

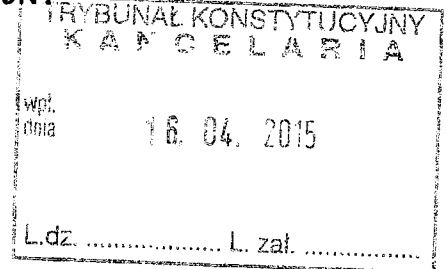


**PREZES**  
**NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**  
*Maciej Hamankiewicz*

Warszawa, 16 kwietnia 2015 r.

**TRYBUNAŁ KONSTITUCYJNY**

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



**Wnioskodawca:**

Naczelna Rada Lekarska

**reprezentowany przez:**

dr Tomasza Zalasieńskiego, radcę prawnego,  
dr hab. Marcina Matczaka, radcę prawnego,  
Kancelaria Domański Zakrzewski Palinka sp.k.  
Rondo ONZ 1  
00-124 Warszawa

**Organ, który wydał kwestionowany  
akt normatywny:**

Sejm Rzeczypospolitej Polskiej

**Inni uczestnicy postępowania:**

Prokurator Generalny

**WNIOSEK**  
**O KONTROLĘ KONSTITUCYJNOŚCI PRAWA**

Działając na podstawie art. 191 ust. 1 pkt 4 i ust. 2 w związku z art. 188 pkt 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78 poz. 483 ze zm., dalej: „Konstytucja RP”) w imieniu Naczelnej Rady Lekarskiej (dalej: „Wnioskodawca” lub „NRL”) wnoszę o stwierdzenie, że:

- 1) **przepisy art. 32a ust. 1 i 2** ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 r. Nr 210 poz. 2135 ze zm., dalej: „**Ustawa o świadczeniach**”) – w zakresie, w jakim różnicują uprawnienia lekarzy udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy udzielających świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej do wydawania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego – **są niezgodne z art. 2, art. 32 i art. 68 ust. 2 Konstytucji RP;**
- 2) **przepisy art. 32a ust. 9–11** Ustawy o świadczeniach – w zakresie, w jakim różnicują sytuację prawną lekarzy, zobowiązując lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do osiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów – **są niezgodne z art. 2, art. 32, art. 17 ust. 1 i art. 68 ust. 2 Konstytucji RP;**
- 3) **przepisy art. 32a ust. 12–14** Ustawy o świadczeniach – w zakresie, w jakim zakazują lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej wydawania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego wskutek nieosiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów ustalonego przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, a także nakładają na lekarza podstawowej opieki zdrowotnej będącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą sankcje finansowe za wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego pomimo nieosiągnięcia wymaganego wskaźnika rozpoznawania nowotworów – **są niezgodne z art. 2, art. 17 ust. 1, art. 31 ust. 3 w zw. z art. 2, art. 32 oraz art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP;**
- 4) **przepis art. 32a ust. 18** Ustawy o świadczeniach – w zakresie, w jakim zawarte w tym przepisie wytyczne co do treści rozporządzenia są niewystarczająco szczegółowe z punktu widzenia rodzaju spraw przekazywanych do uregulowania w akcie wykonawczym, a także w zakresie, w jakim upoważnienie ustawowe nie przewiduje udziału samorządu lekarskiego w procedurze określania zasad ustalania indywidualnego i wartości minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów – **jest niezgodny z art. 92 ust. 1 oraz z art. 17 ust. 1 w zw. z art. 2 Konstytucji RP;**
- 5) **przepis art. 137 ust. 2** Ustawy o świadczeniach – w zakresie, w jakim pozbawia samorząd lekarski wpływu na kształt ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, realizowanego dotąd w ramach jego konstytucyjnej funkcji reprezentowania osób wykonujących zawód zaufania publicznego i sprawowania pieczy nad jego należytym wykonywaniem w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony – **jest niezgodny z art. 17 ust. 1 w zw. z art. 2 Konstytucji RP.**

Zakres niniejszego wniosku, treść stawianych w nim zarzutów oraz wzorce kontroli konstytucyjności mają swoje podstawy w uchwale Nr 5/15/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 10 kwietnia 2015 r. w sprawie wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego<sup>1</sup>.

## UZASADNIENIE

### I. Uzasadnienie legitymacji Wnioskodawcy

Źródłem legitymacji ogólnokrajowych władz organizacji zawodowych do inicjowania przed Trybunałem Konstytucyjnym postępowania w przedmiocie kontroli zgodności ustaw z Konstytucją RP jest art. 191 ust. 1 pkt 4 Konstytucji RP. Ze względu na szczególny charakter tej legitymacji konieczne jest, aby akt normatywny będący przedmiotem wniosku dotyczył spraw objętych zakresem działania wnioskodawcy (art. 191 ust. 2 Konstytucji RP). Warunkiem skorzystania z tego uprawnienia jest zatem łączne spełnienie dwóch przesłanek – podmiotowej (wnioskodawca posiada status ogólnokrajowej władzy organizacji zawodowej) i przedmiotowej (istnieje związek pomiędzy zakresem spraw objętych wnioskiem i zakresem działania tej organizacji). Poniższe uwagi mają na celu wykazanie, że w niniejszej sprawie przesłanki te zostały spełnione.

#### 1) Kryterium podmiotowe

Status prawny NRL określają przepisy ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 2009 r. Nr 219, poz. 1708 ze zm.; dalej: „**Ustawa o izbach lekarskich**”). Zgodnie z art. 39 ust. 1 tej ustawy NRL kieruje działalnością Naczelnej Izby Lekarskiej w okresach pomiędzy krajowymi zjazdami lekarzy. NRL sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodu lekarza przez członków samorządu lekarzy, a także reprezentuje i chroni interesy zawodowe zrzeszonych w nim osób. Rada jest najwyższym organem wykonawczym samorządu lekarzy i lekarzy dentyistów, na co wskazuje jej pozycja ustrojowa i zakres kompetencji. Naczelna Izba Lekarska reprezentuje wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów na terenie całego kraju. Jednostkami terenowymi Naczelnej Izby Lekarskiej są okręgowe izby lekarskie.

Zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. 2015 r., poz. 464, tekst jedn.; dalej: „**Ustawa o zawodzie lekarza**”) wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych oraz

---

<sup>1</sup> Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej stanowi załącznik nr 1 do niniejszego wniosku.

udzielaniu porad lekarskich. Lekarz ma przy tym 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 (art. 4 Ustawy o zawodzie lekarza).

Naczelna Izba Lekarska jako jednostka organizacyjna samorządu zawodowego skupia i reprezentuje wszystkie osoby wykonujące na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zawód lekarza i lekarza dentystry, a NRL jest jej najwyższą władzą wykonawczą. NRL jest zatem ogólnokrajową władzą organizacji zawodowej, o której mowa w art. 191 ust. 1 pkt 4 Konstytucji RP.

## **2) Kryterium przedmiotowe**

Zgodnie z art. 5 Ustawy o izbach lekarskich do ustawowych zadań samorządu lekarskiego należą w szczególności: sprawowanie pieczy nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza<sup>2</sup>, opiniowanie warunków pracy i płac lekarzy, działania na rzecz ochrony zawodu lekarza, w tym występowanie w obronie godności zawodu lekarza oraz interesów indywidualnych i zbiorowych członków samorządu lekarzy, opiniowanie projektów aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu lekarza lub występowanie o ich wydanie. Istotną rolę w wypełnianiu tych zadań odgrywa Naczelna Rada Lekarska, której kompetencje i status mają charakter wykonawczy. Organ ten reprezentuje samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystry wobec organów administracji publicznej, może też przedstawiać stanowiska samorządu lekarskiego w procesie stanowienia prawa.

Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego ograniczony charakter legitymacji podmiotu występującego do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem w trybie art. 191 ust. 1 pkt 4 w zw. z ust. 2 Konstytucji RP może doprowadzić do sytuacji, w której „rozumienie *«spraw objętych zakresem działania» w kontekście ustalenia zdolności wnioskowej podmiotów mających legitymację szczególną nie będzie obejmować wszystkich zadań przyznanych im na mocy ustaw i statutów*”<sup>3</sup>. W przypadku Wnioskodawcy oznacza to, że zakres przedmiotowy wniosku powinien zostać ograniczony do „*ochrony zasad wykonywania profesji lekarza i – w konsekwencji – obrony interesów środowiska zawodowego reprezentowanego przez [tę Radę]*”<sup>4</sup>. Wnioskodawca ma świadomość ograniczeń wynikających z posiadanej legitymacji wnioskowej, dlatego zdecydował się zakwestionować jedynie te przepisy i w tym zakresie, w jakim dotyczą one uprawnień i

---

<sup>2</sup> W tym zakresie – co ważne – źródeł praw i obowiązków samorządu lekarskiego jest także art. 17 ust. 1 Konstytucji RP.

<sup>3</sup> Wyrok TK z dnia 25 czerwca 2014 r., sygn. akt K 22/13.

<sup>4</sup> Postanowienie TK z dnia 4 lutego 2013 r., sygn. akt Tw 23/12.

obowiązków zawodowych lekarzy, kształtując ich sytuację prawną w związku z wykonywanym zawodem. Przedmiotem zaskarżenia uczyniono zatem:

- **przepisy art. 32a ust. 1-2 i ust. 9-14 Ustawy o świadczeniach**, w zakresie w jakim konsekwencją ich obowiązywania jest zróżnicowanie uprawnień zawodowych lekarzy udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: „**lekarze POZ**”) i lekarzy udzielających świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (dalej: „**lekarze AOS**”). Zróżnicowanie to dotyczy uprawnień lekarzy do kierowania pacjentów do diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz skutkuje istotnym ograniczeniem swobody podejmowania przez nich decyzji terapeutycznych w tym zakresie. Nieosiągnięcie minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów jest ponadto podstawą pociągnięcia lekarza POZ do swoistej odpowiedzialności zawodowej polegającej na nałożeniu na lekarza obowiązku szkolenia, okresowym pozbawieniu go uprawnienia do kierowania pacjentów do diagnostyki i leczenia onkologicznego w tzw. „szybkiej ścieżce onkologicznej”, a także ryzyku nałożenia kary finansowej. Rozpoznawanie chorób, zapobieganie im i leczenie stanowią istotę wykonywania zawodu lekarza, przepisy art. 32a ust. 1-2, ust. 9-14 Ustawy o świadczeniach regulują kwestie dotyczące uprawnień zawodowych lekarzy, które należą niewątpliwie do spraw objętych zakresem działania NRL, jako ogólnokrajowej władzy samorządu zawodowego lekarzy. Stawiany przez Trybunał Konstytucyjny warunek wpływu kwestionowanego przepisu na zakres praw i obowiązków zawodowych lekarza<sup>5</sup> należy zatem uznać za spełniony. Wskazane przepisy – jedynie pozorne może się wydawać, że ich adresatami są wyłącznie pacjenci – nakładają bowiem na lekarzy nowe obowiązki w zakresie osiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów (art. 32a ust. 9-10), udziału w obligatoryjnym szkoleniu, którego ukończenie warunkuje przywrócenie uprawnień w zakresie wydawania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego (art. 32a ust. 11). Przepisy te wpływają również na zakres **uprawnień** lekarzy związanych z wykonywanym zawodem – ustalają różne dla lekarzy POZ i AOS przesłanki kierowania pacjentów na tzw. szybką ścieżkę diagnostyki i leczenia onkologicznego (art. 32a ust. 1-2), ograniczają uprawnienie lekarzy AOS do wydawania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (dalej: „**karta DiLO**”) jedynie do przypadków **stwierdzenia nowotworu** u pacjenta (art. 32a ust. 2 pkt 1 i 2), podczas gdy w przypadku lekarzy POZ wystarczające jest **stwierdzenie podejrzenia nowotworu** złośliwego (art. 32a ust. 1). Lekarze AOS, w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego, pozbawieni są tym samym możliwości wydawania karty DiLO. Kwestionowane przepisy pozbawiają

---

<sup>5</sup> Postanowienie TK z dnia 8 stycznia 2008 r., sygn. akt Tw 39/07

także lekarzy POZ, którzy nie osiągnęli minimalnego indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów (art. 32a ust. 9-11), prawa do wydawania karty DiLO do czasu udokumentowania ukończenia stosownego szkolenia (art. 32a ust. 13) i pod rygorem kary finansowej, jaką NFZ może nałożyć na świadczeniodawcę wskutek naruszenia tego zakazu (art. 32a ust. 14);

- **przepis art. 32a ust. 18 Ustawy o świadczeniach**, w zakresie w jakim określa tryb ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów i wartości minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów. Kwestionowany przepis przewiduje, że wskaźniki, o których mowa, określa w drodze rozporządzenia minister właściwy do spraw zdrowia – z pominięciem koniecznego w ocenie Wnioskodawcy udziału samorządu lekarskiego, jako podmiotu opiniującego projekt rozporządzenia przed jego wydaniem przez ministra. Stosowanie w praktyce indywidualnego i minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów znajduje bezpośrednie przełożenie na sposób wykonywania zawodu lekarza, stanowiąc podstawę ograniczania uprawnień zawodowych lekarzy POZ do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego. Ma również wpływ na stopień zróżnicowania tych uprawnień po stronie lekarzy POZ i lekarzy AOS – im niższa wartość minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, którego osiągnięcie warunkuje posiadanie przez lekarza POZ uprawnień do kierowania pacjentów do diagnostyki i leczenia onkologicznego w tzw. szybkiej ścieżce, tym dalej idące jest zróżnicowanie ich sytuacji prawnej w stosunku do lekarzy AOS. Podobnie w przypadku sposobu ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów – im bardziej rygorystyczny algorytm jego określania, tym większe ryzyko nieosiągnięcia jego minimalnej wartości, a w konsekwencji dalej idące zróżnicowanie zakresu uprawnień lekarzy POZ i AOS. Procedura ustalania ww. wskaźników leży więc w sferze spraw objętych działaniem NRL jako ogólnokrajowej władzy organizacji zawodowej lekarzy, a brak udziału samorządu lekarskiego w tej procedurze negatywnie wpływa na możliwość i zakres wykonywania zadań samorządu, w tym przede wszystkim sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu, o której mowa w art. 17 ust. 1 Konstytucji RP;
- **przepis art. 137 ust. 2 Ustawy o świadczeniach** upoważnia ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: „OWU”), zobowiązując go przy tym do kierowania się interesem świadczeniobiorców i koniecznością zapewnienia właściwego wykonania umów. Zaskarżony przepis pozbawia samorząd lekarski wpływu na kształt OWU, realizowanego dotąd w ramach jego konstytucyjnej funkcji reprezentowania osób wykonujących zawód zaufania publicznego i sprawowania

pieczy nad należyтым wykonywaniem tego zawodu. Wnioskodawca bynajmniej nie kwestionuje przy tym przyjętego przez Trybunał Konstytucyjny stanowiska, zgodnie z którym stroną umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są nie tylko lekarze, ale także inne – niebędące lekarzami – podmioty zaliczane do kategorii świadczeniodawców<sup>6</sup>. Uzasadnieniem legitymacji NRL nie jest w tym przypadku teza, że niektórzy członkowie samorządu lekarskiego wykonują zawód w formie praktyki lekarskiej lub podmiotu leczniczego, co pozwala kwalifikować ich jako świadczeniodawców w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, a więc stroną umowy zawieranej z NFZ na podstawie OWU. W niniejszej sprawie związek pomiędzy funkcją Rady, jako ogólnokrajowej władzy organizacji zawodowej, a trybem określania OWU sprowadza się do wpływu, jaki ma kształt tych ostatnich na sytuację prawną członków samorządu lekarskiego i sposób wykonywania przez nich zawodu lekarza. Zgodnie z art. 137 ust. 1 Ustawy o świadczeniach OWU obejmują m.in. warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, sposób ich finansowania oraz przesłanki, sposób ustalania wysokości i tryb nakładania kar umownych. Po pierwsze – OWU określają zasady odpowiedzialności za udzielanie lub zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby zatrudnione u świadczeniodawców oraz za szkody powstałe, także u osób trzecich, w związku z udzielaniem lub zaniechaniem ich udzielania. W tym zakresie kształtują zatem sytuację prawną zarówno lekarzy będących świadczeniodawcami w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 r. Nr 112, poz. 654; dalej: „**Ustawa o działalności leczniczej**”), jak i lekarzy zatrudnionych u świadczeniodawców, od których wypłacone kwoty odszkodowania mogą być dochodzone w trybie regresu. Po drugie – istnieje ścisły związek pomiędzy regulacją art. 32a ust. 14 Ustawy o świadczeniach a treścią OWU. Za kierowanie pacjentów na tzw. szybką ścieżkę diagnostyki i leczenia onkologicznego pomimo nieosiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów przez lekarza POZ NFZ może bowiem nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną w wysokości określonej w umowie. Jednocześnie OWU określają maksymalną wysokość kary umownej za każde stwierdzone naruszenie danego rodzaju, w tym za naruszenia polegające na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do ich udzielania. Ze względu na występujące w praktyce zjawisko przenoszenia na lekarzy w trybie regresu kar umownych nakładanych na świadczeniodawców przez NFZ, istnieje uzasadniona potrzeba obrony interesów środowiska zawodowego reprezentowanego przez NRL,

---

<sup>6</sup> Wyrok TK z dnia 25 czerwca 2014 r., sygn. akt K 22/13

realizowanej w poprzednim stanie prawnym – co należy podkreślić – w trybie negocjacji na etapie projektowania OWU.

Zdaniem Wnioskodawcy istnieje ścisły związek pomiędzy zakresem zaskarżenia przyjętym w ramach niniejszego wniosku a sprawami objętymi zakresem działania Naczelnej Rady Lekarskiej, jako ogólnokrajowej władzy organizacji zawodowej. Przepisy, których konstytucyjność kwestionuje Wnioskodawca dotyczą m.in. interesów członków samorządu lekarskiego i w tym zakresie zostały we wniosku zakwestionowane. Tym samym wymóg stawiany przez art. 191 ust. 2 Konstytucji RP należy uznać za spełniony.

Wnioskodawca zauważa ponadto, że kwestionowane przepisy Ustawy o świadczeniach pociągają za sobą także niekorzystne skutki dla praw i wolności pacjentów, w szczególności ich prawa do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji RP) oraz równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP). Uwagi te Wnioskodawca czyni jednak jedynie w niezbędnym zakresie, na marginesie argumentacji dotyczącej wpływu kwestionowanej regulacji na zasady wykonywania zawodu lekarza, bacząc by nie wykroczyć poza zakres posiadanej ograniczonej legitymacji wnioskowej.

## **II. Uzasadnienie zarzutów Wniosku**

### **1. Zróżnicowanie uprawnień lekarzy POZ i AOS do wydawania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (art. 32a ust. 1 i 2 Ustawy o świadczeniach) w świetle przepisów art. 2, art. 32 i art. 68 ust. 2 Konstytucji RP**

Zgodnie z art. 32a ust. 1 Ustawy o świadczeniach świadczeniobiorca, u którego lekarz POZ **stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego** ma prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, bez skierowania. Z kolei w myśl art. 32a ust. 2 Ustawy o świadczeniach, prawo do leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego bez skierowania ma świadczeniobiorca, u którego w wyniku diagnostyki onkologicznej **stwierdzono nowotwór złośliwy** lub u którego lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych **stwierdził nowotwór złośliwy**.

Dokonane w ten sposób zróżnicowanie podstawy wydania karty DiLO przez lekarza POZ i lekarza AOS prowadzi – w ocenie Wnioskodawcy – do naruszenia art. 32 Konstytucji RP, ze względu na nieuzasadnione pozbawienie lekarzy AOS możliwości wydania karty DiLO w związku z podejrzeniem nowotworu złośliwego, a także art. 68 ust. 2 Konstytucji RP w zakresie, w jakim różnicuje sytuację prawną pacjentów pobierających świadczenia u lekarza



POZ i lekarza AOS. W tym miejscu należy zauważyć, że Wnioskodawca przywołuje we wniosku przepis art. 68 ust. 2 Konstytucji RP w zakresie, w jakim pełni on funkcję normy programowej, wyznaczającej ustawodawcy obowiązek zapewnienia obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>7</sup>. Z uwagi na nieuzasadnione zróżnicowanie uprawnień lekarzy POZ i AOS obowiązek ten nie został przez ustawodawcę zrealizowany.

Z treści przepisów art. 32a ust. 4 w zw. z art. 32a ust. 1 i 2 pkt 2 Ustawy o świadczeniach wynika, że uprawnienie lekarza POZ i lekarza AOS do wydania karty DiLO (a pacjenta tych lekarzy – do jej otrzymania) powstaje na podstawie różnych przesłanek. W przypadku lekarza POZ wystarczy jedynie podejrzenie nowotworu złośliwego, podczas gdy lekarz AOS musi stwierdzić jego istnienie na podstawie badania histopatologicznego. Lekarz AOS nie może zatem wydać karty DiLO uprawniającej do udziału w tzw. szybkiej ścieżce onkologicznej na podstawie samego podejrzenia nowotworu. Z punktu widzenia konstytucyjnej zasady równości oraz równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wątpliwa jest sytuacja, w której pacjent lekarza AOS z podejrzeniem nowotworu złośliwego musi być diagnozowany poza tzw. szybką ścieżką onkologiczną lub odsyłany do lekarza POZ uprawnionego do wydania karty DiLO w związku z podejrzeniem nowotworu. Skutkuje to nieuzasadnionym opóźnieniem diagnostyki i leczenia pacjentów, w których przypadku podejrzenie nowotworu złośliwego pojawiło się u lekarza AOS, a nie jest on w stanie stwierdzić nowotworu.

Ze specyfiki złośliwych chorób nowotworowych wynika, że w ich diagnostyce i leczeniu czas jest wartością kluczową. Dlatego – zgodnie z uzasadnieniem ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (dalej: „**Nowelizacja**”) – celem wprowadzanych zmian było stworzenie „*ukierunkowanej ścieżki pacjenta, [która] nie tylko doprowadzi do przyspieszenia postawienia rozpoznania, lecz również do ograniczenia powtórnych badań oraz liczby wizyt*”. Skutki analizowanej regulacji są zgoła przeciwne. Niejednokrotnie bowiem zdarza się, że lekarz AOS podejrzewa nowotwór, który do jednoznacznego rozpoznania wymaga pogłębionej diagnostyki obrazowej (TK, NMR, PET) lub badań histopatologicznych (np. wycinek płuca w przypadku pulmonologa). Może on wówczas skierować pacjenta do lekarza POZ celem wystawienia karty DiLO umożliwiającej przystąpienie do tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej albo – co wynika z niemożności wystawienia karty DiLO przez lekarza AOS na podstawie samego tylko podejrzenia nowotworu złośliwego – zlecić stosowne badania

---

<sup>7</sup> Na temat charakteru prawnego art. 68 ust. 2 Konstytucji RP – zob. J. Trzcinski, komentarz do art. 68 Konstytucji RP, [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, red. L. Garlicki, Wydawnictwo Sejmowe, s. 3.

diagnostyczne w zwykłym trybie, gdzie czas oczekiwania nierzadko liczy się w miesiącach<sup>8</sup>. W obu przypadkach wydłuża się proces diagnostyki i leczenia – albo ze względu na konieczność udania się przez pacjenta do lekarza POZ po wydanie karty DiLO, albo z uwagi na prowadzenie diagnostyki poza tzw. szybką ścieżką. Ponadto, co stwarza ryzyko dodatkowego odsunięcia leczenia w czasie, lekarz POZ nie musi podzielić zakomunikowanego mu przez świadczeniobiorcę podejrzenia postawionego przez lekarza AOS. Nie każdy też lekarz POZ będzie miał prawo do wystawiania kart DiLO, np. wskutek nieosiągnięcia minimalnego wskaźnika wykrywania nowotworów. Problem ten może się uwidocznić zwłaszcza na tych obszarach, gdzie świadczeniodawców POZ jest niewielu, a ich siedziby znajdują się w znacznym wzajemnym oddaleniu. Skutkiem tego może być sytuacja, w której pacjent nie otrzymał karty DiLO, gdyż lekarz AOS jedynie podejrzewał nowotwór złośliwy, a lekarz POZ nie może wystawić takiej karty z uwagi na zakaz administracyjny. Wówczas pacjent, któremu lekarz AOS zakomunikował podejrzenie nowotworu złośliwego, a lekarz POZ brak możliwości wydania karty z uwagi na zakaz, zmuszony będzie do zmiany lekarza POZ i poszukiwania takiego, który posiada stosowane uprawnienia. W ten sposób zamiast szybkiej ścieżki stworzona zostaje bariera administracyjna, która skutkuje ograniczeniem dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przyczyną powstania tej bariery jest nieuzasadnione zróżnicowanie uprawnień lekarzy POZ i AOS.

W ocenie Wnioskodawcy trudne do uzasadnienia jest ograniczenie możliwości wydawania kart DiLO przez lekarzy AOS w sytuacji stwierdzenia podejrzenia nowotworu złośliwego.

Z tej przyczyny w zakresie, w jakim art. 32a ust. 1-2 Ustawy różnicuje uprawnienia lekarzy POZ i lekarzy AOS, a w konsekwencji prowadzi do niewywiązania się ustawodawcy z obowiązku zagwarantowania pacjentom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przepis ten należy uznać za niezgodny z art. 32 i art. 68 ust. 2 Konstytucji RP.

Podstawą zróżnicowania uprawnień lekarzy AOS i POZ – jak wynika ze stanowiska rządu prezentowanego w toku prac nad Nowelizacją nadającą aktualną treść przepisom art. 32a ust. 1 i 2 – stanowi poziom posiadanego przez nich przygotowania do rozpoznawania nowotworów. Założeniem, które legło u podstaw dokonanego zróżnicowania było, że lekarz AOS dysponuje wiedzą, doświadczeniem i infrastrukturą niezbędnymi do stwierdzenia nowotworu, a lekarz POZ – nie. Wobec tego podejrzenie nowotworu, jako podstawę skierowaną na tzw. szybką ścieżkę onkologiczną, zarezerwowano dla lekarzy POZ, będących lekarzami pierwszego kontaktu wyspecjalizowanymi w zakresie medycyny

---

<sup>8</sup> Por. Uwagi Lubelskiego Uniwersytetu Medycznego do Projektu ustawy: „Dotrzymanie wymaganego terminu na badania diagnostyczne MR, CT uzależnione jest od poziomu finansowania tych świadczeń przez NFZ. Dotychczas kolejka oczekujących na powyższe świadczenia wynosi powyżej 4 miesięcy”.

rodzinnej i ogólnej. Kryterium to uznać należy jednak za nieadekwatne. Nie ma bowiem podstaw do tezy, że przygotowanie lekarza specjalisty laryngologa, ortopedy lub alergologa w zakresie rozpoznawania nowotworów jest istotnie lepsze od przygotowania posiadanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ze specjalizacją z zakresu medycyny rodzinnej lub ogólnej.

Dokonane w art. 32a ust. 1 i 2 Ustawy zróżnicowanie przesłanek wydania karty DiLO, skutkujące wymogiem stwierdzenia nowotworu przed skierowaniem pacjenta do diagnostyki i leczenia w ramach tzw. szybkiej ścieżki, ma istotne znaczenie z punktu widzenia obowiązku lekarza AOS wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób oraz w zgodzie z zasadami etyki zawodowej i z należytą starannością (art. 4 Ustawy o zawodzie lekarza). Konflikt pomiędzy tymi obowiązkami a zakresem uprawnień lekarza AOS do wydawania karty DiLO będzie miał miejsce w każdej sytuacji, gdy pomimo dołożenia należytej staranności lekarz AOS z przyczyn subiektywnych (brak określonych umiejętności praktycznych) lub obiektywnych (względy ekonomiczne, organizacyjne, techniczne) nie będzie w stanie stwierdzić nowotworu złośliwego, ani wystawić karty DiLO u pacjenta, u którego występowanie takiego nowotworu podejrzewa. Biorąc pod uwagę mechanizm kierowania na tzw. szybką ścieżkę onkologiczną ukształtowany przez znowelizowane przepisy Ustawy o świadczeniach, ryzyko wystąpienia takiej sytuacji jest szczególnie wysokie w przypadku lekarza specjalisty niebędącego onkologiem. Najczęściej jedynie lekarz posiadający specjalizację w dziedzinach onkologicznych dysponuje wiedzą medyczną i zapleczem organizacyjnym pozwalającymi na postawienie pewnej diagnozy nowotworu złośliwego. Zdarza się również, że lekarz posiadający specjalizację onkologiczną nie jest w stanie od razu postawić rozpoznania nowotworu złośliwego, mimo istnienia jego podejrzenia, także on w świetle zaskarżonych przepisów nie może wystawić karty DiLO. Lekarz AOS o porównywalnym stopniu przygotowania do rozpoznawania nowotworów, co lekarz POZ (np. laryngolog, alergolog, okulista) jest pozbawiony możliwości postępowania w zgodzie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania i rozpoznawania chorób, ilekroć wskutek podejrzenia istnienia pilnej potrzeby skierowania pacjenta do szybkiej diagnostyki onkologicznej będzie musiał zaordynować działania służące potwierdzeniu tego podejrzenia w zwykłym, nieprzyspieszonym i limitowanym trybie, bez wystawienia karty DiLO, bądź odesłać w tym celu pacjenta do lekarza POZ.

Zróżnicowanie lekarzy POZ i AOS wprowadzane przez art. 32a ust. 1-2 Ustawy o świadczeniach skutkuje istotnym zróżnicowaniem sytuacji prawnej pacjentów. Adresatami kwestionowanych przepisów są trzy grupy świadczeniobiorców:

- świadczeniobiorcy, u których lekarz POZ stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego,
- świadczeniobiorcy, u których lekarz AOS lub lekarz udzielający świadczeń szpitalnych stwierdził nowotwór złośliwy,
- świadczeniobiorcy, u których w wyniku diagnostyki onkologicznej stwierdzono nowotwór złośliwy.

Poza tymi grupami pacjentów – objętych zakresem art. 32a ust. 1 i 2 Ustawy o świadczeniach – pozostają osoby, u których podejrzenie nowotworu złośliwego stwierdził lekarz AOS. W ich przypadku oczekiwanie na diagnostykę diametralnie się wydłuża, a jedyną tego przyczyną jest fakt, że podejrzenie nowotworu zostało stwierdzone przez lekarza AOS, a nie POZ. Problem ten sygnalizowano – bezskutecznie – w toku prac nad Nowelizacją Ustawy o świadczeniach, która nadała obowiązującą treść przepisom art. 32a ust. 1 i 2 Ustawy o świadczeniach<sup>9</sup>.

Życie i zdrowie pacjentów, u których lekarz AOS podejrzewa nowotwór, nie mogąc go stwierdzić bez uprzedniego przeprowadzenia odpowiednich badań diagnostycznych, jest zagrożone wskutek wadliwego ukształtowania kompetencji lekarzy AOS. Konieczność wpisania się na listę oczekujących do lekarza POZ (uzyskanie przez pacjenta porady w dniu zgłoszenia nie zawsze jest możliwe – w placówkach publicznych zdarza się to w zaledwie 17% przypadków<sup>10</sup>) lub poddania diagnostyce poza tzw. szybką ścieżką, istotnie zmniejsza szanse na skuteczną i szybką terapię onkologiczną, w której czas bywa często czynnikiem decydującym o przeżyciu pacjenta. Z tych względów – z uwagi na trudne do uzasadnienia w świetle wartości konstytucyjnych zróżnicowanie praw i obowiązków lekarzy POZ i AOS – przepisy art. 32a ust. 1 – 2 Ustawy o świadczeniach uznać należy za niezgodne z art. 32 i art. 68 ust. 2 Konstytucji RP.

Przepisy te godzą również w wyrażoną w art. 2 Konstytucji RP zasadę państwa prawnego, w szczególności wynikającymi z niej standardami zaufania obywateli do państwa i prawidłowej legislacji. Uzasadniając naruszenie przez przepisy art. 32a ust. 1 i 2 standardów państwa prawnego należy odwołać się do poglądów Trybunału Konstytucyjnego wyrażonych w orzeczeniu K 14/03<sup>11</sup>, gdyż mają one istotne znaczenie również w niniejszej sprawie. W orzeczeniu tym Trybunał Konstytucyjny – badając zgodność z Konstytucją RP ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz analizując treść

<sup>9</sup> „Podejrzenie nowotworu złośliwego może stwierdzić nie tylko lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, ale także każdy inny lekarz, zwłaszcza specjalista onkolog. W świetle zaproponowanego rozwiązania świadczeniobiorca, u którego podejrzenie nowotworu złośliwego stwierdził lekarz specjalista nie będzie mógł skorzystać z przywilejów posiadania karty [DiLO]. Ewentualnie będzie on mógł udać się do lekarza POZ po wydanie takiej karty, niemniej jednak takie rozwiązanie jedynie wydłuży proces diagnostyki i leczenia” (uwagi BCC do Nowelizacji).

<sup>10</sup> M. Nowicka, *Prawo do ochrony zdrowia. Raport z monitoringu*, Warszawa 2002.

<sup>11</sup> Orzeczenie TK z 7 stycznia 2004 r., sygn. K 14/03.

obowiązków państwa związanych z kształtowaniem systemu ochrony zdrowia – stwierdził, że „z obowiązku rzeczywistego zapewnienia przez władze publiczne warunków realizacji prawa do ochrony zdrowia, które nie może być traktowane jako uprawnienie iluzoryczne, bądź czysto potencjalne, wynika jednak wymaganie, że system ten – jako całość – musi być efektywny.”<sup>12</sup>. Zdaniem TK ustawodawca „(...) nie może wprowadzać – w ramach tego systemu – modelu pozwalającego na dyferencjację świadczeń w przypadku występowania podobnych potrzeb zdrowotnych”<sup>13</sup>. W zakresie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych „nie chodzi o dostępność jedynie formalną, [...] ale o dostępność rzeczywistą, stanowiącą realizację określonego w ust. 1 art. 68 Konstytucji prawa do ochrony zdrowia”<sup>14</sup>. Ustawodawca nie może zatem – wbrew art. 2 Konstytucji RP – stworzyć instytucji i mechanizmów prawnych prowadzących do paraliżu, czy zjawisk dysfunkcji, w szczególności w zakresie dotyczącym realizacji podstawowych praw i wolności konstytucyjnych jednostki<sup>15</sup>.

Dokonując analizy treści przepisów art. 32a ust. 1 i 2 Ustawy o świadczeniach, a także dalszych przepisów art. 32a ust. 9 – 14 tej Ustawy należy zauważyć, że prawodawca poprzez wadliwą regulację praw i obowiązków lekarzy stworzył mechanizm dysfunkcyjny, system wewnętrznie niespójny, niezdolny do realizacji podstawowych celów ustawy. System, w którym:

- wzmożona czujność onkologiczna po stronie lekarza POZ – zbieżna z celami ustawy, ale prowadząca siłą rzeczy do mniejszej skuteczności rozpoznań – doprowadzi go do odebrania prawa do wydawania karty DiLO, a nawet kar finansowych;
- wyklucza się wzmożoną czujność onkologiczną po stronie lekarza AOS, który pozbawiony jest prawa wydania karty DiLO w sytuacji stwierdzenia podejrzenia nowotworu złośliwego, jest trudny do pogodzenia z punktu widzenia art. 2 Konstytucji RP w zw. z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP.

Powyższa uwaga dotycząca zgodności art. 2 Konstytucji RP odnosi się w sposób całościowy do regulacji art. 32a ust. 1 i 2, a także ust. 9-11 (omówionych szerzej w pkt 2 poniżej) i ust. 12-14 (omówionych w pkt 3 poniżej) Ustawy o świadczeniach.

---

<sup>12</sup> Orzeczenie TK jw.

<sup>13</sup> Orzeczenie TK jw.

<sup>14</sup> Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03.

<sup>15</sup> Orzeczenie TK jw., a także K33/00 OTK 2001/7/217.

## 2. Zróżnicowanie sytuacji prawnej lekarzy przez zobowiązanie lekarzy POZ do osiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów (art. 32a ust. 9-11 Ustawy o świadczeniach) w świetle art. 2, art. 32, art. 17 ust. 1 i art. 68 ust. 2 Konstytucji RP

Zgodnie z art. 32a ust. 9 Ustawy o świadczeniach lekarz POZ może wydać kartę DiLO jeżeli ustalony dla niego indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów nie jest niższy niż minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów. Właściwym do ustalenia wskaźnika i poinformowania o nim lekarza POZ jest wojewódzki oddział NFZ, z którym lekarz POZ lub świadczeniodawca POZ, u którego lekarz ten udziela świadczeń zawarł umowę. Wskaźnika tego nie ustala się jedynie w sytuacji, gdy od rozpoczęcia wydawania przez lekarza POZ kart DiLO liczba świadczeniobiorców, którym ten lekarz wydał karty oraz którym wykonano diagnostykę onkologiczną i postawiono rozpoznanie, nie przekroczyła 30.

Sposób ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów określa §2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów (dalej: „**Rozporządzenie MZ**”), zgodnie z którym jest on ustalany raz w miesiącu jako iloraz:

- 1) liczby świadczeniobiorców, którym lekarz POZ wydał kartę DiLO, którym w okresie 12 miesięcy poprzedzających o dwa miesiące miesiąc, dla którego wskaźnik jest ustalany, w wyniku diagnostyki onkologicznej rozpoznano nowotwór złośliwy, z wyjątkiem nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka skóry, oraz
- 2) liczby świadczeniobiorców, którym lekarz POZ wydał kartę DiLO, którym w okresie 12 miesięcy poprzedzających o dwa miesiące miesiąc, dla którego wskaźnik jest ustalany, wykonano diagnostykę onkologiczną i postawiono rozpoznanie.

Z kolei minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów, zgodnie z §3 Rozporządzenia MZ, wynosi 1/15. Oznacza to, że wskaźnik jest osiągnięty, gdy co najmniej u jednego na piętnastu pacjentów, którym lekarz POZ wydał kartę DiLO rozpoznano nowotwór złośliwy (z wyjątkiem nowotworów skóry bez czerniaka skóry).

Indywidualny i minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów odnosi się wyłącznie do lekarzy POZ. W zamyśle ustawodawcy instytucja wskaźnika miała być zapewne instrumentem zabezpieczającym przed nadmiernym i nieuzasadnionym sięganiem po nielimitowane świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego. Cel ten nie uzasadnia jednak dokonanego zróżnicowania sytuacji prawnej lekarzy POZ i AOS, którego skutkiem jest wątpliwa w świetle konstytucyjnej zasady równości dyskryminacja tych

pierwszych, a także – poprzez samo wprowadzenie wskaźnika – podporządkowanie ocen i diagnostyki lekarskiej administracyjnie wyznaczanym wskaźnikom statystycznym.

Ograniczenie to prowadzi do dyskryminacji tej grupy lekarzy POZ, która dotknięta jest – ze względu na konsekwencje funkcjonowania wskaźnika – skutkami prawnymi nieosiągnięcia jego minimalnego poziomu.

Jak wynika z orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego, *„różnicowanie sytuacji prawnej obywateli jest wtedy sprzeczne z konstytucją, jeżeli traktuje się w sposób różny podmioty lub sytuacje podobne, a takie różnice traktowania nie znajdują należytego uzasadnienia konstytucyjnego. [...] Wszelkie odstępstwa od nakazu równego traktowania podmiotów podobnych muszą zawsze znajdować podstawę w odpowiednio przekonujących kryteriach”*<sup>16</sup>. Zdaniem Trybunału kryteria te muszą:

- być relewantne, czyli pozostawać w bezpośrednim związku z celem i zasadniczą treścią przepisów, w których zawarta jest dana norma oraz służyć realizacji tego celu i treści (wprowadzane różnicowania muszą mieć charakter racjonalnie uzasadniony);
- być proporcjonalne, a więc waga interesu, któremu ma służyć różnicowanie sytuacji adresatów normy, musi pozostawać w odpowiedniej proporcji do wagi interesów, które zostaną naruszone w wyniku nierównego potraktowania podmiotów podobnych;
- pozostawać w związku z innymi wartościami, zasadami czy normami konstytucyjnymi uzasadniającymi odmienne traktowanie podmiotów podobnych.

Analizowane przepisy art. 32a ust. 9-11 Ustawy o świadczeniach nie odpowiadają wymienionym wymogom. Różnicowanie przebiega w oparciu o kryterium rodzaju świadczeń udzielanych przez daną grupę lekarzy: lekarze udzielający świadczeń z zakresu POZ są zobowiązani do osiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, a lekarze AOS i lekarze udzielający świadczeń szpitalnych – nie. Kryterium to nie jest – po pierwsze – relewantne, nie służy bowiem realizacji zasadniczego celu wprowadzonych Nowelizacją przepisów. Z uzasadnienia Projektu wynika, że ustawa *„ma na celu poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów”*, w tym *„poprawę standardu opieki nad pacjentem onkologicznym”*, a *„projektowane rozwiązania mają na celu zapewnienie kompleksowej opieki na każdym etapie choroby nowotworowej”*, gdyż *„przeżywalność pacjentów onkologicznych jest uzależniona przede wszystkim od wczesnego wykrycia nowotworu złośliwego w możliwie jak najwcześniejszym jego stadium”*.

Zobowiązanie lekarzy POZ do osiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów nie pozostaje bez wpływu na decyzje podejmowane przez nich w związku z

---

<sup>16</sup> Zob. Wyrok TK z dnia 16 grudnia 1997 r., sygn. akt K 8/97.

podejrzeniem występowania nowotworu. Nietrudno wszak wyobrazić sobie sytuację, w której lekarz będzie się wahał przed wydaniem pacjentowi karty DiLO w obawie przed skutkami przekroczenia minimalnego wskaźnika w razie niepotwierdzenia postawionego przez niego podejrzenia. Jest to tym bardziej istotne z punktu widzenia nieuniknionej praktyki „odsyłania” pacjentów z podejrzeniem nowotworu przez lekarzy AOS do lekarzy POZ w nadziei, że świadczeniobiorca zostanie skierowany na tzw. szybką ścieżkę onkologiczną celem ewentualnego jak najwcześniejszego rozpoznania choroby. Konsekwencje funkcjonowania analizowanego mechanizmu stoją więc w sprzeczności z zakładanym celem ich wprowadzenia Nowelizacji. Wymuszona przez mechanizm „wskaźnikowy” powściągliwość lekarzy POZ w wydawaniu kart DiLO może skutkować zmniejszeniem liczby pacjentów zasadnie kierowanych na szybką ścieżkę diagnostyki onkologicznej, godząc w konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia i zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wyrażoną w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Wprowadzenie wskaźnika oraz skutki prawne związane z jego nieosiągnięciem przez lekarza POZ istotnie ingerują w swobodę wykonywania zawodu, zachęcając do nadmiernej powściągliwości w wystawianiu kart DiLO. Regulacja ta przeczy zatem podstawowemu celowi wprowadzenia pakietu onkologicznego, jakim była właśnie wzmożona czujność onkologiczna i ochrona pacjenta zagrożonego nowotworem złośliwym.

Funkcjonowanie kwestionowanego mechanizmu wskaźnikowego ingeruje również w prawa i obowiązki samorządu lekarskiego określone w art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, związane ze sprawowaniem pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu lekarza. Na straży jego realizacji – w świetle Konstytucji – stoją organy samorządu zawodowego lekarzy, a zwłaszcza NRL. Z tej perspektywy wątpliwe konstytucyjnie jest administracyjne wyznaczanie statystycznego wskaźnika trafności decyzji lekarskich i ograniczanie uprawnień zawodowych w związku z jego nieosiągnięciem. Zasadniczą treścią wykonywania zawodu lekarza jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, tj. rozpoznawanie, zapobieganie i leczenie chorób. Zgodnie z art. 4 Ustawy o zawodzie lekarza, wszelkie decyzje w tym zakresie powinien on podejmować w oparciu o wskazania aktualnej wiedzy medycznej, dostępne mu metody i środki oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej i z należytą starannością. Owa „należytość” wykonywania zawodu lekarza zakłada więc istnienie swobody w zakresie diagnozy. Źródłem tej swobody są posiadane przez lekarzy kompetencje i przymiot zawodu zaufania publicznego. Wobec tego podejmowana przez lekarza decyzja co do sposobu postępowania z diagnozowanym lub leczonym pacjentem powinna bazować na obiektywnych i naukowo uzasadnionych przesłankach medycznych, a centralną wartością, której ochronie ma służyć jest dobro pacjenta. Dotyczy to w równym stopniu wszystkich lekarzy, zatem wprowadzenie w art. 32a ust. 9-11 Ustawy o świadczeniach ograniczeń praw lekarzy POZ w zakresie



kierowania pacjentów do szybkiej diagnostyki onkologicznej, które to ograniczenia bazują na kryteriach zupełnie irrelevantnych z punktu widzenia zabezpieczenia tej wartości uznać należy za sprzeczne z art. 32, art. 17 ust. 1, a także art. 68 ust. 2 Konstytucji RP.

Ponadto należy zauważyć, że cel wprowadzenia wskaźników, o których mowa, tj. ograniczenie nadmiernego wydawania kart DiLO – poza kwestią ingerencji w swobodę wykonywania zawodu lekarza – jest sprzeczny z celem regulacji. Wprowadza bowiem instytucję „limitowania nielimitowanych świadczeń”, która stawia lekarza POZ w sytuacji, że czujność onkologiczna, pojmowana jako uzasadniona aktualnym stanem wiedzy medycznej powinnośc skierowania pacjenta na odpowiednie badania w razie podejrzenia nowotworu złośliwego, może skutkować negatywnymi konsekwencjami zawodowymi i finansowymi.

W zakresie dotyczący naruszenia przez art. 32a ust. 9 – 11 norm i zasad wynikających z art. 2 Konstytucji RP, w szczególności zasady zaufania obywateli do państwa i standardów prawidłowej legislacji argumentacja przytoczona w punkcie powyżej zachowuje swoją aktualność.

W świetle powyższych ustaleń art. 32a ust. 9-11 Ustawy o świadczeniach w zakresie, w jakim różnicują sytuację prawną lekarzy POZ, lekarzy AOS i lekarzy udzielających świadczeń szpitalnych przez zobowiązanie jedynie pierwszych z nich do osiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów są niezgodne z art. 2, art. 32, art. 17 ust. 1 i art. 68 ust. 2 Konstytucji RP.

### **3. Pozbawienie lekarzy POZ uprawnienia do wydawania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wskutek nieosiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów i możliwość wymierzenia przez NFZ kary umownej za ich wydawanie pomimo trwania zakazu (art. 32a ust. 12-14 Ustawy o świadczeniach) w świetle art. 2, art. 17 ust. 1, art. 31 ust. 3 w zw. z art. 2, art. 32 oraz art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP**

Przepisy art. 32a ust. 12-14 Ustawy o świadczeniach określają skutki nieosiągnięcia przez lekarza POZ minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów: obowiązek udziału w szkoleniu; wyłączenie uprawnienia do wydawania kart DiLO do czasu jego ukończenia oraz karę umowną, jaką może nałożyć NFZ za wydawanie przez lekarza POZ kart w okresie pomiędzy przekroczeniem minimalnego wskaźnika a udokumentowaniem zakończenia szkolenia.

Z punktu widzenia konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia oraz zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wyrażonych w art. 68 ust.1 i 2 Konstytucji RP szczególne znaczenie ma przewidziany w art. 32a ust. 13 Ustawy zakaz wydawania przez lekarza POZ kart DiLO od dnia otrzymania od oddziału wojewódzkiego NFZ informacji o nieosiągnięciu minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów i obowiązku odbycia szkolenia w zakresie wczesnego rozpoznawania nowotworów do dnia przedstawienia dokumentu potwierdzającego ukończenie tego szkolenia.

Po pierwsze – przepis ten nie rozstrzyga, czy karty DiLO wystawione świadczeniobiorcom przez lekarza objętego zakazem ich wydawania pozostają ważne i uprawniają do skorzystania z szybkiej ścieżki diagnostyki i leczenia onkologicznego. Lukę tę można kwalifikować jako naruszenie zasad prawidłowej legislacji, godzące w wyrażone w art. 2 Konstytucji RP zasady pewności prawa i zaufania obywatela do państwa. Świadczeniobiorcy nie mają bowiem pewności, czy karty otrzymane od lekarza POZ objętego zakazem ich wydawania inkorporują uprawnienia, o których mowa w art. 20 ust. 12-14 Ustawy o świadczeniach. Podobnie jak udając się do lekarza POZ pacjenci nie mają wiedzy na temat tego, czy lekarz POZ nie utracił uprawnień do wydawania karty DiLO. Kwestię tę wielokrotnie podnoszono w toku konsultacji publicznych projektu.

Po drugie – zakaz wydawania kart DiLO wynikający z nieosiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów skutkuje ograniczeniem faktycznego dostępu niektórych pacjentów do szybkiej ścieżki onkologicznej z przyczyn całkowicie od nich niezależnych, a wobec lekarzy POZ ograniczeniem uprawnień zawodowych. Stwarza konieczność udania się do innego lekarza POZ, co wymaga uprzedniego zapisania się na odpowiednią listę oczekujących i odsuwa w czasie rozpoczęcie ewentualnego leczenia. Taki stan rzeczy godzi w prawo do ochrony zdrowia i obowiązek władz publicznych zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wyrażone w art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP. Pacjenci, których lekarz POZ nie osiągnął minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów są bowiem dyskryminowani w stosunku do pacjentów innych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ich dostęp do tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej zostaje utrudniony i wymaga dodatkowych nakładów finansowych i czasowych związanych ze zorganizowaniem wizyty u innego lekarza POZ. W przypadku pacjentów o ograniczonej mobilności oraz tych, którzy zamieszkują tereny o najslabiej rozwiniętej infrastrukturze ochrony zdrowia ograniczenie to może wręcz prowadzić do pozbawienia prawa do ochrony zdrowia.

Po trzecie – zakaz ten stanowi arbitralne ograniczenie uprawnień zawodowych lekarza POZ. Lekarze o wysokiej czułości onkologicznej będą mieli, siłą rzeczy, stosunkowo niski odsetek trafnych diagnoz. Ryzyko pozbawienia ich prawa do wystawiania kart DiLO, a tym samym kierowania pacjentów z podejrzeniem nowotworu złośliwego na szybką ścieżkę diagnostyki i

leczenia onkologicznego może zniechęcać lekarzy do stawiania tego rodzaju podejrzeń, uniemożliwiając rzetelne i należyte wykonywanie zawodu. Mechanizm ten wymusza na lekarzach strategię szacowania, na ile prawdopodobne jest, że u danego pacjenta rozpoznanie nowotworu zostanie potwierdzone, a także stałego baczności na aktualny poziom indywidualnego wskaźnika i wskutek tego rosnącą sukcesywnie powściągliwość w wystawianiu kart. W tym sensie zagrożona jest swoboda decyzji lekarza co do podjęcia i kierunku terapii, a trzeba pamiętać, że zarówno Ustawa o zawodzie lekarza, jak i Kodeks etyki lekarskiej wymagają od niego wykonywania zawodu *zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób* (art. 4 Ustawy o zawodzie lekarza) oraz wypełniania swoich zadań przy zachowaniu swobody działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną (art. 4 Kodeksu etyki lekarskiej). Jak wykazano powyżej, nieznaną uzasadnienia konstytucyjnego ograniczenia tej swobody, które skutkują koniecznością uwzględniania pozamedycznych i irrelewantnych z punktu widzenia dobra pacjenta kryteriów postępowania w ramach wykonywania zawodu lekarza pozostają w sprzeczności z art. 17 ust. 1 Konstytucji RP.

Wątpliwości konstytucyjne budzi również proporcjonalność sankcji przewidzianych za nieosiągnięcie przez lekarza POZ minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów. W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego za przyczynę braku proporcjonalności, godzącej w art. 2 i art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, uznawano zarówno surowość sankcji w zestawieniu z wagą uchybienia przy braku uszczerbku dla założonego celu regulacji, jak i brak zasadności wprowadzania sankcji w zestawieniu z celem jej ustanowienia. Zdaniem TK z konstytucyjnego nakazu zachowania proporcjonalności wynika zasada *„przyjmowania danej regulacji tylko wówczas, gdy jest niezbędna dla ochrony interesu publicznego, z którym jest powiązana, oraz nakaz kształtowania danej regulacji w sposób zapewniający osiągnięcie zamierzonych skutków, a także wymóg zachowania proporcji między efektami wprowadzonej regulacji a ciężarami względnie niedogodnościami wynikającymi z niej dla obywateli”*<sup>17</sup>. W analizowanym przypadku mamy do czynienia z normą, która – po pierwsze – jest nieprzydatna dla osiągnięcia zamierzonych przez ustawodawcę celów, nie sprzyja bowiem zwiększeniu dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego, a wręcz przeciwnie: istotnie go ogranicza. Po drugie – nie jest ona niezbędna do osiągnięcia tego celu. W toku konsultacji publicznych wielokrotnie podnoszono bowiem, że istnieją inne skuteczne, a zarazem mniej dotkliwe metody zapewnienia, że prawo do wydawania kart DiLO nie będzie nadużywane. Mogłyby one polegać na wprowadzeniu zachęt finansowych polegających na premiowaniu lekarzy POZ za wysoki poziom rozpoznawalności nowotworów. Po trzecie – efekty

---

<sup>17</sup> Orzeczenie TK z dnia 26 kwietnia 1995 r., sygn. akt K 11/94

analizowanej regulacji nie odpowiadają wymogom proporcjonalności *sensu stricto*, nie pozostają bowiem w odpowiedniej proporcji do nałożonych na obywateli ograniczeń polegających, z jednej strony, na ograniczeniu swobody wykonywania zawodu lekarza, a z drugiej, na ograniczeniu prawa do ochrony zdrowia oraz równości świadczeniobiorców w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej. Wprowadzenie analizowanych ograniczeń przeczy podstawowemu celowi regulacji, czyniąc ją legislacyjnie i aksjologicznie niespójną.

Powyższe ustalenia prowadzą do wniosku, że art. 32a ust. 12-14 Ustawy o świadczeniach w zakresie, w jakim zakazują lekarzom POZ wydawania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego wskutek nieosiągnięcia minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, a także nakładają na lekarza POZ będącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą sankcje finansowe za wydanie tej karty pomimo nieosiągnięcia wymaganego wskaźnika są sprzeczne z art. 17 ust. 1, art. 32 oraz art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP. Przez nadmierną surowość przewidzianych sankcji i ich nieprzydatność do osiągnięcia celu regulacji godzą także w wynikającą z art. 31 ust. 3 w zw. z art. 2 Konstytucji RP zasadę proporcjonalności.

W zakresie dotyczący naruszenia przez art. 32a ust. 9 – 11 norm i zasad wynikających z art. 2 Konstytucji RP, w szczególności zasady zaufania obywateli do państwa i standardów prawidłowej legislacji argumentacja przytoczona w punkcie powyżej zachowuje swoją aktualność.

Ponadto zauważyć należy, że wysokość kary umownej jest jednostronnie określona aktem wykonawczym, co również może rodzić wątpliwości konstytucyjne z punktu widzenia art. 2 Konstytucji RP.

#### **4. Brak udziału samorządu lekarskiego w procedurze określania zasad ustalania indywidualnego i wartości minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów oraz niewystarczająca szczegółowość wytycznych co do treści rozporządzenia (art. 32a ust. 18 Ustawy o świadczeniach) w świetle art. 92 ust. 1 i art. 17 ust. 1 w zw. z art. 2 Konstytucji RP**

Przepis art. 32a ust. 18 Ustawy o świadczeniach zawiera upoważnienie dla Ministra Zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, sposobu ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów oraz wartości minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, przy uwzględnieniu konieczności zapewnienia miarodajnego i obiektywnego charakteru tego wskaźnika. Ze względu na omówioną wyżej wagę wskaźnika i wpływ, jaki ma nieosiągnięcie jego minimalnego poziomu na realizację konstytucyjnego prawa

świadczeniobiorców do ochrony zdrowia i zasady równości w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, regulacja powyższa budzi wątpliwości dwojakiego rodzaju.

Po pierwsze – wytyczne co do treści rozporządzenia należy uznać za niewystarczająco szczegółowe w perspektywie rodzaju spraw przekazywanych do uregulowania, a zatem nieodpowiadające wymogom stawianym przez art. 92 ust. 1 Konstytucji. W myśl 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. Zgodnie z §66 ust. 2 Zasad techniki prawodawczej stopień szczegółowości wytycznych powinien być dostosowany do rodzaju spraw przekazywanych do uregulowania w rozporządzeniu; wytyczne powinny być bardziej szczegółowe, gdy przekazywane sprawy dotyczą sytuacji prawnej obywateli. Przy ustalaniu właściwego stopnia szczegółowości wytycznych – jak wynika z orzecznictwa TK – konieczne jest uwzględnienie rodzaju regulowanej materii, a *„decydujące znaczenie ma w tym zakresie związek regulacji ze sferą praw i wolności jednostki: minimum treściowe wytycznych nie ma charakteru stałego, a wyznaczane być musi a casu ad casum”*<sup>18</sup>. Biorąc pod uwagę, że – jak wykazano wyżej – nieosiągnięcie minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów skutkuje ograniczeniem w równym dostępie pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej, wytyczne zawarte w art. 32a ust. 18 Ustawy o świadczeniach w zakresie, w jakim posługują się zwrotami nieostrymi i odsyłają do kryteriów „miarodajności” oraz „obiektywnego charakteru” uznać należy za niedostatecznie szczegółowe, zwłaszcza w perspektywie specyfiki regulowanej dziedziny stosunków społecznych.

Po drugie – wątpliwości z punktu widzenia art. 17 ust. 1 w zw. z art. 2 Konstytucji RP budzi brak udziału samorządu lekarskiego w procedurze określania zasad ustalania indywidualnego i wartości minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów. Trudno jest – w ocenie Wnioskodawcy – określić przedmiotowy wskaźnik w sposób „miarodajny i obiektywny” bez odpowiedniej opinii środowiska lekarskiego. Wątpliwości te wzmacnia dodatkowo fakt, że nieosiągnięcie drugiego z nich stanowi podstawę quasi-odpowiedzialności zawodowej lekarzy polegającej na pozbawieniu lekarza POZ uprawnienia do wydawania kart DiLO, zaś samo funkcjonowanie mechanizmu „wskaźnikowego” istotnie ogranicza swobodę wykonywania zawodu przez tę grupę lekarzy. Tryb określania ww. wskaźników wpływa także na stopień zróżnicowania uprawnień lekarzy POZ i lekarzy AOS – im niższa wartość minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, którego osiągnięcie warunkuje posiadanie przez lekarzy POZ uprawnienia do kierowania pacjentów do

---

<sup>18</sup> Wyrok TK z dnia 26 października 1999 r., sygn. akt K 12/99

diagnostyki i leczenia onkologicznego w tzw. szybkiej ścieżce, tym dalej idące zróżnicowanie ich sytuacji prawnej w stosunku do lekarzy AOS. Analogicznie w przypadku sposobu ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów – im bardziej rygorystyczny algorytm jego określania, tym większe ryzyko nieosiągnięcia jego minimalnej wartości, a w konsekwencji dalej idące zróżnicowanie zakresu uprawnień lekarzy POZ i AOS. Procedura ustalania ww. wskaźników leży więc w sferze spraw objętych działaniem NRL jako ogólnokrajowej władzy organizacji zawodowej lekarzy, a brak udziału samorządu lekarskiego w tej procedurze – w zakresie dotyczącym najmniej uciążliwej dla organu wydającego akt wykonawczy formy współuczestnictwa w jego wydaniu w postaci opiniowania – negatywnie wpływa na możliwość i zakres wykonywania zadań przyznanых Radzie przez art. 17 ust. 1 Konstytucji RP. Trudno wyobrazić sobie sytuację w której przedmiotowe rozporządzenie zostałoby wydane bez opinii środowiska lekarskiego. Zadaniem samorządów zawodowych jest reprezentowanie osób wykonujących zawody zaufania publicznego oraz – co ważne – sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Nie ulega wątpliwości, że obligatoryjne zasięgnięcie opinii środowiska lekarskiego w procesie ustalania indywidualnego i minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, mieści się w granicach tego interesu.

#### **5. Pozbawienie samorządu lekarskiego wpływu na kształt ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 137 ust. 2 Ustawy o świadczeniach) w świetle art. 17 ust. 1 w zw. z art. 2 Konstytucji RP**

Zgodnie z art. 137 ust. 2 Ustawy o świadczeniach ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w drodze rozporządzenia minister właściwy do spraw zdrowia, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia właściwego wykonania umów. Przepis ten w brzmieniu sprzed Nowelizacji przewidywał poddawanie projektu ogólnych warunków umów przygotowywanego przez Prezesa NFZ uzgodnieniom z Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnymi organizacjami świadczeniodawców. Znowelizowany art. 137 Ustawy eliminuje procedurę uzgodnień ze środowiskiem lekarzy, pielęgniarek, położnych i świadczeniodawców, pozbawiając te podmioty wpływu na ostateczny kształt OWU. Jak zwracano uwagę w opinii Biura Analiz Sejmowych, *„ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie są typowym wzorcem umownym z art. 384 i n. k.c., którego postanowienia mogłyby być następnie oceniane przez pryzmat niedozwolonych klauzul umownych, albowiem mają one postać aktu normatywnego (określane są w drodze*

rozporządzenia). W związku z tym wydaje się, że przed ustaleniem lub zmianą treści ww. ogólnych warunków umów winny nastąpić stosowne konsultacje z osobami lub podmiotami, które będą następnie stroną umów, w których ogólne warunki umów będą stosowane<sup>19</sup>.

Z uzasadnienia projektu ustawy wynika, „że upoważnienie ustawowe do wydania wskazanego rozporządzenia dla Ministra Zdrowia, bez konieczności zasięgnięcia odrębnej opinii ww. podmiotów, [wprowadzono] z uwagi na to, że każdy projekt rozporządzenia podlega uzgodnieniom i konsultacjom publicznym<sup>20</sup>. Należy zauważyć, że standardowy tryb procedowania z projektem rozporządzenia ministra określony w Regulaminie pracy Rady Ministrów, a także przewidziane nim konsultacje publiczne, stwarza mniejsze gwarancje należytego uzgodnienia materii będącej jego przedmiotem, niż dotychczasowa regulacja ustawowa. Ponadto należałoby oczekiwać od racjonalnego prawodawcy, że reprezentacja podmiotów będących stroną umów, których ogólne warunki są określane rozporządzeniem, będzie współuczestniczyła w wydaniu rozporządzenia jako podmiot opiniujący, gdyż ich status jest inny w porównaniu z podmiotami uczestniczącymi standardowo w konsultacjach publicznych projektów rozporządzeń. Istotne znaczenie ma tu termin przedstawienia projektu do zaopiniowania oraz czas trwania samego procesu opiniowania. Zgodnie z §142 ust. 1 Regulaminu pracy Rady Ministrów zasadą jest, że termin na zajęcie stanowiska w toku konsultacji publicznych projektu rozporządzenia ministra wynosi co najmniej 10 dni od dnia jego udostępnienia. Natomiast zgodnie z art. 137 ust. 2 Ustawy sprzed nowelizacji projekt OWU przesyłano do uzgodnień NRL, NRPP i reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców najpóźniej 15 kwietnia, a jego uzgodnienie miało nastąpić do 31 maja. W poprzednim stanie prawnym współuczestnictwo w wydaniu rozporządzenia polegało na negocjacjach z udziałem ww. podmiotów, a projekt aktu wykonawczego uznawano za uzgodniony, jeśli przedstawiciele wszystkich stron biorących udział w negocjacjach złożyli pod nim własnoręczne podpisy. W przypadku konsultacji publicznych projektu dokumentu rządowego organ wnioskujący nie ma obowiązku uwzględniania zgłoszonych uwag, a odniesienie się do nich – jak dowodzi praktyka, w tym także praktyka procedowania z Projektem Nowelizacji – niejednokrotnie sprowadza się do stwierdzenia w ich zbiorczym zestawieniu, że uwagi nie uwzględniono, gdyż była niezasadna.

Powyższe zmiany wskazują na niezgodność art. 137 ust. 2 Ustawy z art. 17 ust. 1 w zw. z art. 2 Konstytucji RP w zakresie, w jakim pominięto konieczne współuczestnictwo samorządu zawodowego lekarzy w procedurze ustalania OWU, co pozbawia NRL wpływu na ich ostateczny kształt. Tym samym doszło do ograniczenia możliwości realizowania


---

<sup>19</sup> Opinia BAS dostępna poprzez stronę podmiotową BIP Sejmu RP w zakładce poświęconej Nowelizacji.

<sup>20</sup> Uzasadnienie projektu Nowelizacji dostępne poprzez stronę podmiotową BIP Sejmu RP.

konstytucyjnej funkcji Wnioskodawcy, polegającej na reprezentowaniu osób wykonujących zawód zaufania publicznego oraz sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

Wobec powyższego wnoszę jak w petitum.

PREZES  
Naczelnej Rady Lekarskiej  
  
Maciej Mamankiewicz

Załączniki:

- 1) Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 10 kwietnia 2015 r. w sprawie wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego,
- 2) Protokół posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 10 kwietnia 2015 r. wraz z listą obecności;
- 3) Pełnomocnictwo;
- 4) 4 odpisy wniosku wraz z załącznikami j.w.