



SEJM

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Sygn. akt K 48/13

BAS-WPTK-2781/13

Warszawa, dnia 9 lipca 2015 r.

TRYBUNAŁ KONSTITUCYJNY KAN C E L A R I A	
wpi. dnia	09.07.2015
L.dz.	L.zal.

Trybunał Konstytucyjny

Na podstawie art. 34 ust. 1 w związku z art. 27 pkt 2 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. Nr 102, poz. 643 ze zm.), w imieniu Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej przedkładam wyjaśnienia w sprawie wniosku Sejmiku Województwa Mazowieckiego z 3 czerwca 2013 r. (sygn. akt K 48/13), jednocześnie wnosząc o stwierdzenie, że:

- 1) art. 59 ust. 2-4 w związku z art. 61, art. 72 ust. 1 pkt 1 i art. 216 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.) **jest zgodny** z art. 166 ust. 1 Konstytucji oraz **nie jest niezgodny** z art. 166 ust. 2 i art. 167 ust. 4 Konstytucji;
- 2) art. 59 ust. 4 ustawy powołanej w punkcie 1 **jest zgodny** z art. 68 ust. 2 Konstytucji.

Ponadto, na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 1 ustawy o Trybunale Konstytucyjnym, wnoszę o **umorzenie postępowania** w pozostałym zakresie, ze względu na niedopuszczalność wydania wyroku.

Uzasadnienie

I. Przedmiot kontroli i zarzuty wnioskodawcy

1. Jako przedmiot kontroli Sejmik Województwa Mazowieckiego (dalej: Sejmik, wnioskodawca) wskazał art. 59 w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6, art. 61, art. 72 ust. 1 pkt 1 i art. 216 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.; dalej: u.d.l.) Przepisy te zostały pomieszczone w pierwotnej wersji u.d.l. i nie były przedmiotem zmian legislacyjnych.

Wskazany przez Sejmik jako podstawowy przedmiot kontroli, art. 59 u.d.l. obowiązuje w brzmieniu:

„1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy.

2. Podmiot tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, pokryć ujemny wynik finansowy za rok obrotowy tego zakładu, jeżeli wynik ten, po dodaniu kosztów amortyzacji, ma wartość ujemną – do wysokości tej wartości.

3. Ujemny wynik finansowy i koszty amortyzacji, o których mowa w ust. 2, dotyczą roku obrotowego objętego sprawozdaniem finansowym.

4. W przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego w sposób określony w ust. 2 podmiot tworzący w terminie 12 miesięcy od upływu terminu określonego w ust. 2 wydaje rozporządzenie, zarządzenie albo podejmuje uchwałę o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej”.

Wnioskodawca zdecydował się na zaskarżenie przywołanego przepisu z uwzględnieniem szerokiego tła normatywnego, które tworzą ujęte jako związkowe względem art. 59 u.d.l. postanowienia: a) art. 55 ust. 1 pkt 6 u.d.l., zgodnie z którym samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (dalej: spzoz) może uzyskiwać środki finansowe na pokrycie ujemnego wyniku finansowego; b) art. 61 u.d.l., wedle którego po likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jego mienie, zobowiązania i należności stają się mieniem, zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa albo uczelni medycznej, albo właściwej jednostki

samorządu terytorialnego (dalej: j.s.t.); c) art. 72 ust. 1 pkt 1 u.d.l., wskazujący, że jeżeli wartość wskaźnika zadłużenia ustalona zgodnie z art. 70 i art. 71 u.d.l. wynosi powyżej 0,5, podmiot tworzący przed dniem przekształcenia spzoz w spółkę kapitałową, którym jest dzień wpisania spółki do rejestru przedsiębiorców w Krajowym Rejestrze Sądowym (art. 80 ust. 1 u.d.l.), przejmuje zobowiązania spzoz o takiej wartości, aby wskaźnik zadłużenia wyniósł nie więcej niż 0,5; d) art. 216 u.d.l., w świetle którego obowiązek przekształcenia lub likwidacji spzoz powstaje po raz pierwszy po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego za pierwszy rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie u.d.l.

2. Inicjator postępowania w *petitum* wniosku wyraźnie wyznaczył pole badania, wskazując, iż domaga się kontroli konstytucyjności art. 59 u.d.l. „w zakresie, w jakim nakłada na samorząd województwa obowiązek finansowania z budżetu świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych, zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności z art. 15 powołanej ustawy o działalności leczniczej, przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, dla którego samorząd województwa jest organem tworzącym, ponad limit świadczeń sfinansowanych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia”.

3. Formułując zarzut naruszenia art. 166 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji, Sejmik Województwa Mazowieckiego stwierdza, że zakwestionowane przepisy u.d.l. skutkują „przerzuceniem na samorząd regionalny obowiązku dotyczącego polityki zdrowotnej państwa, która powinna być prowadzona przez władze centralne” (wniosek, s. 4). Tym samym, zdaniem wnioskodawcy, ustawodawca nałożył na samorząd województwa w sposób ukryty i niedookreślony, nieprzewidziany standardami konstytucyjnymi, obowiązek realizacji zadania publicznego, jakim jest ponoszenie kosztów „wszelkich niedoborów finansowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których jest podmiotem tworzącym [samorząd terytorialny – uwaga własna] – bez względu na przyczyny, które spowodowały ujemny wynik finansowy tych podmiotów” (wniosek, s. 5).

Wnioskodawca podkreśla przy tym, że samorząd terytorialny jest „jedynie współpartnerem państwa w realizacji zadania publicznego, jakim jest finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, stąd system finansowania tego zadania, ukształtowany przez ustawodawcę nie może znosić odpowiedzialności

państwa za jego realizację, przerzucając odium społeczne i cały ciężar tej odpowiedzialności na samorząd terytorialny” (wniosek, s. 6).

Uznając, iż kwestionowana regulacja powinna być postrzegana w perspektywie obowiązków wynikających z realizacji funkcji właścicielskich podmiotów prowadzących szpital, Sejmik stwierdza jednocześnie, że: „nałożenie na samorząd województwa obowiązku finansowania wszelkich niedoborów finansowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wykracza poza [te – uwaga własna] obowiązki” (wniosek, s. 7), bowiem „nie powinien [...] odpowiadać za następstwa finansowe ustawowego obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych wszystkim uprawnionym mieszkańcom, którzy zwracają się o udzielenie tych świadczeń, w sytuacji, gdy finansowanie tych świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia okazało się niedostateczne” (*ibidem*).

Wnioskodawca stwierdza wręcz, że: „ustawodawca kreuje niejako kategorię świadczeń opieki zdrowotnej o charakterze regionalnym, które sfinansować winien samorząd województwa” (*ibidem*).

Jednocześnie Sejmik Województwa Mazowieckiego wywodzi, iż zakwestionowana regulacja nie pozostawia „organowi stanowiącemu samorządu województwa możliwości wyboru rozwiązań finansowych i organizacyjnych, które w jego przekonaniu byłyby optymalne, tak finansowo, jak i z punktu widzenia interesu społeczności lokalnej, co pozbawia go uprawnień charakterystycznych dla podmiotu sprawującego nadzór właścicielski nad samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej” (wniosek, s. 8), lokuje problem konstytucyjny w perspektywie odpowiedzi na pytanie, czy zaskarżone przepisy regulują zadanie własne j.s.t., wykonywane we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność.

4. Wątpliwość konstytucyjna wnioskodawcy w odniesieniu do kwestionowanej regulacji pojawia się także w perspektywie art. 167 ust. 4 Konstytucji. Jak podnosi Sejmik, „[z]godnie z art. 216 ustawy o działalności leczniczej obowiązek przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w inną formę organizacyjno-prawną lub jego likwidacji przez podmiot tworzący, w sytuacji niesfinansowania ujemnego wyniku finansowego zakładu, powstanie po raz pierwszy po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego za rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie ustawy, tj. w 2013 roku. Na jednostki samorządu terytorialnego nałożono tym samym obowiązek ponoszenia pełnej odpowiedzialności finansowej za

ujemny wynik finansowy nowych podmiotów leczniczych, jednocześnie nie zapewniając im odpowiednich do tego środków finansowych, co w konsekwencji może doprowadzić społeczności lokalne do zapaści” (wniosek, s. 19).

5. W opinii wnioskodawcy, wynikający z kontestowanej regulacji mechanizm ponoszenia odpowiedzialności j.s.t. za ujemny wynik finansowy prowadzonych przez nie spzoz-ów prowadzi również do naruszenia art. 68 ust. 2 Konstytucji. Jak wskazuje Sejmik Województwa Mazowieckiego, „automatycznym następstwem niepokrycia ujemnego wyniku finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przez samorząd województwa jest obowiązek przekształcenia zakładu w inną formę organizacyjno-prawną lub likwidacja. Jednocześnie ustawodawca nie przewidział przesłanek, innych niż ekonomiczne, podjęcia decyzji o przekształceniu lub likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej” (wniosek, s. 12). Takie rozwiązanie normatywne jest, w opinii wnioskodawcy, antyspołeczne i znacznie utrudnia realizację nałożonych na samorząd terytorialny zadań wynikających z art. 68 ust. 2 Konstytucji. Pogląd ten został przez wnioskodawcę poprzedzony analizą mechanizmów, które prowadzą do przekształcenia spzoz-ów w kapitałowe spółki handlowe lub likwidacji spzoz-ów.

Forma spółki, jak wskazuje inicjator postępowania, nie podlega tak ścisłym powiązaniom i nadzorowi właścicielskiemu jak w wypadku spzoz-u, stąd – zdaniem wnioskodawcy – samorzady utracą wpływ na funkcjonowanie podmiotów leczniczych działających w tej formie.

Oczywisty, negatywny wpływ na realizację zadania zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma natomiast obligatoryjna likwidacja spzoz-u

II. Analiza formalnoprawna

1. Zważywszy na wątpliwości natury formalnoprawnej, jakie Sejm powziął po analizie uzasadnienia wniosku, przed sformułowaniem stanowiska odnoszącego się do *meritum* postawionych zarzutów, należy przede wszystkim odnieść się do następujących kwestii: a) legitymacji procesowej wnioskodawcy w odniesieniu do przedmiotu zaskarżenia; b) przedmiotu zaskarżenia i jego zakresu; c) ujęcia wzorców kontroli; d) deficytów w warstwie argumentacyjnej w zakresie zarzutu naruszenia

zasady poprawnej legislacji oraz zasady zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa.

2. Przechodząc do zagadnienia legitymacji procesowej wnioskodawcy, trzeba przypomnieć, że kontrola konstytucyjności w niniejszej sprawie została zainicjowana wnioskiem Sejmiku Województwa Mazowieckiego. Zgodnie z art. 191 ust. 1 pkt 3 w związku z art. 188 Konstytucji, organy stanowiące jednostek samorządu terytorialnego mogą wystąpić do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem w sprawie zbadania zgodności ustaw z Konstytucją oraz z ratyfikowanymi umowami międzynarodowymi, których ratyfikacja wymagała uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie. Ustanowiony w art. 191 ust. 2 Konstytucji warunek dopuszczalności złożenia wniosku do Trybunału Konstytucyjnego przez organ stanowiący jednostki samorządu terytorialnego polega na wymaganiu istnienia związku między zaskarżonym przepisem a sprawami objętymi zakresem działania tego rodzaju jednostek.

Należy w związku z tym przypomnieć, że zgodnie z utrwalonym stanowiskiem Trybunału Konstytucyjnego, „pojęcie «sprawy objęte zakresem działania» powinno być interpretowane w ścisłym związku z kompetencjami organów stanowiących j.s.t. Znaczy to, że organ stanowiący j.s.t. nie może wystąpić z wnioskiem w każdej sprawie po prostu tylko dotyczącej j.s.t. lub wspólnoty samorządowej (zob. postanowienie z 18 stycznia 2005 r., sygn. Tw 34/03, OTK ZU nr 1/B/2005, poz. 2). Mogą to być wyłącznie sprawy wchodzące w zakres działania wnioskodawcy, rozpatrywane w związku z jego kompetencjami (a więc działania, do których podjęcia wnioskodawca jest zobligowany), oraz takie, o których bycie przesądza istota samorządu terytorialnego (zob. postanowienie z 28 sierpnia 2008 r., sygn. Tw 16/08, OTK ZU nr 2/B/2009, poz. 65). Decydujące znaczenie dla oceny dopuszczalności rozpatrzenia konkretnego wniosku ma zatem ustalenie, czy kwestionowany przepis dotyczy spraw objętych zakresem działania podmiotów wymienionych w art. 191 ust. 1 pkt 3 Konstytucji” (wyrok TK z 9 czerwca 2010 r., sygn. akt K 29/07).

O dopuszczalności wszczęcia kontroli konstytucyjności w niniejszej sprawie przesądzający będzie fakt, czy zakwestionowana regulacja dotyczy obowiązków samorządu województwa realizowanych przez jego sejmik.

Zważywszy na poczynione ustalenia, Sejm wyraża pogląd, że poza sporem jest legitymacja wnioskodawcy do wszczęcia postępowania przed Trybunałem

Konstytucyjnym wyłącznie w zakresie art. 59 ust. 2-4 w związku z art. 61, art. 72 ust. 1 pkt 1 i art. 216 u.d.l. Przepisy te należą do sfery objętej zakresem działania wnioskodawcy. Przewidują bowiem uprawnienia i obowiązki podmiotów prowadzących spzoz, a więc – w świetle art. 7 u.d.l. – także jednostek samorządu terytorialnego, w tym samorządu województwa, którego organ stanowiący – sejmik województwa posiada, zgodnie z art. 18 pkt 19 lit. f ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 596 ze zm., dalej jako: u.s.w.) wyłączną kompetencję w zakresie tworzenia, przekształcania i likwidowania wojewódzkich samorządowych jednostek organizacyjnych, do jakich w świetle poglądów doktryny należą spzoz prowadzone przez samorząd województwa (por. R. Cybulska [w:] *Komentarz do ustawy o samorządzie województwa*, red. B. Dolnicki, komentarz do art. 18, Lex/el. 2012, nr 132233; A. Szewc, *Komentarz do art. 8 ustawy o samorządzie województwa*, Lex/el. 2008, nr 38591).

Zdaniem Sejmu, wnioskodawca nie posiada natomiast legitymacji czynnej do kwestionowania art. 59 ust. 1 u.d.l. oraz ujętego związkowo z całym art. 59 u.d.l., art. 55 ust. 1 pkt 6 u.d.l. Wskazane jednostki redakcyjne zawierają normy adresowane wprost do spzoz (zasada pokrycia we własnym zakresie ujemnego wyniku finansowego – art. 59 ust. 1 u.d.l. oraz możliwość uzyskiwania przez spzoz środków finansowych na pokrycie ujemnego wyniku finansowego – art. 55 ust. 1 pkt 6 u.d.l.) i tym samym nie odnoszą się w żaden sposób do działania organu stanowiącego samorządu województwa. Warto jednocześnie wskazać, że pomimo wskazania przywołanych przepisów u.d.l. jako przedmiotu kontroli w *petitum* wniosku, zarzuty wnioskodawcy nie są adresowane względem ich treści normatywnej. Z tego względu, niezależnie od wniosku o braku legitymacji inicjatora postępowania, pismo procesowe nie spełnia warunków przewidzianych w art. 32 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. Nr 102, poz. 643 ze zm.; dalej: ustawa o TK), co stanowi podstawę do **umorzenia postępowania** w zakresie kontroli konstytucyjności art. 59 ust. 1 w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6 u.d.l.

3. W ramach analizy formalnoprawnej warto odnotować pewną rozbieżność w ujęciu przez inicjatora postępowania zasięgu postulowanej niekonstytucyjności. Z jednej bowiem strony Sejmik w *petitum* wniosku wyraźnie poddaje kontroli trybunalskiej kontestowaną regulację „w zakresie, w jakim nakłada na samorząd województwa obowiązek finansowania z budżetu świadczeń opieki zdrowotnej

zrealizowanych, zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności z art. 15 powołanej ustawy o działalności leczniczej, przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, dla którego samorząd województwa jest organem tworzącym, ponad limit świadczeń sfinansowanych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia”, z drugiej natomiast, już w części poświęconej uzasadnieniu powołanych zarzutów, wykracza poza ten zakres, posługując się przykładem niefinansowanych przez NFZ „nadwykonań” szpitali, wynikających z tzw. stanów nagłych, jako argumentem na rzecz niezgodności zaskarżonej regulacji z art. 166 ust. 1 ust. 2 Konstytucji (wniosek, s. 6).

W kontekście dostrzeżonej rozbieżności Sejm przypomina, iż – na tle art. 66 ustawy o TK – polski sąd konstytucyjny wielokrotnie zwracał uwagę, że w europejskiej kulturze prawnej ugruntowana jest zasada *falsa demonstratio non nocet*, w myśl której decydujące znaczenie ma istota sprawy, a nie jej mylne oznaczenie i z tej przyczyny wyrażał pogląd, że na wniosek składa się cała wyrażająca go treść, a w *petitum* następuje jedynie usystematyzowanie wątpliwości oraz wskazanie głównych w tym względzie wzorców kontroli; na istotę wniosku składają się bowiem zarówno treści wyrażone w *petitum*, jak i te, które znajdują się w uzasadnieniu wniosku (zob. orzeczenie TK z 3 grudnia 1996 r., sygn. akt K 25/95 oraz wyroki TK z: 13 marca 2007 r., sygn. akt K 8/07; 3 marca 2011 r., sygn. akt K 23/09 i 19 grudnia 2012 r., sygn. akt K 9/12).

Zważywszy na poczynione ustalenia, należy uznać, że przedmiot zaskarżenia wyznaczony jest treścią normatywną przepisów u.d.l. objętych wątpliwościami konstytucyjnymi wnioskodawcy wyrażonymi w uzasadnieniu pisma procesowego.

Zakwestionowana regulacja normuje prawne konsekwencje ujemnego wyniku finansowego szpitala, który nie został pokryty przez podmiot leczniczy we własnym zakresie; tworzy spójny system środków prawnych, jakie może (art. 59 ust. 2 u.d.l.) lub powinien (art. 59 ust. 4 u.d.l.) podjąć podmiot prowadzący szpital (a więc także jednostka samorządu terytorialnego) oraz skutki finansowe wynikające z tego dla j.s.t.: obowiązek przejęcia zobowiązań – wypadku podjęcia uchwały o likwidacji szpitala (art. 61 u.d.l.) albo – w sytuacji przekształcenia w spółkę handlową – obowiązek przejęcia jej zadłużenia do określonego wskaźnikiem poziomemu (art. 72 ust. 1 pkt 1 u.d.l.).

Jednocześnie trzeba wskazać, że zgodnie z art. 221 u.d.l., ustawa ta w swej zasadniczej części weszła w życie 1 lipca 2011 r. Zważywszy, że zadania finansowe

j.s.t. prowadzącej spzoz aktualizują się w związku ze stwierdzeniem ujemnego wyniku finansowego w sprawozdaniu za pełny rok obrotowy, ustawodawca przewidział w art. 216 u.d.l. normę, której treść determinuje perspektywę czasową realizacji po raz pierwszy obowiązków wynikających z art. 59 ust. 2-4 w związku z art. 61, art. 72 ust. 1 pkt 1 u.d.l. Z art. 216 u.d.l. wynika więc, że: „[o]bowiązek podmiotu tworzącego dotyczący zmiany formy organizacyjno-prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo jego likwidacji, jeżeli ujemny wynik finansowy tego zakładu nie może być pokryty w sposób określony w art. 59, powstaje po raz pierwszy po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego za pierwszy rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy”, czyli za rok 2012. Zadania finansowe w związku z prowadzeniem spzoz-ów mają swe źródło w art. 59 ust. 2-4 w związku z art. 61, art. 72 ust. 1 pkt 1 u.d.l., natomiast art. 216 u.d.l. precyzuje moment aktualizacji tych zadań po raz pierwszy, stąd wnioskodawca zasadnie wskazał ten przepis jako związkowy względem art. 59 ust. 2-4 u.d.l.

Za kwalifikacją art. 216 u.d.l. jako składnika otoczenia normatywnego głównego przedmiotu zaskarżenia przemawia także fakt, że wątpliwości Sejmiku Województwa Mazowieckiego, w świetle zarzutów sformułowanych w uzasadnieniu wniosku, odnoszą się nie do samego obowiązku ponoszenia przez j.s.t. konsekwencji finansowych związanych z funkcjonowaniem prowadzonego przez nią spzoz-u, ale do zakresu tego obowiązku i braku możliwości podjęcia samodzielnej decyzji co do sposobu jego realizacji.

Jednocześnie trzeba podkreślić, że analiza uzasadnienia wniosku skłania Sejm ku zmianie ujęcia zakresu zaskarżenia kwestionowanej regulacji, także w perspektywie poszczególnych wzorców kontroli przywołanych przez inicjatora postępowania.

Przede wszystkim należy zauważyć, że *clou* zarzutów wnioskodawcy sprowadza się do tego, że zaskarżona regulacja przewiduje odpowiedzialność finansową samorządu województwa w sytuacji braku decyzji o pokryciu ujemnego wyniku finansowego prowadzonego przezeń spzoz (możliwej do podjęcia w świetle art. 59 ust. 2 u.d.l.), która polega na przejęciu zobowiązań finansowych likwidowanego (art. 59 ust. 4 w zw. z art. 61 u.d.l.) lub przekształcanego w spółkę kapitałową spzoz-u (art. 59 ust. 4 w zw. z art. 72 ust. 1 pkt 1 u.d.l.).

Taka perspektywa normatywna powodowała, iż Sejmik sformułował zarzut naruszenia art. 166 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji oraz art. 167 ust. 4 Konstytucji

(wnioskodawca wskazał także perspektywę oceny konstytucyjności ze względu na zasady: określoności przepisów prawa oraz ochrony zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa, jednak antycypując ustalenia poczynione w kolejnym punkcie, skonkludowane wnioskiem o umorzenie postępowania w tym zakresie, Sejm nie będzie się odnosił do art. 2 Konstytucji w tej części pisma). Wnioskodawca stwierdził, że odpowiedzialność za ujemny wynik finansowy prowadzonych przezeń spzoz-ów nie może być kwalifikowana ani jako zadanie własne samorządu województwa, bowiem u.d.l. nie daje – pożądaną w perspektywie art. 166 ust. 1 Konstytucji – swobody w określeniu sposobu realizacji zadania, ani jako zadanie zlecone, gdyż nie cechuje jej „tymczasowość” potrzeb państwa, zakładana w świetle art. 166 ust. 2 Konstytucji. Ponadto, nakładając na jednostki samorządu terytorialnego obowiązek finansowania niedoborów prowadzonych przez nie spzoz-ów ustawodawca nie zagwarantował stosownych środków budżetowych, jakie powinny być powiązane z każdym nowym zadaniem samorządowym, co czyni kwestionowaną regulację niezgodną ze standardem wynikającym z art. 167 ust. 4 Konstytucji.

Zarzuty, jakie sformułował wnioskodawca, odnoszą się wprost do treści normatywnej wskazanego jako podstawowy przedmiot zaskarżenia art. 59 ust. 2-4 u.d.l. oraz jego otoczenia normatywnego, wyznaczonego postanowieniami: art. 61, art. 72 ust. 1 pkt 1 oraz art. 216 u.d.l.

Jednocześnie należy podkreślić, że Sejmik Województwa Mazowieckiego nie wskazał, w jaki sposób art. 59 ust. 2-4 w związku z art. 61, art. 72 ust. 1 pkt 1 oraz art. 216 u.d.l. narusza art. 68 ust. 2 Konstytucji.

Skonstruowane we wniosku uzasadnienie zarzutu złamania art. 68 ust. 2 Konstytucji odnosi się wyłącznie do art. 59 ust. 4 u.d.l., który zawiera dyspozycję determinującą podmiot prowadzący spzoz do podjęcia jednej z decyzji: likwidacji spzoz-u lub jego przekształcenia. Wnioskodawca stwierdza, iż obowiązkowa likwidacja spzoz-u lub jego przekształcenie powodują, że jednostka samorządu terytorialnego traci instrument, dzięki któremu gwarantuje powszechny i równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych i tym samym nie jest w stanie realizować zadania spoczywającego na niej na podstawie art. 68 ust. 2 Konstytucji.

Trzeba także dodać, że zgodnie z wolą wnioskodawcy, który uzasadnieniu zarzutu naruszenia art. 68 ust. 2 Konstytucji poświęca wyodrębnioną redakcyjnie

część (zob. wniosek, s. 12-19), a wbrew kształtowi *petitum* wniosku, w którym art. 68 ust. 2 Konstytucji ujęto jako związkowy wzorzec kontroli, należy uznać, że przywoływany przepis ustawy zasadniczej stanowi autonomiczną podstawę kontroli konstytucyjności w niniejszej sprawie.

Zważywszy na poczynione ustalenia, Sejm stwierdza, że art. 68 ust. 2 Konstytucji jest w warunkach niniejszej sprawy wzorcem kontroli wyłącznie dla art. 59 ust. 4 u.d.l., natomiast postępowanie w przedmiocie badania pozostałych zaskarżonych postanowień u.d.l. w perspektywie przywołanego wzorca kontroli jest niedopuszczalne, ponieważ wniosek nie zawiera stosownego uzasadnienia w tym zakresie, przez co nie spełnia przesłanki zawartej w art. 32 ust. 1 pkt 4 ustawy o TK.

4. Rzutujący na dopuszczalność merytorycznego rozpoznania deficyt w warstwie argumentacyjnej wniosku Sejm dostrzega w odniesieniu do zarzutu naruszenia art. 2 Konstytucji. Przede wszystkim trzeba zauważyć, że wnioskodawca wskazuje w *petitum* swojego pisma, że art. 2 Konstytucji (ujmowany *in toto*) stanowi związkowy, względem art. 166 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji, wzorzec kontroli. Tymczasem w uzasadnieniu wniosku została wyodrębniona redakcyjnie część zatytułowana „Niezgodność art. 59 ustawy o działalności leczniczej z art. 2 Konstytucji” (wniosek, s. 10-11), co, uwzględniając przywołaną wcześniej zasadę *falsa demonstratio non nocet*, skłania do przyjęcia, iż ten przepis ustawy zasadniczej traktowany jest przez Sejmik jako autonomiczny wzorzec kontroli.

Artykuł 2 Konstytucji został wskazany w niniejszej sprawie jako źródło dwóch norm-zasad (odrębnych wzorców kontroli): poprawnej legislacji oraz zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa (zwanej dalej również zasadą lojalności). Wnioskodawca, argumentując za niezgodnością zakwestionowanej regulacji u.d.l. z zasadą lojalności i zasadą poprawnej legislacji, nie czyni różnicy w uzasadnieniu i niekiedy powołuje te same argumenty w celu wykazania, że ustawodawca naruszył obie zasady jednocześnie.

W związku z powyższym należy przypomnieć, że konstytucyjna zasada demokratycznego państwa prawnego pozwala na rekonstrukcję tzw. zasad pochodnych, które mogą stanowić samodzielne wzorce abstrakcyjnej kontroli konstytucyjności prawa. Jednocześnie, jakkolwiek zasady pochodne są funkcjonalnie ze sobą powiązane i mają częściowo wspólną treść, to nie są jednak tożsame. Zasada zaufania obywatela do państwa i stanowionego przez nie prawa nie jest

tożsama z zasadą poprawnej legislacji, mimo że obie służą osiągnięciu pewności prawa, która jest konstytucyjną wartością.

W świetle bogatego orzecznictwa konstytucyjnego, z zasady lojalności, która zakazuje m.in. formułowania obietnic bez pokrycia oraz nieuzasadnionej konstytucyjnie zmiany „reguł gry” (por. wyrok TK z 19 maja 2011 r., sygn. akt K 20/09; por. W. Sokolewicz [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. L. Garlicki, t. V, Warszawa 2007, komentarz do art. 2, s. 48) wynikają przede wszystkim: a) nakaz ochrony praw nabytych i ekspektatyw, b) nakaz uwzględniania interesów w toku, c) generalny zakaz retroakcji oraz d) wymóg odpowiedniej *vacatio legis* (zob. test zgodności z zasadą lojalności – wyrok pełnego składu TK z 7 lutego 2001 r., sygn. akt K 27/00).

Zasada poprawnej legislacji postuluje określoność prawa oraz zawiera nakaz dochowania odpowiedniego trybu jego stanowienia (por. np. wyrok TK z 13 marca 2006 r., sygn. akt P 8/05). W ocenie Trybunału, „naruszeniem Konstytucji [w perspektywie zasady określoności przepisów prawa – uwaga własna] jest stanowienie przepisów niejasnych, wieloznacznych, które nie pozwalają obywatelowi na przewidzenie konsekwencji prawnych jego zachowań”, a „każdy przepis prawny winien być skonstruowany poprawnie z punktu widzenia językowego i logicznego – dopiero spełnienie tego warunku podstawowego pozwala na jego ocenę w aspekcie pozostałych kryteriów” (wyrok TK z 22 maja 2002 r., sygn. akt K 6/02).

W konsekwencji różne zarzuty i przywołane na ich poparcie argumenty mogą przemawiać za naruszeniem tych zasad. Niezgodność z zasadą lojalności nie pociąga za sobą automatycznie niezgodności z zasadą poprawnej legislacji. Nie każde naruszenie zaufania obywatela do państwa i prawa polega na uchybieniu określoności prawa. W ocenie Trybunału Konstytucyjnego, każda z tych zasad, jakkolwiek wywiedziona z art. 2 Konstytucji, wymaga odrębnego i właściwego do swej treści uzasadnienia. Kontrola zgodności z każdą z tych zasad dokonywana jest bowiem przez pryzmat odmiennych kryteriów, które składają się na różne testy (zob. wyrok TK z 19 maja 2011 r., sygn. akt K 20/09).

Mając na uwadze ugruntowaną w orzecznictwie trybunalskim treść zasady zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa, Sejm wyraża pogląd, że w warunkach niniejszej sprawy została ona powołana bez jakiegokolwiek odniesienia do jej zrekonstruowanej w orzecznictwie konstytucyjnym treści. Wniosek, nie odnosząc się do testu zgodności z zasadą lojalności, nie zawiera w ogóle

uzasadnienia, w jaki sposób doszło do naruszenia jej komponentów. Wnioskodawca poprzestaje bowiem na stwierdzeniu, że: „Przekazanie zadań publicznych jednostkom samorządu terytorialnego przez ustawodawcę w sposób prawidłowy powinno zatem nastąpić wprost, w sposób dookreślony i w drodze ustawy. Wymaga tego zasada zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa, która ma istotne znaczenie w relacjach między organami państwa a jednostkami samorządu terytorialnego, u podstaw których winna leżeć zasada lojalnej współpracy” (wniosek, s. 10).

W opinii Sejmu, takiego sposobu argumentowania na rzecz sprzeczności z zasadą lojalności nie można uznać za należyte uzasadnienie zarzutu niekonstytucyjności. Jak podkreślił Trybunał Konstytucyjny: „Przesłanka odpowiedniego uzasadnienia zarzutów nie powinna być traktowana powierzchownie i instrumentalnie. Przytaczane w piśmie procesowym argumenty mogą być mniej lub bardziej przekonujące [...], lecz zawsze muszą być argumentami «nadającymi się» do rozpoznania przez Trybunał Konstytucyjny” (wyrok TK z 19 października 2010 r., sygn. akt P 10/10).

Nie ulega wątpliwości, że wnioskodawca w tym zakresie nie dopełnił – wynikającego z art. 32 ust. 1 pkt 4 ustawy o TK – wymogu uzasadnienia postawionego zarzutu z powołaniem dowodów na jego poparcie. Taki brak stanowi ujemną przesłankę procesową uniemożliwiającą merytoryczne rozpoznanie wniosku w zakresie kontroli kwestionowanej regulacji w perspektywie zasady zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa, wywodzonej z art. 2 Konstytucji. Uzasadnia to wniosek Sejmu o umorzenie postępowania w przywołanym zakresie.

Analogiczne wątpliwości co do realizacji obowiązku wynikającego z art. 32 ust. 1 pkt 4 ustawy o TK Sejm powziął także względem argumentacji wnioskodawcy na rzecz niezgodności z zasadą określoności przepisów prawa. Sejmik Województwa Mazowieckiego, powołując się na wynikającą z art. 59 ust. 2 u.d.l. „pozorność” możliwości wyboru (o czy będzie mowa w części poświęconej analizie merytorycznej zgodności zakwestionowanej regulacji z art. 166 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji) w zakresie sfinansowania niedoborów finansowych szpox ustalanych na koniec roku obrotowego, wskazuje, iż „taki sposób zlecania zadań publicznych przez ustawodawcę w sposób oczywisty narusza zasadę demokratycznego państwa prawnego, która oznacza również «nakaz tworzenia przepisów klarownych i zrozumiałych dla ich adresatów, którzy od racjonalnego prawodawcy oczekiwać

mogą stanowienia norm prawnych niebudzących wątpliwości co do treści nakładanych obowiązków i przyznawanych praw. Związana z jasnością precyzja przepisu winna przejawiać się w konkretności nakładanych obowiązków i przyznawanych praw tak, by ich treść była oczywista» (wniosek, s. 11). Jednocześnie we wniosku brak konkretnych argumentów, które uzasadniałyby zarzucaną nieokreśloność kwestionowanej regulacji. Wnioskodawca nie odnosi się do realizacji przez nią kryteriów testu określoności prawa (precyzyjności, którą należy rozumieć jako możliwość odkodowania z przepisów norm prawnych za pomocą reguł interpretacji przyjmowanych w danej kulturze prawnej, i komunikatywności, która oznacza zrozumiałość przepisu na gruncie języka powszechnego) opracowanego w orzecznictwie trybunalskim (zob. np. wyrok TK z 19 maja 2011 r., sygn. akt K 20/09). W tym kontekście istotne jest, że pozbawienie mocy obowiązującej określonego przepisu z powodu jego niejasności ma charakter *ultima ratio*. Z uwagi na zasadę stosowania wykładni zgodnej z Konstytucją, stwierdzenie niekonstytucyjności z powołaniem się na zasadę określoności przepisu jest możliwe, gdy nie sposób usunąć wątpliwości przez zastosowanie reguł wykładni (zob. wyroki TK z: 28 czerwca 2005 r., sygn. akt SK 56/04; 15 stycznia 2009 r., sygn. akt K 45/07). Analiza uzasadnienia prowadzi do konkluzji, że wnioskodawca zdaje się nie mieć żadnych problemów z odczytaniem treści normatywnej poddanej ocenie trybunalskiej regulacji, wydobywa z niej obowiązki, które na nim ciążyą i kwestionuje ich zakres względem spzoz, którego jest podmiotem prowadzącym, a także brak możliwości samodzielnego określenia realizacji tych obowiązków przez jednostkę samorządu terytorialnego.

Z tego względu, w świetle braku uzasadnienia zarzutu naruszenia zasady określoności przepisów prawa, Sejm stwierdza, że nie ma podstaw do merytorycznej kontroli zaskarżonego unormowania w świetle tego standardu konstytucyjnego.

Konkludując ustalenia poczynione w niniejszej części pisma, Sejm wnosi o **umorzenie postępowania** w zakresie badania kwestionowanej regulacji w perspektywie zasady określoności przepisów prawa i zasady ochrony zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa, wywodzonych z art. 2 Konstytucji, ze względu na niedopuszczalność wydania wyroku, na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 1 ustawy o TK.

5. Podsumowując część poświęconą przedmiotowi zaskarżenia oraz uwagom formalnoprawnym, Sejm, kierując się treścią wniosku i sposobem przyjętej w nim argumentacji, uznaje, że przedmiotem kontroli wszczętej wnioskiem powinny być:

- a) art. 59 ust. 2-4 w związku z art. 61, art. 72 ust. 1 pkt 1 i art. 216 u.d.l., oceniane w perspektywie art. 166 ust. 1 i ust. 2 oraz art. 167 ust. 4 Konstytucji;
- b) art. 59 ust. 4 u.d.l. oceniany w świetle standardu wynikającego z art. 68 ust. 2 Konstytucji.

Konkluzja ta została uwzględniona w dalszej części pisma, a także zdeterminowała sposób sformułowania *petitum* niniejszego stanowiska.

III. Zasada podziału zadań między samorząd terytorialny i państwo (art. 166 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji)

1. Wzorce konstytucyjne

1. Jako wzorce kontroli konstytucyjności w niniejszej sprawie wnioskodawca przywołał art. 166 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji, w których inkorporowany został tradycyjny podział zadań jednostek samorządu terytorialnego (dalej: j.s.t.) na zadania własne i zadania zlecone.

2. W orzecznictwie konstytucyjnym art. 166 ust. 1 Konstytucji postrzegany był dotychczas jako komponent regulacji składającej się (obok art. 16 ust. 2 czy art. 165 Konstytucji) na konstytucyjną gwarancję samodzielności jednostek samorządu terytorialnego (zob. m.in. wyroki TK z: 8 maja 2002 r., sygn. akt K 29/00; 8 października 2001 r., sygn. akt K 11/01; 18 grudnia 2008 r., sygn. K 19/07; 31 stycznia 2013 r., sygn. akt K 14/11).

Zgodnie z art. 16 ust. 2 Konstytucji: „Samorząd terytorialny uczestniczy w sprawowaniu władzy publicznej. Przysługującą mu w ramach ustaw istotną część zadań publicznych samorząd wykonuje w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność”. W świetle art. 165 Konstytucji jednostki samorządu terytorialnego mają osobowość prawną. Przysługują im prawo własności i inne prawa majątkowe, natomiast samodzielność jednostek samorządu terytorialnego podlega ochronie sądowej. Artykuł 166 ust. 1 Konstytucji stanowi natomiast, że: „Zadania publiczne

służące zaspokajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej są wykonywane przez jednostkę samorządu terytorialnego jako zadania własne”.

3. Najpełniej treść konstytucyjnej zasady samodzielności samorządu terytorialnego oraz konstytucyjnych gwarancji i granic tej samodzielności wyznaczona została w uzasadnieniu orzeczenia TK z 23 października 1996 r. (sygn. akt K 1/96). Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, jednostki samorządu terytorialnego, wykonując zadania publiczne, uczestniczą – w zakresie określonym przez ustawodawcę – w sprawowaniu władzy w granicach przyznanej im przez prawo i prawem chronionej samodzielności. Po wejściu w życie Konstytucji z 1997 r. Trybunał podtrzymał dotychczasową wykładnię zasady samodzielności gminy oraz rozróżnienie szczegółowych unormowań prawnych na takie, które naruszają jej istotę oraz na te, które stanowią jedynie jej modyfikację, dopuszczalną na gruncie norm konstytucyjnych (zob. wyroki TK z: 15 grudnia 1997 r., sygn. akt K 13/97 oraz 3 listopada 1998 r., sygn. akt K 12/98).

Trybunał podkreślał jednocześnie, że samodzielności jednostki samorządu terytorialnego, jako wartości chronionej i gwarantowanej konstytucyjnie, nie wolno absolutyzować, skoro samorząd terytorialny wykonuje zadania publiczne „w ramach ustaw”, w myśl art. 16 ust. 2 Konstytucji (zob. wyroki TK: z 4 maja 1998 r., sygn. akt K 38/97 oraz z 9 kwietnia 2002 r., sygn. akt K 21/01). Ustawodawca jest zatem uprawniony do ingerowania w sferę samodzielności jednostki samorządu terytorialnego. Jego działanie w tym zakresie nie może być jednak dowolne.

W świetle wypowiedzi Trybunału swoboda regulacyjna prawodawcy podlega ograniczeniom zarówno formalno-proceduralnym, jak i materialnym (zob. np. wyrok TK z 20 marca 2007 r., sygn. akt K 35/05).

Po pierwsze, podstawowym warunkiem formalno-proceduralnym ograniczenia samodzielności jednostki samorządu terytorialnego jest możliwość nałożenia na nią określonego obowiązku wyłącznie w ustawie. Gwarancja ta stanowi o niezależności samorządu od administracji rządowej. Po drugie zaś, ograniczenia muszą znajdować uzasadnienie w konstytucyjnie określonych celach i chronionych wartościach, którym ustawodawca dał pierwszeństwo przed zasadą samodzielności (zob. np. orzeczenie TK z 23 października 1996 r., sygn. akt K. 1/96 oraz wyroki TK z: 8 maja 2002 r., sygn. akt K 29/00; 18 grudnia 2008 r., sygn. akt K 19/07).

4. Do normy wyrażonej w art. 166 ust. 1 Konstytucji, zgodnie z którą zadania publiczne służące zaspokajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej są wykonywane przez jednostkę samorządu terytorialnego jako zadania własne, odniósł się Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 6 czerwca 2006 r. (sygn. akt K 23/05). Trybunał stwierdził wówczas, iż jednostki samorządowe podejmują tylko te zadania publiczne, które mają wymiar lokalny, a samo „zaspokajanie” wspólnoty samorządowej musi się przedstawiać jako działalność administracyjno-zarządzająca. Nie ma przy tym przeciwieństwa ani konkurencji czy jakiegokolwiek potrzeby dokonywania wyboru między „zaspokajaniem potrzeb wspólnoty samorządowej” (a więc potrzeb ludności pewnych obszarów państwa) a realizacją zadań centralnych organów administracji państwa w ich przełożeniu terytorialnym. Zasada demokratycznego państwa prawnego (art. 2 Konstytucji) i wymóg traktowania Rzeczypospolitej Polskiej jako dobra wspólnego wszystkich obywateli (art. 1 Konstytucji) oznaczają, że także realizacja zadań należących do kompetencji centralnej administracji państwa ma służyć realizacji potrzeb społecznych.

5. Autonomicznym wzorcem kontroli wnioskodawca uczynił także określoną w art. 166 ust. 2 Konstytucji zasadę stanowiącą, że: „jeżeli wynika to z uzasadnionych potrzeb państwa, ustawa może zlecić jednostkom samorządu terytorialnego wykonywanie innych zadań publicznych. Ustawa określa tryb przekazywania i sposób wykonywania zadań zleconych”. Z tej konstytucyjnej normy wynika, że jednostki samorządu terytorialnego mogą wykonywać zlecone zadania publiczne pod warunkiem spełnienia zasadniczego wymogu prawnego, jakim jest określenie w ustawie trybu przekazania i sposobu wykonywania zadania publicznego (wyroki TK z: 13 stycznia 1998 r., sygn. akt K 5/97; 26 czerwca 2001 r., sygn. akt U 6/00).

2. Analiza zgodności

1. Przechodząc do merytorycznej analizy zarzutów wnioskodawcy, Sejm pragnie przede wszystkim zauważyć, że z uzasadnienia wniosku wyłaniają się dwa podstawowe problemy konstytucyjne. Pierwszy z nich odnosi się do nałożenia na jednostki samorządu terytorialnego obowiązku przejmowania zobowiązań finansowych przekształcanych lub likwidowanych spoz-ów, drugi natomiast dotyczy

niemożności kwalifikowania zadań i obowiązków finansowych j.s.t. względem prowadzonych przez nie spoz-ów jako zadań własnych (art. 166 ust. 1 Konstytucji) ani jako zadań zleconych j.s.t. z zakresu administracji rządowej, przewidzianych w art. 166 ust. 2 Konstytucji.

2. W zakresie pierwszego ze wskazanych zagadnień konstytucyjnych istota zarzutów prezentowanych przez wnioskodawcę sprowadza się do tezy, zgodnie z którą nie jest możliwe nałożenie na województwo samorządowe zadania publicznego polegającego na obowiązku ponoszenia kosztów utrzymania spoz-ów w zakresie niefinansowanym przez NFZ, ponieważ zadanie to nie odpowiada samorządowemu i regionalnemu charakterowi województwa (por. wniosek, s. 7) i powinno być realizowane przez państwo, jako organizatora systemu ochrony zdrowia.

W związku z powyższym należy zaznaczyć, że już wiele lat temu dostrzeżono tendencję nakładania na administrację państwową (publiczną) nowych zadań (J. S. Langrod, *Instytucje prawa administracyjnego. Zarys części prawa administracyjnego*. Reprint, Kraków 2003, s. 34). Zgodnie z poglądem wyrażonym przez Trybunał Konstytucyjny, zadanie publiczne służy zaspokojeniu potrzeb zbiorowych społeczności lokalnych lub zorganizowanego w państwo całego społeczeństwa. Zadanie publiczne stanowi zatem formę realizacji władztwa państwowego (uchwała TK z 27 września 1994 r., sygn. akt W 10/93; wyrok TK z 6 marca 2012 r., sygn. akt K 15/08). Jednocześnie w doktrynie dostrzega się zmianę sposobu udziału państwa w wykonywaniu zadań publicznych. Dzieje się tak między innymi za sprawą wprowadzenia do polskiej Konstytucji zasady pomocniczości (S. Fundowicz, *Dynamiczne rozumienie zadania publicznego [w:] Między tradycją a przyszłością w nauce prawa administracyjnego. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Janowi Bociowi*, red. J. Supernat, Wrocław 2009, s. 164). W tym kontekście wyróżnia się dwa kierunki rozwiązań prawnych wynikających z realizacji zasady pomocniczości. Zgodnie z pierwszym kierunkiem, istotną część zadań publicznych wykonują organy samorządu terytorialnego. Drugi umożliwia wykonywanie tych zadań przez podmioty niepubliczne, w tym przede wszystkim przez organizacje pozarządowe (M. Stahl, *Cele publiczne i zadania publiczne [w:] Koncepcja systemu prawa administracyjnego*, red. J. Zimmermann, Warszawa 2007, s. 116; M. Kisilowski, *Prawo sektora pozarządowego*, Warszawa

2009, s. 51 i n.). Obowiązujące w Polsce prawo zdaje się przychylić do koncepcji samorządu terytorialnego jako jednej z form decentralizacji administracji publicznej (A. Wiktorowska, *Prawne determinanty samodzielności gminy. Zagadnienia administracyjnoprawne*, Warszawa 2002, s. 157). Z tego względu przedmiot działań administracji samorządowej zasadniczo pokrywa się z działaniami administracji rządowej, są to bowiem sprawy z zakresu administracji publicznej.

3. W perspektywie poczynionych ustaleń, trzeba zauważyć, że ustawodawca nałożył na j.s.t. szereg zadań związanych z ochroną zdrowia, przy czym proces zwiększenia udziału samorządu w realizacji tego zakresu zadań publicznych był prowadzony równoległe do transformacji ustrojowej i związany z odstępniem od scentralizowanego systemu organizacji i dostarczania świadczeń zdrowotnych (tzw. model Siemaszki) na rzecz modelu tzw. bismarckowskiego, opartego na 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 (W.C. Włodarczyk, *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Kraków 2003, s. 169-220; J. Suchecka, M. Jewczak, *Transformacja systemu zdrowia w wybranych krajach Europy Środkowej i Wschodniej – współpłacenie i dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne* [w:] *Ochrona zdrowia i gospodarka. Sposoby finansowania*, red. K. Ryć, Z. Skrzypczak, Warszawa 2010, s. 48-49).

Już w wersji pierwotnej tekstu ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 594 ze zm.; dalej: u.s.g.) ustawodawca stypizował w art. 7 ust. 1 pkt 5 jedno z zadań własnych gminy, jakim są „sprawy ochrony zdrowia”. Podobnie w ustawie z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 595 ze zm.) w art. 4 ust. 1 pkt 2 wskazano, że powiat „wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie: [...] promocji i ochrony zdrowia”. Z kolei art. 14 ust. 1 pkt 2 u.s.w. wyraźnie wskazuje, 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 tej jednostki samorządu terytorialnego.

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.

Zadania samorządu województwa w zakresie promocji i ochrony zdrowia przewiduje wiele ustaw; dla przykładu można wskazać:

- a) art. 15 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 1184), zgodnie z którym samorząd województwa tworzy i utrzymuje wojewódzki ośrodek medycyny pracy;
- b) art. 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 ze zm.), w świetle którego samorząd województwa, zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa, tworzy i prowadzi podmioty lecznicze udzielające świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
- c) art. 4 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U. z 2012 r., poz. 1356 ze zm.), który nakłada na samorząd województwa obowiązek realizacji zadań wynikających z art. 1 i art. 2 przywołanej ustawy w postaci wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiącego część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej.

Co istotne z perspektywy niniejszej sprawy, w ramach realizacji reformy samorządowej, samorząd województwa (a także samorząd powiatowy) od dnia 1 stycznia 1999 r. został także uprawniony do tworzenia zakładu 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 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.; dalej: u.z.o.z.), zakład opieki zdrowotnej mogły tworzyć gminy i związki międzygminne (związki komunalne).

Wskutek reformy samorządowej wprowadzonej ustawą z dnia 13 października 1998 r. – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz. U. Nr 133, poz. 872 ze zm.), przewidziano zasadę, że podstawową kategorię podmiotów tworzących i prowadzących spoz-y będą stanowiły jednostki samorządu terytorialnego. Zgodnie z art. 47 ust. 1 przywołanej ustawy, z dniem 1 stycznia 1999 r. jednostki samorządu terytorialnego przejęły uprawnienia organu administracji rządowej, który utworzył spoz, co doprowadziło do decentralizacji zadania publicznego w zakresie prowadzenia zakładów opieki zdrowotnej.

Uprawnienia właścicielskie w stosunku do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej miały przejść gminy, powiaty i samorządy województw, odpowiednio do swoich kompetencji, przy uwzględnieniu:

- 1) miejsca usytuowania zakładu, w tym jego jednostek lub komórek organizacyjnych,
- 2) dostępności świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakład oraz znaczenia zakładu ze względu na zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych na obszarze województwa.

Przywołanymi przesłankami zobowiązany był się kierować Prezes Rady Ministrów określając, w drodze rozporządzenia, wykaz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały przejęte przez gminy, powiaty i samorządy województw, co nastąpiło rozporządzeniem z dnia 23 listopada 1998 r. w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek samorządu terytorialnego właściwych do przejęcia uprawnień organu, który je utworzy (Dz. U. Nr 145, poz. 941).

Podstawowym instytucjonalnym celem reformy była zmiana organizacyjna zakładów opieki zdrowotnej, z których każdy pojmowany był jako „wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzonych i utrzymywanych w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia” (art. 1 ust. 1 u.z.o.z.), których forma organizacyjno-prawna, najogólniej mówiąc, „sprzyjała” niekontrolowanemu zadłużaniu się tych jednostek na przestrzeni lat. Publiczne zoz-y, dysponujące samodzielnością finansową i będące pod ochroną art. 60 ust. 2 u.z.o.z., w myśl którego „ujemny wynik finansowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie może być podstawą do zaprzestania działalności, jeżeli dalsze istnienie tego zakładu uzasadnione jest celami i zadaniami, do których realizacji został utworzony, a których nie może przejąć inny zakład w sposób zapewniający

nieprzerwane sprawowanie opieki zdrowotnej nad ludnością”, pozbawione instrumentarium typowego dla przedsiębiorstw (zdolności upadłościowej czy układowej) i jednocześnie funkcjonujące w realiach gospodarki rynkowej i konkurencyjności, stały się swego rodzaju reliktem w perspektywie organizacyjno-prawnej, który charakteryzował się rozluźnioną dyscypliną finansową.

Z powyższych względów ustawodawca zdecydował się na przyjęcie u.d.l., która przewiduje mechanizm fakultatywnego przekształcenia spzoz-u w kapitałową spółkę handlową, uzależniony wyłącznie od kryterium wyniku finansowego spzoz-u. Zgodnie z poglądem prawodawcy, wyrażonym w projekcie ustawy o działalności leczniczej: „Spółka powstała w wyniku przekształcenia będzie następcą prawnym zakładu, wstępując w jego prawa i obowiązki” (druk sejmowy nr 3489/VI kad.). Forma samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie odpowiada potrzebom zmienionej po 1999 r. rzeczywistości prawnej, społecznej i gospodarczej. Forma spółki sprzyja zaś efektywnemu zarządzaniu, otwiera nowe możliwości uzyskiwania przychodów, racjonalizuje gospodarowanie.

4. Jednocześnie trzeba zwrócić uwagę, że jakkolwiek przekształcenie spzoz ma charakter fakultatywny, zależny od woli podmiotu prowadzącego, to z unormowań u.d.l. można wywnioskować, że prawodawca przejawia wolę odstąpienia od formuły spzoz. Po pierwsze, w świetle art. 204 ust. 1 u.d.l., od dnia jej wejścia w życie nie mogą być już tworzone samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, z wyjątkiem takich, które powstały w wyniku łączenia już istniejących. Jednostki samorządu terytorialnego mogą jedynie prowadzić spzoz (art. 7 u.d.l.). Po drugie, w wypadku braku decyzji o pokryciu ujemnego wyniku finansowego przez j.s.t. (art. 59 ust. 2 u.d.l.), ma ona wybór między likwidacją a przekształceniem spzoz-u, kiedy więc nie podejmie decyzji o jego przekształceniu, ma obowiązek przeprowadzenia jego likwidacji (art. 59 ust. 4 u.d.l.). Po trzecie, ustawodawca przewidział zachętę dla tych podmiotów prowadzących, które zdecydowały się na przekształcenie spzoz-u w spółkę handlową do dnia 31 grudnia 2013 r., wprowadzając: a) w art. 190 u.d.l. instytucję umorzenia przejętych od spzoz zobowiązań podmiotu tworzącego, o których mowa w art. 191 i art. 192 ust. 1 u.d.l.; b) w art. 196 u.d.l. możliwość ubiegania się w okresie do 31 grudnia 2013 r. o dotację celową z budżetu państwa.

Z powyższych rozwiązań skorzystał także wnioskodawca, który zdecydował się na przekształcenie dwóch spoz-ów i otrzymał dofinansowanie w łącznej wysokości 7 365 346,00 zł (http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0015/13128/wykpodm_zal_20131108_dooz.pdf).

5. Wracając do głównego nurtu rozważań trzeba przypomnieć, że w opinii Sejmiku Województwa Mazowieckiego kwestionowane zadanie publiczne wynikające dla samorządu województwa z art. 59 ust. 2-4 u.d.l. nie służy zaspokajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej (zadań własnych). W opinii wnioskodawcy, pokrywanie ujemnego wyniku finansowego oraz przejmowanie zobowiązań likwidowanego lub przekształcanego spoz nie ma bowiem związku z zaspokajaniem zbiorowych potrzeb mieszkańców województwa jako wspólnoty samorządowej. W tym miejscu warto dodać, że zarówno w literaturze, jak i orzecznictwie TK podkreśla się, że z art. 166 ust. 1 Konstytucji nie płyną precyzyjne wskazówki co do zakresu spraw objętych pojęciem zadań własnych. Za zadanie takie uważać można działania podejmowane w celu zaspokajania potrzeb wspólnych, które nie są jedynie sumą rzeczywistych potrzeb indywidualnych (wyrok TK z 29 listopada 2005 r., sygn. akt P 16/04; P. Sarnecki [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. L. Garlicki, t. IV, Warszawa 2005, komentarz do art. 166, s. 1-2). Uwzględniając obecny w literaturze podział zadań gminy, można wyróżnić zadania związane z: 1) infrastrukturą techniczną; 2) infrastrukturą społeczną; 3) porządkiem i bezpieczeństwem publicznym; 4) ładem przestrzennym i ekologicznym. W zakresie funkcjonowania samorządu lokalnego mieszczą się zatem wszystkie zadania, które bezpośrednio lub pośrednio kształtują sytuację obywatela (Z. Niewiadomski, *Prawo administracyjne*, Warszawa 2011, s. 138).

Nie sposób zgodzić się z twierdzeniem, iż realizacja odpowiedzialności finansowej za spoz-y nie ma związku z zaspokajaniem potrzeb samorządu województwa. Jednocześnie należy dodać, że relację tę należy postrzegać w nieco innej perspektywie, niż czyni to wnioskodawca, o czym będzie mowa w dalszej części niniejszego pisma (zob. pkt III.2.10). Pojęcie zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej należy rozumieć jako podejmowanie działań, które są skuteczne dla danej wspólnoty (E. Ura, *Prawo administracyjne*, Warszawa 2010, s. 196). O pojęciu potrzeb wspólnoty samorządowej nie decyduje mierzalna liczba „beneficjentów”

danego zadania publicznego, ani uczynienie zadość poszczególnym interesom indywidualnym lub grupowym. Zadania publiczne powinny być wykonywane wszędzie tam, gdzie zaistnieją uzasadnione potrzeby społeczne. Poza sporem jest, że taką potrzebą społeczną jest konieczność zapewnienia ochrony zdrowia mieszkańcom danej społeczności lokalnej, co jest skorelowane z konstytucyjnym zadaniem władz publicznych, zakotwiczonym w art. 68 ust. 2 ustawy zasadniczej. W tej perspektywie trzeba podkreślić, iż częścią składową systemu władz publicznych jest samorząd terytorialny (H. Izdebski, *Samorząd terytorialny. Podstawy ustroju i działalności*, Warszawa 2009, s. 15).

6. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 4 u.d.l., spzoz-y zaliczone zostały do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Po reformie samorządowej w 1998 r. podstawową kategorią publicznych organów założycielskich dla nich stały się j.s.t., czyli: województwo, powiat i gmina, a nie – jak było wcześniej – organy administracji rządowej. Kompetencje i obowiązki wynikające z zakwestionowanej regulacji są konsekwencją tego, że j.s.t. pełni funkcję organu założycielskiego spzoz-u i ponosi odpowiedzialność za jego funkcjonowanie.

Warto w tym miejscu przywołać pogląd Trybunału Konstytucyjnego, który w uzasadnieniu wyroku z 27 czerwca 2000 r. (sygn. akt K 20/99) potwierdził tezę o szczególnym znaczeniu terminu „samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej”: „Ustawa rozróżnia dwa rodzaje zakładów opieki zdrowotnej: publiczne i niepubliczne. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej tworzone są przez: ministra lub centralny organ administracji rządowej, przedsiębiorstwo państwowe PKP, wojewodę [...] 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 RP”.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie (art. 51 u.d.l.) i koszty swojej działalności oraz zobowiązania reguluje z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów. Źródła środków, jakie może pozyskiwać spoz wyczerpująco wskazuje art. 55 u.d.l., przy czym warto podkreślić, że mogą być to środki pochodzące również z odpłatnej działalności leczniczej. Również ujemny wynik finansowy pokrywa on ze środków własnych (art. 59 ust. 1 u.d.l.).

Obowiązki samorządu województwa jako podmiotu prowadzącego spoz aktualizują się w wypadku zdiagnozowania braku możliwości pokrycia przez spoz ujemnego wyniku finansowego. Wówczas, w świetle ust. 2 art. 59 u.d.l., samorząd województwa może (co wbrew twierdzeniom wnioskodawcy nie oznacza obowiązku podmiotu tworzącego) w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego spoz, pokryć ujemny wynik finansowy za rok obrotowy tego zakładu, jeżeli wynik ten, powiększony o koszty amortyzacji, ma wartość ujemną – do wysokości tej wartości. Ujemny wynik finansowy i koszty amortyzacji dotyczą okresu objętego sprawozdaniem finansowym. Jak wskazano w uzasadnieniu projektu u.d.l., „[r]ozwiązanie dotyczące pokrywania ujemnego wyniku finansowego tylko w sytuacji, gdy ujemny wynik finansowy powiększony o koszty amortyzacji nadal przyjmuje wartość ujemną, ma na celu wyeliminowanie przede wszystkim sytuacji dotyczącej prężnie działających zakładów opieki zdrowotnej dysponujących nowym majątkiem i w związku z tym ponoszących wysokie koszty amortyzacji. Zakłady dokonujące inwestycji w sprzęt czy też budynki, również w sytuacji, gdy środki na inwestycje pochodzą z dotacji budżetowych, ponoszą wysokie koszty amortyzacji, które bardzo trudno jest pokryć uzyskiwanymi przychodami. Sytuacja takich zakładów może być stabilna, jednak wysokość umorzeń środków trwałych

powoduje generowanie ujemnych wyników finansowych” (druk sejmowy nr 3489/VI kad.).

Dopiero brak decyzji o pokryciu ujemnego wyniku finansowego obliguje podmiot tworzący w terminie 12 miesięcy (licząc od upływu terminu na pokrycie deficytu finansowego) do podjęcia decyzji o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (art. 59 ust. 4 u.d.l.).

Warto zauważyć, że ustawodawca w art. 59 ust. 4 u.d.l. posłużył się sformułowaniem „zmiana formy organizacyjno-prawnej”, co nie musi oznaczać, że j.s.t. ma obowiązek przekształcenia spzoz-u w spółkę handlową (choć taka formuła byłaby pożądana, zważywszy *ratio legis* u.d.l.). Należy bowiem podkreślić, że w świetle art. 6 ust. 2 u.d.l. j.s.t. mogą utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie spółki kapitałowej albo jednostki budżetowej. Tego ostatniego scenariusza nie wykluczył także projektodawca u.d.l., wskazując *expressis verbis* na s. 12 uzasadnienia projektu na taką możliwość (druk sejmowy nr 3489/VI kad.).

Wybór między zmianą formy organizacyjno-prawnej a likwidacją należy do podmiotu prowadzącego, *in casu* – do samorządu województwa. Podjęcie każdej z tych decyzji pociąga za sobą skutki w postaci odpowiedzialności za zobowiązania spzoz-u. W wypadku likwidacji, zobowiązania i należności spzoz, ale także jego mienie, po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami (mieniem) jednostki samorządu terytorialnego, która go prowadziła (art. 61 u.d.l.).

Decyzja o przekształceniu w spółkę kapitałową oznacza dla podmiotu tworzącego obowiązek ustalenia wskaźnika zadłużenia spzoz-u, na podstawie przychodów ze sprawozdania finansowego za ostatni rok obrotowy oraz danych o zobowiązaniach i inwestycjach krótkoterminowych według stanu na dzień poprzedzający dzień złożenia wniosku o wpisanie spółki kapitałowej do rejestru przedsiębiorców (art. 70 u.d.l.). Jest to niezwykle ważki element procedury przekształcenia, bowiem od jego wartości zależy wysokość zobowiązań spzoz przejmowanych przez podmiot tworzący. Wskaźnik ten rozumiany jest jako relacja sumy zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych, pomniejszonych o inwestycje krótkoterminowe samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do sumy jego przychodów (art. 71 u.d.l.). Od wartości tego wskaźnika zależy wartość zobowiązań zakładu, jakie w związku z przekształceniem przejmuje lub może przejąć

podmiot tworzący. Zgodnie z art. 72 ust. 1 u.d.l., jeżeli wartość wskaźnika zadłużenia wynosi:

- „1) powyżej 0,5 – podmiot tworzący, przed dniem przekształcenia, przejmuje zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej o takiej wartości, aby wskaźnik zadłużenia wyniósł nie więcej niż 0,5;
- 2) 0,5 lub mniej – podmiot tworzący może, przed dniem przekształcenia, przejąć zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej”.

Natomiast w świetle ust. 2 art. 72 u.d.l., przejęciu w pierwszej kolejności podlegają zobowiązania wymagalne najdawniej, obejmujące kwotę główną wraz z odsetkami.

Jak podnosi projektodawca, „regulacja powyższa ma na celu zapewnienie takich warunków powstania spółki kapitałowej, w których będzie ona mogła efektywnie i skutecznie podjąć działalność leczniczą. Jest to szczególnie istotne w przypadku bardzo zadłużonych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, których przekształcenie prowadziłyby do powstania spółki kapitałowej obciążonej tym długiem. Spółka taka byłaby zagrożona postawieniem w stan upadłości, co powoduje sytuację niekorzystną zarówno z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia, jak i wierzycieli, którzy mogliby zaspokoić swoje roszczenia wyłącznie do wysokości majątku spółki” (druk sejmowy nr 3489/VI kad.).

7. W świetle zarzutów wnioskodawcy trzeba uznać, że jego wątpliwości konstytucyjne odnoszą się nie do samego obowiązku ponoszenia przez j.s.t. konsekwencji finansowych związanych z funkcjonowaniem prowadzonego przez nią spzoz-u, ale do zakresu tego obowiązku i braku możliwości podjęcia samodzielnej decyzji co do sposobu jego realizacji. Diagnozując przyczyny ujemnych wyników finansowych spzoz-ów, wnioskodawca wskazuje przede wszystkim na to, że są one w głównej mierze następstwem realizowania ustawowego obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych wszystkim mieszkańcom, którzy zwracają się o udzielenie tych świadczeń, w sytuacji, gdy finansowanie tych świadczeń przez NFZ okazało się niedostateczne (por. wniosek, s. 7). Jednocześnie Sejmik podnosi, że samorząd terytorialny nie został wyposażony w instrumenty prawne pozwalające mu skutecznie reagować na realizowane przez spzoz-y „nadwykonania” świadczeń zdrowotnych.

Odnosząc się do tych argumentów, Sejm pragnie podkreślić, że, wbrew twierdzeniom wnioskodawcy, samorząd terytorialny nie jest zobligowany do

finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, jakie zostały zrealizowane przez spzoz w warunkach ponadlimitowych, przekraczających kontrakt z NFZ.

Przede wszystkim należy podkreślić, że w myśl art. 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.; dalej: u.ś.o.z.), podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są: właściwi ministrowie lub NFZ. Do NFZ wpływają składki z tytułu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, które następnie są redystrybuowane w postaci należności kontraktowych dla podmiotów leczniczych. Zgodnie z art. 9 pkt 9 i pkt 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. z 2013 r., poz. 885 ze zm.; dalej: u.f.p.), NFZ oraz spzoz-y 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 spzoz-y, 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 kategorycznie niedopuszczalna jest możliwość udzielenia świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych bez zawartej umowy z NFZ (zob. wyrok NSA z 22 listopada 2006 r., sygn. akt II GSK 219/06, por. także wyrok TK z 28 lutego 2005 r., sygn. akt P 7/03).

Zważywszy na poczynione ustalenia jako nieporozumienie jawi się twierdzenie wnioskodawcy, że samorząd terytorialny ponosi konsekwencje realizacji świadczeń opieki zdrowotnej względem uprawnionych do tego obywateli, bowiem świadczenia wykraczające ponad rodzaj bądź limit wskazany w kontrakcie z NFZ nie są świadczeniami należnymi systemowo.

Nie można także się zgodzić z argumentami Sejmiku Województwa Mazowieckiego, że j.s.t. ponoszą koszty funkcjonowania spzoz-ów, które są niedofinansowane przez NFZ, nienależycie wyceniającego poszczególne procedury i zabiegi. Wnioskodawca zdaje się przy tym forsować tezę o konieczności nieograniczonego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, zapominając przy tym,

że NFZ dysponuje ograniczonymi środkami (problem tzw. krótkiej kołdry), uzależnionymi przede wszystkim od wpływów z tytułu składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, których poziom jest zdeterminowany labilną sytuacją na rynku pracy. Inicjator postępowania nie wskazuje przy tym, kto miałby odpowiadać za lawinowo rosnące długi spoz-ów w związku z udzielaniem ponadlimitowych świadczeń.

Zdaniem Sejmu, wnioskodawca, dostrzegając, że: „[p]omimo ogromnego wysiłku finansowego, jakie samorządy podjęły i podejmują w celu zagwarantowania funkcjonowania podmiotów leczniczych, a co za tym idzie, dla realizacji nieprzerwanego i równego dla wszystkich dostępu do świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej, wiele samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie jest w stanie zachować płynności finansowej, co stwarza silne domniemanie, że przynajmniej w dużej części sytuacja ta jest wynikiem niedostatecznego, w stosunku do potrzeb zasilania tych podmiotów w środki publiczne z Narodowego Funduszu Zdrowia” (wniosek, s. 20-21), kontestuje w istocie poziom finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i z tego względu argument ten nie może być uwzględniony przy ocenie zaskarżonej regulacji.

W opinii Sejmu, jednocześnie chybiony jest przykład wnioskodawcy, który miałby ilustrować „brak chęci” NFZ w odniesieniu do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z tzw. stanów nagłych. Zgodnie bowiem z art. 15 u.d.l., podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Bezwzględne sformułowanie dyspozycji normy pozwala na przyjęcie tezy, że żadna okoliczność nie może być podstawą do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych, a w szczególności to, że pacjent nie należy do określonej grupy osób lub nie zamieszkuje na określonym obszarze. Ponadto nie można w opisanych okolicznościach odmówić pomocy medycznej osobie nieposiadającej ubezpieczenia zdrowotnego czy szerzej statusu świadczeniobiorcy (tj. prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Nie ma także znaczenia, czy podmiot leczniczy ma zawartą stosowną umowę z NFZ ani też czy został wyczerpany określony w umowie z publicznym płatnikiem tzw. limit świadczeń zdrowotnych (por. wyrok NSA z 26 kwietnia 2007 r., sygn. akt II GSK 379/06). Jakkolwiek art. 15 u.d.l. nie rozstrzyga kwestii związanych z odpłatnością za świadczenia zdrowotne udzielone

przez podmiot leczniczy w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, to z ugruntowanego orzecznictwa wynika, że podmiotowi leczniczemu służy roszczenie do NFZ o zapłatę za świadczenie udzielone w stanie nagłym (wyroki SN z: 5 listopada 2003 r., sygn. akt IV CK 189/02; 5 sierpnia 2004 r., sygn. akt III CK 365/03; 13 lipca 2005 r., sygn. akt I CK 18/05; 15 grudnia 2005 r., sygn. akt II CSK 21/05; 25 maja 2006 r., sygn. akt II CSK 93/05; 14 lipca 2006 r., sygn. akt II CSK 68/06; 8 sierpnia 2007 r., sygn. akt I CSK 125/07; 10 stycznia 2014 r., sygn. akt I CSK 161/13). Stanowisko judykatury znajduje także potwierdzenie w art. 19 ust. 4 u.ś.o.z., zgodnie z którym świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym, przy czym wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.

W świetle poczynionych ustaleń, zarzuty dotyczące trudności w odzyskaniu od NFZ kosztów za świadczenie udzielone w warunkach przewidzianych w art. 15 u.d.l. odnoszą się raczej do sfery stosowania prawa, która nie podlega kognicji Trybunału Konstytucyjnego.

Sejm zgadza się z wnioskodawcą, który wskazuje, że niekorzystne finansowo funkcjonowanie szpitali na terenie danej jednostki samorządu terytorialnego może być następstwem wielu czynników. Należy podkreślić, że w grę wchodzi tu nie tylko niewłaściwa dystrybucja środków publicznych przeznaczonych na realizowanie zadań z zakresu opieki zdrowotnej (co zdaje się być koronnym argumentem wnioskodawcy), ale także błędna polityka zdrowotna konkretnego podmiotu leczniczego oraz wadliwy system organizacyjny związany z zarządzaniem środkami finansowymi.

Jednocześnie, jak wskazał Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 12 października 2004 r., sygn. akt K 31/02, „zadłużenie likwidowanych zakładów opieki zdrowotnej należy postrzegać nie tylko jako konsekwencję własnych błędów czy niegospodarności, ale i przez pryzmat rozwiązań systemowych związanych z niedofinansowaniem sektora opieki zdrowotnej w Polsce. Może to mieć często i ma wpływ na zakres zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego w płaszczyźnie ich ewentualnych dodatkowych obciążeń, ale jednostki samorządu terytorialnego są elementem tego systemu i dopóki nie zostaną zmienione, czy zakwestionowane przepisy tworzące taki normatywny układ odniesienia, ponoszą wszelkie konsekwencje okoliczności, że są organami założycielskimi, a to oznacza,

że dotyczą ich następstwa likwidacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Stąd też sam fakt zadłużenia konkretnego s.p.z.o.z., nie musi się wiązać z «oczekiwaniem» przez jednostkę samorządową na środki z budżetu państwa na pokrycie związanych z tym zobowiązań». Jak wywiedziono w literaturze przedmiotu, „[n]a przestrzeni ostatnich lat wyraźnie dało się zaobserwować niekontrolowane zadłużanie się jednostki [spzoz – uwaga własna] w oczekiwaniu na kolejną akcję oddłużeniową państwa. To powodowało rozgoryczenie managementu w jednostkach prowadzących racjonalną «gospodarkę». Zakłady, które nie generowały długów, nie odnosiły z tego faktu żadnej korzyści, wręcz przeciwnie – nie otrzymywały dodatkowych środków przyznawanych jednostkom zadłużonym” (A. Mokrzycka, I. Kowalska, *Podmioty lecznicze w Polsce w perspektywie reform zdrowotnych. Przekształcenia. Struktura. Zasady działania*, Warszawa 2012, s. 234-235).

W perspektywie poczynionych ustaleń warto, tytułem przykładu wskazać na wnioski, jakie wyprowadziła Regionalna Izba Obrachunkowa (dalej: RIO) w Opolu po przeprowadzeniu analizy skutków finansowych dla budżetów jednostek samorządu terytorialnego na 2013 r., wynikających z u.d.l. Badanie wykazało, że sytuacja finansowa spzoz-ów w województwie opolskim, dla których samorzady są organem tworzącym, nie miała negatywnego wpływu na wielkość wydatków tych jednostek. Z zaprezentowanego przez RIO opracowania (<http://www.rio.opole.pl/298/skutki-finansowe-dla-budzetow-jst-województwa-opolskiego-na-2013-r-wynikajace-z-ustawy-o-dzialalnosci-leczniczej.html>) wynika, że na koniec 2012 r. w województwie opolskim funkcjonowały 32 samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których organem tworzącym było 15 jednostek samorządu terytorialnego (województwo samorządowe było podmiotem prowadzącym dla 13 spzoz-ów). Jak wskazuje zestawienie RIO, 9 zoz-ów (tj. 28,1% działających w województwie) zakończyło 2012 r. ujemnym wynikiem finansowym w łącznej kwocie 3 816 606,31 zł. W porównaniu do 2011 r., zmniejszyła się o 47,1% liczba spzoz-ów z ujemnym wynikiem finansowym i o 90,9% (tj. o 37 919 839,92 zł) jego wysokość, co RIO wprost określiła jako sukces zarządzających tymi podmiotami.

8. Nie sposób również zgodzić się z wnioskodawcą, że przepisy prawa nie przewidują żadnych instrumentów, które umożliwiłyby im dyscyplinowanie podległych im spzoz-ów. W tym względzie należy podnieść, że w art. 121 u.d.l. została pomieszczona regulacja dotycząca nadzoru nad spzoz-ami. W jej świetle, nadzór

nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (spzoz) sprawuje podmiot tworzący (j.s.t., *in casu* – samorząd województwa). Kryterium nadzoru jest zgodność działalności podmiotu leczniczego z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym.

Warto w tym miejscu podkreślić że statut spzoz-u, zgodnie z art. 42 ust. 4 u.d.l., nadaje podmiot tworzący, czyli w realiach niniejszej sprawy, samorząd województwa i może określić w nim kwestie dotyczące funkcjonowania spzoz-u nieuregulowane w ustawie. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że j.s.t. ustala warunki zbywania aktywów trwałych spzoz-u, oddawania ich w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenia, które mogą w szczególności polegać na ustanowieniu wymogu uzyskania zgody podmiotu tworzącego na zbycie, wydzierżawienie, wynajęcie, oddanie w użytkowanie oraz użyczenie aktywów trwałych (art. 54 ust. 2 i ust. 3 u.d.l.).

W ramach nadzoru podmiot tworzący może żądać informacji, wyjaśnień oraz dokumentów od organów spzoz-u oraz dokonywać kontroli i oceny działalności tego podmiotu, która obejmuje w szczególności:

- 1) realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 2) prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi;
- 3) gospodarkę finansową.

W świetle dokonanych ustaleń, a wbrew twierdzeniom wnioskodawcy o braku instrumentarium, które dałoby samorządowi województwa możliwość ingerencji w działalność spzoz-u, u.d.l. przewiduje szereg mechanizmów składających się na tzw. nadzór właścicielski, którego wzmocnienie miała przecież na celu u.d.l. Z tego względu, zdaniem Sejmu, zasadne jest twierdzenie, że j.s.t. może na bieżąco monitorować kondycję finansową prowadzonego spzoz-u, aby w razie potrzeby sięgnąć po adekwatny instrument, jakim dla przykładu może być zbycie części mienia w celu uzyskania dodatkowych środków, wnioskowanie do NFZ o korektę planu w danym roku obrotowym (co, jak wynika z dokumentów dołączonych do wniosku, nastąpiło względem wnioskodawcy 4 lipca 2014 r.), obniżenie kosztów funkcjonowania przez np. zmianę dostawców pożywienia, czy wreszcie pociągnięcie do odpowiedzialności kierownika spzoz-u lub jego zmianę.

Podmiot prowadzący może także rozważyć, po przeanalizowaniu sytuacji podległych mu spzoz-ów, możliwość ich restrukturyzacji poprzez połączenie (art. 66

u.d.l.), ewentualnie podjąć rozmowy z inną j.s.t. w przedmiocie połączenia spzoz-ów. Względy polepszenia kondycji finansowej prowadzonych spzoz-ów mogą przemawiać także za skorzystaniem z instrumentu, jaki daje rozporządzenie nr 1082/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 lipca 2006 r. w sprawie europejskiego ugrupowania współpracy terytorialnej (EUWT) (Dz. Urz. UE L 210 z 31 lipca 2006 r.). Zgodnie z jego postanowieniami, polska j.s.t. może utworzyć wraz z j.s.t. z innego państwa członkowskiego UE Europejskie Ugrupowanie Współpracy Terytorialnej, którego zadaniem jest prowadzenie podmiotu leczniczego, ewentualnie może przystąpić do istniejącego już ugrupowania o takim profilu działania.

9. Ustosunkowując się do argumentu wnioskodawcy, że kwestionowana regulacja nie pozostawia samorządowi terytorialnemu wolności wyboru rozwiązań finansowych i organizacyjnych, które byłyby optymalne zarówno z perspektywy finansowej, jak i interesów wspólnoty samorządowej, Sejm pragnie przypomnieć, że na tle normy art. 16 ust. 2 Konstytucji samodzielność samorządu terytorialnego jest identyfikowana z wykonywaniem przez samorząd „w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność [...] przysługującej mu w ramach ustaw istotnej części zadań publicznych» urzeczywistnianych w ramach «uczestnictwa w sprawowaniu władzy publicznej». Można wręcz stwierdzić, że w prawniczym ujęciu samodzielności *naturalia negotii* tej instytucji prawnej to działalność we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność” (P. Dobosz, *Prawne płaszczyzny przejawiania się granic samodzielności jednostek samorządu terytorialnego* [w:] *Prawne i finansowe aspekty funkcjonowania samorządu terytorialnego*, red. S. Dolata, Tom I, Opole 2000, s. 180).

Odnosząc się do treści zasady samodzielności, Naczelny Sąd Administracyjny stwierdził w jednym ze swych wyroków, że: „samodzielność gminy oznacza, iż w granicach wynikających z ustaw nie jest ona podporządkowana czyjejkolwiek woli, a ponadto, że w tych granicach podejmuje czynności faktyczne i prawne, kierując się wyłącznie własną wolą wyrażoną przez jej organy pochodzące z wyboru. A zatem samodzielność ta wynika z granic określonych przez ustawy, które precyzyjnie ustalają zakres przedmiotowy, w którym samodzielność ta obowiązuje” (wyrok NSA we Wrocławiu z 4 lutego 1999 r., sygn. akt II SA/Wr/1302/97; zob. także wyrok NSA z 17 marca 1995 r., sygn. akt SA/Lu 2302/94).

Na tle zarzutów zawartych we wniosku wszczynającym postępowanie w niniejszej sprawie należy zwrócić uwagę na fakt, że z postanowień art. 59 u.d.l. nie wynika dla j.s.t. jeden *modus operandi* w zakresie realizacji zadania podmiotu prowadzącego spzoz. Przepis ten, na co zwrócono już uwagę w pkt. III.2.6. niniejszego pisma, wskazuje kilka alternatywnych rozwiązań. Rekapitułując ich spektrum, można wskazać, po pierwsze, że przed samorządem otwiera się możliwość pokrycia ujemnego wyniku finansowego spzoz-u, który zasadniczo prowadzi samodzielną gospodarkę finansową, po drugie, iż możliwość zdecydowania o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji zakładu aktualizuje się w przypadku braku decyzji o sfinansowaniu deficytu, po trzecie, w sytuacji wyboru opcji zmiany formy organizacyjno-prawnej – j.s.t. może podjąć decyzję albo o przekształceniu spzoz-u w jedną ze spółek kapitałowych prawa handlowego, albo w jednostkę budżetową.

Warto nadmienić, że wnioskodawca nie zaproponował rozwiązania, które by go satysfakcjonowało a jednocześnie zapewniało funkcjonowanie modelu odpowiedzialności za długi spzoz-ów.

10. Konkludując rozważania w tej części stanowiska, należy stwierdzić, że, zadanie w zakresie ochrony zdrowia (art. 14 ust. 1 pkt 2 *in fine* u.s.w.) wyraża się m.in. w pełnieniu przez j.s.t. – jako podmioty założycielskie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – funkcji organizatorskich. Natomiast sam obowiązek przejęcia zobowiązań finansowych przez podmiot prowadzący jest jedynie następstwem prawnym realizowanego zadania oraz pełnienia ww. funkcji.

Z tego względu nietrafne jest kwalifikowanie kwestionowanej regulacji jako odrębnego zadania własnego. Określa ona bowiem jedynie możliwe procedury organizacyjne i skutki finansowe związane z wykonywaniem zadań w zakresie realizacji potrzeb zdrowotnych obywateli.

Stanowisko takie zdaje się potwierdzać sam wnioskodawca; świadczą o tym choćby następujące jego wypowiedzi: „Koszty związane z ochroną zdrowia, ponoszone przez Samorząd Województwa Mazowieckiego są wynikiem realizacji funkcji właścicielskich dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jak również realizacją zadań własnych nałożonych przez art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa w zakresie promocji i ochrony zdrowia” (wniosek, s. 20); „Obowiązki finansowe Samorządu Województwa

Mazowieckiego, na co zwracano już uwagę, wynikają z [zadań – uwaga własna] nałożonych na ten podmiot przez art. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej” (*ibidem*).

Zakwestionowaną regulację, pomieszczoną w akcie rangi ustawowej, należy postrzegać przez pryzmat art. 6 ust. 1 pkt 1 u.s.w., w świetle którego to ustawy określają zadania publiczne wykonywane przez samorząd województwa w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność (por. art. 16 ust. 2 zdanie drugie *in fine* Konstytucji; A. Szewc, *Komentarz do art. 6 ustawy o samorządzie województwa*, Lex/el. 2008, nr 38589). Jak ponadto podnosi się w doktrynie, „Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej realizują ten zakres aktywności jednostek samorządu terytorialnego, który dotyczy ich zadań własnych odnoszących się do ochrony i promocji zdrowia” (M. Dercz, *Komentarz do art. 7 ustawy o działalności leczniczej*, Lex/el. 2014, nr 464417). Jednym z przejawów realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia może być zapewnienie prawidłowego funkcjonowania podmiotu leczniczego opartego na kapitale publicznym (Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego). Występujące w tym wypadku powiązania majątkowe umożliwiają podmiotowi publicznemu oddziaływanie na podmiot leczniczy za pomocą czynności o szerokim zakresie, w tym przy wykorzystaniu środków (instrumentów) właścicielskich (zob. M. Dercz, *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2005, s. 86 i n.)

11. Z powyższych względów, Sejm uznaje, że na gruncie art. 59 ust. 2-4 w związku z art. 61, art. 72 ust. 1 pkt 1 i art. 216 u.d.l. mamy do czynienia z realizacją zadania własnego samorządu województwa i wobec tego zakwestionowana regulacja **jest zgodna** z art. 166 ust. 1 Konstytucji.

12. Konsekwencją przyjęcia, iż zadania samorządu województwa zadekretowane w zakwestionowanej regulacji stanowią refleks zadań własnych tej jednostki samorządu terytorialnego, jest konkluzja, iż art. 166 ust. 2 Konstytucji nie stanowi adekwatnego wzorca kontroli w niniejszej sprawie. Tym samym, trzeba uznać, że art. 59 ust. 2-4 w związku z art. 61, art. 72 ust. 1 pkt 1 i art. 216 u.d.l. **nie jest niezgodny** z art. 166 ust. 2 Konstytucji.

IV. Zasada adekwatności środków do zmian w zakresie zadań jednostek samorządu terytorialnego (art. 167 ust. 4 Konstytucji)

1. Wzorzec kontroli

1. Wskazany jako wzorzec kontroli art. 167 ust. 4 Konstytucji stanowi: „Zmiany w zakresie zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego następują wraz z odpowiednimi zmianami w podziale dochodów publicznych”.

Warto zaznaczyć, że Trybunał Konstytucyjny wyraził pogląd, iż: „Konstytucja ujmuje cały 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” (wyrok TK z 6 września 2005 r., sygn. akt K 46/04). Normy te pełnią funkcję gwarancyjną wobec zasady samodzielności finansowej jednostek samorządu terytorialnego. Przywołane przepisy konstytucyjne wyrażają tzw. zasadę adekwatności, „którą w teorii odnosi się do prawidłowego konstruowania źródeł dochodów budżetów samorządowych, a także traktuje się jako gwarancję zapewnienia każdej jednostce samorządu terytorialnego odpowiedniego dochodu do puli zadań na niej ciążących” (E. Kornberger-Sokołowska, *Realizacja zasady adekwatności w procesach decentralizacji finansów publicznych*, „Samorząd Terytorialny” 2001, nr 3, s. 3).

Zgodnie z utrwaloną linią orzecniczą Trybunału Konstytucyjnego normy wyrażone w poszczególnych ustępach art. 167 Konstytucji powinny być interpretowane w ścisłym powiązaniu ze sobą (wyroki TK z: 30 marca 1999 r., sygn. akt K 5/98; 6 września 2005 r., sygn. akt K 46/04). Ponadto znaczenie zasady adekwatności należy rozpatrywać w kontekście także innych regulacji rozdziału VII ustawy zasadniczej (wyrok TK z 28 czerwca 2001 r., sygn. akt U 8/00). Wskazane przez wnioskodawcę wzorce konstytucyjne były przedmiotem licznych wypowiedzi Trybunału Konstytucyjnego. Zagadnienie „odpowiedniości” udziału samorządu

w dochodach publicznych było wielokrotnie analizowane przez Trybunał Konstytucyjny zarówno w odniesieniu do przypadków, w których zmiany ustawodawcze skutkowały zmniejszeniem realnych dochodów jednostek samorządu terytorialnego, przy pozostawieniu tego samego zakresu zadań (wyroki TK z: 7 czerwca 2001 r., sygn. akt K 20/00; 25 marca 2003 r., sygn. akt U 10/01; 30 czerwca 2003 r., sygn. akt K 8/02), jak i zwiększenia zakresu zadań przy jednoczesnym utrzymaniu dochodów na dotychczasowym poziomie (wyroki TK z: 31 maja 2005 r., sygn. akt K 27/04; 28 lutego 2008 r., sygn. akt K 43/07).

2. Z perspektywy żądań wnioskodawcy, w zakresie analizy niniejszego pisma pozostaje wyłącznie ust. 4 art. 167 Konstytucji.

Odnosząc się bezpośrednio do treści tego przepisu, należy zauważyć, iż zasada adekwatności została ujęta w tym przepisie z perspektywy dynamiki zmian w strukturze dochodów jednostek samorządu terytorialnego. Jak podnosi się w piśmiennictwie: „Prawodawca konstytucyjny nie tylko formułuje wymóg zapewnienia gminom udziałów w dochodach publicznych odpowiednio do przypadających im zadań w momencie ich przekazania, lecz stanowi, że zmianom w zakresie zadań i kompetencji gmin winny towarzyszyć odpowiednie zmiany w podziale dochodów publicznych” (W. Miemiec, *Prawne gwarancje samodzielności finansowej gminy w zakresie dochodów publicznoprawnych*, Warszawa 2005, s. 81). Dokonując wykładni przedmiotowego przepisu, Trybunał Konstytucyjny wskazał, iż: „[...] gminom przysługuje ochrona, nie tylko w związku z powierzaniem im nowych zadań, lecz także odpowiednio do zadań już im przypadających, lub ich modyfikacji, pociągającej za sobą konieczność zmiany w podziale dochodów publicznych. [...] Trybunał Konstytucyjny w swym orzecznictwie wielokrotnie podnosił, iż ustawodawca ma prawo kreowania zadań i wydatków samorządu terytorialnego, pod warunkiem wszakże, że konstytucyjnie gwarantowane prawa samorządu, nie będą przedmiotem ingerencji ustawowej w sposób ograniczający lub znoszący ich istotę. Ingerencja taka winna być konieczna dla realizacji innych zasad i wartości konstytucyjnie chronionych, a przez to celowa i proporcjonalna” (wyrok TK z 21 grudnia 1998 r., sygn. akt U 20/98).

2. Analiza zgodności

1. W świetle przedmiotu zaskarżenia oraz przywołanych przez wnioskodawcę zarzutów, Sejm podaje w wątpliwość adekwatność powołanego w charakterze wzorca art. 167 ust. 4 Konstytucji.

2. Przede wszystkim należy stwierdzić, że wskazanie tego przepisu ustawy zasadniczej jako podstawy kontroli determinuje perspektywę, jaką należy postłużyć się, odczytując pogląd o niekonstytucyjności. Sejmik wyraźnie stwierdza, że mechanizm wykreowany przez zakwestionowaną regulację nakłada na samorząd województwa obowiązek sfinansowania ujemnego wyniku finansowego spzoz, bez przekazania na ten cel odpowiednich środków z budżetu.

W opinii Sejmu zarzut ten opiera się na nieuprawnionym założeniu, że u.d.l. nałożyła na j.s.t. nowe zadanie i nie przewidziała, wymaganych ust. 4 art. 167 Konstytucji, równoległych środków na jego realizację. Warto w tym miejscu przypomnieć, że u.d.l. zastąpiła u.z.o.z., w świetle której w odniesieniu do odpowiedzialności j.s.t. za ujemny wynik finansowy podległych im spzoz funkcjonowały rozwiązania bliźniacze do kwestionowanych w niniejszej sprawie.

Zgodnie bowiem z art. 60 ust. 1 u.z.o.z., spzoz miał obowiązek pokrycia we własnym zakresie ujemnego wyniku finansowego, natomiast w wypadku, gdy niedobór ten nie mógł zostać pokryty przez spzoz, organ, który go 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 spzoz, jego zobowiązania i należności stawały się zobowiązaniami i należnościami właściwej jednostki samorządu terytorialnego (art. 60 ust. 6 u.z.o.z.).

Jednocześnie warto w tym miejscu dodać, że kwestia przejęcia konkretnych spzoz przez konkretne j.s.t. wynikała wyłącznie z 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 ze sprost.), które nie jest przedmiotem kontroli w niniejszej sprawie.

Zważywszy na zawartość normatywną przywołanego wzorca kontroli, który *expressis verbis* 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 regulacji, która zmian w zakresie zadań i kompetencji j.s.t. nie zakłada.

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.

3. Dodatkowym argumentem przemawiającym na rzecz tezy o nieadekwatności art. 167 ust. 4 Konstytucji jako wzorca kontroli w niniejszej sprawie jest pogląd Trybunału Konstytucyjnego, wyrażony w uzasadnieniu wyroku z 12 października 2004 r. (sygn. akt K 31/02), zgodnie z którym „[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 – kompetencje, 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”. Zważywszy na trybunalski postulat interpretowania w ścisłym powiązaniu ze sobą norm wyrażonych w poszczególnych ustępach art. 167 Konstytucji (wyroki TK z: 30 marca 1999 r., sygn. akt K 5/98; 6 września 2005 r., sygn. akt K 46/04), zapatrywanie to jest aktualne na gruncie niniejszej sprawy, gdzie wzorcem kontroli jest art. 167 ust. 4 ustawy zasadniczej, a przedmiot kontroli reguluje między innymi zobowiązania finansowe j.s.t. w wypadku: ujemnego wyniku finansowego prowadzonego spzoz-u, konieczności jego przekształcenia lub likwidacji.

4. W związku z dokonanyimi ustaleniami trzeba podkreślić, że niezbędnym warunkiem dokonania oceny konstytucyjności jest wystąpienie „symetrii przedmiotowej” między przedmiotem zaskarżenia a wzorcem kontroli. W przekonaniu Sejmu, sytuacja istniejąca na tle rozpatrywanej sprawy nie daje podstaw do zakwestionowania domniemania konstytucyjności kontrolowanych norm w oparciu o art. 167 ust. 4 Konstytucji.

Z powyższych względów Sejm wnosi o uznanie, że art. 59 ust. 2-4 w związku z art. 61, art. 72 ust. 1 pkt 1 i art. 216 **nie jest niezgodny** z art. 167 ust. 4 Konstytucji.

V. Obowiązek władz publicznych zapewnienia obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (art. 68 ust. 2 Konstytucji)

1. Wzorzec kontroli

Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji, „[o]bywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”.

Do zasady tej najpełniej odniósł się Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03, w którym, analizując treść art. 68 ust. 2 zdanie pierwsze Konstytucji, wskazał, że w przepisie tym „nie chodzi o dostępność jedynie formalną, deklarowaną przez przepisy prawne o charakterze «programowym», ale o dostępność rzeczywistą, stanowiącą realizację określonego w ust. 1 art. 68 Konstytucji prawa do ochrony zdrowia”, a „dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych musi być równy dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej”, gdyż: „Zasady korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej [...] są [...] niezależne od zakresu partycypacji poszczególnych członków wspólnoty obywatelskiej w tworzeniu zasobu środków publicznych stanowiących źródło ich finansowania. Podobnie też jak sam dostęp do świadczeń, musi to być równość w ujęciu rzeczywistym, a nie tylko formalnym”. Trybunał podkreślił przy tym, że „nie widzi podstaw do odstąpienia od poglądu wyrażonego w wyroku z 23 marca 1999 r., sygn. akt K. 2/98 [...], według którego z art. 68

ust. 1 Konstytucji należy wywieść podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia. Treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest naturalnie jakiś abstrakcyjnie określony [i w gruncie rzeczy niedefiniowalny [...]] stan «zdrowia» poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności”.

Trzeba zauważyć, że Trybunał nie odniósł się do samego pojęcia „dostęp”, lecz skupił się na równości, rozumianej jako uniezależnienie dostępu od sytuacji materialnej obywateli; z drugiej jednak strony wskazał, iż treścią prawa do ochrony zdrowia jest „możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia”. Jak jednocześnie zaznaczył sąd konstytucyjny, „[t]reść art. 68 ust. 2 Konstytucji nie przeczy wyrażonemu wcześniej pogładowi o względnej swobodzie ustawodawcy w zakresie kształtowania modelu systemu ochrony zdrowia. Powierzchnowy byłby w szczególności wniosek, że powołany przepis zakłada konieczność funkcjonowania w ramach ogółu świadczeniodawców pionu tzw. publicznej służby zdrowia albo że – idąc dalej – jest to argument na rzecz całkowicie budżetowego modelu tegoż systemu. Wyrażna jest jedynie wola ustrojodawcy niedopuszczenia do wykreowania całkowicie rynkowego systemu ochrony zdrowia (tzw. samofinansowanie). W pozostałym zakresie ustawodawca zwykły, realizując własne cele polityczne i społeczne, może swobodnie kształtować określony model ochrony zdrowia. Konieczne jest jednak uwzględnienie dyrektyw wynikających z rozpatrywanych łącznie norm art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji: system ochrony zdrowia jako całość musi gwarantować realizację prawa do ochrony zdrowia poszczególnych jednostek, zaś stanowiące jego komponent świadczenia finansowane ze środków publicznych muszą być dostępne dla wszystkich obywateli na zasadzie równości” (wyrok TK z 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03).

2. Analiza zgodności

1. Przystępując do analizy merytorycznej, należy zauważyć, że z uzasadnienia wniosku wynika, że Sejmik utożsamia zadanie wynikające dla władz publicznych z art. 68 ust 2 Konstytucji z obowiązkiem nieprzerwanego funkcjonowania spzoz-ów. W opinii Sejmu, taka perspektywa postrzegania zasady zapewnienia równości

w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest nieuprawniona.

2. Przede wszystkim wypada zwrócić uwagę, że w świetle art. 68 ust. 2 zdanie drugie Konstytucji warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych ma określić ustawa. Z tego względu zasadny jest wniosek, że podstawowe znaczenie w tym zakresie będzie mieć aktywność ustawodawcy zwykłego, który zrealizował swoje zadanie, przyjmując u.ś.o.z., regulującą zasady uzyskiwania świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Zadania jednostek samorządu terytorialnego, będących niewątpliwie substratem władz publicznych, w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zostały doprecyzowane w art. 6-11 u.ś.o.z.

Jak wskazuje się w doktrynie, „[s]ystem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego opiera się na konstytucyjnej zasadzie równego, bez względu na sytuację materialną obywateli, dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Zasada ta dotyczy także stosunku opieki zdrowotnej, ale nie wprost, lecz za pośrednictwem stosunku podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu oraz relacji Funduszu ze świadczeniodawcami” (J. Jończyk, *Stosunek opieki zdrowotnej*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2007, nr 3, s. 5).

W opinii Sejmu, forma prawna, w jakiej prowadzony jest podmiot leczniczy, nie ma znaczenia z perspektywy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. O tym bowiem przesądza fakt zawarcia przez dany podmiot leczniczy kontraktu z NFZ oraz uprawnienie do świadczenia po stronie beneficjenta systemu (pacjenta). Nie jest przecież wykluczona sytuacja, w której na terenie województwa funkcjonuje kilka spzoz-ów, które nie mają kontraktu z NFZ i z tego względu nie mogą realizować świadczeń finansowanych ze środków publicznych (bezpłatnych dla pacjentów) i jednocześnie, na tym samym terenie, funkcjonują podmioty lecznicze będące przedsiębiorcami, które oferują świadczenia finansowane przez NFZ z uwagi na zawarty kontrakt. Dodatkowo warto się zastanowić, czy i jak długo spzoz-y generujące zadłużenie byłyby w stanie zapewnić dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Tego aspektu wnioskodawca zdaje się nie dostrzegać.

Zdaniem Sejmu, można zgodzić się z wnioskodawcą, że likwidacja spoz-u przez j.s.t. może wytworzyć barierę w dostępie do świadczeń, niemniej pogląd ten należy opatrzyć komentarzem, że w świetle art. 6 pkt 1 u.ś.o.z., zadaniem władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest m.in. tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, co oznacza, że j.s.t. powinna dążyć do tego, aby na jej terytorium funkcjonował jakiś podmiot leczniczy. Może to uczynić np. tworząc z wykorzystaniem mienia po zlikwidowanym spoz jednostkę budżetową lub podejmując współpracę w tym zakresie z inną j.s.t., a w razie braku dostatecznego finansowania ze strony NFZ funkcjonującego podmiotu leczniczego może opracować, wdrożyć, realizować i finansować programy polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 48 u.ś.o.z. W przypadku, gdy programy te dotyczą świadczeń gwarantowanych, objętych programami realizowanymi przez ministrów oraz NFZ, muszą być z nimi spójne merytorycznie i organizacyjnie.

Warto w tym miejscu dodać, że to na świadczeniodawcach, którzy realizują umowę z NFZ, spoczywa obowiązek ustalenia kolejności udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy, z tego względu zobligowani są oni do prowadzenia list oczekujących, przy czym ma się to odbywać w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.

Konkludując, warto przywołać ustalenia doktryny, według której „[w]brew licznym obawom społecznym nagłaśnianym przez lata, prywatyzacja w żadnym razie nie ograniczyła dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych – nie istnieją żadne dane dowodzące takiego wpływu tych procesów na dostęp do ochrony zdrowia. W praktyce prywatni usługodawcy całkowicie zintegrowali się z publicznym systemem ochrony zdrowia i działają jako jego część na tych samych zasadach co SPZOZ. Co więcej, wiele z tych prywatnych jednostek nie tylko nie popadło w tym czasie w długi, ale coraz częściej stawało się atrakcyjnym celem inwestycji kapitałowych, np. prywatnych funduszy inwestycyjnych” (A. Mokrzycka, I. Kowalska, *op. cit.*, s. 236).

Jednocześnie warto dodać, że w podobnym tonie wypowiedziała się Najwyższa Izba Kontroli (dalej: NIK), podsumowując kontrolę nr P/14/061 „Działanie szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe” (raport dostępny na

stronie: www.nik.gov.pl/plik/id,8411,vp,10488.pdf). Celem aktywności NIK była ocena wpływu przekształcenia szpitali w spółki kapitałowe na liczbę i zakres wykonywanych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (NFZ) oraz sytuację finansową tych szpitali w latach 2011–2014. Kontrolą NIK objęto Ministerstwo Zdrowia, 9 jednostek samorządu terytorialnego będących organami właścicielskimi oraz 20 szpitali przekształconych w spółki kapitałowe. W świetle analizowanego w tym punkcie pisma zarzutu wnioskodawcy trzeba wskazać, że NIK stwierdziła, iż zmiana formy organizacyjno-prawnej szpitali i utworzenie spółek w miejsce samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie spowodowało ograniczenia liczby ani zakresu finansowanych ze środków publicznych świadczeń zdrowotnych wykonywanych w kontrolowanych podmiotach.

3. Zważywszy na poczynione ustalenia, Sejm wnosi o stwierdzenie, że art. 59 ust. 4 u.d.l. **jest zgodny** z art. 68 ust. 2 Konstytucji.

MARSZAŁEK SEJMU



Małgorzata Kidawa-Błońska