



TK-81/16

Bydgoszcz, dnia 15 stycznia 2016 r.

**Trybunał Konstytucyjny**  
**Al. Jana Christiana Szucha 12a**  
**00-918 Warszawa**

**Wnioskodawca:** Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy z siedzibą w Bydgoszcy, ul. Gdańska 27, 85-005 Bydgoszcz

## WNIOSEK

### w trybie art. 191 ust. 1 pkt 4 oraz art. 191 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej

Niniejszym, działając na podstawie art. 191 ust. 1 pkt 4 oraz art. 191 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy wnosi o stwierdzenie, że przepis § 13 ust. 5 załącznika „Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1400)

1. jest niezgodny z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, a także art. 97 ust. 1, 2, 3 i 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654) tj. z dnia 8 kwietnia 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 618) ze względu na sprzeczność z zasadą demokratycznego państwa prawnego i wynikającą z niej zasadą przyzwoitej legislacji,
2. jest niezgodny z art. 2 oraz art. 92 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, a także art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135) tj. z dnia 8 kwietnia 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 581) ze względu na przekroczenie zakresu delegacji ustawowej;

## UZASADNIENIE

### 1. Wykazanie zdolności wnioskowej, koniecznej z punktu widzenia wszczęcia postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym

**Przesłanka zdolności wnioskowej określona w art. 191 ust. 1 pkt 4 Konstytucji:**

Zgodnie z art. 191 ust. 1 pkt 4 Konstytucji Rzeczypospolitej z wnioskiem w sprawach, o których mowa w art. 188 Konstytucji, do Trybunału Konstytucyjnego wystąpić mogą ogólnokrajowe organy związków zawodowych oraz ogólnokrajowe władze organizacji pracodawców i organizacji zawodowych.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy z siedzibą w Bydgoszcy (dalej jako OZZL) jest organizacją związkową ogólnokrajową, wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Bydgoszcy XIII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 0000100032.

**Załącznik nr 1** – odpis aktualny KRS Wnioskodawcy

Ponadto, zgodnie z postanowieniem Sądu Okręgowego w Warszawie VII Wydział Cywilny Rejestrowy z dnia 26 czerwca 2001 roku (sygn. akt VII NsRejRoz 6/01) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy jest reprezentatywną organizacją związkową w rozumieniu art. 241<sup>17</sup> § 1 pkt 2 Kodeksu pracy. Powyższe dodatkowo potwierdza, że działalność OZZL ma charakter ogólnokrajowy.

**Załącznik nr 2** – postanowienie Sądu Okręgowego w Warszawie VII Wydział Cywilny Rejestrowy z dnia 26 czerwca 2001 roku (sygn. akt VII NsRejRoz 6/01)

Zarząd Krajowy OZZL (dalej ZK OZZL) jest organem statutowym Władz Krajowych Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, co wynika z § 17 ust. 2 Statutu OZZL.

**Załącznik nr 3** – Statut OZZL

Zgodnie z § 19 ust. 2 lit. f) Statutu OZZL do zakresu działania Zarządu Krajowego OZZL należy między innymi występowanie do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskami, o których mowa w § 7 ust. 4 statutu i reprezentowanie Związku w postępowaniu przed Trybunałem.

*Natomiast zgodnie z § 7 ust. 4 Statutu OZZL - Związek realizuje swoje cele przez występowanie do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskami o zbadanie zgodności ustaw z Konstytucją RP i ratyfikowanymi umowami międzynarodowymi, których ratyfikacja wymagała uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie oraz zgodności przepisów prawa, wydawanych przez centralne organy państwowe, z Konstytucją RP, ratyfikowanymi umowami międzynarodowymi i ustawami, jeżeli akt normatywny dotyczy spraw objętych zakresem działania OZZL.*

Z powyższego wynika, że Zarząd Krajowy OZZL posiada status ogólnokrajowego organu związku zawodowego. Dodatkowo Zarząd Krajowy OZZL posiada nie tylko kompetencje do bieżącego reprezentowania osoby prawnej i prowadzenia jej spraw, ale przede wszystkim posiada także kompetencję do występowania do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskami w sprawach, o których mowa w art. 188 Konstytucji. Powyższe wynika wprost z treści § 7 ust. 4, § 17 ust. 2 oraz § 19 ust. 2 lit. f) Statutu OZZL.

Statut OZZL w aktualnym brzmieniu został zarejestrowany przez Sąd Rejonowy w Bydgoszczy XIII Wydział Gospodarczy postanowieniem z dnia 03 marca 2015 o sygn. akt BY.XIII NS-Rej.KRS/014410/14/029.

**Załącznik nr 4** – postanowienie SR w Bydgoszczy z dnia 03 marca 2015 o sygn. akt BY.XIII NS-Rej.KRS/014410/14/029

Zarząd Krajowy OZZL, jako organ kolegialny podejmuje decyzje w formie uchwał. Jak wynika z bogatego orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego – skierowanie wniosku w sprawach, o których mowa w art. 188 Konstytucji, jest czynnością o charakterze nadzwyczajnym, która z tego powodu nie może być dokonana samodzielnie przez organ wykonawczy organizacji bez wyraźnego i jednoznacznego umocowania, które musi wynikać bądź z treści przepisów prawa, bądź z aktów konstytuujących lub statutu danej organizacji.

W związku z powyższym działając w oparciu o kompetencję wynikającą z § 19 ust. 2 lit. f) Statutu OZZL w związku z § 7 ust. 4 Statutu OZZL - w dniu 20 listopada 2015 roku Zarząd Krajowy OZZL podjął Uchwałę nr 03/11/2015r. w sprawie wniosku ZK OZZL do TK dotyczącego niezgodności z Konstytucją RP niektórych przepisów Załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Na podstawie w/w uchwały, podjętej jednogłośnie Zarząd Krajowy OZZL postanowił, że wystąpi do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o stwierdzenie, że przepis § 13 ust. 5 załącznika „Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w

*sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2015 r., poz. 1400) – jest niezgodny z art. 2 Konstytucji RP, a także z art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. Nr 210, poz. 2135) tj. z dnia 8 kwietnia 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 581) i ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654)

Jednocześnie Zarząd Krajowy upoważnił Pełnomocnika Zarządu Krajowego OZZL ds. czasu pracy lekarzy Czesława Misia oraz radcę prawnego związku Kajetana Komar – Komarowskiego do reprezentowania Zarządu Krajowego OZZL przed Trybunałem w przedmiotowej sprawie.

**Załącznik nr 5** – Uchwała Zarządu Krajowego OZZL 03/11/2015r. z dnia r. 20 listopada 2015

**Załącznik nr 6** – Protokół (skrótowy) z posiedzenia ZK OZZL w dniu 20 listopada 2015 wraz z listą obecności

Tym samym spełniona została przesłanka określona w art.191 ust. 1 pkt 4 Konstytucji RP.

### **Przesłanka zdolności wnioskowej określona w art. 191 ust. 2 Konstytucji**

Przedmiotem wniosku Zarządu Krajowego OZZL jest przepis, który z jednej strony ogranicza prawa podmiotowe lekarzy, wynikające z przepisów prawa pracy; tj. minimalne gwarancje nieprzerwanego dobowego i tygodniowego odpoczynku, z uwagi na konieczność permanentnego pozostawania wskazanych pracowników podmiotu leczniczego w gotowości do udzielenia lekarzowi dyżurującemu swojej konsultacji. Z drugiej zaś strony – grozi dezorganizacją i paraliżem pracy szpitali poprzez blokowanie łóżek szpitalnych przez pacjentów, których przyjęcie na oddział nie jest uzależnione od uznania lekarza dyżurującego, a od dopełnienia narzuconej, formalnej procedury odbycia konsultacji, której odbycie bez znacznej zwłoki często w praktyce jest niewykonalne. Treść przepisu, z uwagi na jej niedookreśloność i niejednoznaczność budzi ponadto szereg poważnych wątpliwości co do sposobu wykonywania codziennych czynności lekarzy dyżurujących niemal na wszystkich oddziałach szpitalnych. Prowadzi do stanu, w którym lekarz dyżurujący zobowiązany jest stosować formalną procedurę z pierwszeństwem przed wskazaniami wiedzy medycznej i dobrem pacjenta; zwłaszcza w zakresie ograniczającym możliwość bezwłocznego skierowania małoletniego pacjenta do oddziału specjalistycznego innego szpitala niż ten, w którym się stał. Jest to materia, która w sposób oczywisty należy do spraw objętych zakresem działania związku zawodowego skupiającego lekarzy.

Spełniony zatem jest warunek zawarty w art. 191 ust. 2 Konstytucji RP.

\* \* \*

### **1. Uzasadnienie merytoryczne wniosku w zakresie punktu 1 petitum wniosku**

#### **Wadliwość wewnętrzna, nieokreśloność, niejasność przepisu kwestionowanego rozporządzenia**

Zgodnie z zakwestionowanym przez Wnioskodawcę przepisem § 13 ust. 5 rozporządzenia: „*Odmowa przyjęcia dziecka do szpitala wymaga uprzedniej konsultacji z ordynatorem oddziału, do którego dziecko miałoby być przyjęte, albo jego zastępcą, albo lekarzem kierującym tym oddziałem w rozumieniu art. 49 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Wynik tej konsultacji odnotowuje się w dokumentacji medycznej*”.

Przepis § 13 ust. 5 załącznika do rozporządzenia dodany został przez Ministra Zdrowia w bezpośrednim następstwie kilku nieobiektywnych i nierzetelnie przekazywanych informacji medialnych dot. zgonu dziecka, któremu odmówiono przyjęcia na oddział pediatryczny. Ze szkodą dla pacjentów fałszywym faktom medialnym nadano nadmierny rozgłos, który poskutkowało dodaniem do rozporządzenia przepisu, mającemu w zamierzeniu utworzyć mechanizm niejako „podwójnej” weryfikacji stanu zdrowia dziecka, celem uniknięcia błędnej oceny przez jednego lekarza. W rzeczywistości jednak przepis sformułowany został wadliwie i przeciwnie; konsekwencje jego stosowania przez lekarzy dyżurujących potencjalnie będą o wiele gorsze dla pacjentów, niż miało to miejsce przed nowelizacją.

Po pierwsze należy zwrócić uwagę, iż kwestionowany przepis ustanawia **bezwzględny obowiązek przeprowadzenia przez lekarza dyżurującego procedury konsultacyjnej w każdym przypadku, kiedy do szpitala trafia pacjent małoletni**. Zgodnie z wykładnią językową przepisu nie jest możliwa odmowa przyjęcia dziecka do szpitala bez przeprowadzenia takiej konsultacji, niezależnie od tego, czy taka konsultacja jest w ogóle do przeprowadzenia możliwa. Przyczyną uniemożliwiającą lub opóźniającą przeprowadzenie konsultacji może być fizyczna nieobecność ordynatora/zastępcy lub lekarza kierującego oddziałem z uwagi na jego urlop, zwolnienie chorobowe bądź nawet porę wykraczającą poza godziny pracy. Zwraca również uwagę, iż lekarze konsultujący, oprócz nowego obowiązku wprowadzonego kwestionowanym rozporządzeniem, nie zaprzestali jednocześnie wykonywać dotychczasowych czynności zawodowych. Do takich obowiązków należy często np. prowadzenie wielogodzinnych operacji, skutkujących wykluczeniem lekarza od wykonywania w tym czasie jakichkolwiek konsultacji. W praktyce przekłada się to bezpośrednio na konieczność długiego oczekiwania przez małoletnich pacjentów (i ich rodziców) w poczekalniach oddziałowych.

Literalne brzmienie przepisu może pozornie sugerować, że lekarz dyżurujący, podejmując decyzję o odmowie przyjęcia na oddział dziecka, ma możliwość skonsultowania jej z trzema innymi lekarzami: ordynatorem, zastępcą ordynatora oraz lekarzem kierującym oddziałem. Wnioskodawca w tym miejscu zaznacza, iż w obowiązującym stanie prawnym powołanie ordynatora nie jest w podmiotach leczniczych obowiązkowe. **W praktyce faktyczne funkcje ordynatora wykonuje bardzo często lekarz kierujący oddziałem; istnieją również liczne oddziały szpitalne, w których w ogóle nie powołuje się zastępcy ordynatora / zastępcy lekarza kierującego oddziałem**. Zgodnie bowiem z art. 49 ust. 7 ustawy *o działalności leczniczej w przypadku gdy zgodnie z regulaminem organizacyjnym oddziałem kieruje lekarz niebędący ordynatorem, na stanowisko lekarza kierującego oddziałem konkursu nie przeprowadza się*.

Powszechna w podmiotach leczniczych jest ponadto sytuacja, w której lekarz kierujący oddziałem, ordynator, bądź zastępca ordynatora pełni jednocześnie funkcję lekarza dyżurującego. Jak wynika z powyższego z łatwością może dojść do sytuacji, w której lekarz dyżurujący nie ma możliwości skonsultować swojej decyzji z drugim lekarzem. Niezgodne z kwestionowanym przepisem jest samodzielne podjęcie decyzji w przedmiocie odmowy w przypadku, w przypadku połączenia funkcji lekarza dyżurnego i ordynatora/zastępcy ordynatora. Treść rozporządzenia wyklucza jednocześnie przeprowadzenie konsultacji z zastępcą kierownika oddziału, co jeszcze bardziej ogranicza formalną możliwość wykonania dyspozycji kwestionowanego przepisu rozporządzenia. Jednoznaczny obowiązek przeprowadzenia konsultacji i brak uregulowania sytuacji, w których od konsultacji można odstąpić, powoduje, że w wyżej wskazanych sytuacjach **lekarz dyżurujący traci teoretyczną możliwość odmowy przyjęcia dziecka na oddział**. Niewątpliwie więc, nawet w razie oczywistej i obiektywnej bezzasadności hospitalizacji, **lekarz nie ma formalnej możliwości podjęcia decyzji w oparciu o przesłanki merytoryczne**, a zobligowany jest przepisem prawa przyjąć nawet w pełni zdrowe dziecko, przynajmniej do czasu powrotu drugiego lekarza, uprawnionego do udzielenia konsultacji.

Treść zaskarżonego rozporządzenia, jak wskazano powyżej, niejednokrotnie wymusza na środowisku zawodowym lekarzy, przeprowadzanie hospitalizacji zupełnie zdrowych pacjentów. W tym miejscu uwidacznia się sprzeczność rozporządzenia z podstawowymi zasadami wykonywania zawodu lekarza, wynikającymi z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentyści*, zgodnie z którym *lekarz ma obowiązek*

wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Poza wątpliwością wnioskodawca jest, iż dziecko jest pacjentem szczególnie delikatnym i podatnym np. na wszelkiego rodzaju choroby zakaźne. Szpital, jako placówka wykonująca świadczenia na wielu pacjentów, często w warunkach przepełnienia oddziałów, jest środowiskiem zwiększającym ryzyko negatywnych konsekwencji występujących tam naturalnie drobnoustrojów. Wnioskodawca wyraża pełne przekonanie, że optymalnym środowiskiem dla – niekiedy- bardzo młodych pacjentów jest dom rodzinny, gdzie nie są oni zmuszeni do przebywania pośród dziesiątek czy setek chorych. Szpital z punktu widzenia podstawowej wiedzy z zakresu pediatrii nie jest dla zdrowia młodego pacjenta ambiwalentny, toteż przebywanie w nim powinno być ograniczone tylko do niezbędnej konieczności.

Zgodnie z przepisem rozporządzenia konsultację należy przeprowadzić każdorazowo w momencie przywiezienia dziecka do szpitala i zamiaru odmowy jego przyjęcia przez lekarza. Zgodnie z rozporządzeniem zamiar odmowy wymaga **konsultacji z ordynatorem/zastępcą/kierownikiem oddziału, do którego dziecko miałyby być przyjęte**. Należy w tym miejscu wskazać, że wyznaczenie oddziału, do którego przyjmowany jest chory również poddane jest ocenie lekarza. Co więcej, zwykle na etapie poprzedzającym docelową diagnozę potencjalnie właściwych jest z reguły przynajmniej kilka oddziałów szpitalnych. **W konsekwencji zamiar odmowy przyjęcia do szpitala skutkuje obowiązkiem przeprowadzenia konsultacji przynajmniej z kilkoma kierownikami poszczególnych oddziałów.**

W celu unaocznienia problemu wnioskodawca przytacza tytułem przykładu, często spotykaną w praktyce sytuację, w której rodzice przywożą do szpitala dziecko z bólem brzucha. Podczas wstępnego wywiadu lekarz dyżurny ustala, że przyczyna dolegliwości ma charakter niegroźny i chwilowy (wywołana jest np. zjedzeniem przez dziecko zbyt dużej ilości owoców). Mimo, iż odmowa przyjęcia pacjenta na oddział byłaby w podanym stanie faktycznym oczywiście zasadna i podjęta w zgodzie z wiedzą lekarską, a przede wszystkim - zdrowym rozsądkiem – lekarz jednak zobowiązany jest wezwać kierowników/ordynatorów przynajmniej kilku oddziałów, na które potencjalnie mogłoby być przyjęte dziecko z bólem brzucha (realnie rozpatrywać tu można oddział pediatrii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, a nawet onkologii, urologii czy neurologii). Każdemu z tych lekarzy, lekarz dyżurny powinien przedstawić stan zdrowia pacjenta, umożliwić samodzielne zdiagnozowanie dolegliwości. W oderwaniu od zaprezentowanego przykładu można stwierdzić, że katalog oddziałów zajmujących się leczeniem pacjentów małoletnich jest znacznie szerszy. Wnioskodawca przygotował listę jedynie przykładowych oddziałów, pośród których mieszczą się 33 oddziały przyjmujące wyłącznie małoletnich oraz 24 oddziały przyjmujące pacjentów niezależnie od wieku. Listę wnioskodawca załącza do niniejszego wniosku. W kontekście przedstawionej powyżej argumentacji dotyczącej niedostępności lub niedyspozycyjności kierowników oddziałów, kwestionowany przepis wydaje się być w praktyce nierealny do zastosowania w ten sposób, by spełniał swoje pierwotne założenia legislacyjne.

Stosowanie się przez lekarzy dyżurujących do kwestionowanego przepisu staje się wręcz niebezpieczne dla pacjenta, kiedy lekarz dyżurujący rozpozna u przywiezionego do szpitala pacjenta jednostkę chorobową, do której leczenia dany szpital nie jest przystosowany. W takiej sytuacji lekarz powinien niezwłocznie wskazać pacjentowi inny szpital, który jest w stanie wykonać niezbędny, specjalistyczny zabieg. Częstokroć bez oddziału specjalistycznego – jak choćby oddziału chorób tropikalnych – regularna jednostka szpitalna nie jest w stanie udzielić pacjentowi niezbędnej pomocy medycznej. **Skierowanie pacjenta do innego, wskazanego szpitala wiąże się jednak immanentnie z koniecznością zadecydowania o odmowie przyjęcia go do szpitala, w którym się stawiał.** Zgodnie z kwestionowanym rozporządzeniem lekarz powinien taką odmowę poprzedzić przeprowadzeniem stosownych konsultacji, które – jak wskazano wyżej – mogą znacznie się wydłużać, lub wręcz być niemożliwe do wykonania w czasie, w którym pacjent ma jeszcze szanse uniknąć powikłań.

Jak wynika ze znajomości praktyki szpitalnej wnioskodawcy na terenie całego kraju, wszystkie zasygnalizowane wyżej problemy proceduralne związane z odmową przyjęcia, skutkują nadmierną liczbą bezzasadnych

hospitalizacji małych pacjentów. Wielu lekarzy dyżurnych, chcąc uniknąć odpowiedzialności służbowej za niedopełnienie procedur, a będąc jednocześnie przekonani co do niecelowości hospitalizacji – przyjmuje małych pacjentów na oddziały. Taki stan rzeczy wywołuje nie tylko niepotrzebne koszty dla – i tak już niewydolnego - systemu opieki zdrowotnej, ale przede wszystkim realną utratę jakości udzielania świadczeń medycznych poprzez zapełnienie oddziałów szpitalnych i ich dezorganizację wewnętrzną. **Realny „koszt” stosowania się przez lekarzy do wymogów rozporządzenia dotyka więc pierwotnych jego beneficjentów, a więc pacjentów małych, wymagających nieporównanie więcej czasu i dokładności przy wykonywaniu świadczeń medycznych.** W tym sensie wnioskodawca uznaje rozporządzenie za przeciwnie skuteczne.

Kolejną wątpliwością, którą wywołuje przepis jest forma, w której powinna zostać dokonana obowiązkowa konsultacja. Ponieważ treść przepisu nie przewiduje wprost obowiązku poprzedzenia konsultacji samodzielną diagnostyką (wywiadem lekarskim, wstępnym przebadaniem pacjenta) wydaje się, że przepis dopuszcza – przynajmniej niekiedy - przeprowadzenie konsultacji w drodze telefonicznej. Nierzadkie są jednak sytuacje, w których konkretnej odmowy przyjęcia dziecka do szpitala nie da się wyjaśnić z lekarzem konsultującym w sposób zdalny, a taka próba wypaczałaby zasadniczy sens konsultacji. Nie można wykluczyć więc, iż często niezbędne będzie okazywać się osobiste stawienie się lekarza konsultującego na oddziale szpitalnym. Na wymóg osobistego stawiennictwa wskazywać może ponadto ostatnie zdanie kwestionowanego przepisu: „Wynik tej konsultacji odnotowuje się w dokumentacji medycznej”. Przepis pozostaje wciąż znacznie niedookreślony; nie sposób wyinterpretować z niego bowiem który z lekarzy takiego odnotowania miałby dokonać, czy wymagany jest oświadczenie jednego lekarza stwierdzające fakt odbycia konsultacji, czy też zgodne oświadczenie podpisane przez obydwu lekarzy.

Z powyższych względów w ocenie wnioskodawcy zakwestionowany przepis rozporządzenia jest niezgodny z wywiedzioną przez Trybunał Konstytucyjny z art. 2 Konstytucji RP zasadą określoności prawa. Dla oceny zgodności sformułowania określonego przepisu prawa z wymaganiami poprawnej legislacji istotne trzy ogólne założenia. *Po pierwsze - każdy przepis powinien być sformułowany w sposób pozwalający jednoznacznie ustalić, kto i w jakiej sytuacji podlega ograniczeniom. Po drugie - przepis powinien być na tyle precyzyjny, aby zapewnione były jego jednolita wykładnia i jednolite stosowanie. Po trzecie - przepis powinien być tak ujęty, aby zakres jego zastosowania obejmował tylko te sytuacje, w których działający racjonalnie ustawodawca zamierzał wprowadzić regulację ograniczającą korzystanie z konstytucyjnych wolności i praw* (Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 21 kwietnia 2009 r., K 50/07, OTK-A 2009, Nr 4, poz. 51 i powołane tam orzecznictwo).

#### **Sprzeczność przepisu kwestionowanego rozporządzenia z gwarancją dobowego i tygodniowego nieprzerwanego odpoczynku pracowników**

Wątpliwości co do dopuszczalnej formy zdalnego udzielenia konsultacji, a więc to, czy do prawidłowego jej udzielenia niezbędna jest konsultacja osobista czy też wystarczająca jest zdalna – wywołują określone reperkusje w sferze prawa pracy. Mianowicie, nie pozwalają rozstrzygnąć jednoznacznie jakie przepisy prawa pracy mają zastosowanie do czasu, w którym ordynator/zastępca/kierownik oddziału pozostaje w dyspozycji do konsultacji. Przyjmując dopuszczalność wyłącznie osobistej weryfikacji zasadności odmowy przyjęcia do szpitala zastosowanie znalazłby przepis art. 95 ust. 2 ustawy *o działalności leczniczej*, zgodnie z którym **„Dyżurem medycznym jest wykonywanie poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych przez osoby, o których mowa w ust. 1, w podmiocie leczniczym wykonującym stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne”** (dyżur medyczny). Przyjmując natomiast dopuszczalność przeprowadzania konsultacji zdalnie, w drodze telefonicznej – zastosowanie znajduje art. 98 ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej*, zgodnie z którym **Pracownicy, o których mowa w art. 95 ust. 1, mogą zostać zobowiązani do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych** (pozostawanie w gotowości).

**Niezależnie od przyjętej przez pracodawcę interpretacji wskazać należy, że żaden z powyższych przepisów ustawy o działalności leczniczej nie wyłącza zastosowania art. 97 ustawy o działalności leczniczej, na mocy którego:**

1. Pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku.
2. Pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny okres odpoczynku, o którym mowa w ust. 1, powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego.
3. Pracownikowi przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego.
4. W przypadku uzasadnionym organizacją pracy pracownikowi, o którym mowa w art. 95 ust. 1, przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 24 godzin nieprzerwanego odpoczynku, udzielanego w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 14 dni.

Obowiązek – czy to pełnienia dyżuru lekarskiego – czy pozostawania w gotowości do jego pełnienia poza podmiotem leczniczym – **jest nie do pogodzenia z wymienionymi wyżej gwarancjami dobowego i tygodniowego nieprzerwanego odpoczynku lekarza.** Kwestionowane rozporządzenia w ocenie wnioskodawcy uniemożliwi ordynatorom/zastępcom ordynatorów/kierownikom oddziałów korzystanie z prawa do nieprzerwanego odpoczynku. albowiem skutkuje ustanowieniem nieznanego dotychczas ustawie **permanentnego dyżuru konsultacyjnego w podmiotach leczniczych, gdzie funkcję ordynatora wykonuje kierownik oddziału.**

Bezwzględny wymóg kwalifikowania dyżurów lekarskich jako czas pracy podkreślał Sąd Najwyższy w uzasadnieniu uchwały składu 7 sędziów z 13 marca 2008 r., gdzie wskazał, że według prawa obowiązującego w Unii Europejskiej dyżury lekarskie traktowane są jako czas pracy. Ustawodawca krajowy w art. 132 § 1 k.p. przyznał pracownikowi w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, a na mocy art. 133 § 1 k.p. prawo w każdym tygodniu do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego. Zgodnie ze stanowiskiem Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości dyrektywa nr 93/104/WE (obecnie dyrektywa nr 2003/88/WE) ma na celu ustanowienie minimalnych wymagań zmierzających do poprawy warunków życia i pracy pracowników przez zbliżanie krajowych regulacji prawnych, dotyczących w szczególności wymiaru czasu pracy, a w tym zapewnienie prawa korzystania z odpowiednich minimalnych okresów odpoczynku, w tym dobowego i tygodniowego oraz z przerw w pracy oraz ustalenie przeciętnego tygodniowego wymiaru czasu pracy maksymalnie w wysokości 48 godzin wraz z godzinami nadliczbowymi. **Dyrektywa definiuje „czas pracy” jako „każdy okres, podczas którego pracownik pracuje, jest do dyspozycji pracodawcy i wypełnia swe czynności lub obowiązki, zgodnie z przepisami krajowymi lub praktyką krajową”.** (uchwała składu 7 sędziów SN z 13 marca 2008 r., I PZP 11/07, LexPolonica nr 1855323 (OSNPUS 2008, nr 17-18, poz. 247). Definicja „czasu pracy” (art. 2 ust. 1 Dyrektywy 2003/88WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dn. 4 listopada 2003 dot. niektórych aspektów organizacji czasu pracy) została implementowana w art. 128 § 1 Kodeksu pracy i ma następującą treść: „Czasem pracy jest czas, w którym pracownik pozostaje w dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy”.

## **2. Uzasadnienie merytoryczne wniosku w zakresie punktu 2 petitum wniosku**

W pktcie 2 niniejszego wniosku wnioskodawca podnosi, iż Minister Zdrowia, wydając rozporządzenie z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. z dnia 8 kwietnia 2015 r.) przekroczył zakreślony ustawą zakres delegacji ustawowej.

Należy zaznaczyć, że rozporządzenie, jako akt wykonawczy, może zostać wydane tylko na podstawie konkretnego przepisu upoważniającego, zawartego w ustawie, ponadto upoważnienie musi mieć charakter

szczegółowy, tzn. musi „określać organ właściwy do wydania rozporządzenia i zakres spraw przekazanych do uregulowania oraz wytyczne dotyczące treści aktu” (art. 92 ust. 1 Konstytucji RP).

Sposób formułowania upoważnień znalazł bogate rozwinięcie w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego. Przyjęło ono następujące ustalenia podstawowe:

- upoważnienie musi być wyraźne: nie można domniemywać udzielenia upoważnienia, brak wyraźnego upoważnienia do uregulowania jakiejś materii należy rozumieć jako nieudzielenie upoważnienia, upoważnienie nie podlega wykładni rozszerzającej ani celowościowej;
- upoważnienie musi być ujęte w sposób odpowiadający wymaganiom szczegółowości podmiotowej (wskazanie konkretnego organu), przedmiotowej (wskazanie zakresu spraw odesłanych do uregulowania) i treściowej (wskazanie podstawowych treści tego uregulowania);
- nieprawidłowo sformułowane upoważnienie narusza art. 92 ust. 1 Konstytucji RP; daje to podstawę do uznania niekonstytucyjności (więc – uchylecia) przepisu upoważniającego, a niekonstytucyjność przepisu upoważniającego pociąga za sobą niekonstytucyjność rozporządzeń wydanych na jego podstawie.

W kontekście przepisów Konstytucji Rzeczypospolitej, a także orzecznictwa Sądu Najwyższego i Trybunału Konstytucyjnego § 13 ust. 5 rozporządzenia jest **więc wadliwy już na płaszczyźnie samego obowiązywania**. Zgodnie bowiem z art. 92 ust. 1 Konstytucji 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. (por. Proces prawotwórczy w świetle orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego, Wypowiedzi Trybunału Konstytucyjnego dotyczące zagadnień związanych z procesem legislacyjnym, Opracowanie Biura Trybunału Konstytucyjnego, Warszawa 2014).

Merytoryczną treść dyrektywną, tj. wytyczne co do treści rozporządzenia, ustawodawca unormował w art. 137 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 137 ust. 1 i 2 Minister w treści rozporządzenia wykonawczego obowiązany był określić następujące ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) przedmiot umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) sposób finansowania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) tryb ustalania kwoty zobowiązania, w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych na okres dłuższy niż rok;
- 4) zakres i warunki odpowiedzialności świadczeniodawcy z tytułu nieprawidłowego wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) przesłanki, sposób ustalania wysokości oraz tryb nakładania kar umownych;
- 6) przesłanki i tryb rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki jej wygaśnięcia.

**Zasadniczy błąd legislacyjny, jakim doknięty jest kwestionowany przepis rozporządzenia związany jest z nieprawidłową wykładnią pojęcia „warunki”, którym posługuje się art. 137 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**

Otóż pojęcie „warunki” występuje w języku polskim w dwóch zasadniczych znaczeniach:

W pierwszym znaczeniu rzeczownik ten występuje **wyłącznie w liczbie mnogiej** i odnosi się do obiektywnie rozumianych cech opisywanego przedmiotu – jak np. warunki pogodowe, warunki bytowe, warunki pracy. Pojęcie odnosi się więc niejako do **wewnętrznego** aspektu opisywanego przedmiotu.

Słownik Języka Polskiego PWN definiuje termin „warunki” w tym znaczeniu jako:

1. «okoliczności, w których ktoś żyje, działa, przebywa, w których coś się dzieje, zachodzi»
2. «zespół cech predestynujących kogoś do czegoś»



Drugie, zgoła odmienne znaczenie, występujące zarówno w liczbie pojedynczej, jak i mnogiej odpowiada znaczeniu, jakie nadaje mu np. Kodeks cywilny w art. 89 (zdarzenie przyszłe, niepewne, od którego można uzależnić powstanie lub ustanie czynności prawnej), a więc znaczeniu nie tyle cechy coś definiującej, a przesłanki coś warunkującej.

Słownik Języka Polskiego PWN definiuje termin „warunki” w tym znaczeniu jako:

1. «czynnik, od którego uzależnione jest istnienie lub zajście czegoś»

2. «zastrzeżenie w umowie, od którego spełnienia zależy zrealizowanie czegoś»

3. «we wnioskowaniu implikacyjnym: stan rzeczy, który musi zajść, aby mógł zaistnieć inny stan rzeczy»

warunek konieczny, warunek sine qua non [wym. – s-ine kwa non] «warunek, który musi być spełniony, aby mogło zajść jakieś zdarzenie»

warunek dostateczny «warunek, którego spełnienie gwarantuje zajście drugiego zdarzenia»

Pierwsze rozumienie pojęcia „warunek” odpowiada nr 3, a drugie nr 1 zacytowanego poniżej fragmentu Słownika języka polskiego Polskiej Akademii Nauk pod red. W. Doroszewskiego:

**I warunek** *m III, D.* ~nku 1. «to, od czego jest uzależnione istnienie czego innego»: Miała płaską figurę, co ją bardzo przygnębiało, w jej otoczeniu bowiem obfite kształty uchodziły za konieczny warunek urody. KRZYW. I. *Siew 14*. Oszczędność jest warunkiem dobrobytu i jedną z dźwigni postępu. PRUS *Kron. III, 39*. Talent, mowią, i bogactwo w myśli są dwa nierozdzielne dobrego pisania warunki. ŚNIAD. *Listy 142*. Δ Warunek konieczny «okoliczność, bez której następujący po niej fakt nie mógłby się zdarzyć» Δ Warunek wystarczający «okoliczność, która wystarcza jako mogąca tłumaczyć pewne następstwa»

2. «wymaganie, żądanie stawiane przy zawieraniu jakiejś umowy; zastrzeżenie, od którego spełnienia zależy dotrzymanie, zrealizowanie czego»: Nie było jednak rady, i pan Jan przystał na słone warunki. ŻER. *Prom. 117*. Umowa zawarta, warunki obgadane. GOMUL. *Wspom. 147*. W obozie królewskim przyjęto warunek, że oblężeni pod Zbarażem zapłacą chanowi kilkakrotnie sto tysięcy talarów. SIENK. *Mieszan. 134*. Jakie są pańskie ostatnie warunki, czego pan żądasz ode mnie? FREDRO J. *Żyw. 107*. Δ daw. Proszę być mi bez warunku posłuszną. TRENT. *Demon. 31*.

3. tylko w *lm* «okoliczności, w których coś się odbywa, ktoś żyje, pracuje; sytuacja wpływa-

jąca na rozwój czego»: Środowiskiem geograficznym nazywamy zespół warunków przyrodniczych występujących na jakimś określonym obszarze. RADLICH *Geogr. VIII, 305*. Przyjęto go do roboty, ale warunki pracy miał tu nie do pozazdroszczenia. MBIS. *Sześciu 30*. Mama przeżyła tyle lat w najgorszych warunkach, a ciągle się mamie zdaje, że w życiu to jak w bajce. GOJ. *Rajs. II, 6*. Będę kształcił syna w kraju. Tu ma żyć, więc niech się wychowuje w tutejszych warunkach. GRUSZ. *Ar. Tuzi 289*. Jutro (...) zaczyna się kurs jazdy na nartach; warunki mało sprzyjające, bo śniegu w pobliżu Zakopanego niewiele. *Wierchy 1924, s. 9*. Warunki mieszkaniowe.

4. tylko w *lm* «zespół cech koniecznych komu, czemu do bycia kim, czym, do wykonywania czego»: Posiadał wszelkie ku temu warunki, aby być hersztem zbójckiej bandy. CHERD. *Odr. 72*. Δ Warunki zewnętrzne «czyjś wygląd zewnętrzny, czyjaś prezencja»: Dyrektor mówił z nim przez kilka minut, obejrzał od stóp do głów i przyznał dobre warunki zewnętrzne. NOWAK. *Z. Start 32*.

5. *praw.* «zastrzeżenie, mocą którego podejmujący czynność prawną uzależnia powstanie lub ustanie skutków tej czynności od zdarzenia przyszłego i niepewnego»

pod warunkiem; *przestarz.* z warunkiem «jeżeli zostanie dopełniony jakiś warunek»: Zakochał się i oświadczył o pannę. Zgodziła się, ale pod warunkiem, że zmieni fach. BOY *Znasz. 155*. Przypuszczony zostałem do tajemnicy pod warunkiem, że z niej nic a nic przed nikim nie zdradzę. BELC. *Król 299*. Bojarowie przyciśnięci głodem wystali orędowników i poddali się z warunkiem, że ich kościół uszczerbku nie dozna. MORACZ. *Dzieje I, 195*. Δ Pod żadnym warunkiem (ktoś czegoś nie zrobi) «(ktoś czegoś nie zrobi) w żadnym wypadku, cokolwiek by mogło nakłaniać do zrobienia czegoś» // L

(*nm.* Wahrung)

W ocenie wnioskodawcy pojęcie *warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej*, którym postępuje się zacytowany wyżej przepis ustawy należy rozumieć w znaczeniu wyżej opisanym jako pierwsze (bądź nr 3 Słownika PWN). Wnioskodawca stoi więc na stanowisku, iż ustawodawca nie udzielił Ministrowi Zdrowia upoważnienia do określania przesłanek udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej pacjentowi, w tym także przesłanek odmowy udzielenia świadczenia, a jedynie do sprecyzowania „technicznych” elementów umów i określenia zasad wewnętrznych tych umów. Na zasadność rozumowania wnioskodawcy wskazuje cała pozostała treść rozporządzenia, gdzie uregulowane jest kto udziela świadczeń, w jakich pomieszczeniach, jak zorganizowana jest obsługa administracyjna świadczeń, tj. zagadnienia skrótowo rzecz ujmując odpowiadające na pytania „jak”, „gdzie”, „kiedy”, **jednak nie „czy”** (sic!).

Na marginesie warto wskazać, iż pojęcie „warunki umów”, którym postępuje się ustawa występuje w przepisach prawa stosunkowo powszechnie, jak np. ogólne warunki umów (np. ubezpieczenia), co w sposób oczywisty odnosi się do zasad uregulowania praw i obowiązków stron „wewnątrz” umowy, a nie ustanowienia przesłanek, których spełnienie umożliwia zawarcie umów.

Mając na uwadze powyższe, Minister Zdrowia, umieszczając w rozporządzeniu § 13 ust. 5 w obowiązującym brzmieniu wyszedł poza zakres delegacji ustawowej, która m. in. zgodnie z zasadą legalizmu podlega wykładni ścisłej. **Uregulowanie przesłanek, od których uzależniona jest odmowa przyjęcia dziecka do szpitala, a więc odmowę udzielenia mu świadczeń medycznych może w ocenie wnioskodawcy wynikać tylko i wyłącznie z przepisu rangi ustawowej.**

Ponadto, w ocenie wnioskodawcy kwestionowany przepis rozporządzenia narusza ustawowe wytyczne, którymi związany był Minister Zdrowia wydając akt wykonawczy. Przy określaniu bowiem powyższych elementów warunków umów, wymienionych w treści art. 137 ust. 1 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* Minister zobowiązany był kierować się **intereselem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia właściwego wykonania umów** (art. 137 ust. 2 ustawy), czego w ocenie Wnioskodawcy nie uczynił. W ocenie wnioskodawcy nie jest bowiem możliwe, aby akt wykonawczy *zmierzał do zapewnienia właściwego wykonania umów* i był *zgodny z interesem świadczeniobiorców*, a jednocześnie powodował dalece posunięte konsekwencje w postaci dezorganizacji pracy szpitali, blokowania łóżek szpitalnych poprzez zbędną hospitalizację zdrowych dzieci, a w konsekwencji ograniczenie dostępu do świadczeń medycznych grupie małoletnich pacjentów rzeczywiście wymagających opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 92 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej rozporządzenia są wydawane przez organy wskazane w Konstytucji, na podstawie szczegółowego upoważnienia zawartego w ustawie i w celu jej wykonania. Jak wynika z powyższego, **przedmiotowe rozporządzenie nie zostało wydane w celu wykonania ustawy.**

## **Podsumowanie**

Zgodnie z § 13 ust. 5 rozporządzenia, którego to niezgodności z Konstytucją RP oraz ustawami o działalności leczniczej i ustawie o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych domaga się Zarząd Krajowy Okręgowego Związku Zawodowego Lekarzy: **„Odmowa przyjęcia dziecka do szpitala wymaga uprzedniej konsultacji z ordynatorem oddziału, do którego dziecko miałoby być przyjęte, albo jego zastępcą, albo lekarzem kierującym tym oddziałem w rozumieniu art. 49 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Wynik tej konsultacji odnotowuje się w dokumentacji medycznej”**.

Kwestionowany przepis, jako dodany do projektu rozporządzenia przez Ministra Zdrowia pod wpływem nierzetelnie przekazywanych przez media masowego przekazu wydarzeń, jest niezgodny z Konstytucją RP ze względów tak formalnych (przekroczenie delegacji ustawowej), jak i materialnych (sprzeczność z przepisami prawa pracy, a także niejednoznaczność i niewykonalność).

Przekroczenie delegacji ustawowej do wydania rozporządzenia przejawia się przede wszystkim w błędnym i niedopuszczalnym rozszerzeniu znaczenia pojęcia „warunki”, jako wyznacznika zakresu przekazanych Ministrowi do uregulowania spraw. Ponadto przepis wydany został z rażącym naruszeniem ustawowych wytycznych co do treści rozporządzenia, pomija bowiem interes świadczeniobiorców.

Poza aspektem formalnym, kwestionowane rozporządzenie jest sprzeczne z Konstytucją RP, jako wydane z naruszeniem podstawowej zasady wynikającej z zasady demokratycznego państwa prawnego, tj. zasady przyzwoitej legislacji. Przepis rozporządzenia jest sformułowany w sposób niejednoznaczny, budzi szereg poważnych wątpliwości co do sposobu wykonywania codziennych czynności lekarzy dyżurujących niemal na wszystkich oddziałach szpitalnych. Prowadzi do stanu, w którym lekarze dyżurujący zobowiązani są stosować formalną procedurę z pierwszeństwem przed wskazaniem wiedzy medycznej i dobrem pacjenta; zwłaszcza w zakresie ograniczającym możliwość bezzwłocznego skierowania małoletniego pacjenta do oddziału specjalistycznego innego szpitala niż ten, w którym się stał. Ze względu na wprowadzenie przepisem rozporządzenia nazbyt rygorystycznej i nieadekwatnej do praktyki pracy oddziałów szpitalnych procedury, małoletni pacjenci szpitali zostali odcięci od szybkiej i merytorycznej oceny stanu zdrowia, a zmuszeni do wielogodzinnego oczekiwania na przyjęcie, bądź odmowę przyjęcia na oddział. Taki stan rzeczy naraża zdrowie, a niekiedy również życie małoletnich pacjentów, których zgodnie z pierwotną intencją Ministra rozporządzenie miało szczególnie chronić.

Niezależnie od powyższego, rozporządzenie w kwestionowanym zakresie jest niezgodne również z ustawą o *działalności leczniczej*, która gwarantuje lekarzom, w tym ordynatorom, zastępcom ordynatorów i kierownikom oddziałów nieprzerwany dobowy oraz tygodniowy odpoczynek. Rozporządzenie prowadzi bowiem do wprowadzenia permanentnego dyżuru lekarskiego bądź – w zależności od interpretacji przepisu – permanentnego pozostawania w gotowości do pracy.

Zarząd Krajowy

*Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy*

Przewodniczący Zarządu

*lek. Krzysztof Bukiel*

**Załączniki:**

1. **Załącznik nr 1** – odpis aktualny KRS Wnioskodawcy
2. **Załącznik nr 2** - postanowienie Sądu Okręgowego w Warszawie VII Wydział Cywilny Rejestrowy z dnia 26 czerwca 2001 roku (sygn. akt VII NsRejRoz 6/01)

3. **Załącznik nr 3** - Statut OZZL
4. **Załącznik nr 4** – postanowienie SR w Bydgoszczy z dnia 03 marca 2015 o sygn. akt BY.XIIINs-Rej.KRS/014410/14/029
5. **Załącznik nr 5** – Uchwała Zarządu Krajowego OZZL nr 03/11/2015 z dnia 20 listopada 2015 r.
6. **Załącznik nr 6** – Protokół (skrótowy) z posiedzenia ZK OZZL w dniu 20 listopada 2015r. wraz z listą obecności
7. **Załącznik nr 7** – Katalog oddziałów hospitalizujących dzieci