ustawy o działalności leczniczej), to jednak pozwany nie jest zobowiązany do sfinansowania tego leczenia. Obowiązek pokrycia kosztów leczenia spoczywa w takim wypadku na spadkobiercach pacjenta.

Sąd Okręgowy, wyrokiem z 28 listopada 2016 r., oddalił apelację skarżącej i orzekł o kosztach. W ocenie Sądu Okręgowego, zaskarżony wyrok Sądu Rejonowego w pełni odpowiada prawu, a w sprawie nie zaszły podstawy do wystąpienia z pytaniem prawnym do Trybunału Konstytucyjnego, o co wniosła skarżąca.

1.2. W skardze konstytucyjnej skarżąca wskazała w pierwszej kolejności, że sformułowane przez nią zarzuty dotyczą niepełności regulacji. Przywołała również orzecznictwo, na potwierdzenie tezy, że Trybunał Konstytucyjny posiada kompetencje do wydania orzeczenia w przedmiocie konstytucyjności przepisów przy takim ujęciu skargi. Wskazała ponadto, że do naruszenia jej konstytucyjnego prawa własności doszło poprzez uszczuplenie jej majątku w związku z koniecznością poniesienia kosztów leczenia pacjenta nieobjętego ubezpieczeniem zdrowotnym oraz niemożnością skutecznej egzekucji tej kwoty od jego spadkobierców.

1.3. W zakresie niezgodności skarżonych przepisów z wzorcami w postaci art. 64 ust. 1 i 3 w związku z art. 31 ust. 3 i art. 2 Konstytucji, skarżąca podała, że skutkiem zaskarżonych przepisów jest nakaz udzielenia świadczeń medycznych osobom niebędącym świadczeniobiorcami w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach znajdującym się w stanie zagrażającym życiu czy zdrowiu, za których wykonanie podmiot leczniczy nie może oczekiwać zapłaty ze strony NFZ, Ministra Zdrowia czy innej władzy publicznej dysponującej środkami finansowymi na opłacenie kosztów udzielania obywatelom świadczeń zdrowotnych. W ocenie skarżącej, przepisy ustaw, które jednocześnie nakładają na adresatów normy (w tym na nią samą) obowiązek prawny udzielenia świadczeń zdrowotnych takiej osobie, a z drugiej nie tworzą żadnej reguły odpowiedzialności finansowej państwa za pokrycie kosztów udzielonych świadczeń zdrowotnych, powodują niedopuszczalne naruszenie konstytucyjnego prawa własności. Przenoszą bowiem na podmiot leczniczy całkowitą odpowiedzialność finansową za zapewnienie opieki medycznej takim pacjentom, bez zapewnienia realnego źródła finansowania tych usług medycznych. Skarżąca wskazała, że z uwagi na konstrukcję przepisów o objęciu obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, osoby zaliczające się do grupy nieobjętej refundacją świadczeń są osobami niepracującymi, a ich majątek nie wystarcza na przeprowadzenie skutecznej egzekucji. Ponadto skarżąca podniosła, że prowadzenie postępowania sądowego oraz egzekucji komorniczej przeciwko takim pacjentom również naraża podmioty lecznicze na dalsze koszty.

Zdaniem skarżącej, takie ukształtowanie obowiązków pozwala na stwierdzenie, że ustawodawca przerzucił na podmioty lecznicze całkowity koszt udzielania świadczeń osobom nieubezpieczonym znajdującym się w stanie zagrożenia życia czy zdrowia, tymczasem zapewnienie takiej opieki to zadanie publiczne, które powinno być finansowane ze środków publicznych.

Taka regulacja narusza zasadę proporcjonalności, poprzez brak konieczności ingerencji w konstytucyjnie chronione prawo własności. Skarżąca wskazała, że o ile konieczne jest zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych w sytuacji zagrożenia życia czy zdrowia, co uzasadnia nałożenie na podmioty lecznicze obowiązku ich wykonania, o tyle konstytucyjna zasada proporcjonalności nie pozwala – w jej ocenie – na przerzucenie na te podmioty całkowitych kosztów wykonania świadczeń.

Ponadto, w ocenie skarżącej, przepisy objęte skargą wprowadzają pozorną ochronę praw majątkowych podmiotów leczniczych, które z uwagi na zakres podmiotowy osób wyłączonych spod obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego nie są w stanie skutecznie egzekwować od nich wynagrodzenia za zrealizowane świadczenia, a ponadto muszą jeszcze ponosić koszty związane z dochodzeniem należności – z uwagi na zachowanie reguł prawidłowej gospodarki finansowej podmioty lecznicze są prawnie obowiązane do podjęcia próby odzyskania należności od pacjenta. Powyższe, zdaniem skarżącej, przemawia za niezgodnością skarżonej regulacji z art. 2 Konstytucji.

Według skarżącej, o niezgodności z tym wzorcem świadczy również możliwość wywołania swoistego efektu mrożącego u pacjentów, którzy świadomi konieczności pokrycia kosztów leczenia mogą unikać korzystania z pomocy medycznej nawet w sytuacji

bezpośredniego zagrożenia dla ich zdrowia i życia. Powyższe okoliczności wskazują na naruszenie wywodzonej z art. 2 Konstytucji zasady zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa.

1.4. Skarżąca ponadto podniosła, że wskazane przez nią przepisy są niezgodne z art. 64 ust. 2 w związku z art. 32 ust. 1 Konstytucji. Wywiodła, że wszystkie podmioty prawa, będące adresatami norm prawnych i charakteryzujące się daną cechą istotną w równym stopniu, były traktowane równo, według tej samej miary, bez różnicowań faworyzujących lub dyskryminujących. W jej ocenie, zaskarżone przepisy naruszają te zasady, gdyż stawiają podmioty lecznicze, które udzieliły świadczenia zdrowotnego pacjentowi niebędącemu świadczeniobiorcą w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach, potrzebującemu pomocy z uwagi na zagrożenie życia czy zdrowia, w gorszej sytuacji niż podmioty lecznicze, które w innych sytuacjach udzieliły świadczeń zdrowotnych pacjentom niemającym prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jak wskazała skarżąca, jeżeli pacjent składa nieprawdziwe oświadczenie co do faktu objęcia go ubezpieczeniem zdrowotnym, ryzyko ekonomiczne zostało przeniesione na Narodowy Fundusz Zdrowia, który musi zapłacić podmiotowi leczniczemu za udzielone świadczenia, a następnie dochodzić zwrotu wydatków od pacjenta. Zdaniem skarżącej, taka regulacja stawia w lepszej sytuacji podmioty lecznicze, które wykonały świadczenie lecznicze w oparciu o nieprawdziwe oświadczenie pacjenta. W odróżnieniu od podmiotu, który udzielił pomocy w sytuacji wymagającej ratowania zdrowia czy życia, nie jest on bowiem obciążony koniecznością dochodzenia zapłaty za zrealizowane świadczenie od pacjenta bądź jego spadkobierców. Zdaniem skarżącej, takie różnicowanie w zakresie prawa do ochrony własności nie znajduje uzasadnienia w świetle konstytucyjnej zasady równości, co powoduje niezgodność skarżonej regulacji z art. 64 ust. 2 w związku z art. 32 ust. 1 Konstytucji.

2. W piśmie z 14 maja 2018 r. Rzecznik Praw Obywatelskich poinformował, że nie zgłasza udziału w sprawie.

3. Prokurator Generalny w piśmie z 24 lipca 2018 r. wniósł o umorzenie postępowania na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U. poz. 2072; dalej: u.o.t.p.TK) z uwagi na niedopuszczalność wydania orzeczenia. W ocenie Prokuratora Generalnego, skarżąca uczyniła przedmiotem zaskarżenia zaniechanie prawodawcze, które znajduje się poza zakresem kognicji Trybunału.

4. Marszałek Sejmu w piśmie z 22 listopada 2018 r. wniósł o stwierdzenie, że art. 50 ust. 11 ustawy o świadczeniach w związku z art. 15 ustawy o działalności leczniczej w zakresie, w jakim nie nakładają na Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministra Zdrowia lub Skarb Państwa obowiązku zwrotu kosztów udzielonych świadczeń zdrowotnych na rzecz podmiotu leczniczego, który udzielił świadczenia zdrowotnego pacjentowi potrzebującemu natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, niebędącemu świadczeniobiorcą w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach, jest niezgodny z art. 64 ust. 1 i 3 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji i zasadą zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa, wywodzoną z art. 2 Konstytucji, oraz z art. 64 ust. 2 w związku z art. 32 ust. 1 Konstytucji. Ponadto Marszałek Sejmu wniósł o umorzenie postępowania w pozostałym zakresie na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 u.o.t.p.TK ze względu na niedopuszczalność wydania orzeczenia.

II

Trybunał Konstytucyjny zważył, co następuje:

1. Skarga konstytucyjna stanowi nadzwyczajny środek ochrony konstytucyjnych praw i wolności, a jej wniesienie jest uwarunkowane spełnieniem wymogów wynikających zarówno z art. 79 ust. 1 Konstytucji, jak i przepisów ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U. poz. 2072, ze zm.; dalej: u.o.t.p.TK). W tym kontekście Trybunał Konstytucyjny przypominał, że w każdym stadium postępowania jest obowiązany badać, czy nie zachodzą ujemne przesłanki obligatoryjnego umorzenia postępowania (por. postanowienie TK z 16 marca 2005 r., sygn. SK 41/03, OTK ZU nr 3/A/2005, poz. 31 i przywołane tam orzeczenia). Weryfikacja dopuszczalności skargi konstytucyjnej nie kończy się w fazie jej wstępnego rozpoznania, lecz jest aktualna przez cały czas jej rozpatrywania (zob. np. postanowienie TK z 14 grudnia 2011 r., sygn. SK 29/09, OTK ZU nr 10/A/2011, poz. 130 i cytowane tam orzecznictwo).

1.1. W skardze konstytucyjnej wniesionej przez spółkę Szpital Zakonu Bonifratrów w Katowicach sp. z o.o. (dalej: skarżąca) zarzucono, że art. 2 ust. 1 i art. 14 oraz art. 50 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.; dalej: ustawa o świadczeniach) w związku z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.; dalej: ustawa o działalności leczniczej) w zakresie, w jakim nie nakładają na Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministra Zdrowia lub Skarb Państwa obowiązku zwrotu kosztów udzielonych świadczeń zdrowotnych na rzecz podmiotu leczniczego, który udzielił świadczenia zdrowotnego pacjentowi potrzebującemu natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia niebędącemu świadczeniobiorcą w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach, są niezgodne z art. 64 ust. 1 i 3 w związku z art. 31 ust. 3 i art. 2 oraz z art. 64 ust. 2 w związku z art. 32 ust. 1 Konstytucji.

1.2. Skarżąca w przedmiotowej sprawie w istocie zakwestionowała, jako niezgodną z Konstytucją, nie treść bezpośrednio wyrażoną w skarżonych przepisach, ale brak treści, która, zdaniem skarżącej, jest wymagana dla zachowania zgodności przepisów z Konstytucją. W takiej sytuacji dopuszczalność skargi konstytucyjnej zależy od zakwalifikowania skarżonego niedostatku legislacyjnego jako zaniechania bądź pominięcia prawodawczego. Kompetencje orzecznicze Trybunału Konstytucyjnego zostały określone w dyspozycji art. 188 Konstytucji i nie mogą być rozumiane rozszerzająco. Ze względu na tę okoliczność, Trybunał w swoim orzecznictwie rozróżnił kategorię pominięcia ustawodawczego, które mieści się w zakresie jego kognicji, oraz zaniechania ustawodawczego, w przedmiocie którego orzekać nie może.

Koncepcja dokonania podziału na pominięcie i zaniechanie ewoluowała na przestrzeni lat. W uzasadnieniu orzeczenia z 3 grudnia 1996 r. (sygn. K 25/95 OTK ZU nr 6/1996, poz. 52) Trybunał stwierdził, że: „W przypadku (...) aktu ustawodawczego wydanego i obowiązującego Trybunał Konstytucyjny ma kompetencję do oceny jego konstytucyjności również z tego punktu widzenia, czy w jego przepisach nie brakuje unormowań, bez których, ze względu na naturę objętej aktem regulacji, może on budzić wątpliwości natury konstytucyjnej. Zarzut niekonstytucyjności może więc dotyczyć zarówno tego, co ustawodawca w danym akcie unormował, jak i tego, co w akcie tym pomiął, choć postępując zgodnie z konstytucją powinien był unormować. W wypadkach drugiego rodzaju następstwem (realizowanym w odpowiednich procedurach prawnych) orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego o niekonstytucyjności aktu ustawodawczego będzie nie wyeliminowanie z ustawy wadliwego fragmentu

czy zastąpienie go odpowiednikiem pozbawionym wady, lecz uzupełnienie jej o odpowiedni fragment niezbędny z punktu widzenia zgodności z konstytucją. (...) Ingerencja Trybunału Konstytucyjnego w tego typu przypadkach nie może być pochytywana jako zastępowanie ustawodawcy w określaniu treści prawa pozytywnego, lecz tylko jako stwierdzenie, że w danym wypadku ustawodawca przekroczył konstytucyjne granice przysługującego mu władztwa do stanowienia prawa”. Koncepcja ta wskazuje na konieczność wąskiego rozumienia zaniechania prawodawczego, a zwłaszcza odróżnienia od zaniechania legislacyjnego przypadków, które mieszczą się w zakresie legitymacji kompetencyjnej Trybunału, wymagając tym samym merytorycznego rozstrzygnięcia w perspektywie konstytucyjnej.

W postanowieniu z 7 sierpnia 1998 r. (sygn. Ts 83/98, OTK ZU nr 5/1998, poz. 81) Trybunał stwierdził z kolei, że „przedmiotem postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (...) może być wyłącznie akt normatywny (jego konkretny przepis), na podstawie którego sąd lub organ administracji publicznej orzekł ostatecznie o wolnościach lub prawach, albo obowiązkach określonych w Konstytucji. Konsekwencją ewentualnego stwierdzenia przez Trybunał Konstytucyjny niezgodności z Konstytucją byłoby wyeliminowanie zakwestionowanego przepisu z systemu prawnego. Trybunał spełnia więc rolę «ustawodawcy negatywnego», nie ma natomiast żadnych kompetencji prawotwórczych”.

Trybunał Konstytucyjny przyjmuje, że zaniechanie ustawodawcze polega na „świadomym pozostawieniu przez ustawodawcę określonej kwestii poza uregulowaniem prawnym” (wyrok TK z 24 października 2001 r., sygn. SK 22/01, OTK ZU nr 7/2001, poz. 216). Najtrudniejsze, w kontekście powyższej definicji, jest określenie, co mieści się w ramach owego „świadomego” nieuregulowania danej kwestii. Do kwestii rozróżnienia zaniechania od pominięcia prawodawczego Trybunał odnosił się również w szeregu innych wyroków (por. wyroki TK z: 6 listopada 2012 r., sygn. K 21/11, OTK ZU nr 10/A/2012, poz. 119 oraz z 15 maja 2019 r., sygn. SK 26/17, OTK ZU A/2019, poz. 20; zob. również postanowienie TK z 30 listopada 2015 r., sygn. SK 30/14, OTK ZU nr 10/A/2015, poz. 184).

1.3. Zgodnie z treścią art. 50 ust. 11 ustawy o świadczeniach, w stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, świadczenie zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób wskazany w ust. 1, 3 lub 6 (tj. za pomocą karty ubezpieczenia zdrowotnego, decyzji odpowiedniego organu potwierdzającej prawo do świadczeń, odpowiedniego dokumentu elektronicznego bądź wskazanego powyżej oświadczenia). W takim przypadku osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie to jest udzielane w oddziale szpitalnym, w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej – pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych jej świadczeń.

Przepis ten znajduje zastosowanie w przypadku, w którym stan pacjenta uniemożliwia uzyskanie od niego dokumentu potwierdzającego fakt objęcia ochroną ubezpieczeniową ani też złożenie pisemnego oświadczenia o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej. W takim przypadku osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń albo złożenia wspomnianego oświadczenia w terminach przewidzianych w zacytowanym przepisie pod rygorem obciążenia tej osoby przez świadczeniodawcę kosztami udzielonych jej świadczeń. Jednocześnie późniejsze niż przewidziane tymi terminami przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń albo złożenie oświadczenia (jednak w okresie nie dłuższym niż rok) nie może stanowić podstawy odmowy przez świadczeniodawcę zwolnienia

ubezpieczonego z obowiązku poniesienia kosztów udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej albo zwrotu tych kosztów. Świadczeniodawca może zatem obciążyć osobę, na rzecz której świadczenie zostało wykonane, kosztami takiego świadczenia jedynie wówczas, gdy w żaden sposób nie uzyska potwierdzenia posiadania przez tę osobę prawa do świadczeń. Z uwagi na brak wykazania ubezpieczenia (poprzez elektroniczną weryfikację uprawnień świadczeniobiorców – eWUŚ, złożone dokumenty lub oświadczenie) wspomniana osoba traktowana jest jako osoba nieuprawniona do świadczeń, w związku z czym musi ponieść koszty ich udzielenia bezpośrednio na rzecz świadczeniodawcy.

Powyższa regulacja pojawiła się w obrocie prawnym 1 stycznia 2013 r. i została wprowadzona na mocy art. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1016; dalej: ustawa zmieniająca z 2012).

1.4. Zgodnie z uzasadnieniem projektu ustawy, nowelizacja miała na celu uproszczenie sposobu potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorcę i zdjęcie ze świadczeniodawców odpowiedzialności za potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej oraz poprawę jakości i wiarygodności danych gromadzonych i przetwarzanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych prowadzonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej: NFZ) (druk sejmowy nr 489/VII kadencja). W uzasadnieniu wskazano również, że każdy ze sposobów potwierdzania prawa do świadczeń (elektroniczne potwierdzenie, dotychczasowy dokument czy oświadczenie) powoduje, iż świadczeniobiorca otrzyma świadczenie, a świadczeniodawca gwarancję uzyskania zapłaty za udzielone świadczenie. W przypadku gdy osoba złoży oświadczenie, a nie posiadała prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, NFZ obciąży ją kosztami udzielonego jej świadczenia. Podobnie w sytuacji posługiwania się kartą ubezpieczenia zdrowotnego albo innym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę, która utraciła to prawo w okresie ważności karty albo innego dokumentu. Natomiast NFZ nie będzie mógł dochodzić kosztów, w przypadku gdy potwierdził prawo osoby w postaci dokumentu elektronicznego.

Rada Ministrów, będąca autorem projektu ustawy zmieniającej z 2012 r., już na etapie projektowania unormowania miała świadomość, że w jednym przypadku podmiotem ponoszącym w pierwszej kolejności koszty udzielonego świadczenia nie będzie jednostka budżetowa, ale świadczeniodawca. W uzasadnieniu wprost wskazano, że „świadczeniodawca będzie zobowiązany do samodzielnego odzyskania kosztów tylko w przypadku, gdy dana osoba w dniu udzielenia świadczenia nie otrzymała potwierdzenia na podstawie danych zawartych w CWU, nie okazała dokumentu ani ze względu na stan zdrowia nie złożyła oświadczenia oraz we wskazanych terminach po udzieleniu świadczenia nie przedstawiła dokumentu lub nie złożyła oświadczenia” (druk sejmowy nr 489/VII kadencja, uzasadnienie s. 4).

1.5. W ocenie Trybunału, powyższe okoliczności oznaczają, że uregulowanie objęte skargą zostało przez ustawodawcę przemyślane, było mu znane już na etapie przedłożenia projektu do rozpatrzenia przez wnioskodawcę i gdyby jego wolą było uregulowanie tej materii w inny sposób, miał wiele sposobności, aby to uczynić. Jeżeli ustawodawca w momencie uchwalania ustawy chciałby przeniesienia ciężaru dochodzenia należności z podmiotu leczniczego na jednostkę budżetową, nic nie stało na przeszkodzie, aby stosowne zmiany zostały wprowadzone do treści ustawy.

Powyższy wniosek prowadzi do stwierdzenia, że w przedmiotowej sprawie skarżąca uczyniła przedmiotem skargi konstytucyjnej zaniechanie prawodawcze, co do którego Trybunał nie posiada kompetencji orzeczniczych. Trybunał Konstytucyjny, jak wskazano powyżej, nie może kreować norm prawnych, w szczególności zaś nie jest uprawniony do wprowadzania do systemu prawnego treści wbrew woli ustawodawcy. Ustawodawca nie uregulował po-

wyższej kwestii w inny sposób w pełni świadomie, na co wprost wskazuje przywołanie tej okoliczności w uzasadnieniu projektu ustawy zmieniającej z 2012 r.

Mając na uwadze powyższe, postępowanie należało umorzyć na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 u.o.t.p.TK z uwagi na niedopuszczalność wydania orzeczenia.

Zdanie odrębne

sędziego TK Jarosława Wyrembaka
do postanowienia Trybunału Konstytucyjnego z 19 września 2019 r.
o umorzeniu postępowania w sprawie o sygn. SK 5/18

Na podstawie art. 106 ust. 3 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U. poz. 2072, ze zm.), zgłaszam zdanie odrębne do postanowienia Trybunału Konstytucyjnego z 19 września 2019 r. o umorzeniu postępowania w sprawie o sygn. SK 5/18.

I. Konieczne jest, by w charakterze uwagi wstępnej podkreślić, że skarga konstytucyjna Szpitala Zakonu Bonifratrów w Katowicach Sp. z o.o. (dalej: „Szpital Zakonu Bonifratrów” bądź „Szpital”) z 28 lutego 2017 r., rozpoznawana przez Trybunał Konstytucyjny pod sygnaturą akt SK 5/18, sporządzona została z zachowaniem najwyższych standardów staranności i rzetelności – problem konstytucyjny został zdefiniowany i uzasadniony w sposób bardzo klarowny, bardzo logiczny i bardzo przekonujący, zarówno w perspektywie merytorycznej, jak i juredycznej. Trudno jednocześnie przecenić jego wagę; nie tylko z punktu widzenia każdej poważnej analizy ukierunkowanej na rozstrzygnięcie, czy władze publiczne realizują konstytucyjne zadania i obowiązki w zakresie ochrony życia i zdrowia ludzkiego w sposób adekwatny wobec wymogów Konstytucji, ale także – z punktu widzenia każdej poważnej refleksji podejmującej trud poszukiwania najbardziej rozsądnych rozwiązań legislacyjnych w tym zakresie. Wystarczy wskazać za skarżącym Szpitalem, że w aktualnym stanie prawnym, ustawowemu obowiązkowi udzielenia świadczenia zdrowotnego każdej osobie znajdującej się w stanie wymagającym natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.; dalej: ustawa o działalności leczniczej) nie zawsze towarzyszy zapewnienie podmiotowi leczniczemu realnej możliwości odzyskania jego kosztów (w nawiązaniu do terminologii używanej w skardze konstytucyjnej, dla zaznaczenia wyżej powołanego kontekstu normatywnego – na zasadzie redakcyjnego skrótu – dalej używane są także określenia: nagłe zagrożenie życia lub zdrowia oraz bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia).

Jak podnosi Szpital Zakonu Bonifratrów, zapewnienie opieki medycznej osobom, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, to zadanie publiczne, które nie powinno być finansowane ze środków prywatnych podmiotów leczniczych, lecz ze środków publicznych. W chwili obecnej tymczasem, w wypadkach wskazanych w skardze, ustawodawca w istocie przerzuca na podmioty lecznicze całkowity koszt udzielania świadczeń tym osobom.

Wypada zastrzec już w tym miejscu, że analiza całej treści badanej skargi skłania do wniosku, że nie przesądza ona jednak w sposób ostateczny, czy ciężar finansowy tam wskazanych świadczeń opieki zdrowotnej powinno dźwigać Państwo, czy też –nieubezpieczeni

pacjenci, którym ustawa nie przyznaje uprawnień do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, a którzy skorzystali z pomocy medycznej dla ratowania życia lub zdrowia w przypadkach nagłych. Oczywiście Skarżący nie był zobligowany, by o tym rozstrzygać, w szczególności z uwagi na zakres przedmiotowy skargi. Wystarczającym jest, że Szpital Zakonu Bonifratrów wykazał – w moim przekonaniu bardzo skutecznie – iż transferowanie przez Państwo wyżej wskazanych ciężarów na podmioty lecznicze, i to z naruszeniem zasad równego traktowania w sytuacjach zasadniczo tożsamych, narusza Konstytucję (o czym szerzej będzie mowa w dalszej części niniejszego zdania odrębnego). Kluczową podstawą skargi jest zarzut, że w przypadkach tam wskazanych, podmioty lecznicze pozbawione zostały finansowej asekuracji ze strony Państwa, podczas gdy to właśnie Państwo powinno brać na siebie ciężar dochodzenia nieopłaconych należności za udzielone świadczenia, skoro aktualny stan prawny za właściwych adresatów odpowiednich roszczeń uznaje pacjentów. Tymczasem zaskarżone przepisy pozbawiają podmioty lecznicze asekuracji, o jakiej wyżej mowa, przez co ochrona ich praw majątkowych staje się ochroną pozorną, a nie rzeczywistą. W konsekwencji działalność lecznicza, a nawet byt przynajmniej niektórych z nich, mogą być zagrożone.

II. Zgłaszając zdanie odrębne do powołanego na wstępie postanowienia, za konieczne uznaję najpierw wyeksponowanie racji przedstawionych przez Szpital Zakonu Bonifratrów dla uzasadnienia skargi. W postanowieniu o umorzeniu postępowania, moim zdaniem, nie zostały one bowiem przedstawione w sposób, na jaki zasługiwały – niektóre zaś z nich zostały pominięte, mimo ich oczywistej wagi.

II.(a). Wypada dostrzec przede wszystkim, że Szpital Zakonu Bonifratrów jednoznacznie wskazuje, iż przedmiotem zaskarżenia nie są przepisy nakładające na podmioty lecznicze obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Obowiązek niesienia pomocy medycznej osobom, które potrzebują pilnego udzielenia świadczenia zdrowotnego z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia, nie budzi konstytucyjnych wątpliwości Skarżącego. Szpital wyraźnie podkreśla, że nakaz niesienia pomocy w takich sytuacjach – bez względu na to, czy potrzebującym jest ubezpieczony, czy nieubezpieczony – jest powszechnie akceptowany w polskim społeczeństwie, jest elementem trwale wpisanym w wartości wyznawane przez zdecydowaną większość obywateli, jest też elementem aksjologii polskiego prawodawstwa.

II.(b). Podstawowym przedmiotem zaskarżenia jest brak wskazania przez ustawodawcę realnych źródeł finansowania kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych osobom nieubezpieczonym – i ustawowo nieuprawnionym do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w przypadkach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia.

Objęte skargą przepisy ustaw, z jednej strony, tworzą bezwzględny obowiązek prawny udzielenia świadczeń zdrowotnych osobie znajdującej się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia, nawet jeżeli osoba ta jest nieubezpieczona (i ustawowo nieuprawniona do korzystania z finansowania opartego na środkach publicznych), a z drugiej strony – nie tworzą żadnej reguły odpowiedzialności finansowej Państwa za pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych w tym trybie. W ten sposób, argumentuje Szpital Zakonu Bonifratrów, zaskarżone przepisy ograniczają własność i inne prawa majątkowe chronione z mocy art. 64 ust. 1 Konstytucji. Ograniczenie to nie znajduje dostatecznych podstaw w art. 64 ust. 3 oraz w art. 31 ust. 3 Konstytucji.

II.(c). Skarżący Szpital bardzo zasadnie podkreśla, że własność, inne prawa majątkowe oraz prawo dziedziczenia należą do kategorii podstawowych praw ekonomicznych i socjalnych. Artykuł 64 ust. 1 Konstytucji wyraża prawo podmiotowe, obejmujące wolność nabywania

mienia, korzystania z niego, dysponowania nim i zachowywania go. Powołany przepis jest wyrazem woli prawodawcy konstytucyjnego, który przesądził, iż powinno się zagwarantować ochronę przed ingerencją innych osób w prawo własności i inne prawa majątkowe uprawnionego. Przepis art. 64 ust. 1 Konstytucji powinien chronić przed ustanawianiem przez ustawodawcę zwykłego norm prawnych prowadzących w konsekwencji do uszczuplenia majątku prywatnego, w szczególności – poprzez nakładanie obowiązku udzielania świadczeń medycznych bez gwarancji realnego odzyskania ich kosztów.

II.(d). Skarżący Szpital akcentuje, że system prawny w Polsce oparty jest na silnej ochronie prawa własności i innych praw majątkowych. Z mocy art. 64 ust. 1 Konstytucji, na ustawodawcy zwykłym spoczywa nie tylko obowiązek pozytywny ustanowienia przepisów i procedur udzielających ochrony prawom majątkowym, ale także obowiązek negatywny, polegający na powstrzymaniu się od uchwalania regulacji, które owe prawa mogłyby pozbawiać ochrony lub też ochronę tą ograniczać (w tym aspekcie w skardze powołano: wyrok TK z 28 października 2015 r., sygn. SK 59/13 i wyrok TK z 13 kwietnia 1999 r., sygn. K 36/98, OTK ZU nr 3/1999, poz. 40).

II.(e). Szpital Zakonu Bonifratrów wskazuje, że przyjmuje rocznie około tysiąca pacjentów ustawowo nieuprawnionych do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Podnosi, że po udzieleniu – w trybie art. 15 ustawy o działalności leczniczej – pomocy medycznej osobom niemającym uprawnienia do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, wystawia faktury i przesyła je tym osobom w celu uzyskania zapłaty. Tylko znikomy procent wskazanej populacji reguluje należność po otrzymaniu faktury lub wezwania do zapłaty. Zdecydowana większość należności nie zostaje zapłacona. Wówczas kierowane są pozwy do sądów, a po uzyskaniu prawomocnych orzeczeń, składane są do komorników wnioski o wszczęcie postępowań egzekucyjnych. Skarżący Szpital informuje, że prowadzone dotychczas z jego wniosków postępowania egzekucyjne, przeciwko osobom ustawowo nieuprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, praktycznie we wszystkich przypadkach okazywały się całkowicie bezskuteczne. Tym samym: po poniesieniu – na mocy nakazu ustawowego – kosztów udzielenia koniecznych świadczeń zdrowotnych pacjentowi ustawowo nieuprawnionemu do ich finansowania ze środków publicznych, Szpital musi ponosić dalsze koszty (wysłanie wezwania do zapłaty, obsługa prawna powoda w trakcie postępowania sądowego, opłaty sądowe od pozwu). Po uzyskaniu prawomocnego orzeczenia, Szpital wydatkuje dalsze środki na zaliczki związane z prowadzeniem przez komornika postępowania egzekucyjnego, które praktycznie w 100% przypadków kończy się postanowieniem komornika o umorzeniu egzekucji wobec jej całkowitej bezskuteczności.

II.(f). Przedstawiając fakty wskazane w punkcie poprzedzającym, skarżący Szpital kwestionuje zasadność założenia ustawodawcy, że nabycie roszczenia o zwrot kosztów udzielonego świadczenia medycznego przeciwko osobie nieubezpieczonej (i ustawowo nieuprawnionej do korzystania z finansowania opartego na środkach publicznych), której trzeba było udzielić świadczeń zdrowotnych w sytuacji nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, zabezpiecza podmiot leczniczy, udzielający tychże świadczeń, przed uszczerbkiem na jego prawach majątkowych. Jest inaczej niż założył ustawodawca – system stworzony obecnie, na mocy zaskarżonych przepisów, w praktyce przerzuca na podmiot leczniczy całkowity koszt udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów, o jakich wyżej mowa; nadto zmusza podmiot leczniczy do ponoszenia dodatkowych kosztów, związanych z obsługą procesu dochodzenia roszczeń. Jednocześnie całkowicie uwalnia Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministra Zdrowia i Skarb Państwa od obowiązku ponoszenia wskazanych kosztów.

II.(g). Skutek funkcjonowania zaskarżonych przepisów jest taki, że podmiot leczniczy niepubliczny (taki jak Szpital Zakonu Bonifratrów w Katowicach Sp. z o.o.) ma obowiązek sfinansować z własnych środków zadanie publiczne, za którego realizację powinno być odpowiedzialne Państwo. To do obowiązków Państwa i władz publicznych należy bowiem zapewnienie wszystkim osobom znajdującym się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia – w szczególności: w przypadkach nagłych – odpowiednich świadczeń zdrowotnych. Jak wskazano w powoływanej skardze, zasadą powinno być finansowanie przez Państwo zadań publicznych powierzonych podmiotom niepublicznym.

II.(h). Skarżący Szpital podkreśla, że ustawodawca zwykły – określając w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373, ze zm.; dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej) kto jest osobą ubezpieczoną (czyli kto podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu) – wliczył do tej kategorii praktycznie wszystkie osoby posiadające regularne źródła przychodów. Ustawodawca wiedział zatem – albo przynajmniej: powinien był przewidzieć – że pacjenci nie należący do wyżej wskazanej kategorii, to w znacznej części osoby, które nie są w stanie samodzielnie pokryć kosztów udzielonych im świadczeń zdrowotnych. Wbrew regule demokratycznego państwa prawnego, ustawodawca stworzył normę prawną, która w zakresie regulacji kosztów świadczeń medycznych udzielonych w trybie nagłym – w razie zagrożenia życia lub zdrowia – oparta została na przyjętym z góry założeniu, że możliwość odzyskania przez podmiot leczniczy kosztów udzielonego świadczenia zdrowotnego będzie w istocie pozorna. Zaskarżona regulacja nie respektuje tym samym zasady chroniącej zaufanie do Państwa i tworzonego przez nie prawa – jest swego rodzaju pułapką dla podmiotów leczniczych. Pułapka polega także na tym, że aby podjąć (najczęściej całkowicie bezskuteczną) próbę dochodzenia zwrotu kosztów leczenia od osoby nieubezpieczonej (i ustawowo nieuprawnionej do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), podmiot leczniczy musi ponieść dalsze koszty, w tym koszty obsługi prawnej w trakcie sprawy sądowej, koszty opłaty sądowej i zaliczek na czynności egzekucyjne. Ostatecznie – niemalże zawsze – i tak nie otrzymuje od zobowiązanego pacjenta zapłaty należnej za wykonane świadczenie medyczne. Skarżący Szpital akcentuje przy tym, że – ze względu na konieczność zachowania reguł prawidłowej gospodarki finansowej – podmioty lecznicze są prawnie zobowiązane do podjęcia próby odzyskania należności od pacjenta. Niepodjęcie takiej próby mogłoby bowiem być kwalifikowane jako niegospodarność bądź jako naruszenie zasad rachunkowości.

II.(i). Szpital Zakonu Bonifratrów analizuje objęte skargą przepisy w aspekcie zasady proporcjonalności, która wyznacza granice dopuszczalności ograniczania praw i wolności gwarantowanych w Konstytucji, w tym: prawa własności i innych praw majątkowych.

Szpital stwierdza, że przepisy przerzucające na podmioty lecznicze całkowity ciężar finansowy zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów ustawowo nieuprawnionych do ich finansowania ze środków publicznych – a znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia – naruszają zasadę konieczności, stanowiącą element składowy zasady proporcjonalności. Skarżący Szpital przypomina, iż Trybunał Konstytucyjny w swoim orzecznictwie przyjmuje, że jeżeli dany cel jest możliwy do osiągnięcia przy zastosowaniu innego środka, nakładającego mniejsze ograniczenia na prawa i wolności, to zastosowanie przez ustawodawcę środka bardziej uciążliwego wykracza poza to, co jest konieczne, a zatem narusza Konstytucję (w tym kontekście skarżący Szpital wskazuje na wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 18 lipca 2007 r., sygn. K 25/07). Szpital wywodzi, że z taką sytuacją mamy do czynienia w sprawie stanowiącej przedmiot skargi – cel zapewnienia

pacjentom potrzebującym pomocy medycznej w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia można osiągnąć bez ingerowania w prawa konstytucyjne podmiotów leczniczych, tj.: poprzez nałożenie na instytucje państwowe, a nie na podmioty lecznicze, obowiązku dochodzenia od pacjentów roszczeń z tytułu zwrotu kosztów udzielonej pomocy medycznej.

Również z punktu widzenia przydatności regulacji do realizacji założonego celu, skarżący Szpital wskazuje, że organy państwowe dysponują lepszymi narzędziami pozwalającymi na ustalenie miejsca zamieszkania pacjenta nieubezpieczonego, czy na weryfikację jego źródeł przychodów. Skarb Państwa korzysta ze zwolnienia z opłat sądowych, co pozwala na tańsze i skuteczniejsze dochodzenie roszczeń o zapłatę za leczenie. Oznacza to, że Państwo i jego organy są lepiej przygotowane do dochodzenia tychże roszczeń. Działania podejmowane dla zaspokojenia wierzytelności – konkluduje Skarżący – byłyby bardziej efektywne, gdyby podejmowały je organy powołane przez Państwo, a nie poszczególne podmioty lecznicze.

Szpital Zakonu Bonifratrów wywodzi wreszcie, że nie ulega wątpliwości, iż zaskarżona regulacja prawna narusza zakaz nadmiernej ingerencji (zasadę proporcjonalności *sensu stricto*). Naraża podmioty lecznicze na poważne problemy finansowe, które wręcz mogą zagrożić ich istnieniu (w jednym tylko przypadku, który stał się bezpośrednim impulsem do sporządzenia i wniesienia skargi konstytucyjnej, koszty udzielenia świadczeń zdrowotnych koniecznych dla ratowania życia i zdrowia pacjenta w trybie nagłym przekroczyły kwotę 40 tysięcy złotych). Tego rodzaju rozwiązanie w sposób nieproporcjonalny ogranicza własność i inne prawa majątkowe podmiotu leczniczego, całkowicie przy tym uwalniając Narodowy Fundusz Zdrowia i władze państwowe od obowiązku pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych przez podmiot leczniczy w trybie nagłym dla ratowania życia i zdrowia pacjenta – w warunkach przymusu ustawowego.

II.(j). Szpital Zakonu Bonifratrów akcentuje raz jeszcze, iż nie budzi wątpliwości fakt, że aby zapewnić obywatelom prawo do świadczeń zdrowotnych w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia – niezależnie od tego, czy mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – konieczne jest nałożenie na podmioty lecznicze obowiązku ich wykonania. Państwo powinno jednak refundować tym podmiotom koszty świadczeń udzielonych w przypadkach nagłych – z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia – osobom nieubezpieczonym (i ustawowo nieuprawnionym do korzystania z finansowania opartego na środkach publicznych). Władze państwowe, podnosi dalej Szpital, powinny też podjąć decyzję, czy świadczenia ratujące życie i zdrowie osób, o jakich wyżej mowa, w szczególności: w przypadkach nagłych, powinny być finansowane ze środków publicznych, czy też – Państwo powinno żądać od nieubezpieczonych pacjentów zwrotu kosztów udzielenia analizowanych świadczeń, biorąc jednak na siebie ciężar finansowy i organizacyjny dochodzenia odpowiednich roszczeń. Skoro ustawodawca zwykły uznaje – argumentuje skarżący Szpital – że przyznanie podmiotowi leczniczemu roszczenia wobec nieubezpieczonego pacjenta o zwrot kosztów udzielonego mu świadczenia zdrowotnego jest wystarczającą gwarancją ochrony praw majątkowych podmiotu leczniczego, to należałoby przyjąć, że rozwiązaniem właściwszym, z punktu widzenia zasady proporcjonalności, byłoby pokrywanie tych kosztów przez Państwo – i dochodzenie przez Państwo odpowiednich roszczeń od pacjentów.

II.(k). Szpital Zakonu Bonifratrów wskazuje także na szerszą perspektywę dalej idących konsekwencji funkcjonowania wskazanych w skardze przepisów, co jednak w niczym nie umniejsza wartości skargi – także takiej właśnie szerszej perspektywy Trybunał nigdy nie powinien tracić z pola widzenia, zwłaszcza w zakresie badań i analiz prowadzonych w ramach testu proporcjonalności.

Szpital podnosi mianowicie, że wskazany kształt zaskarżonych przepisów może znie-

chęć niektórych pacjentów (ustawowo nieuprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, które mają na celu ratowanie ich życia lub zdrowia, nawet w przypadkach nagłych. Pacjent, który raz skorzystał ze świadczeń udzielonych w trybie przedstawionym w skardze, i był obciążony koniecznością zapłaty za nie, może w razie kolejnego nagłego zagrożenia życia lub zdrowia odmówić zgody na leczenie z obawy przed wysokimi kosztami tegoż leczenia. Zaskarżona regulacja prawna może więc wywoływać efekt odwrotny od zamierzonego. Przepisy stworzone po to, by każdy miał prawo do świadczeń zdrowotnych ratujących życie lub zdrowie, mogą w rezultacie prowadzić do świadomej odmowy przez pacjenta udzielenia zgody na leczenie (w tym: na ratowanie życia w przypadku nagłym) – odmowy podyktowanej wyłącznie obawą poniesienia kosztów świadczeń zdrowotnych, o jakich wyżej mowa. Skarżący Szpital zwraca uwagę, że zainicjowana przez niego sprawa sądowa, która poprzedziła wniesienie skargi konstytucyjnej, dowodzi, że koszty udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych osobie potrzebującej ich z uwagi na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia mogą być znaczne. Jak już wyżej zaznaczono, w przypadku, który stał się impulsem do sporządzenia i wniesienia skargi konstytucyjnej, przekroczyły kwotę 40 tysięcy złotych. Można zasadnie założyć, argumentuje skarżący Szpital, że wielu nieubezpieczonych pacjentów – gdyby z góry posiadali wiedzę o wysokości kosztów udzielania świadczeń – odmówiłoby zgody na interwencję medyczną, nawet ratującą życie, mając świadomość, że kosztów tych nie są w stanie ponieść.

II.(1). Szpital Zakonu Bonifratrów bardzo zasadnie i rozsądnie wskazuje wreszcie, że art. 64 ust. 2 Konstytucji – stanowiący, że własność, inne prawa majątkowe oraz prawo dziedziczenia podlegają równej ochronie prawnej – przewiduje nakaz równego traktowania wszystkich podmiotów w sferze przysługującego im prawa własności i innych praw majątkowych. Na mocy powołanego przepisu, w związku z art. 32 Konstytucji, jednakowo potraktowane powinny być wszystkie podmioty, które znajdują się w podobnych okolicznościach. Z art. 32 ust. 1 Konstytucji wywodzi się zakaz ustanawiania przez ustawodawcę takich norm prawnych, które prowadziłyby do nieuzasadnionego różnicowania podmiotów i ich sytuacji prawnej, mimo że charakteryzują się tą samą cechą relewantną.

Szpital Zakonu Bonifratrów wywodzi, że objęte skargą przepisy naruszają tak rozumianą zasadę równości. Przesądzają one bowiem o tym, że podmioty lecznicze, które udzieliły świadczenia zdrowotnego pacjentowi niebędącemu świadczeniobiorcą w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej – potrzebującemu natychmiastowej pomocy z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia – znajdują się w gorszej sytuacji, niż podmioty lecznicze, które w innych podobnych przypadkach udzieliły świadczeń zdrowotnych pacjentom niemającym prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Skarżący wskazuje w tym kontekście, że art. 50 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej nakazuje podmiotom leczniczym udzielić świadczenia zdrowotnego m.in. osobie, która złożyła oświadczenie o tym, że przysługują jej uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Skarżący wywodzi, że w odniesieniu do takiego właśnie wypadku, ustawodawca gwarantuje jednak w art. 50 ust. 15 powołanej ustawy, że Narodowy Fundusz Zdrowia zapłaci podmiotowi leczniczemu za koszty udzielonego świadczenia, gdyby okazało się, że oświadczenie pacjenta jest nieprawdziwe; w takim przypadku koszty wykonania świadczenia przejmuje zatem Narodowy Fundusz Zdrowia, a następnie dochodzi zwrotu tych kosztów od pacjenta, który złożył nieprawdziwe oświadczenie, na podstawie którego skorzystał z opieki medycznej. Ryzyko ekonomiczne udzielenia analizowanego świadczenia nie spoczywa zatem na podmiocie leczniczym, lecz na Narodowym Funduszu Zdrowia, który musi za to świadczenie zapłacić podmiotowi leczniczemu.

Jak podnosi skarżący Szpital, analiza wyżej opisanego przypadku wskazuje, że w lepszej sytuacji co do ochrony praw majątkowych, gwarantowanych w art. 64 Konstytucji RP, są podmioty lecznicze, które wykonały świadczenia zdrowotne osobom nieubezpieczonym na podstawie ich nieprawdziwych oświadczeń. Zdaniem skarżącego Szpitala, przyjęcie regulacji z art. 50 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dowodzi, że ustawodawca miał świadomość trudności, jakie dla podmiotów leczniczych wiążą się z dochodzeniem roszczeń o zwrot kosztów udzielonego świadczenia zdrowotnego od osób nieubezpieczonych (i ustawowo nieuprawnionych do korzystania z finansowania opartego na środkach publicznych); dowodzi nadto, że ustawodawca miał także świadomość, iż nakładając na podmioty lecznicze obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie samych tylko oświadczeń pacjentów o prawie do skorzystania z nich, musi zagwarantować podmiotom leczniczym realne źródła ich finansowania.

Analogicznych rozwiązań zabrakło natomiast w odniesieniu do wskazanych w skardze przepisów, które także tworzą ustawy przymus wykonania świadczeń zdrowotnych na rzecz osób nieubezpieczonych (i ustawowo nieuprawnionych do korzystania z finansowania opartego na środkach publicznych), a potrzebujących pomocy medycznej w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Skarżący Szpital bardzo zasadnie i bardzo rozsądnie wskazuje, że okoliczności, o jakich wyżej mowa, decydują o tym, iż zaskarżone przepisy, w zakresie ochrony praw majątkowych, naruszają art. 64 ust. 2 w zw. z art. 32 ust. 1 Konstytucji RP, poprzez to, że faworyzują podmioty lecznicze, które udzieliły świadczeń osobom składającym nieprawdziwe oświadczenia o „byciu ubezpieczonym”.

III. Przeszkodę do merytorycznego rozstrzygnięcia skargi konstytucyjnej – skonstruowanej tak dobrze, uzasadnionej tak bogato i tak trafnie, i dotyczącej problemu tak ważnego jak wskazano powyżej – Trybunał Konstytucyjny odnalazł w tym, że projektodawca, to jest: Rada Ministrów, „już na etapie projektowania unormowania miała świadomość, że w jednym przypadku podmiotem ponoszącym w pierwszej kolejności koszty udzielonego świadczenia nie będzie jednostka budżetowa, ale świadczeniodawca”. Cytowane stwierdzenie zdaje się pozostawać w dość swobodnej relacji zarówno wobec treści skargi, jak i – wobec treści obowiązujących przepisów. Wszakże skarga konstytucyjna wyrasta przecież z tego właśnie faktu, że według aktualnego kształtu objętych nią przepisów, w wypadkach wskazanych w skardze, koszty udzielonego świadczenia od początku do końca ponosi wyłącznie i ostatecznie podmiot leczniczy (wobec niemal zawsze bezskutecznej egzekucji należności od pacjenta) – natomiast żadna „jednostka budżetowa” kosztów tych nie ponosi nie tylko „w pierwszej kolejności”, ale też w żadnej dalszej kolejności.

Trybunał Konstytucyjny wywiódł następnie, iż w uzasadnieniu projektu wprost wskazano, że tylko w jednym przypadku świadczeniodawca będzie zobowiązany do samodzielnego odzyskania kosztów udzielonego świadczenia – Trybunał nie podjął jednak nawet próby rozważenia, czy takie wyraźnie różne potraktowanie podmiotów leczniczych, których ów jedyny przypadek dotyczy, nie narusza Konstytucji.

W ocenie Trybunału, przytoczone w postanowieniu wypowiedzi projektodawcy oznaczają, że „uregulowanie objęte skargą zostało przez prawodawcę przemyślane, było mu znane już na etapie przedłożenia projektu do rozpatrzenia przez wnioskodawcę i gdyby jego wolą było uregulowanie tej materii w inny sposób, miał wiele sposobności, aby to uczynić”. Trybunał stwierdził dalej, że „Jeżeli ustawodawca w momencie uchwalania ustawy chciałby przeniesienia ciężaru dochodzenia należności z podmiotu leczniczego na jednostkę budżetową, nic nie stało na przeszkodzie, aby stosowne zmiany zostały wprowadzone do treści ustawy”, zaś „Powyższy wniosek prowadzi do stwierdzenia, że w przedmiotowej sprawie skarżąca uczyniła przedmiotem skargi konstytucyjnej zaniechanie prawodawcze, co do którego Trybunał nie posiada kompetencji orzeczniczych”, „Ustawodawca nie uregulował powyższej

kwestii w inny sposób w pełni świadomie, na co wprost wskazuje przywołanie tej okoliczności w uzasadnieniu projektu ustawy zmieniającej z 2012 r.”

III.(a). Odnosząc się do cytowanego wyводу Trybunału Konstytucyjnego, wypada po pierwsze podkreślić, że z dużą siłą narzuca on konstatację, iż według stanowiska Trybunału Konstytucyjnego już sam fakt „w pełni świadomego” działania prawodawcy – podobnie jak ustalenie, że badaną regulację prawodawca „przemyślał”, bądź że była ona prawodawcy „znana” – po prostu czyni niemożliwym jej zbadanie przez Trybunał Konstytucyjny (a może nawet: po prostu legalizuje w takich przypadkach każde konstytucyjne bezprawie), co zdaje się być dość oczywistym absurdem.

III.(b). Po drugie, problem konstytucyjny – bardzo starannie, bardzo wyczerpująco i bardzo klarownie zdefiniowany oraz uzasadniony w skardze konstytucyjnej – moim zdaniem, nie mieści się w ramach żadnej koncepcji zaniechania prawodawczego, możliwej do racjonalnego zidentyfikowania na podstawie dotychczasowego dorobku doktryny i wcześniejszego orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego. Zaznaczyć zresztą wypada, że gdyby nawet możliwe było wiązanie go z jakąś koncepcją zaniechania – przesądzającą w konsekwencji o braku kompetencji Trybunału do rozpoznania sprawy – okoliczność ta mogłaby stanowić mocną podstawę do wykazywania irracjonalności i bezużyteczności takiej właśnie koncepcji zaniechania, a nie oparcie argumentacyjne dla umorzenia postępowania.

W uzasadnieniu postanowienia Trybunał stwierdził, że „Koncepcja dokonania podziału na pominięcie i zaniechanie ewoluowała na przestrzeni lat”. W związku z treścią tam zawartych wywodów, nie jest jednak jasne jak ta ewolucja, zdaniem Trybunału, przebiegała – i jaki ostatecznie jest jej rezultat. Dla uzasadnienia umorzenia postępowania, Trybunał nawiązał do wcześniej wydanych orzeczeń. W moim jednak przekonaniu, z żadnego z nich nie wynikają takie argumenty, które mogłyby uzasadniać albo wspierać umorzenie postępowania w sprawie skargi przedstawionej przez Szpital Zakonu Bonifratrów. Oczywiście prawdą jest, że Trybunał Konstytucyjny spełnia rolę „ustawodawcy negatywnego”, nie ma natomiast żadnych kompetencji prawotwórczych – merytoryczne rozpoznanie skargi Szpitala Zakonu Bonifratrów w żadnym razie nie wymagało jednak tworzenia prawa przez Trybunał, a tylko oceny, w perspektywie konstytucyjnej, kształtu obowiązujących norm prawnych, które w skardze konstytucyjnej zostały zrekonstruowane i wskazane w bardzo precyzyjny sposób. Podobnie argument, że zaniechanie ustawodawcze polega na świadomym pozostawieniu przez ustawodawcę określonej kwestii poza uregulowaniem prawnym, rozmija się z istotą problemu konstytucyjnego bardzo dobrze wyłożonego i uzasadnionego w skardze. Oczywiście bowiem być musi, że o tym, czy prawodawca materię objętą skargą reguluje, czy też pozostawia ją poza zakresem regulacji, powinno się rozstrzygać w perspektywie holistycznej, uwzględniającej całą treść skargi i treść wszystkich norm tam wskazanych, nie zaś – na podstawie bardzo zawężonego, punktowego badania przepisu stanowiącego zaledwie jedną z wielu podstaw rekonstrukcyjnych zaskarżonych norm prawnych. Autor skargi w sposób bardzo jasny wskazał, że problemem konstytucyjnym jest ustawowe nałożenie na podmioty lecznicze przymusu wykonania tych obowiązków, które obciążają władze publiczne – bez zapewnienia, w przypadkach wskazanych w skardze, refundacji kosztów ich realizacji, z jednoczesnym, niczym nieuzasadnionym, faworyzowaniem niektórych podmiotów znajdujących się w sytuacjach zasadniczo tożsamy. Oczywiście jest zatem, że przedmiotem skargi są normy prawne nakładające na podmioty lecznicze określone ciężary, w wielu przypadkach dotkliwie uderzające w ich prawa majątkowe, a nawet zagrażające bytowi niektórych z nich – a więc konkretny rezultat aktywności prawodawcy, a nie materia objęta legislacyjnym zaniechaniem – z jednoczesnym pominięciem rozwiązań, które mogłyby prawa majątkowe chronić (zgodnie ze stanowiącymi gwarancjami, wynikającymi z Konstytucji – i na zasadach tam określonych),

z poszanowaniem pełnej równości podmiotów znajdujących się w sytuacjach zasadniczo tożsamych.

III.(c). Szpital Zakonu Bonifratrów bardzo zasadnie wskazał, że przepisy Konstytucji, dotyczące skargi konstytucyjnej, nie przewidują ograniczenia w zakresie wnoszenia skargi opartej na zarzucie pominięcia prawodawczego – w rezultacie w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego przyjęto, że kwestionowanie w skardze konstytucyjnej pominięcia ustawodawczego jest dopuszczalne (w tym kontekście podniesiono w skardze, że takie rozstrzygnięcia wynikają m.in. z wyroku TK z 22 października 2013 r., sygn. SK 14/13, z wyroku TK z 30 października 2012 r., sygn. SK 20/11). Skarżący zaznaczył nadto, że w kwestii dopuszczalności wnoszenia skarg konstytucyjnych dotyczących pominięcia prawodawczego Trybunał Konstytucyjny wypowiedział się także w wyroku z 15 listopada 2016 r., sygn. SK 46/15 – uznał tam, iż orzekanie o pominięciach prawodawczych należy do kompetencji Trybunału.

Skarżący Szpital podkreślił też bardzo wyraźnie, że „formułuje swoje zarzuty skargi konstytucyjnej jako zarzuty dotyczące niepełności regulacji, a więc pominięcia prawodawczego”, zaznaczając przy tym, że z przywołanego orzecznictwa Trybunału wynika, iż skarga dotycząca pominięcia prawodawczego jest dopuszczalna.

III.(d). Podkreślenia wymaga fakt, że wątpliwości co do tego, iż skarga dotyczy pominięcia ustawodawczego – i jako taka może zostać rozpoznana przez Trybunał Konstytucyjny – nie miał także Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. W piśmie z 22 listopada 2018 r., wyrażającym stanowisko Sejmu w odniesieniu do analizowanej skargi, wyraźnie stwierdzono, iż:

„Nie ulega (...) wątpliwości, że w niniejszym postępowaniu chodzi o problem pominięcia prawodawczego, które, jak wynika z (...) orzecznictwa TK oraz stanowiska doktryny, może być przedmiotem rozpoznawania przez Trybunał”.

III.(e). W charakterze podsumowania rozważań objętych niniejszym punktem, przychodzi wyrazić stanowisko zamykające się w ramach następującej konkluzji: stwierdzenia zawarte w uzasadnieniu postanowienia, do którego zgłaszam niniejsze zdanie odrębne, zdecydowanie bardziej generują pytania, wątpliwości i zastrzeżenia, niż wyjaśniają i uzasadniają umorzenie postępowania w sprawie analizowanej skargi.

IV. Wobec umorzenia postępowania, i tym samym: pozostawienia przez Trybunał Konstytucyjny bez merytorycznego rozstrzygnięcia skargi wniesionej przez Szpital Zakonu Bonifratrów, sprawą wielkiej wagi jest ta okoliczność, że Sejm Rzeczypospolitej Polskiej – w piśmie z 22 listopada 2018 r., wyrażającym stanowisko wobec tejże skargi – wniósł o stwierdzenie, że art. 50 ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w związku z art. 15 ustawy o działalności leczniczej, w zakresie, w jakim nie nakładają na Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministra Zdrowia lub Skarb Państwa obowiązku zwrotu kosztów udzielonych świadczeń zdrowotnych na rzecz podmiotu leczniczego, który udzielił świadczenia zdrowotnego pacjentowi potrzebującemu natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, niebędącemu świadczeniobiorcą w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, jest niezgodny z art. 64 ust. 1 i 3 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji i zasadą zaufania do Państwa i stanowionego przez nie prawa, wywodzoną z art. 2 oraz z art. 64 ust. 2 w związku z art. 32 ust. 1 Konstytucji.

Jak wyraźnie stwierdził Sejm Rzeczypospolitej Polskiej:

– „Nie można znaleźć argumentów, które przemawiałyby za brakiem zapewnienia odpowiedniego finansowania świadczeń, które mają ratować ludzkie życie bądź zdrowie w sytuacjach bezpośredniego ich zagrożenia oraz do których udzielania zobowiązuje przepis ustawy”;

– „(...) przyjęte przez ustawodawcę rozwiązanie ponoszenia całkowitego ryzyka wyegzekwowania kosztów leczenia nieubezpieczonego pacjenta przez podmiot leczniczy nie spełnia wymogu przydatności”;

– „(...) nie istnieje konieczność, która uzasadniałaby obciążanie podmiotów leczniczych kosztami leczenia osób nieubezpieczonych w sytuacjach nagłego zagrożenia życia czy zdrowia”;

– „(...) ustawowy cel zapewnienia pomocy medycznej w sytuacjach nagłych mógłby zostać zrealizowany również wówczas, gdyby ciężar dochodzenia roszczeń za jej udzielenie podmiotom niemającym prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych został nałożony na instytucje publiczne. Umożliwiłoby to ustawodawcy osiągnięcie założonego celu przy zastosowaniu środka mniej uciążliwego dla podmiotu leczniczego”;

– „Obciążanie podmiotów leczniczych kosztami usługi medycznej udzielonej w ramach ustawowego obowiązku (ratowanie życia lub zdrowia w sytuacjach nagłych) stanowi (...) nieproporcjonalne ograniczenie ich prawa własności”;

– „(...) nabycie roszczenia przeciwko osobie nieubezpieczonej i nieposiadającej odpowiedniego majątku dla pokrycia kosztów leczenia tylko w pozorny sposób zabezpiecza prawa majątkowe podmiotu świadczącego usługę medyczną. Brak wskazania przez ustawodawcę realnych źródeł finansowania kosztów świadczeń udzielonych osobom nieubezpieczonym, które znajdowały się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia, nie znajduje uzasadnienia w żadnej z wartości wymienionych w art. 31 ust. 3 Konstytucji. Wręcz przeciwnie, może negatywnie wpływać na dostępność usług medycznych, w skrajnych przypadkach z powodu likwidacji podmiotu leczniczego”;

– „Nie znajduje uzasadnienia sytuacja, w której ryzyko ekonomiczne leczenia w stanach nagłych ponosi tylko podmiot leczniczy, udzielając na mocy ustawowego obowiązku (...) świadczenia pacjentowi nieuprawnionemu do finansowanych ze środków publicznych świadczeń zdrowotnych, w sytuacji zagrożenia jego zdrowia czy życia”;

– „Nie można (...) znaleźć podstawy dla nierównego potraktowania podmiotów leczniczych udzielających świadczeń medycznych w stanach nagłych jedynie ze względu na status prawny pacjenta”.

V. Skutkiem umorzenia postępowania przez Trybunał Konstytucyjny – moim zdaniem całkowicie bezzasadnego – będzie dalsze funkcjonowanie norm prawnych, które oceniam jako oczywiście sprzeczne z Konstytucją (w zakresie wskazanych przez skarżący Szpital wzorców kontroli). Pozostaje wyrazić nadzieję, że Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, w konsekwencji wyżej powołanego stanowiska, pilnie podejmie inicjatywę legislacyjną służącą możliwie szybkiemu rozwiązaniu przedstawionego w skardze problemu. Wobec pasywności Trybunału, aktywność Parlamentu może spowodować, że bardzo duża wartość skargi konstytucyjnej, pozostawionej przez Trybunał bez merytorycznego rozstrzygnięcia na skutek umorzenia postępowania, nie zostanie zatracona – i że ostatecznie będzie ona implikować (choć w innym trybie, niż zapewne spodziewał się skarżący Szpital) uwolnienie podmiotów leczniczych od ciężarów, które powinny dźwigać Państwo i władze publiczne, a które ewidentnie godzą w konstytucyjne prawa i wolności tychże podmiotów leczniczych, w dodatku: z naruszeniem zasad konstytucyjnej równości.

VI. Umorzenie postępowania w sprawie powołanej na wstępie skargi Szpitala Zakonu Bonifratrów w Katowicach, w oparciu o argumenty podniesione w uzasadnieniu tego rozstrzygnięcia – moim zdaniem – prowadzić musi do niepokojącej konstatacji: nawet najlepiej skonstruowana i uzasadniona skarga konstytucyjna, przedstawiona w sposób bardzo spójny, logiczny i przejrzysty, może zostać ostatecznie pozbawiona merytorycznego rozstrzygnięcia;

także wówczas, gdy oparta jest na bardzo gruntownej i poważnej argumentacji merytorycznej oraz jurystycznej, zarówno w zakresie tych racji, które odnoszą się do istoty sprawy, jak i tych, które dotyczą kwestii formalnych, warunkujących rozpoznanie skargi. Argument „legislacyjnego zaniechania” staje się zaś coraz bardziej – nie po raz pierwszy w praktyce Trybunału ostatnich miesięcy (zobacz: J. Wyrembak, zdanie odrębne do postanowienia TK z 15 maja 2019 r., sygn. SK 12/16) – prawie magicznym instrumentem pośpiesznego umarzania postępowań, z uwagi na rzekomy brak kompetencji Trybunału. W moim przekonaniu, w badanej sprawie nie było żadnych podstaw do kwestionowania legitymacji kompetencyjnej Trybunału do wydania merytorycznego rozstrzygnięcia, zwłaszcza że oczywistym być powinno, iż na gruncie umorzonego postępowania nie zachodził przypadek zaniechania ustawodawczego. Praktyka zaskakujących umorzeń postępowań szczególnie razi w sytuacjach tak poważnych jak ta, gdy Trybunał Konstytucyjny uchyla się – moim zdaniem bez żadnych podstaw formalnych – od merytorycznego rozstrzygnięcia sprawy dotyczącej transferowania na podmioty lecznicze kosztów świadczeń medycznych koniecznych dla ratowania życia i zdrowia ludzkiego w przypadkach nagłych, i to z naruszeniem zasad równego traktowania tychże podmiotów w sytuacjach zasadniczo tożsamyh.

Z powodu wszystkich przedstawionych racji, zdecydowałem o zgłoszeniu zdania odrębnego do całości powołanego na wstępie postanowienia.