



Warszawa, dnia 13 lipca 2018 r.

PK VIII TK 21.2018

K 2/18

TRYBUNAŁ KONSTYTUCYJNY KAN C E L A R I A	
wpl. dnia	16. 07. 2018
L.dz.	L.zal.

TRYBUNAŁ KONSTYTUCYJNY

W związku z wnioskiem Sejmiku Województwa Mazowieckiego o stwierdzenie niezgodności przepisów art. 9a i art. 9b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 ze zm.) w związku z art. 59 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 160 ze zm.) – „w zakresie, w jakim wymuszają na jednostkach samorządu terytorialnego obowiązek finansowania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w części niesfinansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia pod pozorem fakultatywności realizacji tego zadania” – z art. 16 ust. 2 w związku z art. 166 ust. 1 i 2 oraz z art. 167 ust. 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej

– na podstawie art. 42 pkt 7 oraz art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U., poz. 2072) –

przedstawiam następujące stanowisko:

- 1) **art. 9a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 ze zm.) w związku z art. 59 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia**

2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 160 ze zm.) – w zakresie, w jakim umożliwia jednostkom samorządu terytorialnego finansowanie gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej przy równoczesnym ponoszeniu odpowiedzialności finansowej przez te jednostki za zobowiązania i należności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – jest zgodny z art. 16 ust. 2 w związku z art. 166 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz nie jest niezgodny z art. 16 ust. 2 w związku z art. 166 ust. 2 i z art. 167 ust. 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej;

- 2) w pozostałym zakresie postępowanie podlega umorzeniu na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U., poz. 2072) ze względu na niedopuszczalność wydania orzeczenia.

UZASADNIENIE

Sejmik Województwa Mazowieckiego (dalej: Wnioskodawca) wystąpił do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o stwierdzenie niezgodności przepisów art. 9a i art. 9b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 ze zm.; dalej: u.ś.o.z. lub ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej) w związku z art. 59 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 160 ze zm.; dalej: u.d.l. lub ustawa o działalności leczniczej) – „w zakresie, w jakim wymuszają na jednostkach samorządu terytorialnego obowiązek finansowania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w części niesfinansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia pod pozorem fakultatywności realizacji tego zadania” – z art. 16 ust. 2 w związku z art. 166 ust. 1 i 2 oraz z art. 167 ust. 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Zakwestionowane uregulowanie z art. 9a i art. 9b u.ś.o.z. wprowadza możliwość finansowania przez jednostki samorządu terytorialnego (dalej też: j.s.t.) gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej dla mieszkańców wspólnoty samorządowej. Regulacja ta została dodana do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej na mocy art. 21 pkt 2 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U., poz. 960; dalej: ustawa zmieniająca z 2016 r.).

Ustawą zmieniającą z 2016 r., a konkretnie jej art. 1 pkt 32, znowelizowano również brzmienie art. 59 u.d.l., który normuje kwestię pokrycia straty netto samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (dalej też: s.p.z.o.z.).

Wnioskodawca wskazuje, że znaczenie regulacji zawartej w art. 9a i art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w powiązaniu z art. 59 ustawy o działalności leczniczej polega na tym, iż skutkami finansowymi nieprawidłowego zarządzania systemem udzielania gwarantowanych świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej też: NFZ lub Fundusz) ustawodawca obciążył jednostki samorządu terytorialnego. Ustawodawca jedynie pozornie pozostawił jednostkom samorządu terytorialnego swobodę podjęcia decyzji o finansowaniu gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez świadczeniodawców – dla których samorząd jest podmiotem tworzącym – ponad kwotę zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec tych świadczeniodawców. Brak takiej decyzji ze strony samorządu oznaczać będzie bowiem konieczność pokrycia straty netto – wywołanej w znacznej mierze brakiem zapłaty ze strony NFZ za świadczenia wykonane ponad limit, a także koniecznością ponoszenia kosztów realizacji świadczeń gwarantowanych – niemającej pokrycia w przychodach danego świadczeniodawcy.

W ocenie Wnioskodawcy, niezgodność regulacji art. 9a i art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w związku z art. 59 ustawy o działalności leczniczej z przywołanymi wzorcami konstytucyjnymi polega na tym, iż:

- „pod pozorem przekazania jednostkom samorządu terytorialnego fakultatywnego zadania własnego przerzuca na te podmioty obowiązek finansowania skutków nieprawidłowej organizacji udzielania świadczeń gwarantowanych przez władze centralne, przez co narusza art. 16 ust. 2 w związku art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji RP

- przekazaniu samorządowi województwa do realizacji zadania publicznego nie towarzyszy wyposażenie go w odpowiednie do zakresu tego zadania środki finansowe, przez co narusza art. 167 ust. 4 Konstytucji RP” (wniosek, s. 5).

Uzasadniając niekonstytucyjność kwestionowanej regulacji w pierwszym wskazanym wyżej obszarze, Wnioskodawca podnosi, że przepisy art. 9a i art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej przewidują rozszerzenie katalogu obowiązków jednostek samorządu terytorialnego o nowe zadanie o charakterze fakultatywnym, polegające na finansowaniu dla mieszkańców wspólnoty samorządowej świadczeń gwarantowanych. Skutkuje to przerzuceniem na jednostkę samorządu terytorialnego obowiązków dotyczących polityki zdrowotnej państwa, w zakresie należącym do władz centralnych.

Z brzmienia art. 14 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej wynika wprost, iż na zasadach i w zakresie określonych w tym akcie normatywnym podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są: właściwi ministrowie lub Narodowy Fundusz Zdrowia. Szczególna rola w tym zakresie przypada Narodowemu Funduszowi Zdrowia jako dysponentowi środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej i stronie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Wnioskodawca stwierdza, że u podłoża narastającego zadłużenia podmiotów leczniczych leży wadliwy system finansowania opieki zdrowotnej. Niedośczone koszty świadczeń i brak zapłaty za „nadwykonania” powodują, iż w znacznej mierze ciężar finansowy udzielanych świadczeń przerzucany jest

na podmioty lecznicze, a następnie, poprzez art. 59 ustawy o działalności leczniczej, przenoszony jest na podmioty tworzące, w tym samorządy województw.

Wnioskodawca zauważa, że świadczeniodawca może domagać się zapłaty wynagrodzenia za „nadwykonania” tylko wtedy, gdy dotyczyły one przyjęć w tzw. stanach nagłych, ratujących życie lub zdrowie pacjenta. Przyjęty przez NFZ system rozliczania kontraktów, zgodnie z którym w pierwszej kolejności rozliczane są świadczenia ratujące życie przed świadczeniami planowymi, powoduje, iż w praktyce NFZ najpierw rozlicza pacjentów przyjętych w trybie nagłym, natomiast pacjentów z tzw. kolejki dopiero, jeśli w ramach limitu z danej umowy zawartej z NFZ pozostaną jakieś wolne środki. W konsekwencji, podmiot leczniczy zostaje pozbawiony możliwości otrzymania zapłaty za wykonane planowo, w ramach obowiązującego limitu, świadczenia zdrowotne. Dochodzi bowiem do sytuacji „wypierania” z rozliczenia świadczeń planowych przez świadczenia ratujące życie, mimo że te ostatnie zostały udzielone w terminie późniejszym. Dlatego „nadwykonaniami” stają się głównie świadczenia planowe, w przypadku których domaganie się zapłaty od NFZ jest znacznie utrudnione.

Wnioskodawca stwierdza, że przepisy art. 9a i art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w związku z art. 59 ustawy o działalności leczniczej tworzą kategorię gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych nie fakultatywnie, ale obligatoryjnie przez jednostki samorządu terytorialnego, poprzez przejęcie kosztów realizacji świadczeń opieki zdrowotnej ponad limit określony w umowie pomiędzy zakładem a Narodowym Funduszem Zdrowia albo poprzez pokrycie straty netto samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, albo wreszcie poprzez przejęcie zobowiązań finansowych zlikwidowanego podmiotu leczniczego. Tym samym wybór pozostawiony przez ustawodawcę jednostce samorządu terytorialnego – w zakresie finansowania, na podstawie art. 9a u.ś.o.z., dla mieszkańców wspólnoty świadczeń gwarantowanych – jest pozorny.

W ocenie Wnioskodawcy, znaczenie zaskarżonej regulacji jest takie, że następuje przekazanie lub zlecenie samorządom nowego zadania publicznego do realizacji, które nie zostało przez ustawodawcę nazwane i nie posiada cech zadania własnego. Podział zadań publicznych pomiędzy państwo a samorząd terytorialny winien natomiast następować w sposób wyznaczony przez art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji.

Zdaniem Wnioskodawcy, realizacji zadania polegającego na finansowaniu przez jednostki samorządu terytorialnego „nadlimitów” świadczeń gwarantowanych nie towarzyszy taki zakres samodzielności polegającej na wykonywaniu zadań publicznych we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność, jaki wynika z art. 16 ust. 2 Konstytucji. Ustawodawca nie pozostawia bowiem samorządom takiego zakresu swobody w kreowaniu sposobu realizacji tego zadania, który jest wymagany dla zadań własnych.

Wnioskodawca podnosi, że wskazana w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej możliwość określenia w umowie pomiędzy samorządem a świadczeniodawcą warunków organizacji udzielania świadczeń gwarantowanych oraz kwoty zobowiązania i zasad rozliczeń, z uwzględnieniem taryfy świadczeń, w przypadku jej ustalenia, jest uprawnieniem pozornym. Organizacja udzielania świadczeń gwarantowanych, zasady ustalania ich wartości i rozliczeń stanowią przedmiot unormowań zawartych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia oraz zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Jednostka samorządu terytorialnego, finansując gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie wykraczającym ponad kwotę zobowiązania określoną w umowie pomiędzy świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia, może decydować jedynie o liczbie świadczeń, którą chce finansować, o czasie trwania umowy i wreszcie o sposobie i trybie kontroli realizacji umowy. Nie ma natomiast wpływu na standard udzielanych świadczeń i ich zakres.

Wnioskodawca, reasumując, stwierdza, że obowiązek nałożony zaskarżoną regulacją jest zadaniem bliżej niedookreślonym, które nie powinno być

traktowane jako fakultatywne zadanie własne, nie ma bowiem charakteru lokalnego. „Wybór podjęcia przez samorząd terytorialny działań służących jego realizacji jest wyborem pozornym, a sposób jego realizacji przewidziany przez zaskarżoną regulację narusza zasadę wykonywania przez samorząd zadań w sposób samodzielny. Finansowanie przez samorząd świadczeń gwarantowanych dla wspólnoty samorządowej nie powinno być również traktowane jako zadanie zleczone z uwagi na brak zabezpieczenia na ten cel środków finansowych z budżetu państwa. Przekazanie bowiem zadań zleconych, bez należytego finansowania kosztów ich realizacji narusza ukształtowane w obowiązujących przepisach prawa zasady w zakresie realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego tychże zadań” (wniosek, s. 15). W konsekwencji dochodzi do naruszenia art. 16 ust. 2 w związku z art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji.

Przedstawiając uzasadnienie zarzutu niekonstytucyjności zaskarżonej regulacji w drugim określonym na wstępie obszarze, Wnioskodawca wskazuje, że przekazaniu zadań jednostkom samorządu terytorialnego musi towarzyszyć odpowiednie wyposażenie tych jednostek w dochody publiczne. Ustawodawca nie dopełnił jednak obowiązku wyrównania uszczerbku w dochodach jednostek samorządu terytorialnego, w związku z przekazaniem do realizacji części zadania należącego do władz centralnych, w postaci należytego finansowania gwarantowanych świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej.

Wnioskodawca, odwołując się do danych zawartych w załącznikach do analizowanego wniosku, przytacza ujemne wyniki finansowe za lata 2013-2015 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Samorząd Województwa Mazowieckiego, jak również sumę przejętych zobowiązań w związku z przekształceniem samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Pomimo dokonanych przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki i ich realnego oddłużenia, problem niedofinansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia nie zniknął, co stwarza silne domniemanie, że

sytuacja ta jest wynikiem niedostatecznego w stosunku do potrzeb zasilania tych podmiotów w środki publiczne z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zadanie polegające na finansowaniu świadczeń gwarantowanych albo alternatywnie pokrycie deficytu lub likwidacja podmiotów leczniczych – w ocenie Wnioskodawcy – nie nosi cech zadania własnego województw, a, co za tym idzie, następstwem nałożenia tego rodzaju nowego zadania zasadniczo powinno być przyznanie odpowiedniej dotacji ze środków publicznych.

W przekonaniu Wnioskodawcy, w przedmiotowej sprawie zachodzi ewidentna sprzeczność między cechami zadania a skutkami odnoszącymi się do odpowiedzialności finansowej za jego wykonywanie. Ustawodawca nie tylko nie przewidział dotowania samorządu województwa z budżetu państwa w związku z faktem zlecenia temu samorządowi w drodze ustawy nowego zadania do wykonania, ale uznał, iż zbędne jest wyrównanie uszczerbku w dochodach tego samorządu w ogóle. Tym samym z budżetu województwa została obligatoryjnie wyłączona pewna część dochodów własnych, które służyć mają finansowaniu zadania zleconego tak jak zadania własnego.

Powyższe okoliczności wskazują – zdaniem Wnioskodawcy – na niezgodność zaskarżonej regulacji z art. 167 ust. 4 Konstytucji.

Podsumowując argumenty przedstawione przez Wnioskodawcę, należy stwierdzić, że formułuje On tezę, iż przepisy art. 9a i art. 9b u.ś.o.z. w związku z art. 59 u.d.l. nakładają na jednostki samorządu terytorialnego nowe zadanie w postaci obowiązku finansowania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w części niesfinansowanej przez NFZ. Zadania tego nie można traktować ani jako własnego, ani zleconego w rozumieniu art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji. Jego nałożenie prowadzi do naruszenia chronionej i gwarantowanej konstytucyjnie wartości, jaką jest samodzielność jednostek samorządu terytorialnego. Związana z nim zmiana w zakresie zadań j.s.t. nie wiąże się z odpowiednimi zmianami w podziale dochodów publicznych.

Wnioskodawca przedstawia zatem opisany problem konstytucyjny do oceny Trybunału Konstytucyjnego w świetle wzorców kontroli wynikających z: po pierwsze – art. 16 ust. 2 w związku z art. 166 ust. 1 i 2; po drugie – art. 167 ust. 4 ustawy zasadniczej.

Trybunał Konstytucyjny, po wstępnym rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym wniosku Sejmiku Województwa Mazowieckiego, postanowieniem z dnia 29 stycznia 2018 r., sygn. Tw 3/17, nadał analizowanemu wnioskowi dalszy bieg.

Zaskarżone przepisy mają następujące brzmienie:

„Art. 9a. W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane.”;

„Art. 9b. 1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w art. 9a, są finansowane na podstawie umowy zawartej pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego a świadczeniodawcą wyłonionym w drodze konkursu ofert.

2. Do konkursu ofert, o którym mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 48b ust. 2-4 i 6.

3. W przypadku gdy jednostka lub jednostki samorządu terytorialnego są w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej:

- 1) podmiotami tworzącymi dla podmiotu leczniczego,
- 2) jedynymi albo większościami wspólnikami, albo akcjonariuszami w spółce kapitałowej będącej podmiotem leczniczym

- który udziela świadczeń gwarantowanych w zakresie odpowiadającym przedmiotowi umowy, o której mowa w ust. 1, umowę tę zawiera się w pierwszej kolejności z tym podmiotem.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, nie przeprowadza się konkursu ofert, o którym mowa w ust. 1. Do zawarcia tej umowy nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

5. Umowa, o której mowa w ust. 1, określa w szczególności:

1) rodzaj, zakres i liczbę udzielanych świadczeń gwarantowanych, warunki oraz organizację udzielania tych świadczeń;

2) okres jej obowiązywania;

3) kwotę zobowiązania oraz zasady rozliczeń, z uwzględnieniem taryfy świadczeń, w przypadku jej ustalenia;

4) sposób i tryb kontroli wykonania umowy.

6. W przypadku gdy świadczeniodawca jest stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, umowa, o której mowa w ust. 1, może obejmować wyłącznie świadczenia gwarantowane udzielane ponad kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy w danym zakresie.

7. O zawarciu umowy, o której mowa w ust. 1, świadczeniodawca, będący równocześnie stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, jest obowiązany poinformować właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Świadczeniodawca jest obowiązany przesyłać do wiadomości tego oddziału w terminie do 10. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni, kopię dokumentów rozliczeniowych przedstawianych jednostce samorządu terytorialnego.”;

„Art. 59. 1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie stratę netto w sposób określony w art. 57 ust. 2 pkt 1.

2. Podmiot tworzący jest obowiązany w terminie:

1) 9 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej pokryć stratę netto za rok obrotowy tego zakładu w kwocie, jaka nie może być pokryta zgodnie z ust. 1, jednak nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji albo

2) 12 miesięcy od upływu terminu określonego w pkt 1 wydać rozporządzenie, zarządzenie albo podjąć uchwałę o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej

- jeżeli strata netto za rok obrotowy nie może być pokryta w sposób określony w ust. 1 oraz po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną.

3. Strata netto i koszty amortyzacji, o których mowa w ust. 2, dotyczą roku obrotowego objętego sprawozdaniem finansowym.

4. Jeżeli w sprawozdaniu finansowym wystąpiła strata netto kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, sporządza program naprawczy, z uwzględnieniem raportu, o którym mowa w art. 53a ust. 1, na okres nie dłuższy niż 3 lata, i przedstawia go podmiotowi tworzącemu w celu zatwierdzenia.”.

Poddanie wniosku merytorycznej ocenie wymaga uprzedniego rozstrzygnięcia kwestii formalnych związanych z zakresem jego rozpoznania. Zgodnie z utrwaloną linią orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego, na każdym etapie postępowania niezbędne jest kontrolowanie, czy nie zachodzi któraś z ujemnych przesłanek wydania wyroku, skutkujących obligatoryjnym umorzeniem postępowania (por. np. postanowienia z dnia: 21 października 2003 r., sygn. SK 41/02, OTK ZU nr 8/A/2003, poz. 89; 6 lipca 2004 r., sygn. SK 47/03, OTK ZU nr 7/A/2004, poz. 74; 21 marca 2006 r., sygn. SK 58/05, OTK ZU nr 3/A/2006, poz. 35; 24 października 2006 r., sygn. SK 65/05, OTK ZU nr 9/A/2006, poz. 145; 20 kwietnia 2017 r., sygn. K 46/16, OTK ZU z 2017 r., seria A, poz. 29 oraz wyrok z dnia 13 lipca 2011 r., sygn. K 10/09, OTK ZU nr

6/A/2011, poz. 56). Trybunał Konstytucyjny w swoim orzecznictwie konsekwentnie prezentuje stanowisko, że skład rozpoznający sprawę merytorycznie nie jest związany stanowiskiem zajęтым uprzednio w zarządzeniu wydanym w toku wstępnego rozpoznania skargi konstytucyjnej lub wniosku (zob. – postanowienia z dnia: 24 października 2006 r., sygn. SK 65/05, *op. cit.*; 30 czerwca 2008 r., sygn. SK 15/07, OTK ZU nr 5/A/2008, poz. 98; 8 lipca 2008 r., sygn. K 40/06, OTK ZU nr 6/A/2008, poz. 113; 16 czerwca 2009 r., sygn. SK 22/07, OTK ZU nr 6/A/2009, poz. 97; 2 grudnia 2010 r., sygn. SK 11/10, OTK ZU nr 10/A/2010, poz. 131; 4 lipca 2011 r., sygn. SK 27/10, OTK ZU nr 6/A/2011, poz. 63 oraz 17 maja 2017 r., sygn. SK 7/16, OTK ZU z 2017 r., seria A, poz. 42).

Wnioskodawca zaskarżył art. 9a i 9b u.ś.o.z. Formułowane zarzuty odnoszą się jednak do wynikającej z treści art. 9a u.ś.o.z. możliwości finansowania przez j.s.t. gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej bez zapewnienia – w ocenie Wnioskodawcy – odpowiedniego wsparcia finansowego ze środków budżetowych. Zarzuty nie dotyczą natomiast kwestii uregulowanych w art. 9b u.ś.o.z. dotyczących zakresu umowy zawieranej między j.s.t. a świadczeniodawcą, konkursu ofert czy obowiązków informacyjnych świadczeniodawcy.

Artykuł 59 u.d.l. został w całości zaskarżony jako przepis związkowy. W istocie jednak Wnioskodawca wiąże zarzuty względem unormowania przyjętego w art. 9a u.ś.o.z. z wynikającym z art. 59 ust. 2 u.d.l. obowiązkiem podmiotu tworzącego s.p.z.o.z. pokrycia jego straty lub podjęcia decyzji o jego likwidacji. W uzasadnieniu wniosku brak jest argumentacji odnoszącej się do materii uregulowanej w ust. 1, 3 i 4 art. 59 u.d.l.

Dlatego w zakresie dotyczącym badania konstytucyjności art. 9b u.ś.o.z. i powołanego związkowo art. 59 ust. 1, 3 i 4 u.d.l. zasadne jest umorzenie postępowania na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U.,

poz. 2072) ze względu na niedopuszczalność wydania orzeczenia, gdyż Wnioskodawca nie spełnił wymagań określonych w art. 47 ust. 2 pkt 4 tej ustawy.

Przed przystąpieniem do oceny konstytucyjności kwestionowanej regulacji zasadne wydaje się przedstawienie niektórych kwestii związanych z prawną regulacją systemu ochrony zdrowia w Polsce, obrazujących kontekst prawny, w jakim funkcjonują zaskarżone przepisy.

Zasadniczymi aktami prawnymi w tym zakresie są ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz ustawa o działalności leczniczej.

W art. 1 u.ś.o.z. zdefiniowany został jej zakres przedmiotowy, w tym warunki udzielania, zakres i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia powierzono: organom administracji rządowej, jednostkom samorządu terytorialnego oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Zadania poszczególnych władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych precyzują przepisy Działu I Rozdziału 2 u.ś.o.z. W rozdziale tym zamieszczono również zaskarżone przepisy art. 9a i art. 9b tejże ustawy.

Na zasadach i w zakresie określonych w u.ś.o.z. podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są właściwi ministrowie lub NFZ (art. 14 u.ś.o.z.).

Zgodnie z art. 15 ust. 1 u.ś.o.z., świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. W ust. 2 tego przepisu wymienia się rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej zapewnionych świadczeniobiorcy i finansowanych ze środków publicznych.

W art. 20 u.ś.o.z. ustawodawca przewidział, że świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielane są według kolejności zgłoszenia, przez co nałożył równocześnie na świadczeniodawców obowiązek prowadzenia list oczekujących. Jednakże, zgodnie z art. 19 u.ś.o.z., w stanach nagłych (w sytuacji nagłego zagrożenia życia lub zdrowia) świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Interwencje medyczne w takich wypadkach rodzą obowiązek zapłaty za nie ze środków publicznych, nawet jeśli podjęte zostały poza limitem zakontraktowanych świadczeń lub bez zawarcia umowy.

W art. 28-31 u.ś.o.z. określone zostały uprawnienia świadczeniobiorców do swobodnego wyboru lekarza i zakładu opieki zdrowotnej. Zgodnie z tymi przepisami, świadczeniobiorcy mają prawo do dokonania wyboru spośród wszystkich lekarzy i placówek ochrony zdrowia na terenie kraju (dotyczy to także świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych oraz szpitala). Wybór ten nie jest ograniczony miejscem zamieszkania świadczeniobiorcy ani też miejscem wykonywania świadczeń przez świadczeniodawcę. Jedyne ograniczenie w tym zakresie stanowi fakt zawarcia lub niezawarcia przez świadczeniodawcę umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Środki publiczne, z których finansowane są świadczenia opieki zdrowotnej, pochodzą ze źródeł, o których mowa w art. 116 ust. 1 u.ś.o.z., a zarządza nimi Narodowy Fundusz Zdrowia (art. 97 ust. 1 u.ś.o.z.). W myśl art. 97 ust. 3 u.ś.o.z., do zadań Funduszu należy między innymi przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie. Zawieranie umów ze świadczeniodawcami uregulowane jest w Dziale VI ustawy. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest umową cywilnoprawną, a jej elementy istotne określa art. 136 u.ś.o.z. Między innymi umowa taka musi określać rodzaj i zakres udzielanych świadczeń, zasady rozliczeń pomiędzy Narodowym Funduszem

Zdrowia a świadczeniodawcą, kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy oraz zasady rozpatrywania kwestii spornych. Zgodnie z art. 155 ust. 1 u.ś.o.z., do umów o świadczenia opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej (taką szczególną regulację w stosunku do zasad przewidzianych dla czynności prawnych w Kodeksie cywilnym stanowią art. 156-158 u.ś.o.z., dotyczące określenia czasu trwania umów i dopuszczalności ich modyfikacji).

Ustawa o działalności leczniczej weszła w życie z dniem 1 lipca 2011 r. w miejsce tracącej moc ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.; dalej: u.z.o.z. lub ustawa o zakładach opieki zdrowotnej).

W art. 1 u.d.l. określony został jej zakres normowania. Zgodnie z tym przepisem, w ustawie zawarte są m.in. zasady wykonywania działalności leczniczej, zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami i zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

W art. 3 u.d.l. zawarta została legalna definicja pojęcia działalności leczniczej, która to działalność polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a może polegać także na promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

Działalność lecznicza może być prowadzona przez podmioty wymienione w art. 4 ust. 1 u.d.l., którymi są m.in. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Z przepisu tego, w powiązaniu z art. 2 ust. 1 pkt 4 u.d.l., wynika, że podmioty lecznicze dzielą się na publiczne i niepubliczne, przy czym samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej ustawa zalicza do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Jednostka samorządu terytorialnego może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie: spółki kapitałowej, jednostki budżetowej lub samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (art. 6 ust. 2 u.d.l.).

Zgodnie z art. 42 ust. 1 i 4 u.d.l., ustrój podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, a także inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania nieuregulowane w ustawie określa statut, który nadaje podmiot tworzący. Jest nim – stosownie do art. 2 ust. 1 pkt 6 u.d.l. – podmiot albo organ, który utworzył podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej albo jednostki wojskowej. Należy dodać, że na skutek reformy samorządowej, wprowadzonej ustawą z dnia 13 października 1998 r. – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz. U. Nr 133, poz. 872 ze zm.), podstawową kategorią publicznych organów założycielskich dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej stały się jednostki samorządu terytorialnego. Zgodnie z art. 47 ust. 1 tej ustawy, z dniem 1 stycznia 1999 r. jednostki samorządu terytorialnego przejęły uprawnienia organu administracji rządowej, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, a w ust. 1a tego przepisu sprecyzowano, że uprawnienia, o których mowa w ust. 1, w stosunku do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przejmują gminy, powiaty i samorządy województw, odpowiednio do swoich kompetencji, przy uwzględnieniu miejsca usytuowania zakładu, w tym jego jednostek lub komórek organizacyjnych, oraz dostępności świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakład oraz znaczenia zakładu ze względu na zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych na obszarze województwa. To zaś, która jednostka samorządu terytorialnego stała się organem założycielskim dla konkretnego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wynika z przepisów rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 czerwca 2001 r. w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały przejęte przez gminy, powiaty i samorządy województw (Dz. U. Nr 65, poz. 659), wydanego na podstawie art. 47 ust. 2a

ustawy z dnia 13 października 1998 r. – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną.

Odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi jego kierownik, z którym podmiot tworzący nawiązuje stosunek pracy na podstawie powołania lub umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną (art. 46 ust. 1 i 3 u.d.l.), po przeprowadzeniu konkursu (art. 49 ust. 1 u.d.l.).

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej prowadzą gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie (art. 51 u.d.l.), a podstawą ich gospodarki jest plan finansowy ustalany przez kierowników (art. 53 u.d.l.). Z posiadanych środków oraz uzyskiwanych przychodów zakłady te pokrywają koszty działalności i regulują zobowiązania (art. 52 u.d.l.).

Art. 54 ust. 1 u.d.l. zapewnia samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej samodzielność majątkową. W oparciu o ten przepis gospodarują one samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego oraz majątkiem własnym (otrzymanym lub zakupionym). Obowiązek wyposażenia tych zakładów w odpowiedni majątek przez podmioty tworzące wynika z art. 56 ust. 2 u.d.l., który stanowi o wydzieleniu podmiotowi leczniczemu niebędącemu przedsiębiorcą mienia państwowego lub jednostki samorządu terytorialnego bądź mienia uczelni medycznej. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą też uzyskiwać środki finansowe od Skarbu Państwa, podmiotu tworzącego, jednostek samorządu terytorialnego oraz od innych podmiotów uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów (art. 55 ust. 1 u.d.l. w związku z art. 114-117 u.d.l.). Środki te mogą pochodzić z tytułów wskazanych w art. 55 ust. 1 pkt 1-3 u.d.l. i mogą być przeznaczone na cele i zadania określone w art. 55 ust. 1 pkt 4-6 u.d.l.

Z art. 59 ust. 1 u.d.l. wynika ogólna zasada finansowego sposobu funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Zgodnie z tym przepisem, zakłady te zobowiązane są pokrywać we własnym zakresie stratę netto w sposób określony w art. 57 ust. 2 pkt 1 u.d.l. Jeśli jednak nie jest to możliwe, działania naprawcze w tym względzie obowiązany jest podjąć podmiot tworzący.

Aktualnie obowiązująca treść art. 59 u.d.l. została *in extenso* przytoczona we wcześniejszej części niniejszego stanowiska. W tym miejscu należy jedynie zasygnalizować, że również przed nowelizacją dokonaną ustawą zmieniającą z 2016 r. podmiot tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej był zobowiązany pokryć (w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej) ujemny wynik finansowy za rok obrotowy tego zakładu, jeżeli wynik ten, po dodaniu kosztów amortyzacji, miał wartość ujemną – do wysokości tej wartości lub (w terminie kolejnych 12 miesięcy) wydać rozporządzenie, zarządzenie albo podjąć uchwałę o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

W przypadku likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jego zobowiązania i należności przechodzą na podmiot tworzący, a więc odpowiednio na Skarb Państwa lub na właściwą jednostkę samorządu terytorialnego albo na uczelnię medyczną (art. 61 u.d.l.).

Zgodnie z art. 121 ust. 1 u.d.l., nadzór nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą sprawuje podmiot tworzący. Jest to nadzór w zakresie zgodności działań podmiotu leczniczego z przepisami prawa zarówno powszechnie obowiązującego, jak i aktów wewnętrznych (statut, regulamin organizacyjny) oraz pod względem celowości, gospodarności i rzetelności. Nadzór obejmuje zarówno czynności kontrolne, jak i możliwość ingerencji w działalność podmiotu leczniczego. W ramach czynności kontrolnych wchodzących w skład nadzoru podmiot tworzący może żądać od podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą informacji, wyjaśnień oraz dokumentów i na tej podstawie dokonać kontroli i oceny działalności tego podmiotu. Kontrola

ta i ocena obejmuje w szczególności realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi, a także gospodarkę finansową. Wyniki czynności kontrolnych muszą zostać przedstawione podmiotowi leczniczemu. Jednakże poza wskazaniem nieprawidłowości i zaleceń co do ich usunięcia w ramach nadzoru podmiot tworzący może – jeśli stwierdzi niezgodne z prawem działania kierownika – wstrzymać wykonanie tych działań oraz zobowiązać kierownika do zmiany lub cofnięcia działań niezgodnych z prawem. W przypadku niedokonania zmiany lub cofnięcia tych działań w wyznaczonym terminie podmiot tworzący może rozwiązać z kierownikiem stosunek pracy albo umowę cywilnoprawną (art. 121 ust. 2-5 u.d.l.).

Art. 16 ust. 2 Konstytucji wyraża zasadę samodzielności ustrojowo-organizacyjnej jednostek samorządu terytorialnego. W pojmowaniu istoty samorządu terytorialnego należy kłaść nacisk na przymiot jego samodzielności, a więc niezależności od innych struktur i podmiotów władzy publicznej, a w szczególności od organów administracji rządowej. Samodzielność organizacyjno-ustrojowa j.s.t. jest bowiem istotą samorządu jako odrębnego podmiotu publicznego w państwie. Samorząd terytorialny uczestniczy w sprawowaniu władzy publicznej, a z Konstytucji wynika nakaz podzielenia władzy publicznej w państwie pomiędzy administrację rządową i samorządową. Art. 16 ust. 2 zdanie drugie Konstytucji wymaga jednocześnie od ustawodawcy, aby podział ten był realny, ponieważ samorząd terytorialny ma zagwarantowany udział w sprawowaniu tej części władzy, która obejmuje istotną część zadań publicznych. Zgodnie z art. 16 ust. 2 zdanie drugie Konstytucji, samorząd wykonuje przysługującą mu w ramach ustaw część zadań publicznych. Przepis ten zawiera podstawową gwarancję samodzielności ustrojowej i organizacyjnej jednostek samorządu. Podstawowym warunkiem ograniczenia samodzielności

j.s.t. jest możliwość nałożenia określonego obowiązku wyłącznie w ustawie. Skoro zaś zadania publiczne przysługują jednostkom samorządowym w ramach ustaw, w konsekwencji również wszelkie trwałe zmiany w zakresie powierzonych ustawą zadań publicznych powinny następować w ramach ustaw (zob. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 26 maja 2015 r., sygn. Kp 2/13, OTK ZU nr 5/A/2015, poz. 65).

Samodzielność jednostek samorządu terytorialnego nie ma charakteru absolutnego i może podlegać różnego rodzaju ograniczeniom, ustanowionym przez prawodawcę. Samodzielność ta nie wyklucza więc podporządkowania ich działalności przepisom ustaw, ale pod warunkiem, że ograniczenia te znajdują uzasadnienie w konstytucyjnie określonych celach i chronionych wartościach, których pierwszeństwo ochrony, przedłożone nad zasadę ochrony samodzielności j.s.t., zależy od oceny ustawodawcy (zob. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 grudnia 2008 r., sygn. K 19/07, OTK ZU nr 10/A/2008, poz. 182).

W ocenie Wnioskodawcy, realizacji zadania polegającego na finansowaniu przez jednostki samorządu terytorialnego „nadmierzonych” świadczeń gwarantowanych nie towarzyszy taki zakres samodzielności polegającej na wykonywaniu zadań publicznych we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność, jaki wynika z art. 16 ust. 2 Konstytucji. Ponadto, obowiązek nałożony zaskarżoną regulacją jest zadaniem bliżej niedookreślonym. W świetle art. 166 Konstytucji nie powinno być ono bowiem traktowane ani jako fakultatywne zadanie własne, gdyż nie ma charakteru lokalnego, ani jako zadanie zlecone, z uwagi na brak zabezpieczenia na ten cel środków finansowych z budżetu państwa.

Art. 166 ust. 1 Konstytucji stanowi, że zadaniami własnymi są zadania publiczne służące zaspokajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej. Zgodnie zaś z art. 166 ust. 2 ustawy zasadniczej, zadaniami zleconymi są natomiast te, które mogą być przekazane jednostkom samorządu terytorialnego do wykonania, jeżeli wynika to z uzasadnionych potrzeb państwa. Cechą zadań własnych jest zatem

ich charakter lokalny, polegający na tym, że służą one zaspokajaniu zbiorowych potrzeb społeczności samorządowej. Zadania zlecone skierowane są natomiast na zaspokajanie potrzeb zorganizowanego w państwo całego społeczeństwa.

W świetle Konstytucji kryterium odróżniającym zadania własne i zlecone jest zakres samodzielności jednostek samorządu terytorialnego w odniesieniu do ich wykonywania. Zadania własne bowiem to takie, które – jak stanowi art. 16 ust. 2 zdanie drugie ustawy zasadniczej – jednostki samorządu terytorialnego wykonują we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność, czyli w sposób samodzielny i kreatywny. Z istoty zadania własnego, nawet jeśli ma charakter obligatoryjny, wynika bowiem, że organy samorządu muszą mieć, w zakresie określonym ustawami, prawo decydowania o sposobie realizacji tego zadania.

Zadania zlecone są natomiast jedynie przekazane jednostkom samorządu terytorialnego do wykonywania. Zakres i sposób ich realizacji określają ustawy, czego konsekwencją jest ograniczenie samodzielności organów jednostek samorządu terytorialnego.

Znaczenie obu tych pojęć wyjaśnił Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 25 lipca 2006 r., sygn. akt K 30/04. W judykacie tym Trybunał stwierdził, że „[t]ym zatem, co odróżniać ma zadania własne – nawet jeśli ich wykonanie ma charakter obligatoryjny – od zadań zleconych, jest przede wszystkim ich lokalny charakter. Identyfikacja potrzeb zbiorowych jako potrzeb lokalnych ma swe odniesienie zarówno indywidualne, gdy chodzi o potrzeby tylko danej jednostki samorządowej (np. szczególnego rodzaju zadania kulturalne, związane z historią danej wspólnoty), jak i kategoriale, a więc odnoszące się do potrzeb zbiorowych uznawanych powszechnie za takie, które wymagają zaspokojenia przez wszystkie samorządy (np. potrzeby z zakresu lokalnej komunikacji zbiorowej, oświaty, gospodarki komunalnej).

Zatem wśród zadań o charakterze lokalnym większość stanowią zadania, które we współczesnym państwie muszą być w takim lub innym zakresie przez samorząd wykonywane. Obowiązek wykonywania funkcji zaspokajania potrzeb

lokalnej społeczności na poziomie określonym przez współczesne standardy cywilizacyjne i kulturowe w danym państwie powoduje, że zarówno kreowanie, jak i wykonywanie zadań własnych następuje w Polsce na podstawie i w granicach kompetencji określonych ustawowo. Dlatego też lokalny charakter nie może być uznany za jedyną cechę zadania własnego, pozwalającą je odróżnić od zadań zleconych. Ustrojodawca nadaje więc szczególne znaczenie przymiotnikowi «własne» przy określaniu tego rodzaju zadań. Zadanie własne to zadanie, które w świetle art. 16 ust. 2 zdania 2 Konstytucji samorząd wykonuje w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność; podczas gdy przy zadaniach zleconych mamy do czynienia z przekazywaniem zadania jedynie do wykonania.

Z art. 166 ust. 2 Konstytucji wynika zatem, że w stosunku do zadań zleconych rola organów lokalnych sprowadza się do funkcji wykonawczych, a nie kreatywnych, ponieważ ustawa określa sposób ich wykonywania. Sposób wykonywania zadań własnych określają organy stanowiące i wykonawcze j.s.t. One też ponoszą odpowiedzialność polityczną, prawną i finansową za ich wykonywanie.

Zatem, nawet jeśli jakieś zadanie służące zaspokajaniu potrzeb lokalnych ma charakter obligatoryjny, tzn. na mocy ustawy musi być przez samorząd wykonywane – to jednak ustawa, która je nakłada winna być skonstruowana w taki sposób, by w jakimś zakresie pozostawić organom samorządu prawo do decydowania o sposobie jego wykonywania. Inaczej bowiem straciłoby sens określenie «zadanie własne».

Wreszcie zauważyć należy, że z pojęciem «zadania własnego» Konstytucja łączy także pojęcie «dochodów własnych». Trudno bowiem uznać, iż przymiotnik «własne» użyty jest w art. 166 i art. 167 ust. 2 Konstytucji w całkowicie odmiennym znaczeniu. Zadania własne to zadania, które zasadniczo samorząd wykonuje nie tylko w imieniu własnym, lecz i na własną odpowiedzialność, w tym także i finansową. To oznacza, że podstawowym

źródłem finansowania zadań własnych powinny być dochody własne samorządu” (OTK ZU nr 7/A/2006, poz. 86).

Wnioskodawca stwierdza, że wprowadzona zaskarżoną regulacją zmiana w zakresie zadań jednostek samorządu terytorialnego nie została związana z odpowiednią zmianą w podziale dochodów publicznych, co w konsekwencji prowadzi do naruszenia art. 167 ust. 4 Konstytucji.

Wskazany przez Wnioskodawcę przepis jest ściśle związany z pozostałymi unormowaniami zawartymi w art. 167 Konstytucji. Jak bowiem wielokrotnie podkreślał Trybunał Konstytucyjny, „Konstytucja ujmuje art. 167 Konstytucji w zakresie, w jakim służy samodzielności finansowej jednostek samorządu, jako funkcjonalnie powiązany zespół norm. Ustęp 1 tego przepisu zapewnia jednostkom samorządu terytorialnego udział w dochodach publicznych odpowiedni do przypadających im zadań. Ustęp 2 wskazuje rodzaje dochodów, które muszą występować w systemie finansowym samorządu. Ustęp 3 nakazuje, aby zmiany w dochodach dokonywały się w formie ustawowej. Ustęp 4 przesądza natomiast, że zmianom w zakresie zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego towarzyszyć powinna «odpowiednia» zmiana podziału dochodów publicznych. Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego poszczególne normy wyrażone w art. 167 Konstytucji nie powinny być interpretowane w oderwaniu od innych norm wyrażonych w tym przepisie” (wyrok z dnia 6 września 2005 r., sygn. K 46/04, OTK ZU nr 8/A/2005, poz. 89; tak samo Trybunał Konstytucyjny w wyrokach: z dnia 30 marca 1999 r., sygn. K. 5/98, OTK ZU nr 3/1999, poz. 39 i z dnia 18 września 2006 r., sygn. K 27/05, OTK ZU nr 8/A/2006, poz. 105).

Przepisy art. 167 ust. 1 i 4 Konstytucji odczytuje się jako sformułowanie zasady adekwatności środków do zadań, w jakie wyposaża się jednostki samorządu terytorialnego (zob. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 31 stycznia 2013 r., sygn. K 14/11, OTK ZU nr 1/A/2013, poz. 7).

Art. 167 ust. 1 Konstytucji – z jednej strony – nakazuje zapewnienie jednostkom samorządu terytorialnego „odpowiedniego” udziału w dochodach publicznych, tak by możliwa była realizacja ich zadań, a – z drugiej strony – zakazuje dokonywania takich modyfikacji tych dochodów, które „odpowiedniość” tego udziału by przekreślały. Dodatkową gwarancję w tym zakresie formułuje art. 167 ust. 4 Konstytucji, nakazując paralelność zmian zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego oraz zmian w podziale dochodów publicznych. Konsekwencją tego obowiązku jest też zakaz dokonywania takich zmian w ustawodawstwie, które prowadziłyby do faktycznego przekreślenia dochodów własnych jednostek samorządu terytorialnego. Pozbawienia jednostek samorządu terytorialnego określonych źródeł dochodów własnych nie można jednak mylić z ich modyfikacjami, nawet gdy są one niekorzystne dla finansów tych jednostek.

Ustawodawcy przysługuje daleko idąca swoboda w określaniu zarówno źródeł dochodów własnych jednostek samorządu terytorialnego, jak też poziomu tych dochodów, pod warunkiem poszanowania innych norm, zasad i wartości konstytucyjnych.

Samodzielność finansowa jednostek samorządu terytorialnego, określona w art. 167 ust. 1 Konstytucji, wyraża się w zapewnieniu tym jednostkom dochodów, pozwalających na realizowanie przypisanych im zadań publicznych, pozostawiając im swobodę w kształtowaniu wydatków (z uwzględnieniem jednak zastrzeżeń ustawowych) oraz stworzeniu odpowiednich gwarancji formalnych i proceduralnych w tym zakresie (zob. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 19 grudnia 2007 r., sygn. K 52/05, OTK ZU nr 11/A/2007, poz. 159). Samodzielność ta jest ściśle związana z wykonywaniem przez samorząd terytorialny zadań publicznych w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność, o czym stanowi art. 16 ust. 2 Konstytucji (zob. wyroki Trybunału Konstytucyjnego z dnia: 3 listopada 1998 r., sygn. K. 12/98, OTK ZU nr 6/1998, poz. 98 i 18 grudnia 2008 r., sygn. K 19/07, *op. cit.*).

Przechodząc do merytorycznej analizy zarzutów Wnioskodawcy, przypomnieć należy, że z uzasadnienia wniosku wyłania się problem konstytucyjny wymagający oceny zaskarżonej regulacji w świetle – po pierwsze – art. 16 ust. 2 w związku z art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji oraz – po drugie – art. 167 ust. 4 Konstytucji.

W zakresie pierwszego ze wskazanych zagadnień konstytucyjnych istota zarzutu Wnioskodawcy sprowadza się do tezy, zgodnie z którą art. 9a u.ś.o.z. w związku z art. 59 ust. 2 u.d.l. nakłada na jednostki samorządu terytorialnego nowe zadanie w postaci obowiązku finansowania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w części niesfinansowanej przez NFZ. Nałożenie tego zadania prowadzi do naruszenia samodzielności jednostek samorządu terytorialnego, przy czym nie można go traktować ani jako zadania własnego, ani jako zleconego w rozumieniu art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji.

Dokonując oceny w powyższym kontekście, należy zauważyć, że ustawodawca nałożył na jednostki samorządu terytorialnego szereg zadań związanych z ochroną zdrowia, przy czym proces zwiększania udziału samorządu w realizacji tego zakresu zadań publicznych był prowadzony równoległe do transformacji ustrojowej i był związany z odstępniem od scentralizowanego systemu organizacji i dostarczania świadczeń zdrowotnych na rzecz modelu opartego na ich finansowaniu ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, przy jednoczesnym wzroście autonomii dla sektora usług ochrony zdrowia na szczeblu terytorialnym, jak i placówek ochrony zdrowia w sektorze publicznym.

Już w ustawie z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2017 r., poz. 1875 ze zm.) ustawodawca stypizował w art. 7 ust. 1 pkt 5 jedno z zadań własnych gminy, jakim w szczególności są sprawy „ochrony zdrowia”. Podobnie w ustawie z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2017 r., poz. 1868 ze zm.) wskazano, że powiat wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie „promocji i ochrony

zdrowia”. Także w art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2018 r., poz. 913 ze zm.; dalej: u.s.w.) wyraźnie wskazano, że samorząd województwa wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami, w szczególności w zakresie „promocji i ochrony zdrowia”.

W związku z tym, że inicjatorem niniejszego postępowania jest samorząd województwa, dalsze rozważania będą dotyczyły przede wszystkim jednostki samorządu terytorialnego tego szczebla.

Podkreślić należy, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mają szczególne znaczenie w systemie ochrony zdrowia. Zwrócił na to uwagę Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 27 czerwca 2000 r., sygn. K. 20/99, stwierdzając: „Ustawa rozróżnia dwa rodzaje zakładów opieki zdrowotnej: publiczne i niepubliczne. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej tworzone są przez: ministra lub centralny organ administracji rządowej (...) oraz jednostkę samorządu terytorialnego (art. 8 ust. 1 pkt. 1-3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej), natomiast niepubliczne – przez inne (określone w art. 8 ust. 1 pkt. 4-8 tejże ustawy) podmioty, działające najczęściej w formie spółek cywilnych, spółek z ograniczoną odpowiedzialnością i spółek akcyjnych. Rozróżnienie to ma istotne znaczenie. Poprzez określenie zakładów opieki zdrowotnej mianem «publiczny» ustawodawca uznał, że ich znaczenie jest doniosłe z punktu widzenia interesu publicznego. Na tyle ważne, aby uznać konieczność ich podporządkowania rządowym lub samorządowym organom państwa, chociaż przez nadanie im osobowości prawnej, uzyskały one duży stopień samodzielności oraz niezależną od Skarbu Państwa i jednostek samorządu terytorialnego podmiotowość prawną (w sferze stosunków majątkowych). Okoliczność, iż w odniesieniu do publicznych, samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej organami tworzącymi są organy administracji rządowej lub jednostki samorządu terytorialnego, stwarza gwarancję i zabezpieczenie, że zakłady te będą mogły realizować cele, dla których je utworzono. Wiąże się z tym – w określonych

ustawowo sytuacjach – zobowiązanie do ponoszenia konsekwencji majątkowych związanych z ich działalnością. Ani organ administracji rządowej, ani jednostka samorządu terytorialnego nie może uwolnić się od tego rodzaju obowiązków bez stosownego ustawowego przyzwolenia. W ten sposób zabezpiecza się możliwość realizowania celów publicznych związanych z ochroną zdrowia, o których mowa w art. 68 konstytucji” [OTK ZU nr 5(35)/2000, poz. 140].

Zgodnie z zasadami rozdziału zadań samorządowych między poszczególne szczeble samorządu terytorialnego – przy uwzględnieniu domniemania właściwości gminy jako podstawowej jednostki samorządowej oraz ustawowej specyfikacji zadań powiatów i województw – przepis art. 14 ust. 1 u.s.w. wskazuje ważniejsze obszary (o czym świadczy wykorzystane przez ustawodawcę sformułowanie „w szczególności”) działania samorządu województwa. Co istotne z perspektywy niniejszej sprawy, w ramach realizacji reformy samorządowej, samorząd województwa (a także samorząd powiatowy) od dnia 1 stycznia 1999 r. został również uprawniony do tworzenia zakładów opieki zdrowotnej, na podstawie art. 77 pkt 1 ustawy z dnia 24 lipca 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej – w związku z reformą ustrojową państwa (Dz. U. Nr 106, poz. 668 ze zm.). Do dnia wejścia w życie przywołanej regulacji, w świetle art. 8 pkt 3 u.z.o.z., zakłady opieki zdrowotnej mogły tworzyć gminy i związki międzygminne (związki komunalne).

Oceniając zarzuty Wnioskodawcy w świetle art. 16 ust. 2 i art. 166 ust. 1 i 2 Konstytucji, należy pamiętać o konieczności prawidłowego identyfikowania zadań publicznych powierzonych jednostkom samorządu terytorialnego, które to zadania nie mogą być utożsamiane z ustalonymi przez ustawodawcę obowiązkami służącymi ich realizacji. Jak bowiem stwierdził Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 12 października 2004 r., sygn. K 31/02, „[p]rzez <<przypadające samorządowi zadania>> należy rozumieć część zadań publicznych o charakterze ogólnym, ustrojowym, jakie Konstytucja i ustawy przypisują

władzom lokalnym. Są to zatem zadania (...), takie jak np. zapewnienie ochrony zdrowia mieszkańcom danej społeczności lokalnej, wyrażające się m.in. w pełnieniu funkcji organizatorskich jako organów założycielskich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Natomiast obowiązek pokrycia ujemnego wyniku finansowego s.p.z.o.z. przez jego organ założycielski – zarówno państwowy, jak i samorządowy – jest jedynie następstwem prawnym przyjętego zadania, nie zaś samym zadaniem w rozumieniu art. 167 ust. 1 Konstytucji” (OTK ZU nr 9/A/2004, poz. 91).

Również w doktrynie powszechnie przyjmuje się, że zadaniem jest określony cel, który musi osiągnąć samorząd, kompetencją jest natomiast zespół praw i obowiązków organu, obejmujący prawne formy działania, czyli formy realizacji zadań (zob. A. Skoczylas, W. Piątek, komentarz do art. 16, [w:] *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz, Art. 1 – 86*, red. M. Safjan, L. Bosek, wyd. C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 423 oraz powołana tam literatura).

Przewidziana w art. 9a u.ś.o.z. możliwość finansowania przez j.s.t. świadczeń gwarantowanych dla mieszkańców wspólnoty jest jedną z form działania prowadzącego do realizacji zadania własnego dotyczącego ochrony zdrowia i ma związek z zaspokajaniem potrzeb mieszkańców. Pojęcie zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej należy rozumieć jako podejmowanie działań, które są skuteczne dla danej wspólnoty. Zadania publiczne powinny być wykonywane wszędzie tam, gdzie zaistnieją uzasadnione potrzeby społeczne. Poza sporem jest, że taką potrzebą społeczną jest konieczność zapewnienia ochrony zdrowia członkom danej społeczności lokalnej. Podejmując decyzję o finansowaniu świadczeń gwarantowanych, samorząd, zgodnie z art. 9a u.ś.o.z., musi uwzględniać w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa.

Błędna jest prezentowana przez Wnioskodawcę teza, iż przewidziana w art. 9a możliwość kontraktowania dodatkowych świadczeń w połączeniu

z, wynikającym z art. 59 ust. 2 u.d.l., obowiązkiem pokrycia strat s.p.z.o.z. wymusza na jednostkach samorządu terytorialnego obowiązek finansowania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w części niesfinansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

W świetle zarzutów Wnioskodawcy uznać trzeba, że wątpliwości konstytucyjne odnoszą się nie do samego mechanizmu przewidzianego w art. 9a u.ś.o.z., lecz do wadliwego systemu finansowania opieki zdrowotnej. Niedośczone koszty świadczeń i brak zapłaty za „nadwykonania” – w ocenie Wnioskodawcy – powodują, iż w znacznej mierze ciężar finansowy udzielanych świadczeń przerzucany jest na podmioty lecznicze, a następnie, poprzez art. 59 ustawy o działalności leczniczej, przenoszony jest na podmioty tworzące, w tym samorządy województw.

Odnosząc się do tych argumentów, należy podkreślić, że – wbrew twierdzeniom Wnioskodawcy – samorząd województwa nie jest zobligowany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, jakie zostały zrealizowane przez s.p.z.o.z. w warunkach ponadlimitowych, przekraczających kontrakt z NFZ.

Przed wszystkim, zgodnie z art. 14 u.ś.o.z., podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych – o czym była już mowa – są: właściwi ministrowie lub NFZ. Do Narodowego Funduszu Zdrowia wpływają składki z tytułu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, które następnie są redystrybuowane w postaci należności kontraktowych dla podmiotów leczniczych. Na mocy art. 9 pkt 9 i 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 2077; dalej: u.f.p.), NFZ oraz s.p.z.o.z. są częścią sektora finansów publicznych i z tego względu realizacja powierzonych im zadań powinna przebiegać w sposób efektywny, oszczędny i terminowy (art. 44 ust. 3 u.f.p.).

Podmioty lecznicze, a więc także s.p.z.o.z., chcąc realizować świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, muszą zawrzeć kontrakt z NFZ. Zakres świadczeń możliwych do uzyskania w danym podmiocie

leczniczym wyznacza treść tego kontraktu i w konsekwencji pacjent (w ramach ubezpieczenia) może uzyskać wyłącznie świadczenia gwarantowane. W świetle art. 132 ust. 1 u.ś.o.z., kontrakt z NFZ stanowi podstawowe źródło zobowiązania do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej przez podmiot leczniczy w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Jednocześnie niedopuszczalna jest, poza sytuacją określoną w art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. (oraz w art. 9a u.ś.o.z.), możliwość udzielenia świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych bez zawartej umowy z NFZ (lub j.s.t.).

Wnioskodawca podnosi, że w praktyce NFZ najpierw rozlicza pacjentów przyjętych w trybie nagłym, natomiast pacjentów z tzw. kolejki dopiero, jeśli w ramach limitu z danej umowy zawartej z NFZ pozostaną jakieś wolne środki. W konsekwencji, podmiot leczniczy zostaje pozbawiony możliwości otrzymania zapłaty za wykonane planowo, w ramach obowiązującego limitu, świadczenia zdrowotne. Dlatego „nadwykonaniami” stają się głównie świadczenia planowe, w przypadku których domaganie się zapłaty od NFZ jest znacznie utrudnione.

Tak sformułowany zarzut nie może jednak świadczyć o niekonstytucyjności zaskarżonego uregulowania. Przede wszystkim, dlatego że kwestionowane przepisy nie odnoszą się do sposobu wyceny i rozliczania świadczeń gwarantowanych realizowanych przez s.p.z.o.z. Zagadnienia dotyczące warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, zasad rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami oraz zasad rozpatrywania kwestii spornych – zgodnie z art. 136 ust. 1 u.ś.o.z. – powinny zostać uregulowane w umowie zawartej między NFZ a s.p.z.o.z. Uwagi Wnioskodawcy, odnoszące się do przyjętych przez NFZ reguł zapłaty za wykonane przez s.p.z.o.z. świadczenia gwarantowane, nie mają związku z normatywną zawartością zaskarżonego przepisu. Dotyczą natomiast stosowania prawa, którego ocena nie mieści się w kognicji Trybunału Konstytucyjnego.

Ponadto, co również jest istotne, ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej pozostaje w obiegu prawnym już kilkanaście lat. W tym czasie osoby kierujące

samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej miały możliwość zdobycia odpowiedniego doświadczenia pozwalającego przynajmniej w przybliżeniu oszacować poziom świadczeń gwarantowanych udzielanych w stanach nagłych. Od tego poziomu powinna być uzależniona liczba świadczeń realizowanych planowo. Oczywiście dokładnej skali stosowania poszczególnych procedur w stanach nagłych nie można przewidzieć. Jednak niewielkie przekroczenie liczby świadczeń określonych w umowie z NFZ może doprowadzić co najwyżej do wystąpienia straty netto, którą s.p.z.o.z. pokryje we własnym zakresie w sposób określony w art. 57 ust. 2 pkt 1 u.d.l., czyli poprzez zmniejszenie funduszu zakładu.

Podmiot tworzący s.p.z.o.z. w ramach kontroli i nadzoru – prowadzonych w trybie przepisów Działu VI ustawy o działalności leczniczej – może – co należy przypomnieć – wstrzymywać niezgodne z prawem (w tym sprzeczne ze statutem i regulaminem organizacyjnym) działania kierownika s.p.z.o.z. oraz zobowiązać go do ich zmiany lub cofnięcia. Podmiot tworzący ma także wpływ na kształt programu naprawczego sporządzanego – na mocy art. 59 ust. 4 u.d.l. – przez kierownika s.p.z.o.z. w przypadku wystąpienia w sprawozdaniu finansowym straty netto, gdyż dokument ten podlega zatwierdzeniu przez organ, który utworzył s.p.z.o.z. Realizowanie tych funkcji powinno zapobiec powstaniu takiej skali „nadwykonań”, która przekroczy możliwości samodzielnego pokrycia straty przez s.p.z.o.z.

Konkludując powyższe, stwierdzić należy, że określone w art. 14 ust. 1 pkt 2 u.s.w. zadanie publiczne w zakresie ochrony zdrowia wyraża się m.in. w pełnieniu przez j.s.t. – jako podmioty założycielskie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – funkcji organizatorskich i nadzorczych. Natomiast sam obowiązek przejęcia zobowiązań finansowych przez podmiot prowadzący jest jedynie następstwem prawnym realizowanego zadania oraz pełnienia wymienionych funkcji. Jednym ze sposobów wykonania zadania własnego j.s.t. w zakresie ochrony i promocji zdrowia jest również –

przewidziana w art. 9a u.ś.o.z. – możliwość finansowania świadczeń gwarantowanych dla mieszkańców wspólnoty samorządowej.

Kwestionowana przez Wnioskodawcę regulacja nie narusza zasady samodzielności ustrojowo-organizacyjnej jednostek samorządu terytorialnego. To w ich gestii pozostaje decyzja w przedmiocie zawarcia umowy z s.p.z.o.z., w której zostanie m.in. określony rodzaj, zakres i liczba udzielanych świadczeń gwarantowanych oraz kwota zobowiązania i zasady rozliczeń. Jednostki samorządu terytorialnego mają również bezpośredni wpływ – poprzez nadanie statutu, przeprowadzenie konkursu na stanowisko kierownika oraz sprawowanie kontroli i nadzoru – na funkcjonowanie s.p.z.o.z., dzięki czemu mogą podejmować działania mające na celu niedopuszczenie do powstania strat netto w działalności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w kwocie przekraczającej możliwości ich pokrycia przez te zakłady we własnym zakresie.

Błędne jest przy tym twierdzenie Wnioskodawcy, że samorząd terytorialny ponosi konsekwencje realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz uprawnionych do tego obywateli. Realizacja przez s.p.z.o.z. świadczeń gwarantowanych pokrywana jest przez NFZ zgodnie z zawartą przez te podmioty umową. Świadczenia wykraczające natomiast ponad rodzaj bądź limit wskazany w kontrakcie z NFZ nie są świadczeniami należnymi systemowo. S.p.z.o.z. nie ma zatem obowiązku ich wykonywania (z wyjątkiem wynikającym z art. 19 u.ś.o.z., czego konsekwencje w zakresie rozliczania omówiono wyżej).

Dlatego istnieją podstawy do stwierdzenia, że kwestionowana regulacja w zakresie, w jakim umożliwia jednostkom samorządu terytorialnego finansowanie gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej przy równoczesnym ponoszeniu odpowiedzialności finansowej przez te jednostki za zobowiązania i należności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których owe j.s.t. są podmiotami założycielskimi, jest zgodna z art. 16 ust. 2 w związku z art. 166 ust. 1 Konstytucji.

Konsekwencją przyjęcia, że uprawnienia i obowiązki samorządu województwa, zadekretowane w zaskarżonym przepisie art. 9a u.ś.o.z., stanowią refleks zadań własnych tej jednostki samorządu terytorialnego, jest konkluzja, iż art. 166 ust. 2 Konstytucji nie stanowi adekwatnego związkowego wzorca kontroli w niniejszej sprawie.

Ocena zgodności art. 9a u.ś.o.z. w związku z art. 59 ust. 2 u.d.l. z art. 167 ust. 4 Konstytucji przedstawia się następująco.

Przewidziane w art. 59 ust. 2 pkt 1 i 2 u.d.l. uprawnienia i obowiązki, dotyczące pokrycia straty netto lub podjęcia decyzji o likwidacji s.p.z.o.z., są logicznym następstwem rozwiązań przyjętych w ustawie o działalności leczniczej. Jednostka samorządu terytorialnego pełni bowiem funkcję organu założycielskiego, z czym wiążą się określone uprawnienia nadzorcze, w tym także przewidujące możliwość oddziaływania na gospodarkę finansową samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, ale też odpowiedzialność za niespłacone zobowiązania. Obowiązek pokrycia straty netto samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej mieści się w zakresie zadania własnego jednostek samorządu terytorialnego, jakim jest obowiązek zapewnienia ochrony zdrowia mieszkańcom danej społeczności lokalnej (gminy, powiatu, województwa), wyrażający się między innymi w pełnieniu funkcji organizatorskich jako podmiotów tworzących samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Obowiązek pokrycia przez j.s.t. ujemnego wyniku finansowego s.p.z.o.z. lub podjęcia decyzji o likwidacji danego s.p.z.o.z. ustanowiony był już w pierwotnym brzmieniu ustawy o działalności leczniczej. Nowelizacja wprowadzona ustawą zmieniającą z 2016 r. zmodyfikowała jedynie kwestie techniczne dotyczące głównie terminów, w jakich odpowiednie rozstrzygnięcia powinny zostać podjęte przez podmiot tworzący s.p.z.o.z., utrzymując zasadę odpowiedzialności tego podmiotu za zobowiązania i należności danego zakładu.

Podobne rozwiązania, jeśli chodzi o kwestie odpowiedzialności jednostek samorządu terytorialnego za ujemny wynik finansowy podległych im samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, przewidywała poprzednio obowiązująca ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 60 ust. 1 u.z.o.z., zakład opieki zdrowotnej miał obowiązek pokrycia we własnym zakresie ujemnego wyniku finansowego, natomiast w wypadku, gdy niedobór ten nie mógł zostać pokryty przez s.p.z.o.z., organ, który ów zakład utworzył, miał obowiązek wydania rozporządzenia lub podjęcia uchwały o zmianie formy gospodarki finansowej zakładu lub o jego likwidacji (art. 60 ust. 3 u.z.o.z.). Organ, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, miał obowiązek pokryć ujemny wynik finansowy zakładu ze środków publicznych i mógł określić formę dalszego finansowania zakładu (art. 60 ust. 4 u.z.o.z.). W razie podjęcia decyzji o likwidacji s.p.z.o.z., jego zobowiązania i należności stawały się zobowiązaniami i należnościami właściwej jednostki samorządu terytorialnego (art. 60 ust. 6 u.z.o.z.). Rozwiązania te były konsekwencją przyjętych zmian systemowych, w wyniku których jednostki samorządu terytorialnego stały się organami założycielskimi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, i zostały utrzymane także pod rządami ustawy o działalności leczniczej.

Przewidziana w art. 9a u.ś.o.z. możliwość finansowania przez jednostkę samorządu terytorialnego świadczeń gwarantowanych nie ma bezpośredniego związku z odpowiedzialnością podmiotu tworzącego s.p.z.o.z. za jego wynik finansowy. Podejmując decyzję o zawarciu umowy z s.p.z.o.z. o finansowaniu określonego rodzaju, zakresu i liczby świadczeń gwarantowanych, j.s.t. powinna brać pod uwagę przesłanki określone w art. 9a u.ś.o.z., tj. w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa. Rozstrzygnięcie w tym zakresie pozostaje w wyłącznej gestii jednostki samorządu terytorialnego. Może ona, uwzględniając stan dochodów

własnych oraz liczbę członków wspólnoty oczekujących w kolejce do świadczeń gwarantowanych, zawrzeć umowę z s.p.z.o.z. na wykonanie określonej liczby i rodzaju takich świadczeń. Nie jest to jednak nowe zadanie jednostki samorządu terytorialnego, lecz tylko jedna z form realizacji zadania polegającego na promocji i ochronie zdrowia.

Kwestia pokrycia straty netto s.p.z.o.z. i unikania jej w przyszłej działalności zakładu powinna być natomiast procedowana zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, czyli poprzez sporządzenie i zatwierdzenia programu naprawczego oraz podjęcie decyzji przewidzianych w art. 59 ust. 2 u.d.l.

Pamiętać należy także o przywołanym już poglądzie Trybunału Konstytucyjnego, zgodnie z którym obowiązek pokrycia ujemnego wyniku finansowego s.p.z.o.z. przez jego organ założycielski – zarówno państwowy, jak i samorządowy – jest jedynie następstwem prawnym przyjętego zadania, nie zaś samym zadaniem w rozumieniu art. 167 ust. 1 Konstytucji. Zważywszy na trybunalską dyrektywę interpretowania w ścisłym powiązaniu ze sobą norm wyrażonych w poszczególnych ustępach art. 167 Konstytucji, zapatrywanie to ma znaczenie na gruncie niniejszej sprawy, gdzie wzorcem kontroli jest art. 167 ust. 4 ustawy zasadniczej, a Wnioskodawca w formułowanych zarzutach odwołuje się związkowo do przepisu regulującego między innymi zobowiązania finansowe jednostki samorządu terytorialnego w wypadku ujemnego wyniku finansowego utworzonego przez tę jednostkę s.p.z.o.z.

Biorąc pod uwagę zawartość normatywną przywołanego wzorca kontroli, który swoim zakresem normowania obejmuje „zmiany w zakresie zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego” i ustanawia standard konstytucyjny dla prawodawcy w razie dokonywania takich zmian, trudno wzruszyć domniemanie konstytucyjności zaskarżonej regulacji, która zmian w zakresie zadań j.s.t. nie wprowadza. Nie można bowiem mówić, że na podstawie art. 9a u.ś.o.z. w związku z art. 59 ust. 2 u.d.l., w zaskarżonym zakresie,

na jednostki samorządu terytorialnego nałożone zostały nowe zadania wymagające zapewnienia nowych dochodów publicznych na ich realizację.

Konkludując, trzeba uznać, że zaskarżone przepisy nie wkraczają w materię normowaną przez art. 167 ust. 4 Konstytucji, a w konsekwencji przywołany przepis nie stanowi adekwatnej podstawy kontroli zakwestionowanej regulacji.

Z powyższych względów wnoszę jak na wstępie.

z upoważnienia
Prokuratora Generalnego

Robert Hernand
Zastępca Prokuratora Generalnego