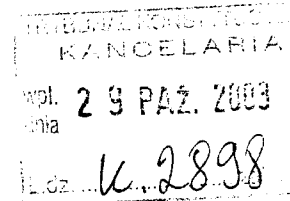




Warszawa, dnia 28.10 2003 r.

MINISTER ZDROWIA

PR-02-KB-MR-KC-1553/03



Pan
prof. Marek Safian
Prezes Trybunału Konstytucyjnego

Szanowny Panie Prezesie

W odpowiedzi na pismo z dnia 10 października 2003 r. Sygn. akt. K 14/03, uprzejmie przedstawiam stanowisko dotyczące wniosku grupy posłów o stwierdzenie niezgodności z Konstytucją ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391, Nr 73, poz. 660, Nr 123, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176 oraz Nr 135, poz. 1268), zwanej dalej „ustawą”.

Przedstawione w przedmiotowym wniosku zarzuty dotyczące ustawy jako całości aktu prawnego nie powinny być rozpatrywane w związku z tym, że w głównej mierze mają one charakter polityczny oraz odnoszą się do całej ustawy, co by skutkowało koniecznością zbadania wszystkich jej przepisów pod kątem zgodności z Konstytucją, co nie powinno być przedmiotem kognicji Trybunału Konstytucyjnego.

W związku z powyżej przedstawionymi argumentami przedstawiam wyjaśnienia dotyczące zarzutów przedstawionych w części skargi, w której sformułowane zostały wątpliwości dotyczące poszczególnych przepisów ustawy.

Ad. Niezgodności art. 5 pkt 12 ustawy z art. 2, art. 20, art. 22 i art. 32 Konstytucji.

Skarżony przepis art. 5 pkt 12 ustawy definiuje na potrzeby ustawy pojęcie "najkorzystniejszej oferty". Zgodnie z tą definicją przez „najkorzystniejszą ofertę”, rozumie się

ofercie, która przedstawia najkorzystniejszy bilans ceny i innych kryteriów odnoszących się do przedmiotu zamówienia, w tym:

- a) zakres merytoryczny oferowanych świadczeń oraz stopień zapewnienia ubezpieczonemu ciągłości dostępu do świadczeń zdrowotnych, w szczególności diagnostyki i terapii,
- b) dostępności świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych,
- c) kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne,
- d) jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych ustalonej w oparciu o wewnętrzną oraz zewnętrzną ocenę potwierdzoną certyfikatem jakości lub akredytacją.

Skarżący uznali powyższy przepis za niezgodny z wyżej wymienionymi przepisami Konstytucji ze względu na to, że norma w tym przepisie zawarta nie ma przymiotu dostatecznej określoności. W mojej opinii zarzut jest nieuzasadniony ze względu na to, że przepis art. 5 pkt 12 dotyczy ustawowej definicji, która, mając na względzie jej charakter, powinna być możliwie jak najogólniejsza. Należy zauważyć, że definicja ta, co do zasady nie odbiega od definicji zawartej w art. 2 pkt 8 ustawy o zamówieniach publicznych. Jednocześnie warto podkreślić, że definicja zawarta w art. 5 pkt 12 jest znacznie precyzyjniejsza w związku z tym, że wskazuje najistotniejsze kryteria, jakimi powinien kierować się Narodowy Fundusz Zdrowia przy wyborze świadczeniodawcy. Wydaje się, że niemożliwym jest rozpatrywanie ewentualnej niezgodności art. 5 pkt 12 ustawy z przepisami Konstytucji w oderwaniu od przepisów rozdziału 6 ustawy, na potrzeby, których ta definicja została wprowadzona do ustawy.

Ad. Niezgodności art. 5 pkt 24 i 26 ustawy z art. 68 ust. 2 Konstytucji.

Przepisy art. 5 pkt 24 i pkt 26 ustawy są kolejnymi skarżonymi przepisami ustawy, stanowiącymi definicje.

Zgodnie z art. 5 pkt 24 ustawy, "świadczeniami pielęgniarскими i położniczymi" są świadczenia zdrowotne określone w art. 4 i 5 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarки i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 i Nr 89, poz. 969);

Z kolei, jak stanowi art. 5 pkt 26 ustawy, „świadczeniem zdrowotnym” są świadczenia określone w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.³⁾); świadczenie zdrowotne obejmuje również transport sanitarny inny niż określony w art. 4 pkt 4 ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207 i Nr 154, poz. 1801 oraz z 2002 r. Nr 241, poz. 2073).

Definicje te, jak wynika z powyższego, zostały zaczerpnięte z funkcjonujących już w polskim systemie prawnym podstawowych regulacji prawnych, tak aby zapewnić możliwie jak największą

spójność z tymi aktami prawnymi. Niesłuszny jest zarzut, że przepisy te naruszają art. 68. ust. 2 Konstytucji, w zakresie, w jakim ten ostatni wskazuje na konieczność uregulowania zakresu świadczeń zdrowotnych gwarantowanych obywatelom Rzeczypospolitej Polskiej. Po raz kolejny wnioskodawcy popełniają błąd zaskarżając definicję ustawową, a nie przepisy materialne, które rzeczywiście regulują sytuację prawną ubezpieczonych, t.j. przepisy rozdziału 5 ustawy. Definicje ustawowe zawarte w art. 5 pkt 24 i 26 w żaden sposób nie mogą ograniczać zakresu świadczeń zdrowotnych, a wręcz przeciwnie, poprzez zabieg legislacyjny polegający na odwołaniu się do właściwych przepisów innych ustaw, wskazują możliwie najszerszy zakres, tak świadczeń pielęgnarskich i położniczych, jak i świadczeń zdrowotnych, gdyż wskazują one na przepisy określające pełen katalog tych świadczeń, co oznacza wszelkie prawnie zdefiniowane czynności, a nie ich zawężony zakres.

Ad. Niezgodności art. 23 ust. 2 ustawy z art. 167 ust. 4 Konstytucji.

Zgodnie z art. 23 ust. 2 ustawy, podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób prowadzących działalność pozarolniczą lub osób z nimi współpracujących stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 75% przeciętnego wynagrodzenia. Składka w nowej wysokości obowiązuje od trzeciego miesiąca następnego kwartału. Przepis ten stanowi zmianę w stosunku do analogicznego przepisu art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153, z późn. zm.), zwanej dalej „puz”, uchylonej przez art. 222 ustawy. Art. 23 ust. 2 ustawy wprowadził zmianę w stosunku do ustawy puz polegającą na podwyższeniu podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne z 60% do minimum 75% zadeklarowanej przez ubezpieczonego będącego osobą prowadzącą działalność pozarolniczą lub osobą z nią współpracującą. Zdaniem wnioskodawców zmiana ta powoduje uszczuplenie dochodów jednostek samorządu terytorialnego, a zatem jest niezgodna z art. 167 ust. 4 Konstytucji, który stanowi, że zmiany w zakresie zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego następują wraz z odpowiednimi zmianami w podziale dochodów publicznych. Moim zdaniem zarzut ten jest nieuzasadniony. Należy zauważyć, że zmiana dokonana w art. 23 ust. 2 ustawy nie miała z całą pewnością na celu bezpośredniego uszczuplenia dochodów jednostek samorządu terytorialnego. Ponadto, w ramach ustawowych zadań jednostek samorządu terytorialnego nie znajdują się zadania związane z finansowaniem świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych, a więc nie ma podstaw do doszukiwania się niezgodności skarżonego przepisu z przepisem art. 167 ust. 4 Konstytucji, w zakresie, w jakim przepis ten pozostawiałby jednostce samorządu terytorialnego zadanie przy jednoczesnym uszczupleniu dochodów.

W związku z omawianą kwestią należy zwrócić uwagę na wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 3 listopada 1998 r. (K12/98), zgodnie z którym „z przepisu art. 167 ust. 4 Konstytucji wynika pozytywny obowiązek ustawodawcy do ustanowienia regulacji zapewniających gminom dochody własne w sposób rzeczywisty. Konsekwencją tego obowiązku jest też zakaz dokonywania takich zmian w ustawodawstwie, które prowadziłyby do faktycznego **przekreślenia** dochodów własnych gmin.(..) Eliminacji określonych źródeł dochodów własnych gmin nie można jednak mylić z ich modyfikacjami, nawet gdy rezultat danej modyfikacji jest niekorzystny dla finansów gmin. Dopóki ustawodawca w sposób drastyczny nie naruszy samej istoty samodzielności finansowej gminy, przysługuje mu - pod warunkiem poszanowania innych norm, zasad i wartości konstytucyjnych - daleko idąca swoboda w określaniu zarówno źródeł dochodów własnych gmin, jak też poziomu tych dochodów.". We wskazanym wyroku Trybunał Konstytucyjny stwierdził ponadto, że „nie ma też podstaw do twierdzenia, że zwolnienia podatkowe (...) i spowodowane przez nie uszczuplenie dochodów gmin uniemożliwia zapewnienie gminom "odpowiedniego" do ich zadań udziału w dochodach publicznych. Takie postawienie sprawy wymagałoby całościowej analizy wszystkich źródeł dochodów gmin i wykazanie, że bez dochodów z (...) nie ma możliwości zapewnienia gminom takiego udziału w dochodach publicznych, który będzie "odpowiedni" do ich zadań. Należy również zauważyć, że wnioskodawcy nie wykazali we wniosku, że na skutek wejścia w życie art. 23 ust. 2 ustawy udział jednostek samorządu terytorialnego w dochodach publicznych jest nieodpowiedni do przypadających im zadań.

Kolejnym elementem skargi podniesionym we wniosku, związanym z art. 23 ust. 2 ustawy, jest wprowadzenie tego przepisu w trakcie roku podatkowego, t.j. z dniem 1 kwietnia 2003 r. W związku z tym należy zwrócić uwagę na następujące zagadnienia:

- 1) składka na ubezpieczenie zdrowotne nie ma charakteru podatku, a więc orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego odnoszące się do uszczupień dochodów w trakcie roku podatkowego nie znajduje zastosowania, w związku z tym, że odnosi się wyłącznie do zmian wysokości podatków,
- 2) ostateczne brzmienie art. 23 ust. 2 nie wynika z przedłożenia rządowego (sejmowy druk 932), a z poprawek poselskich zgłoszonych w trakcie postępowania w Sejmie RP.

Mając na względzie powyższe, zarzut należy uznać za nieuzasadniony.

Ad. Niezgodności art. 36 ust. 1 ustawy z art. 2, art. 15 ust. 1, art. 17 ust. 2, art. 20 i art. 68 ust. 2 Konstytucji oraz jej Preambulą, w części odnoszącej się do zasady państwa pomocniczego oraz dialogu społecznego i współdziałania władz.

Jak stanowi art. 36 ust. 1 ustawy, tworzy się Narodowy Fundusz Zdrowia, który jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną. Zdaniem wnioskodawców z przepisu tego wynika, że jest to jednostka administracji rządowej, co należy uznać za twierdzenie bezpodstawne, bowiem Narodowy Fundusz Zdrowia nie wchodzi w skład administracji rządowej. Nie wynika to z przepisów obowiązującego ustawodawstwa, a w szczególności z ustawy o Radzie Ministrów. Fundusz ten jedynie podlega nadzorowi administracji rządowej, tak jak to ma miejsce w przypadku Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Również z tego, że wchodzi on skład grupy jednostek sektora finansów publicznych nie można wnosić, że jest on jednostką administracji rządowej.

Ponadto, we wniosku podnosi się, że rozwiązanie polegające na przekazaniu zarządzania środkami pochodzącymi od ubezpieczonych godzi w zasadę decentralizacji władzy publicznej. Jest to oczywiście bezzasadne ze względu na to, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie wchodzi w zakres pojęcia „władzy publicznej”. Nie posiada on, ani jego organy, uprawnień, które można by określić mianem władczych.

Ponadto należy zauważyć, że zasada decentralizacji władzy publicznej wyrażona w art. 15 ust. 1 Konstytucji, należy do kategorii pojęć zastanych, których znaczenie nie zostało wyczerpująco wskazane w Konstytucji. W doktrynie prawa administracyjnego przyjmuje się, że decentralizacja to taki sposób organizacji aparatu wykonawczego w państwie, w którym jednostki terytorialne lub inne mają samodzielność określoną ustawą, a ingerencja w zakres tej samodzielności może odbywać się tylko na podstawie ustawy i w formach nią przewidzianych, z których podstawową pozostaje nadzór weryfikacyjny oparty na kryterium zgodności z prawem. W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego przyjmuje się, że zasada decentralizacji nie może być rozumiana w taki sposób, że ustawodawca ma obowiązek rozczłonkowania jednostek organizacyjnych szczebla centralnego i ulokowania ich na poziomie gmin, powiatów czy województw. Zadaniem ustawodawcy jest ukształtowanie ustroju terytorialnego w sposób zapewniający decentralizację władzy publicznej, a więc władzy sprawowanej przez organy państwa i samorządu. Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest organem władzy państwowej ani samorządowej, lecz, jak stanowi skarżony art. 36 ust. 1 ustawy, państwową jednostką organizacyjną sektora finansów publicznych, nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Wyrażona w art. 15 ust. 1 Konstytucji zasada decentralizacji nie oznacza konstytucyjnego wymogu decentralizacji wszystkich państwowych jednostek organizacyjnych. Do ustawodawcy należy ocena, czy i w jakim zakresie jednostki te powinny podlegać decentralizacji oraz na jakim szczeblu - województwa, powiatu czy gminy - mają zostać usytuowane. Zastane pojęcie decentralizacji dopuszcza również ingerencję w zakres samodzielności jednostek terytorialnych, lecz jedynie w granicach określonych ustawą. Oznacza to dopuszczenie swobody regulacyjnej ustawodawcy w granicach norm, zasad i wartości konstytucyjnych. W tym

zakresie ustawodawca dokonuje samodzielnych rozstrzygnięć w granicach politycznej odpowiedzialności przed wyborcami. Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie stwierdzał, że nie może zastępować ustawodawcy (w uzasadnieniu wyroku z 23 marca 1999 r. o sygn. K. 2/98, OTK ZU nr 3/1999, poz. 38). Ustawodawca odbierając kasom chorych przyznane im zadania i kompetencje w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych, i przekazując je Narodowemu Funduszowi Zdrowia w ramach korekty wcześniej dokonanego rozstrzygnięcia, wykazuje wprawdzie brak konsekwencji, ale nie narusza norm, zasad lub wartości konstytucyjnych. Trybunał Konstytucyjny, dostrzegając zmienność polityki legislacyjnej, wskazywał jednoznacznie, że nie jest właściwy do wskazywania sposobu rozwiązywania różnych kwestii dotyczących kreowania działań o charakterze długofalowym. Teza o jednokierunkowym procesie decentralizacji nie znajduje uzasadnienia na gruncie systemu źródeł prawa, który nie przewiduje - poza konstytucją - ustaw o szczególnej "sztywności". Taka "sztywność" może być uzasadniona względami politycznymi, ale nie znajduje podstaw w obowiązującym porządku prawnym.

Mając na względzie powyższą argumentację zarzuty przedstawione we wniosku, dotyczące art. 36 ust. 1 nie znajdują uzasadnienia.

Ad. Niezgodności art. 43 ust. 9 ustawy z art. 2 Konstytucji.

Art. 43 ust. 9 ustawy stanowi, że „członkowie Zarządu i pracownicy Funduszu nie mogą być jednocześnie członkami Rady Funduszu, świadczeniodawcami współpracującymi z Funduszem, właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami, którzy zawarli z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, członkami organów lub pracownikami jednostek samorządu terytorialnego, a także członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej.” Zdaniem wnioskodawców przepis ten jest niezgodny z art. 2 Konstytucji, naruszając zasadę ochrony praw nabytych, poprzez pozbawienie ex lege mandatów radnych.

Zarzut ten jest oczywiście bezzasadny w związku z tym, że przepis ten nie zamyka osobie powoływanej w skład Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia możliwości wyboru, którą z funkcji zamierza pełnić: czy funkcję członka Zarządu, czy też funkcję radnego w jednostce samorządu terytorialnego. Taki wybór z całą pewnością może nastąpić przed dokonaniem powołania w skład zarządu Funduszu. Żaden przepis ustawy nie nakazuje powołania konkretnej osoby w skład organu Funduszu. Jest to jedynie typowy przepis mający na celu uniknięcie konfliktu interesów przy wykonywaniu danej funkcji i wprowadza zasadę incompatibilitas w stosunku do określonej grupy osób, mając na względzie dobro ubezpieczonych oraz konieczność zagwarantowania właściwego

wykonywania funkcji członka zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia. Należy ponadto nadmienić, że tego typu przepisy dość często występują w ustawodawstwie polskim.

Ad. Niezgodności art. 47 ust. 1 pkt 6 i ust. 4 ustawy z art. 2, art. 68 ust. 2 oraz art. 92 ust. 1 Konstytucji.

Art. 47 ust. 1 pkt 6 ustawy stanowi, że ubezpieczeni mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń zdrowotnych mających na celu zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie, z wyłączeniem w szczególności ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków własnych ubezpieczonego.

W konsekwencji rozwiązania przyjętego w art. 47 ust. 1 ustawodawca, w art. 47 ust. 4 ustawy, pozwala ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, na określenie, w drodze rozporządzenia, wykaz ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 pkt 6, uwzględniając świadczenia zdrowotne, które nie są konieczne dla zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i urazom, wczesnego wykrywania chorób, leczenia oraz zapobiegania niepełnosprawności i jej ograniczania.

Powyższym przepisom wnioskodawcy zarzucają, że:

- 1) nie zdefiniowano pojęcia „ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych”,
- 2) art. 47 ust. 4 nie spełnia wymogów określonych w art. 92 ust. 1 Konstytucji, w związku z brakiem wytycznych.

Powyższe zarzuty należy uznać za oczywiście bezzasadne, gdyż świadczeniami ponadstandardowymi są wyłącznie świadczenia, które nie spełniają przesłanek określonych w art. 47 ust. 1 zd. wstępne ustawy, a więc nie mają na celu:

- 1) zachowania zdrowia ubezpieczonych,
- 2) zapobiegania chorobom i urazom,
- 3) wczesnego wykrywania chorób,
- 4) leczenia oraz zapobiegania niepełnosprawności i jej ograniczanie.

Z powyższego wynika wniosek, że świadczeniami ponadstandardowymi są wyłącznie świadczenia nie realizujące powyższych celów, a co za tym idzie nie służą ochronie zdrowia lub życia ubezpieczonych. W związku z ewolucyjnym charakterem jednostek chorobowych człowieka i nieustannym wykrywaniem nowych jednostek chorobowych niemożliwy jest do określenia

pozytywny katalog świadczeń tak standardowych, jak i ponadstandardowych. Stąd wynika konieczność wprowadzenia „elastycznego” pod względem legislacyjnym rozwiązania polegającego na wprowadzeniu do ustawy delegacji dla ministra właściwego do spraw zdrowia, zawartej w art. 47 ust. 4. Należy zwrócić uwagę na treść rozporządzenia wydanego na podstawie wskazanej delegacji. Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 kwietnia 2003 r. w sprawie wykazu ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych Dz.U. Nr 62, poz. 575) określa wykaz ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z tym wykazem do ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych zaliczono:

- 1) zabiegi chirurgii plastycznej i zabiegi kosmetyczne w przypadkach nie będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstw jej leczenia,
- 2) operacje zmiany płci,
- 3) świadczenia z zakresu stomatologii inne niż określone w wykazie podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych, wydanym na podstawie art. 53 ust. 3 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia,
- 4) świadczenia z zakresu akupunktury, z wyjątkiem świadczeń udzielanych w związku z leczeniem bólu.

Lektura powyższego nie pozostawia żadnych wątpliwości, co do tego, że świadczenia określone we wskazanym załączniku nie mają na celu ograniczenia obowiązków państwa określonych w art. 68 ust. 2 Konstytucji. Świadczenia te również nie spełniają przesłanek określonych w art. 47 ust. 1 zd. wstępne ustawy.

Jeżeli zaś chodzi o wytyczne, których zdaniem wnioskodawców brak w art. 47 ust. 4, to delegacja ta spełnia kryteria określone w art. 92 ust. 1 Konstytucji, gdyż zawiera sformułowanie „uwzględniając świadczenia zdrowotne, które nie są konieczne dla zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i urazom, wczesnego wykrywania chorób, leczenia oraz zapobiegania niepełnosprawności i jej ograniczania”.

Ad. Niezgodności art. 79 ust. 1 i art. 80 ust. 1 ustawy z art. 68 ust. 2 w zw. z art. 32 Konstytucji.

Zarzut dotyczący art. 79 ust. 1 i art. 80 ust. 1 ustanawiającego konkurs ofert jako podstawowy tryb postępowania w sprawie zawarcia umowy o świadczenie usług zdrowotnych należy także uznać za bezzasadny, gdyż w żadnym z tych przepisów nie wprowadza się nierówności podmiotów wobec prawa. Ponadto należy nadmienić, że treść art. 86 ustawy stanowi zaprzeczenie tezy o

wprowadzaniu jakiejkolwiek nierówności podmiotów w postępowaniu określonym w rozdziale 6 ustawy.

Co więcej, nie można zarzucić przepisowi art. 79 ust. 1 i art. 80 ust. 1 wprowadzania nierówności w dostępie obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej, gdyż przepisy te dotyczą trybu w jakim wyłania się świadczeniodawców i nie mają bezpośredniego wpływu dla dostępu ubezpieczonych do świadczonych usług.

Zupełnie niezrozumiałe jest, w jaki sposób przepis art. 80 ust. 1 ustawy w brzmieniu: „W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej składnikiem oferty jest lista zadeklarowanych podopiecznych do lekarza, który udziela świadczeń zdrowotnych w ramach zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej.” może negatywnie wpłynąć na zasadę równego traktowania podmiotów wyrażoną w art. 32 Konstytucji.

Ad. Niezgodności art. 104 ust. 4 ustawy z art. 2 Konstytucji.

Zarzut dotyczący art. 104 jest bezprzedmiotowy z uwagi na nowelizację przedmiotowej ustawy przez ustawę z dnia 10 kwietnia 2003 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 73, poz. 630). W art. 1 pkt 6 nowelizacji, który wszedł w życie w dniu 1 maja 2003 r. ustawodawca wprowadził przepisy art. 220a i 220b dotyczące szczególnej procedury przygotowania planów zdrowotnych na 2004 rok..

Ad. Niezgodności art. 108 ustawy z art. 2, art. 32, art. 68 ust. 2 oraz art. 92 ust. 1 Konstytucji.

Zarzut dotyczący art. 108 w zakresie braku wytycznych do wydania rozporządzenia jest zarzutem nietrafnym, ponieważ w przedmiotowym przepisie brak jest jakiegokolwiek upoważnienia do wydania takiego aktu prawnego.

Ad. Niezgodności art. 224 ustawy z art. 2 Konstytucji.

Zarzut dotyczący art. 224 w zakresie 14-dniowego *vacatio legis* należy także uznać za bezzasadny, gdyż nakazem konstytucyjnym jest nadanie jej wymiaru przynajmniej 14 dni, a ustanowienie innego okresu niż 14-dniowy musi znajdować szczególne uzasadnienie. W przypadku istnienia konstytucyjnie legitymowanego interesu państwowego w rychłym wprowadzeniu w życie nowych przepisów nie można absolutyzować okresu dostosowawczego i wydłużania w czasie *vacatio legis*.

Kolejnym argumentem świadczącym o właściwym wyznaczeniu *vacatio legis* jest to, iż ustawa nie wprowadziła istotnych zmian w sytuacji prawnej osób ubezpieczonych, a także świadczeniodawców w stosunku do regulacji uchylonej przez art. 222. Przyjęcie większości rozwiązań z poprzedniej ustawy, a także wprowadzenie odpowiednich regulacji o charakterze dostosowawczym i przejściowym pozwoliło na płynne przejście z poprzedniego systemu prawnego na nowy.

E. Krakowska

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU

Ewa Krakowska