

TRYBUNAŁ KONSTYTUCYJNY
Al. J. Ch. Szucha 12 a
00-918 Warszawa

Wnioskodawca:
Grupa posłów na Sejm
Rzeczypospolitej Polskiej
IV Kadencji
Według załączonej listy

Adres do korespondencji:
Sejm RP
ul. Wiejska 4/6/8
00-902 Warszawa
Klub Poselski
Platforma Obywatelska

WNIOSEK
o stwierdzenie niezgodności ustawy z Konstytucją

Na podstawie art. 191 ust. 1 pkt 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483) oraz art. 31 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz.U. Nr 102, poz. 643), załączając listę,

Wnioskodawcy wnoszą o

stwierdzenie niezgodności w całości ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz.391, dalej jako „ustawa o NFZ”) z art. 2, art. 15 ust. 1, art. 17 ust. 2, art. 20, art. 22, art. 32, art. 68 ust. 2, art. 92 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Alternatywnie, gdyby Trybunał Konstytucyjny nie uznał zasadności powyższego wniosku,

Wnioskodawcy wnoszą o

stwierdzenie niezgodności z przepisami Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej następujących przepisów ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia:

- art. 5 pkt 12 - z art. 2, art. 20, art. 22 i art. 32 Konstytucji,
- art. 5 pkt 24 i 26 – z art. 2 i art. 68 ust. 2 Konstytucji,
- art. 23 ust. 2 - z art. 2 i art. 167 ust. 4 Konstytucji,

- art. 36 ust. 1 - z art. 2 i art. 15 ust. 1, art. 17 ust. 2, art. 20 i art. 68 ust. 2 Konstytucji oraz jej Preambułą, w części odnoszącej się do zasady państwa pomocniczego oraz dialogu społecznego i współdziałania władz,
- art. 43 ust. 9 - z art. 2 Konstytucji,
- art. 47 ust. 1 pkt 6 i ust. 4 - z art. 2, art. 68 ust. 2 i art. 92 ust. 1 Konstytucji,
- art. 79 ust. 1 - z art. 68 ust. 2 w zw. z art. 32 Konstytucji,
- art. 104 ust. 4 - z art. 2 Konstytucji,
- art. 108 ust. 1 - z art. 2, art. 32, art. 68 ust. 2 oraz art. 92 ust. 1 Konstytucji,
- art. 151 - z art. 2, art. 15 ust. 1 i art. 17 ust. 2 Konstytucji oraz jej Preambułą w części odnoszącej się do zasady państwa pomocniczego oraz dialogu społecznego i współdziałania władz,
- art. 222 - z art. 2, art. 15 ust. 1 i art. 17 ust. 2 Konstytucji oraz jej Preambułą w części odnoszącej się do zasady państwa pomocniczego oraz dialogu społecznego i współdziałania władz,
- art. 224 - z art. 2 Konstytucji.

Do reprezentowania wnioskodawców upoważniamy posel Elżbietę Radziszewską.

UZASADNIENIE

1. [Uwagi wstępne i wstępne określenie zarzutów] Ustawa o NFZ zastąpiła ustawę z dnia z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm., dalej jako „ustawa o puz”). Ustawa o puz z 1997 r. wprowadziła zasadniczą zmianę zasad, źródeł i trybu finansowania publicznych świadczeń opieki zdrowotnej, polegającą na przekształceniu dotychczasowego mechanizmu finansowania tych świadczeń z systemu budżetowego państwa w system bazujący na składkach obligatoryjnie wnoszonych przez ubezpieczonych.

Usunięcie z budżetu państwa większości środków dotychczas kierowanych na finansowanie publicznych świadczeń opieki zdrowotnej – poprzez ustanowienie innego źródła finansowania tych świadczeń: składek (odliczanych od podatku dochodowego od osób fizycznych - 7,75 %) – nastąpiło *de iure* z dniem 1 stycznia 1999 roku. Do tej daty za finansowanie tych świadczeń odpowiadał rząd i administracja rządowa w ramach systemu budżetowego państwa. W trakcie ówczesnych dyskusji rozważano także wariant przekazania obowiązku finansowania publicznych świadczeń opieki zdrowotnej jednostkom samorządu terytorialnego, ale ostatecznie wybrano model finansowania świadczeń poprzez Kasy chorych, administrujące składkami wnoszonymi przez ubezpieczonych.

Rozstrzygnięcie to miało charakter ustrojowy. Od tego momentu ubezpieczenie zdrowotne finansowane jest w formie składki na ten cel wnoszonej przez samych zainteresowanych – środki te tworzą wydzielony zasób finansowy znacznych rozmiarów (ok. 30 mld zł w skali rocznej). Ubezpieczenie to z mocy ustawy zostało zorganizowane w formie samodzielnych instytucji (podmiotów) prawa publicznego – Kas chorych.

Ustawa o NFZ prowadzi do zaboru tych środków przez rząd, ponownie oddając pełną kontrolę nad nimi administracji rządowej, i to bez zmiany charakteru samego świadczenia pieniężnego (składki), jakie obciąża obywateli. Ustawa okre-

śliła NFZ jako państwową jednostkę organizacyjną, posiadającą osobowość prawną [art. 36 ust. 1 ustawy o NFZ], podległą w pełni ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Ze względu na tę charakterystykę Narodowy Fundusz Zdrowia stanowi kolejny pozabudżetowy fundusz celowy.

Dotychczas wydatkowanie składki w systemie Kas chorych jako odrębnych podmiotów prawa publicznego miało miejsce pod kontrolą przedstawicieli ubezpieczonych. Jednak już w ramach nowelizacji ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 7 czerwca 2002 r. (weszła w życie dnia 9 lipca 2002 r.) prawo powoływania członków Rad Kas chorych przejął Minister Zdrowia, uzyskując w ten sposób pełnię kontroli nad działalnością Kas¹.

Na gruncie ustawy o puz z 1997 r. składka była przekazywana 17 Kasom chorych, jak wspomniano – samodzielnym podmiotom prawa publicznego, które były instytucjami prawnie odrębnymi od rządu, a także od samorządu terytorialnego.

Kasy chorych miały funkcjonować jako samorząd ubezpieczonych. Zgodnie z pierwotnym brzmieniem ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (1997), w radach nadzorczych Kas chorych zasiadali m. in. przedstawiciele ubezpieczonych. Po kolejnych zmianach (1998) ustawodawca stanął na stanowisku, iż reprezentacja ubezpieczonych jest wykonywana przez samorząd terytorialny (samorząd województwa).

Wnioskodawcy podkreślają, że składka na ubezpieczenie zdrowotne, mając ściśle przeznaczenie (wzajemne ubezpieczenie zdrowotne o charakterze publiczno-prawnym) - nie jest podatkiem, choć jest ponoszona w formie daniny publicznej². Gdyby miała charakter podatku *sensu stricte*, zasilałaby budżet państwa lub budżety jednostek samorządu terytorialnego, które na ogólnych zasadach wykonywane są przez rząd lub samorząd terytorialny, a tym samym - na ogólnych zasadach znalazłaby się pod kontrolą obywatelską.

Nie ulega bowiem wątpliwości, że w państwie demokratycznym sposób wykorzystania wszelkich danin publicznych musi podlegać kontroli obywatelskiej. Jeśli określona danina nie podlega mechanizmom bezpośredniej kontroli politycznej wykonywanej przez parlament lub organy stanowiące jednostek samorządu terytorialnego, to dysponowanie tymi środkami powinno być kontrolowane przez inny samorząd lub inne formy udziału obywateli w zarządzaniu sprawami publicznymi.

Funkcjonujące dotychczas Kasy chorych nie są agendą administracji rządowej ani jednostkami wykonawczymi budżetu państwa, lecz odrębną, publiczno-prawną formą ubezpieczenia wzajemnego. Taki status kas wyczerpuje dyspozycję art. 68 Konstytucji RP, który mówi o „środkach publicznych” (ale niekoniecznie państwowych). Obywatele mają prawo do samorządu ubezpieczonych lub innej formy kontroli przeznaczenia i wydatkowania swoich pieniędzy, zgromadzonych na cele finansowania należnych im świadczeń zdrowotnych³.

¹ Zaskarżone do Trybunału Konstytucyjnego, sygn. akt Tw 56/02

² Składka na ubezpieczenie zdrowotne i podatek dochodowy od osób fizycznych stanowią odrębne od siebie daniny publiczne, pobierane na podstawie odrębnych regulacji ustawowych. Różne są cele i charakter tych danin (por. wyrok TK sygn. akt K 47/01).

³ Do istoty podatku należy to, że przeznaczenie wpływów z tego źródła jest zależne od organu władzy (poprzez budżet). W tym sensie istotą podatku jest jego bezzwrotność, składka zaś nie jest „w pełni bezzwrotna” (K 47/01), bowiem jest podstawą świadczenia zdrowotnego na rzecz ubezpieczonych – mechanizm ubezpieczenia wzajemnego o publiczno-prawnym charakterze. Jeszcze inna jest publiczno-prawna charakterystyka klasycznej opłaty, ponoszonej przez użytkowników jakiegoś dobra (np. środowiska naturalnego), z której wpływy pokrywać mają wydatki przeznaczane na dany cel (ujmowany przedmiotowo).

Tymczasem w ustawie o NFZ nie została wprowadzona żadna, nawet pośrednia możliwość sprawowania takiej kontroli ze strony ubezpieczonych obywateli. W ustawie Fundusz określono jako państwową jednostkę organizacyjną wyposażoną w osobowość prawną, stanowi on zatem – jak wskazano – pozabudżetowy fundusz celowy, który jest w całości i wyłącznie kierowany, kontrolowany i nadzorowany przez Ministra Zdrowia (por. art. 151 ust. o NFZ). Składka na ubezpieczenie zdrowotne, mająca charakter – jak powyżej podkreślono – ubezpieczenia wzajemnego o charakterze publiczno-prawnym, została potraktowana przez ustawodawcę jak zwykła danina publiczna o charakterze opłaty, np. jak opłaty wnoszone przez przedsiębiorców na Fundusz Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej za korzystanie z wartości środowiska naturalnego lub kara – za jego degradację. Tymczasem istota ubezpieczenia zdrowotnego jest inna; jak wskazano, od 1997 r. jest to mechanizm ubezpieczenia wzajemnego, w wyniku którego konkretnym osobom (ubezpieczonym) przysługuje w przypadku choroby świadczenie zdrowotne. **Formuła pozabudżetowego funduszu celowego jest więc zupełnie nieadekwatna do misji, jakiej służy ubezpieczenie zdrowotne oraz jego zasady wprowadzone w 1997 r.**

Zdaniem Wnioskodawców ustawa o NFZ pozostaje w sprzeczności z konstytucyjnymi wartościami i zasadami: demokratycznego państwa prawnego, w tym – demokratycznej kontroli nad wydatkowaniem środków pochodzących ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, ochrony praw nabytych, bezpieczeństwa prawnego, zachowania dostatecznej określoności przepisów prawnych, proporcjonalności środków do celów, zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa, zachowania odpowiedniej *vacatio legis*, poszanowania interesów w toku, zasadą prymatu gospodarki rynkowej oraz zasadą równego dostępu ubezpieczonych do świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych.

2. [Pozbawienie obywateli do prawa kontroli środków od nich pobieranych na cele ochrony zdrowia, zasada ochrony praw nabytych] Jak zatem wynika ze stanu faktycznego, przedstawionego w pkt 1, **ubezpieczeni zostali pozbawieni realnie posiadanych już uprawnień do kontroli wydatkowania pieniędzy pochodzących ze składki na ubezpieczenie zdrowotne.** Fundusz jest **p a ń s t w ą** osobą prawną, co oznacza w konsekwencji, że za sprawą ustawy o NFZ następuje odebranie obywatelom prawa do demokratycznej kontroli nad wydatkowaniem środków pochodzących ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, jakie posiadali pierwotnie jako samorząd ubezpieczonych, i które następnie praktykowali jako ogół obywateli - poprzez sejmiki województwa.

Zdaniem Wnioskodawców, takie uregulowanie stoi w sprzeczności z art. 2 Konstytucji, a w szczególności z zasadą ochrony praw nabytych, wywodzoną szeroko przez Trybunał Konstytucyjny z zasady demokratycznego państwa prawnego.

Zgodnie z orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego, u podstaw praw nabytych znajduje się dążenie do zapewnienia jednostce bezpieczeństwa prawnego i umożliwienia jej racjonalnego planowania przyszłych działań. W demokracji dotyczy to również praw politycznych, stanowiących o podmiotowym traktowaniu wspólnot obywatelskich i poszczególnych jednostek. Konstytucyjna zasada ochrony praw nabytych nie wyklucza stanowienia regulacji ograniczających lub znoszących prawa podmiotowe. Jednak ocena dopuszczalności wyjątków od tej zasady wymaga zawsze rozważenia, na ile oczekiwanie jednostki dotyczące ochrony praw nabytych jest usprawie-

dliwione. Jest tak dlatego – stwierdza TK – że zasada ochrony praw nabytych chroni wyłącznie oczekiwania usprawiedliwione i racjonalne (K 18/99).

Realizacja samorządu ubezpieczonych, dokonywana na gruncie ustawy o puz poprzez organy województwa (sejmiki województw), w ustawie o NFZ nie występuje w ogóle.

Ustawa o NFZ nie przyznaje obywatelom żadnego prawa kontrolowania pieniędzy ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, nie przyznaje także żadnych uprawnień kompensujących lub równoważących odebrane prawo ubezpieczonych do samorządu.

Rola sejmików województw została zredukowana do sporządzania wojewódzkiego planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych (art. 101 ustawy o NFZ).

Odebranie obywatelom prawa kontroli nad pieniędzmi ze składki jest także zaprzeczeniem zasady uspołecznienia państwa, zgodnie z którą kontrola należy do obywateli, a nie do państwa i urzędników, jak również stanowi odejście od zasady pomocniczości i zasady dialogu między władzą a społeczeństwem (preambuła Konstytucji RP).

Ustawa o ubezpieczeniu w NFZ czyni państwową osobę prawną (Fundusz) całkowicie zależną od Ministra Zdrowia. W istocie rzeczy ta osoba prawna nie ma żadnych samodzielnych praw. Uprawnienia nadzorcze nad systemem ubezpieczeń zdrowotnych należą do Ministra Zdrowia, jednak ten **powrót do dawnego stanu rzeczy jest iluzoryczny, gdyż pieniądze ze składki nie powracają (jako podatek) do budżetu państwa. Innymi słowy – rząd nie przejmuje na powrót finansowej odpowiedzialności za usługi zdrowotne (świadczenia opieki zdrowotnej) ani też za zakres finansowania tych usług, de iure pozostawiając tę odpowiedzialność na barkach Funduszu.** Dodatkowo, granicę faktycznej odpowiedzialności rządu precyzyjnie wyznacza wielkość środków ze składki.

Także parlamentarna kontrola Narodowego Funduszu Zdrowia jest iluzoryczna – jak i innych pozabudżetowych funduszy celowych. Jest interesujące, że ustawa ta została przyjęta dokładnie w czasie, w którym rząd, wobec kryzysu systemu finansów publicznych, deklaruje odejście od parabudżetowych form finansowania zadań publicznych i likwidację znacznej części funduszy celowych.

Warto zauważyć, że inaczej, niż ma to miejsce w przypadku ubezpieczeń emerytalnych, uprawnień nadzorczych nad działalnością Funduszu nie przekazano też Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych (jak przewidywał pierwotnie projekt ustawy o ubezpieczeniu w NFZ – druk sejmowy Nr 932). Jest to zresztą o tyle zrozumiałe, że ubezpieczenie zdrowotne (inaczej niż ubezpieczenia majątkowe, ubezpieczenia osobowe czy ubezpieczenia emerytalne) nie stanowi elementu rynku finansowego – zgromadzone przez ubezpieczonych środki nie podlegają inwestowaniu. W warunkach stworzonych ustawą o NFZ wykluczona też zupełnie została możliwość realizacji w przyszłości ubezpieczeń zdrowotnych poprzez instytucje prywatne, np. rynkowe kasy chorych (o czym dalej w uzasadnieniu) Wszystko to pokazuje, iż efektem ustawy o NFZ ma być całkowita rezygnacja z dotychczasowego kierunku reform, zakładającego urynkowanie sektora usług zdrowotnych i ubezpieczeń społecznych, o czym będzie jeszcze mowa w niniejszym wniosku.

3. [Recentralizacja i renacjonalizacja systemu ochrony zdrowia, naruszenie zasady bezpieczeństwa prawnego, odwracanie kierunku reform ustrojowych i zmian legislacyjnych] W przedstawiony powyżej sposób następuje reetatyżacja (ponowne upaństwowienie) istotnego fragmentu sektora finansów publicznych, który był przygotowywany do decentralizacji i komercjalizacji, i który został już – w sferze wyko-

nawczej usług medycznych – sprywatyzowany w znacznym stopniu od podstaw - ze środków prywatnych, niekiedy ogromnym nakładem wysiłku i kosztów (prywatyzacja usług medycznych poprzez utworzenie od podstaw licznych Niepublicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej).

Już dziś restrukturyzacją długów szpitali zajmują się raczej prywatne instytucje kapitałowe, a nie państwo, poprzez wykupywanie przeterminowanych wierzytelności szpitali oraz innych podmiotów działających w branży medycznej i farmaceutycznej. Wiele takich instytucji zakłada rozwój finansowania sektora ochrony zdrowia ze środków prywatnych⁴.

Należy podkreślić, że postępująca prywatyzacja sektora ochrony zdrowia, wraz z tworzącym się rynkiem ubezpieczeń zdrowotnych bynajmniej nie musiała prowadzić (i nie prowadziła) do odstąpienia przez państwo z odpowiedzialności publiczno-prawnej za zagwarantowanie obywatelom dostępu do świadczeń zdrowotnych wg ustalonego standardu (art. 68 Konstytucji RP). Tyle, że miała zmienić się rola państwa w tym sektorze – zamiast bezpośrednio prowadzić podmioty świadczące usługi opieki zdrowotnej, państwo miało stać się regulatorem rynku tych usług, wyposażonym w silne uprawnienia standaryzacyjne, kontrolne, nadzorcze i interwencyjne.

Przyjęta ustawa o NFZ niweczy ten zamysł. Skupienie w ręku Ministra Zdrowia uprawnień do zarządzania Narodowym Funduszem Zdrowia stanowi recentralizację zarządzania środkami finansowymi i instytucjami sektora ochrony zdrowia w Polsce. Tymczasem obok segmentu publicznego w sektorze ochrony zdrowia, finansowanego ze środków publicznych (ze składki na ubezpieczenie zdrowotne - NFZ) istnieje równoległy segment prywatny (a wraz z nim rynek usług medycznych) w którym ubezpieczeni płacą ponownie za usługi, których nie są w stanie uzyskać w ramach składki.

Następuje odebranie samorządom (reprezentacji ubezpieczonych) zadań i kompetencji w zakresie ochrony zdrowia i przekazanie ich pod całkowitą kontrolę centralnej administracji rządowej (*nota bene* bez dokonania zmian w ustawowym katalogu zadań samorządu - por. art. 14 ust.1 pkt 2 ustawy o samorządzie województwa).

Bez wątplenia proces recentralizacji jest też rażąco sprzeczny z art. 15 ust. 1 Konstytucji RP, który zasadę decentralizacji władzy publicznej konstituuje jako fundament zarządzania sprawami publicznymi w Polsce, co polega na trwałym, chronionym prawem przekazaniu odpowiedzialności za prowadzenie spraw publicznych z rządu do innych podmiotów, zwłaszcza o charakterze korporacyjnym - jednostek samorządu terytorialnego (art. 16 Konstytucji), zawodowego, gospodarczego i innych (art. 17 Konstytucji). Tu chodzi zwłaszcza o te „inne rodzaje samorządu” (art. 17 ust. 2) – o samorząd ubezpieczonych, w jego czystej postaci (1997) lub w formie z lat 1999-2002 tj. realizowany poprzez samorząd terytorialny. Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, **zasady decentralizacji władzy publicznej oraz uczestniczenia przez samorząd w wykonywaniu istotnej części zadań publicznych, to zasady organizacji i ustroju całego państwa, a nie tylko samego samorządu terytorialnego** (K 38/97).

Choć oczywiście zasada decentralizacji władzy publicznej nie ma mocy absolutnej, jednakże jest to zasada systemowa, a zatem każda zmiana centralizacyjna musi mieć istotne uzasadnienie merytoryczne i konstytucyjne, więc musi powoływać się na istotną wartość, która byłaby naruszona, gdyby zmiana centralizacyjna nie została przeprowadzona. Reguły proporcjonalności należy w takich przypadkach przestrzegać szczegól-

⁴ Zob. np. informacja w Gazecie Wyborczej z dn. 28 marca 2003 r.

nie skrupulatnie, bowiem inaczej ulega podważeniu cały system organizacji życia społecznego i zarządzania publicznego w kraju, nakreślony Konstytucją RP (K 22/98, K 40/97).

W omawianej ustawie brak takiego – istotnego – uzasadnienia recentralizacji i renacjonalizacji systemu. Nastąpiło rażące pogwałcenie zasady proporcjonalności środków do celów (o czym dalej). W szczególności – wbrew tezom uzasadnienia projektu ustawy (druk sejmowy Nr 932) – nie można doszukiwać się uzasadnienia centralizacji w konstytucyjnym prawie każdego obywatela równego dostępu do świadczeń zdrowotnych (art. 68 ust. 2 Konstytucji) i zamiarem zapewnienia tego prawa przez rząd. Ten sam cel można było bowiem i należało osiągnąć przy pomocy już wspomnianych instrumentów regulacyjnych i interwencyjnych, bez likwidacji Kas chorych. W tym aspekcie dziedzina ochrony zdrowia nie różni się od innych dziedzin, w których rola państwa musi być utrzymana – dla powszechnego zapewnienia praw obywatelskich. **W żadnym wypadku recentralizacja i renacjonalizacja systemu nie jest drogą konieczną, by ten cel osiągnąć, są bowiem znane i szeroko wykorzystywane, tak w Polsce jak i w innych krajach europejskich, inne skuteczne formy kontroli państwa nad rynkiem, także usług zdrowotnych. Wartości demokracji, gospodarki rynkowej i decentralizacji nie trzeba tu wcale poświęcać.**

Jak już wspomniano, ustawa o NFZ zamyka drogę do prywatyzacji usług oferowanych w ramach świadczeń opieki zdrowotnej – nie tylko na poziomie oferentów tych usług (z zakładów opieki zdrowotnej), lecz przede wszystkim na poziomie mechanizmów finansowych. Prywatyzacja samych usług opieki zdrowotnej jest już zresztą bardzo zaawansowana, obecnie świadczeniodawcy - zakłady opieki zdrowotnej prawie w całości stanowią własność samorządową bądź prywatną. Ustawa o puz stwarzała także możliwość rozwoju segmentu rynkowego w sektorze finansowania ochrony zdrowia. Ustawa o ubezpieczeniu w NFZ nie dopuszcza w ogóle takiej możliwości.

W rezultacie *de facto* jedyne finansowanie sektora ochrony zdrowia musi pochodzić ze środków publicznych (z obciążeń daninowych - składka). Obywatel zostaje zupełnie pozbawiony możliwości swobodniejszego dysponowania składką i wyboru lokowania jej w publicznej lub prywatnej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, która działałaby pod nadzorem organu państwowego.

Jak przy tym podkreślono poprzednio, na obecnym etapie przekształceń gospodarczych nie ma już w Polsce możliwości powrotu do dawnego modelu eufemistycznie określanego jako „społeczna służby zdrowia” – odwrót od zaplanowanych i w znacznym stopniu wdrożonych reform sektora ochrony zdrowia zwiększy tylko rozdziew między ustawowym, teoretycznie idealnym modelem ochrony zdrowia a praktyką w tym zakresie. Cały czas bowiem następuje niekontrolowana prywatyzacja zakładów opieki zdrowotnej, przejmowanie ich wraz z obiektami, często za długi, przez sektor prywatny oraz zachodzi żywiołowy rozwój usług medycznych świadczonych poza zasięgiem publicznych ubezpieczeń zdrowotnych (w założeniu – powszechnych). *De facto* ustawa o NFZ sankcjonuje równoległe istnienie obydwu segmentów sektora ochrony zdrowia i sankcjonuje ich patologiczne przenikanie się.

Zasada bezpieczeństwa prawnego (art. 2 Konstytucji) zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, nakazuje poszanowanie przez ustawodawcę istniejących stosunków prawnych. **Dokonywanie w procesie stanowienia prawa, nieusprawiedliwionych żadnymi okolicznościami obiektywnymi, zmian przekreślających wcześniejszy kierunek zmian legislacyjnych narusza zasadę demokratycznego państwa praw-**

nego (K 8/98). Nowe normy muszą realizować podstawowe założenia leżące u podstaw porządku konstytucyjnego w Polsce oraz realizować i strzec tego zespołu wartości, który Konstytucja wyraża (K 8/98).

Przepis art. 222 ustawy o NFZ, uchylający ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, przekreśla wskazany w ustawie o puz kierunek kształtowania się sektora ochrony zdrowia. Poprzez ustawę o NFZ następuje odejście od systemu ubezpieczeniowego w ochronie zdrowia i zastąpienie go systemem parabudżetowym, który ma wszystkie wady systemu budżetowego i żadnej zalety (w systemie budżetowym środki kierowane do sektora ochrony zdrowia przynajmniej teoretycznie podlegają kontroli organów przedstawicielskich). Wiadomo przy tym, że system budżetowy zakończył się bankructwem – stan niespłaconych, wymagalnych zobowiązań finansowych ciężących na podmiotach publicznych świadczących usługi z zakresu ochrony zdrowia na koniec 1998 r. wynosił ok. 9 mld zł.

W świetle art. 2, art. 15 ust. 1 i art. 17 ust. 2 oraz art. 20 Konstytucji, postanowień jej Preambuły (odnośnie do zasady państwa pomocniczego oraz dialogu społecznego i współdziałania władz), a także na tle cytowanych orzeczeń Trybunału można stwierdzić, że cytowana ustawa pozostaje w sprzeczności z modelem ustroju państwowego i gospodarczego Rzeczypospolitej Polskiej, wprowadzanego od 1989 roku.

4. [Naruszenie art. 68 ust. 2 w zw. z art. 32 Konstytucji] Art. 68 ust. 2 Konstytucji gwarantuje każdemu równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, których zakres i warunki udzielania określa ustawa.

Ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach przestrzegania równego traktowania obywateli oraz solidarności społecznej, a także na zapewnianiu ubezpieczonym równego i opartego na wolnym wyborze świadczeniodawców oraz wolnym dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, na warunkach określonych w ustawie (art. 4 ustawy o NFZ).

Ustawa o NFZ utrzymuje sposób wyboru przez Fundusz świadczeniodawców w drodze konkursu ofert (art. 79 ust. 1 - podobnie, jak to miało miejsce w systemie Kas chorych), który jest podstawowym trybem postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 80 ust. 1 ustawy o NFZ).

Takie rozwiązanie czyni z Narodowego Funduszu Zdrowia monopolistę na rynku usług w zakresie ochrony zdrowia, powiela zatem krytykowane rozwiązanie z systemu Kas chorych. Pozostawienie w gestii Funduszu wyboru świadczeniodawców powoduje, iż to od decyzji Funduszu będzie zależał kształt quasi- rynku usług opieki zdrowotnej (nie jest rynkiem – w ścisłym rozumieniu tego pojęcia – układ powiązań zdominowany przez podmiot państwowy).

Pozycja monopolistyczna Funduszu dodatkowo zostaje utrwalona za sprawą art. 108 ust. 1 ustawy o NFZ, który upoważnia do ustalenia maksymalnych cen świadczeń zdrowotnych, jednak nie wprowadza dolnej granicy cen tych świadczeń. Oznacza to, iż nie ma żadnej gwarancji obowiązywania jednakowych – lub choćby porównywalnych – cen za ten sam rodzaj świadczenia w skali kraju.

Ustawa o NFZ nie wprowadza formalnego (prawnego) zakazu różnicowania cen w umowach; odwrotnie nawet – w myśl art. 79 ust. 1 ustawy o NFZ zawieranie umów ma dochodzić do skutku w warunkach konkursu ofert, który w świetle ustawy wykazuje w tym aspekcie cechy zupełnej dowolności. Ceny można negocjować. Tymczasem **różnicowanie cen usług opieki zdrowotnej nie może być efektem dyktatu gospodarcze-**

go, jak działo się to w dotychczasowym reżimie prawnym i jak ma być dalej. Fundusz (jak i Kasa) nie prowadzi przecież działalności gospodarczej *sensu stricto* lecz zajmuje się finansowaniem działalności użyteczności publicznej, a zatem nie może posługiwać się na rynku kryteriami rachunku kupieckiego.

Jest oczywiste, że podmiot o pozycji dominującej (Fundusz) powinien zasadniczo stosować takie same zasady zamawiania usług i ceny w stosunku do wszystkich swych kontrahentów spełniających określone warunki. Różnicowanie cen jest możliwe - ale musi mieć uzasadnienie ekonomiczne w szerszym kontekście gospodarczym, a w szczególności winno wynikać z kalkulacji obiektywnych kosztów świadczenia usług i ich sprzedaży. Różnicowanie cen może mieć zatem miejsce, ale jego kryteria powinny być znane i jednolite dla wszystkich zainteresowanych (potencjalnych) kontrahentów⁵.

Skoro tak, **choć różnicowanie cen jest możliwe (prawnie dopuszczalne), to musi ono w każdym przypadku znaleźć uzasadnienie w obiektywnych kryteriach działalności świadczeniodawcy.** Tych kryteriów w samej ustawie nie podano, a upoważnienie w tym zakresie dla ministra właściwego do spraw zdrowia zawarte w art. 108 ust. 1 ma charakter blankietowy, stanowiąc obejście przepisów konstytucyjnych o aktach wykonawczych. Upoważnienie to nie zawiera wytycznych w omawianym aspekcie, przez co naruszeniu ulega tu art. 92 ust. 1 Konstytucji. W sprawie tak fundamentalnej, z punktu widzenia zasady równości samych świadczeniodawców a także – obywateli (ubezpieczonych), taki zabieg legislacyjny narusza art. 2, art. 32 (i 68 ust. 2) Konstytucji.

Dość swobodne różnicowanie przez Fundusz warunków, na jakich świadczeniodawcy dopuszczani są do świadczenia usług zdrowotnych za środki publiczne, oznacza, przy braku cennika świadczeń zdrowotnych, iż z czasem na rynku pojawią się „lepsze” i „gorsze” placówki ochrony zdrowia (proces ten jest już widoczny). Przy tym o podziale takim nie zadecyduje bynajmniej kryterium jakościowe - wprost przeciwnie, będzie to skutek decyzji Funduszu. Podobnie, jak to się działo w Kasach chorych, na gruncie ustawy o NFZ Fundusz będzie dość swobodnie decydował o ilości pieniędzy przekazywanej poszczególnym podmiotom świadczącym usługi opieki zdrowotnej. Instytucje, które dostaną tych pieniędzy mniej, będą świadczyć usługi na niższym poziomie, a z usług także tych teoretycznie „gorszych” placówek będą korzystali ubezpieczeni - bo przecież placówki podpisały umowę z Funduszem.

Konkurs ofert więc, wbrew nazwie, wyklucza zdrowe mechanizmy konkurencji oraz powoduje nierówność stosunków gospodarczych, ponieważ uniemożliwia dobór jakościowy - nie wszyscy potencjalni świadczeniodawcy, którzy spełniają warunki określone ustawami, będą dopuszczeni do świadczenia usług zdrowotnych. Z kolei, w stosunku do dopuszczonych Fundusz może – w trybie konkursu ofert – różnicować ceny (art. 79 ust. 6 i art. 82 ustawy o NFZ). Fundusz tymczasem nie prowadzi działalności nastawionej na zysk, lecz ma zapewnić obywatelom równy dostęp do takich świadczeń.

Nieuzasadnione bariery w dopuszczeniu świadczeniodawców do rynku a także nieuzasadnione różnicowanie cen w umowach ze świadczeniodawcami stanowiły dotąd i będą nadal stanowić nie tylko przejaw nadużycia praktyki monopolistycznej przez Kasę (obecnie - Fundusz) i uderzenie w licznych świadczeniodawców. W konsekwencji już dziś prowadzi to i będzie prowadzić bezpośrednio do **naruszania konstytucyjnego prawa równości obywateli (świadczeniobiorców) w dostępie do świadczeń opieki**

⁵ Por. S. Gronowski: Ustawa antymonopolowa. Komentarz, wyd. C.H. Beck, Warszawa 1999, s. 199.

zdrowotnej, gwarantowanych ustawą. Jest bowiem oczywiste, że znaczne różnicowanie cen w dłuższych okresach czasu przekładać się musi na zróżnicowanie jakości usług opieki zdrowotnej.

Zatem podstawową, negatywną konsekwencją powyższych rozwiązań prawnych jest to, iż ubezpieczonym nie zostanie zagwarantowany równy dostęp do świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 68 ust. 2 Konstytucji.

Przepis art. 68 ust. 2 (także w zw. z art. 32) Konstytucji gwarantuje każdemu obywatelowi równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, gwarantowanych ustawą.

W efekcie przedstawionych rozwiązań (znanych już z praktyk Kas chorych) szpitale, które w ocenie urzędników Funduszu okażą się mało konkurencyjne, pozostaną takie nadal, już na zawsze. W ten sposób to nie ocena na rynku przez nabywców usług (pacjentów), lecz monopolistyczne zachowania Funduszu (tak jak dotąd Kas chorych) zdecydują o powodzeniu lub ekonomicznej porażce danego szpitala na rynku usług opieki zdrowotnej. Tymczasem rynek ten powinien być weryfikowany przez ubezpieczonych - świadczeniobiorców, którzy poprzez wybór danej placówki powodowałiby dopływ do niej pieniędzy ze składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Zatem jak widać ustawa o NFZ utrzymuje jedną z najbardziej niekorzystnych cech okresu transformacji systemu ubezpieczeń zdrowotnych. **Po paru latach działalności Kas chorych należało się spodziewać wyciągnięcia wniosków i nie tyle likwidacji Kas, ile ustalenia cennika poszczególnych procedur medycznych, będących składnikami różnych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, i umożliwienia szerokiego dostępu autoryzowanych świadczeniodawców do rynku usług zdrowotnych, co stanowiłoby gwarancję równego dostępu pacjentów (ubezpieczonych) do świadczeń o jednakowym poziomie.**

Ponadto kwestionowane tutaj rozwiązania oznaczają – zdaniem Wnioskodawców – faktyczny powrót do uspołecznionej służby zdrowia: system umów będzie bowiem bardzo podobny do dawnego systemu dotacji, opartego na niejasnych zasadach.

Jeden z głównych zarzutów wobec nowej ustawy polega na tym, że brak w niej – tak jak i w poprzedniej – podstaw (upoważnienia) dla stworzenia katalogu i standaryzacji stosowanych procedur medycznych. Tymczasem to właśnie katalog zdefiniowanych ściśle procedur medycznych musi określać jakość (realną treść) konkretnego świadczenia medycznego danego rodzaju, udzielonego w danym przypadku osobie ubezpieczonej. Dopiero zastosowane konkretnie procedury z przypisanymi cenami składają się na całość (i wartość) udzielonego świadczenia.

Ustawa o NFZ w art. 5 pkt 26 (słowniczek) odsyła do definicji „świadczenia zdrowotnego” zawartej w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91 poz. 408 z późn. zm.). To samo dotyczy świadczeń pielęgnarskich i położniczych (art. 5 ustawy o NFZ pkt 24, który odsyła z kolei do ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położniczego – Dz.U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 z późn. zm.). Przepisy te – zawarte w ustawach związkowych – są całkowicie nieadekwatne do potrzeb stworzenia katalogu i standaryzacji procedur medycznych, odnoszą się bowiem – ogólnie – do zakresu działalności zakładu opieki zdrowotnej (art. 3 ustawy o zoz) i zakresu działalności zawodowej pielęgniarstwa i położniczego (art. 4 i 5 ustawy o zawodach). W rezultacie ustawa o NFZ nie wypełnia dyspozycji art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, nie

ustala bowiem „zakresu świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych”.

Ten brak czyni zasadnym wnioszek o stwierdzenie niezgodności ustawy o NFZ z Konstytucją – w całości, ze względu na jej niezgodność z art. 2 i art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Gdyby jednak Trybunał nie przychylił się do tego wniosku, Wniioskodawcy proszą o uznanie za niezgodne z art. 68 ust. 2 Konstytucji cyt. przepisów art. 5 pkt 24 i 26 ustawy o NFZ.

W konsekwencji nieuregulowania przedstawionych powyżej, podstawowych standardów usług medycznych z jednej strony następuje drastyczne naruszenie zasady równości, tak w grupie świadczeniodawców, jak i w grupie świadczeniobiorców (ubezpieczonych). Z drugiej strony – rynek usług medycznych nie jest w rezultacie „rynkiem regulowanym” lecz jest obszarem ręcznego sterowania. W konsekwencji, na rynku usług zdrowotnych nie ma warunków dla konkurencji między świadczeniodawcami, nie ma więc gry rynkowej – w takim ujęciu, jakie jest konieczne na każdym rynku, w tym rynku usług opieki zdrowotnej, jest natomiast system nakazowo-rozdzielczy, tyle tylko, że praktykowany w olbrzymiej skali – całego państwa (kiedyś był praktykowany w skali ministerstwa i wojewódzkiej rady narodowej, potem – wojewody).

5. [Nakaz dostatecznej określoności przepisów prawnych, naruszenie zasady proporcjonalności środków do celów, naruszenie art. 92 ust. 1 w zw. z art. 68 ust. 2 Konstytucji] Art. 47 ust. 1 ustawy o NFZ tworzy katalog świadczeń, które zostały wyłączone spod zakresu prawa ubezpieczonego do świadczeń bezpłatnych, przysługujących ubezpieczonemu, wprowadzając w art. 47 ust. 1 pkt 6 pojęcie „ponadstandardowe świadczenia finansowane ze środków własnych ubezpieczonego”.

Ustawa o NFZ jednakże nigdzie nie definiuje – nawet co do zasady – pojęcia „świadczenia ponadstandardowe”. Katalog tych szczególnych „świadczeń ponadstandardowych” ma dopiero być określony przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu (art. 47 ust. 4). Taka konstrukcja narusza zasadę państwa prawnego, nie tylko ogólnie (art. 2 Konstytucji), lecz także *expressis verbis* wymóg zawarty w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP określenia w ustawie warunków i zakresu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Jest zresztą istotniejsze, że w ustawie o NFZ nie został bynajmniej określony katalog świadczeń „standardowych”, przysługujących ubezpieczonemu („koszyk świadczeń gwarantowanych”); brak również delegacji do określenia świadczeń „standardowych” w rozporządzeniu⁶. Ustawodawca „uciekł” od tej kwestii, poprzez odesłanie w słowniczku (art. 5 pkt 24 i 26) do innych ustaw – nieadekwatnych do przedmiotu regulacji. Również z tego względu nie został zatem spełniony konstytucyjny wymóg z art. 68 ust. 2 określenia zakresu udzielania świadczeń zdrowotnych. (Jak już poprzednio wskazano, nie ma też w ustawie podstaw (upoważnienia) do ustalenia katalogu i standaryzacji procedur medycznych, stosowanych w ramach udzielanych świadczeń – „standardowych” czy „ponadstandardowych”).

Obywatel nie wie zatem, jakie posiada uprawnienia w ramach opłacanej składki. Co gorsza, informacji takich nie ma również podmiot świadczący usługi zdrowotne, ani na etapie oferowania tych usług NFZ, ani na etapie ich wykonywania.

⁶ W przypadku świadczeń lekarza stomatologa (art. 53 ustawy o NFZ) oraz badań diagnostycznych, w szczególności analityki medycznej (art. 54) Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia ustali wykaz tych świadczeń. Odnośnie świadczeń z zakresu ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej, będą one udzielane w ramach „porad specjalistycznych” (art. 118 ustawy o NFZ).

Zgodnie z art. 92 ust. 1 Konstytucji RP rozporządzenia są wydawane przez organy wskazane w Konstytucji, na podstawie szczegółowego upoważnienia zawartego w ustawie i w celu jej wykonania. Upoważnienie powinno określać organ właściwy do wydania rozporządzenia i zakres spraw przekazanych do uregulowania oraz wytyczne dotyczące treści aktu.

Trybunał Konstytucyjny sformułował ogólną zasadę, dotyczącą sposobu redagowania wytycznych co do treści aktu wykonawczego, a mianowicie: im silniej regulacja ustawowa dotyczy kwestii podstawowych dla pozycji jednostki (podmiotów podobnych), tym szersza musi być regulacja ustawowa i tym mniej miejsca pozostaje dla odesłań do aktów wykonawczych. W tych kwestiach jeżeli ustawodawca korzysta z owych odesłań, to musi znacznie szerzej wyznaczyć treść przyszłych rozporządzeń, m.in. przez bardziej szczegółowe - niż w innych materiałach - ujęcie "wytycznych co do treści aktu" (K 12/99, K 33/01).

Zdaniem Wnioskodawców, nie dość, że ustawa o NFZ zawiera tylko odesłanie do ustalenia „świadczeń ponadstandardowych”, to konstrukcja art. 47 ust. 4 ustawy nie zawiera wszystkich niezbędnych, konstytucyjnie wymaganych elementów - wytyczne są niekompletne i zbyt ogólne.

Konstytucja RP stanowi, że zadaniem władzy publicznej jest zagwarantowanie obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, lecz nie określa zakresu i warunków udzielania tych świadczeń, odsyłając do ustawy zwykłej. **Norma zawarta w art. 68 ust.2 nie jest jedynie upoważnieniem ustawodawcy zwykłego do określenia warunków i zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, lecz nakłada na ustawodawcę taki obowiązek⁷.** Ustawodawca nie może zatem uchylić się od wykonania tego obowiązku.

Warto tu zauważyć, że przepis art. 5 pkt 12 ustawy o NFZ definiuje pojęcie „**najkorzystniejsza oferta**”, rozumiejąc przez to „ofertę, która przedstawia najkorzystniejszy bilans ceny i innych kryteriów odnoszących się do przedmiotu zamówienia”. Brak jest jednak ustawowego zdefiniowania określenia „najkorzystniejsza oferta” – w sferze usług medycznych. Konieczność zdefiniowania tego pojęcia znajduje swoje uzasadnienie w jego wieloznaczności, nieostrości, a także w braku powszechnej, jednoznacznej zrozumiałości jego znaczenia. Jak wiadomo, ograniczenie nieostrości może być radykalne i polegać na wyeliminowaniu nieostrości, bądź częściowe i polegać na zawężeniu tzw. pasa nieostrości, tj. na wyeliminowaniu tego fragmentu zakresu danej nazwy (określenia), w którym powstają wątpliwości. Obostrzenie zakresu pojęcia „najkorzystniejsza oferta” przez wprowadzenie w art. 5 pkt. 12 literach a–d nie spełnia konstytucyjnego wymogu **dostatecznej określoności norm prawnych dotyczących praw i wolności obywatelskich (a także osób prawnych, jeśli mogą stać się jej adresatem)**, wywiedzionych przez Trybunał Konstytucyjny z zasady demokratycznego państwa prawa (art. 2 Konstytucji RP)⁸.

⁷ Z punktu widzenia obywatela rozwiązanie przyjęte w ustawie o NFZ oznacza, że nie może on np. przenieść swojej składki do innej instytucji ubezpieczeniowej, by tam uzyskać świadczenia lepszej jakości - za dopłatą. Nie może też dopłacić w danej placówce ochrony zdrowia za „świadczenia ponadstandardowe” – jeśli te zagwarantowane ustawą okażą się niewystarczające. Brak jasności w tak podstawowych kwestiach prowadzi do tezy, że ustawa o ubezpieczeniu w NFZ szeroko otwiera bramę dla finansowej patologii systemu, zwłaszcza dla korupcji.

⁸ Zob. opinia w sprawie konstytucyjności przepisów projektu ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, sporządzona na zlecenie Biura Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu przez p. Beatę Szepletowską (z datą 25 listopada 2002 r.)

Jeśli przy wyborze „najkorzystniejszej oferty” wymienione w ustawie kryteria będą podstawą rozstrzygnięcia, to może dojść do dyskryminowania świadczeniodawców, zważywszy, że ustawa nie precyzuje, czy może to być wewnętrzna lub zewnętrzna ocena potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją oraz jakie podmioty mogą potwierdzać jakość certyfikatem jakości.

Nieostrość określenia „najkorzystniejsza oferta” może prowadzić do naruszeń w postrzeganiu konstytucyjnej zasady równości wszystkich wobec prawa, równego traktowania przez władze publiczne i zakazu dyskryminacji (art. 32 Konstytucji RP) oraz zasady wolności działalności gospodarczej (art. 20 i art. 22 Konstytucji RP)⁹.

Powyższy pogląd jest istotny w szczególności w kontekście faktu mocno już podkreślanego w niniejszym wniosku, że ustawa o NFZ nie wprowadza ani (1) katalogu standardowych świadczeń zdrowotnych należnych „każdemu”, ani (2) katalogu procedur medycznych i ich standaryzacji, ani też (3) cen przypisanych do tych procedur, co miało być głównym mechanizmem równości ubezpieczonych w dostępie do świadczeń (por. art. 108 ust. 1 ustawy o NFZ) i jednocześnie podstawowym mechanizmem realizacji ubezpieczenia zdrowotnego. Brak wymienionych elementów powoduje niezgodność ustawy o NFZ z art. 68 ust. 2 Konstytucji. Zaś dla poszczególnych świadczeniodawców oznacza to – jak dowodzą Wnioskodawcy – *de facto*, że to NFZ będzie uznaniowo decydować o ich powodzeniu lub ekonomicznej porażce, uznaniowo ustalając, komu przyznać i jakie środki, czyli *de facto* przyznając dotacje na funkcjonowanie podmiotów świadczących usługi zdrowotne.

Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, za naruszenie wymagań konstytucyjnych oceniać należy tak niejasne i nieprecyzyjne sformułowanie przepisu, które powoduje niepewność jego adresatów co do ich praw i obowiązków (K 33/00).

Wnioskodawcy podkreślają, że standaryzacja świadczeń, procedur medycznych i cen w ramach sektora usług zdrowotnych nie wymagała odwracania kierunku zmian legislacyjnych - można było jej dokonać w systemie Kas chorych.

Należy pamiętać, że system ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce przeszedł już pierwszy etap formowania się w efekcie podjęcia reformy z 1998 r. (z przyczyn obiektywnych - najtrudniejszej z reform przeprowadzanych w Polsce po 1989 r.). W tym okresie ujawniły się wszystkie niedociągnięcia i braki nowego systemu, które należało i należy jak najszybciej eliminować poprzez zmianę rozwiązań prawnych.

Zgodnie z orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego, zasada proporcjonalności oznacza, iż ingerencja ustawodawcy w wolności i prawa jest dopuszczalna w konstytucyjnie określonych przypadkach i nie może być nadmierna. Inaczej ustawa popada w sprzeczność z zasadą proporcjonalności.

Ustawodawca ma za zadanie wybór środków o stopniu dolegliwości nie większym, niż to jest niezbędne dla osiągnięcia założonego celu. Na ustawodawcy ciąży wymóg stosowania takich środków prawnych, które będą skuteczne, a więc rzeczywiście służące realizacji zamierzonych przez prawodawcę celów (K 34/98).

W omawianym przypadku dla zapewnienia obywatelowi konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia (art. 68) nie istniała potrzeba wprowadzania zmian tak daleko idących, nie gwarantujących przy tym zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych.

⁹ zob. opinia j.w.

Kwestionowana ustawa nie tylko nie jest niezbędna do osiągnięcia zamierzeń legislacyjnych, dla których ją stanowiono, lecz przeciwnie – oznacza regres w stosunku do wymagań i gwarancji zapewnionych w Konstytucji.

6. [Zasada zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa w związku z zasadą zachowania odpowiedniej *vacatio legis*] Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, w dziedzinie prawodawczej działalności państwa zasada ta stwarza w szczególności obowiązek stanowienia prawa spójnego, jasnego i zrozumiałego dla obywateli (K 1/88), ponadto w państwie prawa rozstrzygnięcia organów państwa, w tym także rozstrzygnięcia prawodawcy, nie mogą być zaskakujące i nieprzewidywalne (K 27/95, K 8/98).

Zasada ta, określana również jako zasada lojalności państwa wobec obywatela, wyraża się w takim stanowieniu i stosowaniu prawa, by nie stawało się ono dla niego swoistą pułapką i aby mógł on układać swoje sprawy w zaufaniu, iż nie naraża się on na prawne skutki, których nie mógł przewidzieć w momencie podejmowania decyzji i działań. Podejmowane przez ustawodawcę nowe unormowania nie mogą zaskakiwać ich adresatów, którzy powinni mieć czas na dostosowanie się do zmienionych regulacji i spokojne podjęcie decyzji co do dalszego postępowania (K 27/00).

Przestrzeganie zasady zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa ma szczególne znaczenie w sytuacji, w której ma miejsce zmiana dotychczas obowiązujących przepisów, zwłaszcza tych, które już znalazły zastosowanie jako czynnik kształtujących sytuację prawną ich adresatów (SK 21/99).

Ustawodawca, chcąc pozostawać w zgodzie z klauzulą demokratycznego państwa prawnego, przy kolejnych modyfikacjach stanu prawnego nie może tracić z pola widzenia interesów podmiotów, jakie ukształtowały się przed dokonaniem zmiany stanu prawnego (K 22/99).

Ustawa o ubezpieczeniu w NFZ zaczęła obowiązywać, z małymi wyjątkami, po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia (art. 224).

Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, 14-dniowy okres dostosowawczy w przypadku znacznego stopnia trwałości stosunków prawnych wyklucza możliwość racjonalnego dostosowania się do nowych wymogów prawnych (U 11/97). Obowiązkiem ustawodawcy jest ustanowienie „odpowiedniej” *vacatio legis* (K 26/97).

Z uwagi na obszerność regulacji, całkowitą zmianę zastanych struktur organizacyjnych, doniosłość społeczną (kształtowanie praw i obowiązków obywateli - świadczeniobiorców i pozycji prawnej świadczeniodawców) oraz uzależnienie stosowania ustawy od wydania znaczącej liczby rozporządzeń (w rozbudowanej procedurze, np. po zasięgnięciu opinii, w porozumieniu itp.) - 14 dni to stanowczo za mało. Dziś już widać, że mimo optymistycznych enuncjacji prasowych Ministra Zdrowia, wdrożenie nowych instytucji nie zostało w dniu wejścia w życie ustawy zakończone.

Długość *vacatio legis* musi być dostosowana do treści ustanowionej regulacji oraz możliwości pokierowania swoimi sprawami przez adresatów. Nakaz stosowania odpowiedniej *vacatio legis* ma szerszy zasięg stosowania niż zasada ochrony praw nabytych, ponieważ odnosi się również do regulacji, które nie ograniczają ani nie znoszą praw podmiotowych. Zakresy stosowania obu zasad nakładają się na siebie, ponieważ

wymóg zachowania odpowiedniej *vacatio legis* stanowi jeden z warunków dopuszczalności ingerencji ustawodawcy w prawa nabyte (K 18/99).

W tym miejscu należy podkreślić, że zgodnie z art. 104 ust. 4 ustawy o NFZ do dnia 15 kwietnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy plan sejmiki wojewódzkie przekazują właściwemu oddziałowi Funduszu uchwalony wojewódzki plan zdrowotny (plany uchwalane są w wymiarze obejmującym co najmniej cały następny rok kalendarzowy).

Dwutygodniowe *vacatio legis* czyni ten przepis niewykonalnym.

7. [Zasada poszanowania interesów w toku] W myśl ustawy o NFZ członkowie Zarządu i pracownicy Funduszu nie mogą być jednocześnie (...) członkami organów lub pracownikami jednostek samorządu terytorialnego (art. 43 ust. 9 ustawy o NFZ).

Ustawa ma wejść w życie w trakcie kadencji organów samorządu terytorialnego. Taki przepis spowoduje *ex lege* utratę mandatu radnego, tymczasem przepisy przejściowe nie precyzują, czy cytowane rozwiązanie ma zastosowanie z początkiem następnej kadencji organów jednostek samorządu terytorialnego, czy też już obecnie.

Ustawa o NFZ nie może rujnować mechanizmów życia zbiorowego w Polsce, w tym – funkcjonowania instytucji obywatelskich, takich jak samorząd terytorialny.

Zdaniem Wnioskodawców, art. 43 ust. 9 ustawy o NFZ narusza także zasadę ochrony praw nabytych.

Inny, istotny aspekt naruszenia przez ustawę o NFZ zasady ochrony interesów w toku (art. 2 Konstytucji RP) stanowi sprzeczność zawartych w niej rozwiązań prawnych z ustawą budżetową na 2003 r.

Podniesienie podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne dla osób prowadzących działalność gospodarczą (podstawa ma wynosić 75% przeciętnego wynagrodzenia - art. 23 ust. 2 ustawy o NFZ) stanowi zagrożenie dla finansów publicznych, dochodów jednostek samorządu terytorialnego oraz dochodów obywateli. Zmiana podstawy spowoduje zmniejszenie wpływów z podatku dochodowego o niemal 737 mln zł. Z tego tytułu dochody budżetu państwa będą w 2003 r. mniejsze o prawie 515 mln zł, zaś budżety jednostek samorządu terytorialnego uzyskają 222 mln zł mniej¹⁰. **Z punktu widzenia samorządu terytorialnego oznacza to naruszenie zasady adekwatności – zwłaszcza art. 167 ust. 4 Konstytucji RP, wraz ze zmniejszeniem**

¹⁰ Podniesienie składki do 8% będzie kosztować budżet kolejne ponad 70 mln zł. Ci, którzy składkę płacą sami, różnicę pomiędzy 7,75% a 8% pokryją z własnej kieszeni, jednak są osoby, za które składkę budżet opłaca w całości - bezrobotni bez prawa do zasiłków, bezdomni, dzieci przebywające w placówkach wychowawczych, resocjalizacyjnych itp.

Przyjęta przez Sejm poprawka Senatu (wydatki na leczenie nieubezpieczonych dzieci do lat 18 oraz kobiet w ciąży i matek będzie pokrywać budżet państwa) jest podstawą do powstania dodatkowych, nieprzewidywanych w budżecie państwa wydatków.

Zatem konsekwencją wprowadzanych zmian jest zwiększenie wydatków budżetowych i zmniejszenie przychodów z podatku dochodowego. Konsekwencje powyższe nie zostały uwzględnione w projekcie tegorocznego budżetu. Ponadto należy pamiętać, że równowaga finansów publicznych stanowi wartość chronioną konstytucyjnie.

Z punktu widzenia podatnika ustawa o ubezpieczeniu w NFZ nakłada w ciągu roku nowe obciążenia. I tak:

Osoby, które prowadzą pozarolniczą działalność gospodarczą, niemal wszystkie płacą minimalną, przewidzianą w ustawie o puź składkę, obliczoną od podstawy 60% przeciętnego wynagrodzenia (ok. 1257 zł). Wysokość składki wynosi 1000,6 zł.

Ustawa o NFZ przewiduje, że wzrośnie podstawa naliczania składki - do 70% średniej krajowej (obecnie 1571 zł). Minimalna wysokość składki dla osób prowadzących działalność gospodarczą wyniesie ok. 125 zł. Jeśli niektóre z osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą opłacają podatek niższy niż należna składka na ubezpieczenie zdrowotne, zaproponowane w ustawie obciążenie będzie oznaczało wzrost fiskalizmu wobec tych osób. Źródło: Rzeczpospolita z 31 stycznia.2003 r.

strumienia środków finansowych nie nastąpiło żadne zmniejszenie zadań samorządu terytorialnego.

W myśl orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego, nowe regulacje podatkowe ustawodawca musi kształtować z uwzględnieniem faktu, że podatnik zaplanował pewne posunięcia ekonomiczne, a różne jego interesy mogą być w toku. W sytuacjach, gdy przepisy prawa wyznaczały pewien horyzont czasowy dla zaplanowania i przeprowadzenia określonego przedsięwzięcia finansowego czy gospodarczego, nie można zmieniać reguł gry przed upływem okresu czy terminu, który przewidział sam ustawodawca (K 26/97).

Jak o tym była mowa na początku niniejszego wniosku, składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest wprawdzie podatkiem, ale jest jednym z rodzajów daniny publicznej. Zgodnie z orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego zasady płacenia podatków i innych obciążeń podatkowych w danym roku powinny być znane najpóźniej do końca listopada roku poprzedniego („powinny wchodzić w życie przynajmniej na miesiąc przed końcem poprzedniego roku podatkowego” - K 13/01).

Zdaniem Wnioskodawców, ustawa o NFZ narusza omawianą konstytucyjną zasadę także z punktu widzenia oferentów usług zdrowotnych - publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Jak już wielokrotnie wspomniano, jednym z celów wprowadzenia z dniem 1 stycznia 1999 r. systemu ubezpieczeń zdrowotnych było zapoczątkowanie rozwoju rynku usług zdrowotnych, poprzez wykorzystanie mechanizmów konkurencji w ubieganiu się o świadczenie tych usług przez publiczne i prywatne instytucje sektora ochrony zdrowia. Instytucje te, chcąc zaistnieć i utrzymać się na rynku, często ogromnym wysiłkiem i nakładem kosztów podejmowały działania w celu podniesienia konkurencyjności, np. w zakresie restrukturyzacji, ograniczania kosztów działalności. Świadczeniodawcy mieli prawo oczekiwać, iż kierunek polityki zdrowotnej państwa nie ulegnie zasadniczym zmianom, a już na pewno nie nastąpi powrót do stosunków panujących przez 1999 r. Argumenty dotyczące naruszenia zasady zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa (por. poprz. pkt 3) znajdują tu zastosowanie.

8. [Naruszenie art. 20 Konstytucji RP] Kwestionowana ustawa narusza art. 20 Konstytucji RP, w szczególności – fundament ustroju gospodarczego Polski – zasadę społecznej gospodarki rynkowej i zasadę dialogu partnerów społecznych.

W tej ostatniej kwestii należy stwierdzić, że ustawa o NFZ nie była dostatecznie konsultowana z samorządem zawodowym lekarskim, pielęgniarskim, ani z samorządem terytorialnym, posiadającym dotąd kompetencje kreacyjne w stosunku do rad kas chorych, a tym samym konieczny wgląd w politykę prowadzoną w zakresie ochrony zdrowia na terenie województwa, również w politykę finansowania ochrony zdrowia (samorząd województwa nadal jest odpowiedzialny za sprawy ochrony zdrowia w województwie - art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy o samorządzie województwa). Zamiast stopniowego wycofywania się z bieżącego zarządzania sektorem ochrony zdrowia, administracja rządowa wraca do centralnego sterowania, powrót dokonuje się w sposób nie konsultowany z partnerami społecznymi.

W kwestii wycofania się z mechanizmów gospodarki rynkowej, o czym była już mowa we wcześniejszych częściach niniejszego Uzasadnienia, należy tu nadmienić jedynie, że ustawa o puz z 1997 r. zakładała możliwość wprowadzenia prywatnych instytucji ubezpieczeniowych (potem proces został zahamowany). Początkowo miał zostać

utrzymany monopol publiczno-prawny na zarządzanie składkami (poprzez Kasy chorych), jednak zarządzanie stopniowo miało przechodzić do instytucji sektora prywatnego, oczywiście z zachowaniem roli państwa jako regulatora rynku, w związku z obowiązkiem wskazanym w art. 68 Konstytucji.

Ustawa o NFZ zamyka ostatecznie drogę do urynkowienia systemu ubezpieczeń zdrowotnych (por. pkt 3 wniosku). Ustawa o NFZ stanowi odwrót od zasady prymatu własności prywatnej w gospodarce¹¹, przez co stoi w sprzeczności z art. 20 Konstytucji oraz z jej Preambułą, w części dotyczącej państwa pomocniczego oraz dialogu społecznego i współdziałania władz.

9. [Podsumowanie] Zdaniem Wnioskodawców, Ustawa o NFZ prowadzi do przywrócenia centralistycznych zasad nakazowo-rozdzielczych w miejsce budowanego ładu rynkowego, nie poprawi dostępności pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej i nie zagwarantuje równego prawa każdego obywatela do ochrony zdrowia. Nie prowadzi też do usunięcia żadnych zasadniczych wad dotychczasowych rozwiązań prawnych i organizacyjnych.

Wnioskodawcy uważają, że kwestionowana ustawa wprowadzi chaos i zamieszanie w całym sektorze ochrony zdrowia. Jest oczywiste, że do reguł przywołanych z epoki centralnego planowania, nie są przygotowani ani pacjenci, ani świadczeniodawcy, ani administracja rządowa (o czym świadczy dramatyczny brak niezbędnych aktów wykonawczych). Przy dużym sprzeciwie środowisk medycznych – lekarzy i pielęgniarek, nie uda się sprawnie przeprowadzić koniecznych w systemie zmian według nowych, nieznanych zasad. Zbyt krótki okres *vacatio legis*, przy braku odpowiednich przepisów przejściowych, nie wydanie w terminie niezbędnych aktów wykonawczych, a nawet ich projektów, powoduje, że w dziedzinie tak ważnej dla każdego obywatela naszego kraju zapanuje dezorganizacja, pogorszenie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego, a przepisy prawa będą przepisami martwymi, niemożliwymi do realizacji.

Ustawa o NFZ zwiększy marnotrawstwo środków publicznych. Zamiast na ochronę zdrowia środki ze składki będą przeznaczane na reorganizację systemu, nie prowadzącą do zwiększenia efektywności ubezpieczeń zdrowotnych i lepszego funkcjonowania całego sektora ochrony zdrowia, co zostało udowodnione w niniejszym Wniosku, zwłaszcza w pkt 4 Uzasadnienia.

Wnioskodawcy twierdzą, iż kwestionowana ustawa nie wprowadza żadnej korzystnej zmiany jakościowej w porównaniu z poprzednim kształtem sektora

¹¹ Społeczna gospodarka rynkowa stanowi podstawę ustroju gospodarczego RP, a cechami konstytucyjnymi pożądanego przez ustrojodawcę modelu gospodarki, w ujęciu tego artykułu, są: wolność gospodarcza, własność prywatna oraz solidarność, dialog i współpraca partnerów społecznych. Na tych trzech założeniach opiera się bowiem, zgodnie z jego treścią, społeczna gospodarka rynkowa. W płaszczyźnie konstytucyjnoprawnej społeczna gospodarka rynkowa wyznaczona jest z jednej strony przez podstawowe, instytucje rynku w postaci wolności gospodarczej i własności prywatnej, z drugiej zaś przez solidarność społeczną, społeczny dialog i współpracę partnerów społecznych. W ujęciu art. 20 konstytucji społeczna gospodarka rynkowa stanowi więc nie tylko określony model ekonomiczny, ale także pożądaný przez ustrojodawcę obraz ładu społecznego” (K 17/00)¹¹.

Znaczenie poszczególnych elementów treści art. 20, a więc "społeczna gospodarka rynkowa", "solidarność", "dialog i współpraca partnerów społecznych", musi być odczytywane także w związku z art. 2 Konstytucji RP, formułującym zasadę demokratycznego państwa prawnego i sprawiedliwości społecznej. Bez poszanowania zasad demokracji i sprawiedliwości społecznej nie ma społecznej gospodarki. Treść art. 20 konstytucji nabiera dodatkowego znaczenia na tle art. 2 Konstytucji; pojęcie "społecznej gospodarki rynkowej" i "solidarności" ma swoje odniesienie do zasady sprawiedliwości społecznej, zaś pojęcie "dialogu i współpracy partnerów społecznych" do zasady państwa demokratycznego. Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, społeczna gospodarka rynkowa ma swoje szersze podstawy, niż tylko te w art. 20 konstytucji. Społeczna gospodarka rynkowa oznacza również przyjęcie współodpowiedzialności państwa za stan gospodarki w postaci wymogu podejmowania działań, których celem jest łagodzenie społecznych skutków funkcjonowania gospodarki rynkowej. Treść działań realizujących ten cel w konkretnych okolicznościach winien jednak określić ustawodawca.

ubezpieczeń zdrowotnych (zmienia się jedynie nazwa i struktura organizacyjna płatnika), co stanowi przesłankę do jej uchylenia w całości – z przyczyn przedstawionych we wniosku.

Uchylenie ustawy o NFZ w całości jest - zdaniem Wnioskodawców - uzasadnione tym, że ustawa ta pozostaje w sprzeczności z konstytucyjnymi wartościami i zasadami: demokratycznego państwa prawnego, ochrony praw nabytych, bezpieczeństwa prawnego, zachowania dostatecznej określoności przepisów prawnych, proporcjonalności środków do celów, zaufania obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa, zachowania odpowiedniej *vacatio legis*, poszanowania interesów w toku, zasadą prymatu gospodarki rynkowej oraz zasadą równego dostępu ubezpieczonych do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych.

W szczególności:

- użyte w art. 5 pkt 12 pojęcie „najkorzystniejsza oferta” nie spełnia wymogów dostatecznej określoności przepisów prawa, co jest sprzeczne z art. 2 Konstytucji, a w konsekwencji może prowadzić do naruszenia art. 20, art. 22, art. 32 Konstytucji,
- art. 5 pkt 24 i 26 odsyła do definicji zawartych w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej oraz w ustawie o zawodach pielęgniarstwa i położnej. Przepisy te – zawarte w ustawach związkowych – są całkowicie nieadekwatne do potrzeb stworzenia katalogu i standaryzacji procedur medycznych, odnoszą się bowiem – ogólnie – do zakresu działalności zakładu opieki zdrowotnej (art. 3 ustawy o zoz) i zakresu działalności zawodowej pielęgniarstwa i położnej (art. 4 i 5 ustawy o zawodach) - w rezultacie ustawa o NFZ nie wypełnia dyspozycji art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, nie ustala bowiem „zakresu świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych”,
- poprzez art. 23 ust. 2 następuje podniesienie podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne dla osób prowadzących działalność gospodarczą, co w konsekwencji prowadzi do zmniejszenia budżetu samorządu terytorialnego, jednak wraz ze zmniejszeniem strumienia środków finansowych nie nastąpiło żadne zmniejszenie zadań samorządu terytorialnego - jest to naruszenie art. 167 ust. 4 Konstytucji. Ponadto art. 23 ust. 2 wprowadza zmiany w podatkach w trakcie roku podatkowego, co stanowi naruszenie art. 2 Konstytucji,
- za sprawą art. 36 ust. 1 ustawa o NFZ prowadzi do zaboru środków ze składki na ubezpieczenie zdrowotne przez administrację rządową i tym samym powoduje recentralizację i renacjonalizację tych środków oraz dokonuje zmian określających wcześniejszy kierunek zmian legislacyjnych. Ponadto ustawa pozbawia ubezpieczonych demokratycznej kontroli wydatkowania pieniędzy ze składki na ubezpieczenie zdrowotne - co jest sprzeczne z art. 2 oraz art. 15 ust. 1 i art. 17 ust. 2 oraz art. 68 ust. 2 Konstytucji oraz jej Preambułą w części odnoszącej się do zasady państwa pomocniczego oraz dialogu społecznego i współdziałania władz. Ustawa o NFZ kwestionowana ustawa nie była ponadto dostatecznie konsultowana z partnerami społecznymi, przez co narusza zasadę prymatu gospodarki rynkowej - art. 20 Konstytucji oraz jej Preambułę w części odnoszącej się do zasady państwa pomocniczego oraz dialogu społecznego i współdziałania władz.

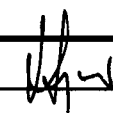
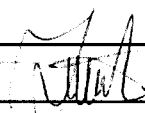
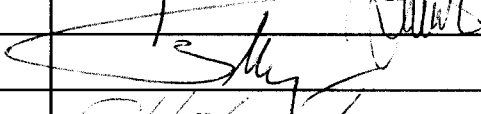
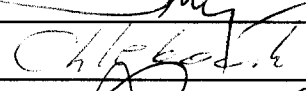
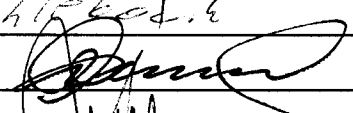

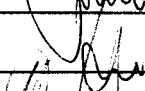

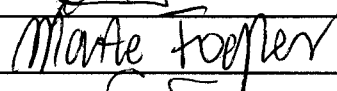
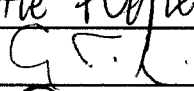
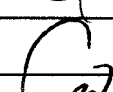
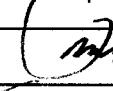
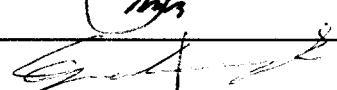


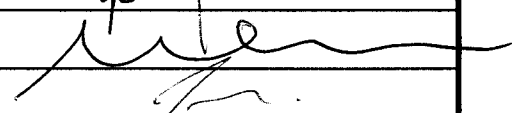


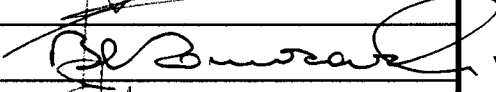


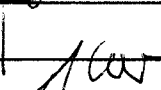
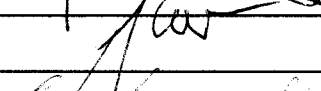
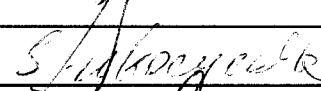
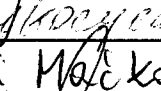

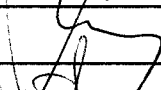

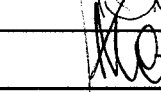
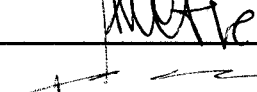

- art. 43 ust. 9 powoduje *ex lege* utratę mandatu radnego, co jest sprzeczne z art. 2 Konstytucji,
 - art. 47 ust. 1 pkt 6 wprowadza pojęcie „świadczeń ponadstandardowych, finansowanych ze środków własnych ubezpieczonego” bez jednoczesnego zdefiniowania tego pojęcia oraz nie określa katalogu świadczeń „standardowych”, przysługujących ubezpieczonemu, katalogu procedur medycznych oraz cennika tych procedur, co jest sprzeczne z art. 2, art. 32 oraz art. 68 ust. 2 Konstytucji, zaś delegacja do wydania rozporządzenia zawarta w art. 47 ust. 4 nie zawiera dostatecznie określonych wytycznych, co jest sprzeczne z art. 92 ust. 1 Konstytucji,
 - poprzez art. 79 ust. 1 oraz art. 80 ust. 1, ustanawiające konkurs ofert jako podstawowy tryb postępowania w sprawie zawarcia umowy o świadczenie usług zdrowotnych, rodzi się nierówność w dostępie obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, co jest sprzeczne z art. 68 ust. 2 w zw. z art. 32 Konstytucji,
 - art. 104 ust. 4 stanowi, iż do dnia 15 kwietnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy plan zabezpieczenia zdrowotnego sejmiki wojewódzkie przekazują właściwemu oddziałowi Funduszu wojewódzki plan zdrowotny, co w połączeniu z 14- dniowym *vacatio legis* czyni ten przepis niewykonalnym i jest sprzeczne z art. 2 Konstytucji,
- art. 108 - delegacja do wydania rozporządzenia nie zawiera odpowiednich wytycznych, co jest sprzeczne z art. 92 ust. 1 Konstytucji, ponadto wprowadza możliwość nieuzasadnionego różnicowania cen w umowach i w konsekwencji prowadzi do naruszenia równego prawa ubezpieczonych w dostępie do świadczeń zdrowotnych, co jest sprzeczne z art. 2, art. 32, art. 68 ust. 2 Konstytucji,
- art. 151 pozbawia ubezpieczonych jakiegokolwiek (nawet pośredniej) kontroli ze strony ubezpieczonych kontroli wydatkowania środków ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, co jest sprzeczne z art. 2, art. 15 ust. 1 oraz art. 17 ust. 2 Konstytucji RP,
 - na podstawie art. 222 traci moc ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, tym samym dokonuje się odwrót od dotychczasowego kierunku zmian legislacyjnych oraz recentralizacja zarządzania publicznego, co jest sprzeczne z art. 2, art. 15 ust. 1 i art. 17 ust. 2 Konstytucji oraz jej Preambułą w części odnoszącej się do zasady państwa pomocniczego oraz dialogu społecznego i współdziałania władz,
 - art. 224 wprowadza 14-dniowe *vacatio legis*, co w przypadku przedmiotowej ustawy jest sprzeczne z art. 2 Konstytucji.

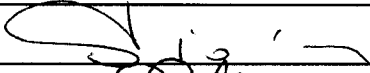


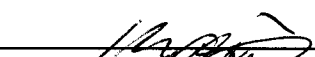
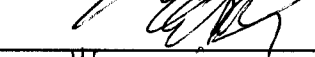
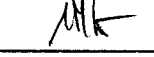
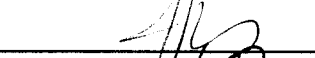




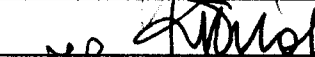



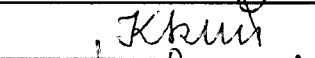
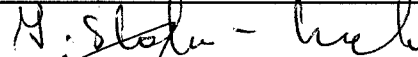



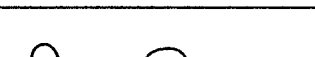
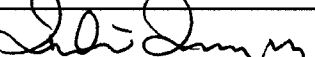
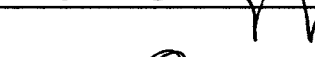


W związku z powyższym, Wnioskodawcy wnoszą jak w *petitum* niniejszego wniosku.

Załącznik:

lista Wnioskodawców

Posłowie popierający wniosek o stwierdzenie niezgodności z Konstytucją RP ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia:

LP.	Nazwisko	Imię	Podpis
1.	Abgarowicz	Łukasz	
2.	Bachalski	Jacek	
3.	Budnik	Jerzy	
4.	Chlebowski	Zbigniew	
5.	Czerwiński	Andrzej	
6.	Dolniak	Grzegorz	
7.	Drzewiecki	Mirosław	
8.	Dzikowski	Waldy	
9.	Fogler	Marta	
10.	Gałązewski	Andrzej	
11.	Gilowska	Zyta	
12.	Gorczyca	Stanisław	
13.	Grabarczyk	Cezary	
14.	Grad	Aleksander	
15.	Graś	Paweł	
16.	Hertel	Jerzy	
17.	Jarmuziewicz	Tadeusz	
18.	Klich	Bogdan	
19.	Komorowski	Bronisław	
20.	Kopacz	Ewa	
21.	Korzeniowski	Leszek	
22.	Lewandowski	Janusz	
23.	Łukacijewska	Elżbieta	
24.	Maćkała	Tadeusz	
25.	Maniura	Edward	
26.	Markowiak	Andrzej	
27.	Mateja	Piotr	
28.	Miodowicz	Konstanty	
29.	Olechowska	Alicja	
30.	Parchański	Tadeusz	
31.	Paturalska	Grażyna	

32.	Piotrowska	Teresa	
33.	Piskorski	Paweł	
34.	Plocke	Kazimierz	
35.	Płazyński	Maciej	
36.	Płonka	Edward	
37.	Protasiewicz	Jacek	
38.	Radziszewska	Elżbieta	
39.	Rokita	Jan Maria	
40.	Rybicki	Sławomir	
41.	Rzymełka	Jan	
42.	Schetyna	Grzegorz	
43.	Skowrońska	Krystyna	
44.	Stuligrosz	Michał	
45.	Szczypiński	Tomasz	
46.	Szejnfeld	Adam	
47.	Szumilas	Krystyna	
48.	Śledzińska-Katarasińska	Iwona	
49.	Tomaka	Jan	
50.	Tomczykiewicz	Tomasz	
51.	Tusk	Donald	
52.	Wycisło	Eugeniusz	
53.	Zagórny	Rafał	
54.	Zaremba	Krzysztof	
55.	Zdrojewski	Bogdan	
56.	Żmijan	Stanisław	
57.	Żyliński	Marek	