

Warszawa, dnia 8 maja 2000 r.

**Opinia prawna  
w sprawie wniosku Konfederacji Pracodawców Polskich do Trybunału  
Konstytucyjnego w sprawie stwierdzenia niezgodności z Konstytucją  
przepisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym  
oraz rozporządzenia wykonawczego do ustawy (sygn. K. 3/2000)**

Konfederacja Pracodawców Polskich wystosowała do Trybunału Konstytucyjnego wniosek o stwierdzenie niezgodności:

- 1) art. 54 ust. 2 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153, z późn.zm.) z art. 92 Konstytucji RP,
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1998 r. w sprawie konkursu ofert na zawieranie przez Kasy Chorych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz.U. Nr 148, poz. 978, z późn.zm.) z ww. przepisem ustawy,
- 3) art. 31c tejże ustawy, z art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP.

Ad 1.

Wnioskodawca dopatruje się niezgodności art. 54 ust. 2 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z art. 92 Konstytucji z powodu braku w tym przepisie - upoważniającym do wydania rozporządzenia wykonawczego - wytycznych dotyczących treści aktu wykonawczego, o których m.in. mowa w art. 92 ust. 1 Konstytucji. Z tego samego powodu tenże przepis ustawy zaskarżył do Trybunału Konstytucyjnego Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, we wniosku z dnia 17 stycznia 2000 r. Opiniując zasadność zarzutu sformułowanego w tym wniosku (opinia z dnia 20 marca br.) wyraziłam pogląd o jego słuszności. Z uwagi na zbieżność przedmiotu zaskarżenia, pogląd ten jest aktualny również w obecnie rozpatrywanej sprawie.

Ad 2.

Zgodnie z linią orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego, ukształtowaną już na gruncie Konstytucji z 2 kwietnia 1997 r., rozporządzenie jest legalne jeśli:

- zostało wydane przez organ upoważniony,
- służy realizacji ustawy i mieści się w zakresie spraw przekazanych przez nią do uregulowania,
- odpowiada „merytorycznej treści dyrektywnej”, której wykonaniu przepisy rozporządzenia mają służyć.<sup>1</sup>

Art. 54 ust. 2 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym stanowi: *„Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, po zasięgnięciu opinii Rady Krajowego Związku Kas, Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, tryb składania ofert, sposób przeprowadzania konkursu oraz zgłaszania i rozpatrywania skarg i protestów związanych z tymi czynnościami.”*

Jak zauważyłam w opinii z dnia 20 marca 2000 r., treść cytowanego upoważnienia nie jest na tyle szczegółowa, aby w dostateczny sposób wyrażała intencję ustawodawcy. Nie wiadomo, czy powierzając organowi upoważnionemu do wydania rozporządzenia określenie „sposobu przeprowadzenia konkursu” ofert, ustawodawca miał na myśli tylko czynności techniczne, czy również kryteria oceny złożonych ofert. Być może kwestie tę wyjaśniłyby „wytyczne”, których jednakże ustawodawca nie sprecyzował.

Konsekwencją ogólnie sformułowanego przepisu delegującego jest znaczny zakres swobody organu upoważnionego do wydania aktu wykonawczego oraz trudność w ustaleniu, czy postanowienia zawarte w tym akcie odpowiadają „merytorycznej treści dyrektywnej”, której mają służyć, czy też wykraczają poza tę treść.

Osobiście, nie podzielam przekonania Wnioskodawcy o przekroczeniu przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej treści delegacji zawartej w art. 54 ust. 2 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Dokonywanie w niniejszej opinii głębszej analizy tej kwestii, jak również oceny trybu wydania przedmiotowego rozporządzenia na tle postanowień ustawy z 1991 r. o organizacjach pracodawców, nie jest właściwe wobec faktu, iż zgodnie z art. 27 pkt 2 ustawy z dnia 1 sierpnia

---

<sup>1</sup> Z uzasadnienia orzeczenia TK U. 6/99 (OTK ZU Nr 7(29)99, poz. 159; analogicznie - w uzasadnieniu K. 28/98 (OTK ZU Nr 7(29)99, poz. 156

1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz.U. Nr 102, poz. 643), uczestnikiem postępowania nie jest przedstawiciel Sejmu lecz organ, który wydał to rozporządzenie.

Ad 3.

Art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP głosi: „1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. 2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.”.

W art. 31c ust. 1, mowa jest o prawie ubezpieczonego do leczenia szpitalnego na podstawie skierowania lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego (z zastrzeżeniem przypadków, w których świadczenia zdrowotne udzielane są przez szpital bez skierowania). Ustęp 2 stanowi o prawie pacjenta do wyboru szpitala, **lecz spośród szpitali tego samego poziomu referencyjnego**, które zawarły umowę z Kasą Chorych. **Jeżeli ubezpieczony wybierze szpital o wyższym poziomie referencyjnym, Kasa Chorych obciąża go wynikającą z tego różnicą kosztów.** Zgodnie z ustępem 4, krajową sieć szpitali określić miał w drodze rozporządzenia Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, ustalając jednocześnie ich poziom referencyjny.

Przepisy ustawy nie określają jednakże żadnych kryteriów, które mogłyby być podstawą do dokonania takiej klasyfikacji szpitali. W „słowniczku” ustawy zawartym w jej art. 7, w punkcie 27, „poziom referencyjny” określony jest jako podział szpitali w zależności od zakresu i rodzaju udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych, co w kwestii kryteriów tego podziału, niczego nie wyjaśnia. Wobec tak sformułowanej treści delegacji do wydania rozporządzenia wykonawczego, przepisowi art. 31c ust. 4 omawianej ustawy, można zarzucić niezgodność z art. 92 ust. 1 Konstytucji, z tych samych powodów, które zostały przedstawione w odniesieniu do art. 54 ust. 2 tej ustawy.

Wydane na podstawie delegacji, o której wyżej mowa, rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych (Dz.U. Nr 164, poz. 1193), nie precyzuje również żadnych kryteriów wyboru poziomu referencyjnego szpitali, np. w sytuacji gdy ubezpieczony wymaga leczenia z zakresu którejś z czterech podstawowych

specjalności medycznych, wykonywanych przez szpitale wszystkich poziomów, z którymi dana Kasa podpisała umowę.

Należy w związku z powyższym zgodzić się ze zdaniem Wnioskodawcy o ułomności regulacji omawianej kwestii, natomiast brak jest uzasadnienia uznania art. 31c ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym za niezgodny z wyżej cytowanym, art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji.

Wskazany przepis ustawy nie różnicuje prawa dostępu obywateli do świadczeń zdrowotnych finansowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, w zależności od wysokości dochodów osób ubezpieczonych. Sądząc z treści ustępu 3 w zaskarżonym artykule, zobowiązuje on **wszystkich ubezpieczonych** do wyboru szpitala o najniższym koszcie leczenia. Jednakże ani z przepisów ustawy ani z przepisów powołanego rozporządzenia wykonawczego nie wynika, aby kryterium podziału na poziomy referencyjne stanowił średni koszt leczenia.

W przedłożonej sprawie, należy wziąć pod uwagę, że w jednym z wniesionych do Sejmu rządowych projektów zmiany ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (w druku sejmowym nr 1456 z dnia 19 października 1999 r. ), proponowane jest m.in. zmiana brzmienia ust. 2 w art. 31c oraz skreślenie ustępów 3 i 4. Projektowany ust. 2 stanowiłby: *„Ubezpieczony ma prawo do wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę z Kasą Chorych, do której ubezpieczony należy.”*

Projekt, o którym wyżej mowa, jest obecnie przedmiotem prac legislacyjnych w komisjach sejmowych.

*Sporządziła: Wanda Wojnowska-Ciodyk*